DIAGNOSTIC DESCRIPTIF DU RENONCEMENT AUX SOINS DES ASSURES DES CPAM DE LA TROISIEME VAGUE DE GENERALISATION DES PFIDASS

- *Diagnostic réalisé dans le cadre de l'accompagnement scientifique par l'Odenore, de la généralisation des PFIDASS au sein du régime général de l'Assurance Maladie -*

H. Revil (ODENORE/PACTE/CNRS),
S. Bailly (HP2/INSERM),
A. Sarisson (ODENORE/HP2).

« Ce travail a bénéficié d'une aide de l'Etat gérée par l'Agence Nationale de la Recherche au titre du programme « Investissements d'avenir » portant la référence ANR-15-IDEX-02 ».

JUILLET 2018.

Sommaire

Introduction **P.4**

1. Globalement, le renoncement aux soins concerne un quart des répondants ; des différences d'une caisse à l'autre **P.12**
1.1. Toutes caisses confondues, une personne sur quatre déclare avoir renoncé à un, ou plusieurs, soin(s) au cours des douze derniers mois P.12
1.2. Une amplitude moins forte entre les taux de renoncement que dans le précédent BRS P.14
1.3. Représentations schématique et spatiale des taux de renoncement mesurés par le BRS P.15
1.3 Variations des taux de renoncement, utilité de ces chiffres et nécessaire contextualisation P.16

2. « Renonçants » et « non-renonçants » : comparaison des deux populations **P.18**
2.1 Un taux de renoncement plus élevé pour les femmes que pour les hommes, sauf pour quelques caisses P.18
2.2 Par rapport aux non-renonçants, les renonçants vivent plus souvent seul(e)s avec des enfants à charge ou seul(e)s ; des spécificités pour certaines CPAM P.21
2.3 Toutes caisses confondues, les personnes sans activité professionnelle sont davantage touchées par le renoncement aux soins, tandis que les retraités le sont moins P.24
2.4 Un risque de renoncer globalement un peu plus présent chez les 40-59 ans, mais des différences entre territoires P.26

3. Etat de santé perçu, rapport à la complémentaire et au médecin traitant **P.30**
3.1. Les renonçants ont une perception plus négative de leur état de santé P.30
3.2. L'absence de complémentaire santé accroît le risque de renoncer à des soins ; disposer d'une couverture ou de la CMU C réduit ce risque, mais ne le fait pas disparaître P.33
3.3. Zoom sur le non-recours à la complémentaire P.36
3.4. Globalement, la part de renonçants sans médecin traitant est un peu plus élevée que celle des non-renonçants ; quelques différences d'une caisse à l'autre P.41

4. Description de la nature et des causes du renoncement aux soins **P.44**
4.1. Les types de soins « les plus » renoncés : soins dentaires et consultations spécialisées P.44
4.2. La nature des renoncements peut différer d'une caisse à l'autre P.45
4.3. Des causes financières et temporelles en première ligne pour toutes les CPAM ; d'autres raisons de renoncer particulièrement citées dans certaines caisses P.50

5. Durée, impact et caractère « intégré » du renoncement **P.57**
5.1. Un renoncement qui dure depuis plus de deux ans dans un quart des cas P.57
5.2. Un renonçant sur quatre n'a plus l'espoir de voir cette situation changer, un sur trois pense ne pas pouvoir bénéficier de soins en cas de besoin P.59
5.3. Des CPAM où les renoncements sont plus intégrés et/ou l'impact sur le sentiment d'inclusion sanitaire est plus marqué P.60
5.4. Partout, le renoncement a un impact fort sur l'état de santé et n'est pas sans conséquences professionnelles, sociales et/ou familiales P.61
5.5. Une perception différenciée des conséquences selon les caisses P.64

Conclusion **P.65**

Introduction

Ce diagnostic du renoncement aux soins s'inscrit dans le cadre de la généralisation des Plateformes d'Intervention Départementale pour l'Accès aux Soins et à la Santé (PFIDASS), menée actuellement par le Régime Général de l'Assurance Maladie Obligatoire. Il concerne les CPAM de la troisième vague de généralisation, soit trente caisses :

- CCSS de Lozère
- CPAM d'Ille et Vilaine
- CPAM d'Indre et Loire
- CPAM de Corrèze
- CPAM de Maine et Loire
- CPAM de Paris
- CPAM de Seine Saint Denis
- CPAM de l'Ain
- CPAM de l'Essonne
- CPAM de l'Eure et Loir
- CPAM de l'Yonne
- CPAM de la Corse du Sud
- CPAM de la Creuse
- CPAM de la Côte d'Opale
- CPAM de la Côte d'Or
- CPAM de la Loire
- CPAM des Alpes de Haute Provence
- CPAM des Côtes d'Armor
- CPAM des Deux Sèvres
- CPAM des Hautes Alpes
- CPAM des Hauts de Seine
- CPAM des Vosges
- CPAM du Bas Rhin
- CPAM du Cher
- CPAM du Jura
- CPAM du Loir et Cher
- CPAM du Lot et Garonne
- CPAM du Morbihan
- CPAM du Rhône
- CPAM du Var.

Ce document a vocation à décrire les principales dimensions du renoncement aux soins (profils des « renonçants », nature des soins renoncés, causes, conséquences notamment) *du point de vue des personnes concernées*. Il peut être un outil pour les CPAM au moment du déploiement des dispositifs PFIDASS. Mieux connaître les principales dimensions que prend le renoncement peut, en effet, aider les acteurs des caisses à appréhender le phénomène et à dépasser d'éventuelles idées reçues. La connaissance produite à partir du BRS peut aussi être utile dans les échanges avec les partenaires de l'Assurance Maladie, elle peut nourrir des discussions et stimuler le débat.

L'analyse faite des données consiste en des tris à plat. Cette analyse descriptive nous paraît incontournable pour apporter, aux acteurs des caisses, *un socle d'informations* sur le renoncement aux soins des assurés qu'ils (et leurs partenaires dans certains cas) ont interrogé lors de la passation du

BRS. Du point de vue de l'ODENORE, aucune analyse statistique plus spécifique ne peut être envisagée sans une première mise à plat des données.

