

Dépense de santé et accès financier aux services de santé : une étude du renoncement aux soins

Caroline Després, Paul Dourgnon - IRDES
Romain Fantin, Florence Jusot - LEGOS



En France, le renoncement aux soins pour raisons financières concerne, en 2008, 15,4% de la population adulte en ménage ordinaire. Les barrières financières se concentrent sur les soins dentaires, et dans une moindre mesure l'optique et les consultations de médecin.

À partir de l'enquête Santé et protection sociale de l'IRDES, qui mesure les déclarations de renoncement aux soins pour raisons financières, et recueille aussi des informations socio-économiques, sur l'état de santé et la consommation de soins, cette étude analyse les déterminants du renoncement aux soins pour raisons financières.

Déclarer un renoncement aux soins suppose au préalable que les personnes aient identifié un besoin de soins. Ainsi, l'état de santé déclaré, mais aussi les préférences individuelles jouent un rôle significatif. De manière logique, le revenu explique en partie le renoncement aux soins pour raisons financières, mais au-delà du revenu, c'est surtout l'histoire de vie de la personne et sa situation sociale passée, présente, et ses craintes pour l'avenir qui peuvent expliquer un renoncement.

Disposer d'une couverture complémentaire protège contre le renoncement aux soins, et ce d'autant plus que les garanties sont élevées. L'offre de soins peut 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 aux tarifs 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. Des travaux qualitatifs complémentaires aux travaux statistiques présentés ici sont en cours, afin de mieux éclairer cette problématique.

On observe en France et comme dans la plupart des pays européens, tous pourvus de systèmes de santé socialisés, des inégalités sociales dans l'utilisation des services de santé, c'est-à-dire des différences de consommation de soins entre groupes sociaux à état de santé donné. Plusieurs travaux montrent que la fréquence du recours au médecin et le nombre de visites ne sont pas identiques dans tous les groupes socio-économiques, même après contrôle par l'âge, le sexe et l'état de santé (par exemple Couffinhal. 2004, Raynaud 2005, Sirven 2011). En France 15,4 % des personnes vivant en ménage ordinaire déclarent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières en 2008. Le taux de renoncement semble poser un diagnostic concordant avec celui issu de l'analyse de la consommation de soins. Pourrait-il à ce titre constituer un élément d'analyse de l'équité de l'accès aux services de santé ?

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), 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. Il était un des éléments du rapport parlementaire d'information sur la loi portant création de la CMU-C (Boulard 1999)¹.

Du point de vue scientifique, le concept de renoncement aux soins, encore peu exploré, vise à identifier des besoins de soins non satisfaits. On parle de besoin de soins non satisfait lorsqu'une personne ne reçoit pas un soin que son état de santé aurait justifié, c'est-à-dire qui aurait amélioré sa santé. Dans les enquêtes sur la santé, ces besoins non satisfaits sont mesurés à partir des niveaux d'utilisation des services de soins et à travers des questions sur le renoncement à des soins. En France, ce type de données est recueilli à travers l'enquête ESPS depuis 1992. À ce jour, un seul travail publié (Allin 2010) compare les apports respectifs de l'analyse du renoncement et de l'utilisation effective des services de santé. Cette étude, qui porte sur des données canadiennes, montre tout d'abord que l'état de santé déclaré par les personnes enquêtées ne permet pas de décrire la totalité des besoins de soins des individus. Elle montre ensuite les limites des mesures objectives de l'utilisation des services de santé, lesquelles ne prennent en compte ni la qualité des soins ni la satisfaction qui en est retirée par les individus. L'étude conclut que la mesure des besoins de soins

non satisfaits apporte un éclairage complémentaire aux études des inégalités de besoins de soins basées sur l'observation des états de santé et à celles des inégalités de recours basées sur des consommations de soins observées. Au total, très peu d'études s'intéressent explicitement au renoncement en tant que tel, une seule dans un cadre de comparaisons internationales (Koolman 2007). En France le renoncement a été également mobilisé, comme élément d'évaluation du dispositif du médecin traitant dans une approche modélisée (Dourgnon 2008, 2010). Aux États-Unis, un travail significatif analyse l'impact du type d'assurance sur l'accès aux soins se basant sur ce type de données (Reschovsky, 2000). D'autres études économiques enfin s'appuient sur des variables d'expérience du patient proches du renoncement (question portant sur le non-recours à des soins spécifiques, report, etc.), mais sans commenter ou justifier l'outil utilisé.

