

Programme « maladie » - Partie II « Objectifs / Résultats »

Objectif n°1 : assurer un égal accès aux soins

Indicateur n° 1-5 : Indicateur de renoncement aux soins au cours des 12 derniers mois pour des raisons financières : écart entre bénéficiaires de la CMU complémentaire et bénéficiaires d'une couverture privée.

Finalité: en 2006, 14 % de la population métropolitaine déclare avoir renoncé à certains soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Outre le revenu du ménage, le principal déterminant du renoncement aux soins est le niveau de couverture complémentaire. L'indicateur retenu permet de mesurer l'inégalité d'accès aux soins entre la grande majorité de la population (86 %) qui possède une couverture privée, et la fraction de la population bénéficiant de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) - 7 % - qui se caractérise par un niveau de vie modeste et des déterminants sociaux pouvant influencer le recours aux soins. Pour compléter cette approche, il est nécessaire de comparer en parallèle le renoncement aux soins des personnes sans couverture (7 % de la population) à celui des personnes ayant une couverture privée afin d'analyser le rôle protecteur de la CMUC.

Construction de l'indicateur: l'indicateur est la différence entre le taux de renoncement aux soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois déclaré par les bénéficiaires de la CMUC et celui déclaré par les bénéficiaires d'une assurance complémentaire privée. Une baisse de l'indicateur s'interprète donc comme une baisse des inégalités sociales de renoncement aux soins.

Réalisation de l'indicateur :

	2000	2002	2004	2006	Objectif
(1) Renoncement des personnes bénéficiant de la CMUC	26,2%	16,1%	17,9%	19,1%	
(2) Renoncement des personnes bénéficiant d'une couverture privée	14,1%	9,7%	11,9%	12,6%	
(3) Renoncement des personnes sans couverture complémentaire	29,3%	25,1%	27,9%	32,0%	
Écart de renoncement CMUC / couverture privée [= (1)-(2)]	12,1 Pts	6,4 Pts	6,0 Pts	6,5 Pts	réduction
Écart de renoncement sans couverture / couverture privée [= (3)-(2)]	15,2 Pts	15,4 Pts	16,0 Pts	19,4 Pts	

Source : IRDES – enquêtes Santé et protection sociale.

En 2006, 14 % de la population métropolitaine déclare avoir renoncé à certains soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Près de 20 % des renoncements sont déclarés comme définitifs, les autres étant reportés. Les renoncements et les reports sont concentrés sur un nombre limité de soins, ceux pour lesquels le reste à charge des assurés est important : 63 % concernent la santé bucco-dentaire, 25 % les lunettes et 16 % les soins de spécialistes. L'absence de couverture par une complémentaire maladie est le principal facteur lié au renoncement : 32 % des personnes non protégées déclarent avoir renoncé, contre 19 % des bénéficiaires de la CMUC et 13 % pour les bénéficiaires d'une complémentaire privée.

L'écart de renoncement aux soins entre les bénéficiaires de la CMUC et les bénéficiaires d'une assurance complémentaire privée est de 6,5 points en 2006. La légère diminution observée entre 2002 et 2004 ne s'est donc pas poursuivie en 2006. Après la très forte diminution entre 2000 et 2002, l'indicateur semble, ainsi, se stabiliser autour de 6 %. Les variations entre 2002 et 2006 sont très faibles et il est fort probable qu'elles soient

uniquement imputables au fait que l'indicateur est construit sur des données d'enquête. Les bénéficiaires de la CMUc continuent donc à renoncer plus fréquemment aux soins que les individus ayant une couverture privée. La persistance de ce renoncement plus important s'explique par les caractéristiques socio-économiques (faibles revenus, chômage fréquent, sur-représentation des ouvriers et des employés) et démographiques (sur-représentation des familles monoparentales) des bénéficiaires de la CMUc. La très forte baisse observée en début de période tient au fait que 2000 est l'année d'entrée en vigueur de la CMUc. Comme la question porte sur le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois, des personnes ont pu renoncer à des soins avant d'être effectivement couvertes par la CMUc, ce qu'accrédite le fait qu'en 2000, les taux de renoncement aux soins des personnes sans couverture et des personnes ayant la CMUc étaient comparables.

En revanche, l'écart de renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMUc s'établit à un niveau significativement moindre que celui des personnes ne bénéficiant d'aucune couverture (respectivement 6,5 points et 19,4 points). Pour ces dernières, l'écart de taux de renoncement aux soins par rapport aux titulaires d'une couverture privée tend plutôt à augmenter d'une enquête à l'autre, avec une accélération entre 2004 et 2006. Cependant, ces résultats doivent être considérés avec prudence pour des raisons statistiques (variabilité des résultats non nécessairement significative entre deux vagues d'enquête).

Précisions méthodologiques :

Cet indicateur est fourni par la Drees à partir de l'enquête « Santé et protection sociale » (SPS) de l'Irdes. Elle a lieu tous les deux ans et a interrogé, en 2006, environ 8 000 ménages, soit 22 000 personnes. Elle est représentative des ménages ordinaires (ne vivant pas en institution) dont au moins un membre est couvert par l'une des trois principales caisses de sécurité sociale (CNAMTS, MSA, RSI). Elle est ainsi représentative de plus de 96 % de la population vivant en France métropolitaine.

Le renoncement dans l'enquête SPS 2006 est recueilli au travers des trois questions suivantes :

- 1) Au cours des douze derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous même, à certains soins pour des raisons financières ? (oui/non)
- 2) A quels soins avez-vous renoncé ? (trois réponses possibles)
- 3) Avez-vous renoncé définitivement à ce soin ou l'avez-vous reporté dans le temps ?

Il s'agit donc d'une information subjective dont l'analyse a montré pour les soins dentaires qu'elle dépend de la perception et de la représentation qu'ont les individus de leur état de santé.

Ce questionnement était identique dans l'enquête SPS 2004. En revanche, une légère modification du questionnement entre les enquêtes 2002 et 2004 rend difficilement interprétable l'évolution du renoncement aux soins entre ces deux dates. En 2002, le questionnement était en deux temps : « vous est-il arrivé de renoncer, pour vous même, à certains soins pour des raisons financières ? » puis « si oui, était-ce au cours des douze derniers mois ». En revanche, l'indicateur choisi, qui est l'écart entre le renoncement aux soins des personnes déclarant être couvertes par la CMUc et le renoncement aux soins des personnes déclarant être couvertes par une assurance complémentaire privée est en principe peu sensible à l'évolution de la question entre 2002 et 2004.

Les chiffres et les commentaires de cette fiche sont issus d'« Enquête sur la santé et la protection Sociale », série Résultat, 2008, Irdes, et du Questions d'Économie de la Santé n°132 (mai 2008) de l'Irdes.