Direction de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques

COLLECTION ÉTUDES ET STATISTIQUES

Renoncement aux soins

actes du colloque

Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE L'EMPLOI
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU BUDGET,
DES COMPTES PUBLICS
ET DE LA RÉFORME DE L'ÉTAT

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA COHÉSION
SOCIALE

Le *renoncement* aux *soins*

actes du colloque

LE RENONCEMENT AUX SOINS
Actes du colloque du 22 novembre 2011 à Paris

Sous la direction de
Bénédicte Boisguerin

Avec la collaboration de
Sara-Lou Gerber

Directeur de la publication
Franck Von Lennep

Interventions de
Paul Dourgnon (maître de recherche, IRDES), p. 9 ;
Gaétan Lafortune (économiste, OCDE), p. 21 ;
Docteur Pierre Chauvin (directeur de recherche, INSERM), p. 41 ;
Caroline Desprès (chercheure associée, IRDES), p. 67 ;
Philippe Warin (directeur de recherche, ODENORE), p. 81 ;
Pauline Ricci (chargée d'études CNAMTS), p. 99 ;
Léopold Gilles (directeur de recherche, CRÉDOC), p. 99 ;
Jean-François Chadelat (directeur du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, fonds CMU), p. 113 ;
Marie Reynaud (chargée de mission HCAAM), p. 117 ;
Mathilde Lignot-Leloup (directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins, CNAMTS), p. 131 ;
Agnès Bocognano (directrice déléguée Santé, Fédération nationale de la mutualité française, FNMF), p. 133 ;
Chantal Deschamps (administratrice CISS), p. 135 ;
Jean-François CORTY (directeur de la mission France-Médecins du Monde) p. 139 ;
Docteur Rolland L'Herron (président de la Confédération nationale des syndicats dentaires), p. 141 ;
Dominique Libault (directeur de la DSS – direction de la Sécurité sociale), p. 145.

Illustrations fournies par les intervenants

Coordination éditoriale
Élisabeth Hini

Conception, réalisation
Scop La Souris

« En application de la loi du 11 mars 1957 (art. 4) et du code de la propriété intellectuelle du 1er juillet 1992, toute reproduction totale ou partielle à usage collectif de la présente publication est strictement interdite sans autorisation expresse de l'éditeur. il est rappelé à cet égard que l'usage abusif et collectif de la photocopie met en danger l'équilibre économique des circuits du livre. »

ISBN: 978-2-11-097357-3
DICOM: 12-027

Sommaire

Le renoncement aux soins

Introduction 5

Le renoncement aux soins pour raisons financières : données, mesures, éclairages internationaux 7

Le renoncement aux soins pour raisons financières, une approche économique, Paul DOURGNON (maître de recherche, IRDES)..... 9

Accès financier aux soins de santé : enseignements et limitations des comparaisons internationales, Gaétan LAFORTUNE et Marion DEVAUX (division de la santé, OCDE).... 21

Échanges avec la salle 37

Que veut dire renoncer à des soins ?..... 39

Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne. Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010 dans la cohorte SIRS, docteur Pierre CHAUVIN (directeur de recherche, INSERM) 41

Le renoncement aux soins : des parcours de soins sous contraintes ou une forme d'émancipation ?, docteur Caroline DESPRÈS (chercheure associée, IRDES)..... 67

Renoncement à des soins et précarité, Philippe WARIN (directeur de recherche au CNRS, PACTE/Odenore-Sciences-Po. Grenoble)..... 81

Échanges avec la salle 91

Les politiques publiques face au renoncement aux soins 97

Reste à charge des personnes bénéficiant de la CMUC en 2010, Pauline RICCI (CNAMTS) et Léopold GILLES (CRÉDOC) 99

Éléments du rapport d'évaluation de la CMU, Jean-François CHADELAT (directeur du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie [Fonds CMU]) 113

Mesure de l'accessibilité financière des soins, Marie REYNAUD (haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie) 117

Échanges avec la salle 125

Comment mieux garantir l'accessibilité financière des soins ? 129

Intervention de Mathilde LIGNOT-LELOUP, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins, CNAMTS..... 131

Agnès BOCOGNANO, directrice déléguée Santé, Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF) 133

Chantal DESCHAMPS, administratrice, CISS 135

Docteur Jean-François CORTY, directeur de la mission France-Médecins du Monde.... 139

Docteur Rolland L'HERRON, président de la Confédération nationale des syndicats dentaires 141

Clôture 145

Introduction

Ce colloque a été souhaité par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et la Direction de la Sécurité sociale pour éclairer la question du renoncement aux soins. L'accès au système de santé est une dimension centrale de la qualité de la protection sociale d'un pays. Cet accès aux soins revêt différentes dimensions, notamment une dimension financière qu'il est possible d'approcher à travers divers indicateurs, les plus usuellement utilisés étant la part de la population couverte par les systèmes d'assurance-maladie, le type de consommation de santé pris en charge par ces systèmes et la part des dépenses de santé remboursée.

Au cours des dernières années, les travaux se sont multipliés sur cette question des « reste à charge ». La Commission des comptes de la santé s'en est fait l'écho. Ces travaux permettent de mesurer les obstacles qui peuvent résulter des dépenses restant à leur charge pour les ménages, les empêchant d'accéder de manière satisfaisante au système de santé. Cependant, cet indicateur ne dit rien des personnes dont les difficultés financières d'accès aux soins sont telles qu'elles ont renoncé à consommer. D'où l'intérêt porté à la question du renoncement aux soins de manière complémentaire à la question des « reste à charge ».

Cette question de renoncement peut être mesurée en observant les consommations des différentes catégories de ménages. Cependant, une telle approche suppose que tout écart de consommation refléterait le renoncement aux soins de la personne qui consomme moins. Ainsi, une autre approche est développée qui consiste à interroger les personnes sur leur renoncement à des soins dans l'année passée. Cette approche a pour intérêt de donner des indications sur les écarts de consommation et de prendre en compte les attentes vis-à-vis du système de santé qui peuvent être différentes selon les catégories de ménage.

Il y a un peu plus d'un an, nous avons souhaité expliciter plus clairement ce que recouvraient les réponses à ces questions, en engageant un programme de recherche avec la Direction de la Sécurité sociale.

Les résultats de ces travaux conduits par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé et par l'INSERM seront donnés lors de cette journée. Ces travaux ont un double objectif. D'une part, il s'agit de mieux comprendre ce que recouvrent les réponses des personnes interrogées, grâce à une triple approche du sujet : économique, statistique et socio-anthropologique. Ceci de manière à améliorer si besoin le mode de questionnement des enquêtes sur ce sujet. D'autre part, il s'agit d'analyser finement les écarts de taux de renoncement entre les différentes catégories de ménages. Ceci pour distinguer clairement dans ces écarts ce qui relève

des limites de nos dispositifs institutionnels, au premier rang desquels la CMUC et l'ACS, de ce qui est imputable aux caractéristiques sociales des individus. En effet, de cette analyse des facteurs explicatifs des écarts de renoncement entre sous populations, nous souhaitons tirer des enseignements pour la conduite des politiques publiques. Sur ce point, il est clair qu'on ne répond pas de la même manière à des difficultés des dispositifs de prise en charge et à des difficultés d'ordre sociologique, qui appellent des réponses institutionnelles plus complexes qui ne peuvent se traiter uniquement en réformant tel ou tel dispositif.

Anne-Marie BROCAS, directrice de la recherche, des études,
de l'évaluation et des statistiques (DREES)

Partie 1

Le renoncement aux soins pour raisons financières : données, mesures, éclairages internationaux

L'accès aux soins est un enjeu extrêmement fort dans notre pays. Le rapport du Haut conseil de santé publique sur les inégalités sociales de santé préconise de prendre pour indicateur de suivi le renoncement aux soins pour raisons financières qui permet de repérer l'évolution de l'accès aux soins dans notre pays au niveau national, territorial et par groupe de populations.
La première question qui se pose concerne en priorité le système d'informations sanitaires et les données sociales d'accès aux soins.
Les travaux de Paul Dourgnon chercheur à l'IRDES, s'inscrivent dans une approche économique du renoncement aux soins pour raison financière en France et de ses déterminants, à partir des données de l'enquête santé protection sociale (SPS).
Gaétan Lafortune économiste à l'OCDE, présente des comparaisons internationales situant la France par rapport à d'autres pays de l'OCDE.
Ces éléments de contexte aident à interpréter les comparaisons sur le renoncement aux soins pour raisons financières et sur d'autres indicateurs d'accès aux soins.

Le renoncement aux soins pour raisons financières, une approche économique

Paul Dourgnon (maître de recherche, IRDES)

La question des inégalités sociales de recours aux soins n'est ni nouvelle ni circonscrite à la France. Dans la plupart des pays d'Europe et de l'OCDE, de telles inégalités de recours aux services de santé selon le statut social sont attestées. Ainsi en France, ces inégalités existent et perdurent dans les soins ambulatoires (notons que peu d'études portent sur les soins hospitaliers et plus particulièrement les soins de spécialistes). Elles sont le plus souvent mesurées à travers les indices de concentration, qui permettent d'évaluer dans quelles strates de population se concentre la consommation de soins une fois prises en compte les différences de besoins de soins. Au cours des années 1990, le niveau d'inégalité est resté significatif. Les inégalités de recours au spécialiste y contribuent fortement. Elles suivent une tendance à la baisse, plus marquée au tournant des années 2000, année de l'instauration de la CMUC. Deux facteurs explicatifs ont été plus particulièrement identifiés pour expliquer ces inégalités ; le niveau de revenus et la couverture complémentaire. Au-delà de ces deux facteurs pouvant expliquer les inégalités de recours et leur évolution, on devine que d'autres mécanismes sont à l'œuvre, à travers des études socio-anthropologiques ou des testings. Ces dernières, qui portaient sur le refus de soins montrent en particulier que la CMUC n'a pas réglé l'ensemble des problèmes d'accès au système de santé.

Nous avons donc proposé une étude générale du renoncement, qui vise tout d'abord à valider le concept et sa mesure et à apporter ensuite un nouvel éclairage sur l'accès financier aux services de santé s'appuyant sur cette mesure. Ce travail se décompose en trois étapes. Une approche socio-anthropologique, une approche du point de vue de la méthodologie d'enquête et une approche micro-économétrique qui analyse le renoncement tel qu'il a été recueilli en enquête depuis 1992. Ce sont les résultats de cette dernière qui constituent la base de cette présentation.

Les quelques études portant sur le renoncement dans d'autres pays montrent de façon systématique que la déclaration d'un renoncement aux soins est décroissante avec l'âge, avec le revenu, avec l'assurance santé, qu'elle est croissante avec le niveau d'éducation, et enfin qu'elle est plus fréquente chez les femmes. Notre étude retrouve ces résultats sur données françaises. Elle confirme que dans le système français, l'accès à une complémentaire est un déterminant essentiel de l'accès aux soins. Dans la même logique, le revenu explique en partie le renoncement aux soins pour raisons financières, mais au-delà du revenu, l'histoire de vie de la personne

et sa situation sociale passée, présente, et ses craintes pour l'avenir peuvent expliquer un renoncement. De plus, les effets des dimensions de précarité se conjuguent et s'additionnent, mettant en évidence un mécanisme de construction d'un puissant gradient social de l'accès aux soins selon le niveau de précarité. Il est en effet important de noter que la précarité n'est pas réservée à un groupe social isolé et marginalisé. Elle est distribuée sur des segments plus larges de la société, et on peut dès lors entrevoir par ce biais que les effets de la crise actuelle sur l'accès aux soins viendront se manifester. Enfin, nous montrons que l'offre de soins peut elle aussi influencer le renoncement aux soins pour raisons financières dans les segments de l'offre où les tarifs sont libres. Ainsi, les renoncements aux soins dentaires sont plus fréquents dans les départements dont les tarifs sont les plus élevés.

L'impact de la couverture maladie universelle sur le niveau de renoncement aux soins pour raisons financières est très significatif, comparable à l'effet d'une couverture complémentaire offrant des garanties élevées. S'ils en étaient dépourvus, les bénéficiaires de la CMU seraient 40 % à déclarer un renoncement aux soins, alors qu'ils ne sont en réalité que 22 % à le faire. Pour autant, ce taux reste supérieur à celui des autres assurés disposant d'une couverture complémentaire (15 %), ce qui suggère que donner le droit d'accès aux soins ne garantit pas un accès effectif et qu'à elle seule la CMUC ne permet pas de rattraper l'ensemble des conséquences des inégalités sociales et des problèmes sociaux. La très forte corrélation entre le renoncement et les dimensions habituellement relevées pour décrire les situations de vulnérabilité sociale suggèrent que le renoncement peut être interprété lui-même comme une dimension de cette vulnérabilité.

Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique

Caroline Després (Irdes), Paul Dourgnona (Irdes ; Université Paris-Dauphine, Leda-Legos), Romain Fantin (Irdes), Florence Jusot (Université Paris-Dauphine, Leda-Legos ; Irdes)
Ce texte a été publié en novembre 2011 par l'Irdes dans* Questions d'économie de la santé, *n° 170.

La France, bien que pourvue d'un système de protection sociale à vocation universelle, connaît des inégalités sociales dans l'accès et l'utilisation des services de santé. L'analyse des déterminants du renoncement aux soins pour raisons financières apporte un nouvel éclairage sur cette question.

En 2008, 15,4 % de la population adulte déclare avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Les barrières financières se concentrent sur les soins dentaires (10 % de la population concernée) et, dans une moindre mesure, l'optique (4,1 %) et les consultations de médecins généralistes et spécialistes (3,4 %).

Ces difficultés d'accès aux soins sont en partie expliquées par les limites du système de protection sociale. L'absence de couverture complémentaire est un facteur important du renoncement aux soins alors que la CMUC en facilite l'accès. Néanmoins, cette étude révèle d'autres facteurs de renoncement liés à l'histoire de vie, en particulier la situation sociale passée, présente ainsi que les perspectives d'avenir. Cette étude démontre aussi que les prix pratiqués par les professionnels de santé qui peuvent fixer librement leurs honoraires jouent sur l'accessibilité des soins.

Des travaux socio-anthropologiques, publiés simultanément (Desprès *et al.*, 2011), confirment l'intérêt de l'approche par le renoncement financier pour l'étude de l'accès aux services de santé et la pertinence des approches quantitatives multivariées.

En France comme dans la plupart des pays européens pourvus de systèmes de protection sociale, on observe des inégalités dans l'utilisation des services de santé. Ainsi la fréquence de recours au médecin comme le nombre de visites ne sont pas identiques dans tous les groupes sociaux, même après contrôle par l'âge, le sexe et l'état de santé (Couffinhal *et al.*, 2004 ; Jusot, 2011). Les statistiques sur le renoncement pour raisons financières viennent confirmer ces résultats. En France, en 2008, 15,4 % des personnes de 18 ans et plus déclarent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois.

La notion de renoncement comme indicateur d'accessibilité financière aux soins a émergé progressivement dans le champ politique et social. L'enquête Santé protection sociale (ESPS) [encadré Source et méthode], dans laquelle la question est intégrée de manière ininterrompue depuis 1992, a contribué à faire de cette notion un indicateur d'évaluation des politiques publiques (cf. Rapport parlementaire d'information sur la loi portant création de la CMUC (Boulard, 1999)[1]. C'est en suivant cette logique qu'elle a été choisie comme l'un des indicateurs de suivi de la CMUC dans le programme maladie des programmes de qualité et d'efficience (PQE) du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS). L'indicateur permet de suivre la différence de taux de renoncement aux soins pour raisons financières entre les bénéficiaires de la CMUC et les personnes couvertes par une complémentaire privée.

Du point de vue scientifique, le renoncement aux soins, encore peu exploré, vise à identifier des besoins de soins non satisfaits, qu'un état de santé aurait justifié. Ces besoins non satisfaits peuvent être mesurés à partir des niveaux d'utilisation des services de santé ou à travers des questions sur le renoncement à des soins. Le concept de renoncement, en permettant d'établir le rapport à un besoin de soins, apporte une information complémentaire à la mesure objective de l'utilisation des services de santé et permet de lever en partie un écueil classique des études micro-économiques : l'observation de différences de consommation de soins entre riches et pauvres, à état de santé contrôlé, ne permet pas de conclure avec certitude à l'existence d'inégalités socio-économiques. Les pauvres consomment-ils moins parce qu'ils n'ont pas l'argent ou parce que leurs préférences pour la santé sont également plus faibles ?

Après avoir décrit les différents types de renoncement pour raisons financières, son évolution de 2000 à 2008 et comment il est distribué selon les différents groupes sociaux, nous étudions les déterminants du renoncement, en insistant sur les rôles de la situation sociale, de la couverture complémentaire et du prix des soins.

Le renoncement aux soins en France pour raisons financières

En 2008, 15,4 % de la population âgée de 18 ans et plus déclarait avoir renoncé à des soins pour des raisons financières lors des douze derniers mois. Le renoncement à des soins dentaires est le plus fréquemment cité (tableau 1). Il concerne 10 % de la population, devant la lunetterie (4,1 %) et les consultations de médecins (3,4 % généralistes et spécialistes confondus).

1. « (...) Alors que dès 1946, le préambule de la Constitution proclame que « la nation garantit à tous la protection de la santé », en 1996, un Français sur quatre déclarait avoir renoncé à se soigner au moins une fois dans l'année pour des raisons financières. Face à ce constat, l'instauration d'une couverture maladie universelle doit permettre de passer du droit juridiquement affirmé à la santé, au droit, réellement exercé, de se soigner ».

Tableau 1

Probabilité d'avoir renoncé à des soins pour raisons financières au cours des douze derniers mois

	Général (tous soins confondus)	Soins dentaires	Soins optiques	« Généralistes et spécialistes »
Variables				
Sexe	***	*	**	***
Homme	**0,73**	**0,87**	**0,76**	**0,67**
Femme	1,00	1,00	1,00	1,00
Âge	***	***	***	***
< 30 ans	1,00	1,00	1,00	1,00
30-39 ans	1,07	1,02	1,56	0,81
40-49 ans	1,27	1,13	**2,58**	0,78
50-59 ans	1,05	0,84	**2,43**	**0,50**
60-69 ans	0,94	**0,66**	**2,20**	**0,43**
70-79 ans	**0,65**	**0,41**	**2,69**	**0,34**
80 ans et plus	**0,51**	**0,22**	1,33	0,41
Revenu par unité de consommation	***	**	*	*
< 5e percentile	1,15	1,21	1,14	0,96
< 1er quintile	1,01	1,06	1,16	1,10
< 2e quintile	1,24	0,96	1,42	1,38
< 3e quintile	1,00	1,00	1,00	1,00
< 4e quintile	1,13	0,90	1,01	1,41
< 95e percentile	**0,65**	**0,70**	0,91	0,72
> 95e percentile	**0,29**	**0,23**	**0,13**	0,63
Score de précarité	***	***	***	***
0 (aucune précarité)	1,00	1,00	1,00	1,00
1	**1,86**	**2,23**	**2,43**	**0,97**
2	**3,11**	**3,04**	**4,61**	**1,81**
3	**4,38**	**3,74**	**6,18**	**3,64**
4	**7,53**	**5,83**	**11,5**	**5,54**
5	**7,96**	**6,20**	**12,2**	**5,42**
6	**11,78**	**7,71**	**13,6**	**9,70**
7 et au-delà	**16,38**	**10,45**	**20,26**	**15,65**
Origine sociale	***	**	*	*
Élevée (père chef d'une entreprise de 10 salariés ou plus)	**0,33**	**0,46**	0,29	0,41
Autres	1,00	1,00	1,00	1,00
Niveau d'études	***	***	***	*
Sans diplôme,	**0,58**	**0,61**	**0,63**	0,80
Brevet CAP, BEP	**0,76**	0,83	1,02	**0,61**
Baccalauréat	**0,93**	1,09	1,20	0,70
Études supérieures	1,00	1,00	1,00	1,00
Couverture complémentaire	***	***	***	***
CMUC	1,00	1,00	1,00	1,00
Privée	**2,13**	**1,94**	**1,65**	**2,79**
Très bonne	*0,80*	*0,52*	*0,80*	*1,25*
Bonne	***1,51***	1,25	*1,20*	***2,40***
Moyenne	***2,36***	***2,43***	*1,65*	***2,41***
Mauvaise	***3,59***	***3,18***	***2,54***	***3,28***
Sans couverture	**4,02**	**3,04**	**2,61**	**6,15**
Choisi	***2,24***	***2,14***	*1,44*	*3,97*
Subi	***7,63***	***5,81***	***4,45***	***7,44***

Source : Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008.

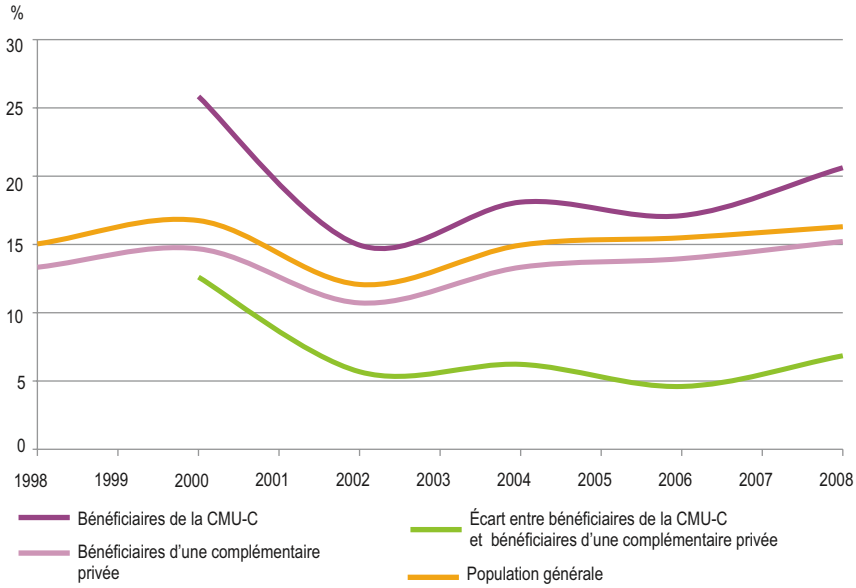
Note de lecture : Les valeurs expriment des odds ratios. D'autres variables ont été intégrées dans le modèle mais ne sont pas présentées ici (type de ménage, état de santé général, santé mentale, ZEAT). *** Variable significative à 1 %. ** Variable significative à 5 %. * Variable non-significative. Odds ratio : en gras (significatif à 5 %), souligné (à 1 %). Les analyses multivariées du renoncement, c'est-à-dire qui estiment de façon simultanée les impacts de plusieurs facteurs potentiellement explicatifs, sont réalisées à travers des modèles logistiques. Les coefficients associés à chaque facteur (odds ratios) s'interprètent comme la corrélation entre le facteur et le rapport des probabilités de renoncer.

Les évolutions du renoncement aux soins entre 2000 et 2008

Le taux de renoncement à des soins pour raisons financières augmente entre 1998 et 2000 et chute ensuite fortement de 2000 à 2002 (graphique 1). Depuis, il apparaît en augmentation et est quasiment revenu en 2008 à son niveau de 2000. À toutes les périodes, les personnes appartenant au plus bas quintile de revenu par unité de consommation[2] renoncent davantage à des soins que les autres (graphique 2). Leur renoncement a cependant diminué de façon continue de 1998 à 2002. L'écart entre les taux de renoncement moyens des quintiles extrêmes était de 14,2 points en 1998, c'est-à-dire avant la mise en place de la CMUC. Il semble se stabiliser entre 9,1 et 10,5 points à partir de 2002. De même, le taux de renoncement des CMUistes chute fortement entre 2000 et 2002, reflétant la mise en place progressive du dispositif. Il remonte ensuite jusqu'en 2008, comme pour les autres catégories de population. Cette dernière augmentation semble s'inscrire dans un contexte d'augmentation des niveaux de renoncement déclaré dans toutes les catégories de la population. L'écart entre CMUistes et personnes protégées par une complémentaire reste statistiquement constant à partir de 2002.

Graphique 1

Évolution du taux de renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMUC et des bénéficiaires d'une couverture complémentaire privée



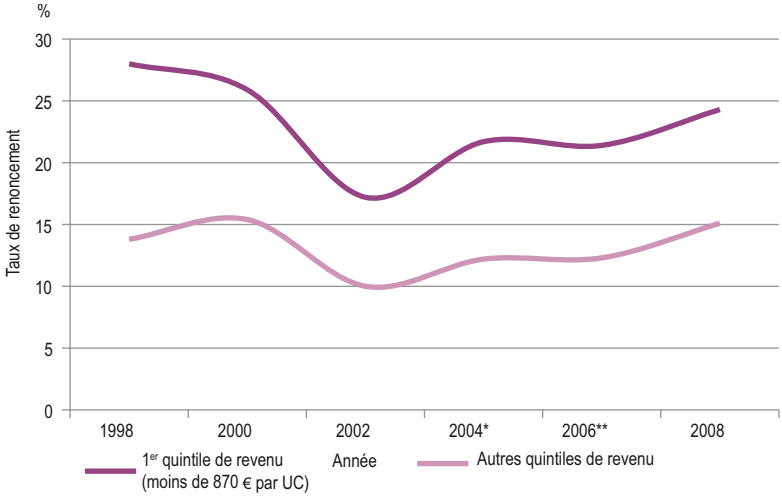
Champ : 18-64 ans.

Source : Irdes, enquête Santé protection sociale (ESPS) 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008.

2. Il s'agit des revenus du ménage corrigés de la composition de celui-ci.

Graphique 2

Évolution du taux de renoncement aux soins selon le niveau de revenu



Champ : 18-64 ans.

Source : Irdes, enquête Santé protection sociale (ESPS) 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008.

Renoncement et besoins de soins

L'âge et le sexe sont corrélés avec le renoncement aux soins. Les femmes déclarent plus souvent renoncer à des soins pour raisons financières que les hommes. Cet écart persiste quel que soit le type de soins concerné et reste constant au cours de la vie. Pourtant, en ce qui concerne les soins dentaires et optiques, il n'y a pas de différences physiologiques objectives expliquant ces écarts entre hommes et femmes. Les raisons sont plutôt à chercher du côté de l'état de santé subjectif : à état de santé comparable, les femmes tendent à s'estimer en plus mauvais état de santé que les hommes (Shmueli, 2003). De la même manière, les différences de renoncement entre hommes et femmes traduisent sans aucun doute des différences d'attentes en matière de soins.

Le lien entre âge et taux de renoncement suit une courbe en cloche : le renoncement déclaré augmente continûment de 18 à 40 ans, se stabilise entre 40 et 50 (maximum à 42 ans, mais peut varier selon les soins), puis la tendance s'inverse et suit une pente descendante, quel que soit le type de soins. Le renoncement aux soins dentaires diminue pour sa part fortement aux âges élevés, avec la diminution des besoins eux-mêmes. Ces résultats sont moins visibles en analyse multivariée, où c'est la baisse chez les personnes âgées qui ressort, ce qui peut traduire un effet de génération selon lequel les personnes âgées exprimeraient moins de besoins de soins à état de santé identique.

Quand l'état de santé se dégrade, qu'il soit approché par l'état de santé déclaré, par le fait d'être en affection de longue durée (ALD) ou par la santé dentaire ou visuelle, la proportion de personnes renonçant à des soins augmente dans des proportions importantes. Ce résultat traduit sans doute le fait que les personnes renonçant à des soins sont en moins bonne santé, mais aussi que le renoncement suppose un besoin de soins : quand les besoins sont plus forts, les choix à faire en matière de santé sont plus nombreux et le risque de renoncer augmente. Le renoncement déclaré concerne aussi davantage les soins curatifs que les soins préventifs.

Les facteurs socio-économiques du renoncement aux soins

L'étude des déterminants du renoncement montre que le pouvoir d'achat ou le fait d'être couvert par une complémentaire santé jouent sur le renoncement aux soins. Elle met aussi en évidence les rôles joués par d'autres facteurs dans l'accès aux services de santé, rôles qui n'avaient pu être mis en évidence de façon significative dans les études portant sur des mesures objectives de la consommation de soins (tableau 1).

Le renoncement est lié à la situation sociale passée, présente et future

Le pouvoir d'achat influence le renoncement financier aux soins. Le taux de renoncement augmente de façon régulière quand le revenu par unité de consommation diminue. Cependant, ce gradient disparaît une fois prises en compte les dimensions de précarité décrites plus loin, ne laissant plus apparaître qu'un effet de seuil entre les catégories plus aisées et le reste de la population (tableau 1). Les 20 %, et beaucoup plus encore les 5 % de personnes les plus aisées, se démarquent du reste de la population par leur taux de renoncement plus faible. Ce résultat est particulièrement tangible pour les soins dentaires. De même, l'origine sociale semble jouer un rôle, avec un moindre renoncement des personnes dont le père est ou était chef d'entreprise.

Les effets socio-économiques de long terme observés à travers les dimensions de précarité jouent particulièrement, c'est-à-dire même après avoir pris en compte le revenu et les autres variables socio-économiques, sur le renoncement aux soins. Au total, neuf dimensions de précarité influencent le renoncement, chacune indépendamment mais plus encore conjuguées. On peut les caractériser comme suit :

- les expériences de difficultés au cours de la vie : difficultés financières, périodes d'inactivité, d'isolement, d'absence de logement fixe ;
- la situation présente ou récente, au cours des douze derniers mois : connaître des difficultés financières, temps partiel subi, chômage, ou à l'inverse le fait d'avoir pu partir en vacances ;
- la perception du futur proche : crainte de perte d'emploi, de se retrouver sans soutien au cours de l'année qui vient.

Les expériences de la précarité passée, présente mais aussi anticipée jouent sur l'accès financier aux soins, ceci même quand le revenu et les autres variables socio-économiques sont pris en compte. Elles participent d'un même mécanisme de construction d'une vulnérabilité de long terme. La précarité apparaît multifactorielle, toutes ses dimensions ayant une influence sur le renoncement aux soins pour raisons financières, à niveau de revenu donné. La situation actuelle et les expériences passées jouent le plus sur le renoncement aux soins, mais la crainte du futur est aussi significative, ce que l'on peut interpréter en termes de comportement de précaution (« J'anticipe des lendemains difficiles donc j'économise aujourd'hui, en évitant les soins onéreux et non directement utiles ») ou comme un effet psychosocial[3]. De même, que les difficultés liées à l'accès à l'emploi soient présentes, passées ou probables, elles augmentent le risque de renoncer à des soins.

3. Il est très intéressant de relire ici l'exposé des motifs de l'Ordonnance du 4 octobre 1945 sur la création de la Sécurité sociale « Trouvant sa justification dans un souci élémentaire de justice sociale, elle [la Sécurité sociale] répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain, de cette incertitude constante qui crée chez eux un sentiment d'infériorité et qui est la base réelle et profonde de la distinction des classes entre les possédants sûrs d'eux-mêmes et de leur avenir et les travailleurs sur qui pèse, à tout moment, la menace de la misère. ». Plus de 60 ans après, cette vulnérabilité semble toujours au cœur de la question des inégalités sociales de santé.

En additionnant ces dimensions, nous construisons un score de précarité (ce qui revient à faire la somme des événements de précarité passés, présents et futurs déclarés, mais sans distinguer lesquels), de façon à identifier un effet de cumul de ces dimensions de précarité sur l'accès financier aux soins (graphique 3). Ce cumul de vulnérabilités sociales apparaît alors comme le facteur le plus important du renoncement aux soins, et ceci quels que soient les soins concernés et à niveau de revenu donné (tableau 1).

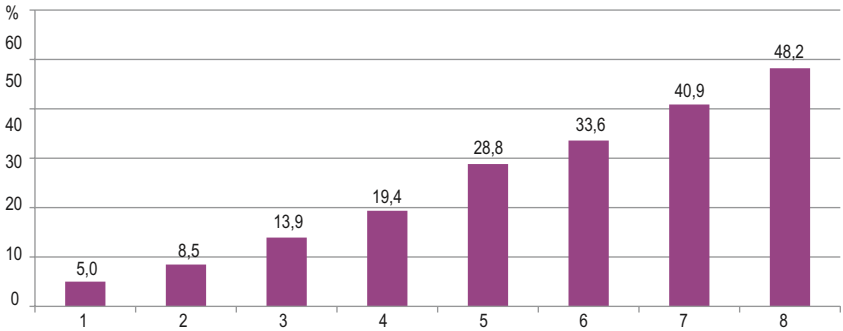
L'étude fait ainsi apparaître la nature complexe de l'accès financier aux soins qui ne se résume pas à la question de la prise en charge financière des soins même si elle y contribue fortement. Nos résultats confirment que l'on ne peut appliquer à la santé un modèle économique minimaliste qui ferait du soin un bien consommé selon des préférences individuelles, lesquelles se résumeraient à un état de santé effectif ou désiré, par un individu disposant d'un budget limité. Cette étude montre tout autant les limites d'un modèle médicalisant qui voudrait que les besoins de soins existent en dehors des malades et qu'à chaque état de santé corresponde une façon unique de se soigner.

Le rôle protecteur de la CMUC

L'absence de complémentaire santé est un obstacle largement documenté à l'accès aux services de santé en France (Caussat, Raynaud, 2004 ; Raynaud, 2005). De fait, les personnes sans complémentaire renoncent deux fois plus que les autres aux soins les moins bien couverts par le régime obligatoire. L'analyse est affinée dans ESPS qui rend possible la comparaison entre la protection apportée par la CMUC et celle des complémentaires privées. Deux éléments permettent d'approcher la qualité de la couverture complémentaire : la valeur de la prime et le niveau de satisfaction déclaré par type de soins remboursés (information uniquement connue pour les contrats individuels).

Graphique 3

Taux de renoncement aux soins en fonction du score de précarité



Champ : 18-64 ans.

Source : Irdes, enquête Santé protection sociale (ESPS) 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008.

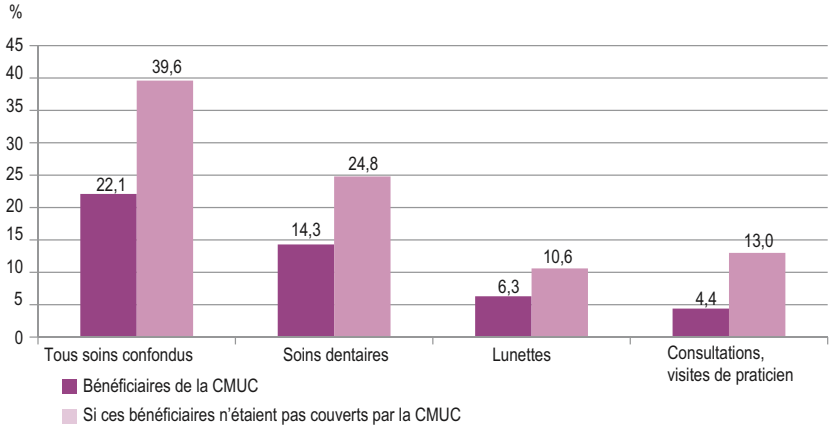
Au regard de leurs besoins de soins, les personnes qui jugent avoir besoin d'une meilleure couverture complémentaire déclarent renoncer plus que les autres. Les personnes sans complémentaire (7 % des personnes interrogées) renoncent beaucoup plus fréquemment que celles qui ont une très bonne complémentaire (tableau 1). De plus, celles qui expliquent ne pas en avoir les moyens renoncent trois fois plus que celles qui déclarent ne pas en avoir besoin. Les résultats suggèrent donc que le renoncement aux soins succède à un premier renoncement, également financier, mais à la complémentaire santé.

Le taux de renoncement des personnes ayant la CMUC est de 22 % en 2008. Quel serait-il en l'absence de CMUC ? En estimant le taux de renoncement des CMUistes s'ils n'avaient pas la CMUC de façon contrefactuelle, c'est-à-dire en attribuant au sous-échantillon des CMUistes les probabilités de renoncer des personnes ayant les mêmes caractéristiques dans l'autre partie de l'échantillon, on obtient un taux de renoncement de 40 % (graphique 4).

La présence de professionnels pratiquant des honoraires libres peut aussi expliquer le renoncement. Le renoncement aux soins pour raisons financières est le plus fréquent pour les soins dentaires dans les départements où les tarifs pratiqués sont les plus élevés[4]. On observe des écarts significatifs de plus de 90 euros entre les départements où les prix sont les plus élevés (Yvelines, Paris) et ceux où les prix sont les plus faibles (Yonne, Aveyron, Haute-Loire), une fois prises en compte les différences de structure de la population en termes d'âge et de sexe.

Graphique 4

Évaluation du taux de renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMUC s'ils ne bénéficiaient pas du dispositif



Champ : 18-64 ans.

Source : Irdes, enquête Santé protection sociale (ESPS) 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008.

L'étude du renoncement aux soins pour raisons financières confirme le lien entre couverture complémentaire et accès aux soins. Elle montre également que des facteurs socio-économiques de long terme, c'est-à-dire s'inscrivant tout au long de la vie des individus, sont à l'œuvre dans l'accès financier aux soins. Même si la CMUC offre une protection contre le renoncement aux soins pour raisons financières aussi bonne que celle offerte par les meilleurs contrats individuels d'assurance maladie complémentaire, des disparités d'accès persistent, à niveau d'assurance donné, entre les groupes sociaux. Les résultats des travaux sur le renoncement suggèrent donc que la question de l'accès est plus vaste que celle du droit d'accès et qu'elle ne peut être totalement réglée ni avec l'universalisation de l'assurance santé ni avec l'attribution d'une complémentaire aux plus pauvres.

4. Pour tenir compte des différences de pratiques tarifaires entre départements dans le domaine dentaire, nous utilisons les tarifs des inlays cores, produits homogènes dont les différences de tarifs ne reflètent pas a priori des différences de qualité.

Repères

Cette étude fait partie d'un projet de recherche pluridisciplinaire, soutenu financièrement par la Mission recherche (MiRe) de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère du Travail, de l'emploi et de la santé. Ce projet vise à approfondir l'étude du renoncement aux soins pour raisons financières et à s'assurer que le concept et sa mesure sont méthodologiquement fondés. Pour cela il emprunte les outils de l'analyse socio-anthropologique, économétrique et de la méthodologie des enquêtes. L'analyse économétrique a déjà donné lieu à publication dans les Comptes de la santé 2010 (Dourgnon *et al.*, 2011).

Source et méthode

Les données utilisées proviennent de l'enquête Santé protection sociale (ESPS), appariée avec des données administratives issues des fichiers de remboursement de la Sécurité sociale. L'enquête ESPS, réalisée par l'Irdes tous les deux ans, compte environ 8 000 personnes échantillonnées dans les registres des trois principales caisses d'assurance maladie (Cnamts, RSI, MSA) ainsi que l'ensemble de leur ménage, soit un total de 22 000 participants.

Les questionnaires portent sur la situation sociale et économique des participants, leur état de santé, l'assurance complémentaire, le recours aux services de santé. Le questionnaire sur le renoncement date de 1992. Il est administré par un enquêteur et est posé uniquement à la personne échantillonnée, soit un échantillon de 8 000 personnes chaque année d'enquête. Nous utilisons les enquêtes 1998 à 2008 selon les besoins de l'étude, en concentrant l'analyse sur les années d'enquête les plus récentes. La plupart des analyses ont été répliquées sur plusieurs années d'enquête pour vérifier leur robustesse. Le travail sur le rôle du prix des soins dans les différences départementales a été réalisé sur les échantillons 2006 et 2008 mis en commun.

Le module sur le renoncement financier prend la forme suivante :
« Au cours des douze derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ? »

☐ Oui	Si Oui : « À quels soins avez-vous renoncé pour raisons financières ? »
☐ Non	Soin 1 :
	Soin 2 :
	Soin 3 :

Bibliographie

Boulard J.-Cl., 1999, « Rapport d'information sur la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle », Assemblée nationale, *Les Documents d'information de l'Assemblée nationale*.

Caussat L., Raynaud D., 2004, « La régulation de la demande de soins : le rôle de l'Assurance maladie dans la formation de la consommation de biens et services de santé », La régulation des dépenses de santé, *Revue d'économie financière*, n° 76.

Couffinhal A., Dourgnon P., Masseria C., Tubeuf S., Van Doorslaer E., 2004, « Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries », OECD, *Towards High-Performing Health Systems*.

Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F., 2011, « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique », Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 169, octobre.

Dourgnon P., Després C., Jusot F., Fantin R., 2011, « Dépense de santé et accès financier aux services de santé : une étude du renoncement aux soins », Les comptes de la santé 2010, DREES, Document de travail, *Série Statistiques*, n° 161, septembre.

Jusot F., Or Z., Sirven N., 2011, Variation in Preventive Care Utilisations in Europe, *European Journal of Ageing*. http://ifp.nyu.edu/2011/journal-articleabstracts/ variations-in-preventive-care-utilisation-in-europe-2/

Raynaud D., 2005, « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire », DREES, *Études et résultats*, n° 378, février.

Shmueli A., 2003, « Socio-Economic and Demographic Variation in Health and in its Measures : the Issue of Reporting Heterogeneity », *Social Science & Medicine* 57.

Accès financier aux soins de santé : enseignements et limitations des comparaisons internationales

Gaétan Lafortune et Marion Devaux (division de la santé, OCDE)

L'accès financier aux soins de santé peut se mesurer à partir d'un ensemble d'indicateurs clés, comprenant : le degré de couverture de l'Assurance maladie publique et des assurances complémentaires et les restes à charge des patients ; le renoncement aux soins pour des raisons financières ; et le niveau effectif d'utilisation des services parmi les différents groupes de la population. En France, la part des dépenses publiques de santé est plus élevée que la moyenne de l'OCDE (78 % par rapport à 72 % en moyenne dans les pays de l'OCDE en 2009), la part des complémentaires est aussi supérieure, ce qui fait que les restes à charge des patients représentent une part moins élevée que dans presque tous les autres pays de l'OCDE. Toutefois, en France comme dans les autres pays, la structure de financement varie selon les biens et services : la part publique est généralement plus élevée pour les soins hospitaliers que pour les soins dentaires, optiques ou les médicaments.

Selon l'enquête 2010 du Commonwealth Fund, 13 % de la population en France déclarait avoir renoncé à des services de santé pour des raisons financières, un taux nettement moins élevé qu'aux États-Unis, mais plus élevé que dans d'autres pays européens comme l'Angleterre et les Pays-Bas. Dans tous les pays, les déclarations de renoncement aux soins sont beaucoup plus élevées parmi les personnes à bas revenus. L'utilisation effective des services de santé, telle que mesurée dans les enquêtes nationales, varie aussi selon le niveau de revenu. En tenant compte des différences de besoins, les visites auprès des médecins généralistes sont réparties assez équitablement parmi les différentes catégories de revenu en France comme dans la plupart des autres pays de l'OCDE, mais la population la plus aisée a une probabilité plus forte de consulter des spécialistes et des dentistes.

Ce chapitre passe en revue les principaux résultats de ces indicateurs d'accès aux soins de santé en France par rapport aux autres pays de l'OCDE, tout en indiquant les limitations de chacun de ces indicateurs pris séparément.

Introduction

La crise économique, qui a débuté dans plusieurs pays de l'OCDE au milieu de l'année 2008 et s'est poursuivie en 2009, suscite un regain d'inquiétude concernant l'accès aux soins, notamment pour les populations les plus démunies. Plusieurs pays ont introduit des mesures visant à diminuer les dépenses publiques de santé ou au moins à ralentir leur progression, afin de réduire leurs déficits budgétaires. Dans le but de maîtriser ces dépenses, plusieurs pays ont majoré la participation des patients au coût des soins ou modifié le panier de biens et services pris en charge par l'Assurance maladie publique. Pourtant, lors de la Conférence mondiale sur les déterminants sociaux de la santé organisée par l'Organisation mondiale de la santé (OMS) au mois d'octobre 2011, les chefs de gouvernement ont réaffirmé leur détermination à poursuivre l'objectif d'équité en matière de santé en rendant les soins accessibles et abordables par une couverture maladie universelle et la mise en place de mécanismes de financement de nature à prévenir des dépenses de santé excessives pouvant mener à la paupérisation (OMS, 2011).

La couverture maladie universelle est un des outils fondamentaux dont s'est dotée la France et la plupart des autres pays de l'OCDE pour favoriser l'accès aux soins pour l'ensemble de la population et permettre aux gens de se protéger contre les aléas financiers d'une maladie grave ou d'un accident. Toutefois, la présence d'une telle couverture maladie universelle ne garantit pas nécessairement une accessibilité égale à tous les soins, car les services inclus et le degré de participation des patients au coût varient selon les services. Les pays de l'OCDE se sont donnés comme objectif d'assurer un accès adéquat, voire égal, aux soins de santé pour l'ensemble de la population. Il est important d'évaluer l'atteinte de cet objectif à partir d'une série d'indicateurs dont les déclarations de renoncement aux soins, et l'utilisation effective de différents services de santé parmi les différents groupes de la population.

La première partie de ce chapitre fournit des informations de cadrage sur le niveau des dépenses de santé en France par rapport aux autres pays de l'OCDE et la structure de leur financement. La seconde partie présente certains résultats d'enquêtes internationales sur les déclarations de renoncement de soins, en se concentrant sur les écarts parmi les différentes catégories de revenu de la population dans chaque pays. Elle inclut aussi une discussion sur les limitations de ces enquêtes en termes de précisions des données et des biais possibles dans les déclarations. La troisième partie présente les premiers résultats d'une nouvelle étude de l'OCDE sur l'utilisation de certains services de santé par catégorie de revenu dans 17 pays de l'OCDE. Ces résultats font ressortir que si les taux de consultation de médecins généralistes sont répartis assez également parmi les différentes catégories de revenu en France comme dans les autres pays, les personnes à revenus élevés ont une probabilité plus forte de consulter des spécialistes et des dentistes et de se soumettre périodiquement aux dépistages de différents types de cancer. Si ces inégalités peuvent s'expliquer en partie par des raisons financières, il semble aussi qu'elles soient dues en partie à des raisons non-financières (barrières géographiques, barrières de langue, différentes appréciations des risques et bénéfices, etc.) puisque ces inégalités s'observent même dans les pays où ces services sont offerts gratuitement.

