

DOSSIER THEMATIQUE

LE RENONCEMENT AUX SOINS POUR RAISONS FINANCIÈRES : UN INDICATEUR PERTINENT MAIS COMPLEXE DE L'ACCESSIBILITÉ FINANCIÈRE DES SOINS

La France dispose d'un système d'assurance maladie obligatoire assurant une prise en charge publique des dépenses de santé, à hauteur de plus des trois quarts. Si l'on ajoute la couverture des autres administrations publiques (Etat, Fonds CMU et collectivités locales) et celle des organismes complémentaires, la part de la consommation de soins et de biens médicaux qui est mutualisée entre assurés dépasse 90 %. Les ménages ne supportent donc directement qu'une part modeste de leur dépense de santé.

Toutefois, ces informations ne renseignent que sur les soins effectivement consommés. Elles ne tiennent pas compte du fait que des personnes aient pu renoncer à des soins en raison de leur coût. Or, cette dimension vient compléter l'information objective sur l'accessibilité aux soins en identifiant des différences de recours au sein de la population.

La notion de renoncement aux soins évoque l'idée d'un besoin en santé non satisfait, c'est-à-dire d'une situation dans laquelle un individu ne reçoit pas un soin qu'il juge nécessaire ou que son état de santé objectif justifie. Ce renoncement peut avoir des causes multiples : géographiques, si les structures de soins sont difficilement accessibles à partir du domicile d'un assuré, psychologiques - la peur de la révélation d'un diagnostic ou de la souffrance -, liées au temps que les soins requièrent, ou financières si l'individu renonce à se rendre chez le médecin pour ne pas avancer le montant de la consultation ou risque de subir un dépassement d'honoraires. C'est cette dernière notion de renoncement aux soins pour raisons financières qui fait l'objet du présent dossier.

Les questionnements sur le renoncement aux soins sont apparus à la fin des années quatre-vingt-dix, au moment des travaux préparatoires à la loi instituant la couverture maladie complémentaire (CMUc) où le constat qu'une personne sur cinq renonçait à des soins pour raisons financières. De par sa nature, le niveau de renoncement aux soins ne peut être approché que par le biais d'enquêtes. Une interrogation surgit alors quant à la compréhension des questions permettant de mettre en avant un renoncement, ou même d'interprétation de ce que recouvre la notion même de renoncement aux soins. Malgré les difficultés de mesure qu'entraîne le caractère polysémique du terme de renoncement aux soins, des indicateurs éprouvés existent aujourd'hui, qui permettent de caractériser la hauteur des obstacles financiers à l'accès aux soins dressés devant certains groupes d'assurés. Ils constituent également une appréciation, certes partielle, de la performance des politiques de promotion de l'égalité d'accès aux soins, dont l'évolution défavorable peut constituer le signal de la nécessité d'un examen en profondeur de ces politiques.

I . LE RENONCEMENT AUX SOINS : EVOLUTION GENERALE

Les questionnements sur les obstacles financiers aux soins sont désormais d'usage courant dans les enquêtes auprès des ménages sur leurs conditions de vie. En France, deux enquêtes sont ainsi régulièrement conduites, qui comportent des questions sur le renoncement aux soins pour raisons financières (cf. encadré à la fin de ce dossier). Il s'agit :