Il est important de noter qu'au regard des délais impartis pour effectuer cette analyse descriptive, il n'est pas possible pour l'ODENORE de procéder à un redressement ou à une standardisation des données, ni de venir éclairer les traitements effectués par des informations relatives aux caractéristiques sociodémographiques des publics accueillis par les CPAM et/ou aux populations présentes sur les territoires pris en compte dans les diagnostics. S'ils peuvent être utiles, ces exercices de standardisation et de contextualisation ne nous paraissent pas indispensables, dans la mesure où nous prenons la précaution *de décrire la population qui a répondu à la campagne du BRS et de toujours situer la population renonçante par rapport à cette population répondante.* La synthèse de l'ensemble des données BRS qui sera produite fin 2018 par l'ODENORE appellera en revanche un redressement et une standardisation des données.

Quelques rappels concernant l'outil « Baromètre du renoncement aux soins » (BRS)

En 2014, la CPAM du Gard et l'ODENORE ont mis au point un outil pour « approcher » le renoncement aux soins, à partir des organismes d'Assurance Maladie et des différents points de contacts qu'ont les composantes de l'institution avec leurs publics, mais aussi à partir de certains de leurs partenaires. Cet outil a été dénommé « Baromètre du renoncement aux soins » (BRS). Avec le BRS, il s'agit bien de donner aux caisses primaires (et à leurs partenaires) une idée du renoncement tel qu'il « se présente » en leur sein (voire tel qu'il prend forme chez des partenaires). D'emblée, le BRS a été pensé comme un outil certes de connaissance du renoncement aux soins, mais d'une *connaissance tournée vers et utile pour* l'action.

Le BRS est un outil de type barométrique au sens où il mesure et caractérise, d'un point de vue statistique, un phénomène (le renoncement aux soins), auprès d'une population donnée (les publics des institutions sanitaires et sociales associées à la démarche BRS et rencontrés durant la période de passation des questionnaires). Il permet ainsi de donner des « tendances » pour les populations enquêtées. Dans sa version originelle, le BRS est aussi une démarche d'enquête qualitative qui vise à cerner le plus précisément possible les explications du renoncement et ses conséquences, mais aussi à relever les solutions recherchées par les personnes concernées et à imaginer celles que pourraient porter les acteurs du BRS.

Le BRS a été mobilisé une première fois dans le département du Gard en 2014[1]. Les résultats de ce Baromètre « initial » ont décidé la CPAM du Gard à mettre en place une PFIDASS. Le BRS a été à nouveau déployé, en 2015, dans les quatre autres départements du Languedoc-Roussillon, Aude, Hérault, Lozère, Pyrénées Orientales[2]. Quelques ajustements ont été faits à cette occasion concernant le questionnaire :

- ✓ En premier lieu, trois nouvelles questions ont été incluses, de manière à étayer l'hypothèse de l'existence de « renoncements intégrés »[3] découlant des investigations réalisées dans le Gard. Ces questions sont les suivantes :

[1] Warin P., en collaboration avec C. Chauveaud, « Le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard (BRSG) », Odenore, rapport pour la CPAM du Gard, septembre 2014. https://odenore.msh-alpes.fr/content/barom%C3%A8tre-du-renoncement-aux-soins-dans-le-gard-brsg

[2] Revil H. et P. Warin, « Le renoncement aux soins des assurés sociaux en Languedoc-Roussillon. Diagnostic dans le régime Général, le régime Social des Indépendants et le régime de la Mutualité sociale agricole », Odenore, rapport pour les organismes d'Assurance Maladie obligatoire du Languedoc-Roussillon, mars 2016.

[3] À la suite du BRSG, nous avons fait l'hypothèse que le renoncement, au-delà d'être situationnel, peut, dans certains cas, s'ancrer dans le temps, devenir durable sinon définitif, et qu'une partie des renonçants, au-delà de ne pas accéder/recourir à certains soins, peut perdre l'idée même de pouvoir se faire soigner en cas de besoin.

- Depuis quand cette situation de renoncement dure-t-elle ?
- Pensez-vous que cette situation peut changer prochainement ?
- En général, avez-vous le sentiment de pouvoir bénéficier de soins quand vous en avez besoin ?

✓ En second lieu, une question sur les possibles conséquences du renoncement a été ajoutée, de façon à permettre une première appréciation de la *gravité* du phénomène du point de vue des personnes, mais aussi de la potentielle *multiplicité* des conséquences (sanitaire, professionnelle, sociale et/ou familiale) ;

✓ Enfin, le questionnaire utilisé dans le BRS depuis 2015 ne permet plus de vérifier si le renoncement déclaré est un non-recours avéré sur le plan médical ; cela avait été possible avec le BRS du Gard, dans la mesure où un nombre important de professionnels de santé avaient été associés au travail de repérage des difficultés d'accès aux soins.

Les diagnostics conduits dans le Gard, puis dans les autres départements du Languedoc-Roussillon, ont suivi l'ensemble de la démarche prévue dans la version « originelle » du BRS, à savoir une enquête quantitative et une enquête qualitative. Ils ont, en outre, concerné le régime général de l'Assurance maladie, mais également le régime de la Mutualité sociale agricole (MSA) et le Régime Social des Indépendants (RSI). Différents rapports ont été rédigés à partir des premières campagnes du BRS ; le rapport initial du Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard (BRSG), ainsi que les monographies qualitatives rédigées pour les autres départements du Languedoc-Roussillon, apportent en particulier une connaissance qui a contribué à fonder l'action sur le renoncement aux soins de l'Assurance Maladie[4].

Une nouvelle vague du BRS a vu le jour en 2016[5], dans le cadre de l'expérimentation nationale PFIDASS. A cette occasion, la démarche a été allégée. Seule l'enquête quantitative du BRS a été maintenue et mise en œuvre[6].

Chaque vague de généralisation PFIDASS a ensuite été accompagnée de la réalisation d'un diagnostic quantitatif du renoncement aux soins. Les rapports rédigés permettent de consolider et de préciser les constats relatifs au renoncement aux soins tel que le BRS permet de l'observer.