Aperçu général du financement des dépenses de santé en France par rapport aux autres pays de l'OCDE

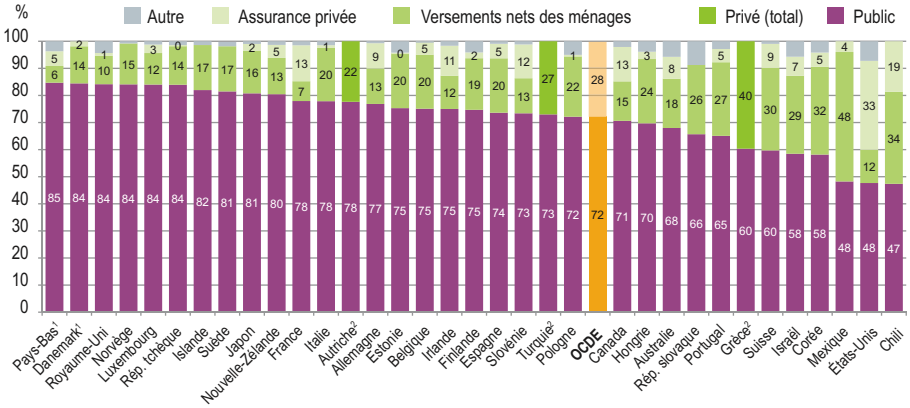
Le niveau total des dépenses de santé en France se situe au-dessus de la moyenne des pays de l'OCDE, avec des dépenses d'environ 4 000 USD par habitant en 2009 (ajustées sur la base de la parité de pouvoir d'achat des monnaies), par rapport à une moyenne de 3 233 USD

pour l'ensemble des pays de l'OCDE. Toutefois, les dépenses de santé par habitant en France restent deux fois moins élevées qu'aux États-Unis et bien moins élevées que dans plusieurs autres pays européens comme la Norvège, la Suisse et les Pays-Bas (OCDE, 2011). En proportion du PIB, les dépenses de santé en France se situent au troisième rang, à 11.8 % en 2009, derrière les États-Unis (17.4 %) et les Pays-Bas (12.0 %). La moyenne parmi les pays de l'OCDE est de 9.6 %.

Le financement public représente la principale source de financement des dépenses de santé dans tous les pays de l'OCDE, à l'exception du Chili, du Mexique et des États-Unis. En France, près de 78 % des dépenses totales de santé (y compris la consommation courante et les investissements) étaient financées par des fonds publics en 2009, un niveau plus élevé que la moyenne de 72 % parmi l'ensemble des pays de l'OCDE (graphique 1). La part du financement public des dépenses de santé est plus élevée en France que dans certains autres pays européens comme la Suisse et l'Espagne, à peu près égale à celle qu'on observe en Allemagne et en Italie, et plus faible qu'aux Pays-Bas, au Royaume-Uni et dans les pays nordiques (à l'exception de la Finlande).

Graphique 1

Dépenses de santé par type de financement - 2009 (ou année la plus proche)



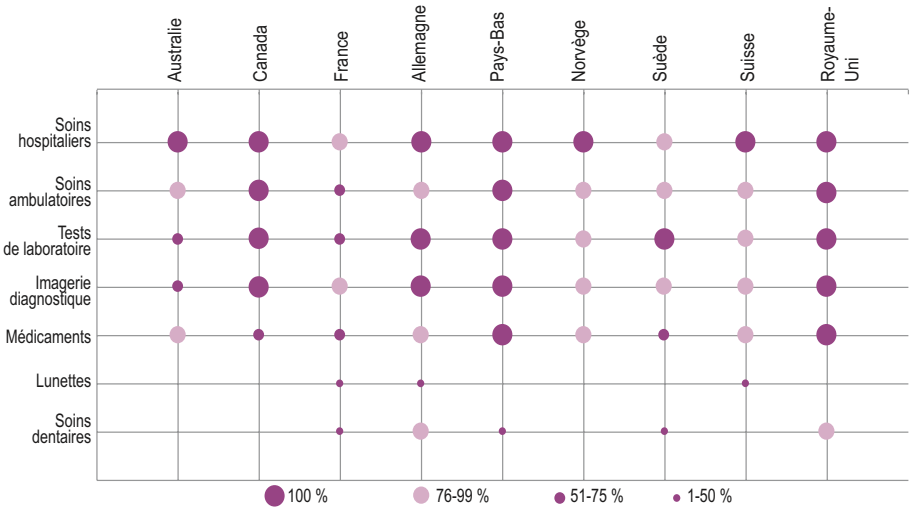
Notes : 1. Dépenses courantes. 2. Ventilation des financements privés non-disponible.

Source : Base de données de l'OCDE sur la santé 2011.

En France comme dans les autres pays de l'OCDE, le niveau de couverture de l'Assurance maladie publique varie toutefois fortement selon les biens et les services de santé. Si dans la plupart des pays les soins hospitaliers et les consultations de médecins sont entièrement ou presque entièrement remboursés par l'assurance publique, il n'en va pas de même pour les dépenses de médicaments, d'optique et les soins dentaires qui sont généralement moins bien couvertes ou pas couvertes du tout (graphique 2).

Graphique 2

Niveau de couverture de l'Assurance maladie publique pour différents biens et services de santé, certains pays de l'OCDE - 2008-2009



Note : Les taux « typiques » de prise en charge par l'Assurance maladie déclarés dans l'enquête de l'OCDE sur les caractéristiques des systèmes de santé 2008-2009 peuvent différer des parts de financement collectées dans le système des comptes de la santé.

Source : Paris, Devaux et Wei (2010), OECD Health Working Paper No. 50.

S'agissant par exemple des soins dentaires, 37 % seulement des dépenses en France étaient prises en charge par du financement public en 2009, le reste étant réparti entre les assurances privées complémentaires (38 %) et les restes à charge des patients (25 %). En Allemagne, la part du financement public des soins dentaires s'élevait à 58 %, mais les restes à charge des patients étaient aussi élevés qu'en France (26 %) parce que les assurances complémentaires jouent un rôle moins grand dans ce domaine. Au Canada, seulement 5 % des dépenses dentaires sont prises en charge publiquement, les assurances privées (51 %) et les restes à charge des patients (44 %) en finançant la majeure partie.

Une des caractéristiques générales du système de financement des dépenses de santé en France est le rôle important joué par les assurances privées complémentaires. Les assurances privées complémentaires couvraient 13 % des dépenses totales de santé en France en 2009, une part plus grande que dans tous les autres pays européens.

L'addition d'une forte couverture publique et de la place importante jouée par les assurances complémentaires fait en sorte qu'une faible partie des dépenses de santé en France est directement laissée à la charge des patients, seulement un peu plus de 7 % en 2009, la part la plus faible parmi tous les pays de l'OCDE à l'exception des Pays-Bas. Ces restes à charge comprennent à la fois les co-paiements exigés aux patients pour certains biens et services, ainsi que ceux qui ne sont pas du tout couverts par l'Assurance maladie publique ou les assurances privées complémentaires. Des restes à charge élevés peuvent représenter une barrière financière importante à l'accès de ces biens et services, si aucun dispositif n'est mis en place pour protéger l'accès pour les plus démunis.

Il est important de garder à l'esprit que l'analyse de l'accès aux soins de santé ne peut se limiter à une analyse des restes à charge pour plusieurs raisons, notamment parce que ces restes à charge ne prennent en compte ni les hausses de cotisations pour les assurances privées

complémentaires payées par les individus qui représentent un fardeau financier additionnel, ni une offre de services limitée ou inexistante dans certaines régions éloignées ou mal desservies, ni les renoncements aux soins, que ce soit pour des raisons financières ou autres, qui par définition n'impliquent aucun reste à charge.

Les renoncements aux soins : résultats d'enquêtes internationales

Un certain nombre d'enquêtes au niveau national et international fournissent des informations sur les renoncements aux soins telles que déclarées par les individus. En France, l'enquête sur la Santé et la protection sociale de l'IRDES fournit des informations tous les deux ans sur les renoncements à différents types de biens et services pour différentes raisons. Au niveau international, au moins deux enquêtes fournissent des informations sur le renoncement aux soins[1] :

- l'enquête annuelle sur le revenu et les conditions de vie (SILC), réalisée par l'INSEE dans un cadre européen, couvrant tous les pays de l'Union Européenne ;
- l'enquête annuelle International Health Policy Survey, coordonnée par le Commonwealth Fund, couvrant 11 pays européens et non-européens.

Il est important de noter que les résultats de ces deux enquêtes ne sont pas directement comparables entre eux, parce que les questions et choix de réponses proposés aux répondants au sujet du renoncement aux soins ne sont pas les mêmes. La taille et la méthode d'échantillonnage de la population de ces deux enquêtes varient aussi.

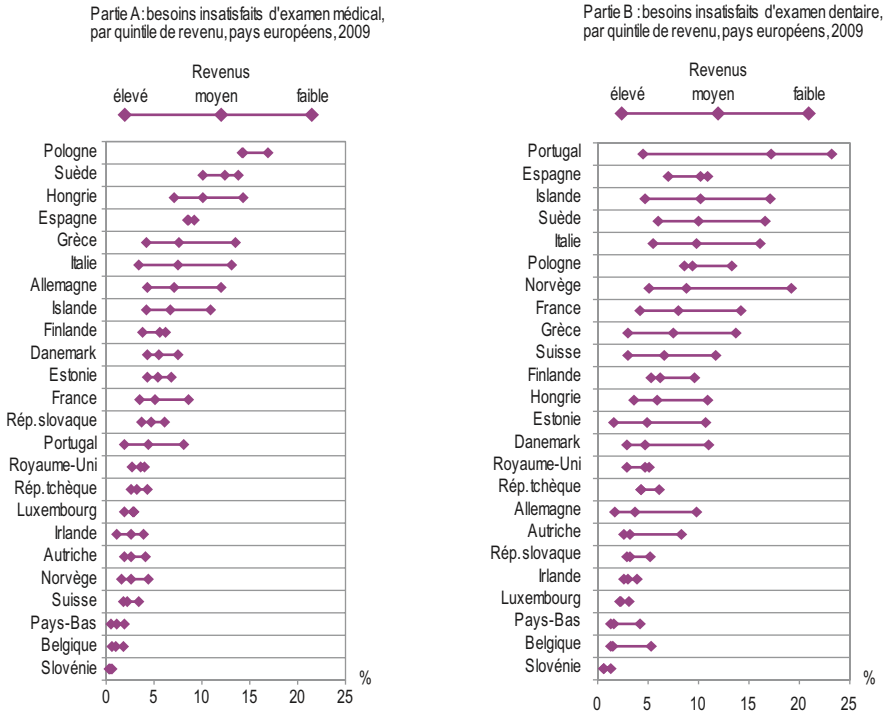
L'enquête sur le revenu et les conditions de vie dans l'Union Européenne (EU-SILC)

L'enquête annuelle européenne sur le revenu et les conditions de vie (EU-SILC) inclut quatre questions sur le renoncement aux soins médicaux et dentaires dans le cadre de son petit module sur la santé. Pour chacun de ces deux types de soins, la première des deux questions demande aux répondants s'ils ont renoncé à ces soins (médicaux ou dentaires) au cours de la dernière année, et si la réponse est positive, une seconde question leur demande pour quelles raisons : trop cher, délai pour un rendez-vous trop long, pas le temps, trop éloigné, peur de consulter, préfère attendre, ne connaît pas un bon médecin ou dentiste, autres raisons. Les résultats de la vague 2009 de SILC indiquent que, dans tous les pays européens, une très forte majorité de la population ne déclarait aucun besoin de soins médicaux ou dentaires non satisfait. En France, seulement 5 % des répondants ont déclaré avoir renoncé à des soins médicaux en 2009 sur la base de cette enquête, un niveau à peu près égal à la moyenne pour l'ensemble des pays de l'Union Européenne. De ces 5 % qui ont déclaré avoir renoncé à des soins en 2009, environ 2 % seulement ont déclaré que ce renoncement était dû à des raisons financières alors que les autres 3 % déclaraient d'autres raisons. Les déclarations de renoncement aux soins dentaires sont plus élevées dans tous les pays, même si elles ne concernent encore qu'une petite minorité de la population. En France, 8 % de la population qui a répondu à l'enquête SILC en 2009 a déclaré avoir renoncé à des soins dentaires, principalement pour des raisons financières. Dans tous les pays, les personnes à faibles revenus déclarent avoir renoncé à des soins médicaux ou dentaires dans une plus forte proportion que les personnes à revenus élevés (graphique 3).

1. L'enquête SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), qui couvre la population âgée de 50 ans et plus dans une dizaine de pays européens, comprend aussi certaines questions sur le renoncement aux soins. Pour plus d'information concernant cette enquête, consulter www.share-project.fr.

Graphique 3

Besoins insatisfaits d'examens médicaux et dentaires, par quintile de revenu, pays européens - 2009



Source : EU-SILC 2009.

L'enquête International Health Policy Survey coordonnée par le Commonwealth Fund

Depuis de nombreuses années, le Commonwealth Fund coordonne l'administration d'enquêtes annuelles multi-pays sur différents aspects des politiques de santé. Au cours des dernières années, un plus grand nombre de pays européens ont participé à cette enquête, dont la France[2]. La vague 2010 de cette enquête couvrait 11 pays européens et non-européens, avec des tailles d'échantillon variant de 1 000 personnes dans certains pays jusqu'à 3 500 personnes (Schoen *et al.*, 2010).

L'enquête pose un certain nombre de questions aux répondants sur l'accès aux soins de santé, y compris les restes à charge au-delà d'une certaine somme, les difficultés rencontrées à payer les dépenses de santé, et le renoncement aux soins médicaux et à l'achat de médicaments pour des raisons financières.

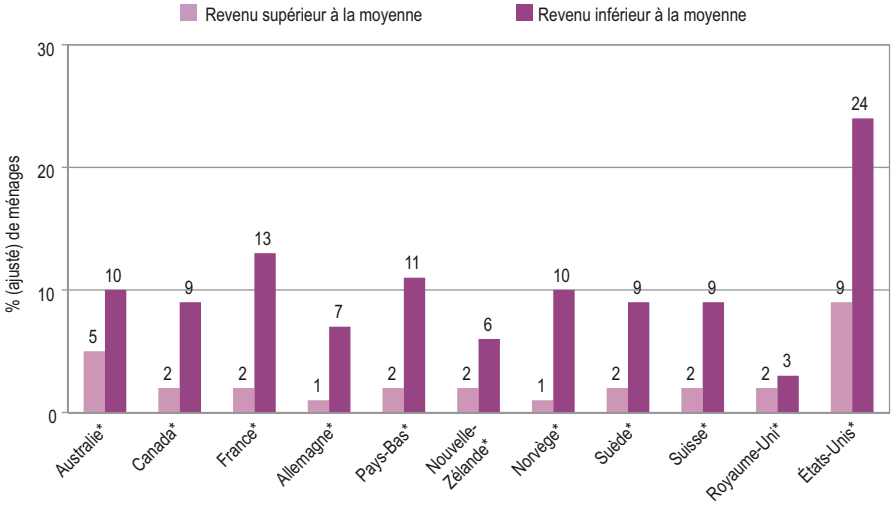
Les résultats de l'enquête 2010 indiquent que 9 % des répondants en France ont déclaré avoir des problèmes sérieux ou étaient incapables de payer leurs dépenses de santé. Ce taux était beaucoup moins élevé qu'aux États-Unis (20 %), mais plus élevés que dans tous les autres pays européens participant à cette enquête. Au Royaume-Uni, seulement 2 % des répondants ont déclaré avoir des problèmes à payer leurs dépenses de santé, alors que ce taux

2. La Haute Autorité de Santé (HAS) est le partenaire français pour cette enquête.

était de seulement 3 % en Allemagne. Dans tous les pays, ce sont évidemment les personnes à bas revenus qui déclarent le plus souvent avoir des difficultés ou être incapables de payer leurs dépenses de santé (graphique 4).

Graphique 4

Proportion de ménages déclarant des problèmes sérieux à payer les dépenses de santé ou incapables de payer les dépenses, onze pays de l'OCDE - 2010



Note : Pourcentage ajusté afin de contrôler l'état de santé, l'âge et, pour les États-Unis, la couverture d'assurance.

(*) Indique une différence significative dans le pays entre les niveaux de revenu ($p < 0.05$).

Source : Commonwealth Fund International Health Policy Survey in Eleven Countries (2010).

Les questions sur le renoncement aux soins comprennent trois types de renoncements : ne pas avoir consulté un médecin alors qu'on était malade ; ne pas avoir suivi les prescriptions du médecin (y compris les prescriptions de médicaments) ; avoir laissé tomber certains tests et traitements en cours de route.[3] Si on prend en compte les personnes qui ont déclaré avoir renoncé à au moins un de ces trois types de services et/ou les médicaments prescrits, 13 % des répondants en France ont déclaré en 2010 avoir renoncé à au moins un de ces soins. Ce taux de déclaration de renoncement est bien plus faible qu'aux États-Unis (33 %), mais plus élevé que dans la plupart des autres pays européens participant à cette enquête, à l'exception de l'Allemagne.

L'interprétation des taux de déclaration de renoncement aux soins entre pays doit être faite avec une certaine prudence, parce que les résultats peuvent être influencés par des facteurs culturels et des attentes plus ou moins grandes par rapport au système de santé. Les déclarations de renoncement aux soins peuvent aussi refléter un certain niveau de mécontentement face à des réformes récentes du système de santé qui peuvent avoir introduit ou augmenté les restes à charge pour les patients. Ce dernier facteur fournit peut-être une explication aux

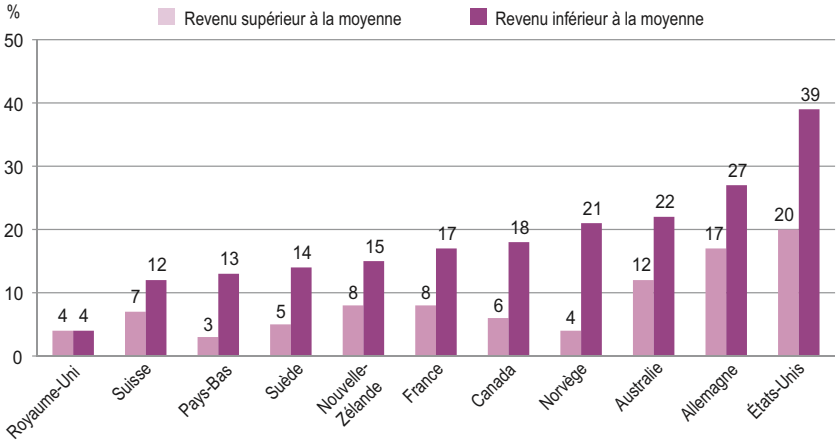
3. Certaines vagues antérieures de l'enquête du Commonwealth Fund, notamment celle de 2004, posaient aussi des questions sur le renoncement aux soins dentaires, mais ces questions ont été laissées de côté dans les vagues les plus récentes. Les résultats de l'enquête de 2004 sur le renoncement aux soins dentaires ont été présentés dans l'édition 2009 du *Panorama de la santé* de l'OCDE, mais à cette époque cette enquête ne couvrait que cinq pays anglo-saxons.

taux élevés de renoncement en Allemagne sur la base de cette enquête du Commonwealth Fund. Toutefois, ces facteurs ne permettent pas d'expliquer les différences de déclarations de renoncement de soins parmi les différents groupes de la population dans chaque pays.

Les résultats de l'enquête 2010 du Commonwealth Fund indiquent que dans tous les pays à l'exception du Royaume-Uni, les personnes à faibles revenus déclaraient dans une bien plus forte proportion renoncer à certains soins et/ou médicaments que les personnes à revenus élevés. En France, 17 % des personnes ayant un revenu inférieur à la moyenne déclaraient avoir renoncé à des soins pour des raisons financières, par rapport à 8 % pour les personnes ayant un revenu supérieur à la moyenne (graphique 5). Les marges d'erreur autour des estimations de cette enquête (ainsi que de l'enquête EU-SILC) sont assez élevées, étant donné la faible taille des échantillons. Mais ces écarts sont significatifs dans tous les pays sauf au Royaume-Uni.

Graphique 5

Besoins insatisfaits de soins[1] pour raison financière, onze pays de l'OCDE, par niveau de revenu - 2010



Note : 1. N'a pas reçu de soins médicaux, a manqué un examen médical, un traitement ou un suivi, ne s'est pas procuré des médicaments prescrits ou n'a pas respecté les doses.

Champ : 16-85 ans.

Source : Commonwealth Fund (2010).

Les déclarations de renoncement aux soins peuvent être associées à une plus ou moins grande utilisation des services de santé et/ou des médicaments. Il est donc utile de compléter cette analyse par une évaluation du degré d'utilisation effectif des services de santé parmi les différentes catégories de revenu.

Inégalité dans l'utilisation des services de santé selon le niveau de revenu

Cette section présente les premiers résultats d'une nouvelle étude de l'OCDE sur l'utilisation de certains services de santé en fonction du niveau de revenu (OCDE, 2011 ; Devaux et de Looper, à paraître). Cette étude est basée sur les données issues des enquêtes nationales de santé les plus récentes. La méthode utilisée pour mesurer les inégalités en matière d'utili-

sation de services de santé est la même que celle employée dans une étude précédente de l'OCDE menée par Van Doorslaer et Masseria (2004). Elle consiste à comparer la répartition effective des services de santé en fonction du revenu en ajustant l'utilisation des services selon des estimations de besoins (voir ci-dessous).

Cette étude couvre la moitié des pays de l'OCDE (17 sur 34), et comprend des pays de différentes parties de l'Europe et des pays non-Européens (Canada, États-Unis et Nouvelle-Zélande). Le tableau 1 indique les enquêtes nationales utilisées. Ces enquêtes ont été menées entre 2006-2007 et 2009. Pour la France, les données viennent de la vague 2008 de l'enquête sur la Santé et la Protection Sociale de l'IRDES.

Tableau 1

Source de données

Pays	Nom des enquêtes sources de données
Allemagne	German Telephone Health Interview Survey (GEDA) 2009
Autriche	Österreichische Gesundheitsbefragung 2006/07 (EHIS 2006/07)
Belgique	Enquête de santé nationale 2008 (EHIS 2008)
Canada	Canadian Community Health Survey 2007/08
Espagne	Encuesta Europea de Salud 2009
Estonie	Estonian Health Interview Survey 2006/07 (EHIS 2006/07)
Etats-Unis	Medical Expenditure Panel Survey 2008
Finlande	Welfare and services Survey (HYPA -survey) 2009
France	Enquête Santé et Protection Sociale 2008
Hongrie	European Health Interview Survey 2009 (EHIS 2009)
Nouvelle-Zélande	National Health Survey 2006-07
Pologne	Europejskie Ankietowe Badanie Zdrowia 2009 (EHIS 2009)
République slovaque	Európsky prieskum zdravia 2009 (EHIS 2009)
République tchèque	European Health Interview Survey in the Czech Republic 2008 (EHIS 2008)
Royaume-Uni	British Household Panel Survey 2009
Slovénie	Anketa o zdravju in zdravstvenem varstvu 2007 (EHIS 2007)
Suisse	Enquête Suisse sur la Santé 2007

Note : EHIS (European Health Interview Survey) fait référence à l'enquête européenne sur la santé qui a été réalisée entre 2006 et 2009 et mise en œuvre dans de nombreux pays européens soit sous la forme d'une nouvelle enquête spécifique, soit en l'intégrant dans une enquête nationale existante.

Les services de santé étudiés comprennent : les consultations de médecins, incluant une distinction entre les généralistes et les spécialistes lorsque les enquêtes le permettent ; les consultations de dentistes ; et les dépistages pour deux types de cancer, le cancer du sein et le cancer du col de l'utérus. L'utilisation des services de santé est mesurée dans les enquêtes nationales de santé par une question du type suivant : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous vu au moins une fois un médecin généraliste/spécialiste/dentiste pour vous-même ? ». L'information recueillie sur la participation aux dépistages de cancer concerne généralement les femmes âgées de 50 à 69 ans ayant réalisé une mammographie au cours des deux dernières années, alors que pour le dépistage du cancer du col de l'utérus, il s'agit généralement de femmes âgées de 20 à 69 ans ayant réalisé un frottis au cours des trois dernières années.

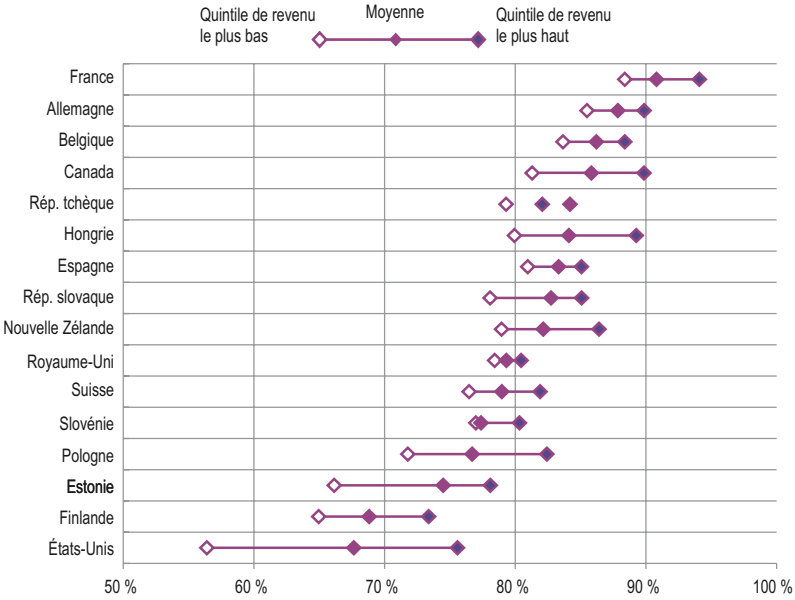
Étant donné que les individus de catégories socio-économiques plus défavorisées affichent généralement des taux de morbidité plus élevés et ont par conséquent davantage besoin de services de santé (Mackenbach *et al.*, 2008), il est nécessaire pour évaluer le principe

d'équité horizontale (c'est-à-dire que les individus qui ont des besoins identiques bénéficient des mêmes soins) d'ajuster les consultations de médecins pour éliminer les différences de besoin entre les personnes de différentes tranches de revenu. Cet ajustement a été effectué à l'aide des variables d'âge, de sexe et d'état de santé. L'état de santé a été mesuré par deux variables, en l'occurrence l'état de santé général déclaré et les limitations d'activités dues à des problèmes de santé. Les résultats pour les consultations dentaires n'ont pas été ajustés en fonction des besoins parce que la plupart des sources de données ne fournissent pas d'informations sur ces besoins de soins dentaires. En outre, dans la majorité des pays, une visite annuelle chez le dentiste est recommandée pour l'ensemble de la population, indépendamment de leur besoin spécifique. De même, les résultats pour le dépistage du cancer du sein et du col de l'utérus n'ont pas été ajustés, puisque la plupart des pays recommandent un dépistage pour toutes les femmes de certaines catégories d'âge tous les deux ou trois ans.

Le graphique 6 présente le pourcentage moyen de la population qui a consulté au moins une fois un médecin au cours de la dernière année, distinguant le quintile de revenu le plus bas et celui le plus élevé, après ajustement selon le besoin. Parmi l'ensemble de la population adulte, le taux moyen de recours à un médecin au cours des 12 derniers mois varie de 68 % aux États-Unis à 91 % en France. Ce taux varie également selon le revenu. Dans la plupart des pays, à besoin égal, les personnes à revenus élevés ont une probabilité de consulter un médecin plus forte que les personnes à faibles revenus. Toutefois, en République tchèque et au Royaume-Uni, le gradient n'est pas clair.

Graphique 6

Taux de consultations médicales au cours des 12 derniers mois, après ajustement selon le besoin, par quintile de revenu - 2009 (ou année la plus proche)



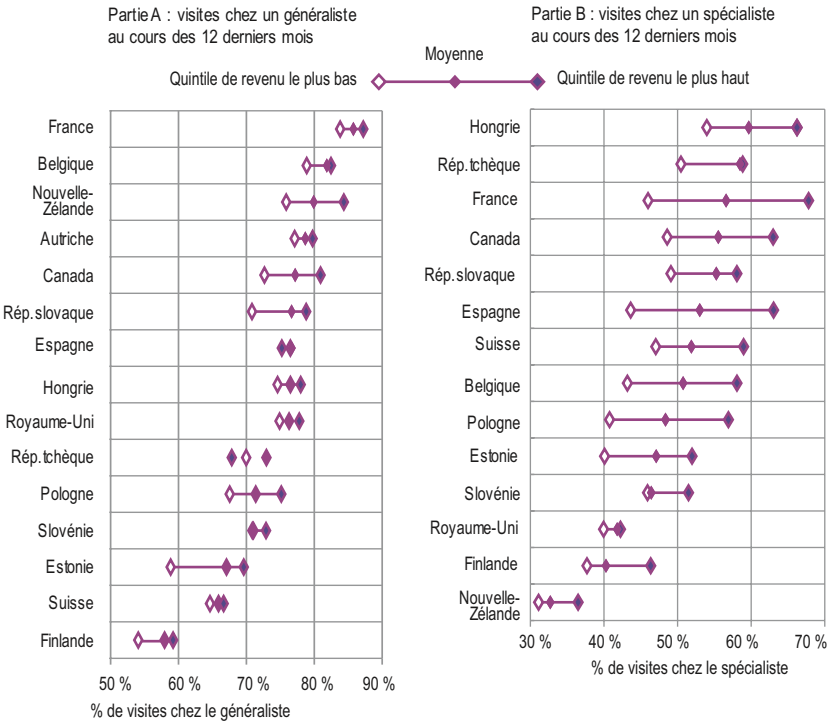
Champ : 16-85 ans.

Source : Devaux et de Looper (à paraître).

Le graphique 7 présente la répartition des taux de consultations des médecins pour les généralistes et les spécialistes séparément, toujours après ajustement selon les besoins.[4] Le pourcentage de l'ensemble de la population adulte ayant consulté un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois varie selon les pays, de 58 % en Finlande à 86 % en France[5]. Dans la plupart des pays, les personnes à hauts revenus ont une plus forte probabilité de consulter un médecin généraliste que les personnes à bas revenus, mais cette différence est faible dans la plupart des cas. En République tchèque et en Espagne, les personnes à bas revenus ont une probabilité un peu plus élevée de consulter un médecin généraliste que les personnes à hauts revenus.

Graphique 7

Taux de consultations de médecins généralistes et spécialistes au cours des 12 derniers mois, après ajustement selon le besoin, par quintile de revenu – 2009 (ou année la plus proche)



Champ : 16-85 ans.

Source : Devaux et de Looper (à paraître).

4. Les enquêtes réalisées aux États-Unis et en Allemagne ne distinguent pas les consultations de généralistes des consultations de spécialistes ; ces deux pays ne sont donc pas pris en compte dans cette analyse plus détaillée.

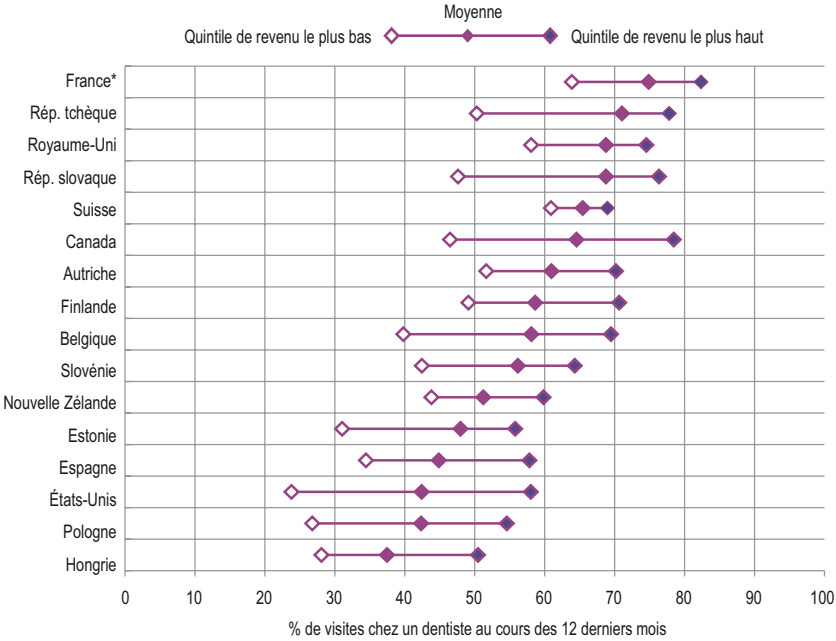
5. En Finlande, le faible taux de consultations auprès des médecins généralistes peut s'expliquer en partie par le fait que les infirmières jouent un rôle important dans les soins primaires (Delamaire et Lafortune, 2010).

Les écarts sont beaucoup plus marqués dans la plupart des pays en ce qui concerne les consultations auprès des spécialistes. Dans la plupart des pays, après standardisation selon le besoin, le taux de recours à un spécialiste est beaucoup plus élevé parmi les personnes aisées que parmi les personnes plus démunies. En France, par exemple, 68 % des personnes à revenus élevés ont déclaré avoir consulté un médecin spécialiste au cours des 12 derniers mois, par rapport à 46 % des personnes à faibles revenus. Ces inégalités sociales peuvent être le reflet de barrières financières à l'accès aux soins (par exemple, les co-paiements, la non-couverture pour certains soins, ou l'avance des frais) ainsi que de barrières non-financières (connaissance du système de soins, différences culturelles, etc.).

Le graphique 8 présente la répartition par quintile de revenu des consultations de dentistes au cours des 12 derniers mois. Parmi l'ensemble de la population adulte, le taux moyen de recours à un dentiste au cours des 12 derniers mois varie de 37 % en Hongrie à 75 % en France, bien que ce taux pour la France se réfère à une visite au cours des deux dernières années. Le taux de recours à un dentiste varie fortement selon le quintile de revenu dans tous les pays, les individus à hauts revenus affichant systématiquement un taux de recours supérieur. En France, 82 % des personnes à hauts revenus ont déclaré avoir consulté un dentiste au cours des deux dernières années par rapport à 64 % pour les personnes à bas revenus.

Graphique 8

Taux de consultations de dentistes au cours des 12 derniers mois, par quintile de revenu, 2009 (ou année la plus proche).



Note : (*) Visites au cours des deux dernières années en France.

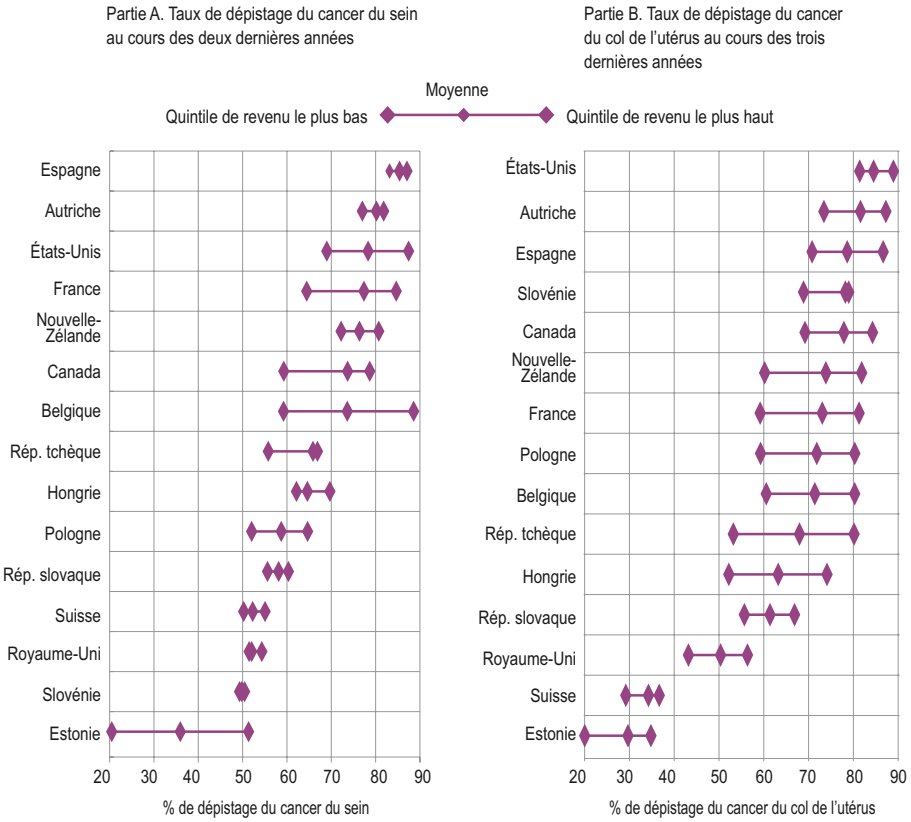
Source : Devaux et de Looper (à paraître).

Le graphique 9 présente la probabilité de recours aux services de dépistage du cancer du sein au cours des deux dernières années et de dépistage du cancer du col de l'utérus au cours des trois

dernières années. Les taux de recours au dépistage du cancer parmi les femmes appartenant à la tranche d'âge ciblée sont très variables selon les pays. Ils sont généralement les plus faibles en Estonie suivie de la Slovénie et du Royaume-Uni (pour le dépistage du cancer du sein) et de la Suisse et du Royaume-Uni (pour le dépistage du cancer du col de l'utérus), et les plus élevés en Autriche, en Espagne et aux États-Unis. Mais si en Espagne on n'observe pas de fortes disparités des taux de dépistage du cancer du sein selon le revenu, ce n'est pas le cas aux États-Unis. Aux États-Unis, les femmes à faibles revenus, non assurées ou bénéficiaires de Medicaid (dispositif d'assurance-maladie en faveur des personnes démunies, handicapées ou des personnes âgées pauvres) et celles qui ont un faible niveau d'instruction ont beaucoup moins recours à la mammographie et au dépistage du cancer de l'utérus (NCHS, 2011). En Europe, les femmes appartenant aux catégories socio-économiques les plus aisées sont plus susceptibles de recourir au dépistage par mammographie (Sirven et Or, 2010). En France, par exemple, 85 % des femmes de 50 à 69 ans dans le quintile de revenu le plus élevé déclarent avoir passé une mammographie au cours des deux dernières années par rapport à 64 % des femmes dans le quintile de revenu le plus bas. Ces disparités sont similaires s'agissant du dépistage du cancer du col de l'utérus.

Graphique 9

Taux de dépistage du cancer du sein et cancer du col de l'utérus, par quintile de revenu, 2009 (ou année la plus proche)



Champ : Femmes âgées de 50 à 69 ans.
Source : Devaux et de Looper (à paraître)

Champ : Femmes âgées de 20 à 69 ans.
Source : Devaux et de Looper (à paraître).

L'existence de programmes de dépistage en population générale à l'échelle nationale et leur gratuité contribuent fortement à favoriser la participation aux dépistages du cancer et permettent de comprendre pourquoi certaines personnes n'y ont pas recours. Les inégalités dans l'utilisation des dépistages du cancer du sein et du cancer du col de l'utérus sont plus élevées dans les pays qui n'ont pas de programmes de dépistage en population générale (Palència *et al.*, 2010).

Ces services de dépistage du cancer sont gratuits dans beaucoup de pays (par exemple en Allemagne, en Finlande, en Nouvelle-Zélande, au Royaume-Uni, etc.). Dans ces pays, les inégalités d'utilisation de services de dépistage ne peuvent donc pas s'expliquer par des barrières financières. Cela suggère que des facteurs non-financiers influencent aussi l'utilisation de ces services de santé. D'autres études ont montré que certaines caractéristiques individuelles, comme l'origine ethnique, le jeune âge, un niveau d'instruction relativement élevé, la situation au regard de l'emploi, le lieu de résidence, le statut matrimonial, le fait d'avoir une assurance-maladie, d'être en bonne santé, d'avoir un médecin attitré et d'utiliser d'autres services de prévention sont des variables prédictives importantes de la participation aux programmes de dépistage (Sirven et Or, 2010).

***

Trois conclusions principales se dégagent de cette revue sommaire de certains indicateurs importants de l'accès aux soins de santé en France par rapport aux autres pays de l'OCDE :

- La part publique des dépenses de santé en France est plus élevée que la moyenne des pays de l'OCDE tandis que les restes à charge des ménages sont parmi les plus faibles parce que les assurances privées complémentaires jouent aussi un rôle plus important que dans la plupart des autres pays. Cette structure de financement des dépenses de santé, qui est restée assez stable au cours des dix dernières années, offre un bon accès aux soins de santé à toutes les personnes résidant en France de façon régulière, même si le niveau de la couverture publique en France comme dans les autres pays varie selon les différents biens et services (notamment une couverture moins grande pour les médicaments, l'optique et les soins dentaires).
- Les résultats des enquêtes internationales sur le renoncement aux soins ne sont pas directement comparables entre eux (ni avec les résultats des enquêtes françaises comme celle sur la Santé et la Protection Sociale), parce que les questions et les réponses proposées aux répondants ne sont pas les mêmes. Le niveau de précision des résultats de ces enquêtes varie aussi en fonction de la taille de l'échantillon, souvent très petite pour les enquêtes internationales. Cela étant dit, les résultats de l'enquête 2009 sur le revenu et les conditions de vie en Europe (EU-SILC) indiquent qu'une très forte majorité des répondants en France comme dans les autres pays de l'Union Européenne ne déclarent aucun besoin de santé non satisfait. Seulement 5 % ont déclaré avoir renoncé à des soins médicaux, un niveau à peu près égal à la moyenne parmi les 27 pays de l'Union Européenne. Les taux de renoncement aux soins dentaires sont légèrement plus élevés, avec un taux de 8 % en France (comparé à une moyenne d'un peu plus de 6 % parmi tous les pays de l'Union Européenne). Les résultats d'une autre enquête internationale coordonnée par le Commonwealth Fund font apparaître des taux de renoncement aux soins (y compris aux médicaments prescrits) plus élevés en France : 13 % des répondants déclaraient en 2010 avoir renoncé à certains soins ou à l'achat de médicaments. Cette proportion est beaucoup plus faible qu'aux États-Unis (33 % des répondants), mais plus élevée que dans la plupart des autres pays d'Europe de l'ouest ou du nord participant à cette enquête.

Les comparaisons de taux de renoncement aux soins entre les pays doivent cependant être interprétées avec prudence, étant donné le caractère subjectif des déclarations des répondants qui peuvent être affectées par des facteurs culturels et par des réactions négatives à des réformes récentes (qui ont pu introduire de nouveaux restes à charge pour les patients par exemple).

• Les résultats d'une nouvelle étude de l'OCDE sur l'utilisation de certains services de santé, prenant en compte les différences de besoins, confirment que les personnes à faibles revenus en comparaison aux personnes à hauts revenus, ont en France, comme dans la plupart des autres pays de l'OCDE, un accès égal au médecin généraliste, mais leur probabilité de consulter un spécialiste et un dentiste, ainsi que d'utiliser des services de dépistage, est plus faible. Si une partie de cette utilisation inégale des services peut s'expliquer par des raisons financières, une autre partie s'explique vraisemblablement par des raisons non-financières puisque ces inégalités persistent même lorsque ces services sont fournis gratuitement.

Ce chapitre a dressé un tableau sommaire comparatif de la situation de la France par rapport à d'autres pays de l'OCDE concernant certains indicateurs d'accès aux soins de santé. Il est évidemment utile et nécessaire, en France comme dans les autres pays, de compléter ce portrait sommaire par des analyses plus fines pour identifier avec plus de précisions qui renonce à quels soins et pour quelles raisons, afin de bien cibler toutes les interventions visant à réduire ou éliminer les obstacles à l'accès aux soins de santé jugés nécessaires.

Bibliographie

Commonwealth Fund, 2010, *2010 International Health Policy Survey in Eleven Countries*, Chartpack, Commonwealth Fund.

Delamaire, M.-L. et G. Lafortune, 2010, *Les pratiques infirmières avancées : Une description et évaluation des expériences dans 12 pays développés*, Document de travail de l'OCDE sur la santé No. 54, OCDE.

Devaux, M. et M. de Looper (à paraître), *Measuring and explaining disparities in health care utilization in OECD countries,* Document de travail de l'OCDE sur la santé, OCDE.

Mackenbach, J. P. *et al.,* 2008, *Socioeconomic Inequalities in Health in 22 European Countries.* New England Journal of Medicine, vol. 358, pp. 2468-2481.

NCHS, 2011, *Health, United States, 2010 : With Special Feature on Death and Dying,* NCHS, Hyattsville, MD.

OCDE, 2011, *Panorama de la santé 2011 : Les indicateurs de l'OCDE.*

OMS, 2011, *Déclaration politique sur les déterminants sociaux de la santé,* Rio de Janiero (Brésil), 21 octobre 2011.

Palència L. *et al.*, 2010, *Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe : influence of the type of screening program,* International Journal of Epidemiology, Vol. 39, pp. 757–765.

Schoen, C. *et al.*, 2010, *How Health Insurance Design Affects Access to Care and Costs, by Income, in Eleven Countries,* Health Affairs, December 2010, 29 :12, 2323-2334.

Sirven N. et Z. Or, 2010, *Disparities in Regular Health Care Utilisation in Europe,* Document de travail IRDES No. 37, IRDES.

Van Doorslaer, E. et C. Masseria, 2004, *Income-related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries,* Document de travail de l'OCDE sur la santé No. 14, OCDE.

Échanges avec la salle

Intervenante, assistante sociale en Seine Saint-Denis

Je m'interroge sur le terme de couverture maladie universelle, qui n'a rien d'universel puisque les étrangers dépourvus de titre de séjour en sont exclus.

L'accès aux soins n'est-il pas un droit fondamental qui justifierait sa gratuité ? Face à ce constat, y a-t-il des organismes, des institutions, des partis politiques qui défendent l'idée d'une sécurité sociale totalement gratuite pour tous ?

Paul DOURGNON

Je suis assez d'accord, la question du panier de soins se pose. Les soins auquel on renonce le plus sont les soins les moins bien couverts par l'Assurance maladie. Si l'on regarde les prises en charge des Pays-Bas et de l'Angleterre, on voit que les pays qui régulent le plus sont aussi ceux qui utilisent le moins le co-paiement.

Gaétan LAFORTUNE

Je pense qu'il y a un arbitrage entre le niveau de la couverture en termes de pourcentage et l'étendue de cette couverture, si on prend en compte le fait qu'il y a et qu'il va continuer à y avoir des contraintes budgétaires. Au Canada, il n'y a pas de co-paiement lorsque l'on va voir un médecin ou que l'on va à l'hôpital (du moins pour les services de base) ; 100 % des dépenses sont couvertes par l'assurance-maladie publique. En revanche, il y a moins de services couverts, notamment tout le dentaire et l'optique ne sont pas du tout ou peu couverts, et les médicaments sont moins couverts qu'en France. On ne peut échapper à cet arbitrage, sauf s'il n'y a pas de contraintes budgétaires.

Fadila AMRANI, Cabinet de consultants ACDC

Ces quatre dernières années, nous avons mené des enquêtes dans le cadre de la construction des ASV ou de diagnostic médicosocial. Les enquêtes comportaient la question « avez-vous renoncé à des soins, quand, pourquoi et comment ? ». Nous avons parlé de renoncement aux soins et ce qui m'a étonnée est le renoncement aux suites de la visite médicale (analyses, scanner, IRM) alors que ces prescriptions étaient demandées par le corps médical. Dans nos enquêtes, le renoncement aux soins varie entre 25 et 30 %.