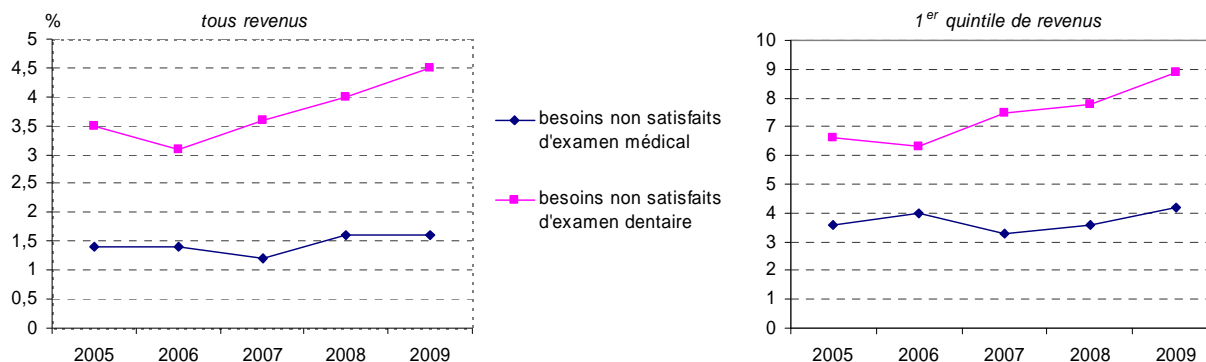
- d'une part, du dispositif Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV), enquête réalisée annuellement par l'INSEE ; il constitue la version française d'une enquête harmonisée au niveau européen - SILC : « *Survey on income and living conditions* » -, dont les résultats sont exploités à fin d'études et de construction d'indicateurs permettant de comparer les performances des politiques sociales dans les différents États-membres de l'Union européenne ;
- d'autre part, de l'enquête « Santé et protection sociale » (ESPS) réalisée tous les deux ans par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), qui permet en particulier de croiser les réponses aux questions des personnes interrogées sur l'accessibilité financière des soins

avec non seulement leurs caractéristiques socio-économiques comme dans l'enquête SRCV, mais également des données sur leur état de santé, leur couverture maladie ou leurs comportements de recours aux soins.

Il est important de prendre en considération le fait que les renoncements aux soins mesurés dans ces enquêtes sont des renoncements aux soins auto-déclarés par les personnes interrogées. Il est donc impossible d'objectiver les situations sous-jacentes aux réponses subjectives des individus lesquels répondent en fonction de leur propre perception de ce qu'est un renoncement aux soins.

Les données de l'enquête SRCV permettent une caractérisation globale des situations de renoncement aux soins pour raisons financières. Elles font apparaître une augmentation continue des besoins non satisfaits d'examen dentaire entre 2005 et 2009, tandis que le renoncement aux examens médicaux reste stable. Sur l'ensemble de la population, 4,5 % déclare renoncer à des soins dentaires en 2009, selon l'enquête SILC, ils sont 9 % au sein du 1^{er} quintile de revenus. Il existe donc une forte corrélation - négative - entre propension à déclarer un renoncement aux soins et revenu.

Taux de renoncement aux soins d'examens médicaux et dentaires, en population générale



Source : INSEE, SRCV - EU-SILC.

L'enquête santé et protection sociale (ESPS), réalisée par l'IRDES¹, est une autre source qui permet de mesurer les renoncements aux soins, et surtout de fournir des analyses des facteurs qui les déclenchent. Il faut toutefois relever qu'elle diffère de SRCV-SILC par l'énoncé de la question posée aux personnes interrogées, qui est plus large dans ESPS (cf. encadré à la fin du dossier). Ainsi, les résultats décrits dans les graphiques ci-dessus ne portent que sur les examens médicaux et dentaires, alors que les résultats de l'enquête ESPS présentés dans ce dossier recouvrent l'ensemble des soins de santé. Par ailleurs, les données de l'enquête ESPS analysées ici n'ont trait qu'aux personnes de 18 à 64 ans, qui déclarent davantage de renoncement aux soins que le champ plus large des 18 ans et plus². Ces deux éléments expliquent que la proportion de la population qui déclare renoncer aux soins est sensiblement plus élevée dans ESPS (16,5 %). Toutefois, s'il n'est pas possible de comparer les niveaux de renoncement aux soins issus de ces deux enquêtes, les évolutions sont en revanche en cohérence. Ceci confirme la difficulté de mesurer le renoncement aux soins.

Un cinquième des renoncements aux soins déclarés dans ESPS sont définitifs, les autres soins seraient reportés. **Les renoncements (ou reports) sont concentrés sur un nombre limité de soins, ceux pour lesquels le reste à charge des assurés est important : le renoncement concerne majoritairement les soins dentaires (10 % des individus interrogés), l'optique (4 % des individus interrogés) et les médecins (3 % des individus interrogés).**

¹ Allonier C., Dourgnon P. et Rochereau T, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2008 », rapport de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, juin 2010.