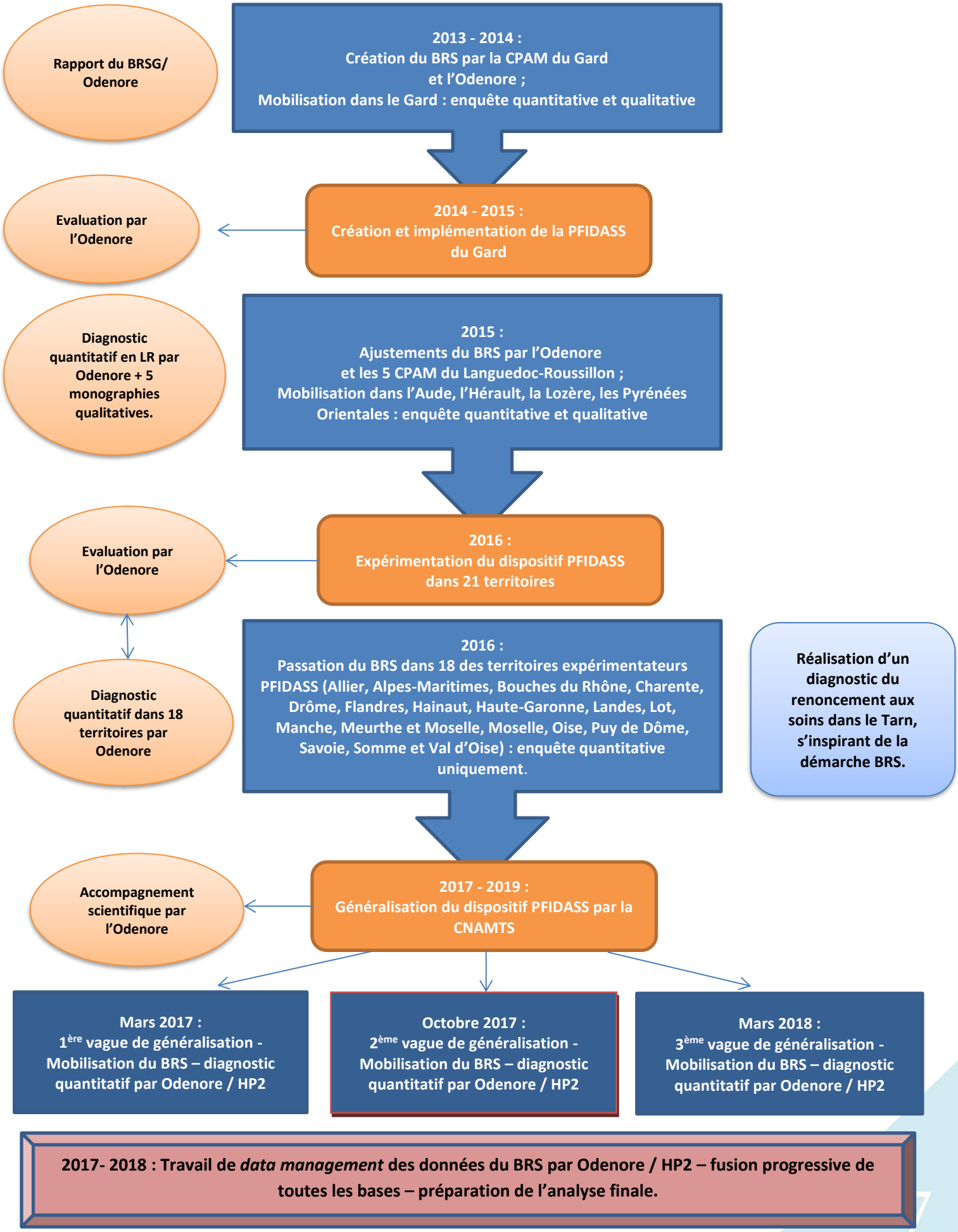
A côté du traitement des données pour concevoir les diagnostics du renoncement aux soins, l'Odenore et le Laboratoire HP2 de l'Inserm réalisent un travail de *data management* des bases de données du BRS. L'objectif est de nettoyer les données, de les homogénéiser, de recoder certaines variables, avant de procéder à la fusion de toutes les bases. Cette fusion est un préalable à la réalisation de l'analyse finale de l'ensemble des données collectées dans le cadre du BRS.

Le schéma de la page suivante synthétise l'ensemble de la démarche depuis la création du BRS.

[4] Tous les rapports rédigés à partir du BRS sont disponibles sur le site de l'ODENORE https://odenore.msh-alpes.fr , rubriques « Travaux », puis « Etudes et Recherches ».

[5] Revil H., en collaboration avec A. Casagrande et C. Chauveaud, « Diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés sociaux de 18 Caisses primaires d'assurance maladie », Odenore, rapport pour le régime général de l'Assurance Maladie, juin 2016.https://odenore.msh-alpes.fr/documents/analyse_diagnostic_quantitatif_-_odenore_-_vf.pdf

[6] Les CPAM impliquées pouvaient tout de même procéder à une enquête qualitative, mais celle-ci n'était pas réalisée par l'Odenore. C'est d'ailleurs ce que certaines caisses ont fait (par exemple celle de la Haute-Garonne).