Par ailleurs, en dehors de la CMU et de l'aide à la complémentaire santé a surgi un autre problème : des personnes qui ont un revenu légèrement supérieur au seuil requis et qui n'ont pas les moyens d'accéder à une complémentaire santé privée. On retrouve ici un renoncement aux soins supérieur à celui des bénéficiaires de la CMU et de la complémentaire santé.

Enfin, s'agissant des mutuelles, il faut savoir que les couvertures sont très variées.
En outre, votre enquête donne-t-elle des indications particulières concernant les jeunes ?

Paul DOURGNON

Sur la question du rôle et de l'accès à la mutuelle dans l'accès aux soins, il y a un double résultat : en termes d'accès à la mutuelle et en termes de qualité de la couverture. La prime de la

mutuelle a un effet sur l'accès à un contrat mais au-delà de cette question d'accès pur, il y a une question de niveau et de qualité de contrat qui se pose, avec un effet de gradient qui va au-delà de la question mutuelle/absence de mutuelle.

Sur les jeunes, nous n'avons pas fait d'études spécifiques mais nous pourrions effectivement faire un focus dessus. Il n'est pas sûr que la puissance statistique soit suffisante.

Franck DURAND, CPAM 92

Quelle est l'étendue du coût des soins ? Ne faudrait-il pas penser également aux coûts périphériques qui ne relèvent pas de l'assurance-maladie. Je pense par exemple à une personne qui a en charge un enfant ou une personne âgée dépendante et ne peut pas accéder aux soins parce qu'elle ne peut pas payer une personne pour la remplacer pendant ce temps. Je pense également aux coûts de trajet.

Gaétan LAFORTUNE

L'enquête européenne demande quelles sont les raisons du renoncement aux soins. Ainsi, on retrouve des raisons liées au coût, à la distance trop importante, aux temps et délais d'attente.

Paul DOURGNON

Les travaux de Caroline Desprès montrent que la question du renoncement est plus large que la dimension de la santé. On peut renoncer à des soins parce qu'on ne peut pas renoncer à manger ou à se loger.

Brigitte THEVENIN-LEMOINE, ARS IDF

Les données que vous présentez touchent plusieurs populations. N'y a-t-il pas plusieurs populations qui renoncent aux soins, c'est-à-dire certains qui sont couverts et qui ont une perception plus ou moins bonne de leur couverture, et une population n'ayant pas du tout accès aux soins ? Par ailleurs, peut-on relier le renoncement au taux de mortalité et à certains résultats de santé publique ?

Paul DOURGNON

Du point de vue méthodologique, en effet, lorsque l'on recueille le renoncement, on recueille du besoin de soins, des attentes vis-à-vis du système. C'est la même problématique que quand on étudie la santé perçue, la santé subjective. De nombreuses études dans le champ de l'économie, des sciences sociales, de l'épidémiologie portent sur la santé perçue parce que c'est un indicateur pratique, facile à utiliser. C'est un bon indicateur, très corrélé avec la santé objective, mais par ailleurs il y a des biais de déclarations corrélés au statut social. Il en est de même pour le renoncement, l'indicateur présente des limites qui peuvent être corrigées. Cela prêche notamment pour des approches modélisées prenant en compte de nombreux facteurs explicatifs. L'enseignement à en tirer, c'est qu'il faut interpréter les résultats avec prudence.

Sur le lien avec les résultats en santé publique, on trouve bien un lien entre le renoncement à une période précise et l'état de santé quatre ans plus tard. Les personnes qui renoncent plus une année, sont en plus mauvais état de santé quatre ans plus tard. En revanche, nous n'arrivons pas encore à montrer le lien avec du recours aux soins.

Partie 2

Que veut dire renoncer à des soins ?

Derrière le renoncement aux soins, il y a la notion de besoin de soin et de besoin de soin légitime. Dans l'accès aux soins il convient de distinguer dans un premier temps la demande primaire de l'individu de consulter un professionnel de santé et dans un second temps, la réponse faite par le dispositif de soins à cette demande.
Le docteur Pierre Chauvin chercheur à l'INSERM, analyse les déterminants du renoncement aux soins de personnes résidant en Île de France. L'originalité de son approche réside dans les liens existant entre déterminants individuels et sociaux et déterminants territoriaux.
Le docteur Caroline Desprès chercheur à l'IRDES, présente les résultats d'une étude anthropologique permettant de comprendre les différentes significations de l'expression « renoncement aux soins » telles qu'elles sont perçues par les personnes interrogées dans les enquêtes.
Pierre Warin, Directeur de recherche au CNRS, distingue la notion de renoncement et la notion de non-recours et interroge les déterminants de ces deux notions. Cette approche conduit à différencier des populations qui appellent des actions différenciées en matière d'accès à la santé.

Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne

Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010 dans la cohorte SIRS

Emilie Renahy[1,2], Julie Vallée[1,3], Isabelle Parizot[1,4], Pierre Chauvin[1]

1. INSERM, U707, Équipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins ; UPMC, Univ Paris 6, Paris.

2. International Research Infrastructure on Social inequalities in health (IRIS) ; Department of Epidemiology, Biostatistics, and Occupational Health, Montreal.

3. UMR 8504 Géographie-cités, équipe PARIS (CNRS - Univ Paris 1 - Univ Paris 7), Paris.

4. Équipe de recherche sur les inégalités sociales (ERIS), Centre Maurice Halbwachs (CNRS-EHESS-ENS), Paris.

Les inégalités sociales de santé ne se réduisent pas spontanément avec le progrès médical et l'augmentation quantitative et qualitative de l'offre de soins, y compris dans les États providence où le système de santé permet en théorie un accès équitable aux soins (Lebas et Chauvin, 1998). Un nombre grandissant d'épidémiologistes soulignent l'intérêt de travailler sur de nouvelles approches telles que les déterminants sociaux et psychosociaux de la santé afin de progresser dans la compréhension des mécanismes sous-jacents aux inégalités sociales de santé, et dans le développement de politiques et de stratégies aptes à les réduire.

Dans ce contexte, nous avions réalisé une série d'analyses sur le renoncement aux soins au début des années 2000 (Parizot *et al.*, 2004 ; Bazin *et al.*, 2006). Celles-ci avaient montré que la question du renoncement aux soins pour raisons financières renvoyait certes à des difficultés financières pour accéder à des soins[1] mais recouvrait (et interrogeait) aussi la frustration ressentie des personnes entre ce dont elles souhaitent bénéficier en termes de soins médicaux (des attentes sans doute elles aussi socialement diversifiées) et ce à quoi elles accèdent effectivement. Ces analyses avaient également montré qu'à niveau socio-économique comparable (en particulier en termes de niveau de revenus ou de couverture maladie), le renoncement aux soins pour raisons financières s'exprimait plus fréquemment chez les personnes ayant connu des trajectoires de vie difficiles (événements graves, ruptures biographiques),

1. Dans la littérature internationale également, il apparait que la probabilité de renoncer à des soins de santé pour des raisons financières est plus élevée chez les personnes qui ne possèdent pas de couverture maladie.

exprimant des perceptions négatives de leur niveau socio-économique, ayant une forte attente et demande de soins, et/ou présentant certaines caractéristiques psychologiques (notamment les personnes ayant une faible estime d'elles-mêmes). Nos travaux soulignaient finalement que la question du renoncement aux soins ne saurait être comprise sans porter une attention particulière à la manière dont les personnes perçoivent et vivent à la fois leurs besoins en matière de santé et leur situation sociale et financière. Plus récemment, nous avons montré que certaines populations particulièrement précaires, pauvres et malades – par exemple les étrangers en situation irrégulière (Chauvin *et al.*, 2009) – pouvaient exprimer des taux de renoncement inférieurs à ceux attendus (au regard des normes médicales et de leurs capacités financières) et inférieurs à ceux observés en population générale (y compris chez les bénéficiaires de la CMUC). Cet indicateur n'a donc sans doute pas, non plus, la même pertinence auprès de tous les publics, notamment auprès des personnes en situation d'exclusion, de grande difficulté sociale, de mise à distance particulière par rapport au système de soins (du fait de leur situation administrative ou de leurs conditions de vie), ou encore dont les normes de santé et de soins sont spécifiques (en lien, par exemple, à celles qui prévalent dans leur pays d'origine pour les immigrés récents).

Le renoncement aux soins est donc un phénomène complexe, qui renvoie en partie au « non-recours aux soins » et aux « besoins de santé non satisfaits » - deux notions proches également mobilisées par la littérature sur les inégalités sociales de santé. Le renoncement est bien sûr lié aux ressources (financières, sociales, organisationnelles, etc.) des personnes, mais s'avère également dépendant des représentations et des expériences vécues concernant leur recours potentiel à la médecine. Déclarer avoir renoncé à des soins suppose en effet que la personne ait ressenti l'envie de recourir à des soins, qu'elle ne l'ait finalement pas fait, et qu'elle interprète cela comme un renoncement. Le renoncement aux soins tel que des professionnels pourraient par exemple l'estimer n'est pas nécessairement perçu ainsi par les individus [Allin *et al.*, 2010]. Rapporter un renoncement aux soins peut notamment et alternativement, à besoin médicalement identique, être amplifié ou au contraire diminué à cause d'un manque de connaissances. Finalement, les besoins de soins, au même titre que les besoins d'information, varient d'un individu à l'autre en fonction de leurs compétences en matière de santé lesquelles sont largement discriminées socialement[2].

En France, à partir de 2000, la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) et de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) a notablement diminué l'obstacle financier dans l'accès aux soins des personnes les plus démunies, tout en recréant un effet de seuil pour les personnes aux revenus légèrement supérieurs à la limite instituée pour bénéficier du dispositif. En 2010, la CMUC couvrait plus de 4 millions de personnes (La documentation CMU, 2011). En 2005, une Aide à la complémentaire santé (ACS) fut instaurée pour lutter contre cet effet de seuil. Elle consiste en une aide financière pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire individuel et s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 26 % en 2011[3] (Le fonds CMU, 2009). Dans les faits, même si le nombre de bénéficiaires a lentement progressé, le recours à l'ACS reste faible. Une expérimentation récente montre que moins d'un bénéficiaire potentiel sur cinq en ferait la demande et que la complexité des démarches aboutirait à moins de 10 % de couverture effective (Guthmuller *et al.*, 2011).

2. Pour l'émergence du non recours aux soins dans le débat public et la santé publique, ainsi que l'étude qualitative de ses déterminants dans des populations précaires (Rode, 2010).

3. Les critères d'éligibilité à l'Aide à la complémentaire santé ont beaucoup évolué entre 2005 et 2011. À l'origine, le plafond était majoré de 10 % seulement.

Globalement, la couverture complémentaire gratuite offerte aux plus pauvres et l'aide financière pour l'achat d'une complémentaire santé aux personnes à la limite du seuil d'éligibilité semblent être des conditions certes nécessaires mais non suffisantes pour faire disparaître le gradient social des inégalités de santé et de recours aux soins qui touche l'ensemble de la population.

Plus récemment, plusieurs circonstances ont concouru à réactualiser l'intérêt porté à cette question du renoncement aux soins pour raisons financières. D'une part, la fréquence du renoncement aux soins pour raisons financières figure parmi les indicateurs de suivi des performances du système de santé et d'assurance maladie. Ainsi, l'objectif 33 de la loi de santé publique (visant à « réduire les obstacles financiers d'accès aux soins pour les personnes en situation précaire ») mobilise le taux de renoncement aux soins dentaires et optiques pour différentes classes de revenus et de niveaux de vie, avec une attention pour les personnes ayant de faibles ressources. Par ailleurs, dans son rapport de 2009-2010, l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) cite cet indicateur dans la rubrique « Non accès aux droits fondamentaux » (ONPES, 2010). Enfin, un indicateur de renoncement aux soins pour raisons financières figure également dans le programme « maladie » des programmes de qualité et d'efficience (PQE) annexés aux projets de loi de financement de la Sécurité sociale soumis chaque année au Parlement. Cet indicateur correspond à l'écart entre le renoncement des bénéficiaires de la CMUC et celui des détenteurs d'une couverture complémentaire privée (HCAAM, 2010).

D'autre part, depuis les dernières décennies et plus encore au cours des cinq dernières années, de nombreuses mesures ont été mises en place pour réduire le déficit de la Sécurité sociale, ayant pour conséquence directe l'augmentation de la participation financière des patients. Ainsi, depuis 2008, l'instauration de différentes franchises sur les boîtes de médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires, le déremboursement de médicaments au service rendu jugé insuffisant, l'augmentation du forfait hospitalier et les dépassements d'honoraires ont concouru à augmenter de façon substantielle le coût direct de la santé pour les ménages (Perronnin *et al.*, 2011). Dès lors, on peut légitimement craindre que cette augmentation constitue autant d'obstacles à l'accès aux soins qui risquent d'augmenter le renoncement aux soins. Ceci serait d'autant plus vrai que les personnes les plus aisées financièrement et socialement sont en général celles qui, à la fois, sont en meilleure santé et ont le plus accès à une assurance privée ; ce qui leur assure des soins à moindre coût alors qu'elles ne sont pas celles qui en auraient, d'un point de vue médical, le plus besoin (Townsend, 1982). L'accès à une complémentaire santé serait, en ce sens, inversement proportionnel aux besoins de santé, au même titre que l'accès aux soins (cf. la loi inverse des soins médicaux ou *inverse care law*) [Hart, 1971].

De surcroît, dès les années 1980, des analyses empiriques canadiennes ont montré que les frais modérateurs pour les services de santé assurés dissuadaient plus fortement les individus à faible revenu que les autres et agissaient de fait comme un impôt régressif. Elles ont également montré que les frais modérateurs ne réduisaient pas le taux d'utilisation global des services de santé et qu'ils étaient inefficaces pour contrôler les coûts totaux des soins de santé (Barer *et al.*, 1979 ; Hurley *et al.*, 1991). En France, depuis 20 ans, certains auteurs défendent le point de vue que de tels dispositifs ne permettent pas de maîtriser les dépenses de santé, qu'ils risquent d'entraîner une sous-consommation de la part des plus malades (qui a elle-même un coût à terme), et qu'ils sont souvent inefficaces lorsque les patients ont des assurances complémentaires (Majnoni d'Intignano, 1991). Il a en effet été montré que dans le cadre d'un système d'utilisateur payeur, si la fréquence d'utilisation et les coûts des services de santé peuvent diminuer, ce n'est pas nécessairement parce que les patients deviennent plus « responsables » ni que les soins dits « évitables » sont moins fréquents. Lors d'une expérience américaine d'allocation aléatoire d'assurance santé, il fut démontré que c'était les personnes les plus pauvres ou ayant le plus de besoins de santé (malades chroniques et personnes âgées) qui pâtissaient le plus

de ce genre de régulation (Newhouse, 1993). Ces mesures apparaissent donc inégalitaires. De fait, dans son rapport sur la performance des systèmes de santé, l'Organisation mondiale de la santé recommande explicitement que les frais d'utilisateurs soient pratiqués avec une grande précaution, à cause des effets délétères sur les populations vulnérables, et souligne que ces frais d'utilisateurs ne devraient pas être pratiqués pour rationaliser la demande (CSDH, 2008).

Objectifs

Dans ce cadre, l'objectif général de cette recherche est de mieux comprendre le renoncement aux soins pour raisons financières, en analysant ses déterminants tant au niveau individuel que contextuel, ainsi que son évolution au cours du temps.

Il est apparu intéressant, notamment, de rechercher si l'offre médicale était, ou non, liée au renoncement aux soins dans un contexte urbain tel que l'agglomération parisienne. En particulier, l'impact de la densité médicale (pour certaines spécialités) a pu être étudié grâce à des analyses spatiales et multiniveau ; c'est-à-dire avant et après ajustement sur les caractéristiques individuelles des personnes, dans la démarche (classique en épidémiologie contextuelle) de distinction des effets de contexte et des effets de composition (Chaix et Chauvin, 2002). Les interactions avec la mobilité quotidienne des individus dans l'agglomération parisienne ont été également étudiées puisque nous avons montré récemment, par exemple, que cette mobilité avait une influence notable sur l'impact des caractéristiques du contexte sur leur recours à certains soins de prévention (Vallée *et al.*, 2010).

Les objectifs de nos analyses étaient les suivants :

- Estimer la fréquence du renoncement aux soins pour raisons financières en 2010 ;
- Rechercher les facteurs démographiques (âge, sexe, origine migratoire), socio-économiques (niveau de revenus du ménage, niveau d'éducation, situation d'emploi, couverture maladie), psychosociaux (intégration sociale, attitudes et expériences de la maladie et des soins) et territoriaux ou contextuels (type du quartier de résidence, densité médicale) associés au renoncement aux soins pour raisons financières en 2010 ;
- Comparer la fréquence du renoncement et les facteurs associés (compte tenu des différences dans la méthode du recueil des données) entre 2005 et 2010 ;
- Estimer l'incidence des « nouveaux » renoncements relevés en 2010 chez les personnes n'en ayant pas déclaré en 2005 et en rechercher, là aussi, les facteurs associés et les éventuelles différences territoriales.

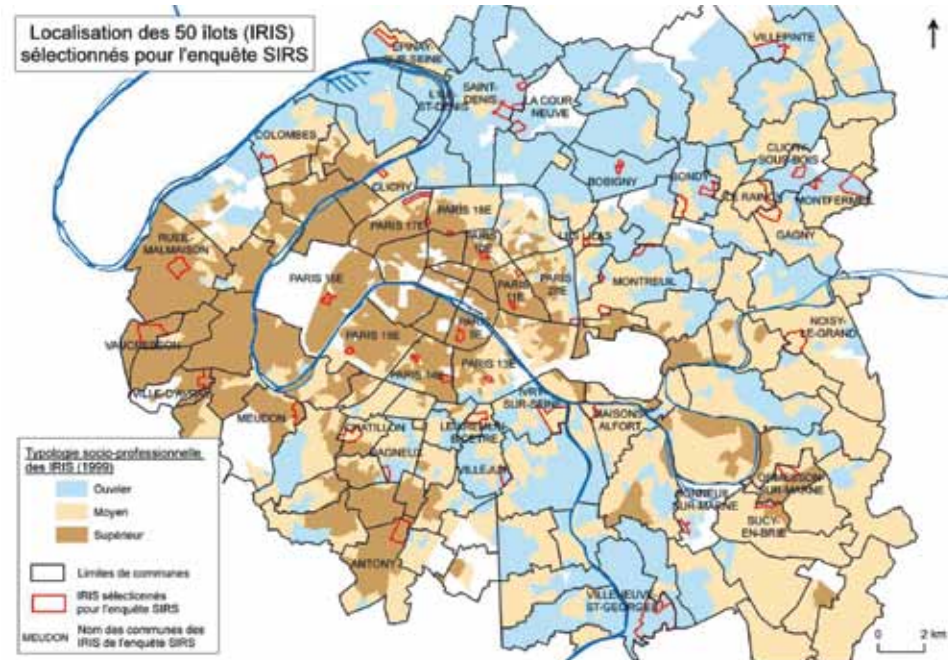
Matériel et méthodes

La cohorte SIRS (Santé, inégalités et ruptures sociales) est une cohorte nominative, représentative de la population majeure francophone et vivant en ménage ordinaire dans l'agglomération parisienne (départements 75, 92, 93 et 94, voir carte 1), comprenant 3 000 ménages inclus à l'automne 2005 par un échantillonnage aléatoire à trois degrés (quartiers, ménages, individus) [Chauvin et Parizot, 2009]. La première vague d'enquête s'est déroulée en face à face, à domicile, à l'automne 2005. Une seconde vague a été réalisée par téléphone en mars 2007, portant essentiellement sur les changements dans la situation professionnelle et familiale des personnes. Une troisième vague a été réalisée en face-à-face, comme en 2005, au cours de l'hiver 2009-2010. L'échantillon final a été redressé pour prendre en compte la stratégie d'échantillonnage, puis recalé par âge et sexe d'après le Recensement de la population de 2006[4].

4. Les proportions données dans la suite du document sont ainsi pondérées (sauf indication contraire).

Carte 1

Échantillon d'enquête - Cohorte SIRS



Cette cohorte socio-épidémiologique est conduite par l'équipe DS3 de l'Inserm (qui héberge les données nominatives) dans le cadre d'un programme de recherche associant en outre l'équipe de recherche sur les inégalités sociales (ERIS) du Centre Maurice Halbwachs (CNRS-EHESS-ENS). En 2005, le projet a bénéficié du soutien (notamment pour le recueil des données et le suivi de la cohorte) de l'Inserm, de l'IRESP, du Secrétariat Interministériel à la Ville (ex – DIV), de la Mairie de Paris et du Fonds Social Européen. Depuis 2009, les recherches conduites sur les données recueillies sont financées sur projet, notamment par l'ANR, l'IRESP, l'ANRS et l'INCa.

Dans les deux vagues de 2005 et 2010, la question du renoncement aux soins pour raisons financières a été posée de façon différente (encadrés 1 et 2). Ainsi, les questions portaient sur les mêmes types de soins : dentaires, lunettes et lentilles, séances de kinésithérapie, consultation avec un généraliste, consultation avec un spécialiste, analyses en laboratoire ou imagerie médicale et produits pharmaceutiques. En revanche, alors qu'en 2005 seul le renoncement aux soins pour raisons financières apparaissait dans le questionnaire, plusieurs autres causes ont été ajoutées concurremment en 2010 avec une question initiale plus large : renoncement pour cause de complexité ou de manque de temps ou en raison du délai d'attente. Ces différences dans le mode d'interrogation invitent certes à la prudence quant à la comparaison des taux de renoncement entre 2005 et 2010 mais permettent néanmoins d'analyser les grandes tendances, en particulier en ce qui concerne les déterminants du renoncement aux soins.

ENCADRÉ 1

Module « Renoncement aux soins », Questionnaire SIRS 2005

F7. Au cours des 12 dernier mois, vous est-il arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ?

!! Consigne : ne concerne pas le renoncement à des soins pour d'autres membres de la famille (enfants par exemple)

Oui	1	
Non	2	➔ **F10.**

Si oui : **F8. Pour quel(s) type(s) de soins ?**

!! Consigne : Lire chaque item

	Oui	Non
Soins dentaires	1	2
Lunettes, lentilles	1	2
Séances de kinésithérapie	1	2
Consultations, visites ou soins de généralistes	1	2
Consultations, visites ou soins de spécialistes	1	2
Analyses de laboratoire, prises de sang, imagerie ou radiologie	1	2
Pharmacie, médicaments	1	2
Autres soins ou inconnus	1	2

F9. Est-ce qu'il s'agissait (au moins une fois) de soins qui vous semblaient importants ? ☞ *Carte 4*

Oui tout à fait	1
Oui plutôt	2
Non plutôt pas	3
Non pas du tout	4

ENCADRÉ 2

Module « Renoncement aux soins », Questionnaire SIRS 2010

F6. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé pour vous même, et que ce soit pour des raisons financières, par manque de temps, ou pour une autre raison, à des soins médicaux dont vous aviez besoin (dentiste, lunettes, laboratoire, etc.) ? (lire chaque item)
*!! **Consigne :** ne concerne pas le renoncement à des soins pour d'autres membres de la famille*

F8. Et pour quelles raisons avez-vous renoncé à ces soins ? (ne pas citer, relancer, 3 réponses maximum)

	F6		Si Oui passez à F8	F8 - Pour quelles raisons ? (ne pas citer, relancer, 3 réponses maximum)				
	Oui	Non		Pour des raisons financières	C'était trop compliqué ou que vous ne saviez pas où aller	À cause du délai d'attente (en salle d'attente ou pour la prise de RDV)	Vous aviez d'autres soucis ou vous n'aviez pas le temps	Autre *(précisez)*
• Soins dentaires	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐	1 _____ 2 _____
• Lunettes, lentilles	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐	1 _____ 2 _____
• Séances de kinésithérapie	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐	1 _____ 2 _____
• Consultations, visites ou soins de **généralistes**	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐	1 _____ 2 _____
• Consultations, visites ou soins de **spécialistes**	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐	1 _____ 2 _____
• Analyses de laboratoire, prises de sang, imagerie ou radiologie	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐	1 _____ 2 _____
• Pharmacie, médicaments	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐	1 _____ 2 _____
• Autres que je ne vous ai pas cités	☐	☐	→	☐	☐	☐	☐	1 _____ 2

Pour répondre aux objectifs spécifiques de ce travail, nous avons distingué les facteurs individuels et contextuels dans l'analyse des déterminants du renoncement aux soins pour raisons financières.

Caractéristiques démographiques

L'âge de la personne interrogée le jour de l'interview a été regroupé par *tranches d'âge* de 15 ans (18-29 ; 30-44 ; 45-59 ; 60 ou plus). Nous avons également étudié l'*« origine » migratoire* des personnes en distinguant les personnes de nationalité française nées de deux parents Français, les personnes de nationalité française ayant au moins un parent étranger et enfin les personnes de nationalité étrangère. Ces deux dernières catégories représentent globalement, à quelques rares exceptions près, les Français « issus de l'immigration » et les immigrés.

Caractéristiques socio-économiques

Pour caractériser la situation socio-économique de la personne interrogée, nous avons mesuré son *niveau d'éducation* (aucun enseignement ou enseignement primaire, enseignement secondaire ou enseignement supérieur), sa *situation au regard de l'emploi* (actif, chômeur, retraité, inactif ou étudiant) ainsi que sa situation financière.

Nous avons pour cela pris en considération le niveau de *revenus du ménage* par unité de consommation (réparti en quatre classes de taille égale — quartiles). Parallèlement, nous avons interrogé la *perception individuelle de la situation financière* du foyer dans la mesure où le niveau de revenu ne permet pas nécessairement de saisir la notion de difficulté ou de stabilité financière d'un ménage au quotidien (du fait de l'endettement du ménage, de la possession de biens, du réseau social et familial, etc.). Les réponses sur cette perception de la situation financière ont été regroupées en deux classes : bonne (« est à l'aise » ou « ça va ») et mauvaise (« c'est juste, il faut faire attention » ou « y arrive difficilement »).

En ce qui concerne le *type de couverture maladie*, nous avons distingué autant que possible les personnes pour qui l'ensemble des frais reste à leur charge (aucune couverture), celles pour qui seul le ticket modérateur reste à leur charge (couverture de base uniquement par la Sécurité sociale ou la CMU de base), et celles pour qui ce ticket modérateur est pris en charge par la solidarité nationale (CMUC, AME) ou par une assurance privée ou mutuelle, ainsi que les personnes exonérées pour Affection Longue Durée (ALD).

Lors des analyses de l'incidence du renoncement aux soins, nous avons aussi étudié l'impact de la détérioration de la situation socio-économique en utilisant les cinq variables suivantes : perte de la couverture complémentaire privée (couverture privée en 2005, mais plus en 2010) ; perte de la CMUC (couvert par la CMUC en 2005, plus de couverture complémentaire en 2010) ; dégradation de la situation financière objective (passage des revenus mensuels du ménage à un quartile inférieur) et perçue (bonne en 2005, mauvaise en 2010) ; et dégradation du statut d'emploi (devenu chômeur ou inactif en 2010).

État de santé

Nous avons mesuré l'*état de santé déclaré* comme suit : un individu était considéré comme malade s'il déclarait avoir souffert au cours des 12 derniers mois d'au moins un trouble chronique (parmi une liste préétablie des principaux troubles chroniques — tels que l'asthme, le diabète, l'hypertension, le cancer — utilisée couramment dans d'autres enquêtes en France) et/ou être invalide ou handicapé. A été considéré comme une détérioration de l'état de santé le fait qu'un individu ne présentant aucun problème de santé en 2005 en déclare un en 2010.

Facteurs psychosociaux

Les facteurs psychosociaux ont été mesurés dans plusieurs dimensions : l'*isolement social*, les *attitudes et expériences de la maladie et des soins* et les événements difficiles vécus.

L'isolement social a été mesuré ici de façon subjective : un individu est considéré comme isolé socialement s'il affirme se sentir « très seul » ou « plutôt seul », et non isolé s'il s'estime « plutôt entouré » ou « très entouré ».

Les attitudes et expériences en lien avec la santé ont été recueillies par six questions formulées ainsi : pour chacune des propositions suivantes, pouvez-vous nous dire si elle correspond tout à fait, plutôt, plutôt pas ou pas du tout à ce que vous pensez :

1• Je tombe malade plus facilement que les autres ;
2• Je suis facilement inquiet dès que quelque chose ne va pas ;
3• J'ai déjà été sérieusement malade ou j'ai déjà eu un grave problème de santé ;
4• Je pense que ma santé sera pire dans l'avenir que maintenant ;
5• Je me soucie davantage de ma santé que la plupart des gens ;
6• Si je devais avoir un cancer, je préférerais le savoir le plus tard possible.

Chacune a été considérée par elle-même et un score synthétique a également été utilisé (plus le score est proche de 1, plus les représentations de santé sont négatives alors que plus il s'approche de 4, plus les représentations sont positives).

Enfin, nous avons interrogé en 2005 et en 2010 une liste commune de dix *événements difficiles au cours de l'enfance* (problèmes de santé — personnels ou des parents —, de logement, d'argent, tentative de suicide, alcoolisme, graves disputes ou divorce des parents, fugue, mauvais traitement, abus sexuels) et six *à l'âge adulte* (tentative de suicide, prison, violences conjugales et hors conjugales, violences envers les enfants ou provenant des enfants).

Trois variables ont également été créées pour mesurer et caractériser la dégradation des facteurs psychosociaux au cours du temps. Nous avons notamment créé deux indicateurs pour indiquer d'une part la survenue d'un nouvel événement difficile depuis 2005 et d'autre part ce que nous avons dénommé une « dégradation de l'isolement social » (individu s'estimant entouré en 2005 mais seul en 2010).

Mobilité quotidienne

On peut faire l'hypothèse qu'une mobilité quotidienne spatialement étendue favorise le recours aux soins puisqu'elle peut traduire ou se traduire par une plus grande capacité des personnes à se déplacer dans la ville, une plus grande familiarité vis-à-vis des moyens de transports existants et une meilleure connaissance de l'offre de services (notamment de soins).

Au cours de l'enquête SIRS, les personnes ont été interrogées sur l'inscription – totale, partielle ou nulle — de certaines activités domestiques (faire les courses alimentaires, utiliser des services tels que la banque ou la poste), sociales et de loisirs (voir des amis, se promener et aller au café ou au restaurant) dans ce qu'ils considèrent être leur quartier de résidence. Un *score de concentration des activités* dans le quartier de résidence a ainsi été calculé puis dichotomisé (seuil fixé à 0,8 ; pour plus de détails voir Vallée *et al., 2010*) : parmi les personnes interrogées, 17 % ont un score égal ou supérieur à 0,8 et sont considérés comme concentrant leurs activités quotidiennes dans leur quartier de résidence (ce sont majoritairement les habitants socialement défavorisés qui ont tendance à avoir une telle mobilité quotidienne spatialement restreinte).

Caractéristiques socio-économiques contextuelles

Plusieurs caractéristiques socio-économiques du quartier de résidence ont été considérées. En combinant la typologie socioprofessionnelle des IRIS de l'espace francilien élaborée par Edmond Préteceille (2003) et le classement en ZUS (Zone Urbaine Sensible) de l'IRIS de résidence, nous avons créé une variable à trois modalités pour caractériser le *type de quartier* : ZUS, type ouvrier non-ZUS, type moyen ou supérieur non-ZUS.

Nous avons également calculé le *revenu moyen* de chaque zone comprenant l'IRIS de résidence et les IRIS adjacents pour chacun des 50 « quartiers » de SIRS, d'après des données de la Direction Générale des Impôts (« Revenus fiscaux des ménages » de 2005 et 2007). Des quartiles ont ensuite été calculés.

Nous avons également créé des indicateurs à partir des données du Recensement de 2006 au niveau de l'IRIS de résidence. En utilisant la distribution par centile au niveau de la zone géographique de référence (Paris et la petite couronne de départements), nous avons attribué la valeur 1 si, par exemple, la *proportion d'individus de moins de 25 ans* dans le quartier de résidence se situait au-delà du 75e percentile, 0 sinon. Nous avons procédé de même pour la *proportion de chômeurs, d'étrangers, de personnes sorties du système scolaire sans diplôme et de familles monoparentales.*

Caractéristiques sanitaires contextuelles

Enfin, en utilisant la Base permanente des équipements de l'Insee, nous avons calculé la *densité médicale* dans chaque zone comprenant l'IRIS de résidence et les IRIS adjacents, pour chacun des 50 « quartiers » de SIRS — et ce pour les services suivants : médecin généraliste, médecin spécialiste, dentiste, ophtalmologiste, laboratoire d'analyse, et pharmacie.

Résultats

La cohorte SIRS interrogée en 2010 (tableau 1) était composée majoritairement de femmes (53,1 %), d'âge médian de 43 ans (intervalle interquartile (IIQ) = [31-58]), de personnes de nationalité Française ayant des parents Français (66,5 %), ayant fait des études supérieures (56,5 %) et en situation d'emploi (55,7 %). Le revenu mensuel moyen des ménages était de 1 733 euros (IIQ = [1 115-2 605]) et un peu plus de la moitié des personnes estimait leur situation financière comme bonne (55,8 %).

Parmi l'ensemble des personnes interrogées en 2010, 83,6 % étaient couvertes à la fois par la Sécurité sociale (à travers un régime général, un régime spécial ou la CMU de Base) et par une mutuelle, une assurance santé privée et/ou l'exonération pour Affection de Longue Durée (ALD). Près de 6 % étaient couverts par la CMUC et seulement 0,3 % par l'AME. Malgré les aides proposées par le gouvernement (CMUC ou ACS), près de 9 % n'étaient couverts que par la Sécurité sociale (c'est-à-dire sans couverture complémentaire ou supplémentaire). Enfin, 0,4 % des personnes affirmaient ne posséder aucune couverture santé.

Tableau 1

Description de la population interrogée (cohorte SIRS, 2005-2010, données pondérées)

	2005 n=3023		2010 n=3003	
	n	%	n	%
Facteurs individuels				
Sexe				
Hommes	1 180	47,1	1 186	46,9
Femmes	1 843	52,9	1 817	53,1
Groupe d'âge				
18-29 ans	523	23,3	374	21,8
30-44 ans	955	30,4	874	31,9
45-59 ans	796	23,6	835	23,2
60 ans et plus	749	22,6	920	23,1
Origine				
Français de parents français	2 030	68,4	1 993	66,5
Français avec double nationalité et/ou de parent(s) étranger(s)	588	18,7	610	20,8
Étranger	399	12,8	377	12,1
Besoin de santé				
Aucune	893	34,3	879	33,2
Au moins un	2 130	65,7	2 124	66,8
Médecin régulier				
Non	395	15,2	256	10,7
Oui	2 624	84,6	2 706	88,1
Représentations de santé - Moyenne (écart-type)				
	2,866	0,013	2,880	0,012
Difficultés vécues pendant l'enfance				
Aucune	1 303	45,9	1 749	60,1
De 1 à 2	1 254	40,5	928	30,2
De 3 à 10	464	13,7	324	9,6
Difficultés vécues pendant l'enfance				
Aucune	2 386	82,9	2 238	78,4
1	334	9,6	405	11,8
De 2 à 6	291	7,3	355	9,6
Isolement social				
Se sent (plutôt) entouré	2 473	86,0	2 467	86,5
Se sent (plutôt) seul	535	13,6	524	13,2
Score de mobilité (concentration des activités dans le quartier de résidence de 0 à 1)				
< 0.8	2 491	82,3	2 424	81,0
≥ 0.8	520	17,4	566	18,8
Facteurs individuels				
Couverture maladie				
Sécurité sociale et (Mutuelle ou ALD)	2 504	83,6	2 535	83,6
CMUC	183	5,2	202	5,9
AME	**15**	**0,5**	**8**	**0,3**
Sécurité sociale seule	284	9,4	220	8,9
Aucune couverture	15	0,6	12	0,4
Niveau d'études				
Primaire ou inférieur	392	9,7	316	7,4
Secondaire	1 283	38,9	1 245	36,1
Supérieur	1 347	51,4	1 442	56,5
Statut d'emploi				
Actif avec un emploi	1 642	55,0	1 603	55,7
Étudiant	172	8,4	129	9,4
Chômeur	272	9,4	212	7,6
Retraité	665	19,3	796	19,8
Inactif	272	7,9	237	6,6
Revenus mensuels du ménage par UC				
Groupe de revenus élevé	658	25,4	673	25,0
Groupe de revenus moyen-élevé	660	23,7	714	25,3
Groupe de revenus moyen-bas	841	25,6	762	24,7
Groupe de revenus bas	864	25,3	854	25,0
Perception de sa propre situation financière				
Mauvaise	1 516	44,9	1 394	40,7
Bonne	1 502	55,0	1 504	55,8
Facteurs contextuels				
Type de quartier de résidence				
ZUS	725	14,4	720	14,9
Non ZUS - Ouvrier	661	16,5	665	16,2
Non ZUS - Moyen et Supérieur	1 637	69,1	1 618	68,9
Revenus mensuels des ménages dans le quartier de résidence				
Groupe de revenus élevé	732	24,2	720	26,0
Groupe de revenus moyen-élevé	722	23,9	779	24,0
Groupe de revenus moyen-bas	788	26,1	722	25,9
Groupe de revenus bas	781	25,8	782	24,1

Source : Cohorte SIRS, 2005, 2010.

La majorité des personnes interrogées s'estimait en bonne santé (78,0 %) même si 66,8 % déclaraient au moins un problème de santé. D'une manière générale, les perceptions de santé étaient relativement positives et la majorité des répondants affirmait ne pas se sentir seuls (86,5 %) et ne pas avoir vécu d'expériences difficiles, tant au cours de leur enfance (60,1 %) qu'à l'âge adulte (78,4 %).

Au total, 68,9 % des personnes interrogées résidaient dans un quartier de type moyen/supérieur (non ZUS), 16,2 % dans un quartier de type ouvrier (non ZUS) et 14,9 % dans un quartier ZUS (quel que soit le type — ouvrier, moyen ou supérieur).

Fréquence du renoncement aux soins pour raisons financières

En 2010, 30,9 % des habitants de l'agglomération parisienne déclaraient avoir renoncé à au moins un type de soin de santé au cours des douze mois précédant l'enquête, quelle qu'en soit la raison. Les raisons financières constituent une moitié des motifs cités (par 15,7 % des habitants) mais ne sont pas les seuls (tableau 2).

Les données issues des vagues 1 et 3 de la cohorte SIRS nous permettent d'estimer l'évolution du renoncement aux soins pour raisons financières. En 2005, 16,9 % des enquêtés déclaraient avoir déjà renoncé à des soins pour raisons financières. En 2010, cette proportion s'élevait à 15,7 % (graphique 1). Cette faible diminution (non significative : p = 0,212) de 1,2 point de pourcentage entre 2005 et 2010 reste toutefois à prendre avec prudence compte tenu des différences de mode d'interrogation évoquées précédemment.

Des contrastes sont à noter concernant différents types de soins mais ce sont les mêmes types de soins qui étaient les plus mentionnés en 2005 et 2010 (graphique 1). Les soins dentaires étaient le plus souvent mentionnés (respectivement par 12,2 % des habitants en 2005 et 10,4 % en 2010), comme dans les enquêtes nationales, suivis des lunettes ou lentilles.

Tableau 2

Renoncement aux soins (%) au cours des douze derniers mois en 2010 (n=3006) - Cohorte SIRS 2010

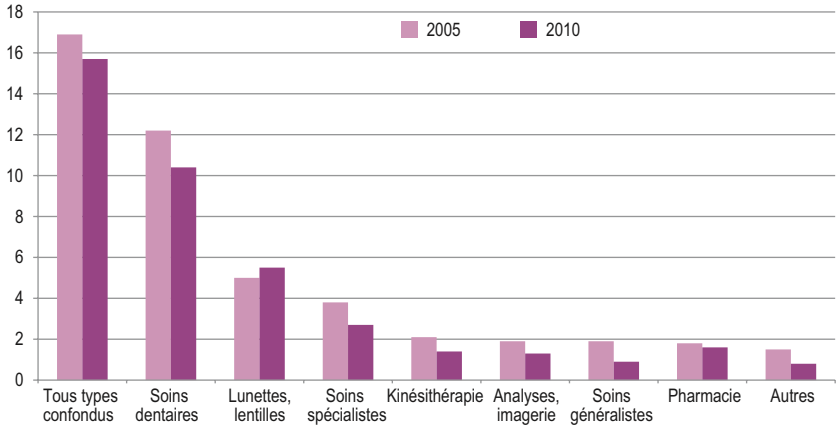
	%	IC 95 %*
Toutes causes confondues	30,9	29,3 - 32,6
Raisons financières	15,7	14,4 - 17,1
Délai d'attente	2,0	1,5 - 2,5
Trop compliqué/ne savait pas où aller	1,4	1,0 - 1,8
Autres soucis/pas le temps	14,9	13,5 - 16,0
Autre	7,9	7,0 - 8,9

* Intervalle de confiance à 95%.

Source : Cohorte SIRS 2010.

Graphique 1

Renoncement aux soins pour raisons financières (%) au cours des douze derniers mois en 2005 et 2010 - Cohorte SIRS 2005-2010



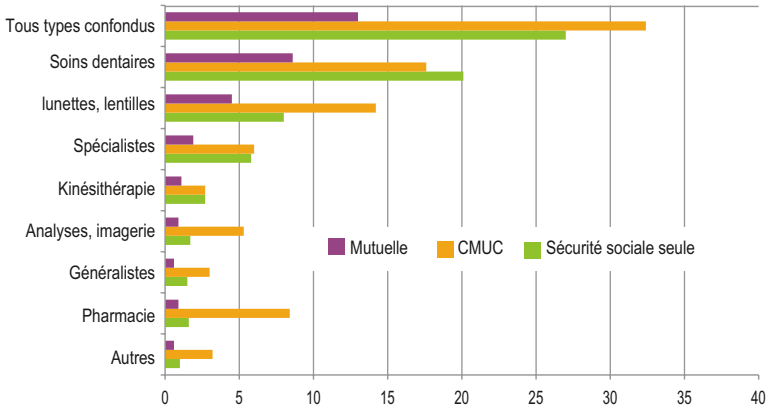
Source : Cohorte SIRS 2005-2010.

Inégalités sociales et territoriales

Un des déterminants majeurs du renoncement aux soins pour raisons financières (même après ajustement sur d'autres caractéristiques individuelles, comme on le verra plus loin) est, bien entendu, le type de couverture maladie, elle-même largement liée au statut d'emploi et aux ressources financières. Ainsi, le renoncement était plus fréquent chez les bénéficiaires de la CMUC (à l'exception des soins dentaires) suivis des personnes couvertes uniquement par la Sécurité sociale (*i. e.* sans couverture additionnelle). Les personnes renonçant le moins aux soins étaient donc celles couvertes par la Sécurité sociale et une mutuelle (graphique 2).

Graphique 2

Renoncement aux soins pour raisons financières au cours des douze derniers mois en 2010 par type de soin et certains types de couverture maladie (pourcentage) - Cohorte SIRS

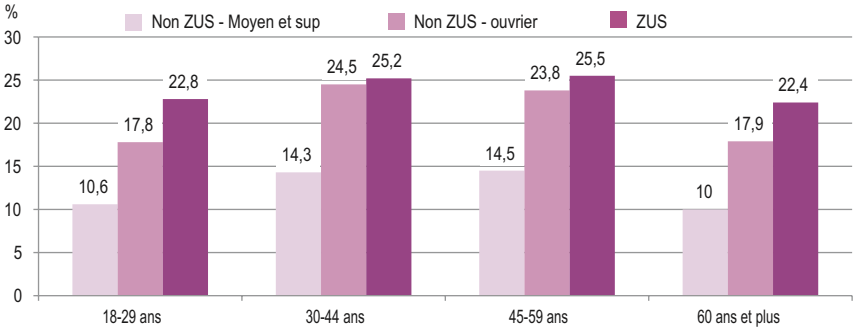


Source : Cohorte SIRS 2010.

Concernant les inégalités territoriales, la proportion de personnes ayant renoncé aux soins pour raisons financières au cours des 12 derniers mois était significativement différente selon le type de quartier de résidence ($p < 0,001$), passant de 12,5 % dans les quartiers de type moyen ou supérieur, à 21,7 % et 24,1 % dans les quartiers ouvriers et ZUS respectivement. Ce type de différence est observé dans toutes les classes d'âge (graphique 3) et quel que soit le type de soins considéré.

Graphique 3

Renoncement aux soins pour raisons financières au cours des douze derniers mois (%) en 2010 selon l'âge et le type de quartier de résidence - Cohorte SIRS



Note : Au sein de chaque classe d'âge, les différences entre types de quartier sont significatives.
Source : Cohorte SIRS 2010.

Nous avons également considéré d'autres caractéristiques contextuelles des quartiers de résidence telles que la densité médicale, le niveau de revenu moyen, une proportion importante de personnes sans diplôme, au chômage, de nationalité étrangère, de moins de 25 ans ou de familles monoparentales. Pris séparément, la plupart d'entre elles étaient significativement associés au renoncement aux soins pour raisons financières (quel que soit le type de soins considéré). Cependant, les modèles ajustés sur l'ensemble des facteurs individuels et contextuels indiquent que ce sont les facteurs individuels (et donc un effet de composition des quartiers) qui expliquent la plus grande part des différences observées entre quartiers ; les effets des caractéristiques contextuelles ne sont alors plus significatifs. Ils ne sont donc pas observés (ou observables, compte tenu des effectifs de quartiers et de résidents interrogés) dans SIRS.

Inégalités psychosociales

La base SIRS est riche en données psychosociales. Nous présentons ici une analyse complémentaire pour étudier de façon plus détaillée plusieurs dimensions : l'isolement social en tenant compte à la fois du type de ménage (personne vivant seule) et du sentiment d'isolement ; le fait d'avoir ou non parmi ses proches une personne atteinte d'une maladie ; ainsi que des six variables (cf. supra) utilisées pour créer un indicateur de perceptions de santé. Le tableau 3 présente plusieurs modèles : dans la première colonne, sont indiquées les estimations pour chacune de ces variables prises une à une (correspondant ainsi à autant de modèles que de variables) après ajustement sur les caractéristiques démographiques (sexe et âge), la situation socio-économique (niveau de revenus et couverture maladie) et l'état de santé. La deuxième colonne correspond au modèle multivarié final : après avoir intégré l'ensemble des variables dans un modèle complet, nous avons procédé à une sélection pas à pas descendante pour ne retenir que les variables significativement associées au renoncement aux soins pour raisons financières.

