

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

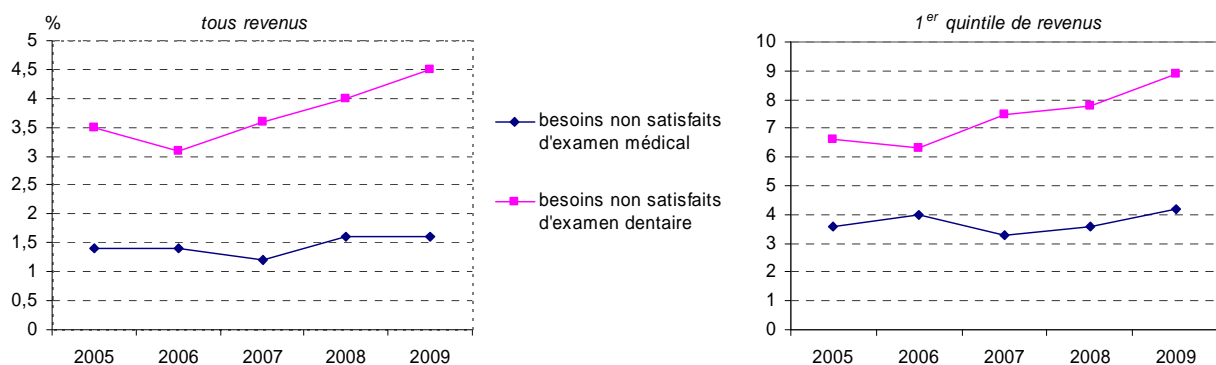
### Objectif n°1 : assurer un égal accès aux soins

**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* : la mesure du renoncement aux soins pour raisons financières complète l'indicateur basé sur l'observation de la consommation de soins également mobilisés pour apprécier l'accessibilité financière des soins, à savoir : « financement des dépenses de santé et reste à charge des ménages » (cf. indicateur « objectifs/résultats » n° 1-2). En effet, par construction, ces deux indicateurs ne renseignent que sur la propension des assurés à consommer des soins financièrement accessibles, laissant de côté les soins non consommés en raison d'un obstacle financier.

*Le renoncement aux soins en population générale* : la question du renoncement aux soins est posée dans l'enquête SILC (*Survey on Income and Living Conditions*). Cette enquête annuelle coordonnée par Eurostat concerne la quasi-totalité des pays membres de l'Union Européenne. Elle vise à collecter des données individuelles, multidimensionnelles, transversales et longitudinales, sur le revenu, la pauvreté, l'exclusion sociale et les conditions de vie.

En se limitant aux renoncements pour raisons financières, les taux de renoncement aux soins d'exams médicaux et dentaires obtenus par l'enquête SILC en population générale sur la période 2005-2009, sont présentés ci-après :



Source : enquête SILC. Champ : France, population générale.

Ces résultats 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 % appartenant au 1<sup>er</sup> quintile de revenus. Outre les personnes à bas revenus, les femmes déclarent plus que les hommes ne pas recevoir les soins nécessaires.

*Le renoncement aux soins et la couverture maladie complémentaire* : cette évolution générale du taux de renoncement aux soins interpelle les politiques d'assurance maladie, dont un aspect important est la mise à disposition des assurés d'une offre de couverture complémentaire qui leur permette d'accéder aux soins sans obstacle financier. A cet égard, 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) permet de compléter les résultats de l'enquête SILC en différenciant les niveaux de renoncements selon le type de complémentaire détenu : privé, couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) ou sans couverture complémentaire.

Selon l'enquête SPS de l'IRDES, en 2008, 16,5 % de la population métropolitaine âgée de 18 à 64 ans déclarent avoir renoncé à certains soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois. Un cinquième des renoncements sont déclarés comme définitifs, les autres soins seraient reportés. Les renoncements et reports

sont concentrés sur un nombre limité de soins, ceux pour lesquels le reste à charge des assurés est important : on retrouve ainsi comme dans l'enquête SILC le renoncement concernant les soins dentaires (10 % des individus interrogés), mais également l'optique (4 % des individus interrogés) et les consultations de médecins (3 % des individus interrogés).

En population générale, le renoncement aux soins pour raisons financières est déterminé par l'âge et le sexe. Les femmes déclarent renoncer plus que les hommes, quel que soit le type de soins concerné et la tranche d'âge. Le renoncement augmente entre 18 et 40 ans, il se stabilise entre 40 et 50 ans pour diminuer ensuite. Il est également déterminé par l'état de santé, avec une augmentation quand l'état de santé se dégrade. Au-delà de ces déterminants, le renoncement aux soins est également différencié socialement. Outre le revenu par unité de consommation, l'expérience de la précarité, passée, présente ou redoutée dans le futur, joue un rôle important sur le renoncement aux soins pour raisons financières, avec un effet cumulatif. De plus, le fait d'être couvert ou non par une couverture complémentaire joue sur le renoncement mais également sur le niveau de cette complémentaire, le prix des soins et le niveau du reste à charge.