Rapport du BRSG/ Odenore
2013 - 2014 :
Création du BRS par la CPAM du Gard
et l'Odenore ;
Mobilisation dans le Gard : enquête quantitative et qualitative
Evaluation par l'Odenore
2014 - 2015 :
Création et implémentation de la PFIDASS du Gard
Diagnostic quantitatif en LR par Odenore + 5 monographies qualitatives.
2015 :
Ajustements du BRS par l'Odenore
et les 5 CPAM du Languedoc-Roussillon ;
Mobilisation dans l'Aude, l'Hérault, la Lozère, les Pyrénées Orientales : enquête quantitative et qualitative
Evaluation par l'Odenore
2016 :
Expérimentation du dispositif PFIDASS dans 21 territoires
Diagnostic quantitatif dans 18 territoires par Odenore
2016 :
Passation du BRS dans 18 des territoires expérimentateurs PFIDASS (Allier, Alpes-Maritimes, Bouches du Rhône, Charente, Drôme, Flandres, Hainaut, Haute-Garonne, Landes, Lot, Manche, Meurthe et Moselle, Moselle, Oise, Puy de Dôme, Savoie, Somme et Val d'Oise) : enquête quantitative uniquement.
Réalisation d'un diagnostic du renoncement aux soins dans le Tarn, s'inspirant de la démarche BRS.
Accompagnement scientifique par l'Odenore
2017 - 2019 :
Généralisation du dispositif PFIDASS par la CNAMTS
Mars 2017 :
1ère vague de généralisation - Mobilisation du BRS – diagnostic quantitatif par Odenore / HP2
Octobre 2017 :
2ème vague de généralisation - Mobilisation du BRS – diagnostic quantitatif par Odenore / HP2
Mars 2018 :
3ème vague de généralisation - Mobilisation du BRS – diagnostic quantitatif par Odenore / HP2
2017- 2018 : Travail de data management des données du BRS par Odenore / HP2 – fusion progressive de toutes les bases – préparation de l'analyse finale.

Rappel de la méthodologie du diagnostic quantitatif de la démarche BRS

Le diagnostic quantitatif réalisé par les CPAM parties prenantes de cette campagne du BRS a reposé sur un repérage par questionnaire du renoncement aux soins. En mai et juin 2018, toutes les personnes se présentant à l'accueil ou dans d'autres services des CPAM/composantes de l'Assurance Maladie, ou se rendant dans plusieurs autres organismes et structures partenaires, ont répondu au questionnaire du BRS.

Au total, 47 555 personnes ont répondu à cette enquête. La fonction et/ou la structure de rattachement des professionnels qui ont participé à cette campagne du BRS sont indiqués dans le tableau qui suit. Ce tableau donne aussi à voir le nombre de questionnaires passés par les différent€s structures / professionnels.

Fonction et/ou structures	Nombre et part de questionnaires passés
Agence solidarité famille	133 (0.3)
Agent CARSAT Retraite	40 (0.1)
Agent accueil CPAM	31 896 (69.3)
Autres services internes CPAM	276 (0.6)
CAF	715 (1.6)
CCAS	288 (0.6)
Centres d'examen de santé/UC-IRSA…	4172 (9.1)
Conciliateurs	8 (0)
Conseillers PRADO	399 (0.9)
Hôpitaux	82 (0.2)
Maison des Services au Public (MSAP)	327 (0.7)
Mission Locale Jeunes/Garantie Jeunes	21 (0)
Mutualité française	1 (0)
Service Prévention et ASS	1072 (2.3)
Service Social CARSAT/CRAMIF	3651 (7.9)
Service médical	2755 (6)
Travailleur social Conseil Départemental	140 (0.3)
UDAF	48 (0.1)

*Indication de lecture : les agents d'accueil des CPAM ont passé 31 896 questionnaires, soit 69,3% de l'ensemble.

Le repérage « multi-professionnels et multi-sites » prévu dans le cadre du BRS concerne bien les publics accueillis par les structures / professionnels précité(e)s, durant la période du diagnostic.

<u>Les résultats ne peuvent donc pas être interprétés comme valant pour l'ensemble de la population des départements/territoires participant à cette vague du Baromètre.</u>

Cela étant dit, le repérage du renoncement aux soins réalisé, au travers du BRS, présente un intérêt particulier que d'autres enquêtes n'ont pas : il procède suivant la méthode du recensement. Ce repérage est représentatif de l'importance du renoncement pour les publics accueillis par les acteurs impliqués, durant la période du diagnostic. La consigne est, en effet, de passer systématiquement le questionnaire auprès de toutes les personnes rencontrées par les professionnels, sur la période du diagnostic.

Les autres enquêtes statistiques sur le phénomène procèdent par sondages (qui sont d'ailleurs très rarement des « sondages sur échantillon exhaustif », quand la taille de l'échantillon est supérieure à 1/7e (environ 15%) de la taille de la population-mère).

Comme autre intérêt particulier, le questionnaire utilisé dans le cadre du BRS a pour question principale : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé ou reporté un ou plusieurs soins ? ».

Du fait de celle-ci, la captation du renoncement diffère d'autres enquêtes, par exemple celle de l'IRDES (Enquête Santé Protection sociale – ESPS), qui met en avant la raison financière[7].

Objectifs des diagnostics quantitatifs réalisés dans le cadre du BRS

Ces diagnostics sont mis en œuvre dans le but de dresser un panorama descriptif « général »[8] et « par caisse » du phénomène de renoncement aux soins. Dans cette perspective, il s'agit de :

- Estimer des taux de renoncement, pour la population interrogée ;
- Comparer les populations qui renoncent et celles qui ne renoncent pas, à partir de données relatives au genre, à l'âge, à la catégorie socioprofessionnelle, à la situation familiale des répondants et à leur état de santé perçu ;
- Connaître l'état des droits des répondants en matière de complémentaire santé et déterminer la présence ou l'absence d'une déclaration de médecin traitant ;
- Déterminer le(s) type(s) de soins renoncés et les causes du renoncement ;
- Appréhender l'intensité et l'impact du phénomène pour les personnes ;
- Approcher les conséquences du renoncement sur l'état de santé et sur d'autres dimensions de la vie des personnes concernées.

Principaux chiffres du BRS avant la présente campagne

En 2014, dans le Gard, 4 616 personnes[9] avaient été interrogées dans le cadre du BRS. 1 406 avaient déclaré être en renoncement aux soins ou l'avoir été au cours des 12 derniers mois, soit **un taux de renoncement de 30,5%.** 113 de ces « renonçants » avaient participé à un entretien qualitatif.

Dans les quatre autres départements du Languedoc-Roussillon, 3 905 assurés du régime général de l'Assurance maladie avaient été interrogés, **en 2015**. 1 416 avaient déclaré être en renoncement aux soins ou l'avoir été au cours des 12 derniers mois, soit **un taux de renoncement de 36,3%**. Des entretiens qualitatifs avaient été effectués auprès de 200 « renonçants » du régime général. 50 entretiens avaient parallèlement été conduits auprès de ressortissants de la Mutualité sociale agricole (MSA).