Pourquoi utiliser l'information sur le renoncement aux soins quand une autre information, objective, existe sur l'utilisation des services de santé ? Les statistiques sur l'utilisation des services de santé (taux de consommateurs, nombre de recours) permettent d'identifier des différences de recours moyen entre groupes sociaux. Des différences d'accès aux soins de spécialistes selon le niveau de revenu, contrôlées des différences d'état de santé selon le revenu, ont été documentées à partir d'informations de ce type (Couffinhal, 2004, Raynaud 2005). Cependant ces différences ne sont que relatives (rapport d'un groupe à un autre, rapport à la moyenne de la population), c'est-à-dire qu'elles ne se réfèrent pas à une quelconque norme médicale ou à un besoin de soins individuel. On peut ainsi identifier qui consomme plus, qui consomme moins, mais pas qui consomme trop, ou pas suffisamment. Le concept de renoncement permet d'établir ce rapport à un besoin de soins. À ce titre il apporte une information complémentaire à la mesure objective de l'utilisation des services de santé. De plus, l'étude de l'accès aux soins à travers le renoncement permet de lever en partie un écueil classique des études microéconomiques : 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 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 ? La nature de l'inégalité n'est pas alors strictement financière.

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 »

Cependant, ce gain conceptuel amène une nouvelle difficulté. Le besoin de soins que le concept intègre est un besoin de soins individuel ressenti et non un besoin de soins identifié par un médecin. Il est donc susceptible de varier, à besoin de soins « médical » donné, d'un individu ou d'un groupe à l'autre et d'évoluer dans le temps. En effet, non seulement les problèmes de santé ne sont pas perçus identiquement par tous les individus, mais l'offre de soins n'est pas connue par tous. Côté perception de la santé, on peut évoquer des différences de rapport au corps, d'interprétation des symptômes physiques ou de préférences/normes de santé, qui peuvent varier entre groupes sociaux (Boltanski 1971). De plus, la connaissance du système de santé n'est pas indépendante de la catégorie sociale (Loisel et al, 2003). Ces limites se posent notamment dans le cas des soins préventifs où ni le besoin de soins ni le soin lui-même ne se rapportent à un problème de santé existant ou pour le moins identifié.

Ce questionnement méthodologique a motivé une étude de l'IRDES réalisée à la demande et avec le soutien de la DREES. Cette étude qui associe approche socio-anthropologique et microéconomique (cf. encadré 1) du renoncement aux soins pour raisons financières, a été réalisée en 2010-2011. L'étude fait apparaître une corrélation forte entre renoncement et moindre consommation de soins, sans que les deux mesures ne se superposent (renoncer ne signifie pas

ne consommer aucun soin). Elle montre aussi un effet négatif du renoncement sur l'état de santé futur. Elle montre que bien qu'imparfait, le renoncement peut représenter un instrument crédible pour étudier l'accès aux soins en population générale.

Dans ce dossier, nous décrirons successivement les différents types de renoncement financier, l'évolution du renoncement sur la dernière décennie et comment il affecte les différents groupes sociaux. Nous étudierons ensuite les déterminants du renoncement, en insistant sur les rôles de la complémentaire, du prix des soins et du reste à charge pour l'assuré.

Le renoncement financier aux soins en France

Le renoncement financier aux services de santé est mesuré depuis 1992 dans l'Enquête santé et protection sociale de l'IRDES à travers la question suivante : « Au cours des douze derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ? ». En cas de réponse affirmative, une deuxième question porte sur le type de soins concernés : « À quels soins avez-vous renoncé pour raisons financières ? ». La personne enquêtée peut faire état de trois motifs distincts de renoncement aux soins² (encadré 2). Il ne s'agit donc pas de comptabiliser le nombre de renoncements ayant eu lieu au cours des douze derniers mois, mais bien d'identifier si un renoncement a eu lieu, et le soin concerné. En

ENCADRÉ 1 ● Le projet de recherche sur le renoncement

L'étude présentée ici fait partie d'un projet de recherche pluridisciplinaire plus vaste, soutenu financièrement par la Mission recherche du ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé (MiRe). Ce projet vise à approfondir l'étude du renoncement aux soins pour raisons financières et à s'assurer que le concept soit méthodologiquement fondé. Pour cela il emprunte les outils de l'analyse socio-anthropologique, économétrique et de la méthodologie des enquêtes. L'objectif de ce projet est :