Tableau 3

Facteurs psychosociaux associés au renoncement aux soins (tous types de soins confondus) pour raisons financières au cours des 12 derniers mois

Modèles ajustés (n=2696) - Cohorte SIRS 2010

	« Modèles ajustés[a] estimant chaque facteur du tableau isolément des autres »	« Modèle ajusté[a] multivarié »
	ORa [IC95 %]	ORa [IC95 %]
Perception de sa propre situation financière		
Bonne	Ref.	Ref.
Mauvaise	4,04 [3,10-5,27]***	3,77 [2.88-4,93]***
Personne atteinte d'une maladie grave dans l'entourage		
Non	Ref.	-
Oui	1,24 [1,01-1,53]*	
Isolement social		
Vivre seul		
Ménage de plusieurs personnes	Ref.	-
Ménage d'une seule personne	1,50 [1,19-1,90]**	
Se sent (plutôt)...		
Entouré	Ref.	Ref.
Seul	2,11 [1,65-2,68]***	1,90 [1,48-2,45]***
Représentations de santé		
Tombe malade plus facilement que les autres		
Non	Ref.	-
Oui	1,43 [1,07-1,92]*	
Est facilement inquiet dès que quelque chose ne va pas		
Non	Ref.	Ref.
Oui	1,54 [1,24-1,90]***	1,34 [1,07-1,68]**
A déjà été sérieusement malade ou déjà eu un grave problème de santé		
Non	Ref.	-
Oui	1,40 [1,13-1,74]**	
Pense que sa santé sera pire dans l'avenir que maintenant		
Non	Ref.	Ref.
Oui	1,51 [1,22-1,87]***	1,39 [1,11-1,74]**
Se soucie davantage de ma santé que la plupart des gens		
Non	Ref.	-
Oui	1,23 [0,98-1,54]†	
Si devait avoir un cancer, préférerait le savoir le plus tard possible		
Non	Ref.	-
Oui	0.99 [0,75-1,31]	

a Modèles ajustés sur le sexe, l'âge, le niveau de revenus, la couverture maladie et l'état de santé; *** < 0,001; ** < 0,01; * < 0,05; † < 0,15.

Source : Cohorte SIRS 2010.

Après ajustement, le risque de renoncer aux soins est le plus élevé chez les personnes percevant leur situation économique comme mauvaise plutôt que bonne (OR = 3,77). Le second facteur de risque renvoie au sentiment d'isolement (OR = 1,90). On trouve ici un exemple supplémentaire des relations qui existent entre les liens sociaux des individus et leurs attitudes et comportements en lien avec la santé. Les personnes isolées pourraient renoncer plus souvent à des soins faute de soutiens sociaux et d'incitations de la part d'autrui à « surmonter » un obstacle financier ou à reconsidérer leurs priorités. Toujours toutes choses égales par ailleurs, le risque de renoncement aux soins pour raisons financières s'avère aussi plus élevé pour les personnes qui vivent seules et pour celles qui ont un proche gravement malade. On notera que des perceptions négatives de santé, caractérisées plus particulièrement par le fait d'être facilement inquiet de sa santé et celui de penser que celle-ci va s'empirer, sont également associées à une tendance plus importante à renoncer aux soins.

Incidence du renoncement aux soins

Nous avons considéré dans cette section uniquement les personnes ayant répondu à l'enquête à la fois en 2005 et 2010. Parmi celles ayant déclaré avoir renoncé à des soins (tous types de soins confondus) pour raisons financières en 2005, 44,1 % l'avaient également fait en 2010. Cette persistance du renoncement aux soins s'élevait à 33,3 % pour les soins dentaires, 28,0 % pour les appareillages visuels, 28,3 % pour les soins spécialistes et 17,9 % pour les médicaments.

Par ailleurs, parmi les personnes n'ayant pas renoncé à des soins en 2005 (tous types de soins confondus), 10,9 % déclaraient cinq ans plus tard avoir été confrontés à un tel renoncement dans les 12 mois précédant l'enquête. L'incidence de ce renoncement s'élevait à 8,6 % pour les soins dentaires, 5,0 % pour les appareillages visuels, 2,3 % pour les soins spécialistes et 1,3 % pour les médicaments.

Nous présentons ici les résultats de modèles logistiques multiniveaux estimant la probabilité d'incidence du renoncement en fonction de facteurs démographiques (fixes au cours du temps) et de l'évolution de la situation économique, sanitaire et psychosociale des individus. Les femmes, les personnes de nationalité étrangères et/ou les Français issus de l'immigration ont plus de risque d'être des cas incidents de renoncement pour la plupart des types de soins (tableau 4). Certaines associations ne sont pas statistiquement significatives en raison de la faiblesse des effectifs. Par ailleurs, certaines évolutions péjoratives semblent associées à l'incidence du renoncement aux soins pour raisons financières. On observe par exemple que les personnes qui se sentaient seules en 2010 alors qu'elles s'estimaient entourées en 2005 – ce que nous avons appelé une « dégradation de l'isolement social » – ont un risque de 2 à 5 fois plus élevé de renoncer aux soins en 2010 (alors qu'elles ne renonçaient pas aux soins en 2005) selon les types de soins. La dégradation de la situation financière objective (diminution du revenu mensuel du ménage) et subjective (passage d'une perception positive à négative de son état financier), la perte d'emploi ou de couverture complémentaire ou de la CMUC[5] ainsi que la survenue d'événements difficiles sont des facteurs associés à l'incidence du renoncement (valeurs ponctuelles des OR > 1) même si c'est de manière significative uniquement pour un type de soins vu la faiblesse des effectifs étudiés. Concernant l'association avec le type de quartier de résidence, toujours toutes choses égales par ailleurs, les résultats sont plus contrastés, mais les résultats significatifs indiquent des risques plus importants dans les quartiers ZUS. Globalement donc, même si nos analyses ne permettent pas de montrer de manière systématique et significative que la dégradation de la situation psychosociale, socio-économique ou de l'état de santé joue un rôle dans l'incidence du renoncement aux soins, les associations vont toutes dans le sens d'un impact délétère de ces détériorations sur le renoncement aux soins pour raisons financières.

5. Les effectifs sont trop faibles pour pouvoir estimer l'effet d'être resté bénéficiaire de la CMU-C au cours de la période.

Tableau 4

Incidence du renoncement aux soins pour raisons financières entre 2005 et 2010. Régression logistique multiniveau (OR [IC95%]) - Cohorte SIRS (n=1197)

	Tous types de soins confondus	Soins dentaires	Soins d'optique	Consultation Spécialistes	Médicaments
Effectif (N)	*n=1 052*	*n=1 133*	*n=1 197*	*n=1 224*	*n= 1 245*
Incidence renoncement n (%)	*115 (10,9%)*	*98 (8,6%)*	*60 (5,0%)*	*28 (2,3%)*	*16 (1,3%)*
Facteurs individuels					
Sexe					
Hommes	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Femmes	**2,19 [1,35-3,55]****	**2,19 [1,30-3,69]****	1,25 [0,69-2,28]	2,34 [0,79-6,91] †	2,05 [0,52-8,12]
Groupe d'âge					
18-29 ans	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
30-44 ans	1,16 [0,56-2,38]	1,13 [0,54-2,37]	0,51 [0,20-2,30] ‡	**0,33 [0,09-1,25] †**	1,65 [0,16-17,13]
45-59 ans	1,08 [0,52-2,25]	0,93 [0,44-1,99]	0,80 [0,33-1,94]	0,47 [0,13-1,77]	2,22 [0,19-25,49]
60 ans et plus	**0,49 [0,21-1,15] †**	**0,29 [0,11-0,76]***	0,61 [0,22-1,67]	**0,25 [0,05-1,27] †**	4,47 [0,40-50,07]‡
Origine					
Français de parents français	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Français de parent(s) étranger(s)	**1,93 [1,16-3,19]***	1,21 [0,69-2,10]	**2,08 [1,07-4,01]***	1,49 [0,52-4,31]	2,38 [0,65-8,77]‡
Étranger	1,68 [0,80-3,50]‡	0,91 [0,40-2,09]	**2,65 [1,04-6,74]***	1,57 [0,34-7,26]	**3,38 [0,66-17,22] †**
Niveau d'études					
Primaire ou inférieur	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Secondaire	0,79 [0,38-1,64]	0,87 [0,39-1,95]	1,20 [0,47-3,08]	1,15 [0,30-4,37]	1,24 [0,27-5,67]
Supérieur	0,60 [0,27-1,31] ‡	0,57 [0,24-1,35] ‡	0,68 [0,24-1,93]	**0,23 [0,05-1,14] †**	0,60 [0,09-3,99]
Perte couverture complémentaire					
Non	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Oui	1,23 [0,49-3,06]	0,58 [0,17-2,00]	1,68 [0,58-4,90]	0,71 [0,08-6,14]	**3,74 [0,64-22,05] †**
Perte CMUC					
Non	Ref.	Ref.	Ref.		
Oui	1,28 [0,14-11,52]	1,61 [0,18-14,64]	1,90 [0,20-18,28]	-	-
Dégradation des revenus mensuels du ménage par UC					
Non	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Oui	1,22 [0,74 -2,01]	1,23 [0,72-2,09]	**1,95 [1,05-3,64]***	0,56 [0,17-1,85]	1,77 [0,48-6,49]
Dégradation de la perception de sa propre situation financière					
Non	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Oui	1,34 [0,74-2,44]	1,32 [0,68-2,57]	0,71 [0,28-1,79]	1,19 [0,32-4,43]	1,10 [0,22-5,60]
Dégradation du statut d'emploi					
Non	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Oui	1,59 [0,79-3,18]‡	1,38 [0,65-2,94]	1,71 [0,77-3,79] ‡	**3,46 [1,09-10,96]***	0,73 [0,08-6,90]
Dégradation de l'état de santé					
Non	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Oui	1,23 [0,69-2,22]	0,94 [0,49-1,80]	1,62 [0,80-3,30]‡	0,41 [0,08-2,10]	1,51 [0,36-6,32]
Nouvel événement difficile					
Non	Ref.	Ref.	Ref.	**Ref.**	Ref.
Oui	**1,66 [0,98-2,81] †**	1,41 [0,81-2,48]‡	1,29 [0,63-2,64]	**6,22 [2,56-15,11]*****	2,00 [0,56-7,19]
Dégradation de l'isolement social					
Non	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Oui	**2,89 [1,49-5,63]****	**1,89 [0,87-4,09] †**	**2,23[0,95-5,20]†**	**4,51 [1,56-13,02]****	**4,59 [1,18-17,88]***
Facteurs contextuels					
Type de quartier de résidence					
Non ZUS - Moyen et Supérieur	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Non ZUS - Ouvrier	1,45 [0,66-3,21]	**2,07 [0,83-5,15] †**	0,95 [0,35-2,60]	1,44 [0,27-7,72]	0,24 [0,02-2,33]‡
ZUS	1,52 [0,70-3,29]	**3,30 [1,38-7,90]****	0,77 [0,28-2,13]	**3,29 [0,71-15,37] †**	0,70 [0,10-4,75]
Revenus des ménages du quartier (quartiles)					
Revenus élevé	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.	Ref.
Revenus moyen-élevé	1,40 [0,71-2,78]	1,08 [0,49-2,36]	1,55 [0,61-3,95]	1,90 [0,45-8,06]	0,63 [0,05-8,28]
Revenus moyen-bas	1,03 [0,44-2,43]	0,58 [0,21-1,60]	1,40 [0,47-4,18]	0,47 [0,07-3,05]	**4,94 [0,57-42,49] †**
Revenus bas	0,74 [0,28-1,99]	0,62 [0,21-1,84]	0,86 [0,23-3,19]	0,46 [0,06-3,36]	3,12 [0,22-44,90]

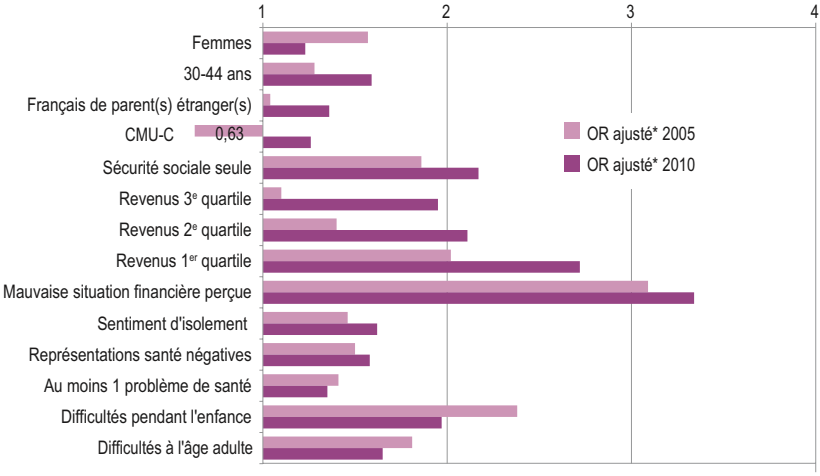
*** < 0,001; ** < 0,01; * < 0,05; † 0,15; ‡ 0,25. **Source :** Cohorte SIRS 2005-2010.

Évolution des facteurs associés au renoncement aux soins pour raisons financières

Cette section poursuit l'analyse du renoncement pour raisons financières en s'intéressant, comme précédemment, au renoncement de façon globale mais aussi en distinguant différents types de soins et, parallèlement, en comparant les facteurs qui y étaient associés en 2005 et en 2010. Chaque modèle statistique renvoie à des régressions logistiques multiniveau ajustées sur le niveau d'étude, le statut d'emploi, le fait d'avoir ou non un médecin régulier et les caractéristiques socio-économiques du quartier de résidence. Dans la mesure où les graphiques 4 à 8 exposent les résultats de ces modèles, nous ne nous arrêterons que sur quelques éléments synthétiques, parmi les plus saillants (rappelons que les effectifs de la cohorte SIRS peuvent limiter la mise en évidence de processus qui seraient statistiquement significatifs sur un échantillon plus important).

Graphique 4

Facteurs associés au renoncement aux soins (tous types de soins confondus) pour raisons financières au cours des 12 derniers mois. Régression logistique multiniveau - Cohorte SIRS 2005-2010

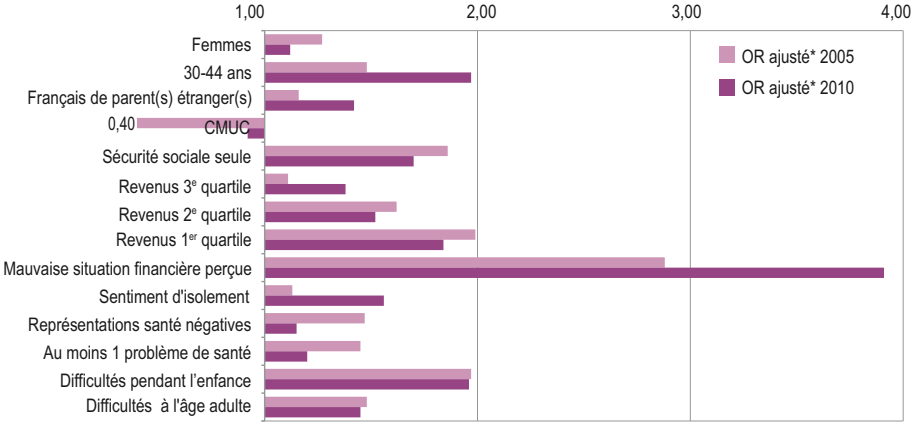


* Ajusté également sur le niveau d'étude, le statut d'emploi, le fait d'avoir ou non un médecin régulier et les caractéristiques socioéconomiques du quartier de résidence. Les couleurs uniformes correspondent à des OR significatifs à 5%.

Source : Cohorte SIRS 2005-2010.

Graphique 5

Facteurs associés au renoncement aux soins dentaires pour raisons financières au cours des 12 derniers mois. Régression logistique multiniveau - Cohorte SIRS

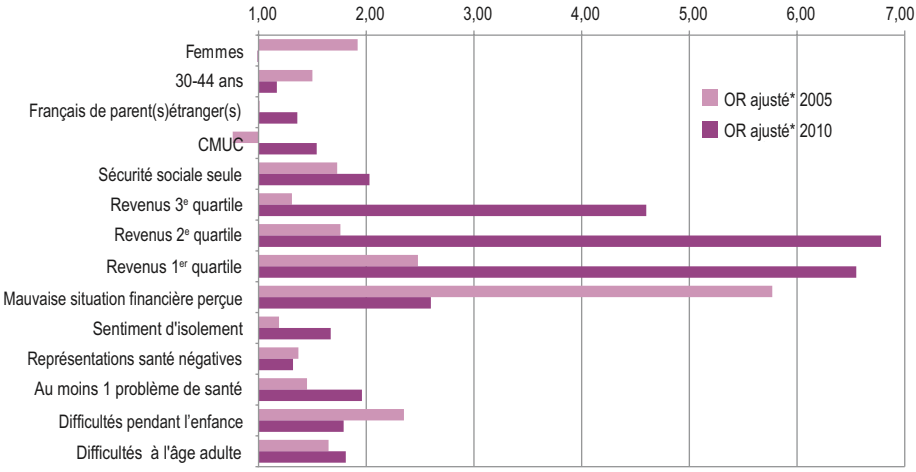


* Ajusté également sur le niveau d'étude, le statut d'emploi, le fait d'avoir ou non un médecin régulier et les caractéristiques socioéconomiques du quartier de résidence. Les couleurs uniformes correspondent à des OR significatifs à 5%.

Source : Cohorte SIRS 2005-2010.

Graphique 6

Facteurs associés au renoncement aux appareillages visuels pour raisons financières au cours des 12 derniers mois. Régression logistique multiniveau - Cohorte SIRS

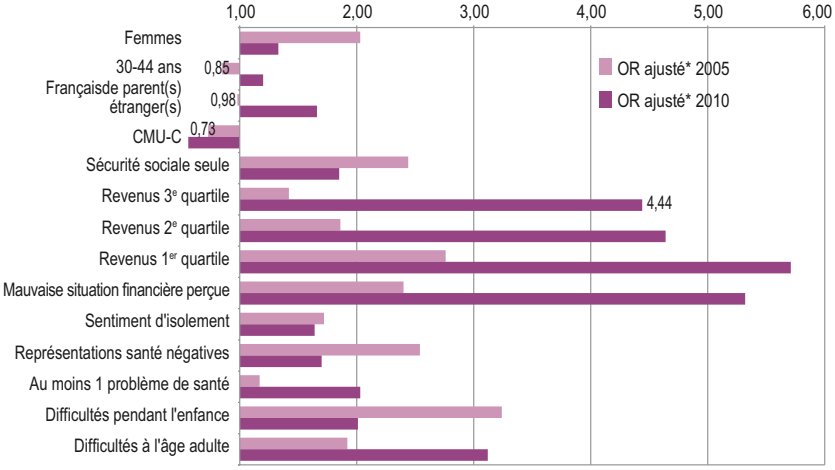


* Ajusté également sur le niveau d'étude, le statut d'emploi, le fait d'avoir ou non un médecin régulier et les caractéristiques socioéconomiques du quartier de résidence. Les couleurs uniformes correspondent à des OR significatifs à 5%.

Source : Cohorte SIRS 2005-2010.

Graphique 7

Facteurs associés au renoncement aux soins de spécialistes pour raisons financières au cours des 12 derniers mois. Régression logistique multiniveau - Cohorte SIRS

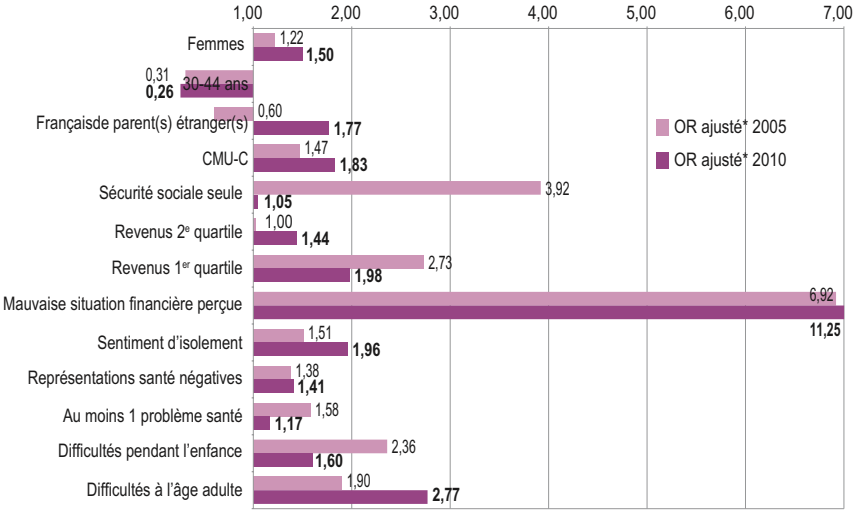


* Ajusté également sur le niveau d'étude, le statut d'emploi, le fait d'avoir ou non un médecin régulier et les caractéristiques socioéconomiques du quartier de résidence. Les couleurs uniformes correspondent à des OR significatifs à 5%.

Source : Cohorte SIRS 2005-2010.

Graphique 8

Facteurs associés au renoncement aux médicaments pour raisons financières au cours des 12 derniers mois. Régression logistique multiniveau - Cohorte SIRS



Ajusté également sur le niveau d'étude, le statut d'emploi, le fait d'avoir ou non un médecin régulier et les caractéristiques socioéconomiques du quartier de résidence. Les couleurs uniformes correspondent à des OR significatifs à 5%.

Source : Cohorte SIRS 2005-2010.

Les facteurs démographiques ont une influence peu stable selon l'année considérée et certains ont un effet différent selon le type de soins considéré. Ainsi par exemple, concernant les soins dentaires (graphique 6), trois facteurs sont significativement associés au renoncement en 2010 alors qu'ils ne l'étaient pas en 2005 : l'avancée en âge, l'origine migratoire et le type de quartier de résidence. Le sexe constitue en cela une exception notable puisque, même en tenant compte de l'ensemble des autres variables, les femmes ont davantage tendance à renoncer aux soins aussi bien en 2005 qu'en 2010 et ce pour de nombreux soins. Ceci est probablement à mettre en relation avec un souci porté à leur santé en moyenne plus important que chez les hommes (Aliaga, 2002) et au fait qu'elles ont potentiellement un suivi médical plus fréquent (du fait du suivi gynécologique). Il est possible dès lors qu'elles soient plus nombreuses à ressentir et définir des besoins de soins et, par suite, plus susceptibles d'y renoncer.

L'effet de l'origine migratoire mérite notre attention. Dans le programme de recherche SIRS, cette composante des inégalités sociales de santé est très souvent observée (de manière descriptive mais également, comme ici, en plus et indépendamment des facteurs socio-économiques « classiquement » étudiés) concernant différents événements de santé, comportements liés à la santé et modes de recours aux soins – qui peuvent notamment être influencés par des processus de type discriminatoire et/ou comporter une composante « culturelle » ne se réduisant pas aux inégalités en termes de niveau d'étude, de revenus, de situation d'emploi ou de conditions matérielles de vie. Comparativement aux Français nés de deux parents français, les Français d'origine étrangère avaient presque toujours plus de risque de renoncer à des soins pour raisons financières. C'est le cas notamment pour le renoncement tous types de soins confondus (OR = 1,36, IC95 % = [1,04-1,77]). À l'inverse, le risque de renoncement parmi les personnes de nationalité étrangère dépendait du type de soins considéré : il ne différait pas de façon globale (tous types de soins confondus) de celui des Français de parents français, mais les étrangers renonçaient moins aux soins dentaires. Ces résultats traduisent probablement une différence dans les perceptions de santé, la connaissance du système et des droits sociaux, une plus faible tendance à reconnaître un besoin de santé et à le définir comme non satisfait, ou des attentes différentes vis-à-vis du système de santé : les attentes des immigrés seraient en l'occurrence plus faibles que celles des Français (par exemple du fait d'une moindre acculturation aux « normes françaises[6] ») et se traduiraient donc par un sentiment de renoncer aux soins plus rare, à état de santé équivalent. Soulignons que la cohorte SIRS n'interrogeant pas de personnes non francophones, les différences entre Français et étrangers dans l'ensemble de l'agglomération parisienne sont probablement plus élevées que celles rapportées ici.

D'une manière générale, après ajustement sur l'ensemble des variables, la situation au regard de l'emploi et le niveau d'éducation n'influençaient que peu le risque de renoncement aux soins pour raisons financières. Si l'on observe un gradient très marqué selon le revenu des ménages en analyse bivariée, les modèles ajustés montrent souvent que seul le fait d'être dans la catégorie de revenus la plus aisée (4e quartile) protège contre ce renoncement. Il est possible que cela traduise pour une part la précarisation des classes moyennes et la situation péjorative des « travailleurs pauvres ». Si les associations statistiques avec la situation socio-économique objective sont donc parfois limitées, la perception de difficultés financières est quant à elle systématiquement associée au renoncement aux soins, et ce pour tous les types de soins considérés, tant en 2005 qu'en 2010. Cette association plus forte avec la situation financière ressentie qu'avec la situation objectivée par le niveau de revenu peut s'expliquer par les limites de considérer (comme c'est le cas dans de nombreuses enquêtes) les revenus

6. La prise en compte de l'ancienneté du séjour en France des immigrés devrait, dans de futures analyses, permettre d'explorer plus avant l'hypothèse d'une évolution avec la durée du séjour.

avant impôts et charges incompressibles obligatoires : la mesure subjective de sa situation financière permet en effet de saisir d'éventuelles difficultés qui n'apparaissent pas à la seule lumière des revenus (du fait par exemple d'un endettement, de charges extérieures au ménage, d'une faible insertion dans des réseaux d'aide, etc.). Mais elle peut aussi s'expliquer en partie par un mécanisme de causalité inverse : devoir renoncer à des soins pour raisons financières participe probablement, pour une part, au sentiment que sa situation financière n'est pas bonne.

Le type de couverture maladie, nous l'avons dit, joue un rôle capital dans le risque de renoncer à des soins. Il semble qu'entre 2005 et 2010, les personnes couvertes par la CMUC soient passées d'un risque moindre à un risque plus important (ou comparable) comparativement aux personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire privée. Cela résulte, comme nous le verrons, d'une forte augmentation du renoncement aux soins parmi les bénéficiaires de la CMUC. Seules des études complémentaires sur l'évolution des dépenses de santé de ces personnes, comme celles rendues possibles par les données de l'enquête Santé et protection sociale de l'IRDES, pourraient nous éclairer, au moins en partie, sur le fait de savoir si cette évolution s'accompagne d'une augmentation du reste à charge des bénéficiaires et/ou si elle reflète une augmentation de leurs besoins ou de leurs attentes, lesquels se rapprocheraient de ceux de la population majoritaire. En revanche, les personnes ne disposant pas de couverture complémentaire étaient plus à risque de renoncer aux soins pour presque tous les types de soins et en 2005 comme en 2010 – ce qui est compréhensible au vu de la participation financière demandée aux assurés qui peut être très élevée pour certains services (dentaire et optique notamment). On rappellera ici que la raison principale de n'avoir pas de couverture complémentaire à celle de la Sécurité sociale, situation qui concerne 6 % de la population en France, est liée à de faibles ressources financières (Perronnin *et al.*, 2011).

Nous nous sommes par ailleurs interrogés sur un éventuel effet propre de l'environnement de résidence. Contrairement aux autres types de soins, le renoncement aux soins de spécialistes s'est avéré très fortement lié au type de quartier. Vivre dans un quartier de type moyen ou supérieur diminuait en effet significativement la probabilité de renoncer à de tels soins – alors que la densité médicale dans le quartier n'y était pas statistiquement associée dans les modèles multivariés complets (modèles non reproduits). Par ailleurs, pour ce type de soins comme pour les autres, la mobilité quotidienne ne semblait pas avoir d'effet. Au total, plus qu'un effet direct de la densité de spécialistes et donc de leur accessibilité géographique[7], c'est plutôt le type socio-économique du quartier de résidence qui semblait jouer - même si ces deux critères ne sont pas indépendants (l'installation des spécialistes répondant notamment à une logique de marché). Au total, on observe donc des inégalités territoriales fortes de renoncement aux soins de spécialistes qui ne se résument pas à des effets de composition socio-économique différente des populations vivant dans les quartiers, mais qui renvoient également des normes d'usages de la médecine spécialisée différentes entre groupes sociaux et entre territoires.

Au-delà de l'impact des facteurs socio-économiques, la probabilité de renoncer à des soins était plus importante chez les personnes déclarant un problème de santé. Ayant des besoins plus importants et face au coût croissant des soins de santé, ces personnes sont effectivement plus à même d'y renoncer. Ce résultat semble bien confirmer une extension de la loi inverse exposée par Hart en 1971 (Bazin *et al.*, 2006 ; Chauvin *et al.*, 2009), selon laquelle ce sont les personnes qui en auraient le plus besoin qui risquent le plus de n'avoir pas accès aux

7. Soulignons que leur accessibilité financière n'a pas été étudiée de façon contextuelle dans la mesure où le système d'information géographique de SIRS ne disposait pas de données spatialisées sur le secteur d'activité des médecins.

soins qui leur seraient nécessaires. Il s'agit d'un résultat important dans le débat émergent sur la refonte du système de prise en charge des affections de longue durée. Ces analyses ne permettent toutefois pas de distinguer entre les soins en lien avec le problème de santé chronique reconnu (souvent pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale) et les autres soins (couverts de la même façon que pour la population générale).

Enfin, à niveau socio-économique et de santé comparable, l'écart entre les attentes de soins médicaux et l'accès effectif aux soins, qui peut être vécu comme une « frustration » et amener à déclarer un renoncement pour raisons financières, semblait s'exprimer plus fréquemment chez les personnes ayant des perceptions négatives de leur situation financière et de leur santé, ayant connu des trajectoires de vie difficiles, ou se sentant seules. Les associations statistiques étaient fortes tant en 2005 qu'en 2010, même si quelques différences pouvaient être observées. L'isolement social semble être le facteur le plus constant au cours du temps et pour les différents types de soins. Ces résultats renvoient au même type de questions que celles concernant l'incidence du renoncement évoquée précédemment, en particulier le lien observé de façon longitudinale entre certains événements de vie (événements difficiles, apparition d'un sentiment d'isolement, dégradation de sa situation financière perçue, etc.) et la survenue ultérieure d'un renoncement aux soins pour raisons financières. On peut faire l'hypothèse que ces effets sont à la fois directs et matériels (certains de ces événements s'accompagnant d'une baisse des ressources financières et/ou de la couverture santé), directs et psychosociaux (à situations matérielles identiques, la « frustration » dont nous parlions pouvant augmenter), ou encore indirects et sanitaires (ces événements pouvant avoir un impact sur la santé physique ou psychologique des personnes, augmentant ainsi leurs besoins « objectifs » de soins)[8].

Dans cette perspective, il serait sans doute intéressant de comparer le renoncement aux soins avec d'autres domaines interrogés dans le programme SIRS : ce sentiment de frustration en matière d'accès aux soins s'accompagne-t-il d'autres perceptions défavorables, par exemple en ce qui concerne la satisfaction vis-à-vis de sa situation professionnelle, de son logement, de son alimentation, l'incertitude du lendemain, le coût de la vie ? Est-il également associé à des attitudes négatives qui pourraient en être la cause ou la conséquence, comme un manque de confiance dans les institutions, ou de confiance envers la médecine et le système de santé[9] ? Savoir de quelle manière le renoncement aux soins pour raisons financières s'accompagne et s'inscrit dans d'autres expériences vécues de « décrochage » par rapport au reste de la société (ou à ce qu'elle devrait être aux yeux des personnes) est une question qui semble pertinente et qui pourrait faire l'objet d'analyses complémentaires.

Le cas spécifique des bénéficiaires de la CMU complémentaire

Alors qu'en 2005 les bénéficiaires de la CMUC avaient significativement moins de risque de renoncer aux soins pour raisons financières que les personnes couvertes par une mutuelle (OR = 0,63, IC95 % = [0,41-0,97]), la différence n'était plus significative en 2010 (OR = 1,26, IC95 % = [0,84-1,91]). On pourrait faire l'hypothèse que les attentes de ces récipiendaires se sont rapprochées de celle des autres personnes, ce qui traduirait alors une forme de « nor-

8. D'autres types d'analyse pourraient permettre, sur les données de SIRS, de tester ces effets directs et indirects et d'estimer éventuellement leur cumul (par exemple par des modèles d'équation structurelle) mais les effectifs restent assez faibles pour bénéficier d'une puissance statistique satisfaisante.

9. Notons que 83,2 % de la population enquêtée dans SIRS en 2005 jugeaient qu' « il faut de l'argent pour se soigner » (37,6 % sont « tout à fait d'accord » et 45,6 % « plutôt d'accord » avec cette proposition). De même, 69,9 % étaient d'accord avec l'idée qu' « il faut de l'argent pour être en bonne santé ».

malisation » de cette forme de couverture maladie. Mais ce rapprochement semble plutôt traduire, malheureusement, une dégradation de la situation des récipiendaires de la CMUC. En effet, si la proportion de renoncement aux soins est restée relativement stable chez les personnes couvertes par une couverture complémentaire privée (environ 13 % et 15 %), elle est passée de 19,7 % à 30,9 % entre 2005 et 2010 chez les bénéficiaires de la CMUC.

Ces bénéficiaires de la CMUC qui ont renoncé à des soins pour raisons financières étaient, aux deux dates, plus volontiers des Français issus de l'immigration et, en 2010, des personnes se sentant isolées (tableau 5). Comme pour l'ensemble de la population, une association forte et significative était observée en 2010 avec une perception mauvaise de sa situation finale (et s'interprète sans doute de la même façon qu'énoncé précédemment avec des effets dans les deux sens de la causalité). Alors qu'en 2005, les bénéficiaires de la CMUC vivant en ZUS renonçaient plus souvent (toutes choses égales par ailleurs), ce n'est plus le cas en 2010 mais doit-on s'en réjouir quand la fréquence de renoncement a globalement fortement augmenté comme on vient de le voir ?

Tableau 5

Facteurs associés au renoncement aux soins (tous types de soins confondus) pour raisons financières au cours des 12 derniers mois – Sous-échantillon des bénéficiaires de la CMUC. Régression logistique multiniveau (OR [IC95%]) - Cohorte SIRS

	2005 (n = 177)	2010 (n = 180)
Facteurs individuels		
Origine		
Français de parents français	Ref.	Ref.
Français de parent(s) étranger(s)	**3,36 [1,13-9,95]***	2,34 [0,79-6,97] †
Étranger	0,96 [0,31-3,01]	1,53 [0,50-4,62]
Revenus mensuels du ménage par UC (quartiles)		
Revenus élevés		Ref.
Revenus moyen-élevé	Ref.	3,68 [0,26-52,87]
Revenus moyen-bas	2,66 [0,20-34,68]	2,46 [0,17-35,20]
Revenus bas	6,61 [0,60-72,97] †	1,12 [0,09-13,22]
Perception de sa propre situation financière		
Bonne	-	Ref.
Mauvaise	-	**8,04 [2,33-27,77]*** **
Problème de santé (au moins un)		
Non	Ref.	Ref.
Oui	2,30 [0,81-6,54] †	1,77 [0,68-4,63]]‡
Isolement social		
Se sent (plutôt) entouré	Ref.	Ref.
Se sent (plutôt) seul	1,41 [0,56-3,56]	**2,61 [1,08-6,31]** **
Facteur contextuel		
Type de quartier de résidence		
Non ZUS - Moyen et Supérieur	Ref.	Ref.
Non ZUS - Ouvrier	2,89 [0,81-10,38] †	0,72 [0,24-2,12]
ZUS	**4,14 [1,34-12,76]***	0,83 [0,31-2,23] †

* Modèles ajustés sur : sexe, âge, niveau d'étude, avoir un médecin régulier, difficultés à l'âge adulte et au cours de l'enfance, score de perceptions de santé et de mobilité quotidienne.

*** < 0,001; ** < 0,01; * < 0,05; † < 0,15; ‡ < 0,25.

Source : Cohorte SIRS 2005-2010.

***

D'après nos analyses conduites sur des échantillons représentatifs de la population adulte (francophone) de l'agglomération parisienne, le renoncement aux soins pour raisons financières est resté relativement stable ou a même légèrement diminué entre 2005 et 2010 même si les différences observées peuvent être dues, au moins en partie, à une différence d'interrogation du phénomène entre les deux vagues d'enquête de la cohorte.

Nous avons par ailleurs constaté des particularités selon le type de soins considéré et des variations importantes entre et au sein de différents groupes sociaux. Nos résultats confirment les conclusions de nos travaux précédents concernant les principales populations à risque de renoncement aux soins pour raisons financières ou celles relevées dans la littérature internationale. Nos analyses n'ont pas permis de mettre en évidence de déterminants contextuels très consistants même si elles ont souligné l'importance de certaines inégalités territoriales « brutes » (c'est-à-dire avant ajustement sur les caractéristiques individuelles des résidants) entre quartiers au sein de l'agglomération parisienne.

En ce qui concerne le renoncement aux soins pour raisons financières, il semble donc que les facteurs individuels jouent un rôle globalement plus marqué que les facteurs dits « contextuels », tout du moins dans l'agglomération parisienne – une région dense et globalement dotée d'une offre de soins diversifiée[10].

Quelques limites doivent être rappelées ici et gardées à l'esprit lors de la lecture de ces analyses. Tout d'abord, la méthode de mesure du renoncement aux soins n'était pas strictement identique lors des deux vagues d'interview des membres de la cohorte SIRS. Par ailleurs, de telles données d'enquêtes en population générale ne permettent pas de mesurer « objectivement » le renoncement aux soins (si tant est que cela soit possible ou ait un sens comme nous l'avons rappelé en introduction), en particulier parce que les besoins de santé ne sont pas détaillés, ni les dépenses auxquelles les personnes déclarent avoir renoncé. Enfin, plusieurs analyses auront souffert d'une faible puissance statistique en raison du faible nombre d'événements.

Quoi qu'il en soit, il apparaît primordial de poursuivre la surveillance de cet indicateur révélateur d'inégalités importantes dans le domaine de la santé. Dans le contexte actuel de multiplication des mesures de déremboursement, de participation forfaitaire et de baisse du taux de remboursement imposés aux assurés sociaux, l'ampleur des inégalités socio-économiques et psychosociales en lien avec le renoncement aux soins pour raisons financières risque d'augmenter au cours des prochaines années. Les conséquences pourraient en être particulièrement sévères, à la fois d'un point de vue sanitaire, s'il entraîne une dégradation de l'état de santé de certaines populations au moins les plus défavorisées, d'un point de vue économique, si de tels renoncements s'accompagnent de retard aux soins et de complications sanitaires plus coûteuses à prendre en charge *in fine* pour les individus comme pour la collectivité, et d'un point de vue sociétal si la fréquence de ce renoncement, dans ses dimensions objectives comme subjectives, finit par mettre à mal la cohésion sociale et les aspirations de justice sociale qui restent très largement partagées dans notre pays et tout particulièrement en matière de soins de santé.

Remerciements

Les auteurs remercient Bénédicte Boisguérin, Stéphanie Dupays, Renaud Legal, Jérôme Minonzio et Denis Raynaud, de la DREES, pour leurs commentaires et suggestions.

10. Même si, à une échelle locale, des problèmes d'accessibilité – pas tant géographique que financière – sont constatés par certains acteurs dans les villes ou les quartiers les plus défavorisés de la région parisienne.

Bibliographie

Aliaga C., 2002, « Les femmes plus attentives à leur santé que les hommes », *Insee Première*, N° 869.

Allin S, Grignon M, Le Grand J., 2010, *Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: What are the equity implications?* Soc Sci Med.

Barer ML, Evans RG, Stoddart GL., 1979, C*ontrolling Health Care Costs by Direct Charges to Patients: Snare or Delusion?*, Conseil économique de l'Ontario, Étude hors-série n° 10.

Bazin F, Jusot F, Parizot I, Chauvin P., 2005, *Social determinants of forgone healthcare: a longitudinal study of health insured people in France*, 1996-2002. Working paper.

Bazin F, Parizot I, Chauvin P., 2006, Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans 5 zones urbaines sensibles de la région parisienne en 2001. Sci Soc Santé.

Bazin F, Parizot I, Chauvin P., 2006, *Hurdles to healthcare access for the poor in France, the results of a national survey of Minimum Income Recipients in 2001* Working paper.

Bazin F, Parizot I, Chauvin P., 2005, *Original approach to the individual characteristics associated with forgone healthcare: a study in underprivileged areas, Paris region, France, 2001-2003*. Eur J Public Health.

Chaix B, Chauvin P., 2002, « L'apport des méthodes d'analyse multiniveau dans l'analyse contextuelle en épidémiologie sociale : une revue de la littérature », *Revue d'épidémiologie et de santé publique*.

Chauvin P, Parizot I, Simonnot N., 2009, *Access to healthcare for the undocumented migrants in 11 European countries*. Médecins du Monde, European observatory on access to healthcare.

Chauvin P, Parizot I., 2009, « Les inégalités sociales et territoriales de santé dans l'agglomération parisienne : une analyse de la cohorte SIRS », Editions de la DIV, coll. *Les documents de l'ONZUS*.

CSDH, 2008, *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*, Final Report of the Commission on Social Determinants of Health, Geneva, World Health Organization.

La documentation CMU, 2011, « Bénéficiaires de la CMU complémentaire en France entière. Synthèse France entière - Tous régimes - 2007-2010 ». http://www.cmu.fr/site/cmu.php4?Id=3&cat=75.

Lebas J, Chauvin P., 1998, *Précarité et santé*, Flammarion.

Le Fonds CMU, 2011, « Aide complémentaire santé [*Complementary Health Assistance*]. Paris2009 » april. http://replay.waybackmachine.org/20090418133038/http://www.cmu.fr/site/cmu.php4?Id=7&style=&col=&PHPSESSID=60cbd34f418dfae11f51b1a876a8088c.

Guthmuller S, Jusot F, Wittwer J., 2011, « Le recours à l'Aide complémentaire santé : les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille », Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 162.

Hart JT., 1971, "*The inverse care law"* Lancet, février.

HCAAM, 2011, « L'accessibilité financière des soins, comment la mesurer ? », Haut Conseil de l'Avenir de l'Assurance Maladie.

Hurley J, Arbuthnot Johnson N., 1991, *The Effects of Co-Payments Within Drug Reimbursement Programs*. Analyse de politiques.

Majnoni d'Intignano B., 1991, « Analyse des derniers développements et des réformes en matière de financement des systèmes de santé », Revue internationale de sécurité sociale.

Newhouse JP, 1993, *The Insurance Experiment Group. Free for All?,* Lessons from the RAND Health Experiment, Cambridge, MA, Harvard University Press.

ONPES, 2010, « Bilan de 10 ans d'observation de la pauvreté et de l'exclusion sociale à l'heure de la crise - Rapport 2009-2010 », Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale.

Parizot I, Péchoux S, Bazin F, Chauvin P., 2004, Enquête sur la santé et le recours aux soins dans les quartiers de la Politique de la ville du 20e arrondissement de Paris. Inserm U444, Rapport pour la Mission Ville de la préfecture de Paris.

Perronnin M, Pierre A, Rochereau T., 2011, « La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès », Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 161.

Préteceille E., 2003, « La division sociale de l'espace francilien. Typologie socioprofessionnelle 1999 et transformations de l'espace résidentiel 1990-99 », Observatoire sociologique du changement.

Rode A., 2010, *Le « non-recours » aux soins des populations précaires. Constructions et réceptions des normes,* Sciences Po Grenoble, mai.

Townsend P, Davidson N, editors., 1982, *Inequalities in Health: The Black Report*. 2nd ed, Pelican Books.

Vallée J, Cadot E, Grillo F, Parizot I, Chauvin P., 2010, *The combined effects of perceived activity space and neighbourhood of residence on participation in preventive health-care activities. The case of cervical screening in the Paris metropolitan area (France)*, Health & Place.

Le renoncement aux soins : des parcours de soins sous contraintes ou une forme d'émancipation ?

Docteur Caroline Despres (chercheure associée-IRDES)

Après une brève présentation des objectifs du volet anthropologique de la recherche et des méthodes mises en œuvre, nous présenterons les résultats selon deux catégories de sens du renoncement.

Rappelons en préalable que dans les entretiens :

- Le renoncement aux soins est absent des entretiens (dans le discours spontané) ;
- Les personnes rencontrées en entretiens résistent à son usage, en reformulant les questions ou en interrogeant le chercheur sur ce qu'il entend par « renoncer aux soins/à des soins ».

Un exemple concret est alors développé, celui de Janine qui met en lumière l'articulation entre les deux catégories tout en illustrant différentes causes de renoncement.

Les différentes causes du renoncement aux soins sont rapidement énoncées selon les deux catégories. Les différentes causalités du renoncement sont alors rappelées, avec un focus sur les renoncements pour raisons financières. La manière dont l'individu mobilise les ressources dont il dispose pour affronter et lutter contre le renoncement est également présentée.

Au total, l'analyse anthropologique permet de mettre en valeur la complexité du renoncement aux soins et ses multiples facettes. Concernant les significations multiples du renoncement, les interprétations doivent prendre en compte le contexte (type d'enquête, moment de l'enquête), les expériences et le vécu des individus ainsi que le rapport à l'enquêteur. Les deux sens complémentaires en font un concept riche de sens qui rend compte des interactions entre un individu et le système de soins, la manière dont il est protégé par l'Assurance maladie, dont il se situe subjectivement dans la société et ce qu'il en attend. Cependant, l'analyse du renoncement aux soins pour rendre compte des inégalités sociales de santé demande une vigilance méthodologique et comporte des limites, du fait que le renoncement part d'un besoin identifié par l'individu et qu'il dépend des normes et des attentes relatives à la santé qui sont socialement différenciées.

Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique

Caroline Després (Irdes), Paul Dourgnon (Irdes ; Université Paris-Dauphine, Leda-Legos), Romain Fantin (Irdes), Florence Jusot (Université Paris-Dauphine, Leda-Legos ; Irdes)
Ce texte est issu d'une publication de l'Irdes : Questions d'économie de la santé n° 169, octobre 2011.

Le concept de renoncement aux soins, utilisé régulièrement dans les enquêtes et de plus en plus mobilisé dans le débat public en France, n'a pas encore fait l'objet d'un travail méthodologique permettant d'analyser le sens que lui donnent les individus interrogés. Si le renoncement aux soins se réfère le plus souvent dans les enquêtes à un renoncement pour raisons financières, une approche socio-anthropologique, à partir d'entretiens non directifs, permet d'analyser plus largement les significations du renoncement pour les individus ainsi que les logiques sociales, économiques et culturelles qui les déterminent.

Cette étude montre que le renoncement aux soins, qui peut survenir à tout moment d'un itinéraire thérapeutique, prend deux formes principales : le renoncement-barrière et le renoncement-refus. Dans le premier cas, l'individu fait face à un environnement de contraintes, le plus souvent budgétaires, qui ne lui permet pas d'accéder au soin désiré. Le second cas est l'expression d'un refus qui porte soit sur des soins spécifiques – il s'agit alors d'un acte d'autonomie à l'égard de la médecine dite conventionnelle – soit, plus radicalement, sur le fait même de se soigner : il revêt alors un caractère définitif et traduit la perception d'une inutilité des soins. Ces deux formes de renoncement – barrière et refus – sont fréquemment associées : le facteur financier est rarement isolé et se combine à d'autres motifs amenant les individus à renoncer à un soin.