28 350 assurés du régime général avaient participé au **BRS mené, en 2016, dans 18 territoires de France métropolitaine** (Allier, Alpes-Maritimes, Bouches du Rhône, Charente, Drôme, Flandres, Hainaut, Haute-Garonne, Landes, Lot, Manche, Meurthe et Moselle, Moselle, Oise, Puy de Dôme, Savoie, Somme et Val d'Oise). 7 514 **avaient déclaré avoir renoncé à un ou plusieurs soins au cours des 12 derniers mois[10] et/ou être toujours en situation de renoncement au moment de l'enquête. Le taux de renoncement était donc de 26,5%.**

Parmi les 29 961 répondants de **la campagne du BRS intervenue mi 2017 et relative aux caisses de la première vague de généralisation PFIDASS** (Ardennes, Ariège, Artois, Aube, Aveyron, Calvados, Charente-Maritime, Doubs, Gers, Haute-Loire, Haut-Rhin, Haute-Saône, Haute-Vienne, Loiret,

---

[7] On peut souligner que la formulation de la question, à partir de laquelle la captation du renoncement procède, influence potentiellement le résultat ; comme l'a indiqué la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES)[7], une formulation générale – comme dans le BRS – a pour effet deproduire des taux de renoncement plus bas que lorsque les questions précisent la raison et/ou le type de soins. Dit autrement, il est possible qu'en reprenant par exemple la formulation utilisée par l'IRDES, qui concentre l'attention sur les raisons financières, les taux de renoncement à des soins soient supérieurs à ceux obtenus avec une question principale ne citant dans son énoncé aucune raison, ni aucun type de soins en particulier.

[8] C'est-à-dire pour l'ensemble des caisses parties prenantes d'une vague du BRS.

[9] Affiliées à différents régimes d'Assurance maladie, non pas uniquement au régime général.

[10] 12 mois précédant l'enquête.

Mayenne, Nord, Orne, Sarthe, Seine et Marne, Tarn, Tarn et Garonne, Vaucluse), 7 726 ont déclaré avoir renoncé à un ou plusieurs soins au cours des 12 mois précédant l'enquête. **Le taux de renoncement moyen pour cette vague était donc de 25,8%.**

Fin 2017, une nouvelle campagne du BRS a été réalisée pour les CPAM de la seconde vague de généralisation PFIDASS (Bayonne, Dordogne, Gironde, Haute-Corse, Haute-Marne, Haute-Savoie, Eure, Loire Atlantique, Pau, Roubaix – Tourcoing – Nord, Rouen – Elbeuf – Dieppe - Seine Maritime, Vendée, Yvelines, Aisne, Ardèche, Indre, Isère, Marne, Meuse, Nièvre, Vienne, Hautes Pyrénées, Cantal, Finistère, Havre - Seine Maritime, Territoires de Belfort, Val de Marne, Saône et Loire et Gers). Parmi les 40 742 répondants, 9 146 avaient indiqué avoir renoncé à un ou plusieurs soins au cours des 12 derniers mois[11] et/ou être toujours en situation de renoncement au moment de l'enquête. **Le taux de renoncement moyen dans cette campagne du BRS était donc de 22,4%.**

Récapitulatif des taux de renoncement pour les caisses ayant participé aux précédentes campagnes BRS

	Nombre de répondants affiliés au Régime Général	Nombre de personnes ayant déclaré renoncer ou avoir renoncé au cours des 12 derniers mois	Taux de renoncement (en %)
CPAM Aisne	1 828	375	**20,5**
CPAM Allier	1 221	374	**30,6**
CPAM Alpes Maritimes	2 814	878	**31,2**
CPAM Ardèche	1 209	344	**28,5**
CPAM Ardennes	968	229	**23,7**
CPAM Ariège	1471	271	**18,4**
CPAM Artois	1791	447	**25**
CPAM Aube	1097	274	**25**
CPAM Aude	945	348	**36,8**
CPAM Aveyron	1153	282	**24,5**
CPAM Bayonne	1 260	309	**24,5**
CPAM Bouches du Rhône	2 230	713	**32**
CPAM Calvados	2082	500	**24**
CPAM Cantal	1 145	187	**16,3**
CPAM Charente	1 310	323	**24,7**
CPAM Charente Maritime	2313	660	**28,5**
CPAM Dordogne	1 064	234	**22**
CPAM Doubs	1466	300	**20,5**
CPAM Drôme	1 017	344	**33,8**
CPAM Eure	1 032	238	**23,1**
CPAM Finistère	1 594	378	**23,7**
CPAM Flandres	1 324	341	**25,8**
CPAM Gard	4 616*	1 406	**30,5**
CPAM Gers	977	279	**28,6**
CPAM Gironde	1 506	493	**32,7**
CPAM Hainaut	1 511	298	**19,7**
CPAM Haute-Corse	3 219	411	**12,8**
CPAM Haute-Garonne	2 233	545	**24,4**
CPAM Haute-Loire	1406	400	**28,4**
CPAM Haute-Marne	970	135	**13,9**
CPAM Hautes-Pyrénées	964	206	**21,4**
CPAM Haut-Rhin	2172	428	**19,7**
CPAM Haute-Saône	1034	184	**17,8**
CPAM Haute-Savoie	2 007	420	**20,9**
CPAM Haute-Vienne	1402	399	**28,5**

[11] 12 mois précédant l'enquête.