- d'analyser les besoins de soins non satisfaits selon les trajectoires sociales et sanitaires des personnes, en particulier des personnes précaires. Les situations de non-recours sont analysées tant du côté du système de santé et de protection sociale que des usagers eux-mêmes, ainsi que des interactions entre les deux (étude socio-anthropologique) ;
- de comprendre si le renoncement est une donnée mesurable dans les enquêtes déclaratives, à travers une clarification des processus de réponse au questionnaire sur le renoncement, et ainsi, de poser la base méthodologique du recueil du renoncement (méthode d'interviews cognitives) ;
- d'étudier l'apport de l'indicateur de renoncement pour raisons financières à l'analyse des problèmes portant sur l'équité d'accès du système de soins, par rapport aux indicateurs basés sur la mesure objective du recours (étude économétrique).

C'est cette dernière étude économétrique qui est présentée ici.

2. La réponse de la personne est classée dans une liste de soins : « dentier ; couronne, bridge, implant dentaire ; soins de gencives ; à un autre soin dentaire ; lunettes (verres, montures, lentilles) ; prothèse auditive ; consultations, visites et soins de spécialistes consultations, visites et soins de généralistes ; radios et autres examens d'imagerie ; pharmacie non remboursable ; pharmacie remboursable ; kinésithérapie, massages ; analyses de laboratoires ; cure thermale ; autres, précisez ».

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).

• Le renoncement au cours de la décennie 2000

La mesure dans l'enquête SPS du renoncement aux soins pour raisons financières a permis d'apporter un nouvel éclairage pour l'évaluation des politiques d'accès aux soins. Présenté comme un élément de preuve

à l'appui de la mise en place d'une complémentaire santé publique pour les personnes aux revenus les plus faibles, il a été intégré depuis comme indicateur de suivi de la CMU-C dans le programme maladie de programmes de qualité et d'efficacité du Projet de loi et de financement de la Sécurité sociale (PLFSS). L'indicateur permet de comparer l'évolution du renoncement aux soins pour raisons financières des bénéficiaires de la CMU-C avec celui des personnes couvertes par une complémentaire privée.

Quelles sont les évolutions du renoncement au cours de la décennie 2000 et comment les différences entre catégories sociales ont-elles évolué ? Le taux de renoncement à des soins pour des raisons financières en population générale augmente entre 1998 et 2000

TABLEAU 1 ● Principaux types de renoncement déclarés en 2008

Taux de renoncement aux soins pour raisons financières	15,4 %
- dont soins dentaires	10,0 %
- dont dépenses d'optique	4,1 %
- dont soins de généraliste/spécialiste	3,4 %

Champ • plus de 18 ans.

Sources • ESPS 2008.

Note • Au final, en raison de la possibilité de réponses multiples au niveau individuel, le taux de renoncement global en population générale est plus faible que la somme des taux par type de soins.

ENCADRÉ 2 ● Données

Nos données 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 est réalisée par l'IRDES tous les deux ans. Elle enquête 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 environ. 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 a été répliquée 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 Non

Si Oui : « À quels soins avez-vous renoncé pour raisons financières ? »

Soin 1 :

Soin 2 :

Soin 3 :

Nous étudions le renoncement selon des variables d'âge, de sexe, d'état de santé et le statut économique et social, toutes recueillies dans l'enquête. L'état de santé est le plus souvent pris en compte à travers l'état de santé perçu, déclaré pour eux-mêmes par les personnes enquêtées selon cinq catégories : « très bon, bon, assez bon, mauvais, très mauvais ». Les qualités et les limites de la mesure ont fait l'objet de nombreuses études (voir par exemple Benyami pour une revue de ces travaux ou pour une approche économétrique récente).

(graphique 1). Il chute ensuite fortement de 2000 à 2002. Depuis, il semble en augmentation et est quasiment revenu en 2008 à son niveau de 2000. Les travaux socio-anthropologiques en cours permettront de mieux interpréter ces évolutions, notamment en liant le renoncement aux soins aux attentes des personnes vis-à-vis du système de soins. Une analyse plus fine selon la situation sociale des individus (non présentée ici) révèle des résultats plus contrastés. Ainsi les personnes appartenant au plus bas quintile de revenu par unité de consommation³ renoncent davantage que les autres. Ce renoncement a 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 CMU-C. Il semble se stabiliser ensuite entre 9,1 et 10,5 points.