*Les résultats d'une étude du renoncement aux soins pour raisons financières, s'appuyant sur des travaux économétriques, sont publiés simultanément (*Després *et al.*, 2011*).*

Le renoncement aux soins est une notion de plus en plus mobilisée dans le débat public. Les résultats de l'enquête Santé protection sociale (ESPS) sont ainsi régulièrement commentés et ont participé à la diffusion du terme qui fait l'objet d'usages sociaux variés, tant dans le domaine politique que dans celui de la régulation de l'Assurance maladie, ou de la recherche en sciences sociales. Le renoncement aux soins pour raisons financières constitue un indicateur indirect d'évaluation des politiques publiques en matière de protection sociale de la santé, notamment de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC). Néanmoins, le concept de renoncement aux soins n'a jusqu'à présent jamais été clairement défini dans les études et aucun travail méthodologique n'avait analysé la signification que lui donnent les individus, à l'exception d'un travail économique sur données canadiennes (Allin, Grignon, Le Grand, 2010).

En sciences sociales, les questionnements sur le renoncement aux soins font écho aux travaux de recherche plus généraux sur le non-recours (non take-up) aux droits et aux services (Hamel et Warin, 2010 ; Warin, 2010 ; Dufour, Legal, Wittwer, 2006). Dans le champ de la santé, le fait que des personnes malades ne sollicitent pas les services de soins, même en contexte de gratuité, a déjà fait l'objet de travaux relativement anciens, notamment nord-américains. Cette question de recherche demande donc à être réexaminée dans le contexte français actuel, caractérisé par la mise en œuvre de différentes réformes visant, d'une part, à contrôler les dépenses publiques en matière de santé et de soins et, d'autre part, à améliorer l'accès aux services de santé.

Ce questionnement méthodologique a motivé une recherche associant deux approches, socio-anthropologique et micro-économique (Després *et al.*, 2011). L'objectif du volet socio-anthropologique est d'analyser les significations du renoncement aux soins pour les différents acteurs sociaux (experts, acteurs institutionnels, chercheurs, population) et les logiques sociales, économiques et culturelles qui déterminent de telles attitudes, en s'appuyant sur un terrain réalisé dans la région lilloise (encadré Méthode).

Il s'agissait notamment de clarifier ce qu'entendent les personnes quand elles sont interrogées sur leur éventuel renoncement à des soins et, de ce fait, de mieux saisir les causes des évolutions des taux de renoncement, en fonction des catégories sociales et notamment du type de protection sociale dont elles bénéficiaient.

L'enjeu était d'évaluer la capacité de l'outil à traiter des problématiques d'équité d'accès aux soins. Les manières différenciées d'entendre le renoncement aux soins en fonction des catégories sociales ont donc fait l'objet d'une attention particulière.

Les significations du renoncement aux soins pour les acteurs

Partant de l'hypothèse que ces différents acteurs assignaient au renoncement aux soins des sens différents, l'analyse des significations a été abordée sous plusieurs angles : les conceptions expertes (construites par les institutionnels, les professionnels de santé publique, les chercheurs dans le champ de l'Assurance maladie) et les conceptions communes (celles de la population, des non-experts). Les unes et les autres ont été mises en perspective. Le renoncement aux soins est considéré comme suffisamment explicite pour ne pas nécessiter de définition. Or cette absence de définition pose problème, plusieurs significations pouvant être mobilisées selon les contextes d'usage.

Le renoncement aux soins vu par les experts

Le questionnement dans l'enquête ESPS vise avant tout à saisir si les personnes abandonnent un projet de soin du fait d'une difficulté financière et interroge indirectement l'efficacité de leur couverture maladie. Dans les premières enquêtes de l'Irdes, le renoncement se référait explicitement à l'insuffisance de remboursement des soins. Dans les rapports publics et les publications de recherche, le renoncement aux soins est avant tout pensé comme obstacle à l'obtention d'un soin (accès aux services professionnels ou à un soin spécifique) pour des raisons financières ou d'indisponibilité des professionnels.

L'étymologie du terme et les définitions des dictionnaires renvoient à un acte volontaire qui suppose un certain degré de délibération. Le renoncement est soit l'abandon du but poursuivi, jugé inaccessible à tort ou à raison ; soit le résultat d'un choix entre plusieurs alternatives, qui amène à renoncer à telle option en faveur d'une autre. Les définitions institutionnelles ne rendent pas compte d'une forme de choix qui préside à ces attitudes individuelles, même s'il peut s'agir d'un choix sous contraintes.

Nous proposons alors une définition qui permet un regroupement des diverses significations produites : « Les individus renoncent à des soins quand ils ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit. »

Le renoncement aux soins est fondé sur le besoin subjectif de l'individu

L'individu projette de recourir à un soin en fonction de l'identification et de l'interprétation qu'il fait de ses symptômes et en fonction des normes sociales quant à la manière d'y faire face.

Ce besoin est socialement différencié ; il est configuré par des normes qui varient en fonction des groupes d'appartenance, ce qui est une limite lors de l'analyse des renoncements aux soins en fonction des catégories sociales.

Les renoncements aux soins surviennent à tout moment d'un itinéraire de soins

L'analyse dynamique des itinéraires de soins et de santé a permis d'identifier des formes de renoncements à différentes étapes de l'itinéraire du malade : avant de s'adresser à un professionnel de santé, mais aussi une fois le processus de recherche diagnostique et thérapeutique engagé, et en divers lieux au sein de l'espace thérapeutique (médecine conventionnelle mais aussi non conventionnelle). La non-observance des prescriptions médicales (orientations diagnostiques ou thérapeutiques, suivi ou traitement) constitue une forme de renoncement quand le sujet décide de ne pas s'y conformer ou seulement partiellement.

Le renoncement aux soins appréhendé par les individus

Dans la première partie des entretiens, centrés sur la narration de parcours de soins (encadré Méthode), les individus n'emploient jamais le mot « renoncer » spontanément pour qualifier des situations de renoncement conformes à notre définition, confirmant que la notion n'appartient pas au langage courant dans le champ des soins. Ces résultats, valables quel que soit le groupe social de l'individu, confirment de précédentes recherches analysant des parcours de soins (notamment Wittwer *et al.*, 2010 sur le même terrain lillois).

L'analyse des significations profanes s'est donc appuyée sur des expériences concrètes décrites dans les récits de soins. Il s'agissait pour le chercheur d'examiner les situations qui étaient qualifiées de renoncement et celles qui ne l'étaient pas, une fois introduite la question sur le renoncement.

La question « Avez-vous déjà renoncé à des soins », posée directement, est interprétée par les individus de manière variable selon leur parcours. Il n'est pas rare que des personnes interrogent le chercheur avant de répondre, révélant, plus qu'une incompréhension de la question, la polysémie du terme. Le terme de renoncement aux soins fait même fréquemment l'objet de résistances, c'est-à-dire que les personnes répondent à la question en la reformulant pour bien situer leurs réponses, parfois en censurant le terme « renoncement » de leur réponse.

Ces résultats empiriques suggèrent que dans un contexte d'enquêtes par questionnaire, où les réponses sont préfabriquées et imposées, les personnes cernent mal les contours et répondent selon le contexte, leurs propres expériences et leurs interprétations des attentes des enquêteurs. On aboutit à une certaine forme de dispersion des résultats permettant de conclure que l'on ne recueille pas des données homogènes d'un individu à l'autre. Lorsque l'énoncé précise « pour raisons financières », les réponses apparaissent relativement cohérentes, renvoyant au renoncement-barrière (cf. ci-dessous) qui se juxtapose aux conceptions des experts.

Le renoncement-barrière : un environnement de contraintes qui ne permet pas d'accéder au soin désiré

Deux types de renoncements procédant de logiques sociales différentes ont été distingués : le renoncement-barrière et le renoncement-refus.

Dans le cas du renoncement-barrière, l'individu doit faire face à un environnement de contraintes qui ne lui permet pas d'accéder au soin désiré. Le renoncement- barrière questionne l'efficacité du système de protection sociale contre la maladie et l'organisation de

l'offre de soins, c'est-à-dire des dimensions structurelles qui entravent l'accès aux soins, le plus souvent à travers des contraintes budgétaires. L'individu procède dans ce cas à des arbitrages entre la santé et d'autres dimensions de son existence.

Le renoncement « pour raisons financières »

Les raisons financières du renoncement aux soins sont constituées d'un faisceau d'éléments qui se combinent souvent entre eux : le prix du soin, son niveau de remboursement et le reste à charge qui varient en fonction du type de protection sociale et de la qualité de la couverture, le niveau de revenus, la disponibilité financière du moment, en particulier quand l'individu doit avancer les frais. Cette dernière est en lien avec les ressources (revenus, réserves, allocations) et les autres dépenses non médicales, notamment les dépenses incompressibles (Després *et al.*, 2011).

Dans le cas de renoncement pour raisons financières, les individus renoncent le plus souvent à des soins précis, avec une fréquence variable selon leur situation sociale. L'analyse des entretiens montre un gradient social dans la fréquence des renoncements et le type de soins concernés (notamment, la gravité potentielle du renoncement). Par exemple, des individus appartenant à une catégorie sociale moyenne ou aisée peuvent renoncer à un implant dentaire, tout en disposant d'alternatives thérapeutiques, alors que ceux vivant dans la précarité vont plus souvent renoncer à remplacer une dent manquante. Les premiers vont restreindre leurs visites chez l'ostéopathe non remboursées par leur complémentaire santé, alors que les seconds vont cesser de consulter le gynécologue. Pour les populations précaires, les renoncements portent fréquemment sur des soins médicalement nécessaires qui apparaissent comme des occasions manquées : diagnostics non faits ou tardivement, maladies chroniques non prises en charge qui peuvent évoluer vers des complications (diabète, hypertension artérielle, malformation cardiaque, etc.). Les bénéficiaires de la CMUC sont dans la grande majorité des cas épargnés par ce type de renoncements.

Ces renoncements doivent être à chaque fois resitués dans leur contexte car le même individu pourra adopter une tout autre attitude dans des circonstances différentes, ce que montre l'analyse des parcours de soins dans le temps. L'évocation d'un renoncement dépend de la gravité ressentie du problème de santé, de la pression de l'entourage, de la rencontre avec un professionnel de santé de confiance, de la personne malade (on renonce pour soi, pas pour son enfant, quitte à sacrifier d'autres biens, etc.). Il arrive que des personnes renoncent globalement à tous les soins. Ces situations sont moins fréquentes et concernent particulièrement les individus qui sont au-dessus des seuils (CMUC et Aide complémentaire santé (ACS) et n'ont pas souscrit une complémentaire santé (encadré ci-contre).

Renoncements aux soins et droits sociaux

Si les individus sont en partie protégés des renoncements pour raisons financières par les droits sociaux, dans certains cas toutefois, ceux-ci sont mal connus ou non respectés par les professionnels. La méconnaissance des droits amène à des erreurs de jugement et, donc, à renoncer pour raisons financières alors que le soin aurait été pris en charge. La complexité du système de soins n'en facilite pas la compréhension : coexistence des secteurs 1 et 2 avec dépassements d'honoraires et complexité des règles de remboursement partagés entre l'Assurance maladie et les complémentaires, dispositifs empilés. Quant à la CMUC, elle est largement connue, surtout dans les milieux précaires, mais les droits concrets qu'elle autorise – le panier de soins ainsi que les règles à respecter par les médecins – sont souvent ignorés.

L'ACS fait l'objet d'un taux élevé de non-recours (proche de 75 %) en grande partie lié au fait que les personnes éligibles ignorent l'existence de cette aide, ont du mal à déchiffrer les courriers d'information venant des caisses et que les démarches d'obtention sont complexes (Guthmuller *et al.*, 2011). Notamment, le choix d'une complémentaire santé dans un environnement de marché concurrentiel est difficile, nécessitant de maîtriser le langage, comprendre les différentes tarifications et les modalités de remboursement par étages, et anticiper ses besoins de soins.

Le non-respect des droits par des professionnels de santé participe à la production de renoncements de bénéficiaires de la CMUC, lorsqu'il y a refus de soins itératifs ou non-respect des règles établies : refus du tiers payant, parfois demande d'un dépassement, illégitime. Pour l'ensemble des patients, les dépassements d'honoraires souvent non annoncés préalablement contribuent à construire une défiance à l'égard de la médecine et créent un sentiment d'inquiétude diffus, la peur d'avoir à financer des soins, chez les spécialistes plus particulièrement.

Aux problèmes précédents viennent s'ajouter des ruptures de droits en lien avec l'instabilité professionnelle et/ou familiale des personnes en situation de précarité économique. Protégé à un moment par la CMUC, un individu peut être amené à la perdre après un retour à l'emploi. Cette non-continuité des droits est un facteur préjudiciable à l'inscription dans un projet de soins au long cours, comme c'est souvent le cas pour les soins dentaires. D'autre part, il faut signaler un décalage entre l'attribution de la CMUC et la situation économique du moment car les calculs pour l'attribution se font sur les ressources des douze derniers mois.

Les renoncements liés à l'organisation et à la répartition de l'offre de soins

L'organisation territoriale de l'offre de soins joue sur l'accès aux soins. Elle apparaît problématique dans les territoires ruraux et urbains défavorisés (Coldefy *et al.*, 2011). La conjonction des problèmes d'offre (restructurations hospitalières, démographie problématique des professions de santé) et des facteurs déjà présentés vient renforcer les difficultés d'accès et contribue aux renoncements aux soins.

La raréfaction de l'offre a des effets différenciés selon les classes sociales. Les temps d'attente dans le public peuvent être contournés en s'adressant à l'offre libérale où les dépassements d'honoraires chez les spécialistes sont fréquents, accessibles alors aux plus aisés. Les individus peuvent également se déplacer vers les grandes métropoles, voire – dans le contexte que nous avons examiné – passer la frontière et consulter en Belgique. Ces déplacements ont un coût (temps, essence ou tickets de transports en commun).

La restriction de l'offre est particulièrement sensible pour les bénéficiaires de la CMU. Disposant d'une mobilité plus réduite (nécessité de se déplacer vers le CHRU de Lille pour certaines spécialités), ils peuvent, dans un contexte où les refus de soins sont relativement fréquents, être en difficulté pour changer de médecin traitant ou trouver un spécialiste. Certains d'entre eux, insatisfaits de la relation avec leur médecin traitant, auront tendance à « laisser tomber ».

Le renoncement-refus : un acte d'autonomie à l'égard de la médecine

Ce renoncement-refus témoigne de l'expression d'un choix, se traiter par soi-même ou solliciter des formes de soins du secteur non conventionnel. Il est l'expression d'un refus des soins par rapport au système de santé (médecine conventionnelle) et constitue à cet égard un acte d'autonomie à l'égard de la médecine (encadré ci-dessous).

Le choix revêt plusieurs modalités : entre faire et ne rien faire (« Ça va passer naturellement ou je vais m'ajuster à un nouveau fonctionnement du corps, vivre avec le symptôme ») ou opter pour un autre recours possible que le soin proposé (les individus déclarent renoncer en référence à une norme : « Je renonce car je refuse de pratiquer la mammographie recommandée du fait de mon âge »).

Ce refus, qui porte sur des soins spécifiques, diffère d'une autre forme de renoncement, plus radicale, traduisant un refus de se soigner. Celui-ci revêt fréquemment un caractère définitif, suggérant une perception de l'inutilité des soins, voire une attitude suicidaire. Ainsi en est-il, dans les parcours de fin de vie, de la décision d'arrêt des traitements (en accord ou pas avec les médecins), parce que les ressources thérapeutiques ont été épuisées (cancer par exemple) ou parce que le coût (moral, émotionnel, en termes de qualité de vie) des soins est considéré comme trop élevé relativement au gain d'espérance de vie espéré.

Cette forme de refus peut relever d'un désintérêt. Certains évoquent une négligence en parlant d'eux-mêmes ou des autres, qui signe le rapport d'un individu à lui-même : « un faible souci de soi », une faible valeur attribuée à sa propre existence. Elle peut se rencontrer sous des formes extrêmes dans la grande précarité ou en cas de souffrance psychique intense (Declerck, 2001), et sous des formes plus modérées chez les personnes précaires rencontrées dans le cadre de cette recherche.

Autonomie et contestation du pouvoir médical

Les renoncements-refus prennent la valeur d'une contestation du biopouvoir défini par Foucault[1]. Ils épousent deux configurations en fonction des catégories sociales impliquées :

- un renoncement de l'ordre d'un refus explicite des soins conventionnels,
- un renoncement situé dans le registre d'une défiance.

Le premier concerne plus souvent des catégories aisées, alors que le second concerne plutôt les catégories sociales vivant dans des conditions de vie précaires.

Un refus explicite des soins conventionnels : les patients peuvent se tourner vers d'autres formes de soins, notamment vers les médecines non conventionnelles. Ils s'inscrivent dans le cadre d'une contestation, d'une critique explicite de la médecine conventionnelle et de ses modalités de prise en charge, et rendent compte des nouvelles attentes des individus des sociétés contemporaines (Cohen et Rossi, 2011). La circulation de savoirs venus d'ailleurs, l'émergence de mouvements spirituels ou religieux proposant des techniques corporelles visant au bien-être, parfois à la gestion de la maladie et à la promotion de la santé, démultiplient le champ des possibles en matière de soins tout en répondant à des interrogations existentielles, ce que ne propose pas la médecine conventionnelle. Il peut s'agir également d'autogestion de la santé par l'alimentation, les plantes et autres produits naturels, voire l'automédication (Després, 2011).

L'accès aux médecines non conventionnelles est plus difficile pour les personnes aux revenus les plus faibles car il n'est pas pris en charge par la Sécurité sociale dans la majorité des cas, à l'exception de l'homéopathie et l'acupuncture, de façon partielle (et hors panier de soins de la CMUC). Le renoncement-refus est alors constitué le plus souvent d'un repli sur la sphère domestique et la mobilisation des « moyens du bord ».

Les dysfonctionnements du système de santé peuvent constituer des motifs de renoncement avec repli sur les autres secteurs de soins ou abandon total des soins pour le problème de

1. M. Foucault a montré l'emprise des pouvoirs politiques sur le vivant, sur les corps individuels et sur la structuration et l'orientation des conduites (Foucault, 1976).

santé en question. La qualité des soins telle qu'elle est perçue par l'usager – qu'elle concerne leur qualité technique ou l'aspect relationnel – contribue à ces attitudes. De tels refus pourraient alors constituer un indicateur indirect de la qualité du système de santé.

Une défiance vis-à-vis du système de soins : ce type de renoncements aux soins traduit une forme de résistance opposée à la médecine et entraîne un repli sur la sphère domestique. La place symbolique occupée dans la société contribue à produire un certain rapport à soi, à autrui et aux institutions, incluant les institutions sanitaires.

Ainsi, la peur de se voir attribuer une identité de malade et ses conséquences identitaires participent de formes d'évitement des soins chez les plus précaires, identité dévalorisante qui fait perdre également la maîtrise de son destin, puisqu'il faut s'en remettre aux décisions du médecin alors que les valeurs d'autonomie sont régulièrement mises en exergue par ces individus.

Les rapports aux institutions sanitaires et sociales (administrations, services sociaux) sont le lieu fréquent de violences symboliques à l'égard des plus pauvres (de Gaulejac, 2007). Les expériences vécues parfois comme des humiliations ou une stigmatisation renforcent une faible estime de soi, produisant des effets sur les conduites d'entretien du corps. Afin de préserver leur propre image, les individus se mettent alors à distance des espaces où ils sont confrontés à des disqualifications, où se jouent des rapports de domination, comme c'est le cas du cabinet du médecin. Le refus de soins à l'égard des bénéficiaires de la CMUC, la manière dont ils sont traités en consultation (en termes relationnels, d'information et de prise en charge médicale proprement dite) contribuent à éloigner les plus pauvres du système de santé.

Dans les milieux populaires, le rapport à la médecine est donc plus de l'ordre d'une défiance que d'une critique explicite. Elle s'explique en partie par les difficultés de communication entre le médecin et son patient compte tenu de leur plus grande distance sociale, une moindre connaissance des processus biologiques, une moindre information délivrée aux patients les plus défavorisés (Fainzang, 2006), une plus grande difficulté aussi pour le médecin à apprécier leur gravité quand les symptômes ont tendance à être minimisés.

Ajoutons que l'analyse des parcours dans le temps montre que les attitudes peuvent évoluer en fonction de l'histoire individuelle et familiale. Ainsi, l'expérience de la maladie, notamment grave ou chronique, transforme les rapports au corps, les représentations de la maladie et les relations aux professionnels.

Le renoncement-barrière et le renoncement-refus, deux formes fréquemment associées

Si les personnes qui vivent des situations de précarité mobilisent plutôt le renoncement-barrière, elles évoquent pour une part d'entre elles les deux formes de renoncement, le même mot qualifiant des situations différentes et dont les logiques sont également distinctes. Un même individu peut mettre en œuvre à différents moments de sa vie, en fonction du type de soins dont il a besoin, les deux catégories de renoncement. Pour les catégories précaires, celles-ci sont fréquemment associées, l'une participant à la production de l'autre.

L'analyse des déterminants des renoncements montre une intrication des différentes dimensions concourant à ces conduites. Les contraintes budgétaires sont souvent reliées à d'autres causes. Des insatisfactions, une non-adhésion au discours médical viennent peser sur les arbitrages réalisés dans un contexte de restrictions budgétaires. Le renoncement-barrière n'est donc pas toujours un renoncement-barrière « pur ». À l'inverse, les obstacles rencontrés pour se soigner, quand ils durent dans le temps, vont contribuer à une mise à distance de la médecine et construire des formes de défiance.

Une culture du renoncement chez les personnes précaires

Enfin, des situations ont été identifiées, qui relèvent d'une forme de renoncement aux soins, mais non déclarées comme telles par les personnes concernées. Le renoncement peut s'inscrire comme une forme de rapport au monde dans certains milieux caractérisés par la pauvreté et la privation. Le rapport au corps est alors marqué par la restriction des besoins, des formes d'autocensure ; des formes d'auto-soins sont développées pour compenser la limitation des recours auprès des professionnels. Cette manière de se soigner, en mobilisant les ressources propres à l'individu et privilégiant l'espace domestique, en négligeant certains symptômes ou en s'y accoutumant, peut progressivement être intériorisée, reproduite d'une génération à l'autre, et constituer un habitus au sens que lui donne Bourdieu (1980). Les individus n'ont pas alors le sentiment de renoncer. Cette culture de la privation, de la résistance aux symptômes doit être distinguée des situations où les symptômes ne sont pas identifiés ; dans ce second cas, il n'y a pas de besoin, donc pas de renoncement. Ici, le renoncement est inscrit dans le rapport au monde ; il va de soi et est donc peu formalisé.

***

L'approche socio-anthropologique du renoncement aux soins montre que celui-ci s'inscrit dans un processus complexe ancré dans l'histoire de vie des individus. Deux types de renoncement ont été plus particulièrement étudiés : le renoncement-barrière et le renoncement-refus. Le renoncement-barrière fait référence à l'existence de contraintes, en particulier financières, le renoncement-refus relevant davantage d'un acte d'autonomie à l'égard de la médecine.

Les motifs financiers sont rarement isolés et se combinent à d'autres motivations, ce qui rend difficile les interprétations basées sur des questionnements trop généraux. L'étude des différents types de renoncements nécessite également une prise en compte de l'environnement de l'individu, dans toute sa complexité, c'est-à-dire des dimensions de contraintes structurelles et des dimensions individuelles liées à l'histoire et au vécu, mais également des éléments conjoncturels, en lien avec la situation concrète du moment : quel est le problème de santé, quelles sont les ressources disponibles, quelles possibilités se présentent, quels sont les moyens d'y faire face ? Ces résultats sont cohérents avec l'approche économétrique publiée simultanément.

L'approche par le renoncement aux soins apparaît ainsi particulièrement intéressante pour l'étude de l'accès aux services de santé car, en s'appuyant sur la subjectivité de l'individu, elle le positionne comme acteur de sa prise en charge et non comme objet. Cette approche s'inscrit en continuité avec les principes de la loi de 2002 qui le reconnaît indirectement comme expert singulier, détenant des compétences sur sa maladie et, plus globalement, sur sa situation personnelle.

Repères

Cette étude fait partie d'un projet de recherche pluridisciplinaire, soutenu financièrement par la Mission recherche (MiRe) de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère du Travail, de l'emploi et de la santé. Ce projet vise à approfondir l'étude du renoncement aux soins pour raisons financières et à s'assurer que le concept et sa mesure sont méthodologiquement fondés. Pour cela, il emprunte les outils de l'analyse socio-anthropologique, économétrique et de la méthodologie des enquêtes.

Méthode

Entretiens semi-directifs

35 entretiens semi-directifs ont été menés dans la région métropolitaine de Lille et ses marges (Armentières, Templeuve, Bercey), d'une durée d'une heure et demie à trois heures. Les entretiens ciblaient principalement des personnes aux conditions de vie marquées par la précarité, mais le corpus a été élargi aux autres catégories sociales afin d'approfondir l'analyse par une dimension comparative.

Des entretiens reposant sur des récits de soins

Les entretiens reposaient sur des récits de soins (Saillant, 1999), c'est-à-dire la description par les intéressés de leurs histoires de santé et de maladie et la manière dont elles avaient été prises en charge à différents moments de l'existence : maladies graves ou épisodes pathologiques inscrits dans la banalité du quotidien, recherche ou maintien de la santé. Afin de comprendre la place qu'occupait le vocable de « renoncement aux soins » (ou le verbe « renoncer ») dans les discours des individus, les personnes ont été invitées à relater les événements avec leurs propres mots et leurs propres catégories de pensée, les termes « renoncement » et « renoncer » ayant été censurés de nos propos.
Au-delà de son usage spontané au cours de l'entretien, il s'agissait de comprendre la signification que les individus « ordinaires » accordaient au concept de renoncement aux soins, en analysant les situations qualifiées ou non de renoncement aux soins, permettant d'en affiner le sens. Pour cela, le terme a été introduit en mobilisant un questionnement proche de celui de l'enquête ESPS, sans toutefois préciser « pour raisons financières » dans un premier temps, mais en l'indiquant dans un second temps.
Enfin, troisième angle d'approche, les personnes ont été invitées à produire une définition du renoncement aux (à des soins) soins, ce qui est apparu difficile pour nombre d'entre elles compte tenu de leur difficulté à élaborer de manière relativement théorique.
Les données empiriques fournies par les entretiens ont été mises en perspective avec les définitions académiques (dictionnaires) qui contribuent à la construction du sens commun, les significations institutionnelles et celles qui sont mobilisées dans le champ de la recherche du renoncement aux soins.

Comprendre les causes des renoncements aux soins : l'analyse des itinéraires thérapeutiques

Pour comprendre l'origine et les causes des renoncements aux soins et leurs différentes formes, nous les avons réinsérés plus largement dans une analyse globale des itinéraires thérapeutiques (parcours de soins), à différentes périodes de la vie. Cette approche plus large permettait de resituer une conduite de renoncement dans une perspective diachronique (en lien avec des événements antérieurs) et, pour chaque itinéraire thérapeutique en lien avec un problème de santé précis, d'en restituer la complexité en explorant les divers univers de soins parcourus et en identifiant les contraintes exercées sur ces itinéraires. De même que pour la signification du renoncement, nous nous sommes intéressés à l'ensemble des déterminants afin de replacer la dimension financière dans l'ensemble des logiques sociales concourant à la déclaration d'un renoncement et pouvoir analyser les articulations entre les différentes dimensions. La notion d'itinéraires thérapeutiques renvoie à une série de choix au sein du parcours de soins, en fonction des possibles.
Ces itinéraires (préventifs et curatifs) ont été analysés au sein d'un espace thérapeutique (Saillant, 1999) envisagé de manière large et non réduit au seul secteur de la médecine conventionnelle. Il comprend également deux autres secteurs, celui de l'espace familial et domestique et celui des « médecines douces » ou « médecines parallèles », que nous appellerons non conventionnelles, encore appelées médecines douces, complementary and alternative medicine, dans la littérature anglo-saxonne (Cohen, Rossi, 2011). Cet espace thérapeutique est à la fois espace de production de soins et espace social, lieu d'interaction entre acteurs sociaux, entre usagers et institutions, et lieu de production de normes.

Un renoncement-barrière. Le cas de Loïc[2]

Loïc, 43 ans, est originaire de la région lilloise. Il vit seul. Titulaire d'un CAP en comptabilité, il a exercé divers types d'emploi (standardiste, manutentionnaire) et connu de nombreuses périodes de chômage. Depuis peu salarié d'une association, il touche 900 euros par mois. Précédemment, il percevait l'Allocation de solidarité spécifique (ASS) et bénéficiait de la CMUC.

Nous retiendrons trois moments différents : celui où il a bénéficié de la CMU, la période actuelle où nous l'avons rencontré à deux reprises et, enfin, la survenue entre les deux entretiens d'un événement de santé qui a transformé sa vision des choses.

En tant que bénéficiaire de la CMU, il sollicite divers professionnels de santé en fonction de ses besoins. Il ne rencontre pas de refus de soins de la part des professionnels de santé mais des réticences, notamment de son médecin traitant, visant à le décourager de poursuivre le suivi avec lui. « Ils font des sous-entendus, des réflexions. » Il renonce alors à consulter ce médecin, mais le remplacer est problématique : « J'étais sceptique aussi d'aller chez le médecin, parce qu'il fallait que je trouve un médecin qui voulait accepter les gens bénéficiaires de la CMU. » En revanche, il peut faire soigner ses dents pendant cette période et se faire poser une couronne.

Salarié, il cherche à renouveler sa CMU qui est refusée ; l'Aide complémentaire santé (ACS) lui est proposée. Considérant que les cotisations restent trop chères malgré cette aide, il fait le choix de rester sans complémentaire : « On se dit, je prends une mutuelle et si ça se trouve, il va rien m'arriver. » Lors de l'entretien, il explique qu'il n'est plus en mesure de se soigner depuis qu'il a perdu la CMU. « Quand on regarde bien, les soins sont exorbitants. Je vais plus voir de médecins pour mes problèmes de dos. Plus rien du tout. Parce que je sais très bien qu'un problème de dos, c'est une visite chez le médecin, c'est de la kiné ».

Quelques mois après cette première rencontre, il se rend aux urgences pour des maux de tête violents, ce qui va occasionner un bilan (notamment, une IRM en urgence). « Quand on est souffrant, c'est plus une question d'avoir ou de pas avoir d'argent. On ne se préoccupe plus du tout de ça ! J'ai été tout de suite aux urgences tellement j'avais peur ! » Néanmoins, il refuse l'hospitalisation d'une semaine et choisit de suivre le traitement à domicile. Depuis, il a décidé de prendre une mutuelle.

Un renoncement-refus. Le cas de Jean-Claude[3]

Jean-Claude, 61 ans, est à la retraite depuis un an après une carrière de travailleur social interrompue par plusieurs années de chômage. Il n'est pas intéressé par la souscription d'une complémentaire santé car il juge les taux de remboursement insuffisants.

Aujourd'hui, il ne consulte plus de médecins ni de dentistes et gère essentiellement ses soins par lui-même. « C'est presque par la force des choses que j'essaie de trouver d'autres moyens de me soigner : parce que j'ai perdu confiance en la médecine, parce qu'entre autres, j'ai eu des catastrophes en cascade » Cette conduite actuelle s'explique par ses expériences passées, notamment sur le plan des soins dentaires : il consulte plusieurs dentistes qui, à chaque fois, lui arrachent une dent sans lui donner aucune explication, sans l'écouter non plus et sans lui proposer de les remplacer. Désormais, lorsqu'il a une rage de dents, il prend une double antibiothérapie jusqu'à disparition des douleurs.

---

2. Afin de préserver l'anonymat de la personne interrogée, son prénom a été modifié.

3. *Idem.*

Très à l'écoute de son corps, il repère et prend en charge lui-même de multiples petits problèmes : par l'automédication (cystites, diarrhées aiguës) ou par une hygiène de vie et des conduites de protection de soi. « J'ai organisé ma vie pour éviter tout ce qui est stress, la plupart des maladies, c'est à cause du stress Je me soigne en essayant de manger sainement, quoi ! » Par exemple, pour éviter un nouveau malaise cardiaque, il évite de faire un effort physique après le repas (circonstances dans lesquelles est survenu son premier malaise) mais n'a aucun suivi médical.

Il sollicite aussi occasionnellement les médecines non conventionnelles. Ainsi, à la suite de la découverte d'un ganglion suspect dont le caractère tuberculeux est confirmé par une biopsie, une triple antibiothérapie lui est prescrite. Il décide de ne pas la prendre et commande sur Internet un jus composé de plantes africaines, dont lui a parlé un naturopathe qui le suivait à l'époque : « Ah ça, c'est une belle petite victoire ! Je vous le dis, je suis très indépendant moi ! J'aime bien m'en sortir par le système que je trouve correct parce que je me méfie des médicaments [ ] Y'a aussi tout le commerce, quand on sait quand même que la plupart des médicaments, c'est pas parce qu'on en a besoin, c'est parce que c'est le commerce. »

Bibliographie

Allin S., Grignon M., Le Grand J., 2010, "Subjective Unmet Need and Utilization of Health Care Services in Canada : What Are the Equity Implications?" *Social Science and Medicine,* Feb. 70(3):465-72.

Bourdieu P., 1980, *Le sens pratique*, Ed. de Minuit

Cohen P. et Rossi I., 2011, « Le pluralisme thérapeutique en mouvement ». Introduction au numéro thématique « Anthropologie des soins non-conventionnels du cancer », *Anthropologie et santé*, n° 2.

Coldefy M., Com-Ruelle L., Lucas-Gabrielli V., Marcoux L., 2011, « Les distances d'accès aux soins en France métropolitaine au 1er janvier 2007 », Irdes, Rapports N° 1838 et 1839.

Declerck P., 2001, *Les naufragés. Avec les clochards de Paris,* Plon, coll. Terre Humaine.

Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F., 2011, « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », Irdes, *Questions d'économie de la santé,* n° 170.

Després C., 2011, « Soigner par la nature à la Réunion : l'usage des plantes médicinales dans la prise en charge thérapeutique du cancer », *Anthropologie et santé*, n° 2.

Dufour S., Legal A., Wittwer J., 2006, « Comprendre les causes du non-recours à la CMUC », Université Paris-Dauphine, Legos, Rapport n° 79, novembre.

Fainzang S., 2006, *La Relation médecins/malades : information et mensonge,* PUF coll. Ethnologies.

Foucault M., 1976, *Histoire de la sexualité. La volonté de savoir*, Ed. Gallimard, tome I.

Gaulejac (de) V., 1996, (nouvelle édition, 2007), *Les sources de la honte,* Ed. Desclée de Brouwer, coll. Sociologie clinique.

Guthmuller S., Jusot F., Wittwer J., 2011, « Le recours à l'Aide complémentaire santé : les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille », Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 162.

Hamel M-P., Warin P., 2010, « Non-recours (*non take-up*) », in : Boussaguet, S. Jacquot, P. Ravinet (dir.), *Dictionnaire des politiques publiques*, Presses de Science Po, pp. 383-390.

Saillant F., 1999, « Femmes, soins domestiques et espace thérapeutique. ». *Anthropologie et sociétés*, vol. 23, n° 2, p. 15-39.

Warin P., 2010, « Le non-recours : définition et typologie ». Grenoble, Odenore ; série Working Paper, n° 1.

Wittwer J., Jusot F., Guthmuller S., Desprès C. et Renaud T., 2010, *Le recours à l'aide complémentaire à Lille : résultats d'une expérimentation sociale*, Rapport de recherche, Appel à projet 2008 du Haut commissariat aux solidarités actives contre la pauvreté.

Renoncement à des soins et précarité

Philippe Warin (directeur de recherche au CNRS, PACTE/Odenore-Sciences-Po. Grenoble)

La notion de « renoncement à des soins » fait aujourd'hui l'objet d'un travail de construction d'une catégorie d'analyse et d'action. Ce colloque organisé par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques et la Direction de la Sécurité sociale participe au processus. Le moment est important. Aussi n'est-il pas utile d'interroger le sens de la notion de renoncement à des soins pour se doter d'une définition commune ? Il ne semble pas en effet que cette définition soit totalement stabilisée. À l'instant, les interventions précédentes ont montré l'interchangeabilité des termes entre renoncement, non-accès, absence de soins, etc.

Il s'agit donc de proposer une définition du renoncement. Pour cela, nous mettons en discussion la distinction que nous faisons à l'Odenore (Observatoire des non-recours aux droits et services - http://odenore.msh-alpes.fr/) entre renoncement à des soins et non-recours à des soins. Cette distinction permet de pointer les limites de certaines sources d'informations disponibles pour mesurer le renoncement. Elle a cependant des conséquences méthodologiques fortes pour l'approche (étude et action) du phénomène.

Renoncement et non-recours à des soins

Traditionnellement, le renoncement aux soins est établi sur une base déclarative : on demande aux personnes si elles ont renoncé à des soins sur une période donnée. Cela suppose qu'elles aient pris conscience d'un besoin de soins, auquel elles auraient renoncé, et que le système de santé soit susceptible d'y répondre : il s'agit par conséquent d'un besoin de soins identifié mais non satisfait.

En termes d'analyse, le renoncement renvoie donc en premier lieu à la question de l'identification du besoin de soins qui déclenche une « demande de soins » (Faizang, 1989 ; Parizot, 1998). Pour entrer dans un parcours de soins, il faut en effet pouvoir qualifier un trouble comme symptôme supposant une prise en charge médicale. Or, ce travail de qualification et d'interprétation met en jeu toute la culture du corps des individus : la manière dont le rapport au corps est socialisé, la manière dont la santé est valorisée, la manière de se représenter la maladie, le système de prise en charge, les soins ou le milieu médical sont ici déterminants. Mais il faut aussi donner à ce symptôme une certaine priorité dans les actions

à entreprendre pour soi, dans une situation de vie spécifique : diverses enquêtes ont montré que les personnes en situation de précarité reléguaient souvent leur santé au second plan (Chauvin et Parizot, 2005, 2010 ; Joubert, 1995).

De son côté, la notion de non-recours à des soins renvoie à un besoin de soins avéré sur le plan médical, mais non satisfait. On n'est plus dans l'ordre du déclaratif, comme pour la notion de renoncement, mais dans celui du normatif puisque le non-recours est établi au regard de ce qui est considéré du point de vue médical (à partir de l'état de connaissances de la médecine) comme un état de santé non traité médicalement.
Les deux notions ne se superposent pas nécessairement : les « renonçants » ne sont pas systématiquement des « non-recourants ». En plus d'être distinctes, ces notions n'incluent pas dans une relation réflexive du type *si renoncement alors non-recours* et réciproquement. Cette remarque est essentielle. Elle permet de noter l'existence de deux situations paradoxales :

- Une personne déclare renoncer à des soins, pourtant du point de vue médical elle n'a pas besoin de soins : renoncement (Re) mais pas non-recours (NR) ;
- Une personne ne déclare pas renoncer, pourtant du point de vue médical son état de santé nécessite des soins : pas de Renoncement (RE) mais non-recours (NR).

En fait, chercheurs et acteurs sommes attentifs ou préoccupés par la population qui déclare renoncer pour diverses raisons (dont des raisons financières) et pour laquelle des soins sont nécessaires d'un point de vue médical. Or cette « population cible » (RE-NR) est théorique : généralement, nous ne savons pas si cette population qui déclare renoncer est effectivement en situation de non-recours. Ce ciblage approximatif concerne également d'autres populations types qui, pour être « paradoxales, ne représentent pas les mêmes enjeux en termes d'accès à la santé :

- Une première population « paradoxale » est celle qui déclare renoncer à des soins sans être en situation de non-recours (RE-~~NR)~~. Du fait de l'importance de la question de la surconsommation de soins, cette population particulière est intéressante à identifier. Elle peut être composée en partie de personnes fortement préoccupées par leur santé, accédant probablement à des soins, mais insuffisamment selon elles. Il est possible que ces personnes soient prêtes à recourir davantage à des soins, de façon contrôlée ou pas (cas d'automédications non organisées) ;
- Si l'on parle de renoncement et de précarité, thème proposé pour cette intervention, la population la plus préoccupante dite « paradoxale » qui ne déclare pas renoncer à des soins mais qui est pourtant en situation de non-recours (~~RE~~-NR). De ce que l'on sait sur la précarité et la très grande précarité, notamment des travaux sur la souffrance psychique, est qu'à certains stades de précarité l'expression des besoins n'est plus possible. Les personnes ne sont plus en mesure de s'inscrire dans l'idée de besoins, même si elles sont parfaitement conscientes de leur état de santé dégradé. On peut ne plus recourir au dentiste (pas/plus de besoin exprimé alors même que des soins seraient nécessaires) et déclarer renoncer à des soins d'importance moindre médicalement parlant ; on peut aussi ne plus déclarer renoncer lorsque l'on a intériorisé l'obstacle financier (cette prothèse, cette psychothérapie, etc. sont définitivement hors de mes moyens) ; etc.

  D'autres exemples indiquent que ce paradoxe n'est pas le fait des seuls grands précaires ou exclus. Ainsi par exemple, le constat nous a été rapporté par des professionnelles de centres de protection maternelle et infantile (PMI) qui observent de plus en plus la difficulté des parents à dire les besoins de leurs jeunes enfants et ainsi à faire part d'in-

quiétudes sur leur croissance, et par-delà de demandes. Si l'on revient aux populations précaires, cela fait longtemps qu'ATD Quart-Monde a signalé ce problème majeur de l'indicible[11].

Au total, la distinction entre renoncement et non-recours conduit à différencier des populations types et à pointer en particulier la population qui ne déclare pas renoncer à des soins mais qui est pourtant en situation de non-recours (~~RE~~-NR) :

Populations types

	Non-recours NR	Pas de Non-recours NR
Renoncement RE	Cible privilégiée	Population paradoxale
Pas de Renoncement RE	Population paradoxale*	Population non visée

*Population exposée aux formes de la précarité.

Population exposée aux formes de la précarité

À l'appui de cette distinction, il est possible d'interroger les limites des sources d'informations disponibles, sur lesquelles nous construisons observations et propositions d'action. C'est dire que les remarques suivantes ont pour but d'inviter à la réflexion, chercheurs et acteurs, sur les données nécessaires pour le pilotage d'une politique d'accès à la santé de populations différenciées.

Limites des sources d'informations disponibles

Les limites en question renvoient à l'absence d'information sur le renoncement quand on dispose d'informations sur le non-recours, et réciproquement. Pour illustrer ce constat, prenons deux exemples en lien avec des travaux de l'Odenore. Mais gardons-nous bien de le généraliser et de considérer qu'aucune source d'informations n'associe les deux. Il s'agit simplement de montrer que du travail reste à faire pour être doté au mieux de sources d'informations capables de rendre compte en même temps du renoncement et du non-recours.

La base de données RAIDE du Centre technique d'appui et de formation des Centres d'examens de santé financés par l'Assurance maladie (CETAF) intègre chaque année des informations sociales et médicales sur environ 600 000 consultants, dont plus de 30 % de personnes définies comme précaires. Cette base de données, sur laquelle nous avons travaillé avec l'équipe « Inégalités de santé et précarité » dirigée par le Dr Jean-Jacques Moulin dans le cadre d'une recherche sur le non-recours aux soins des actifs précaires rendue fin 2008 à l'Agence nationale de la recherche (Warin *et al.*, 2008), comporte des questions sur le non-recours autour de trois critères définis sur le plan médical : « ne pas avoir consulté de médecin, généraliste ou spécialiste, au cours des 2 ans » ; « ne pas avoir consulté de dentiste au cours des 2 ans » ; « ne pas avoir de suivi gynécologique ».

Les requêtes statistiques effectuées sur une population de 1 137 991 personnes nous apprennent que les actifs précaires sont en moyenne deux fois plus en situation de non-recours que les actifs non-précaires. Certes il s'agit de déclarations (questionnaire proposé à chaque consultant lors de l'examen de santé), mais l'examen médical effectué lors de la consultation

1. Ce problème est au cœur du débat actuel sur l'autonomie individuelle comme nouvelle norme des politiques publiques dès lors que l'on considère qu'être autonome c'est être en mesure d'exprimer ses besoins. Il a été développé par l'auteur lors du débat public avec Frédéric Worms et François de Singly, animé par Nicolas Duvoux, lors du forum de La République des Idées les 11-13 novembre à la MC2 de Grenoble.

relève des critères cliniques (partant de mesures de taux de cholestérol, d'hypertension, de poids,…) associés au non-recours. Cela étant, cette base de données de référence ne dispose d'aucune information sur le renoncement. Le questionnaire diffusé dans les Centres d'examens de santé n'interroge pas les consultants sur les soins dont ils pensent avoir besoin et qu'ils ne satisfont pas.

Cette absence d'informations empêche notamment de comparer non-recourants et recourants (précaires et non précaires) au regard de renoncements déclarés et ainsi de caractériser plus finement les populations paradoxales présentées plus haut. En particulier, parmi les actifs précaires (6 groupes avaient été distingués dans la recherche pour l'ANR) en situation de non-recours quels seraient les effectifs et les caractéristiques des personnes qui ne déclareraient pas renoncer à des soins ?

À l'inverse, le travail réalisé avec le Fonds CMU et la CPAM des Alpes de Haute-Provence sur les assurés sociaux éligibles à la CMUC ou à l'ACS et sans complémentaire a intégré des questions sur le renoncement à des soins dans le questionnaire passé en 2011 auprès de 3 691 personnes (Warin *et al.*, 2011). On apprend ainsi que 44 % des assurés éligibles à l'ACS et qui n'ont pas utilisé l'attestation (essentiellement à cause du reste à charge, sachant que près de la moitié de l'échantillon total dispose d'un reste à vivre – définition INSEE – égal ou inférieur à 200 euros par mois) ont renoncé au moins une fois à des soins au cours de l'année. Ce n'est là qu'un des résultats fournis par cette étude. Pour autant, les données disponibles – ici celles de l'Assurance maladie pour l'identification des assurés sociaux et celles de l'enquête *ad hoc* pour l'information sur le renoncement – ne permettent pas de croiser des données médicales sur le non-recours. On ne peut pas ainsi départager les « renonçants non-recourants » des « renonçants pas non-recourants ».