CPAM Havre – Seine Maritime	804	180	**22,4**
CPAM Hérault	1 243	452	**36,4**
CPAM Indre	1 094	147	**13,4**
CPAM Isère	2 180	685	**31,4**
CPAM Landes	556	145	**26,1**
CPAM Loire-Atlantique	1 685	433	**25,7**
CPAM Loiret	1239	343	**27,7**
CPAM Lot	1 566	361	**23,1**
CPAM Lozère	424	145	**34,2**
CPAM Manche	1 045	287	**27,5**
CPAM Marne	1 064	264	**24,8**
CPAM Mayenne	988	226	**22,9**
CPAM Meurthe et Moselle	1 508	384	**25,5**
CPAM Meuse	1 084	212	**19,6**
CPAM Moselle	1 653	328	**19,8**
CPAM Nièvre	1 135	246	**21,7**
CPAM Nord	2180	633	**29**
CPAM Oise	1 174	318	**27,1**
CPAM Orne	1089	333	**30,6**
CPAM Pau	1 136	276	**24,3**
CPAM Puy-de-Dôme	1 453	359	**24,7**
CPAM Pyrénées-Orientales	1 293	471	**36,4**
CPAM Roubaix – Tourcoing - Nord	1 361	354	**26**
CPAM Rouen – Elbeuf – Dieppe – Seine M.	1 572	359	**22,8**
CPAM Saône-et-Loire	1 073	242	**22,6**
CPAM Sarthe	1 404	388	**27,6**
CPAM Savoie	1 224	375	**30,6**
CPAM Seine et Marne	2 213	686	**31**
CPAM Somme	1 465	368	**25,1**
CPAM Tarn	7 226	2 694	**34,9**
CPAM Tarn et Garonne	1 005	336	**33,4**
CPAM Territoire de Belfort	998	232	**23,3**
CPAM Val de Marne	1 933	401	**20,7**
CPAM Val d'Oise	3 046	773	**25,4**
CPAM Vaucluse	1 488	407	**27,3**
CPAM Vendée	1 468	299	**20,4**
CPAM de la Vienne	1 419	298	**21,7**
CPAM Yvelines	1 961	509	**26**
Total	**114 800**	**29 902**	**26**

* Dans le diagnostic du Gard, la répartition des répondants par régime d'affiliation n'a pas été réalisée.

En incluant la présente campagne, **ce sont au total 160 824 assurés du régime général de l'Assurance maladie qui ont été interrogés dans le cadre du BRS depuis sa création en 2014[12].** 41 209 d'entre eux ont déclaré avoir renoncé à un ou plusieurs soins au cours des 12 derniers mois[13] et/ou être toujours en situation de renoncement au moment où ils ont été enquêtés. **Le taux de renoncement aux soins mesuré au travers des différentes vagues du BRS est ainsi de 25,6%[14].**

[12] En incluant aussi le diagnostic réalisé par la CPAM du Tarn qui diffère quelque peu de celui du BRS, mais s'en inspire.
[13] 12 mois précédant l'enquête.
[14] Taux non standardisé.

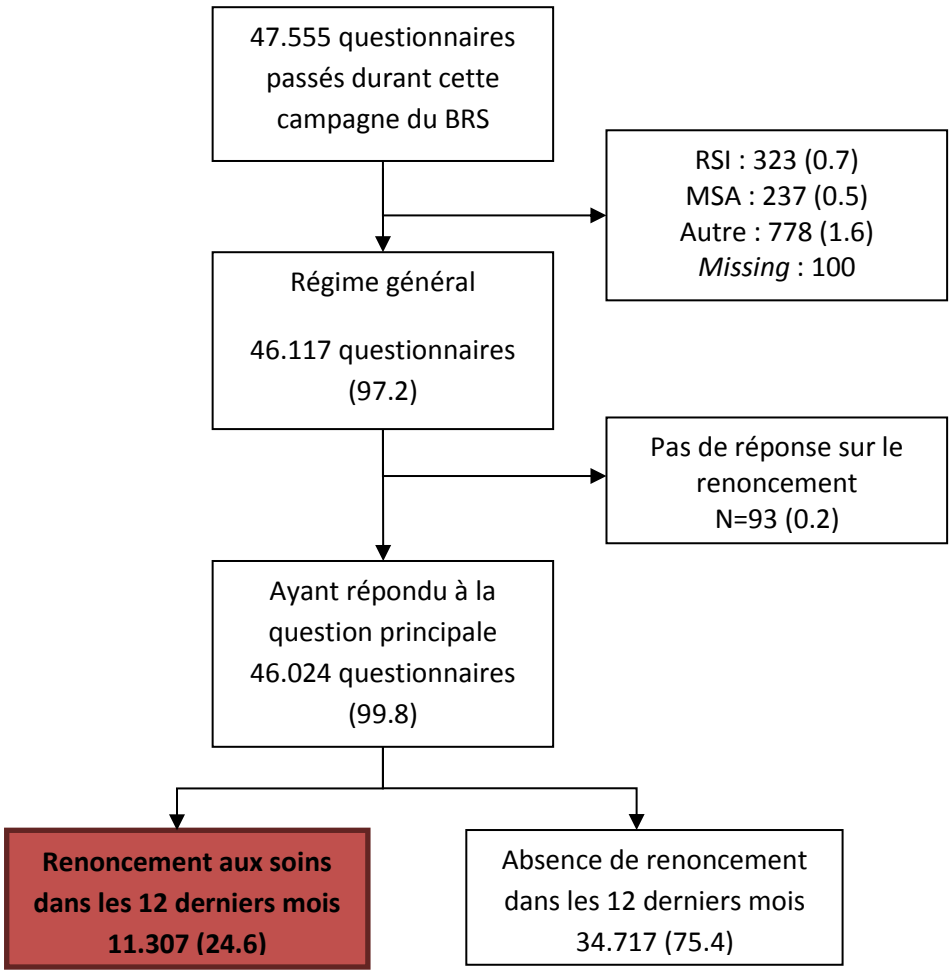
1. Globalement, le renoncement aux soins concerne un quart des répondants ; des différences d'une caisse à l'autre

1.1. Toutes caisses confondues, une personne sur quatre déclare avoir renoncé à un, ou plusieurs, soin(s) au cours des douze derniers mois

47 555 personnes ont répondu à la présente campagne du BRS. Parmi elles :

- 46 117 sont affiliées au régime général de l'Assurance Maladie ;
- 237 au régime de la Mutualité sociale agricole (MSA) ;
- 323 au régime Social des indépendants (RSI) ;
- 778 à un autre régime ;
- pour 100 personnes, le régime d'affiliation à l'Assurance Maladie n'est pas connu.