² Le niveau moindre de renoncement aux soins observé chez les personnes âgées peut résulter d'une prise en charge plus fréquente à 100 %, au titre notamment d'affections de longue durée.

L'âge et le sexe semblent exercer un impact important sur le renoncement aux soins (cf. tableau ci-dessous). **Ainsi, les femmes déclarent plus fréquemment renoncer que les hommes** (19,8 % contre 13 %). Pourtant, en ce qui concerne les soins dentaires et optiques, qui sont le plus fréquemment cités comme motif de renoncement, il n'y a pas d'éléments biologiques pouvant expliquer cet écart. D'une façon générale, les femmes semblent exprimer des attentes plus fortes que les hommes en matière de soins. En outre, **le renoncement augmente avec la tranche d'âge jusqu'à un peu plus de 40 ans avant de diminuer aux âges plus élevés** : il augmente entre 18 et 40 ans, il se stabilise entre 40 et 50 ans pour diminuer ensuite. Il est également influencé par l'état de santé : **le taux de renoncement aux soins est deux fois plus important quand l'état de santé est jugé mauvais ou très mauvais** (34,4 %) relativement aux déclarations d'état de santé bon ou très bon (13,2 %). Cet écart est encore plus important lorsqu'il s'agit de la santé dentaire (44,5 % contre 9,6 %). Ce résultat n'est pas surprenant puisqu'une grande partie des renoncements aux soins concernent les soins dentaires.

Taux de renoncement pour raisons financières en 2008

	Taux de renoncement en pourcentage
Sexe	
Homme	13,0
Femme	19,8
Age	
18-29	13,6
30-44	17,7
45-64	17,4
Etat de santé déclaré	
Mauvais ou très mauvais	34,4
Moyen	26,9
Bon ou très bon	13,2
Etat dentaire déclaré	
Mauvais ou très mauvais	44,5
Moyen	21,4
Bon ou très bon	9,6
Niveau de vie	
1 ^{er} quintile de revenu, moins de 870€	24,3
2 ^{ème} quintile de revenu, de 870€ à moins de 1 167€	23,2
3 ^{ème} quintile de revenu, de 1 167€ à moins de 1 486€	16,5
4 ^{ème} quintile de revenu, de 1 486€ à moins de 1 997€	15,2
5 ^{ème} quintile de revenu, de 1 997€ et plus	7,5
Niveau d'études	
Sans diplôme	18,3
CAP, BEP	18,0
Baccalauréat	16,0
Bac +2 et plus	14,4
Taille du ménage	
Personnes seules	21,5
Ménages de 2 à 4 personnes	15,1
Ménages de 5 personnes et plus	19,3
Type de complémentaire santé détenue	
CMUc	21,0
Privée	15,3
Sans complémentaire	30,4
Total	16,5

Source : ESPS 2008, y compris le suréchantillon CMUcistes. Champ : 18-64 ans.

Au-delà de ces déterminants sanitaires, le renoncement aux soins est également différencié socialement. **Le taux de renoncement diminue avec le niveau de vie**. Ainsi, une personne appartenant au 5^{ème} quintile de