En 2008, le taux de renoncement des personnes ayant une complémentaire est de 15,3 % alors que celui des CMUistes est de 22 % (graphique 1). Les différences d'âge et de sexe n'expliquent pas les écarts entre les CMUistes et les bénéficiaires d'une assurance privée. Au contraire, elles les atténuent. Le taux de renoncement des personnes ayant une assurance complémentaire privée diminue de 2000 à 2002, puis suit une tendance à la hausse de 2002 à 2008. Le taux de renoncement des CMUistes chute plus fortement entre 2000 et 2002. On peut donc y voir un effet de la mise en place progressive du dispositif. Il remonte en-

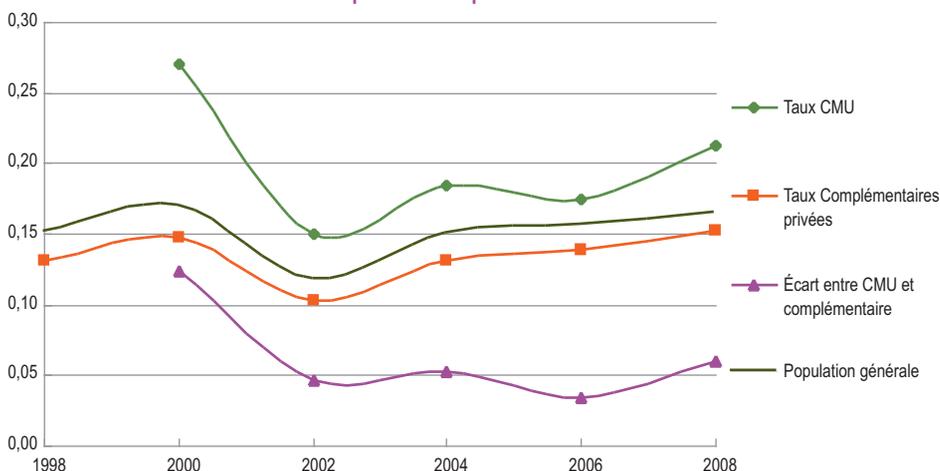
suite également jusqu'en 2008. Cette dernière augmentation, qui n'apparaît pas significative, semble cependant s'inscrire dans un contexte d'augmentation des niveaux de renoncement déclaré dans toutes les catégories de la population.

• **Les déterminants démographiques du renoncement aux soins mettent en évidence les différences de besoins de soins et de préférences individuelles**

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 pouvant expliquer 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, par rapport aux hommes, en plus mauvais état de santé (Shmueli 2003), ce qui traduit des différences d'attention au corps. De la même manière, les différences de renoncement entre hommes et femmes traduisent 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 continuellement de 18 à 40 ans, se stabilise entre 40 et 50 (maxi-

GRAPHIQUE 1 ● **Évolution comparée du renoncement des bénéficiaires de la CMUC et des détenteurs d'une couverture complémentaire privée**



Champ • 18-64 ans.

Sources • ESPS 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008.

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

mum à 42 ans, mais qui peut varier selon les soins) puis la tendance s'inverse et suit une pente descendante. Ce phénomène s'observe quel que soit le type de soins. Pour la santé dentaire, on peut toutefois noter une diminution forte du renoncement pour les âges élevés, avec la diminution des besoins eux-mêmes.

Quand l'état de santé se dégrade, qu'il soit approché par l'état de santé déclaré, par le fait d'être en ALD ou par la santé dentaire ou visuelle, la proportion de personnes renonçant à des soins augmente dans des proportions importantes. Ce résultat traduit le fait que le renoncement suppose un besoin de soins : quand les besoins sont plus forts, les risques de renoncer augmentent. Par ailleurs, on renonce d'autant plus que le besoin est intense : le renoncement déclaré concerne ainsi davantage les soins aigus que les soins préventifs.