Les analyses présentées dans ce rapport ne portent que sur les répondants assurés au régime général de l'Assurance Maladie, soit 46 117 personnes. Ne sont, en outre, prises en compte que les répondants pour lesquels la réponse à la question principale du questionnaire « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé ou reporté un ou plusieurs soins ? » est exploitable. Elle ne l'est pas pour 93 personnes. Le schéma ci-dessous récapitule cela.



Finalement, parmi les 46 024 répondants pris en compte dans l'analyse, 11 307 ont déclaré avoir renoncé à un ou plusieurs soins au cours des 12 derniers mois[15] et/ou être toujours en situation de renoncement au moment de l'enquête.

Le taux de renoncement global dans cette nouvelle campagne du BRS est donc de 24,6%. Il est supérieur de 2 points par rapport à celui mesuré pour la seconde vague de généralisation PFIDASS (22,4%) et s'approche du taux de la première vague de généralisation. **Il confirme le caractère « non-résiduel » du renoncement au sein de la population enquêtée, avec un répondant sur quatre déclarant être concerné par des difficultés dans l'accès aux soins au moment de l'enquête et/ou l'avoir été au cours des douze derniers mois.**

Il est indispensable de ne pas en rester à la mesure d'un taux global de renoncement pour les trente caisses impliquées dans cette campagne du BRS, mais de chiffrer également le phénomène pour chaque CPAM. Les écarts entre les taux de renoncement sont moindres que dans la précédente campagne du BRS, mais sont tout de même assez nets. Le tableau ci-dessus présente les taux par caisse.

Taux de renoncement par caisse, campagne mi 2018 du BRS

	Nombre de répondants Régime Général*	Nombre de personnes ayant déclaré renoncer ou avoir renoncé au cours des 12 derniers mois	Taux de renoncement (en %)
CCSS de Lozère	940	181	**19,3**
CPAM Ille et Vilaine	1 873	437	**23,3**
CPAM Indre et Loire	1 514	329	**21,7**
CPAM Corrèze	1 447	346	**23,9**
CPAM Maine et Loire	1 566	410	**26,2**
CPAM Paris	3 207	1 091	**34**
CPAM Seine Saint Denis	2 148	427	**19,9**
CPAM Ain	1 169	279	**23,9**
CPAM Essonne	2 460	657	**26,7**
CPAM Eure et Loir	1 575	304	**19,3**
CPAM Yonne	1 206	273	**22,6**
CPAM Corse du Sud	940	173	**18,4**
CPAM Creuse	1 024	229	**22,4**
CPAM Côte d'Opale	1 703	377	**22,1**
CPAM Côte d'Or	1 975	442	**22,4**
CPAM Loire	1 625	407	**25,1**
CPAM Alpes de Haute Provence	1 107	374	**33,8**
CPAM Côte d'Armor	1 306	301	**23,1**
CPAM Deux Sèvres	1 312	284	**21,7**
CPAM Hautes-Alpes	988	275	**27,8**
CPAM Hauts de Seine	2 368	681	**28,8**
CPAM Vosges	1 070	253	**23,6**
CPAM Bas Rhin	1 675	412	**24,6**
CPAM Cher	1 049	241	**23**
CPAM Jura	1 059	299	**28,2**
CPAM Loir et Cher	1 194	252	**21,1**
CPAM Lot et Garonne	970	274	**28,3**
CPAM Morbihan	1 494	387	**25,9**
CPAM Rhône	1 986	394	**19,8**
CPAM Var	2 074	518	**25**
Total	**46 024**	**11 307**	**24,6**

* Pour lesquels la réponse à la question principale est exploitable.

[15] 12 mois précédant l'enquête.

1.2. Une amplitude moins forte entre les taux de renoncement que dans le précédent BRS

Les diagnostics menés pour les caisses du Languedoc-Roussillon en 2014 et 2015 avaient fait apparaître des taux de renoncement plutôt homogènes. Ils se situaient entre 30,5% pour le Gard et 36,8% pour l'Aude.

C'est dans la campagne 2016 du BRS, portant sur 18 des 21 caisses de « l'expérimentation PFIDASS », qu'étaient apparus les premiers écarts : le taux le plus bas concernait alors la CPAM du Hainaut (19,7%), le plus élevé celle de la Drôme (33,8%)[16].

Dans la campagne BRS de mi 2017, les taux de renoncement se situaient entre une borne inférieure correspondant à la CPAM de la Haute-Saône (17,8%) et une borne supérieure relative au Tarn et Garonne (33,4%). Ils allaient quasiment du simple au double[17].

Fin 2017, le taux le moins élevé était celui de la CPAM de Haute-Corse (12,8%) et le plus élevé celui de la Gironde (32,7%). La borne inférieure était nettement plus basse que dans la précédente campagne, alors que la borne supérieure était relativement similaire. Les taux mesurés variaient du simple au triple. Nous notions en outre que la Haute-Corse présentait le taux de renoncement le plus bas mesuré par le BRS depuis sa création. Pour deux autres caisses (Haute-Marne et Indre), les taux étaient également nettement inférieurs à tous ceux mesurés par le passé (respectivement 13,9% et 13,4%).