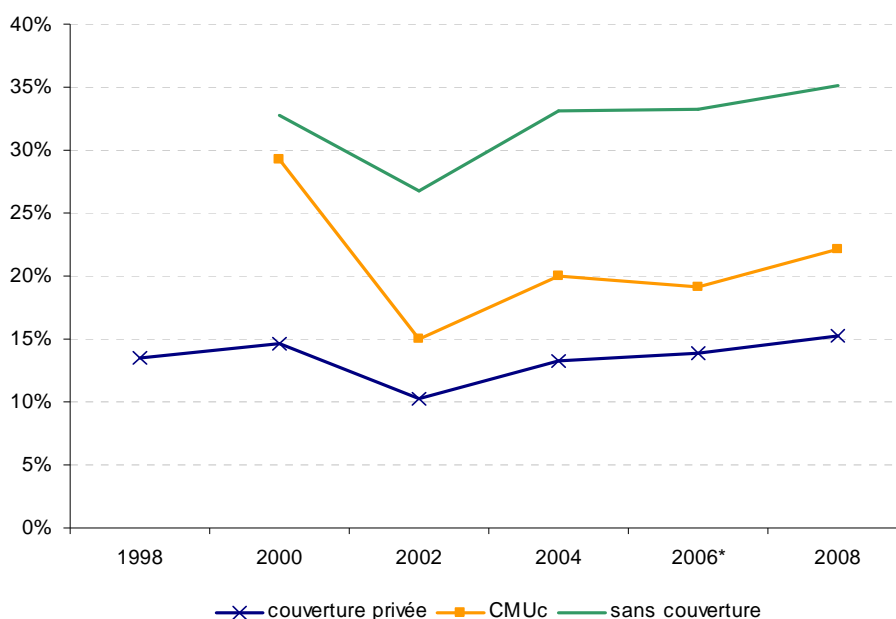
revenu (les 20 % les plus riches) déclare plus de trois fois moins de renoncement qu'un individu du premier quintile (les 20 % le plus pauvres) : 7,5 % contre 24,3 %. **Le niveau d'études et la taille du ménage affectent également le renoncement aux soins, mais de façon moindre** : le taux de renoncement d'une personne sans diplôme est de 18,3 % alors qu'il est de 14,4 % pour des personnes ayant effectué au moins deux ans d'études après le baccalauréat, celui d'une personne seule est de 21,5 % alors qu'il est de 19,3 % pour un ménage composé de 5 personnes et plus. Les variables examinées ici (taille du ménage, niveau de diplôme) sont corrélées (négativement pour la taille du ménage lorsqu'elle excède une personne, positivement pour le niveau de diplôme) avec le revenu. Or, le renoncement aux soins est d'autant moins important que le revenu est élevé. Outre le revenu par unité de consommation, il est frappant de constater **que l'expérience de la précarité, passée présente ou redoutée dans le futur, joue un rôle important sur le renoncement aux soins pour raisons financières, à niveau de revenu donné, avec un effet cumulatif.**

Le taux de renoncement aux soins, au regard de la détention d'une couverture complémentaire, est plus élevé pour les personnes sans couverture complémentaire (30,4 %) que pour celles qui en détiennent une (15,3 %). En revanche, la détention de la couverture universelle maladie complémentaire, qui permet aux personnes à faibles ressources de disposer d'une couverture complémentaire, devrait se traduire par un taux de renoncement aux soins sensiblement identique à celui observé chez les détenteurs d'une couverture privée, ce que l'on n'observe pas.

II. LE RENONCEMENT AUX SOINS DES BENEFICIAIRES DE LA CMUC

Afin d'améliorer l'accès aux soins des personnes à faibles ressources disposant des droits de base à la sécurité sociale, la CMUc a été mise en place en 2000. On a alors observé une diminution rapide et importante du taux de renoncement aux soins des bénéficiaires de cette prestation entre 2000 et 2002, passant de 29,2 % à 15 % sous l'effet de la montée en charge du dispositif. Ensuite, ce taux a augmenté globalement au même rythme que le taux de renoncement aux soins des individus disposant d'une couverture complémentaire privée. Il reste toutefois très inférieur aux taux de renoncement aux soins des personnes sans couverture complémentaire et, globalement moins dynamique que ces dernières.

Evolution du taux de renoncement pour raisons financières en fonction du type de couverture complémentaire détenue



Source : ESPS, IRDES. * Ajout d'un suréchantillon de CMUcistes.