Ces deux études montrent qu'en l'absence d'informations sur le renoncement ou sur le non-recours on ne peut pas véritablement identifier les populations types. C'est le cas de la plupart des travaux puisqu'il est généralement impossible de disposer de toutes les informations nécessaires. L'amélioration des sources d'informations disponibles est donc un enjeu majeur. Or cet enjeu est loin d'être simple, étant donné les questions méthodologiques auquel il renvoie. Par exemple, l'une d'entre elles est de savoir identifier les personnes qui auraient besoin d'être soignées mais n'en ont pas conscience, et par conséquent ne déclarent jamais renoncer à des soins ?[2] Il faut pouvoir établir que ces personnes ont des besoins de soins et ne recourent pas à des services de soins. Cela suppose de pouvoir mettre en évidence un « retard de soins » avéré sur le plan médical. Il faut donc posséder des informations médicales sur ces personnes, diagnostiquées en retard de soins au moment où elles sont prises en charge. Le chantier est grand ouvert.

Il est aussi possible de tirer deux conclusions intermédiaires de ces illustrations :

a) Si l'on accepte la distinction proposée par l'Odenore entre renoncement et non-recours, il convient alors de rééchelonner une série de termes et de considérer en particulier que le « retard » et l'« abandon de soins » précisent le non-recours, car relèvent d'un diagnostic médical, alors que le « report de soins », mais aussi le « renoncement barrière » et le « renoncement refus » introduits par Caroline Desprès dans son exposé, relèvent du déclaratif.

2. De fait, dans les enquêtes menées sur base déclarative, les personnes qui indiquent ne pas renoncer à des soins sont considérées comme une catégorie de référence plus ou moins homogène et ne sont pas étudiées en tant que telles (Bazin *et al.*, 2011).

Termes connexes au renoncement et au non-recours à des soins

Renoncement – ordre du déclaratif	Non-recours – ordre du normatif
report	retard
renoncement barrière	abandon
renoncement refus	non observance
...	...

b) Si l'on retient cette définition du renoncement, il faut alors considérer que l'on ne peut expliquer le phénomène qu'en comprenant d'abord comment les personnes hiérarchisent leurs besoins et se prennent en charge, avant même de se demander à quels besoins elles renoncent et pourquoi. Autrement dit, la compréhension du renoncement oblige à déployer des enquêtes de sociologie compréhensive.

Il est en même temps essentiel de chercher à comprendre à quels soins les personnes renoncent. Nos enquêtes et d'autres tendent à montrer que les renoncements se portent plus particulièrement sur certains soins, au premier rang desquels les soins dentaires et optiques (notamment les travaux sur le renoncement à des soins dirigés par Pierre Chauvin et l'Enquête bisannuelle sur la santé et la protection sociale réalisée par l'IRDES). Pour autant, le renoncement relevé dans ces enquêtes mériterait d'être « contrôlé » par des données sur le non-recours avéré d'un point de vue médical.

Conséquences méthodologiques de la définition proposée du renoncement à des soins

La conséquence immédiate de la conclusion méthodologique précédente sur le passage nécessaire par une sociologie compréhensive pour expliquer et classer les situations de renoncement à des soins est que nous ne pouvons pas caractériser le renoncement seulement à partir de relations statistiques. Il faut aller au-delà des corrélations entre renoncement et diverses variables aussi prégnantes soient-elles, à commencer par la précarité financière.

Il est fortement question de raisons financières pour expliquer le renoncement. Dans un contexte d'évolution générale du coût de la santé, les déficits de la branche Maladie et de la Sécurité sociale ont atteint le montant record de 11,5 milliards d'euros en 2009 (10,3 en 2011). Aussi, pour réduire ces déficits, une part grandissante des coûts est transférée vers les usagers (notamment au travers des déremboursements). En même temps, l'absence d'assurance maladie complémentaire (et parfois de base) est un facteur avéré de renoncement à des soins pour raisons financières (Revil, 2010 ; Chauveaud *et al*., 2010 ; Renahy *et al*., 2011 ; Wolf *et al*., 2011). Or les cotisations demandées par les organismes complémentaires ont augmenté de 44 % entre 2001 et 2008. Plus de 5 millions de personnes ne bénéficient d'aucune couverture complémentaire, tandis que l'accroissement des dépenses pré-engagées dans le budget des ménages réduit d'autant le reste à vivre et ainsi les moyens disponibles pour se faire soigner. Cette situation générale accentue les inégalités sociales de santé, en limitant notamment l'accès aux soins primaires.

Pour autant, l'explication financière n'est pas la seule [3]. Elle peut se combiner à d'autres, voire être secondaire même lorsque la situation économique des personnes est particulièrement

3. Parmi les travaux les plus récents, cette étude du CETAF pour le Fonds CMU, « Le renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-C » réalisée auprès de 4589 consultants de centres d'examen de santé, indiquant comme autres raisons : les délais de rendez-vous trop importants, le manque de temps, les soins pas jugés utiles et le refus de la part de professionnels. Fonds CMU, Références, n° 44, juillet 2011, p. 3.

précaire. Les situations de renoncement doivent donc être caractérisées sur différents plans, où entrent aussi en ligne de compte les connaissances, compétences et capacités des individus (Peretti-Wattel, 2005) liées à leurs trajectoires sociales et à leurs relations personnelles (Ferrand, 2011 ; Taze et Ferrand, 2007). Elles doivent aussi être classées car le renoncement peut renvoyer à des situations différentes en intensité (renoncement total ou partiel) ou en durée (renoncement plus ou moins temporaire, sinon définitif).

Ces mêmes enquêtes et d'autres travaux (notamment ceux de l'Odenore) signalent d'autres facteurs de renoncement, en particulier l'isolement relationnel. À titre d'exemple, la recherche réalisée avec le CETAF sur le non-recours aux soins des actifs précaires, signalée plus haut, démontre que le non-recours des précaires comme des non précaires est fortement lié au fait de « ne pas vivre en couple », à « l'absence de contact avec la famille », « l'absence d'aide matérielle ou de logement en cas de besoin », « l'absence de responsabilité vis-à-vis d'autrui ». Ces différentes variables multiplient par 1,2 à 2 le risque de non-recours au médecin ou au dentiste et d'absence de suivi gynécologique selon les populations de précaires.

L'isolement relationnel renvoie directement au phénomène de la solitude qui touche en France 4 millions de personnes aujourd'hui, dont la moitié dit en souffrir (Fondation de France 2010). Un tel facteur ne peut pas passer sous silence, même si l'explication financière du renoncement aux soins a la priorité. La combinaison précarité financière et solitude est un constat général préoccupant en Europe (Commission européenne, 2010). La solitude touche aussi des populations jeunes pour lesquelles l'accès à la santé est parfois difficile. L'indicateur de la précarité étudiante mis au point par l'Odenore dans le cadre d'un partenariat avec le CEREQ et des Universités de Grenoble et de Bordeaux, montre que le renoncement aux soins est l'une des trois variables « gradients », c'est-à-dire caractérisant le mieux la progression de la précarité au fur et à mesure des 8 paliers (non précaires à très précaires) ; les deux autres variables étant le renoncement à des achats de première nécessité et le sentiment de solitude (Vial, 2011).

Partant de résultats de ce type, des corrélations statistiques apparaissent entre précarité financière, faiblesse ou inexistence des supports relationnels et renoncement à des soins. Une chose est d'établir des corrélations statistiques, une autre est de comprendre comment les facteurs identifiés du renoncement agissent ou pas comme activateurs, et dans quelles circonstances. Car toutes les personnes précaires financièrement et isolées ne renoncent pas à des soins, ni ne se trouvent en non-recours. La question est de savoir pourquoi pour certaines personnes la précarité financière et relationnelle active un renoncement à des soins et pourquoi chez d'autres cette même précarité ne déclenche rien de tel – sans ignorer la possibilité de renoncements à d'autres besoins, la santé pouvant être considérée comme prioritaire. La réponse à cette question se trouve à la fois dans les situations à un moment donné mais aussi dans les trajectoires sociales des personnes. Si l'objectif central est d'éviter des « *pertes de chances* » en santé pour des raisons financières, comme l'indiquait le Directeur de la Sécurité sociale lors d'un séminaire récent sur l'accessibilité financière des soins[4], encore faut-il – nous semble-t-il – comprendre comment le facteur financier, lui-même complexe, joue avec d'autres paramètres et surtout pourquoi à contraintes financières comparables des personnes renoncent à des soins et d'autres pas.

4. Séminaire du 3 mars 2011 sur l'accessibilité financière des soins, animé par le Directeur de la Sécurité sociale et la directrice de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques.

***

La distinction proposée ici entre renoncement à des soins (déclaratif) et non-recours à des soins (normatif) conduit à s'interroger sur la possibilité d'améliorer les sources d'informations de façon à aborder conjointement les deux phénomènes. Cet effort d'information est nécessaire car le recoupement du renoncement et du non-recours conduit à différencier des populations qui n'appellent pas les mêmes actions en matière d'accès à la santé. Entre la population qui déclare renoncer alors que médicalement parlant elle n'a pas besoin de soins en particulier et celle qui ne déclare pas renoncer alors que l'état de santé des personnes nécessiterait des soins, les actions à entreprendre n'ont pas les mêmes objectifs, ni même probablement les mêmes logiques. Succinctement, il s'agirait dans un cas de contrôler les comportements pour éviter des dépenses inutiles, dans l'autre d'aller vers les personnes pour rattraper des soins manquants et éviter ainsi de possibles surcoûts lorsque tôt ou tard elles arriveront en urgence dans des services de soins.

Un enjeu d'information est donc attenant à la construction de la notion de renoncement à des soins comme catégorie d'analyse et d'action. La définition proposée ici demande de développer une sociologie compréhensive de *ce que renoncer à des soins veut dire pour les personnes elles-mêmes* si l'on veut expliquer le phénomène. Ce choix méthodologique n'est pas simplement un enjeu pour la recherche. Il doit surtout permettre de comprendre comment différents facteurs agissent sur le renoncement dans la mesure où les réponses à apporter peuvent porter sur différents plans, financiers mais pas seulement, et engager différents acteurs, ceux de la santé mais pas uniquement, ni parfois même prioritairement.

Bibliographie

Bazin F., Chauvin P., Parizot I., 2011, « Déterminants psychosociaux du renoncement aux soins pour raisons financières dans 5 ZUS de la région parisienne en 2011 », *Sciences sociales et santé*, vol. 24, n° 3, pp. 11-32

Chauveaud C., Rode A., Warin P., 2010, « Le non-recours aux soins des actifs précaires », ODENORE, *Document de travail*, n° 2, juin.
http://odenore.msh-alpes.fr/documents/OdenoreWP2_1.pdf

Chauvin P., Parizot I., 2010, « Précarité », in Fassin D et B. Hauray, (dir.), *Santé publique : l'état des savoirs*, Paris, La Découverte : 279-290.

Chauvin P., Parizot I., (dir.), 2007, *Vulnérabilité sociale, santé et recours aux soins dans les quartiers défavorisés franciliens*, Paris, Éditions de la DIV, pp. 78-80.

Commission européenne, 2010, « Social participation and social isolation », *Eurostat Methodologies and Working papers*, 2010 edition.
http://epp.eurostat.ec.europa.eu/cache/ITY_OFFPUB/KS-RA-10-014/EN/KS-RA-10-014-EN.PDF

Faizang S., 1989, *Pour une anthropologie de la maladie en France, un regard africaniste*, Éditions de l'EHESS.

Ferrand A., 2011, « Appartenances multiples. Opinion plurielle », Lille, Presses du Septentrion, coll. « Le regard sociologique ».

Fondation de France, 2010, « Les solitudes en France en 2010 », juillet 2010. http://www.onpes.gouv.fr/Les-solitudes-en-France-en-2010.html

Joubert M., 1995, « Crise du lien social et fragmentation de l'accès aux soins », *Revue Prévenir*, n° 28, pp. 93-104.

Parizot I., 1998, « Trajectoires sociales et modes de relations aux structures sanitaires », in Lebas J. et P. Chauvin (dir.), *Précarité et santé*, Paris, Flammarion, pp. 33-43.

Peretti-Watel P. (coord.), 2005, « Les comportements à risque », *Problèmes politiques et sociaux*, n° 919, La Documentation française.

Renahy E., Vallée J., Parizot I., Chauvin P., 2011, « Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2009 », Inserm U707, Rapport final pour la DREES, septembre.

Revil H., 2010, « Le non-recours à la protection complémentaire gratuite ou aidée », ODENORE, *Document de travail*, n° 5, juin.
http://odenore.msh-alpes.fr/documents/OdenoreWP5_1.pdf

Taze S., Ferrand A., 2007, « Les savoirs profanes sur le sida : des incertitudes rationnelles aux certitudes relationnelles », *Sociologie Santé*, n° 26, pp. 31-48. http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00200380

Vial B., 2011, « Indicateur de la précarité étudiante, construction et test : le non-recours au tutorat », ODENORE, *Working paper* n° 6, février.
http://odenore.msh-alpes.fr/documents/odenorewp6_0.pdf

Warin P. (coord.), Poyaud-André I., Chauveaud C., Revil H. (Odenore), Loury I. Tessier E. (CPAM 04), 2011, « Une action d'information pour accéder à la CMUC ou à l'ACS. Résultats d'une étude menée dans les Alpes de Haute-Provence », Rapport d'étude pour le Fonds CMU, mars.

Warin P. (coord.), Chauveaud C., Rode A. (Odenore), Chatain C., Gutton S., Labbe E., Moulin J.-J., Sass C. (CETAF), 2008, « Le non-recours aux soins des actifs précaires ». Rapport de recherche pour le programme Santé-Travail/Santé-Environnement de l'ANR, novembre. http://odenore.msh-alpes.fr/non-recours-aux-soins-actifs-precaires-rapport-final

Wolff H, Gaspoz J.-M., Guessous I., 2011, "Health care renunciation for economic reasons in Switzerland", Swiss Med Wkly. http://www.smw.ch/scripts/stream_pdf.php?doi=smw-2011-13165

Échanges avec la salle

Dominique Grimaud, Espace Ethique Azuréen

Merci pour votre distinction entre renoncement et non-recours, sachant que c'est le fond du problème, en particulier au niveau de la précarité. J'avais l'habitude d'utiliser d'autres mots pour cette dissociation qu'il y a entre la demande et le besoin et qui permet d'aller un peu plus loin dans le domaine de la non-demande. Parfois, dans les situations extrêmement précaires, ou pour les gens « psychiatriquement » très marginaux, il y a une demande déviée. Le patient demande autre chose par rapport à son besoin de soins. Les partenaires sociaux nécessitent cette déviation dans l'expression afin de déterminer la demande sous-jacente qui n'a pas été exprimée.

Philippe Warin

Effectivement, la non-demande cache bien souvent des demandes. Ce qui a été signalé il y a quelques années par ATD Quart-monde se vérifie sur un certain nombre de territoires aujourd'hui. C'est la réponse des professionnels des structures PMI lorsque nous les interrogeons sur les situations de non-recours qu'ils voient au quotidien, Leur réponse est unanime sur le non-recours : depuis quelques années, des jeunes parents ne sont plus en capacité à exprimer des demandes, à avoir une compréhension et une prévention sur les besoins de santé ou autres de leur enfant. La non-demande cache souvent des demandes qui sont exprimables mais lorsque l'on aborde la question de la précarité, c'est bien souvent aussi l'impossibilité à mettre en mots ses propres besoins.

Dominique Polton

On est tous d'accord pour dire que même la notion de renoncement ne capture peut-être pas l'entièreté du renoncement. Avant de renoncer il faut exprimer un besoin et avoir le sentiment que ce besoin peut être satisfait dans un système de soins. Et c'est ce qu'on essaie de capturer dans la notion de renoncement.

En revanche je pense qu'il faut faire très attention à ces notions de demande et de besoin.

Avec la distinction renoncement-non recours, on est face à deux notions très différentes dont la seconde est extrêmement normative. On ne peut pas évacuer la question comme ça : le besoin serait extérieur à l'individu, bien défini par le système de soins et le corps médical et la demande ce serait beaucoup plus personnel. Aujourd'hui c'est plus compliqué que cela.

Docteur Pierre Chauvin

Quelques enquêtes quantitatives illustrent cela : des enquêtes auprès de personnes sans domicile en région parisienne, des enquêtes de médecins du monde chez les sans papier. Dans la grande précarité, l'exclusion des soins, on a des mesures paradoxales : des personnes avec des besoins objectivés par des questionnaires santé, qui s'accompagnent de taux de renoncement très faibles.

Dominique Polton

L'exemple de cette femme dont a parlé Caroline Desprès dans son intervention qui dit : pour la grippe l'homéopathie ça me suffit, je préfère ne pas me faire vacciner, en revanche pour la polyarthrite ça ne marche pas. Un médecin dirait : la vaccination pour la grippe ça marche, c'est indiqué pour certaines catégories, vous y avez droit, vous devez la faire. Si vous ne la faites pas vous êtes dans un décalage entre votre besoin de soins et votre pratique de soin. En même temps, on est des individus on a aussi notre propre interprétation de la manière dont on interagit avec le système de soins.

Docteur Caroline Despres

De nombreux travaux sociologiques ont montré qu'il y avait une construction sociale des besoins médicaux. Ce qu'on appelle besoin objectif n'est pas si objectif que cela.

Par rapport à la question de la non-demande, il y a deux modalités de renoncement-refus, celui par choix d'un autre type de soins, en particulier les médecines non conventionnelles, plutôt du côté des catégories aisées, et le renoncement « résistance » qui relève d'une forme de défiance à l'égard de la médecine, plutôt du côté des catégories précaires. Nous sommes dans des questions qui mettent en jeu les normes de santé, les rapports aux institutions, la place dans la société, la valeur qu'on donne à sa propre existence.

Antoine de Tovar, consultant

Pour reprendre une conclusion sur la hiérarchie des choix, je souhaiterais poser une question à Monsieur Chauvin. Dans son enquête, est-il possible de croiser les éléments financiers, avoir des informations sur les dépenses de santé par type de soins, à rapporter aux observations sur le renoncement des soins ? La charge financière supportée par les personnes de cet échantillon peut-elle s'expliquer par une rationalisation des choix de consommation ?

Docteur Pierre Chauvin

Pour le moment, nous n'avons aucune donnée de consommation de soins des participants de SIRS, c'est en projet.

Céline Moty-Monnereau, DREES

Dans les présentations, on peut voir que la moitié des renoncements aux soins ont pour cause « autres soucis, pas le temps ». La conclusion selon laquelle la catégorie de revenus la plus aisée protège du renoncement aux soins est-elle valable pour les autres causes de renoncement ?

Docteur Pierre Chauvin

J'ai envie d'interpréter les catégories « pas le temps et autres raisons » comme un vaste fourre-tout. Bien sûr, il y a une variabilité des types de contraintes temporelles selon que l'on est actif, retraité, jeune… Dans ces questionnaires, je pense qu'il est raisonnable de penser qu'une partie de cette catégorisation que l'on impose à la personne enquêtée comporte un mélange de craintes, de gestion de priorités, d'arbitrages entre différentes priorités.

Alexis Ferrand, CNRS

Nous avons parlé d'une hiérarchisation des besoins qui serait une hiérarchisation subjective. Existe-t-il des enquêtes comportant des données permettant de percevoir comment différents renoncements dans différents secteurs de la consommation existent ? Nous aurions ainsi un éclairage sur les rationalités du renoncement, c'est-à-dire comment je peux prendre des décisions en situation de contrainte financière dans différents domaines.

Philippe Warin

Si l'on part des travaux d'enquêtes qualitatives que l'on peut mener, on peut parler aussi en termes de rationalité de consommateurs pour caractériser certains renoncements, notamment à des droits sous condition de reste à charge financière. Dans le domaine de la santé, comme dans d'autres, cette condition existe. L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé fonctionne sur ce principe. Les travaux sur le non-recours à l'ACS indiquent que plusieurs rationalités sont à l'œuvre, autour de calculs de risques incluant des états de santé perçus, des représentations de soi, ..., sous l'influence de normes individuelles, dans la prise en compte de responsabilités, mais aussi de préférences de consommateurs. Ces préférences, notamment, ont un lien avec la disponibilité budgétaire des personnes et par là avec leurs souhaits de consommations courantes dont on sait l'importance sur les identités.

Ce dont nous nous apercevons en travaillant sur le non-recours à l'ACS (mais c'est la même chose pour des offres de loisirs), c'est que le principe d'un reste à charge vient bousculer les représentations de soi, en plus d'activer plusieurs rationalités. Quand on laisse la possibilité de choisir d'acquérir ou pas une complémentaire santé, ceux à qui on s'adresse peuvent se définir comme possibles demandeurs de soins et souhaiter se prémunir comme assurés sociaux, mais ils peuvent aussi se considérer comme des consommateurs libres de leurs choix et préférer la satisfaction de besoins ou de souhaits immédiats sur d'autres plans, plus importants pour eux. Il est donc bien difficile, pour cette raison aussi, d'atteindre l'objectif de l'accès de tous à la santé, car on ne peut prétendre agir sur les rationalités des individus, d'autant si par les choix publics plusieurs rationalités sont activées en même temps.

Annie Tabard, le réseau de santé ARES 92

Lorsque les gens ont une reconnaissance d'affection de longue durée, ont-ils plus facilement recours au médecin parce qu'il n'y a pas d'avance de frais ?

Dominique Polton

L'enquête « Entraides » réalisée sur un échantillon de diabétiques avait montré, en 2007, que le bénéfice de l'ALD était corrélé à une meilleure qualité de suivi. En même temps, la mise en ALD n'est pas un acte totalement neutre dans le parcours et sert à montrer que l'on passe en pallier dans la maladie.

Laurent Caussat, direction de la Sécurité sociale

M. Warin a fort justement parlé du renoncement aux soins comme une catégorie d'analyses et d'actions dont la construction est un processus en cours et qui est sans doute loin d'être achevé. Les exposés que nous avons entendus depuis ce matin montrent bien la complexité de cette notion et probablement la prudence qui s'impose dans l'utilisation de cette caté-

gorie et les analyses qui la mobilisent. Il reste un problème auquel notre débat public sur l'accessibilité des soins est confronté, à savoir la floraison d'études qui font état de mesures de renoncement aux soins dont on ne peut savoir si elles intègrent la totalité ou même seulement une partie des questionnements de ce matin.

Un débouché utile de ce colloque ne serait-il pas que les scientifiques qui s'expriment aujourd'hui engagent leur autorité pour établir les conditions d'un bon usage de la notion de renoncement aux soins qui permette d'améliorer la qualité des analyses qui utilisent cette notion ?

Docteur Caroline Despres

Cela me parait une bonne idée. Les réponses à ces questions varient en fonction du contexte d'énonciation. Dans un questionnaire, le moment où la question du renoncement est posée par rapport aux questions précédentes est important. Avoir fait décrire des parcours de soins dans les entretiens fait qu'au moment où j'ai posé la question sur le renoncement les personnes répondaient par rapport à ce qu'ils avaient déjà évoqué précédemment. Par ailleurs, la position du chercheur au moment du questionnement a aussi son importance. Je me suis présentée dans cette étude comme chercheur dans une étude financée par la DREES donc les pouvoirs publics. De ce fait la parole des gens n'est pas neutre et il peut y avoir une dimension militante dans les réponses. Quand on demande « avez-vous renoncé à des soins pour raison financière ? » Les gens ont envie de dire oui comme réponse à l'évolution des politiques publiques, aux réformes en cours (franchises…).

Docteur Pierre Chauvin

Ce n'est pas la seule question dans les dimensions de santé qui ait une dimension subjective. Il ne faudrait pas que la conclusion de toutes nos analyses soit le rejet de cet indicateur. Je pense que c'est un bon outil pour un diagnostic pour les décisions publiques.

Est-ce que les chercheurs ont un droit de regard ou l'exclusivité ? Je pense que non. C'est aux décideurs à faire le tri dans les différentes sources de données. Ce n'est la question du renoncement qui est mal posée, c'est plus souvent le problème d'un échantillon qui n'est pas représentatif. Et ce n'est pas spécifique à cette problématique.

Chantal Deschamps, ex-hospitalière et CISS

Le dernier hôpital où j'ai travaillé était l'hôpital Avicenne, en Seine-Saint-Denis, confronté à tous les problèmes d'abandon des soins. D'ailleurs, le conseil général a décidé un jour de mettre en place un omnibus pour lutter contre cet abandon. Au début et pendant des années, la mission de cet omnibus était de réconcilier les personnes qui avaient oublié qu'elles pouvaient être soignées. Heureusement que M. Warin a prononcé le mot d'abandon. Autrement, j'ai l'impression que les mots employés sont déjà « éliminatoires » de l'approche des soins. Les personnes avec qui je travaille aujourd'hui sur les terrains de grande précarité ne comprennent pas le mot « renoncement » dans la langue française ou dans une langue étrangère. Il faut être « savant » pour pouvoir oser aborder les personnes à l'intérieur de l'hôpital, en blouse blanche, même le personnel administratif, ceux qui vont vous poser des questions. On peut faire le parallèle avec ce que représentait autrefois la rencontre avec l'instituteur, avec celui qui sait.

Anne-Marie Brocas

J'aimerais réagir sur quelques points et notamment dire que, lorsque l'on s'intéresse à l'appréciation de la qualité de la prise en charge financière de la santé, il faut multiplier les approches et mobiliser une diversité d'indicateurs.

Par ailleurs, les réflexions qui ont été développées nous éclairent pour savoir quelles questions poser, comment les formuler. Nous tirerons un grand profit des travaux conduits pour améliorer le questionnement, le replacer dans un contexte plus vaste.

Je retiens l'indicateur de pauvreté en santé, dont a parlé Paul Dourgnon dans sa présentation ce matin, le reflet d'une multitude de facteurs qui concourent à une situation de privation dans le champ de la santé qui renvoie à ce que vous appelez l'abandon, la grande privation par rapport à l'accès à des services de première nécessite. Pour répondre à Alexis Ferrand, la DREES a la préoccupation de savoir comment se font les arbitrages, au sein des budgets, notamment des ménages les plus pauvres. Il paraît important d'étudier comment se font les arbitrages au sein d'un budget, en fonction des représentations que se font les diverses catégories de ménages de leur consommation nécessaire. Cela nous semble important aujourd'hui pour réfléchir à la manière dont les politiques sociales peuvent aider les ménages à accéder aux consommations que l'on peut estimer nécessaires et leur permettre de réaliser leur désir légitime de consommer librement les biens et services auxquels ils souhaitent accéder.

Partie 3

Les politiques publiques face au renoncement aux soins

Si l'on reprend la définition donnée par un conseiller d'État, une politique publique est composée de trois éléments : des objectifs publics, des budgets dédiés, et des instruments spécifiques de pilotage et d'évaluation.
La présentation de Pauline Ricci chargée d'études à la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) et de Léopold Gilles chercheur au CRÉDOC est consacrée au reste à charge des bénéficiaires de la CMUC, dont l'optique constitue le poste le plus important.
Jean François Chadelat indique les grandes lignes de l'évaluation de la Loi qui a créé la CMUC. Il présente les effets positifs de la CMUC sur l'accès aux soins des plus démunis, mais aussi les limites du dispositif.
Marie Reynaud, chargée d'études au Haut conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (HCAAM), présente différents indicateurs qui permettent de mesurer l'accessibilité financière des soins. Le reste à charge après remboursement de l'assurance maladie obligatoire rend compte de la solidarité entre bien portants et malades. Le taux d'effort rend compte de la solidarité entre hauts et bas revenus.

Reste à charge des personnes bénéficiant de la CMUC en 2010

Pauline Ricci (CNAMTS), Léopold Gilles (CRÉDOC)

Mise en place en janvier 2000, la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) offre une protection maladie complémentaire gratuite à toute personne résidant en France de façon stable et régulière et dont les ressources sont inférieures à un certain plafond (7 711 euros pour une personne seule en métropole à compter de juillet 2011[1]) ; ce plafond dépend de la composition du foyer et du lieu de résidence du demandeur (métropole ou DOM). Plus de 4 millions de personnes bénéficient aujourd'hui en France de ce dispositif.

La CMUC complète la couverture médicale obligatoire en prenant en charge :

- le ticket modérateur sur les honoraires et les actes des professionnels de santé, les médicaments remboursables, les frais d'hospitalisation ;
- la participation forfaitaire de 18 euros sur les actes coûteux (supérieurs à 120 euros[2]) ;
- le forfait journalier hospitalier ;
- les dépenses de lunetterie, de prothèses dentaires et d'autres biens médicaux, dans la limite d'un panier de soins prédéfini, avec des tarifs plafonnés pour les lunettes et les prothèses dentaires.

Les bénéficiaires de la CMUC sont en outre exonérés de la participation forfaitaire de un euro sur les actes médicaux et analyses de laboratoire, ainsi que des franchises médicales sur les dépenses de médicaments, de transport sanitaire et actes paramédicaux. Ils sont également dispensés de l'avance des frais, et les professionnels de santé qui les soignent doivent respecter les tarifs opposables, sauf exigence particulière du malade non liée à un motif médical.

L'ensemble de ces dispositions limite les restes à charge et doit donc permettre de faciliter l'accès aux soins des patients dont les revenus sont les plus faibles. Néanmoins, des associations de patient et certaines études font état de difficultés d'accès ou de renoncements à certains soins.

Dans ce contexte, cette étude vise à quantifier le montant qui reste à la charge des personnes bénéficiaires de la CMUC, et à en identifier les différentes composantes en termes de

1. Décret 2011-1028 du 26 août 2011 publié au *JO* du 28/08/2011

2. Le seuil du forfait 18 euros est de 120 euros depuis le 1er mars 2011. Auparavant il était de 91 euros.

services ou prestations[3]. Une enquête qualitative et quantitative auprès d'un échantillon de bénéficiaires de la CMUC et d'un échantillon d'opticiens, réalisée par le CRÉDOC, permet de compléter cette première analyse (encadré). L'identification des causes et circonstances de ces restes à charge permet ainsi d'envisager des évolutions du dispositif. Ces résultats sont présentés dans une seconde partie.

Encadré

Méthode et champ de l'étude

Les données sont issues de l'Échantillon généraliste de bénéficiaires (EGB[1]). C'est un échantillon permanent représentatif de la population protégée par l'Assurance maladie (échantillon au 1/97e), qu'elle ait ou non perçu des remboursements de soins. En 2010, il regroupait 517 550 bénéficiaires du Régime général.

Cette étude porte sur les remboursements en soins de ville (hors prestations en espèce) et en hospitalisation privée (sont également inclus les honoraires en secteur privé à l'hôpital public) effectués entre le 1er janvier et le 31 décembre 2010[2]. Sont retenues sur ce champ toutes les prestations des personnes bénéficiant de la CMUC au moment des soins, affiliées au Régime général (hors SLM, y compris DOM). Le sous-échantillon obtenu est composé de 44 520 individus consommant, soit 8,6 % des personnes de l'EGB. Cet échantillon aléatoire est représentatif de la population des bénéficiaires de la CMUC, estimée à plus de 4 millions de personnes.

Les bénéficiaires de la CMUC forment une population plus féminine que la population globale couverte par le Régime général (55 % de femmes *vs* 45 % d'hommes), et plus jeune : l'âge moyen y est de 27 ans et près des trois quarts des personnes ont moins de 40 ans. Les bénéficiaires de la CMUC sont par ailleurs en moins bonne santé que le reste de la population[3] : 10,3 % sont inscrits en affection de longue durée (ALD).

1. CNAMTS, 2009, « L'échantillon généraliste de bénéficiaires », Points de repère n° 25, septembre.
2. Les dépenses liées à une hospitalisation publique ou à une consultation ou acte externe à l'hôpital public ne sont pas incluses car les données de facturation détaillées des hôpitaux publics ne permettent pas d'identifier les bénéficiaires de la CMUC ; ces dépenses étant exonérées du forfait journalier et du ticket modérateur hospitaliers, nous considérons qu'elles ne donnent pas lieu à un reste à charge. En revanche, les honoraires des praticiens hospitaliers exerçant en secteur privé à l'hôpital public sont bien inclus dans la présente étude. Ces honoraires figurent dans les dépenses analysées dans cette étude et sont regroupés au sein du poste « honoraires médicaux » avec les honoraires en médecine de ville et en clinique privée.
3. Pour le reste de la population, ce taux est de 13,1 %, mais si cette population avait la même structure d'âge et de sexe que la population bénéficiaire de la CMUC, il serait de 5,7 %. CNAMTS, 2007, « Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU complémentaire », *Points de repère* n° 8, août.

Le niveau des restes à charge

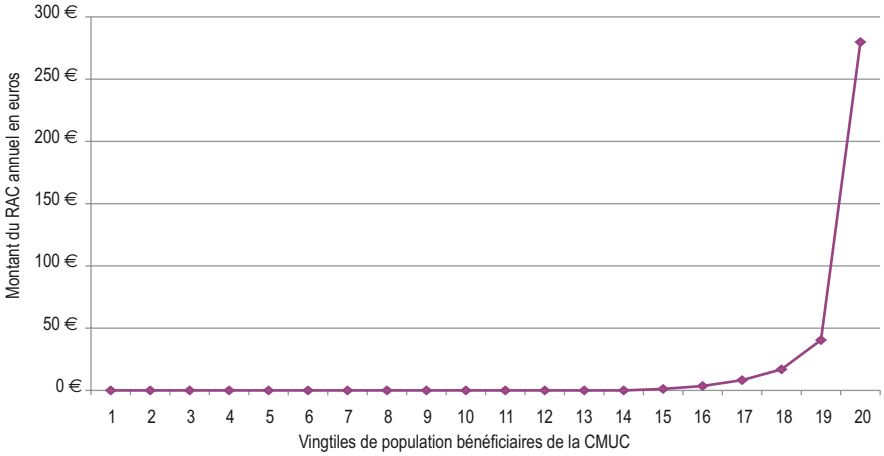
Les trois quarts des bénéficiaires n'ont aucun reste à charge

Parmi les bénéficiaires de la CMUC ayant eu recours aux soins en 2010, 74 % n'ont eu aucun reste à charge. 85 % ont eu moins de 10 euros à débourser sur l'ensemble de l'année, et 95 % moins de 65 euros, soit de l'ordre de 5 euros par mois (graphique 1).

3. Dans le champ de cette étude, ne sont pas compris les frais liés à des biens et services qui ne font pas partie du panier couvert par l'Assurance maladie obligatoire : automédication, actes hors nomenclature, chambre particulière à l'hôpital…

Graphique 1

Distribution par vingtile du montant du reste à charge moyen des bénéficiaires de la CMUC en 2010



Champ : Régime général, hors sections locales mutualistes.
Source : SNIIRAM, EGB (CNAMTS).

Exemple de lecture : Les vingtiles classent la population des bénéficiaires de la CMUC qui ont eu un reste à charge en 2010 par groupe de « 5 % », et dans l'ordre croissant des restes à charge. Le vingtile « 15 » indique qu'environ 75 % des personnes n'ont pas eu de RAC et 25 % ont eu un RAC. Dans le dernier vingtile, les RAC observés sont en moyenne sur ce groupe de 270 €.

Une petite fraction des bénéficiaires de la CMUC confrontée à des restes à charge importants

Le graphique 1 montre que si une grande partie des bénéficiaires de la CMUC a accès aux soins sans reste à charge ou avec un reste à charge très faible, une petite fraction est cependant confrontée à des sommes élevées à débourser. Elles sont de 270 euros en moyenne pour 5 % des bénéficiaires, de près de 440 euros pour 2,5 % et de l'ordre de 690 euros pour 1 % d'entre eux.

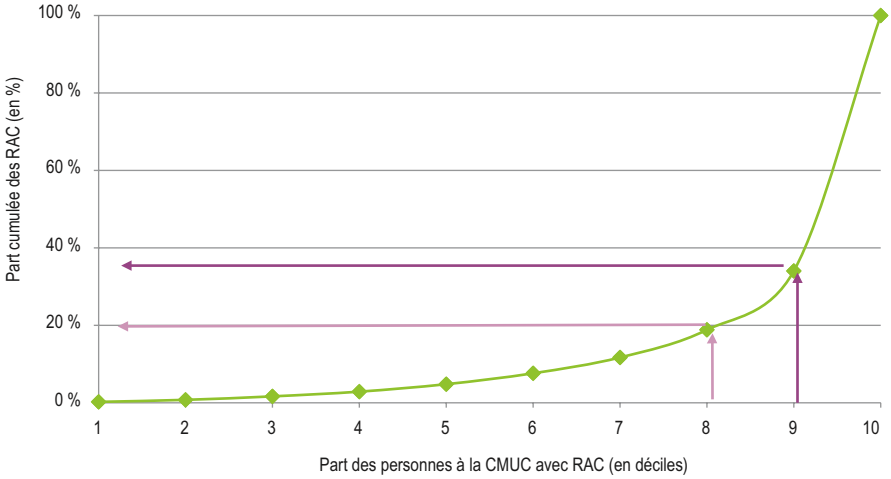
De fait, les restes à charge sont très concentrés : 5 % des personnes concentrent 80 % du montant total des RAC observés, 2,5 %, soit 10 % des personnes ayant eu au moins un euro de RAC, concentrent les deux tiers (66 %) [qraphique 2].

Les 26 % des bénéficiaires de la CMUC ayant un reste à charge sont en moyenne plus âgés

Parmi les bénéficiaires de la CMUC, les personnes ayant au moins un euro de RAC (soit 26 % du total des bénéficiaires) sont en moyenne plus âgées (33 % de plus de 40 ans *vs* 25 %) [tableau 1] et leur proportion augmente très clairement avec l'âge : elle est inférieure à 25 % chez les moins de 25 ans, comprise entre 25 et 30 % entre 25 et 50 ans, puis évolue de 30 jusqu'à 38 % pour les personnes de plus de 60 ans. Il s'agit également d'une population plus féminine (60,9 % *vs* 53,2 % de femmes). En outre, la proportion de personnes en ALD (12,8 % *vs* 9,4 %) y est plus forte, de manière corrélée avec une consommation de soins plus importante (dépense annuelle moyenne de 1 562 euros *vs* 785 euros).

Graphique 2

Déciles de la partie de la population des bénéficiaires de la CMUC qui ont un RAC (c'est-à-dire 26 % des bénéficiaires de la CMUC)



Champ : Régime général, hors sections locales mutualistes.
Source : SNIIRAM, EGB (CNAMTS).

Tableau 1

Description de la population des personnes à la CMUC selon l'existence ou non de reste à charge en 2010

	Personnes à la CMUC	Sans RAC	Avec au moins un euro de RAC	Appartenant au dernier décile de RAC
Effectif	44 520	32 783	11 737	1 174
Age moyen	26,6 ans	25,6 ans	29,6 ans	35,9 ans
Classes d'âge				
0-19 ans	43,3 %	45,4 %	37,3 %	24,7 %
20-39 ans	29,5 %	29,5 %	29,4 %	29,2 %
40-60 ans	22,6 %	21,2 %	26,5 %	36,7 %
plus de 60 ans	4,6 %	3,9 %	6,7 %	9,4 %
Sexe				
Proportion de femmes	55,2 %	53,2 %	60,9 %	64,8 %
Prise en charge en ALD	10,3 %	9,4 %	12,8 %	17,6 %
Dépense moyenne (en euros)	990	785	1 562	2 881

Champ : Régime général, hors sections locales mutualistes.
Source : SNIIRAM, EGB (CNAMTS).

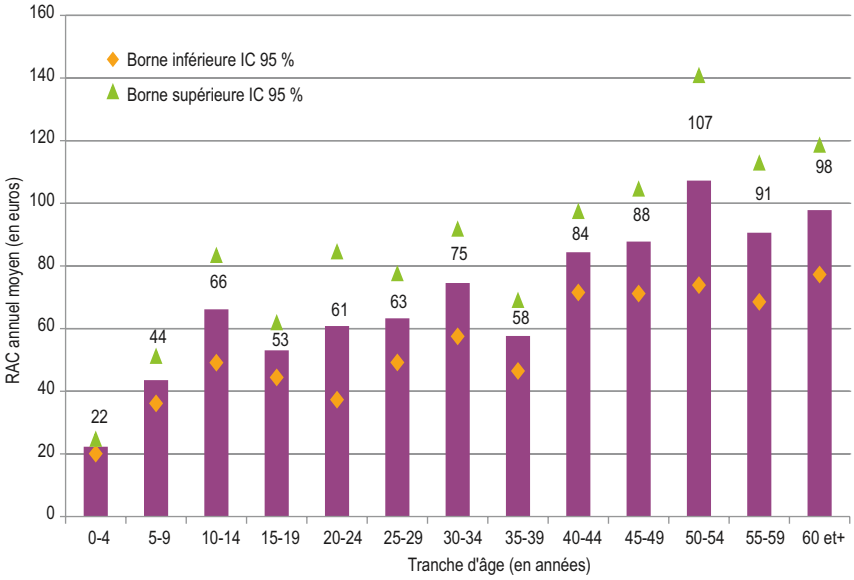
Ces constats sont encore plus marqués pour les personnes appartenant au dernier décile des personnes ayant un RAC : 46 % ont plus de 40 ans alors que cette proportion n'est que de 25 % chez les personnes qui n'ont pas eu de RAC et près de 18 % sont inscrites en ALD contre 9 % pour les « sans RAC ».

Au sein de la population ayant un RAC d'au moins un euro, le RAC annuel moyen s'élève à 66 euros, le RAC médian étant de 15,4 euros. L'écart interquartile est de 39,6 euros (q1 = 6,5 euros ; q3 = 46,1 euros).

Le RAC annuel moyen augmente avec l'âge (graphique 3) : il s'élève à 22 euros pour les 0-4 ans, 53 euros pour les 15-19 ans, 75 euros pour les 30-34 ans, 88 euros pour les 45-49 ans et 98 euros chez les plus de 60 ans. À partir de 40 ans, le RAC annuel moyen dépasse les 60 euros, en 2010.

Graphique 3

Reste à charge annuel moyen, par âge, des personnes bénéficiant de la CMUC et ayant eu un reste à charge en 2010



Champ : Régime général, hors sections locales mutualistes.

Source : SNIIRAM, EGB (CNAMTS).

La constitution des restes à charge

Les RAC se concentrent sur un nombre limité de prestations

L'optique constitue de loin le poste le plus important au sein du reste à charge des bénéficiaires de la CMUC (44 %). Les honoraires médicaux en représentent 15 %, les soins dentaires (au sens large, c'est-à-dire incluant les prothèses dentaires, l'orthodontie et la stomatologie) 13 % et les frais de transport 4 % (tableau 2).

Les RAC liés aux honoraires médicaux proviennent pour deux tiers d'entre eux de dépenses de consultations médicales et, pour le tiers restant, de dépenses d'actes techniques. L'identification des poids respectifs de l'ambulatoire et de l'hôpital dans le RAC total n'est pas aisée car les honoraires facturés à l'occasion d'une hospitalisation (par des médecins libéraux ou des praticiens hospitaliers exerçant en secteur privé) ne peuvent, dans cette étude, être distingués des honoraires des praticiens exerçant en ambulatoire.

Le poids des différents postes dans le reste à charge total résulte de la combinaison de plusieurs facteurs :

- la fréquence de recours aux soins pour ce poste,
- la probabilité d'avoir un reste à charge en cas de recours,
- le montant moyen de ce reste à charge quand il existe.

TABLEAU 2

Dépense de soins et reste à charge selon le type de soins

	Nombre de consommants du poste (*)	Nombre de consommants du poste avec RAC (**)	Dépense moyenne par consommant du poste (*) (en euros)	Remboursement moyen par consommant du poste (*) (en euros)	RAC moyen par consommant du poste avec RAC (**) (en euros)	RAC moyen par ensemble des consommants (en euros)	Structure du reste à charge	Part du RAC dans la dépense
Soins de ville								
Honoraires médicaux	41 986	5 318	248	245	22	3	15,10%	1,10%
Consultations	40 610	4 152	160	158	17	2	9,20 %	1,10 %
Visites (y c. frais de déplacement)	5 041	238	102	101	13	1	0,40 %	0,60 %
Actes techniques (y c. radiologie)	20 634	1 379	151	149	30	2	5,40 %	1,30 %
Forfaits techniques (IRMN, scanner,...)	948	2	152	152	32	0	0,00%	0,00%
Autres honoraires médicaux	3 128	74	38	38	7	0	0,10 %	0,40 %
Dentaires	12 500	578	384	376	179	8	13,30 %	2,10 %
Prescriptions	41 635	7 348	429	418	64	11	60,10 %	2,60 %
Actes des aux. méd. (y c. frais de déplacement)	9 798	422	258	256	36	2	2,00 %	0,60 %
Biologie	15 483	304	126	126	20	0	0,80 %	0,30 %
Pharmacie	40 578	1 728	271	271	11	0	2,40 %	0,20 %
LPP	16 818	5 504	142	116	78	25	54,90 %	18,00 %
dont optique	*5 504*	*2 075*	*135*	*72*	*165*	*62*	*44,00 %*	*46,30 %*
dont audio prothèses	*106*	*33*	*672*	*550*	*393*	*122*	*1,70 %*	*18,20 %*
Transports	2 279	123	513	500	236	13	3,70 %	2,50 %
Autres prestations	90	26	392	373	67	19	0,20 %	4,90 %
Total Soins de ville	**44 286**	**11 629**	**774**	**651**	**62**	**16**	**92,40 %**	**2,10 %**
Hospitalisation privée								
Établissements sanitaires	3 149	168	1 264	1 252	227	12	4,90 %	1,00 %
Médecine-Chirurgie-Obstétrique	3 031	157	942	940	30	2	0,60 %	0,20 %
Psychiatrie	62	3	6 785	6 724	1 269	61	0,50 %	0,90 %
Soins de suite et de réadaptation	101	9	6 981	6 688	3 293	293	3,80 %	4,20 %
Établissements médico-sociaux	265	9	21 840	21 764	2 257	77	2,60 %	0,40 %
Total Hospitalisation privée	3 393	177	2 879	2 861	331	17	7,50 %	0,60 %
Hospitalisation publique								
	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.	n.c.
TOTAL	**44 317**	**11 737**	**993**	**976**	**66**	**18**	**100,00%**	**1,80%**

(*) Personnes ayant eu un remboursement au moins une fois dans l'année pour le poste considéré.

(**) Personnes ayant eu un remboursement au moins une fois dans l'année et avec un RAC pour le poste considéré.

n.c. = non calculé. Par construction, compte tenu de la réglementation – prise en charge à la CMUC du forfait journalier, de la participation assuré (forfait 18 euros) et du ticket modérateur hospitalier – le RAC a l'hôpital public n'a pas été calculé (sont néanmoins compris dans les RAC les honoraires du secteur privé à l'hôpital public).

Champ : Régime général, hors sections locales mutualistes.

Source : SNIIRAM, EGB (CNAMTS).

Ainsi, 95 % des bénéficiaires ont eu recours au médecin, parmi lesquels 13 % ont eu un reste à charge, ce reste à charge s'élevant alors à 22 euros en moyenne. L'achat de lunettes est beaucoup moins fréquent (12 %), mais lorsqu'il se produit, il y a un reste à charge dans 38 % des cas, à hauteur de 165 euros en moyenne. Les soins dentaires sont dans une situation intermédiaire, 28 % des personnes y ont recours dans l'année, parmi lesquels 5 % ont eu un reste à charge, de 180 euros en moyenne. Les audioprothèses, auxquelles très peu de bénéficiaires ont recours (0,2 %), constituent le poste pour lequel le RAC moyen est le plus élevé (393 euros).