Les facteurs socioéconomiques du renoncement aux soins

Cette partie est consacrée à l'étude des déterminants socioéconomiques du renoncement aux soins. Nous montrons que le renoncement est différencié socialement, que non seulement des facteurs attendus comme le pouvoir d'achat ou le fait d'être couvert par une complémentaire jouent sur le renoncement, mais aussi que le niveau de la complémentaire et les prix des soins ont un rôle (cf. tableau 2). Nous éclairons ensuite l'impact des restes à charge élevés sur la probabilité de renoncer. Nous apportons enfin un regard alternatif sur la qualité de la couverture CMU-C à travers le renoncement.

• 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 (cf. tableau 2). Les 20 % et beaucoup plus encore les 5 % de personnes les plus aisés se démarquent du reste de la population par leur taux de renoncement plus faible. Ce résultat est particulièrement net pour les soins dentaires. De même, l'origine sociale

semble jouer un rôle, avec un moindre renoncement des personnes dont le père était chef d'entreprise.

Nous poursuivons l'analyse des effets socioéconomiques de long terme à travers l'étude du rôle des dimensions dites de précarité, qui jouent elles aussi et plus que toutes autres, sur le renoncement aux soins. Au total, neuf dimensions de précarité influencent le renoncement, chacune indépendamment mais plus encore de façon conjuguée. On peut les caractériser comme suit :

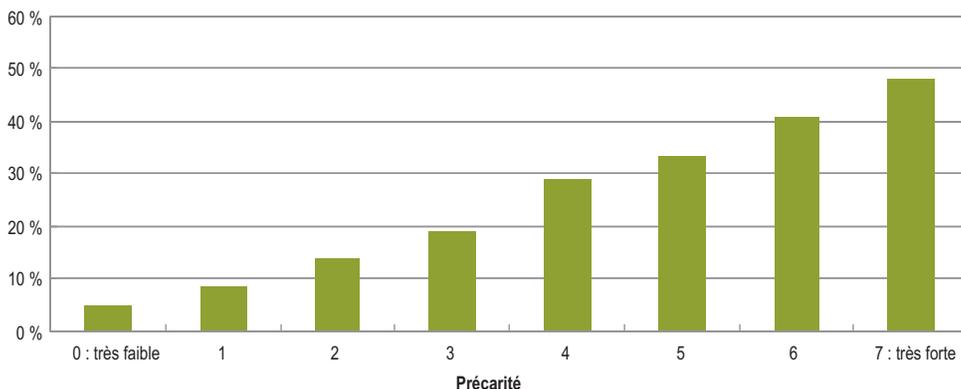
- les expériences de difficultés au cours de la vie : difficultés financières, périodes d'inactivité, d'isolement, d'absence de logement fixe ;
- la situation présente ou récente, au cours des douze derniers mois : connaître des difficultés financières, temps partiel subi, chômage, ou à l'inverse le 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.

Ainsi, la précarité passée, présente mais aussi anticipée jouent conjointement sur l'accès financier aux soins. Tout se passe comme si ces expériences de précarité formaient les rouages d'un même mécanisme de construction d'une vulnérabilité de long terme. La précarité apparaît multifactorielle, toutes ses dimensions ayant une influence négative sur l'accès aux soins pour raisons financières, à niveau de revenu donné. La situation actuelle et les expériences passées jouent le plus sur l'accès 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 psychosocial⁴. La définition de la précarité donnée par Wresinski, qui désigne l'emploi comme la principale source de sécurité, s'avère pertinente dans le cas de l'accès aux soins (Wresinski, 1987). Que les difficultés liées à l'accès à l'emploi soient présentes, passées ou probables, elles augmentent le risque de renoncer à des soins.

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 les effets de cumul et de gradient de précarité sur l'accès financier aux soins (graphique 2).

4. 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.

GRAPHIQUE 2 ● Taux de renoncement aux soins pour raisons financières en fonction du score de précarité



Champ • Plus de 18 ans.
Sources • ESPS 2008.

Ce cumul de vulnérabilités sociales apparaît alors comme le facteur le plus important du renoncement aux soins, ceci quels que soient les soins concernés et, rappelons-le, à niveau de revenu donné (cf. tableau 2).

L'accès financier aux soins relève on le voit d'un processus complexe. Nos résultats confirment que l'on ne peut appliquer à la santé ni le 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, ni le 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.