Même si le taux de renoncement aux soins des personnes couvertes par la CMUc est bien inférieur à celui observé sur les personnes sans couverture (21 %), il est environ 6 points au-dessus des personnes détenant une couverture privée. Or, la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc), qui vient en complément, sous condition de ressources, des droits de base gérés par le régime obligatoire des bénéficiaires, permet la prise en charge sans avance de frais du ticket modérateur pour les soins de ville et à l'hôpital, du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée, des dépassements de tarifs dans certaines limites pour les soins dentaires, l'optique, les prothèses auditives ou encore certains dispositifs médicaux³. De plus, les professionnels de santé sont tenus de respecter ces tarifs, sauf en cas d'exigence particulière de l'assuré. En conséquence, si le CMUciste présente bien son attestation, que le médecin ne refuse pas de le soigner et/ou ne lui applique pas un dépassement d'honoraire (ce qui contreviendrait à la loi), il devrait déclarer un taux de renoncement aux soins équivalent à celui d'un individu disposant d'une couverture complémentaire privée.

Le constat que les CMUcistes sont en fait davantage confrontés à des renoncements aux soins est toutefois confirmé par une étude de la CNAMTS portant sur les restes à charge des CMUcistes⁴. Elle montre, néanmoins, que les trois quarts d'entre eux n'ont eu aucun reste à charge, 85 % moins de 10 € à déboursier sur l'ensemble de l'année et 95 % moins de 65 €. Seule une petite fraction des bénéficiaires de la CMUc est confrontée à des restes à charge importants : 5 % ont un reste à charge de 270 € et 1 % un reste à charge de l'ordre de 690 € sur un an. Il est intéressant de noter que cette étude réalisée sur les données de gestion de la CNAMTS confirme le champ sur lequel les renoncements aux soins ont lieu : les restes à charge sont principalement liés à l'optique (44 %), les soins dentaires (13 %) et les consultations et les visites (10 %).

Les résultats observés du taux de renoncement aux soins en 2008, sur la population générale, montre l'impact important des déterminants socio-économiques sur le taux de renoncement aux soins. Or, la population des CMUcistes est spécifique : elle est plus féminine que le reste de la population française. Cet élément pourrait expliquer l'écart du taux de renoncement. Toutefois, elle est également plus jeune, ce qui joue en sens contraire. D'autres facteurs sont potentiellement explicatifs du renoncement, en particulier, l'état de santé pour les CMUcistes mais aussi les personnes déclarant de bons niveaux de garantie. En corrigeant de ces facteurs, l'IRDES montre que le taux de renoncement aux soins pour raisons financières des CMUcistes est identique à celui des personnes disposant d'une couverture complémentaire privée. En d'autres termes, **la CMUc apporte la même protection contre le renoncement aux soins pour raisons financières qu'une très bonne complémentaire privée, l'écart observé entre le renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMUc et ceux disposant d'une couverture complémentaire privée résultant des spécificités des CMUcistes.**

III. LE RENONCEMENT AUX SOINS EST-IL UNE MESURE PERTINENTE DES DIFFICULTES D'ACCES AUX SOINS ?

Les résultats présentés auparavant, qui traduisent une déclaration de renoncements aux soins plus fréquente parmi les bénéficiaires de la CMUc que parmi les personnes dotées d'une couverture complémentaire maladie privée, et surtout une progression de cette propension à déclarer un renoncement aux soins qui ramène son niveau en 2008 à celui observé en 2000, soit au tout début de la mise en œuvre de la CMUc, contrevient à l'intuition selon laquelle la CMUc a très fortement réduit le coût des soins pour les personnes à revenus modestes, et a donc contribué à lever les obstacles financiers à l'accès aux soins de ces personnes. C'est d'ailleurs cette intuition qui avait conduit dès 2000 à retenir les indicateurs de renoncement aux soins comme mesures de l'impact de la mise en place de la CMUc sur l'accès aux soins des ménages modestes.

On ne saurait nier que dans une certaine mesure le fait de déclarer un renoncement aux soins pour raisons financières traduit une réalité éprouvée, même parmi les CMUcistes (*cf. supra* sur les restes à charge supportés par les CMUcistes). Mais la pertinence d'une mesure des renoncements aux soins pour raisons financières peut également être questionnée à partir du constat d'un niveau élevé et également en progression de la fréquence de

³ Par ailleurs, le bénéficiaire de la CMUc est exonéré de la participation forfaitaire de 1 € (sur les consultations, les actes de radiologie et les analyses médicales) et des franchises médicales (0,5 € par boîte de médicaments, 0,5 € par acte paramédicaux, 2€ par transport sanitaire).