En proportion de la dépense totale de soins de la population bénéficiaire de la CMUC, le reste à charge global est faible, 1,8 % (tableau 2). Mais cette proportion varie considérablement selon les postes de soins : 1,1 % pour les honoraires médicaux, 2,1 % pour les soins dentaires, mais 46,3 % pour l'optique.

Focus sur l'optique

Concernant les dépenses d'optique, près des deux tiers des bénéficiaires n'ont rien eu à débourser, mais le reste à charge moyen pour le tiers restant s'élève à 165 euros sur l'année, et est supérieur à 300 euros pour 5 % d'entre eux.

Le RAC en optique s'élevait à 32,7 euros en moyenne pour les verres, avec de fortes variations selon l'âge et le type de verre : de 18,7 euros pour les 0-14 ans à 52,6 euros pour les 60 ans et plus, moins de 40 euros pour un verre simple foyer et plus de 40 euros pour un verre multifocal ou progressif. Le RAC moyen pour les montures atteignait 28,5 euros, avec des moyennes de 23,6 euros et 30,7 euros respectivement pour les montures destinées aux enfants et celles destinées aux adultes.

Ainsi, malgré la prise en charge de la couverture maladie universelle complémentaire, les restes à charge relatifs aux achats d'optique sont à la fois particulièrement fréquents (38 %), relativement élevés (165 euros en moyenne), et représentent au total près de la moitié de la dépense des bénéficiaires (46,3 %).

Ces restes à charge, qui ne sont pas exceptionnels pour les bénéficiaires qui ont déjà réalisé des achats d'optique dans le cadre de la CMUC (72 % des bénéficiaires ont ainsi déjà été confrontés à un reste à charge dans le passé), peuvent être des facteurs importants de renoncement aux soins d'optique.

Face à ces constats, la CNAM-TS a confié au CRÉDOC une enquête destinée à identifier, caractériser et hiérarchiser les circonstances et les motifs de ces restes à charge, et ce afin d'envisager des évolutions du dispositif qui soient de nature à diminuer le montant de ces restes à charge, et partant, de limiter les renoncements.

Limiter le renoncement des bénéficiaires de la CMUC aux soins d'optique

Une enquête en deux volets

L'étude des circonstances des restes à charge chez les bénéficiaires de la CMUC a été conduite entre mai et septembre 2011 sur cinq territoires correspondant aux caisses les plus importantes en termes de nombre de bénéficiaires de la CMUC, et a comporté deux volets complémentaires.

- Dans un premier temps, une enquête qualitative a été conduite auprès d'une vingtaine de bénéficiaires et une vingtaine d'opticiens afin d'identifier et de caractériser les principaux motifs de restes à charges et d'élaborer le questionnaire de la seconde phase.

- Dans un second temps, une enquête quantitative a été menée auprès d'un échantillon représentatif (en termes de sexe, âge, caisse d'appartenance, objet et niveau du reste à charge) de 900 bénéficiaires ayant eu un reste à charge en soins d'optique au cours des 12 derniers mois, afin de pouvoir hiérarchiser les motifs de ces restes à charge et déterminer les axes prioritaires d'évolution du dispositif (tableau 3).

Tableau 3

Profil de l'échantillon

	Effectifs	%
Âge		
18-25 ans	107	12 %
26-35 ans	197	22 %
36-50 ans	322	36 %
51-60 ans	188	21 %
Plus de 60 ans	80	9 %
Sexe		
Homme	313	35 %
Femme	581	65 %
Niveau du RAC		
Entre 1 € et 50 €	259	29 %
Entre 50 € et 150 €	322	36 %
Plus de 150 €	313	35 %
Objet du RAC		
Lunette et verres	313	35 %
Lunette	268	30 %
Verres	161	18 %
nr	152	17 %
Caisse d'appartenance		
Marseille	223	25 %
Bobigny	197	22 %
Lyon	134	15 %
Bordeaux	116	13 %
Créteil	98	11 %
Roubaix-Tourcoing	71	8 %
Lille-Douai	54	6 %
Total	**894**	**100%**

Champ : Bénéficiaires de la CMUC ayant eu un reste à charge en optique au cours des 12 derniers mois.

Source : CRÉDOC, étude sur les circonstances de la consommation de soins optiques à l'origine du reste à charge pour les bénéficiaires de la CMUC 2010.

Des restes à charge qui peuvent être facteurs de renoncements

Les bénéficiaires interrogés, qui jugent leur situation financière difficile voie très difficile pour une grande majorité d'entre eux (69 %), font le plus souvent face au reste à charge en se débrouillant seuls. Cependant, pour une personne sur quatre, la dépense a nécessité une aide de l'entourage (16 %) ou a été reportée dans le temps après avoir économisé la somme nécessaire (12 %).

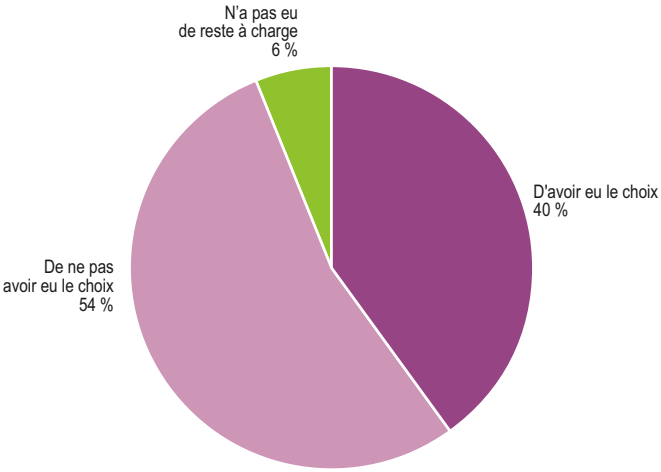
L'objectif de cette enquête, réalisée auprès de bénéficiaires ayant réalisé un achat d'optique, n'était pas de mesurer le renoncement (estimé en 2008 à 4 % parmi les bénéficiaires de la CMUC). Ces résultats montrent cependant que les bénéficiaires peuvent rencontrer des difficultés pour faire face à ces restes à charge.

Des restes à charge souvent subis, mais qui pourraient être évités

Un peu plus de la moitié (54 %) des bénéficiaires interrogés ont le sentiment de ne pas avoir eu le choix concernant le reste à charge auquel ils ont eu à faire face, autrement dit de l'avoir « subi » (graphique 4). Les bénéficiaires qui déclarent avoir les plus grandes difficultés financières sont encore plus nombreux dans ce cas (61 %).

Graphique 4

Pour ce reste à charge vous avez le sentiment…



Champ : Bénéficiaires de la CMUC ayant eu un reste à charge en optique au cours des 12 derniers mois.

Source : CRÉDOC, étude sur les circonstances de la consommation de soins optiques à l'origine du reste à charge pour les bénéficiaires de la CMUC 2010.

Cela étant, 4 bénéficiaires sur 10 pensent qu'ils auraient pu éviter ce reste à charge en allant chez un autre opticien, et pensent donc ne pas avoir eu accès à une offre suffisante. En réalité, ils se sont parfois eux-mêmes limités, pensant que tous les opticiens n'acceptent pas les bénéficiaires de la CMUC, certains s'étant déjà même vu opposé un refus (10 %). Ainsi la moitié des bénéficiaires n'a consulté qu'un seul opticien avant d'effectuer ses achats (51 %). En revanche, lorsque les bénéficiaires ont consulté trois opticiens ou plus, ils sont significativement plus nombreux à déclarer qu'ils n'auraient pas pu éviter leur reste à charge.

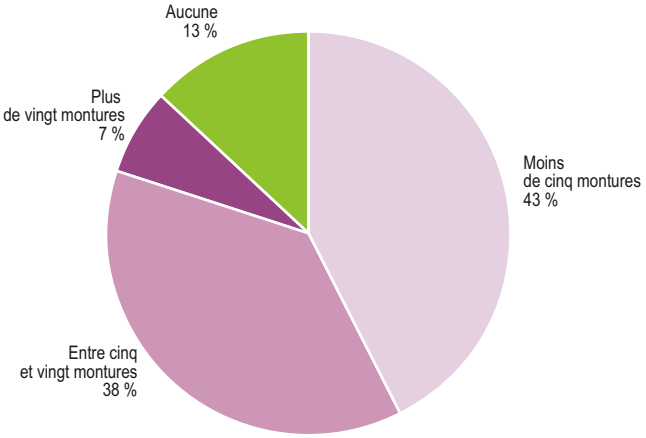
Une offre de montures CMUC insuffisante qui contraint les bénéficiaires à en sortir

L'offre de montures rentrant dans le panier CMUC est variable selon les opticiens, mais reste généralement très limitée en termes de choix : plus de la moitié des bénéficiaires se sont ainsi vus présenter moins de 5 montures par leur opticien, voire aucune pour plus d'un bénéficiaire sur 10 (graphique 5).

Près de la moitié des bénéficiaires (42 %) ont alors fait le choix de sortir de l'offre proposée dans le cadre de la CMUC, pour des raisons qui tiennent essentiellement à l'esthétique et à la solidité des montures (graphique 6). Les bénéficiaires interrogés dans le cadre de la phase qualitative de l'étude ont également exprimé leur insatisfaction par rapport aux montures proposées : « il n'y a aucun choix, il n'y a même pas cinq paires pour les enfants, et elles sont bas de gamme, pas du tout solides. C'est pour ça que j'ai choisi une autre paire qu'une paire CMU ». Les opticiens eux-mêmes ont souvent convenu que les montures proposées n'étaient pas de bonne qualité, voire « pas solides ».

Graphique 5

Combien de montures rentrant dans le cadre de la CMUC l'opticien vous a-t-il proposé ?

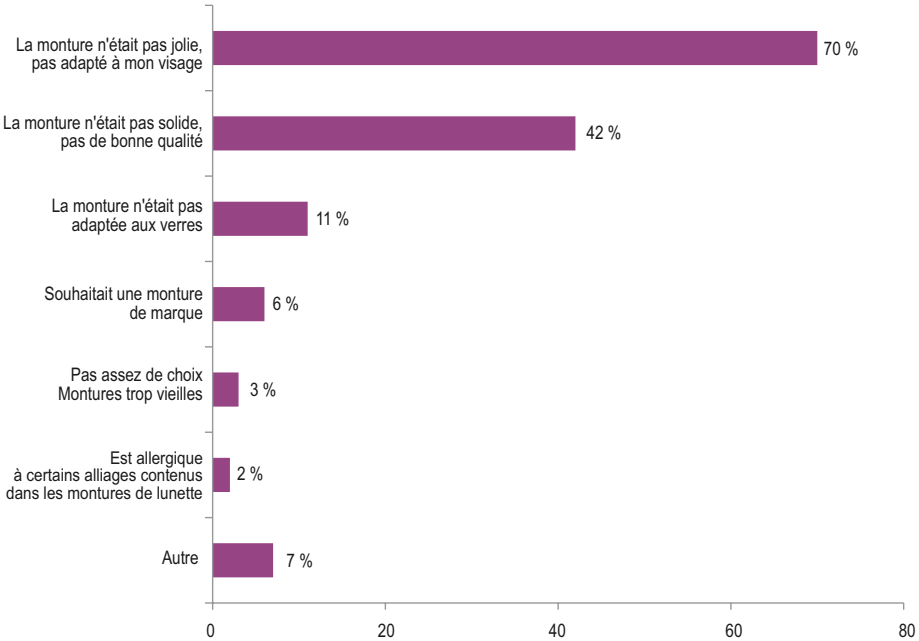


Champ : Bénéficiaires de la CMUC ayant eu un reste à charge en optique au cours des 12 derniers mois.

Source : CRÉDOC, étude sur les circonstances de la consommation de soins optiques à l'origine du reste à charge pour les bénéficiaires de la CMUC 2010.

Graphique 6

Pour quelle(s) raison(s) avez-vous choisi une autre monture que celle proposées par votre opticien ?



Champ : Bénéficiaires de la CMUC ayant eu un reste à charge en optique au cours des 12 derniers mois et ayant choisi une monture hors du panier CMUC.

Source : CRÉDOC, étude sur les circonstances de la consommation de soins optiques à l'origine du reste à charge pour les bénéficiaires de la CMUC 2010.

Des restes à charge sur les verres liés aux besoins spécifiques des bénéficiaires

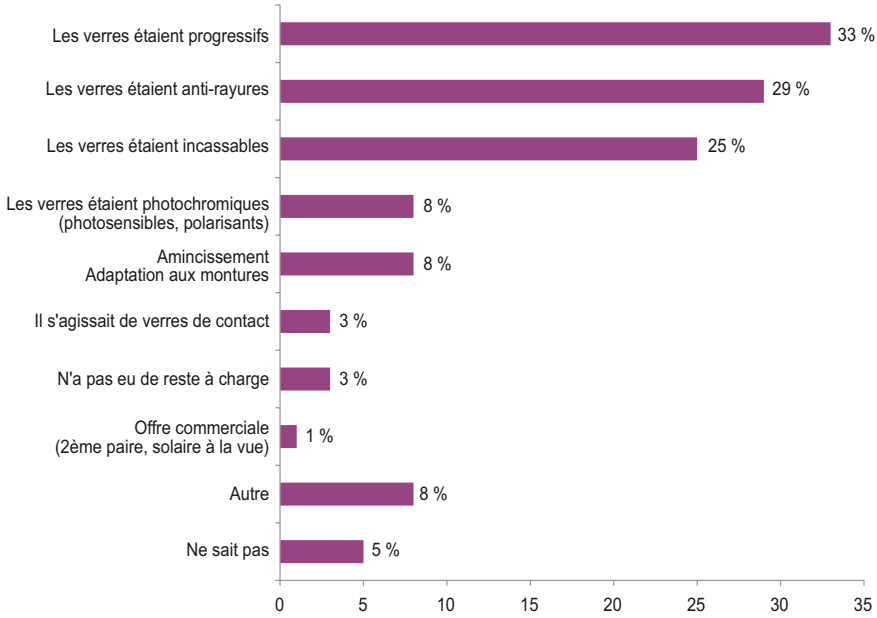
Les restes à charge sur les verres sont d'abord occasionnés par des types de correction qui nécessitent des verres progressifs, souvent nécessaires pour les publics âgés, fortement représentés au sein des bénéficiaires ayant eu des restes à charge en optique : la moyenne d'âge des bénéficiaires interrogés est ainsi supérieure à la moyenne des bénéficiaires de la CMUC (graphique 7). Ces restes à charge sont aussi le fait de traitements permettant de prolonger la durée de vie des verres (anti-rayure, verres incassables), sachant que la majorité des personnes interrogées déclarent changer de lunettes tous les 2 ou 3 ans voire moins souvent.

Un rôle de conseil insuffisant de la part de l'opticien

Alors que l'opticien est la principale voire la seule source d'information du bénéficiaire sur le dispositif (l'offre du panier CMUC, les niveaux de remboursement, les démarches administratives à accomplir…), il ne joue pas suffisamment son rôle de conseil pour aider les bénéficiaires à réduire leurs restes à charge. Dans près d'un cas sur deux, l'opticien n'a « pas spécialement » aidé le bénéficiaire, voire a contribué à faire augmenter le RAC dans près d'un cas sur dix en poussant à la consommation, augmentant ainsi le sentiment des bénéficiaires d'avoir subi leur reste à charge (graphique 8).

Graphique 7

Pour quelle(s) raison(s) avez-vous eu un reste à charge sur les verres ?

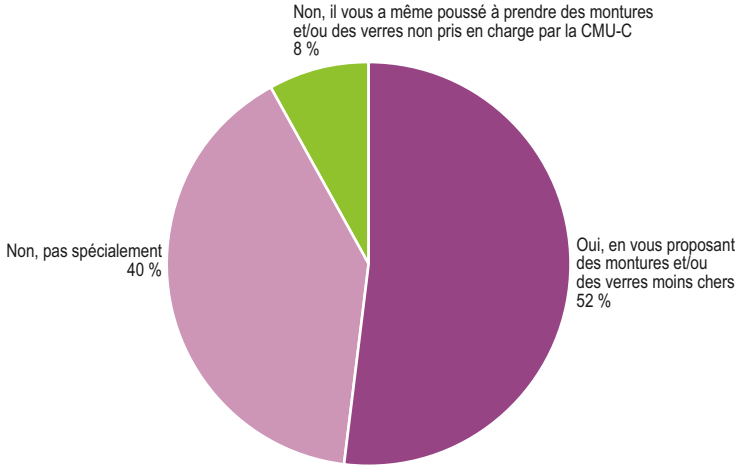


Champ : Bénéficiaires de la CMUC ayant eu un reste à charge en optique au cours des 12 derniers mois dont la cause est au moins en partie liée aux verres.

Source : CRÉDOC, étude sur les circonstances de la consommation de soins optiques à l'origine du reste à charge pour les bénéficiaires de la CMUC 2010.

Graphique 8

Est-ce que l'opticien vous a aidé à réduire votre reste à charge ?



Champ : bénéficiaires de la CMUC ayant eu un reste à charge en optique au cours des 12 derniers mois.

Source : CRÉDOC, étude sur les circonstances de la consommation de soins optiques à l'origine du reste à charge pour les bénéficiaires de la CMUC 2010.

Des besoins réels à mieux prendre en compte

Une des hypothèses de cette étude était que les restes à charge étaient liés à des choix délibérés de consommateurs prêts à financer en partie eux-mêmes le coût d'un « achat-plaisir ». Or, qu'il s'agisse des montures et de leurs qualités esthétiques et techniques ou du traitement et du type de verres concernés, les attentes des bénéficiaires correspondent à de réels besoins qui tiennent à la fois à un niveau de confort minimum attendu (il s'agit d'abord et avant tout pour la plupart des bénéficiaires « d'y voir clair »), mais aussi à l'image de soi renvoyée par l'apparence des montures : « je ne suis pas coquette, mais pour les montures, déjà que je ne suis pas très belle, les modèles CMU allaient me rendre encore plus moche ».

L'origine des restes à charge est donc d'abord à rechercher du côté de l'offre des opticiens et de leur capacité à conseiller les bénéficiaires, ainsi que des niveaux de remboursement qui ne tiennent pas suffisamment compte des besoins spécifiques des bénéficiaires en termes de traitement des verres pour les amétropies souvent importantes des bénéficiaires. Certains opticiens n'hésitent ainsi pas à parler d'un dispositif « injuste » faisant subir une forme de « double peine » aux individus qui ont à la fois une mauvaise vue et qui sont les moins bien remboursés.

Les bénéficiaires, pour qui « voir ne devrait pas être un luxe », souhaiteraient ainsi une augmentation du niveau de remboursement, notamment pour les personnes ayant une forte correction. Les opticiens estiment de leur côté que les technologies ont évolué, et que l'augmentation des coûts de fabrication des montures et des verres n'a pas été prise en compte dans la grille tarifaire de la CMUC. Mais ces évolutions technologiques pourraient peut-être également permettre de faire baisser les prix.

Complémentairement, une meilleure information des bénéficiaires pourrait être recherchée afin de les aider à orienter leur choix, en leur rappelant les caractéristiques souvent mal connues du dispositif, et en leur proposant une liste d'opticiens « labellisés » disposant d'une offre CMUC suffisante et de qualité.

Éléments du rapport d'évaluation de la CMU

Jean-François Chadelat (directeur du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie[Fonds CMU])

La loi du 27 juillet 1999

Le 27 juillet 1999 a été promulguée la loi créant la CMU. Cette loi n'a pas généralisé la Sécurité sociale, qui l'était depuis la loi du 2 janvier 1978. En revanche, elle a mis en place une CMU complémentaire, en offrant aux populations les plus pauvres et les plus précaires une couverture complémentaire santé gratuite.

Il faut rappeler qu'il y a un ticket modérateur depuis l'origine de la Sécurité sociale, en 1945, ce qui signifie que les ménages ont toujours dû supporter un reste à charge. Ils se sont donc très progressivement assurés en achetant des couvertures complémentaires santé. Le taux de personnes couvertes par une couverture complémentaire est ainsi passé de 35 % en 1960 à 50 % en en 1970, 70 % en 1980, avant d'atteindre 88 % à la fin des années 1990. À cette période, et pour la première fois, les pouvoirs publics ont décidé, au vu de l'existence de ce reste à charge pénalisant les populations les plus précaires, de créer une assurance complémentaire pour eux. Ils admettaient pour la première fois que pour ne pas renoncer aux soins il fallait disposer d'une couverture sociale de base et d'une complémentaire santé.

La novation de la loi de juillet 1999 était donc la création de la CMU complémentaire.

L'article 34 de la loi du 27 juillet 1999 prévoit explicitement que le Gouvernement présente tous les deux ans au Parlement un rapport d'évaluation portant sur l'évolution, l'adaptation et le fonctionnement de la loi. La tâche de rédiger ce rapport incombe au fonds CMU, qui élabore actuellement le cinquième rapport d'évaluation de la loi.

Un effet positif de la CMUC sur l'accès aux soins des plus démunis

Bien que demeurent quelques défauts, la création de la CMUC a permis de faire reculer le renoncement aux soins. D'après l'enquête ESPS, le renoncement aux soins des personnes éligibles à la CMUC est passé de 28 % en 2000 avant application de la loi, à 17 % en 2004. Bien que leur taux de renoncement aux soins ait légèrement progressé par la suite, la chute importante entre 2000 et 2005 montre l'effet positif de la loi CMU. D'ailleurs, Médecins sans

frontières, qui a contribué au troisième rapport d'évaluation de la loi, a noté que « *pendant plus de dix ans MSF a soigné des personnes sans accès aux soins dans l'attente de l'ouverture de leurs droits. Aujourd'hui […] les bénéficiaires de la CMU sont à l'intérieur du système de soins et non dans les salles d'attente humanitaires.* »

Les limites du dispositif : plafond de la CMUC et effet de seuil

Le premier problème à noter concerne le plafond de la CMUC. En effet, lors de la mise en place du dispositif, existait une crainte de voir les coûts s'envoler et de plonger dans un abîme financier. Le plafond de la CMUC a donc été fixé en référence au seuil de pauvreté, puis indexé, pour son évolution, sur la progression de l'indice des prix à la consommation hors tabac. Le seuil de pauvreté retenu a été fixé à 50 % du revenu médian. Le revenu médian ayant augmenté plus rapidement que l'indice des prix, on assiste à un décrochage du plafond de la CMUC.

Un second problème a trait à l'effet de seuil inhérent à toute prestation. Pour le limiter, la loi du 13 août 2004 a créé un « crédit d'impôt », renommé « chèque santé » puis « aide à l'acquisition d'une assurance complémentaire santé » (ACS). L'ACS est un bon d'achat versé aux personnes se situant au niveau du seuil de pauvreté, qui finance en moyenne 60 % du coût d'achat d'une assurance complémentaire. Cependant, il demeure 40 % à la charge de l'intéressé, même si les caisses de sécurité sociale complètent souvent ce montant sur leurs fonds d'action sanitaire et sociale. De plus, lorsque les bénéficiaires de l'ACS achètent un contrat complémentaire santé, ils achètent souvent un contrat bas de gamme avec un reste à charge important. Ainsi, ils subissent un double reste à charge : à l'acquisition de leur contrat complémentaire et lorsqu'ils recourent aux soins.

Un problème majeur : les refus de soins

Le fonds CMU a financé deux études basées sur un *testing* pour prendre la mesure du renoncement aux soins non choisis, c'est-à-dire le refus de soins. Un premier *testing*, réalisé en 2006 dans le Val de Marne avait fait apparaître un refus de soins non négligeable. Un deuxième *testing*, réalisé deux ans plus tard dans Paris intra-muros à l'occasion du quatrième rapport d'évaluation de la loi CMU a fait apparaître un constat identique. Ces enquêtes montrent que le refus de soins est un problème loin d'être marginal, sans commune mesure avec les rares signalements aux caisses de sécurité sociale ou aux ordres des professionnels de santé.

Cependant, il faut noter que si le refus de soins à l'état pur existe, il demeure très rare. En général, le professionnel qui refuse les bénéficiaires de la CMU aiguille les personnes vers une solution de rattrapage (centre de santé, collègue). Ce n'est ni légal ni déontologique mais permet aux individus de se soigner.

Le fonds CMU travaille actuellement à réitérer une étude sur les refus de soins mais cette fois-ci en dehors des terrains franciliens.

Un problème de méconnaissance des droits

Le fonds CMU, en collaboration avec le Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé (CETAF), a questionné 4 510 bénéficiaires majeurs de la CMUC auprès de 20 centres d'examens de santé afin de comprendre les raisons du non-recours aux soins.

Pour les bénéficiaires de la CMU depuis moins d'un an, le non-recours aux soins atteint 45 %, contre 32 % pour les bénéficiaires depuis 1 an ou plus. Ce chiffre illustre d'une part que le bénéfice de la CMUC fait objectivement reculer le non-recours aux soins et d'autre part que les bénéficiaires acquièrent une meilleure connaissance de leurs droits au cours du temps.

En effet, la persistance d'un non-recours aux soins s'explique en partie par une méconnaissance des droits et des possibilités qu'offre la loi.

La méconnaissance des droits entraîne tout d'abord un non-recours aux prestations de personnes qui y seraient éligibles : si 80 % de la population potentiellement bénéficiaire a recours à la CMUC, on estime en revanche que 75 % des personnes éligibles à l'ACS ne font pas valoir leurs droits.

Par ailleurs, on constate qu'un quart des bénéficiaires de la CMUC a renoncé à des soins avant même d'avoir consulté, alors même qu'ils n'auraient eu aucun reste à charge. La raison principale de ces renoncements est la crainte d'avoir un soin non remboursé, de se voir opposer un refus du tiers payant ou de se voir réclamer une participation financière.

Tous ces éléments montrent que, même si la CMUC est un dispositif connu, ceux qui la demandent connaissent encore très mal son fonctionnement et ce à quoi ils peuvent prétendre. Il y a donc un effort pédagogique important à mener. Cet effort consiste d'une part à repérer les personnes éligibles via notamment les caisses d'allocations familiales, pour les adresser aux caisses primaires afin que des opérations de ciblage puissent être réalisées. Il doit également amener à faire mieux connaître leurs droits aux personnes bénéficiaires de la CMUC.

Mesure de l'accessibilité financière des soins

Marie Reynaud (haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie)

Dans le contexte actuel des fortes tensions sur les finances publiques, le HCAAM (encadré) estime indispensable que les débats sur la réduction des déficits et la maîtrise des dépenses de santé prennent en compte l'accessibilité financière des soins.

C'est pourquoi il a consacré plusieurs mois de travail à l'élaboration d'un tableau de bord portant sur l'accessibilité financière des soins (rapport du HCAAM de janvier 2011). Une première publication du tableau de bord figurera dans le prochain rapport annuel du HCAAM (devant être adopté en décembre 2011).

Le HCAAM

Le HCAAM est une instance de réflexion et de proposition visant à une meilleure connaissance des enjeux, du fonctionnement et des évolutions envisageables des politiques d'assurance maladie.
Le HCAAM est composé de 66 membres représentant les principaux organismes, institutions, syndicats, fédérations et associations intervenant dans le système d'assurance maladie et plus largement dans le système de soins.

Définir des indicateurs utiles au débat

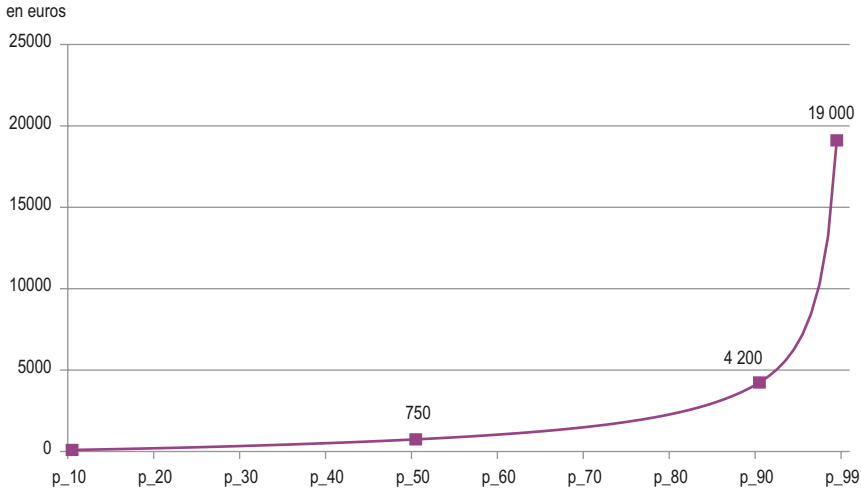
Un foisonnement de situations

Définir des indicateurs pertinents, rendant compte de l'accessibilité financière des soins, est un véritable défi, tant les situations relatives à la prise en charge des dépenses de soins sont hétérogènes. L'information est de ce fait complexe à synthétiser sous la forme de quelques indicateurs.

Les dépenses de soins sont très dispersées : en 2008, la moitié des personnes ont des dépenses présentées au remboursement inférieures à 750 euros (graphique 1). Une personne sur dix a des dépenses supérieures à 4 200 euros et même une personne sur cent, soit l'équivalent d'un département, a une dépense de soins supérieure à 19 000 euros.

Graphique 1

Dispersion des dépenses présentées au remboursement – 2008



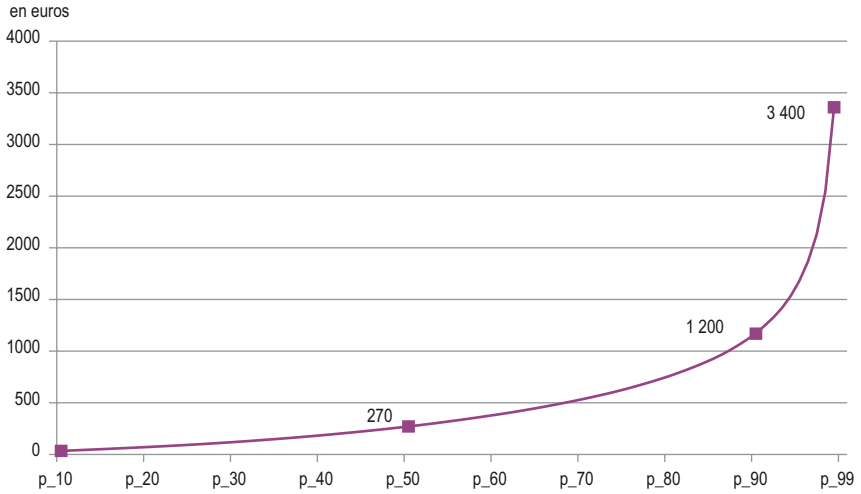
Champ : Régime général hors SLM et bénéficiaires de la CMUC, soins de ville et hôpital MCO.

Source : Cnamts, ATIH, EGB 2008, calculs SG HCAAM.

Ce qui reste à la charge des personnes, une fois les remboursements du régime obligatoire pris en compte, est également dispersé mais dans une bien moindre mesure puisque 1 % des personnes ont un reste à charge après remboursement de l'Assurance maladie obligatoire (RAC après AMO) dépassant 3 400 euros (graphique 2).

Graphique 2

Dispersion des restes à charge après assurance maladie obligatoire – 2008



Champ : Régime général hors SLM et bénéficiaires de la CMUC, soins de ville et hôpital MCO.

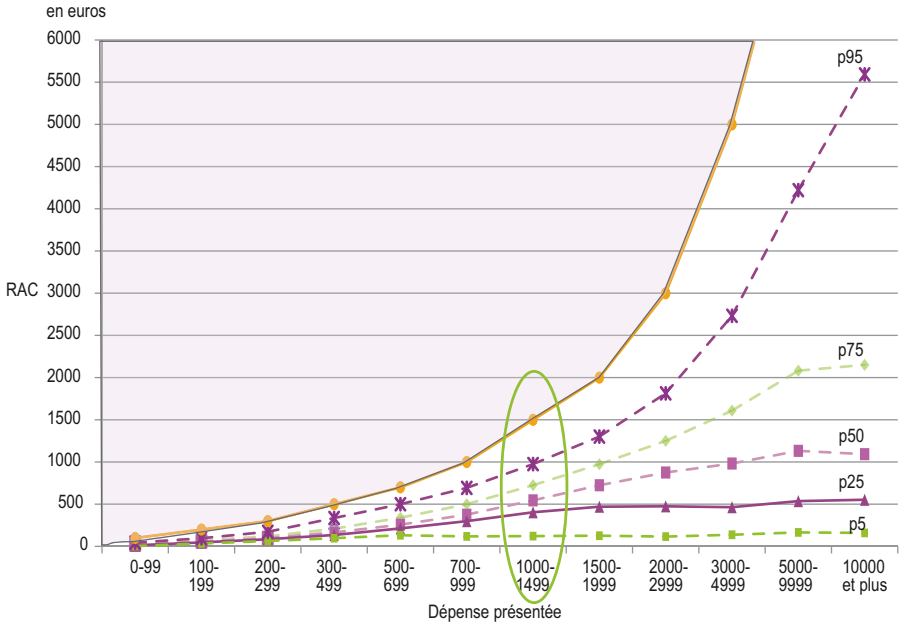
Source : Cnamts, ATIH, EGB 2008, calculs SG HCAAM.

Il faut être attentif au fait que les personnes qui ont les dépenses les plus élevées ne sont pas forcément celles qui ont les RAC après AMO les plus élevés aussi. En d'autres termes, la personne qui a une dépense de 19 000 euros n'est pas la personne qui a un reste à charge de 3 400 euros.

Concernant le lien entre dépenses et reste à charge après AMO, « tout est possible » dans la limite où le reste à charge ne dépasse pas la dépense, naturellement. Le graphique 3 illustre ce foisonnement de situations et met en regard un niveau de dépense et le reste à charge après AMO qui lui est associé. La zone beige correspond à des situations impossibles, où le reste à charge est supérieur à la dépense présentée au remboursement. Toutes les situations possibles figurent dans la zone non colorée.

Graphique 3

Lien entre la dépense présentée et le reste à charge après AMO – 2008



Champ : Régime général hors SLM et bénéficiaires de la CMUC, soins de ville et hôpital MCO.

Source : Cnamts, ATIH, EGB 2008, calculs SG HCAAM.

Pour des dépenses comprises entre 1 000 euros et 1 499 euros, le reste à charge peut se situer entre 0 et 1 499 euros. Chaque ligne découpe le champ des possibles selon leur probabilité. Ainsi, les personnes ayant ce niveau de dépenses ont 95 % de chances d'avoir un RAC après AMO inférieur à 1 000 euros et donc 5 % de chances d'avoir un RAC après AMO supérieur à 1 000 euros. Elles ont aussi 5 % de chances d'avoir un RAC après AMO inférieur à 120 euros.

Plus la dépense présentée est élevée, plus le champ des possibles s'élargit : parmi les personnes qui ont une dépense présentée supérieure à 10 000 euros, 5 % ont un RAC après AMO supérieur à 5 600 euros et 5 % également ont un RAC inférieur à 160 euros. Cet élargissement des possibles ne va pas de soi : ce ne serait pas le cas si les taux de remboursement des différents soins étaient plus homogènes qu'ils ne le sont.

De cet examen des situations réelles des personnes, le HCAAM a retenu que :

- les situations de dépenses de soins et de restes à charge sont très dispersées, ce qui implique que les valeurs moyennes correspondent à la situation de peu de personnes,
- les relations entre dépenses et restes à charge sont très variables, autrement dit, les taux de remboursement peuvent varier entre 0 % et 100 % pour un même niveau de dépense ; en conséquence, les taux de remboursement ne peuvent pas être de bons indicateurs synthétiques des situations des personnes.

Le HCAAM estime qu'il est nécessaire de retenir comme indicateurs non pas des taux de remboursement mais des restes à charge exprimés en euros, non pas des moyennes mais des dispersions et porter une attention particulière aux situations extrêmes.

Il souhaite aussi pouvoir disposer à l'avenir de données permettant de suivre les dépenses et les restes à charge des personnes plusieurs années de suite. En effet, il importe de savoir si des restes à charge importants une année sont exceptionnels ou récurrents.

Pour définir ses indicateurs, le HCAAM s'est fondé sur les grands principes du système de prise en charge.

Des indicateurs qui rendent compte du respect des grands principes du système de prise charge

L'Assurance maladie obligatoire est un système universel de prise en charge des dépenses de santé par le biais de remboursements partiels ou totaux. Ces remboursements, indépendants des revenus, expriment ainsi une solidarité entre bien portants et malades. Ils sont financés par des prélèvements qui sont fonction des revenus et non du risque. Le financement exprime une solidarité entre hauts et bas revenus.

L'Assurance maladie complémentaire est un système de mutualisation non obligatoire qui s'ajoute éventuellement à l'assurance obligatoire. Elle comprend des mutuelles, des sociétés d'assurance et des institutions de prévoyance. Ces organismes fixent librement leurs garanties dans la limite de la loi. Leur financement est indépendant du revenu en général et souvent fonction de l'âge, qui est un « proxy » du risque maladie. La CMUC et l'ACS permettent l'accès de l'assurance complémentaire aux bas revenus.

Les indicateurs que le HCAAM retient s'articulent autour de ces deux grands principes.

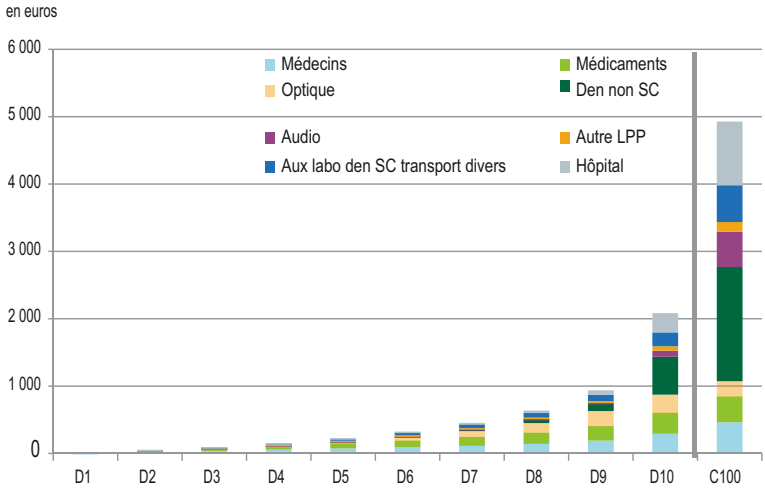
Solidarité bien portants malades : indicateurs de reste à charge après AMO

Le HCAAM estime que l'indicateur le plus à même de rendre compte du respect du principe de solidarité entre bien portants et malades est ce qui reste à la charge des assurés après les remboursements de l'Assurance maladie obligatoire. Cet indicateur n'est en effet fondé que sur la dépense de soins et les remboursements universels de l'Assurance maladie obligatoire, indépendants du revenu.

Dans le graphique 4, les personnes ont été réparties en dix groupes selon leur niveau de RAC après AMO sur l'ensemble des soins croissant. Par exemple, le 10e décile (D10) correspond aux 10 % d'individus dont les RAC après AMO sont les plus élevés. Il s'agit en fait des individus dont le RAC après AMO est supérieur à 1 200 euros dans le graphique 2.

Graphique 4

Reste à charge après AMO par type de soins, selon les déciles (centile) de reste à charge total après AMO – 2008



Champ : Régime général hors SLM et bénéficiaires de la CMUC, soins de ville et hôpital MCO.

Source : Cnamts, ATIH, EGB 2008, calculs SG HCAAM.

Le dernier centile (C100) est aussi mis en évidence : il rassemble 1 % des personnes dont le RAC après AMO est le plus élevé. Il s'agit des individus dont le RAC après AMO est supérieur à 3 400 euros dans le graphique 2.

Pour chaque groupe, le RAC après AMO moyen par type de soins a été calculé. Il apparaît que le RAC moyen des personnes du dernier décile (c'est-à-dire dont le RAC après AMO est supérieur à 1 200 euros) est d'environ 2 000 euros. Parmi celles-ci, les personnes du dernier centile (celles dont le RAC après AMO est supérieur à 3 400 euros) ont en moyenne un RAC après AMO d'environ 5 000 euros. Ces montants sont très élevés.

À l'inverse, les personnes du début de la distribution ont en moyenne des RAC après AMO quasiment inexistants. Plus on va vers le haut de la distribution, plus les restes à charge relatifs à certains soins deviennent prépondérants : en moyenne, le RAC moyen des personnes du dernier centile de RAC après AMO est de l'ordre de 1 700 euros pour les prothèses dentaires, de 1 000 euros pour l'hôpital MCO (public et privé), de 500 euros pour quatre types de soins, ceux des médecins, les médicaments, les audioprothèses et l'ensemble constitué par les auxiliaires médicaux, les laboratoires et les soins dentaires conservateurs. Le RAC après AMO concernant l'optique est plus faible, d'environ 200 euros.

On observe ainsi que les restes à charge après AMO les plus lourds proviennent de soins où la liberté tarifaire est la règle : soins dentaires prothétiques, audioprothèses, ou augmente : honoraires médicaux. Le cas de l'hôpital reste à expertiser car il est nécessaire de déterminer les rôles joués par le ticket modérateur qui peut être à l'origine de RAC très importants dans certains cas d'hospitalisation et par la liberté tarifaire sur les honoraires dans les cliniques privées.

Solidarité entre hauts et bas revenus : indicateurs de taux d'effort

Le HCAAM estime que l'indicateur rendant compte de la solidarité entre hauts et bas revenus doit prendre en compte l'ensemble des dépenses liées à la santé et l'ensemble des ressources :

- dépenses de santé, cotisations sociales et CSG versée pour la maladie, primes versées éventuellement aux organismes complémentaires ;
- revenus, remboursements de l'Assurance maladie obligatoire, remboursements éventuels de l'assurance maladie complémentaire.

Cet indicateur doit être calculé au niveau de chaque ménage et par tranche de niveau de vie.

Plusieurs combinaisons de ces termes sont possibles pour définir le taux d'effort, comme il est indiqué dans le rapport du HCAAM de janvier 2011. Ils prennent tous en compte l'ensemble des facteurs mais pas avec la même intensité. Le HCAAM a retenu quatre définitions du taux d'effort.

Ici, on ne fera état que d'une seule définition, faute de temps. Il s'agit du rapport entre le reste à charge après remboursement de l'Assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires augmenté des primes versées aux assurances complémentaires et le revenu net de cotisations sociales, CSG et impôts :

$$\frac{RAC_après_AMO_et_AMC + primes_AMC}{\mathrm{Re}venu_net_\mathrm{cot}soc_CSG_impôts}$$

Cet indicateur met bien en évidence l'effet des remboursements à la fois de l'Assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires et des primes versées, en fonction du revenu net.

Pour calculer cet indicateur, on se heurte à de grandes difficultés car les données ne sont pas disponibles : il n'existe aucune base de données fournissant à la fois les dépenses de santé au niveau du ménage, leurs remboursements par l'assurance obligatoire et les assurances complémentaires, les primes versées aux organismes complémentaires et leurs revenus et versements obligatoires pour la santé (cotisations sociales et partie CSG versée pour l'AMO).

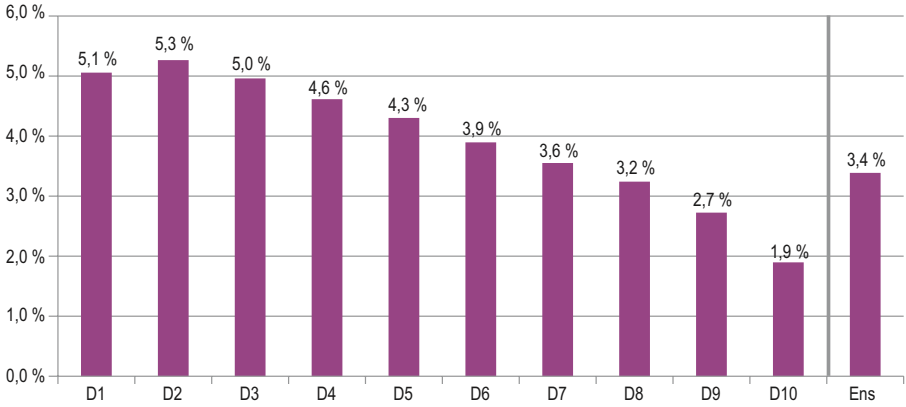
Le HCAAM a eu recours aux travaux de microsimulation de la DREES. Cette modélisation vise à reconstruire l'ensemble des données nécessaires pour un échantillon de ménages à partir d'informations observées pour différents échantillons : échantillon de revenus des ménages, échantillon de dépenses de santé et de remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, échantillon de contrats complémentaires.

Les résultats présentés sont issus d'une étude de la DREES réalisée pour le HCAAM à partir de son modèle OMAR-INES. Ils portent sur l'année 2008. Le taux d'effort des ménages décroît au fur et à mesure que le niveau de vie augmente : de l'ordre de 5 % du revenu pour les trois premiers déciles de niveau de vie, il se situe à environ 2 % pour les 10 % des ménages les plus riches (graphique 5). Ce profil est prioritairement à relier à la distribution des revenus, les revenus des ménages du 10e décile étant 8 fois plus élevés que ceux du 1er décile.

Cet effort plus important des ménages à faible niveau de vie s'observe malgré une redistribution importante entre les hauts et bas revenus qui provient du versement des cotisations sociales et de la CSG.

Graphique 5

Taux d'effort des ménages par déciles de niveau de vie



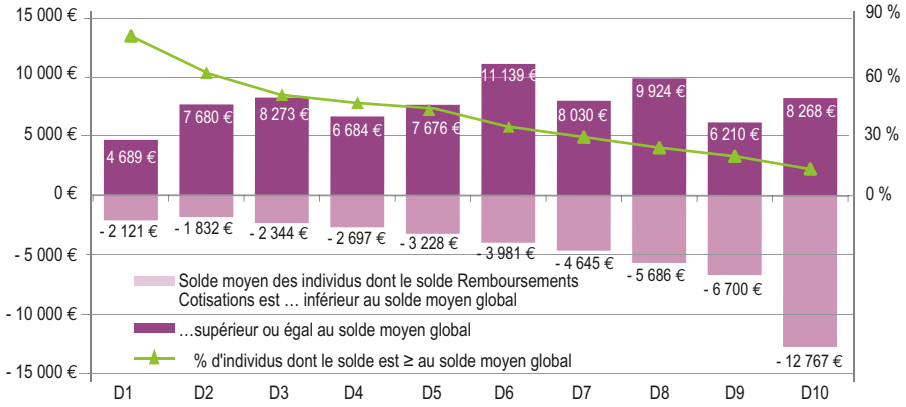
Champ : Ménages ordinaires.

Source : Micro-simulation DREES, OMAR-INES, 2008.