• Renoncement et assurance complémentaire : le rôle protecteur de la CMU-C

L'absence de complémentaire santé est un obstacle largement documenté à l'accès aux services de santé en France (Caussat 2004). De fait, les personnes sans complémentaire renoncent deux fois plus que les autres aux soins les moins bien couverts par le régime obligatoire. Les informations recueillies sur la couverture complémentaire dans l'enquête permettent d'aller plus loin dans l'analyse et d'étudier l'influence de la qualité de la complémentaire sur le renoncement aux soins, et en particulier de comparer la protection apportée par la CMU-C à celle apportée par les complémentaires privées.

Deux éléments nous 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. Le niveau de la prime⁵ est considéré, à âge donné, comme une approximation du niveau moyen de garanties par type de soins. À niveau de prime donné, la description des garanties apporte une information sur l'utilisation effective du contrat par l'individu et sur le degré d'adéquation du contrat avec les besoins de l'assuré.

Les résultats font apparaître un gradient prononcé du renoncement selon le niveau de qualité des garanties et ce pour tous les soins considérés. En particulier, les personnes qui jugent qu'au vu de leurs besoins de soins, elles auraient besoin d'une meilleure couverture complémentaire déclarent renoncer plus que les autres.

Les personnes ayant choisi de ne pas s'assurer (7% des personnes interrogées) renoncent beaucoup plus fréquemment que celles qui ont une très bonne complémentaire (cf. tableau 2). Parmi les personnes sans complémentaire, celles qui expliquent ne pas en avoir les moyens renoncent trois fois plus que celles qui déclarent ne pas en avoir besoin. Au final, ces résultats suggèrent que le renoncement aux soins succède à un premier renoncement, également financier, mais à la complémentaire santé.

Concernant l'effet propre de la CMU-C, l'analyse toutes choses égales par ailleurs montre que la CMU-C apporte en réalité la même protection contre le renoncement aux soins pour raisons financières qu'une très bonne assurance complémentaire, une fois contrôlés des facteurs de confusion⁶. L'impact du dispositif de la

5. Cette information n'est connue que pour les contrats individuels.

6. C'est-à-dire que le taux de personnes renonçant est le même pour les CMU-Cistes et les personnes déclarant des bons niveaux de garantie, une fois corrigé des autres facteurs potentiellement explicatifs, en particulier l'âge, le sexe, l'état de santé, le revenu, la situation sociale...

TABLEAU 2 ● Probabilité d'avoir renoncé à des soins pour raisons financières au cours des douze derniers mois - ESPS 2008

Variables	Général (tous soins confondus)	Soins dentaires	Soins optiques	Généralistes et spécialistes
Sexe	***	*	**	***
Homme	0.73	0.87	0.76	0.67
Femme	1	1	1	1
Âge	***	***	***	***
< 30 ans	1	1	1	1
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 +	0.51	0.22	1.33	0.41
Revenu par unité de consommation	***	**	*	*
< 5 ^e Percentile	1.15	1.21	1.14	0.96
< 1 ^{er} Quintile	1.01	1.06	1.16	1.10
< 2 ^e Quintile	1.24	0.96	1.42	1.38
< 3 ^e Quintile	1	1	1	1
< 4 ^e Quintile	1.13	0.90	1.01	1.41
> 95 ^e Percentile	0.65	0.70	0.91	0.72
> 95 ^e Percentile	0.29	0.23	0.13	0.63
Score de précarité	***	***	***	***
0 (Aucune précarité)	1	1	1	1
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	11.50	5.54
5	7.96	6.20	12.20	5.42
6	11.78	7.71	13.60	9.70
7 et au-delà	16.38	10.45	20.26	15.65
Patrimoine	***	**	*	*
Élevé (père chef d'une entreprise de 10 salariés ou plus)	0.33	0.46	0.29	0.41
Autres	1	1	1	1
Connaissance de la CMU	**	*	*	*
Oui	0.81	0.81	0.86	0.97
Non	1	1	1	1
Niveau d'études	***	***	***	*
Sans diplôme, Brevet	0.58	0.61	0.63	0.80
CAP, BEP	0.76	0.83	1.02	0.61
Baccalauréat	0.93	1.09	1.20	0.70
Études supérieures	1	1	1	1
Couverture complémentaire	***	***	***	***
CMU-C	1	1	1	1
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	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

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.