⁴ « Reste à charge des personnes bénéficiant de la CMUc en 2010 », Points de repère n° 35, CNAMTS, 2011 (à paraître).

ces renoncements parmi les groupes économiquement favorisés. Plusieurs interrogations peuvent en effet être soulevées.

En premier lieu, il est vraisemblable que la complexité de la législation relative à la CMUc et la connaissance partielle qu'en ont les bénéficiaires peuvent engendrer des déclarations de renoncement aux soins en dehors de toute réalité sous-jacente (par exemple, si des CMUcistes s'attendent à tort à acquitter des dépassements d'honoraires).

En second lieu, l'ampleur des renoncements aux soins est mesurée à partir des réponses subjectives des personnes interrogées aux enquêtes de l'IRDES et de l'INSEE. Il est vraisemblable que l'acception même du terme « renoncement aux soins » diffère d'un individu à l'autre, en fonction de ses caractéristiques socio-économiques, de sa position dans le cycle de vie ou de son état de santé. Il est donc légitime de questionner cette notion, ainsi que les protocoles de recueil de l'information à son sujet. Il faut cependant se garder d'un jugement trop négatif sur la notion de renoncement aux soins déclaré. Indépendamment du problème général posé par l'évolution récente contre-intuitive du taux de renoncement aux soins chez les bénéficiaires de la CMUc et du niveau élevé auquel il était revenu en 2008 dans cette population, il convient de remarquer qu'une analyse approfondie des facteurs déterminant une déclaration de renoncement aux soins (Després et al., 2011⁵) permet de retrouver des corrélations attendues :

- la situation socio-économique présente des individus, tout particulièrement leur revenu, est en lien étroit avec le renoncement aux soins ;
- la qualité de la couverture maladie complémentaire est également (négativement) corrélée au niveau individuel à la propension à déclarer un renoncement aux soins ;
- habiter dans une zone où les tarifs moyens des soins et des biens médicaux sont plus élevés - du fait des pratiques de dépassements tarifaires plus fréquents par les professionnels de santé - favorise également la déclaration d'un renoncement aux soins.

Cependant, une forte occurrence des renoncements aux soins est également liée à des variables plus complexes, qui laissent place à une certaine variabilité autour de l'incidence des facteurs intuitifs mentionnés ci-dessus. On peut ainsi postuler que jouent dans la perception de besoins de soins non satisfaits non seulement des situations défavorisées auxquelles les personnes interrogées font face au moment où elles sont interrogées, mais également des expériences passées de la pauvreté ou des anticipations négatives pour l'avenir. Plus fondamentalement, des travaux de sciences sociales récents (Jusot et al. 2009⁶) soulignent le rôle discriminant joué par les situations défavorisées pendant l'enfance et du patrimoine socio-économique et culturel hérité des parents dans les besoins individuels de santé et les comportements de recours aux soins. Cela peut expliquer que des personnes aujourd'hui protégées de la précarité ou bénéficiant d'un haut niveau de couverture maladie comme la CMUc puissent néanmoins déclarer fréquemment des renoncements aux soins. Ainsi, à partir d'une analyse multivariée, Després et al. (2011) calculent que, si on les privait du bénéfice de la CMUc, les actuels allocataires verraient leur propension à renoncer aux raisons financières doubler (40 %, contre 22 % observés en 2008 chez les CMUcistes), sous l'effet de leurs caractéristiques socio-économiques et de leurs histoires de vie qui constituent en moyenne des facteurs importants de renoncement.

Enfin, il faut admettre que le fait pour des individus de déclarer ou non un renoncement aux soins peut traduire des différences dans le rapport aux soins. On peut ainsi émettre l'hypothèse que la capacité à déclarer un renoncement aux soins suppose une aptitude à évaluer les besoins de santé et à formuler des attentes à l'égard du système de santé, ce qui pourrait expliquer des différences de comportements entre les personnes en très grande précarité, confrontées à des situations permanentes de privations matérielles, et celles qui, bien que bénéficiant de faibles ressources, sont engagées dans un processus d'insertion sociale et professionnelle. La CMUc a ainsi pu constituer un facteur de sécurisation des attentes des personnes modestes à l'égard de la

⁵ Després C., Dourgnon P., Fantin, R. et Jusot F., « Dépense de santé et accès financier aux services de santé : une étude du renoncement aux soins », Les comptes nationaux de la santé 2010, DREES.