**Résultats** : l'indicateur de renoncement aux soins est construit comme la différence entre le taux de renoncement des bénéficiaires de la CMUc et celui des détenteurs d'une couverture complémentaire santé privée. Son évolution depuis 2000 est retracée dans le tableau ci-après pour les personnes âgées de 18 à 64 ans :

	Sans le suréchantillon de CMUcistes				avec le suréchantillon		Objectif
	2000	2002	2004 (*)	2006	2006	2008	
(1) Renoncement des personnes bénéficiant de la CMUc	29,2 %	15 %	20 %	21,4 %	19,1 %	22,1 %	
(2) Renoncement des personnes bénéficiant d'une couverture privée	14,6 %	10,2 %	13,2 %	13,9 %	13,9 %	15,2 %	
(3) Renoncement des personnes sans couverture complémentaire	32,7 %	26,8 %	33,1 %	33,2 %	33,2 %	35,1 %	
<b>Ecart de renoncement CMUc/couverture privée [(1)-(2)]</b>	<b>14,6 pts</b>	<b>4,8 pts</b>	<b>6,8 pts</b>	<b>7,5 pts</b>	<b>5,2 pts</b>	<b>6,9 pts</b>	<b>Réduction</b>
<b>Ecart de renoncement sans couverture complémentaire/couverture privée [(3)-(2)]</b>	<b>18,1 pts</b>	<b>16,6 pts</b>	<b>19,9 pts</b>	<b>19,3 pts</b>	<b>19,3 pts</b>	<b>19,9 pts</b>	

Source : IRDES - enquêtes SPS, calculs IRDES.

(\*) Changement de formulation de la question dans l'enquête. Champ : personnes âgées de 18 à 64 ans, taux standardisés sur la structure par âge et par sexe de la population générale.

L'absence de couverture par une complémentaire maladie est le principal paramètre qui paraît influencer le taux de renoncement : ainsi, 35 % des personnes non protégées déclarent avoir renoncé en 2008, contre 22 % des bénéficiaires de la CMUc et 15 % pour les bénéficiaires d'une complémentaire privée. La très forte baisse du taux de renoncement des bénéficiaires de la CMUc observée en début de période s'explique par un phénomène de montée en charge de la CMUc, à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2000. Sur la période 2002 - 2008, le renoncement aux soins progresse, de façon analogue à ce qui était observé dans l'enquête SILC. L'écart de taux de renoncement aux soins standardisé sur l'âge et le sexe entre les bénéficiaires de la CMUc et les bénéficiaires d'une couverture complémentaire est de l'ordre de 5 à 7 points environ, selon les années. Bien que l'estimation ne soit pas assez précise pour en tirer des conclusions robustes en termes d'évolution temporelle, il est en revanche certain que l'écart entre les CMUcistes et les bénéficiaires d'une assurance privée reste important. Toutefois, le taux de renoncement plus important des bénéficiaires de la CMUc s'explique par la spécificité de leurs caractéristiques socio-économiques (faibles revenus, chômage fréquent, sur-représentation des ouvriers et des employés) et démographiques (sur-représentation des familles monoparentales).

Des travaux quantitatifs et qualitatifs ont été réalisés par l'IRDES pour mieux comprendre les mécanismes qui conduisent à des déclarations de renoncement aux soins. Ces résultats disponibles à l'automne 2011 montrent que les individus qui déclarent avoir renoncé ont également une consommation de soins plus faibles et un état de santé dégradé 4 ans plus tard, toutes choses égales par ailleurs. Des analyses par simulation montrent également que la CMUc agit comme une très bonne assurance complémentaire, c'est-à-dire que le taux de

personnes renonçant est le même, une fois corrigé des autres facteurs potentiellement explicatifs (en particulier l'âge, le sexe et l'état de santé).

Construction de l'indicateur : l'indicateur est la différence entre le taux de renoncement aux soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois déclaré par les bénéficiaires de la CMUc et celui déclaré par les bénéficiaires d'une assurance complémentaire privée. Ce taux est standardisé en fonction de la structure d'âge et de sexe de la population générale. Une baisse de l'indicateur s'interprète ici, sous réserve de travaux complémentaires (cf. *Précisions méthodologiques*), comme une baisse des inégalités sociales de renoncement aux soins.

Précisions méthodologiques sur l'indicateur retenu : cet indicateur est fourni par la DREES à partir de l'enquête Santé et Protection Sociale de l'IRDES (SPS). Elle a lieu tous les deux ans et interrogeait, en 2008, 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 2008 est recueilli au travers des trois questions suivantes :

- 1) Au cours des 12 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 ?

Les bénéficiaires de la CMUc se caractérisent par une structure par sexe et par âge plus féminine et plus jeune que celle des autres assurés. L'âge et le sexe étant des déterminants importants du renoncement aux soins, la comparaison des taux de renoncement est améliorée en considérant seulement les personnes âgées de 18 à 64 ans et en standardisant les taux de renoncement sur une structure par âge identique pour les trois sous populations. La standardisation des données a été effectuée en appliquant aux trois sous populations la structure par âge et par sexe de la population générale (source : INSEE).

Par ailleurs, les enquêtes SPS de 2006 et 2008 comportent un suréchantillon de bénéficiaires de la CMUc, dont la prise en compte améliore la qualité des résultats relatifs au taux de renoncement des CMUcistes. Les résultats relatifs à ces deux années incluant donc le suréchantillon. A noter cependant que l'utilisation du suréchantillon conduit à une rupture en 2006 de la série des valeurs de l'indicateur (pour le taux de renoncement des CMUcistes en 2006, deux points existent : l'un calculé avec le suréchantillon, l'autre sans).

En complément du tableau de résultats de l'indicateur, sont présentés les résultats sur le renoncement aux soins de l'enquête SILC, SRCV - Statistiques sur les ressources et les conditions de vie, pour la version française réalisée par l'INSEE. Dans cette enquête, 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.

Afin d'aller plus loin sur cette question du renoncement aux soins, un dossier sur ce thème est proposé après la présentation stratégique de ce PQE « Maladie ».