CMU-C en matière d'accès financier aux soins peut également se mesurer à l'aide d'une approche dite contrefactuelle dans laquelle on attribue au sous-échantillon des CMUistes les probabilités de renoncer des personnes ayant les mêmes caractéristiques dans l'autre partie de l'échantillon. Cette approche permet de calculer un taux de renoncement théorique des CMUistes, s'ils n'avaient pas la CMU-C. Nous montrons que sous ces hypothèses, le taux de renoncement des personnes ayant actuellement la CMU-C, de 22 % en 2008, atteindrait 40 % (graphique 3). L'étude du renoncement fait ainsi apparaître l'efficacité du dispositif, pour ceux qui y recourent, c'est-à-dire qui font valoir leurs droits.

Ainsi, le bénéfice de la CMU-C ou d'une couverture complémentaire offrant de bonnes garanties permet de réduire le renoncement aux soins pour raisons financières.

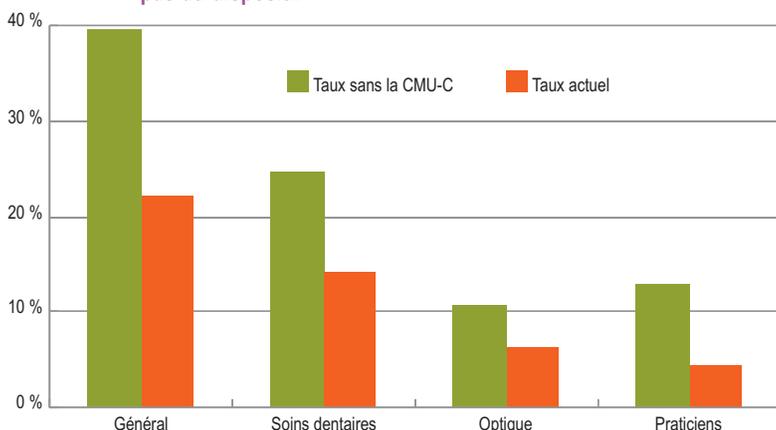
Pour les personnes modestes, avec un revenu néanmoins supérieur au seuil d'éligibilité à la CMU, le bénéfice de l'Aide à la complémentaire santé (ACS) permet, jusqu'à un revenu supérieur à 30 % à ce seuil, de bénéficier d'une réduction de prime d'assurance, représentant une réduction d'environ 50 % du montant de la prime. Le nombre insuffisant de bénéficiaires de l'ACS dans l'enquête SPS de 2008 ne permet toutefois pas de mesurer l'effet de la mesure sur le renoncement aux soins.

• **Le renoncement aux soins pour raisons financières dépend aussi des pratiques tarifaires des professionnels de santé**

Le recours aux services de santé n'est pas un événement isolé. La satisfaction, ou le renoncement, à un besoin de soins s'inscrit dans une trajectoire de santé et dans un processus de soins. Les personnes ayant renoncé sont beaucoup moins nombreuses à avoir des restes à charge importants (au sens de l'assurance obligatoire, c'est-à-dire la somme des tickets modérateurs et des dépassements). Ainsi, les déclarations de renoncement aux soins correspondraient effectivement à un moindre accès aux soins.

Outre les déterminants individuels précédemment cités, l'offre de soins, notamment la présence de professionnels pratiquant des honoraires libres, peut aussi expliquer partiellement le renoncement. Nous mesurons ce lien entre offre de soins et renoncement aux soins pour raisons financières pour le renoncement aux soins dentaires, qui est le plus fréquent. 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 qualité⁷. Il apparaît alors une fois les caractéristiques individuelles prises en compte, que le re-

GRAPHIQUE 3 • **Évaluation du taux de renoncement des ressortissants de la CMU-C s'ils ne bénéficiaient pas du dispositif**



Champ • 18-65 ans – bénéficiaires de la CMUC.

Sources • ESPS 2008.

7. Les prix varient fortement d'un praticien à l'autre mais aussi entre zones géographiques. Ainsi pour les inlays-cores (sans clavette), on observe, des écarts significatifs de plus de 90 € 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.

noncement aux soins dentaires est significativement plus fréquent dans les départements où les tarifs pratiqués sont les plus élevés.