⁶ Jusot F., Tubeuf S., Trannoy A., « Tel père, tel fils : l'influence de l'origine sociale et familiale sur la santé des descendants en Europe », dans « Famille et vieillissement en Europe - Enquête SHARE », coordonné par Attias-Donfut C. (CNAV), Sirven N. (IRDES), Retraite et Société (CNAV), 2009/11, n° 58, pp. 63-85.

santé, leur permettant ainsi d'exprimer de façon plus explicite des besoins et donc des écarts entre le recours aux soins et ces besoins. Le renoncement aux soins pour raisons financières assez fréquent parmi les personnes à revenus moyens ou élevés suggère ainsi des attentes contrariées de prise en charge de soins ou de biens à l'efficacité thérapeutique limitée, comme par exemple dans le cas des remboursements des médicaments à service médical rendu insuffisant. Des travaux conduits dans le cadre d'un projet global de recherche sur le renoncement aux soins actuellement coordonné par la DREES devraient permettre de documenter cette dimension du renoncement aux soins d'ici à la fin de l'année 2011.

Au total, la mesure de la performance des politiques de santé et d'assurance maladie en matière d'accessibilité des soins doit continuer à reposer sur les indicateurs de renoncement aux soins, décomposés par décile de revenu ou par type de couverture complémentaire possédée par les personnes interrogées, dans la mesure où ils traduisent de façon globalement fidèle le lien entre situation socio-économique et facilité d'accès aux soins, et où ils font l'objet d'une production régulière. Il serait cependant nécessaire de les compléter par les résultats d'études plus structurelles permettant d'affiner la compréhension de la construction par les individus de leurs besoins de santé et la perception consécutive des attentes non satisfaites à l'égard du système de santé.

IV. QUELLES POLITIQUES POUR REDUIRE LE RENONCEMENT AUX SOINS POUR RAISONS FINANCIERES ?

L'égal accès aux soins est un objectif essentiel des politiques de santé, justifié tout autant par des considérations d'équité sociale que par des préoccupations de santé publique. Cependant, comme l'indiquent les développements précédents, une variation de la proportion de personnes déclarant un renoncement aux soins pour raisons financières ne reçoit généralement pas une interprétation aisée en termes de dégradation effective de l'accessibilité financière des soins. Faire état de soins reportés ou auxquels il a été renoncé ne renverra pas à la même réalité de l'accès aux soins sous-jacente selon le rapport à la santé ou la situation économique de la personne interrogée.

Malgré ces limites, l'indicateur du renoncement aux soins pour raisons financières déclaré reste toutefois pertinent, dans la mesure où il capture des enjeux d'information des personnes sur leurs droits au remboursement des soins, de perception de difficultés générales d'accès à des prises en charge financièrement supportables, et enfin d'obstacles réels découlant d'un montant du reste à charge qui peut devenir excessif. Lorsque l'on observe une évolution défavorable de la proportion de personnes qui déclarent renoncer aux soins pour des raisons financières, il faut s'interroger sur les améliorations des dispositifs qui visent à réduire les obstacles financiers aux soins, qui seraient susceptibles de corriger cette évolution.

Les plus importants de ces dispositifs sont :

- la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) qui permet l'accès sans frais des personnes à faibles revenus à un large ensemble de soins et de biens médicaux ;
- l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), qui favorise la souscription de contrats de couverture complémentaire maladie par des personnes dont les ressources ne sont qu'à peine supérieures au seuil de ressources permettant de bénéficier de la CMUc ; il est à noter, que ce dispositif est encore sous utilisé car pour une population cible évaluée à environ 3 millions de personnes, seules 533 000 bénéficient réellement du dispositif fin 2010 ;
- l'exonération de ticket modérateur de l'assurance maladie en faveur des personnes affectées d'une affection de longue durée figurant sur une liste limitative de pathologies, qui protège des personnes susceptibles de s'exposer à des dépenses de santé catastrophiques du fait de leur état de santé, et ce même si leur revenu est relativement élevé.