Dans le graphique 6, les ménages sont de nouveau classés selon leur niveau de vie croissant. Au sein de chaque décile de niveau de vie, les ménages sont répartis en deux groupes selon qu'ils sont bénéficiaires ou non du système, au sens où leurs remboursements AMO et AMC dépassent leurs cotisations à l'Assurance maladie obligatoire et aux assurances complémentaires. La partie foncée de l'histogramme représente la moyenne des gains des bénéficiaires, La partie la plus claire de l'histogramme correspond à la moyenne des pertes des « perdants ». La ligne fournit la proportion de « gagnants » au sein de chaque décile de niveau de vie.

Graphique 6

Solde remboursement AMO et AMC – cotisations AMO et AMC



Lecture : Solde moyen des individus dont le solde Remboursements - Cotisations est : inférieur au solde moyen global ou supérieur ou égal au solde moyen global ; % d'individus dont le solde est ≥ au solde moyen global.

Champ : Ménages ordinaires.

Source : Micro-simulation DREES, OMAR-INES, 2008.

Dans le 1er décile de niveau de vie, environ 80 % des ménages sont « gagnants » et ceux-ci ont un « gain » s'élevant en moyenne à 4 700 euros. Les 20 % de « perdants » « perdent » en moyenne environ 2 000 euros. La situation est inversée dans le dernier décile : environ 15 % des ménages les plus riches sont « gagnants » et ils « gagnent » en moyenne 8 300 euros et 85 % sont « perdants » avec une « perte » moyenne de 12 800 euros.

Ces données montrent bien la redistribution à l'œuvre : les ménages les plus riches versent des cotisations à l'AMO et aux organismes complémentaires d'un montant nettement plus important que les ménages les plus pauvres. Le fait qu'ils soient gagnants ou perdants dépend de leur risque maladie et il faut des remboursements très élevés pour qu'ils soient gagnants. Les ménages à faible niveau de vie ont des cotisations beaucoup plus faibles et les remboursements qu'ils perçoivent peuvent plus facilement dépasser leurs cotisations.

Il faut insister sur le fait que cette vision comptable des gains et des pertes est restrictive : pour être « bénéficiaire » du système, il faut être malade et avoir des remboursements conséquents, supérieurs aux cotisations. Cette présentation n'a en fait qu'une vertu, celle de mettre en évidence la redistribution à l'œuvre entre les hauts et les bas revenus.

Conclusion

Le HCAAM a inclus dans son tableau de bord des indicateurs de renoncement aux soins, fondés sur les enquêtes de l'IRDES (SPS) et de l'INSEE (SRCV). Il prolongera ses travaux pour définir des indicateurs relatifs à l'accessibilité financière à des parcours de « juste soin ».

Le HCAAM insiste sur le fait que ces indicateurs doivent faire l'objet d'un suivi temporel, indispensable pour suivre l'impact sur l'accessibilité financière des soins, des mesures qui seront prises à l'avenir.

Il a conscience de l'ambition de son tableau de bord sur le plan statistique mais cherchera à l'améliorer à l'occasion de ses futurs rapports annuels.

Échanges avec la salle

Annie Tabard, réseau de santé ARES92

En ce qui concerne l'ACS, pourquoi ne pas avoir fait le choix d'augmenter le plafond de la CMUC plutôt que de choisir de donner de l'argent public à des mutuelles privées, voire des assurances ?

Intervenante

Pourquoi a-t-on inclus l'aide personnalisée au logement (APL) dans le calcul des revenus pour le plafond de la CMU ?

Jean-François Chadelat

En ce qui concerne la première intervention, chacun sait qu'il y a huit ans maintenant, j'ai remis un rapport qui a fait du bruit à l'époque. D'ailleurs, le 15 septembre dernier, la Cour des Comptes a repris mes propos de l'époque. Je suis scandalisé que des fonds publics viennent subventionner par des exonérations fiscales et sociales des contrats collectifs obligatoires haut de gamme. Je ne pense pas que l'argent public soit destiné à solvabiliser des dépassements d'honoraires et à financer des actions commerciales.

S'agissant de la deuxième question, il est vrai que le forfait logement n'est pas forcément simple à comprendre par les bénéficiaires de la CMU ou de l'ACS. Cela mériterait que l'on réfléchisse à ne plus tenir compte de ce forfait logement et à bouger le plafond de ressources à due concurrence. Cela aurait le mérite de clarifier le dispositif.

Intervenante

Peut-on imaginer qu'il y aura un jour une CMUC qui tiendra compte des minima sociaux tels que l'allocation adulte handicapé (AAH) ou le minimum vieillesse, qui sont dans le plafond de l'ACS ?

Jean-François Chadelat

Je rappelle qu'à la création de la CMUC, en 1999, il a été choisi délibérément, pour des raisons financières, de ne pas faire entrer le minimum vieillesse et l'AHH dans le champ de la CMUC. Depuis, ils sont rentrés dans le champ de l'ACS. Étant donné la situation économique actuelle, je ne suis pas certain qu'il soit à l'ordre du jour de les faire entrer dans le champ de la CMUC

Raphaëlle Verniolle, fonds CMU

En ce qui concerne l'enquête qualitative auprès des opticiens et des bénéficiaires de la CMUC, dans quelles proportions certains bénéficiaires ont-ils essuyé un refus auprès de certains opticiens ?

Léopold Gilles

Il doit s'agir d'environ 20 % des bénéficiaires.

Hédia AIT-KACI, Conseil Général de Seine - Saint-Denis

La suite de l'étude présentée par Madame Ricci est-elle d'étudier plus précisément le reste à charge en matière dentaire, qui constitue une véritable problématique pour la population bénéficiaire de la CMUC mais aussi pour la population générale ?

Pauline Ricci

Le reste à charge pour les soins dentaires est effectivement très élevé mais ne sera pas forcément le premier poste de soins sur lequel nous nous axerons, sachant que depuis la mise en place de la CMUC en 2000, le contenu du panier de soins dentaires a déjà été plusieurs fois revu. De plus, la probabilité d'avoir un reste à charge est de 5 %, ce qui est beaucoup plus faible que pour l'optique ou d'autres postes comme les honoraires médicaux ou les audioprothèses, sur lesquels nous allons nous concentrer.

Anne Kamel, ARS Basse-Normandie

Vous avez évoqué les problèmes d'information des populations qui pourraient être bénéficiaires de l'ACS. Quelles sont vos pistes pour améliorer cette information ?

Jean-François Chadelat

J'ai évoqué le lien avec les caisses d'allocations familiales (CAF) mais il pourrait aussi y avoir des liens avec les caisses de retraite, de chômage etc. Cela permettrait de récupérer une part de la population. Je crois qu'il faut mener des actions ciblées parce qu'une action générale sur une population dont 80 % n'est pas éligible ne serait pas efficace. Ceci étant, je pense que le fait que l'on ait élargi la tranche ACS devrait faciliter les choses. Auparavant, comme on était sur une tranche d'une quinzaine d'euros, il fallait viser très juste pour obtenir l'ACS. Nous avons une étude qui montre qu'auparavant, plus de la moitié des refus concernaient des personnes qui dépassaient le plafond de l'ACS d'une vingtaine d'euros. Nous allons récupérer toute cette population. Je pense que l'on devrait d'ailleurs communiquer davantage qu'on ne l'a fait sur le relèvement de ce plafond.

Pauline Ricci

Pour compléter les propos de M. Chadelat sur l'ACS, une piste d'amélioration pour les assurés concernerait l'aide au choix d'une complémentaire santé, qui peut être difficile au vu des nombreux contrats existants.

Jean-François Chadelat

Effectivement, le choix d'une complémentaire santé n'est pas forcément simple. Il faut simplement garder en mémoire que 85 % des gens qui ont demandé une ACS l'utilisent, ce qui signifie qu'ils parviennent tout de même à faire un choix. Ceci étant, un amendement gouvernemental a été déposé au projet de loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012, créant un label ACS pour des contrats répondant à un cahier des charges qui pourrait aider les bénéficiaires dans leurs choix.

Intervenante

Je pense que les honoraires des médecins, notamment des dentistes ne sont pas à ce point faibles qu'il faille absolument augmenter le prix des soins. S'agissant des mutuelles qui ne prennent pas bien en charge les implants et couronnes, j'ai personnellement une très bonne mutuelle et je suis pourtant très mal remboursée sur les couronnes. Ce n'est pas parce que le taux de remboursement est trop faible, c'est parce que vos tarifs sont excessifs. Il faut cesser de mettre en accusation l'Assurance maladie et les assurances complémentaires santé qui ne rembourseraient pas assez et de voir le patient comme un consommateur ou comme un client.

Docteur Rolland L'Herron

Je pense que vous ne connaissez pas le dossier. Combien coûte l'extraction d'une dent de lait ? 16,75 euros. Pourtant, on met une blouse, on sort des instruments stériles etc. Si je suis venu à ce colloque, c'est pour essayer de faire ressortir les éléments qui étaient des obstacles à l'accession aux soins. Il est vrai qu'il y a un problème du montant des honoraires mais vous choisissez ici un mauvais exemple : un acte à tarif opposable avec un tarif parmi les plus bas d'Europe.

Andrée Mizrahi, ARGSES

La Sécurité sociale pourrait-elle envisager de faire une couverture complémentaire dans son propre cadre, tout en laissant à côté un secteur privé ou mutualiste ?

Par ailleurs, je m'étonne que personne n'ait parlé des prothèses auditives alors que leur taux de remboursement frise le ridicule.

Mathilde Lignot-Leloup

Nous sommes effectivement assureurs obligatoires de base, mais nous avons développé une activité d'assureur complémentaire avec la CMUC. Aujourd'hui, une aide est versée pour les bénéficiaires de l'ACS d'environ 273 euros. Nous nous posons effectivement la question de bâtir un contrat de complémentaire santé qui coûterait 273 euros par an et auquel les assurés pourraient souscrire sans aide supplémentaire que celle apportée par l'ACS. En disant cela, j'ai conscience que nous ferions de la concurrence aux assureurs complémentaires existants. Peut-être considéreraient-ils que c'est trop facile car nous avons 60 millions de clients quasiment acquis. C'est une piste de réflexion mais il faut voir comment nous mettrions en œuvre cette nouvelle mission pour la différencier de notre métier d'assureur obligatoire de base.

Émilie Renahy, INSERM

Nous avons très peu entendu parler d'une des autres caractéristiques du système de santé français : l'avance des frais de soins. Certes, de nombreux dispositifs sont mis en place pour limiter cette barrière financière énorme qui représente 75 % du coût des soins en France, mais ils ne concernent pas l'intégralité des soins.

Mathilde Lignot-Leloup

Il est vrai que pour certaines personnes, le fait d'avancer les soins peut être une barrière. C'est la raison pour laquelle, au-delà de la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires

de la CMU, nous avons développé le tiers payant social pour les bénéficiaires de l'ACS, qui permet de bénéficier de cette dispense d'avance de frais. Suite à des discussions que nous avons eues avec les représentants des médecins, nous avons élargi au-delà des personnes qui bénéficient de l'ACS la possibilité pour le médecin, face à quelqu'un qui se trouve dans une situation financière difficile, de le faire bénéficier de cette dispense d'avance de frais. Globalement, il existe de nombreux dispositifs de dispense d'avance de frais à l'hôpital mais aussi en ville, chez le médecin et à la pharmacie.

Docteur Rolland L'Herron

En ce qui concerne le tiers payant, il faut savoir que dans les conventions libérales, une disposition prévoit qu'il peut y avoir un accord entre la caisse primaire et les professions libérales, pour permettre cette avance au cas par cas. Par ailleurs, le traitement des dossiers de remboursement par l'assurance-maladie est aujourd'hui rapide, environ trois jours, et en général cela ne gêne pas le professionnel de santé d'attendre trois jours pour encaisser son chèque.

Partie 4

Comment mieux garantir l'accessibilité financière des soins ?

Table ronde

Plusieurs angles sont abordés lors de cette table ronde :

– Mathilde Vignot-Leloup, directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins à la caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) présente différentes mesures garantissant à l'ensemble des ménages une bonne couverture des dépenses de santé et des mesures plus ciblées sur les populations plus modestes qui bénéficient notamment de la CMUC ou de l'ACS.

– Agnès Bocognano, directrice déléguée santé à la fédération nationale de la Mutualité française (FNMF), s'interroge sur la non-généralisation de l'accès aux soins alors que nous disposons d'un dispositif performant de remboursement des soins.

– Chantal Deschamps, administratrice du Collectif inter-associatif sur la santé (CISS), donne le point de vue des malades, elle explique le non-recours par différents obstacles, puis propose une série de dispositifs à l'égard des populations précaires ou à faible revenu, les populations rurales éloignées des centres urbains, les malades chroniques, les handicapés.

– Le docteur Jean François Corty, directeur des missions France de Médecins du Monde (MDM) décrit l'activité des « Centres d'accueil de soins et d'orientation » et présente des données sur les obstacles à l'accès aux soins. Sur la base de constat sont présentés des éléments de recommandation.

– Le docteur Rolland l'Héron, président de la Confédération nationale des syndicats dentaires, donne le point de vue des professionnels qui voient les malades. Il distingue les différents types de soins dont la prise en charge varie considérablement et propose différentes solutions au renoncement aux soins dentaires.

Intervention de Mathilde Lignot-Leloup

Directrice déléguée à la gestion et à l'organisation des soins-CNAMTS

Améliorer et garantir l'accessibilité financière des soins c'est d'abord veiller à ce que la pérennité de notre système d'assurance maladie, qui couvre 77 % des dépenses de santé, soit bien assurée. Par conséquent, il s'agit de veiller à ce que le système soit soutenable puisque notre taux de prise en charge est globalement élevé en France par rapport à d'autres pays. Ce système permet, grâce à l'intervention des complémentaires, d'avoir un reste à charge relativement limité pour les ménages (environ 9,4 %). Nous, assurance maladie, nous devons veiller à la maîtrise de l'ensemble de la dépense d'assurance maladie, mais aussi plus globalement à l'efficience des dépenses de santé, notamment en veillant à ce que les baisses de prix et la maîtrise des dépenses des médicaments permettent de financer davantage d'innovations pour d'autres médicaments. Les négociations avec les professionnels de santé doivent aboutir, en contrepartie à des revalorisations tarifaires, à des engagements en termes de qualité, de santé publique et d'accès aux soins. Dans le cadre de la dernière convention avec les médecins, nous avons d'ailleurs inscrit un droit au tiers payant social élargi pour les bénéficiaires de l'ACS et la possibilité pour les médecins de l'appliquer de façon plus ponctuelle à d'autres patients en fonction de la situation financière de ceux-ci.

Pour garantir l'accessibilité financière des soins, nous ne devons pas nous limiter à la simple dépense d'assurance maladie. Notre sujet de préoccupation est le risque d'un développement des dépassements d'honoraires non maîtrisés. Nous avons entamé une discussion avec les assurances complémentaires santé et les syndicats de médecins pour instaurer un secteur optionnel permettant de garantir un accès à des tarifs opposables, et avec des dépassements maîtrisés, régulés, pour l'usager.

Les actions de maîtrise médicalisée, les améliorations négociées dans le cadre conventionnel constituent un ensemble d'actions bénéficiant à l'ensemble des ménages pour leur garantir une bonne couverture de leurs dépenses de santé.

Nous menons par ailleurs des actions plus ciblées sur les populations plus modestes qui bénéficient notamment de la CMUC ou de l'ACS. Deux types d'actions sont menés :

- veiller à l'accès aux droits : notre objectif est d'améliorer la connaissance des droits et leur utilisation ;
- limiter ou agir sur des restes à charge importants : des réflexions sont en cours au sein de l'Assurance maladie sur ce sujet, notamment en matière d'optique.

Concernant l'accès aux droits, nous avons développé des partenariats avec des associations mais aussi, au sein de la Sécurité sociale, avec les caisses d'allocations familiales afin que les

bénéficiaires de la CMUC soient bien informés de leurs droits. Nous menons également des actions vis-à-vis des bénéficiaires de l'ACS. En septembre 2011, le nombre de bénéficiaires de l'ACS a progressé de 20 % par rapport à l'année dernière. Mise à part l'augmentation liée au relèvement du seuil de revenus, une partie de cette augmentation est due à la mobilisation de l'Assurance maladie pour l'information des bénéficiaires. Nous avons envoyé plus de 230 000 courriers pour informer les personnes éligibles à cette aide de la possibilité de l'utiliser. Actuellement, cette aide n'est utilisée qu'à 85 %. Il reste donc une fraction de personnes qui ne l'utilisent pas pour acquérir une couverture complémentaire en santé. Pour combler cet écart, nous avons deux pistes de travail.

La première piste consiste à répondre au besoin des populations d'avoir un guide de contrats complémentaires qui correspondent à leurs besoins et à leurs restes à charge. L'UNOCAM avait entamé un travail de vulgarisation et d'aide à la lecture des garanties offertes sur son site Internet. Nous avons intérêt à relayer cette action sur le terrain avec les personnels des caisses d'assurance maladie, au contact des bénéficiaires et qui peuvent les aider à exercer leurs droits. Si un label est envisagé dans le cadre du PLFSS 2012, l'Assurance maladie peut être un bon relais de diffusion et d'accompagnement auprès des bénéficiaires concernés.

La deuxième piste n'est encore qu'une réflexion à ce stade. Dans la mesure où l'ACS est une aide publique, pourquoi l'Assurance maladie ne pourrait-elle pas proposer un contrat d'assurance complémentaire avec un montant de cotisation égal à celui de l'ACS, et donc aucune cotisation à payer pour le bénéficiaire potentiel. Pourquoi ne pas offrir une option publique ACS, si on souhaite diversifier les possibilités de recours à la complémentaire santé ?

Concernant les travaux pour limiter ou agir sur des restes à charge pour les bénéficiaires de la CMUC et de l'ACS dans certains domaines, nous avons mené des études sur l'optique qui représente 44 % des restes à charge pour les bénéficiaires de la CMUC. À la suite de cette étude, nous souhaitons poursuivre la discussion conventionnelle engagée avec l'UNOCAM et les opticiens pour mettre en place un label des opticiens. Ce label permettrait d'avoir un engagement de qualité sur l'offre proposée aux bénéficiaires de la CMUC, notamment en termes de choix sur certaines prestations, peut être au-delà du panier de soins, et un engagement de limitation de restes à charge en optique. Nous souhaitons progresser sur ce sujet dans les mois qui viennent.

Intervention d'Agnès Bocognano

Directrice déléguée Santé, Fédération nationale de la Mutualité française-FNMF

La question de l'amélioration de l'accès aux soins posée dans ce colloque soulève un paradoxe : pourquoi l'accès aux soins n'est-il pas généralisé alors que nous disposons d'un dispositif très puissant de remboursement des soins par l'Assurance maladie obligatoire et que nous avons développé depuis longtemps un système de complémentaire santé.

Un historique de dispositifs visant à améliorer l'accès aux soins

L'une des réponses est que certaines personnes ne parviennent pas à souscrire une mutuelle. C'est pour cette raison qu'a été créée la CMU complémentaire (CMUC)[1]. Malgré cela, on a constaté que persistaient encore des poches de personnes insuffisamment couvertes, ce qui a conduit à améliorer le dispositif en améliorant notamment certaines prestations dentaires et optiques. En dépit des améliorations du dispositif, le renoncement aux soins diminuait mais persistait. On a donc créé l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) pour trouver une solution aux poches de populations encore non couvertes.

Il est à noter qu'avant la création de la CMU, les mutuelles menaient déjà des actions ciblées sur les populations fragiles. Depuis la création de la CMU, elles participent au financement de ce dispositif, aujourd'hui financé à 100 % par une taxe prélevée sur les cotisations des assurances complémentaires santé.

Bien que ces dispositifs soient efficaces, ils ne parviennent pas à sécuriser totalement les individus et la question de l'accès aux soins continue de se poser.

Quels leviers pour réduire le renoncement aux soins ?

Sur les soins remboursés, ce qui est déterminant pour les assurés est le reste à charge. Or, nous n'avons pas encore trouvé le moyen de le réduire, voire de le faire disparaître. Chercher

1. Cf intervention de Jean-François Chadelat, directeur du Fonds CMU.

à le diminuer en jouant uniquement sur le taux de remboursement, sans songer à diminuer les prix est inefficace. Il ne faut pas que les pouvoirs publics renoncent à encadrer plus strictement les prix, afin de retrouver des tarifs opposables.

Par ailleurs, se développent des champs de la santé où les prix sont libres. Cela concerne par exemple certains actes dentaires (prothèses, etc.), l'optique, certains dispositifs médicaux voire les soins hospitaliers (forfaits d'hébergement). Si les pouvoirs publics désirent conserver ces zones de liberté des prix, il serait plus efficace de confier leur régulation aux mutuelles, qui ont l'habitude de contractualiser avec les professionnels de santé concernés, afin de favoriser des prix négociés et l'assurance d'une qualité des soins.

Il est également important de ne pas trop alourdir le prix de la complémentaire santé, dans la mesure où l'absence de couverture apparaît comme un déterminant important du renoncement aux soins. Pour cela, les mutuelles doivent faire attention à l'évolution de leurs cotisations, mais les pouvoirs publics doivent également éviter l'ajout de nouvelles taxes sur les assurances complémentaires santé.

Enfin, il est important d'avoir à l'esprit que tous les leviers permettant de lutter contre le renoncement aux soins ne sont pas à trouver dans les dispositifs assuranciels. Certains déterminants relèvent en effet de facteurs culturels ou éducatifs. Le levier économique est inefficace en ce qui les concerne, et les actions à mener relèvent davantage de l'information et de la prévention ciblée sur des populations précaires.

Intervention de Chantal Deschamps

Administratrice-CISS

Pour répondre à la question « comment améliorer l'accessibilité financière aux soins », je me suis appuyée sur les travaux du Collectif interassociatif sur la santé (CISS) et les combats qui nous animent. Notons d'abord que parmi les intervenants de ce colloque, nous sommes les seuls, avec Médecins du Monde, à représenter la voix des usagers.

Un objectif : garantir une égalité d'accès aux soins

Parmi les combats menés depuis sa création par le CISS, l'un des plus importants est sans doute celui de garantir une égalité d'accès aux soins pour toutes les personnes vivant sur le territoire français. D'où un plaidoyer permanent auprès des politiques, des institutions sanitaires, des associations, pour que s'affirme concrètement cette volonté d'équité et que soit rejetée toute forme de distinction, de rejet, d'exclusion des malades au sein du système de santé : ceux qui ne réclament pas ou ceux que l'on refuse. Rappelons qu'un peu plus d'un million de personnes ne font pas valoir leur droit à la CMU. En termes de pourcentage, ce chiffre peut se comparer à celui des personnes se trouvant dans une extrême pauvreté, qui ne demandent pas le RSA.

Ce plaidoyer, que nous soutenons tous au sein du CISS, a été développé une nouvelle fois le 31 octobre dernier par le Directeur même du CISS, dans une lettre adressée aux 40 présidents d'associations composant ce collectif afin de soutenir la réflexion et l'action du « fonds CMU ». J'en lirais quelques lignes qui justement, touchent à la discrimination pour des raisons tarifaires : « Les personnes bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire ou de l'Aide médicale d'état, ainsi que les personnes handicapées, sont particulièrement discriminées par des professionnels de santé qui, empêchés dans l'exercice de leur liberté tarifaire, refusent purement et simplement de les soigner ». *Nous savons cela car n*ous réalisons souvent des *testings* seuls ou avec d'autres organisations comme la Fédération nationale des accidentés du travail et des handicapés (FNATH) ou l'Union nationale des associations familiales (UNAF). Lors d'un dernier *testing*, 22 % des bénéficiaires de la CMUC avaient été rejetés par des médecins spécialistes de secteur II.

Ces pratiques sont dangereuses car elles augmentent le risque d'une médecine sélective et empêchent la prévention. Notre plaidoyer rappelait que : « Tout refus d'accès à la prévention

et aux soins opposé par un professionnel de santé aux bénéficiaires de la CMU était en opposition avec les mesures et les objectifs du législateur et constituait une discrimination au sens de la loi et des engagements internationaux ».

La nécessité d'une couverture véritablement universelle

Cette garantie est évidemment liée à des décisions politiques qui trop souvent nous échappent, nous simples usagers de la santé, nous associatifs pourtant en lien permanent avec les malades. Parmi les membres du CISS, il semble évident que garantir l'équité dans l'accès aux soins, quelles que soient les personnes, leur situation sociale, leur lieu de résidence, leur maladie, leur handicap, leur âge, ne peut se faire que dans la mise en place d'une couverture médicale *véritablement* universelle. À CMU nous ajoutons le « V » de véritablement. Ce « V » est très important car nous le savons, il existe aujourd'hui une fraude des mots dont personne ne parle mais qui nous trompent et provoquent la division. Le mot universel est de ceux-là. Dernièrement, un employé municipal rencontré dans une réunion sur la santé, me disait : « Ne parlez pas d'inégalité dans les soins, la CMU existe et elle couvre tous ceux qui n'ont pas la carte vitale ». Certes, la CMU existe. Sa création fut un réel progrès, mais elle n'est pas universelle. D'aucuns diront : « Elle est complétée par l'AME ». Mais quelque part, l'AME démontre à quel point la CMU n'est pas universelle. AME que, par ailleurs, on ne peut considérer comme rendant effective notre quête d'universalité puisqu'elle ne garantit pas, comme cela vient d'être dit, l'accès aux soins de toutes les personnes malades présentes sur le territoire français.

Le concept de santé solidaire

Voici quelques jours, dans le journal *Réforme*, un philosophe écrivait à propos de l'usage détourné des mots, particulièrement en santé : « La fraude sociale véritable est celle des mots qui travestissent, qui cachent. C'est celle qui fait peser la suspicion sur les plus faibles, celle qui divise plutôt que de proposer une histoire de solidarité commune ». C'est ce que nous voulons : une histoire de solidarité commune. Nous luttons chaque jour pour faire aboutir et vivre le concept de « santé solidaire » qui ne peut éclore que dans la création d'une couverture médicale véritablement universelle, offrant toutes les garanties, y compris tarifaires. Bien sûr, nous ne sommes pas naïfs et nous savons que cela ne peut pas se faire facilement. Nous avons beaucoup travaillé à l'élaboration de *scenarii*, à la mise en place de paliers permettant d'y arriver.

Notre premier scénario, je n'aurai pas, hélas, le temps d'évoquer les autres, est une prise en charge par l'Assurance maladie inspirée du régime local d'Alsace-Moselle. Il propose :

- une extension à tout le territoire du régime local d'assurance maladie en vigueur en Alsace-Moselle prenant en charge quasiment à 100 % les dépenses de santé des assurés ;
- un financement par des cotisations dues en partie par les employeurs ;
- une dispense d'avance de frais pour toutes les consultations chez un médecin de premier recours au nom de l'égalité donnée aux soins ;
- l'interdiction faite au médecin traitant de facturer des dépassements d'honoraires ;
- un glissement progressif du paiement à l'acte, à la rémunération, au forfait…

Nous savons que cela est possible. Mais nos travaux ne s'arrêtent pas à l'universalité réelle de la dispensation des soins. Ils vont plus loin, car le non-recours aux soins ne s'explique pas par une seule cause, mais par une série d'obstacles.

Les tables rondes de ce matin ont montré, s'il en était besoin, que trop souvent le droit social et financier, d'accéder aux soins, n'empêche pas des personnes de plus en plus nombreuses

à y renoncer. Cet abandon touchant particulièrement les populations précaires ou à faible revenu, les populations rurales éloignées des centres urbains, les malades chroniques, les handicapés, ne peut être combattu que par des dispositifs multiples d'aides à l'approche physique, psychologique, culturelle, etc. Il est donc important de lister ces dispositifs et de les financer.

Des dispositifs d'aides

Nous avons listé 30 dispositifs pour répondre à la demande, mais plus encore lui permettre d'être formulée et renouvelée dans le temps. Ainsi, nous paraît-il important de :

- Poursuivre et accélérer le développement des PASS ;
- Développer les Lits de halte soins santé ;
- Démultiplier les unités mobiles de soins et de prévention ;
- Organiser des maisons d'accueil temporaire ;
- Rendre accessibles les lieux de soins de santé aux personnes handicapées ;
- Créer des postes de facilitateurs mobiles dans les démarches administratives et d'interprètes en santé…

Lutter contre le refus de soins, c'est évidemment assurer la garantie tarifaire d'accès aux soins pour tous. Mais c'est aussi ajouter des moyens en hommes, en services, en lieux permettant de faire vivre cette garantie quelle que soit la maladie, la culture ou l'âge. Enfin et surtout, c'est travailler en milieu de santé, mais plus encore à l'extérieur, à tous les niveaux de la société, au maillage de liens que l'on peut appeler fraternité, solidarité, soutien. Liens permettant d'entourer la personne vulnérable, de lui ouvrir la porte des soins et de mettre fin au renoncement, au non-recours, à l'abandon, quels qu'en soient la cause, la situation et l'obstacle.

Intervention du docteur Jean-François Corty

Directeur des missions France-Médecins du Monde

Je m'appuierai sur les données du dernier rapport de l'observatoire de Médecins du Monde issu de ses activités pour faire un constat et donner des éléments de recommandations de la part de notre organisation.

Médecins du Monde, c'est environ une centaine de projets depuis 1986 en France métropolitaine mais également à Mayotte, en Guyane et à la Réunion. Il s'agit d'actions fixes que l'on appelle des « *Centres d'accueil de soins et d'orientation* » ou d'actions mobiles où nos équipes se déplacent dans la rue ou dans les squats avec des médecins, des infirmières, des travailleurs sociaux qui donnent les premiers soins et aident à l'ouverture des droits.

Médecins du Monde en tant qu'ONG indépendante est un acteur singulier du champ de la santé publique, et peut se permettre de faire du témoignage sur la base d'opérations et de chiffres rationnels. Le rapport de l'Observatoire publié chaque année depuis les années 2000, met en évidence le fait que les étrangers représentent 90 % des 40 000 consultations médicales et dentaires. Néanmoins, nous voyons de nouveau revenir dans nos centres des personnes françaises qui, pour les raisons évoquées aujourd'hui (la méconnaissance des droits de l'ACS, l'effet de seuil, les restes à charge plus importants), recommencent à venir frapper à nos portes alors qu'on ne les voyait plus depuis la mise en place de la loi de 98 contre les exclusions.

Les Obstacles à l'accès aux soins qui peuvent induire des renoncements aux soins qui ont des impacts sur la santé de ces personnes

Dans 27 % des cas, les personnes qui viennent nous voir ont une méconnaissance de leurs droits et des structures leur permettant d'avoir un accès aux soins.

Dans 26 % des cas, l'obstacle est la barrière linguistique En effet pour les personnes ne maîtrisant pas le français, l'aide d'une association pour remplir un dossier pour l'AME notamment est nécessaire. Il faut également mentionner les difficultés administratives, comme la domiciliation, concernant la difficulté de fournir une adresse fixe où recevoir des courriers, pour certaines personnes qui n'ont pas de logement ou qui sont expulsées régulièrement de leur lieu de vie.

Enfin les difficultés financières concernent 7 % des personnes qui viennent nous voir : restes à charge de plus en plus importants, frais de transport pour se rendre sur le lieu de soins et le rajout de 30 euros pour pouvoir bénéficier de l'AME.

Nous constatons également des refus de soins de la part de certains professionnels de santé vis-à-vis des bénéficiaires de la CMU ou de l'AME.

Enfin une donnée intéressante comme facteur limitant et obstacle à l'accès aux soins : la peur du déplacement pour les personnes en situation irrégulière. Dans 60 % des cas, les gens ont peur de se déplacer entre leur lieu de vie et le lieu de soins, peur de l'arrestation ou de se faire renvoyer, et vont différer leurs soins.

Une nette augmentation du retard de recours aux soins

Nous notons une nette augmentation du retard de recours aux soins : 11 % en 2007 ; 17 % en 2008 ; 22 % en 2009 et 24 % en 2010. Parler du retard de recours aux soins permet d'une certaine manière d'avoir des indicateurs pour parler de la pauvreté. Dans le recueil de données de Médecins du Monde apparaissent bien des données médico-sociales. Sur le volet social, il apparaît clairement que la majeure partie de ces personnes vit dans des logiques de survie : les trois quarts vivent seules, un quart ont des logements stables, 98 % vivent sous le seuil de pauvreté. Il est à noter que 80 % des gens ont potentiellement des droits ouvrables (AME, CMU, ACS) mais la moitié ne les ont pas ouverts pour les différentes raisons évoquées précédemment.

Des indicateurs de santé inquiétants

Ces indicateurs de santé sont assez inquiétants et se dégradent. Non seulement on observe une augmentation de l'activité dans nos centres mais les couvertures vaccinales sont à hauteur de 30 % pour des antigènes très simples (rougeole, diphtérie, tétanos, polio). Après enquête, il apparaît que sur certains terrains, cette couverture représente moins de 10 %, même pour les pathologies les plus simples.

45 % des personnes que l'on voit nécessitent un traitement à plus de six mois : il s'agit de vrais malades avec de vraies pathologies chroniques telles que l'hypertension, le diabète ou l'asthme. Il y a des prévalences beaucoup plus élevées qu'en population générale sur les maladies de type VIH ou hépatites, la tuberculose…

Nos cohortes comptent près de 12 % de mineurs et beaucoup de femmes enceintes : 8 % de ces femmes enceintes vivent dans la rue, la moitié d'entre elles ne sont pas suivies pour leur grossesse dans les délais normaux.

Sur la base de ce constat, les recommandations que l'on peut faire :

- concernant l'AME : revenir sur les 30 € semble fondamental si l'on souhaite améliorer l'accès aux soins des plus précaires ;
- nous espérons une documentation sur l'impact du droit des 30 € pour bénéficier de l'AME, sur l'accès aux soins des bénéficiaires
- une fusion de l'AME et de la CMU ; en tant que simplification du dispositif pour les praticiens et les bénéficiaires
- une meilleure information des bénéficiaires,
- une meilleure formation des soignants à ces difficultés et aux dispositifs existants
- rendre plus effectifs des dispositifs de droit commun « existants » au lendemain de la loi de 1998 : les permanences d'accès aux soins, par exemple,
- de manière générale, écouter davantage les recommandations des divers experts IGAS, IGF, INSERM, Conseil national du sida, Société française de santé publique, différentes associations, des rapports de recherches peuvent éclairer les décideurs sur les enjeux de santé publique.

Intervention du docteur Roland L'Herron

Président de la Confédération nationale des syndicats dentaires

Ce colloque a permis d'évoquer deux méthodes pour prendre la mesure de l'accessibilité financière aux soins : soit l'on essaie de mesurer le recours aux soins par des indicateurs objectifs, soit l'on essaie de l'apprécier par le renoncement autodéclaré, c'est-à-dire par un indicateur subjectif.

En tant que représentant du terrain et de l'exercice libéral, mon intervention donnera le point de vue de ceux qui voient les malades, puisque par définition, nous ne voyons pas ceux qui ne consultent pas. J'aurai donc une meilleure appréhension du recours aux soins que du renoncement. Cependant, il est fréquent que nous rencontrions des personnes qui renoncent à certains soins généralement en raison du reste à charge.

Reste à charge et soins dentaires

Il n'y a pas de renoncement aux soins dentaires (obturation, dévitalisation, extraction etc.) dans les cabinets dentaires, car les patients savent que l'Assurance maladie les couvre à 70 % et que les mutuelles assurent les 30 % restants. Les soins dentaires, contrairement aux idées reçues, sont donc entièrement pris en charge et à tarifs opposables dans un contexte où 98 % des dentistes sont conventionnés.

En ce qui concerne l'orthodontie et la prothèse pour lesquelles l'Assurance maladie rembourse très peu, on ne peut pas parler de dépassements dans la mesure où il s'agit d'un secteur à honoraires libres. Il n'y a donc pas dépassement mais complément d'honoraire par rapport aux barèmes Sécurité sociale.

Une troisième catégorie de soins ne donne lieu à aucun remboursement, ni par l'Assurance maladie ni par les assurances complémentaires santé le plus souvent. Il s'agit des soins de parodontie, de gencives, de greffes et d'implantologie par exemple.

Dans ces deux derniers secteurs, nous rencontrons très fréquemment des renoncements pour raisons financières.

Différents types de renoncements aux soins dentaires

Les renoncements aux soins sont très différents selon les populations.

On peut se demander s'il faut parler de renoncement lorsqu'une personne ayant des revenus confortables renonce à se faire poser un implant parce qu'elle préfère consommer d'autres biens et services.

À l'inverse, il y a peu de problèmes de renoncement aux soins chez les bénéficiaires de la CMUC parce qu'il y a un panier de soins à tarifs opposables en prothèses et en orthodontie. Seuls 5 % des dossiers dentaires donnent lieu à dépassement. Il faut cependant distinguer entre les patients bénéficiaires de la CMUC depuis quelque temps et ceux qui entrent tout juste dans le dispositif. Ces derniers ont souvent une mauvaise connaissance de leurs droits et rencontrent beaucoup de problèmes autres que leur santé (retrouver un travail etc.). On voit alors des renoncements aux soins résultant de rendez-vous manqués ou du fait que leur santé bucco-dentaire n'est pas un problème prioritaire pour eux. Ces patients ont en outre des relations plus difficiles avec les professionnels de santé.

Les patients qui rencontrent un véritable problème de renoncement pour raisons financières sont ceux qui se trouvent immédiatement au-dessus du seuil de la CMUC et qui ne peuvent pas accéder même à une couronne métallique. Souvent, ces personnes témoignent d'un problème d'information à la souscription d'une assurance complémentaire. En effet, des patients qui pensaient être bien couverts par leur mutuelle parce qu'elle rembourse 300 % du tarif sécurité sociale comprennent tardivement qu'étant donné le niveau de ce tarif, ce remboursement ne représente pas une somme suffisante.

Des solutions au renoncement aux soins dentaires

Tout d'abord, les médias doivent arrêter de répéter que les soins sont mal pris en charge en France : certes, ils sont les plus bas d'Europe, mais ils sont bien pris en charge. En ce qui concerne les personnes bénéficiaires de la CMUC, qui sont fragilisées, il faut faire un effort pour leur indiquer leurs droits.

En ce qui concerne les bénéficiaires de la CMUC, deux problèmes peuvent trouver des solutions concrètes et rapides :

- Premier problème : le panier de soins CMUC est revu tous les cinq ans lors de la signature de la convention. Or, la dernière modification date de 2006 et certains soins prothétiques sont actuellement à un forfait CMUC inférieur à ce que le praticien les paie au laboratoire.
- Autre problème : lorsqu'un praticien réalise une prothèse sur un bénéficiaire de la CMUC qui, pour diverses raisons, ne vient pas à ses rendez-vous, personne, ni l'Assurance maladie, ni le fonds CMU, ne veut payer la prothèse au praticien.

Si ces deux problèmes concrets étaient réglés, les refus de soins seraient moins nombreux.

Pour la population hors CMU, il faudrait augmenter les remboursements des soins conservateurs et prothétiques, qui n'ont pas bougé pour certains depuis plus de vingt ans. Cela amène certains professionnels à choisir de s'installer dans des zones où ils savent qu'ils pourront avoir une activité de prothèse importante plutôt qu'une activité de soins conservateurs mal payés. Il sera nécessaire de trouver des solutions à ce problème au cours de la prochaine négociation conventionnelle.

Enfin, plusieurs exemples montrent qu'il y a des solutions possibles avec les complémentaires. Ainsi, notre profession a signé un protocole avec la Mutualité de la fonction publique (MFP) qui limite les montants de prothèses. Les professionnels s'engagent à ne pas dépasser 600 euros pour une couronne céramo-métallique et en contrepartie, les mutuelles de la fonction publique remboursent 300 euros au lieu de 150 euros. Il y a donc certainement des solutions à trouver dans le cadre des réseaux ouverts pour mieux gérer le reste à charge des patients.

Clôture

Nous avons souhaité organiser ce colloque parce que nous considérons que la notion de renoncement aux soins est une notion intéressante mais complexe. Le colloque avait pour ambition de clarifier cette notion multidimensionnelle et je crois que cet objectif a été atteint. Les différentes études présentées ont permis d'aller plus loin dans la compréhension de cette notion et de dépasser certaines représentations parfois un peu frustes.

Le colloque tenu aujourd'hui nous permet de dégager quelques enseignements utiles. Le renoncement aux soins pour raisons financières déclaré par les personnes interrogées dans les enquêtes statistiques auprès des ménages reste un indicateur statistiquement éprouvé et pertinent pour mesurer les difficultés d'accès aux soins, notamment chez les personnes fragiles, en complément de mesures plus objectives telles que le reste à charge ou la proportion de personnes couvertes par les assurances maladies de base et complémentaire. Il n'en reste pas moins qu'il s'agit d'une notion subjective, découlant des perceptions que les personnes interrogées se font de ce que signifie renoncer aux soins, elles-mêmes dépendantes de leur situation socio-économique et de leurs attentes à l'égard du système de soins.

Ainsi, paradoxalement, des programmes d'accès aux soins des personnes en situation de précarité peuvent contribuer à les éloigner d'une culture de privation dans laquelle le renoncement à toutes sortes de biens et services dont la santé est la norme, et par suite conduire à l'expression plus fréquente du sentiment d'écart entre les prestations reçues du système de soins et les besoins qu'il lui est demandé de couvrir.

Nous avons besoin d'indicateurs de renoncement aux soins incontestés et reconnus comme tels par la communauté des statisticiens. C'est le cas, me semble-t-il, des indicateurs produits par un système statistique public et notamment dans le cadre des enquêtes sur la santé et la protection sociale de l'IRDES, ou encore des enquêtes sur le revenu et les conditions de vie de l'INSEE, dont le protocole d'intégration des personnes a été rigoureusement questionné. Je n'en dirai pas autant de certaines mesures partielles déposées dans le débat public, qui me semblent quelquefois un peu frustes.

En termes opérationnels pour les politiques publiques, l'analyse précise des obstacles financiers qui persistent dans l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMUC montre, de façon plutôt rassurante, qu'ils ne concernent qu'une minorité des allocataires et restent circonscrits à certains soins. Ils n'en restent pas moins réels, et peuvent atteindre des montants élevés, ce qui nous interroge sur certaines améliorations du panier de soins ou des tarifs de remboursement pour certains aspects du dentaire par exemple.

Ce colloque est un point d'aboutissement de travaux menés sous l'impulsion de la DREES par la CNAM, l'IRDES et diverses équipes scientifiques. J'exprime mes remerciements à l'ensemble des administrations et organismes qui ont réalisé ces travaux. Nous allons continuer à travailler sur ce sujet. Ces travaux présentés ici trouveront logiquement leur prolongement dans les futures éditions de l'enquête santé et protection sociale de l'IRDES. L'enquête sur les revenus et les conditions de vie menée chaque année par l'INSEE continuera elle aussi à mesurer ces évolutions.

La Direction de la Sécurité sociale attache beaucoup d'importance aux programmes de qualité et d'efficience annexés aux lois de financement de la Sécurité sociale. Nous continuerons à mobiliser ces deux sources dans les futurs programmes. Je signale par ailleurs le travail du HCAAM qui poursuit son travail patient de recherche d'un partage toujours plus grand de l'information sur les conditions financières de l'accès aux soins au moyen du tableau de bord désormais inclus dans son rapport annuel.

Nous disposons désormais d'un certain nombre d'éléments qui permettent de mieux suivre ces éléments. Pour autant, nous sommes preneurs de tous les travaux de recherche, davantage qualitatifs, qui doivent être prolongés en parallèle pour bien interpréter les évolutions mesurées dans les enquêtes.

Je pense que la Sécurité sociale est le premier élément de l'accessibilité financière aux soins dans notre pays. Garantir la pérennité financière de la Sécurité sociale, c'est garantir de façon durable l'accès aux soins de tous. Naturellement, cette pérennité financière doit être atteinte dans un contexte économique et de nos finances publiques fortement contraints, et c'est pourquoi nous devons concevoir de façon parfaitement coordonnée nos politiques de maîtrise de la dépense de santé et promotion de l'égalité d'accès aux soins, car c'est en continuant à infléchir la tendance des dépenses de santé que nous parviendrons à nous rapprocher de l'équilibre de la branche maladie tout en préservant un haut niveau de prise en charge publique des soins.

Par ailleurs, nous devons renforcer la coordination entre l'Assurance maladie de base et les organismes complémentaires. Aujourd'hui, l'accès à l'assurance complémentaire est une donnée essentielle de l'accessibilité financière aux soins. Nous n'avons certes pas à rougir de nos résultats, avec 93 % des Français couverts par une assurance complémentaire santé, mais nous devons aller au-delà, notamment dans le contenu de cette assurance complémentaire et son adéquation par rapport aux problèmes de couverture des différentes populations. C'est la raison pour laquelle la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012 crée un label ACS qui permettra aux bénéficiaires de ce dispositif de mieux s'orienter dans l'offre des organismes complémentaires.

D'autre part, il ne suffit pas de voter des droits sociaux, il faut les faire vivre, les faire connaître, notamment au niveau des situations précaires. C'est un travail sur lequel l'État doit mettre en synergie les différents organismes sociaux dont il a la charge. Il doit aussi travailler avec les associations.

Au moment où la protection sociale redevient une idée porteuse, comme l'ont montré les avancées récentes au sein du G20 sous présidence de la France, il est important qu'en France même, l'ensemble des acteurs de la protection sociale se mobilisent pour porter cette idée, l'accès aux soins en constituant un champ d'action naturel. La France ne parviendra pas seule à prolonger les avancées actuelles, nous devons agir tous ensemble pour un monde avec plus de protection sociale, où l'accès aux soins sera mieux respecté, dans tous les pays.

Dominique LIBAULT, directeur de la Sécurité sociale (DSS)

La notion de renoncement à des soins pour raisons financières est souvent utilisée pour mesurer les inégalités d'accès aux soins, dont la réduction est une priorité de santé publique. Elle est complémentaire d'autres approches des mesures des inégalités d'accès aux soins basées sur les consommations effectives. La Direction de la sécurité sociale (DSS) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) ont souhaité explorer cette notion de renoncement aux soins, afin de bien mesurer le phénomène et de mieux comprendre ce qu'il recouvre, d'en connaître les déterminants, et de réfléchir au rôle des politiques publiques pour en limiter l'ampleur.

Plusieurs travaux de recherche ont été présentés lors du colloque Renoncement aux soins qui s'est tenu à Paris le 22 novembre 2011. La présentation de ces travaux a été suivie par une table ronde donnant la parole aux différents acteurs du système de soins (assureurs, professionnels de santé, patients, associations…) autour d'un débat sur la question suivante : « Comment mieux garantir l'accessibilité financière aux soins ? »

L'objet de ce recueil est de retranscrire les différents exposés de ce colloque ainsi que les débats qui les ont suivis.

ISBN : 978-2-11-097357-3
DICOM : 12-027