Pour en savoir plus

En France, le renoncement aux soins pour raisons financières concerne, en 2008, 15,4 % de la population adulte en ménage ordinaire. Les barrières financières se concentrent sur les soins dentaires, l'optique et les consultations de médecin. Ce premier constat pose la question de la délimitation des paniers de soins public et privé et montre que l'existence et la qualité de la couverture complémentaire jouent un rôle important dans la prévention du phénomène. Ainsi, la couverture maladie universelle complémentaire offre, grâce à l'obligation de pratiquer des tarifs régulés, une protection contre le renoncement aux soins pour raisons financières aussi bonne que celle offerte par les meilleurs contrats individuels d'assurance maladie complémentaire.

Pour autant, si une couverture complémentaire de qualité limite assurément le renoncement aux soins pour raisons financières, des disparités fortes existent, à niveau d'assurance donné, entre les groupes sociaux. En effet, la conjonction d'une assurance publique uni-

verselle pour les soins de santé, d'une assurance complémentaire privée et parfois publique couvrant les neufs dixièmes de la population, de systèmes d'exonération ciblant les pathologies onéreuses, ne laissant à la charge directe des ménages que 9 % de la dépense de santé ne suffit pas à faire bénéficier chacun d'un égal accès aux soins, quels que soient sa situation sociale et son niveau de revenus.

L'étude du renoncement aux soins pour raisons financières montre que des facteurs socio-économiques de long terme, c'est-à-dire s'inscrivant au long de l'existence des individus et pas simplement à des moments donnés de leur vie, sont à l'œuvre dans l'accès financier aux soins. Ces résultats sont corroborés par d'autres travaux montrant l'importance du rôle de la situation pendant l'enfance et de la transmission du patrimoine dans l'accès à la santé et aux soins (Jusot, 2010). Ces travaux mettent en évidence que l'expérience d'un épisode de pauvreté ou d'isolement au cours de la vie est défavorable pour l'état de santé, ce quel que soit le niveau de revenu actuel. 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 l'attribution d'une complémentaire aux plus pauvres.

Pour en savoir plus

Allin S., Grignon M., Le Grand J., 2009, « Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications? », *Soc Sci Med.* 2010 Feb; 70(3), p. 465-472, Epub 2009 Nov 14.

Boltanski L., 1971, « Les usages sociaux du corps », *Annales ESC*, 26(1), p. 205-233.

Boulard J.-Cl., 1999, « Rapport d'information sur la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle », éd. 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 », *Revue d'économie financière* n° 76, La régulation des dépenses de santé.

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 » in *Towards High-Performing Health Systems*, OECD, p. 109-165.

Dourgnon P., Naiditch M., 2010/02, « The preferred doctor scheme: A political reading of a French experiment of Gate-keeping », *Health Policy*, vol. 94, n° 2, p. 129-134.

Dourgnon P., Guillaume S., Naiditch M., Ordonneau C., 2008/04, « Les assurés et le médecin traitant: premier bilan après la réforme », dans « Enquête sur la Santé et la protection Sociale 2006 », *Rapport IRDES* n° 1701 p. 37-41.

Jusot F., Tubeuf S., Trannoy A., 2009/11, « 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), n° 58, p. 63-85.

- Koolman X., 2007, « Unmet need for health care in Europe, Comparative EU statistics on Income and Living Conditions: Issues and Challenges », Proceedings of EU-SILC conference Helsinki, 6-8 novembre 2006, Eurostat Methodologies and working papers series.
- Loisel J.-P., 2003, Gagnier C., Lehuède F., Fauconnier N., « Les connaissances des Français en matière de système de santé », CRÉDOC.
- 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.
- Reschovsky J.D., Kemper P., Tu H., 2000, « Does type of health insurance affect health care use and assessments of care among the privately insured? », *Health services research*, 35 (1 Pt 2), p. 219-237.
- Sirven N., Or Z., 2001, « Disparities in Regular Health Care Utilisation in Europe » in *The Individual and the Welfare State: Life Histories in Europe*, Borsch-Supan A., Brandt M., Hank K., Schroder M., Springer-Verlag Heidelberg, p. 241-254.
- Shmueli A., 2003, « Socio-economic and demographic variation in health and in its measures: the issue of reporting heterogeneity », *Social Science & Medicine* 57, p. 125-134
- Wresinski J., 1987, « Grande pauvreté et précarité économique et sociale », Rapport présenté au Conseil économique et social les 10 et 11 février.