Les constats mentionnés *supra* appellent des réflexions sur des aménagements à apporter à ces dispositifs. A titre d'orientations préliminaires, les enjeux suivants peuvent être identifiés :

- le développement de l'accès à la complémentaire santé des publics les plus fragiles doit être poursuivi, *via* des actions de communication tant pour l'ACS que pour la CMUc (parcours d'accueil attentionné en cours de réalisation à la CNAMTS pour ces deux publics) ; s'agissant de l'ACS, qui peine à toucher son public cible, plusieurs mesures ont été mises en œuvre depuis sa création : augmentation du plafond de

ressources et du montant des aides, envoi de courriers en flux régulier aux populations-cibles grâce à des échanges de données entre la CNAMTS, la CNAF et la CNAVTS (plus de 300 000 courriers annuels en 2011) ; la question d'une nouvelle revalorisation du plafond de ressources, au-delà de celles prévues dans la LFSS pour 2011, peut être mise en débat ;

- l'accès des publics aux professionnels de santé doit être facilité : il s'agit de contrôler l'effectivité de la généralisation du tiers-payant pour les bénéficiaires de l'ACS s'agissant de la part prise en charge par l'assurance maladie, et de réfléchir aux modalités de son élargissement à la part complémentaire ; on pourra également rechercher la limitation des dépassements d'honoraires par les voies tant conventionnelles que réglementaires ;
- le soutien au développement du secteur optionnel, qui vise à garantir à la fois un faible reste à charge et une bonne qualité des soins.

Le dispositif Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV)

Le dispositif SRCV est la partie française du système de statistiques communautaires *European union-Statistics on income and living conditions* (EU-SILC). Mis en place à partir de 2004, il succède d'une part au Panel communautaire des ménages - PCM (ECHP : *European Community Households Panel*) dont l'objectif était de cerner les conditions de vie des différentes catégories de ménages au sein de l'Union européenne et, d'autre part, au dispositif d'enquêtes permanentes des conditions de vie (EPCV). Il reprend certaines questions d'EPCV pour la production d'indicateurs sociaux, dont le suivi a été jugé indispensable pour les besoins propres du système statistique français mais qui ne sont pas retenus dans le cadre européen.

L'enquête, réalisée annuellement par l'INSEE, interroge environ 12 000 ménages, dont 10 000 environ ont déjà été interrogés l'année précédente, en France métropolitaine. Le renoncement aux soins est recueilli au travers de deux questions, l'une concernant les soins médicaux ("Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à voir un médecin pour des examens ou des soins médicaux dont vous aviez besoin ?"), l'autre les soins dentaires ("Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à voir un dentiste pour des soins dentaires dont vous aviez besoin ?"). L'enquête indiquant dans un deuxième temps, le cas échéant, la raison principale pour laquelle il a renoncé.

L'enquête santé et protection sociale (ESPS)

L'enquête santé protection sociale (ESPS), réalisée depuis 1988 par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (IRDES), est une enquête de la population générale à partir d'un échantillon d'assurés de l'assurance maladie. Une question spécifique sur le renoncement aux soins pour raisons financières figure dans le questionnaire et permet de mesurer ce renoncement : « Au cours des douze derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ? », puis en cas de réponse positive : « A quels soins avez-vous renoncé pour raisons financières ? (3 réponses possibles) ».

Depuis 2006, afin d'augmenter la puissance statistique des études portant sur les CMUcistes, l'enquête a été étendue à un échantillon supplémentaire de CMUcistes complémentaires. Le ménage dont l'assuré principal est bénéficiaire de la CMUc est interrogé systématiquement en face à face,

La situation financière des individus utilise les revenus déclarés des individus, normalisés en unité de consommation de l'INSEE. A titre indicatif, les personnes du premier quintile vivent avec moins de 870 € par mois et par unité de consommation.