Dans la présente campagne du BRS, le taux de renoncement aux soins le moins élevé est celui de la CPAM de Corse du Sud (18,4%) tandis que le plus haut concerne la caisse de Paris (34%). A partir des taux de renoncement des trente caisses, nous pouvons former 4 groupes :

➔ **Groupe 1 : Les caisses avec des taux inférieurs à 20%** ; **cinq sont dans cette situation :** la Seine Saint Denis (19,9%), le Rhône (19,8%), la Lozère (19,3%), l'Eure et Loir (19,3%) et la Corse du Sud (18,4%) ;

➔ **Groupe 2 : Les caisses avec des taux compris entre 20 et 25% ; elles sont au nombre de quatorze**, à savoir les CPAM du Bas Rhin (24,6%), de l'Ain (23,9%), de Corrèze (23,9%), des Vosges (23,6%), d'Ille et Vilaine (23,3%), de la Côte d'Armor (23,1%), du Cher (23%), de l'Yonne (22,6%), de la Creuse (22,4%), de la Côte d'Or (22,4%), de la Côte d'Opale (22,1%), d'Indre et Loire (21,7%), des Deux Sèvres (21,7%) et du Loir et Cher (21,1%) ;

➔ **Groupe 3 : Les CPAM dont les taux sont égaux ou supérieurs à 25% mais inférieurs à 30% ; nous en comptons neuf :** Hauts de Seine (28,8%), Lot et Garonne (28,3%), Jura (28,2%), Hautes-Alpes (27,8%), Essonne (26,7%), Maine et Loire (26,2%), Morbihan (25,9%), Loire (25,1%) et Var (25%) ;

➔ **Groupe 4 : Les CPAM dont les taux dépassent 30% ; deux sont concernées** : Alpes de Haute Provence (33,8%) et Paris (34%).

Le schéma de la page suivante permet aux CPAM de situer leur taux par rapport à ceux des caisses qui ont déjà été impliquées dans les précédentes campagnes du BRS. Nous y avons inclus les taux de renoncement de toutes les CPAM qui ont participé à la démarche BRS jusqu'à présent. La carte de la page 16 donne une représentation plus visuelle des choses et permet notamment de percevoir quelques aires géographiques avec des taux de renoncement relativement homogènes.

---

[16] Revil H., *op. cit.* juin 2016.

[17] Revil, H., S. Bailly. 2017, « Diagnostic du renoncement aux soins des assurés des CPAM de la première vague de généralisation PFIDASS », Rapport d'étude pour le régime général de l'Assurance Maladie.

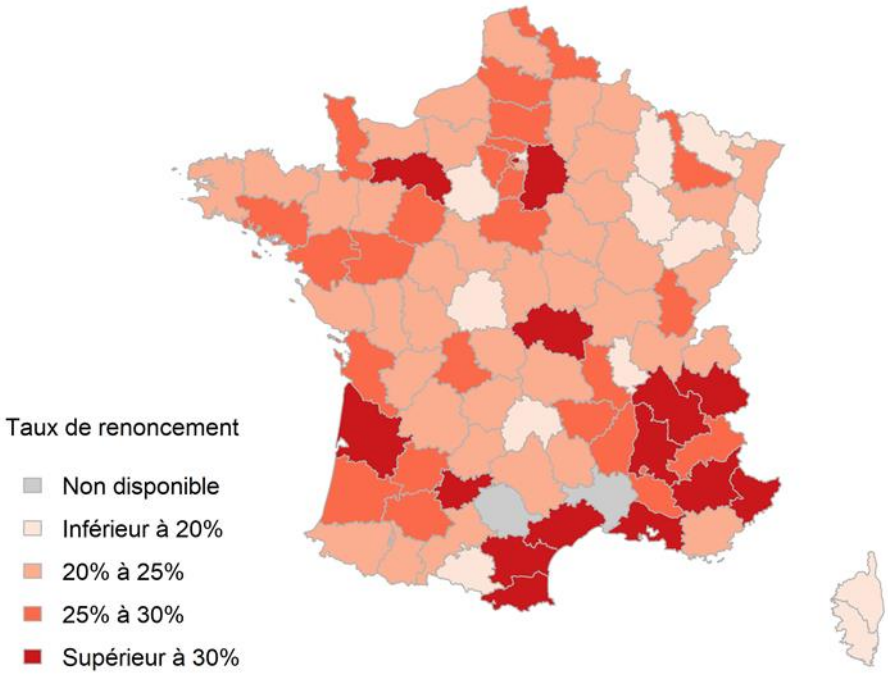
1.3. Représentations schématique et spatiale des taux de renoncement mesurés par le BRS

36,8

	Campagne mi 2018	Campagne fin 2017	Campagne mi 2017	Campagne 2016	Campagne 2014 - 2015	
Taux > 30	Paris = 34 Alpes de Haute Provence = 33,8	Gironde = 32,7 Isère = 31,4	Tarn et Garonne = 33,4 Tarn = 34,9 Seine et Marne = 31 Orne = 30,6	Drôme = 33,8 Bouches Du Rhône = 32 Alpes-Maritimes = 31,2 Allier = 30,6 Savoie = 30,6	Aude = 36,8 Pyrénées-Orientales = 36,4 Hérault = 36,4 Lozère = 34,2 Gard = 30,5	**18 caisses avec des taux > à 30%.**
Taux 25 à 30	Hauts de Seine = 28,8 Lot et Garonne = 28,3 Jura = 28,2 Hautes-Alpes = 27,8 Essonne = 26,7 Maine et Loire = 26,2 Morbihan = 25,9 Loire = 25, 1 Var = 25	Gers = 28,6 Ardèche = 28,5 Yvelines = 26 Roubaix – Tourcoing = 26 Loire-Atlantique = 25,7	Nord = 29 Charente-Maritime = 28,5 Haute-Vienne = 28,5 Haute-Loire = 28,4 Loiret = 27,7 Sarthe = 27,6 Vaucluse = 27,3	Manche = 27,5 Oise = 27,1 Landes = 26,1 Flandres = 25,8 Meurthe et Moselle = 25,5 Val D'Oise = 25,4 Somme = 25,1		**28 caisses avec des taux entre 25 et 30%**
Taux 20 à 25	Bas-Rhin = 24,6 Ain = 23,9 Corrèze = 23,9 Finistère = 23,7 Vosges = 23,6 Ille et Vilaine = 23,3 Côte d'Armor = 23,1 Cher = 23 Yonne = 22,6 Creuse = 22,4 Côte d'Or = 22,4 Côte d'Opale = 22,1 Indre et Loire = 21,7 Deux Sèvres = 21,7 Loir et Cher = 21,1	Marne = 24,8 Bayonne = 24,5 Pau = 24,3 Finistère = 23,7 Territoire de Belfort = 23,3 Eure = 23,1 Rouen/Elbeuf/Dieppe = 22,8 Saône et Loire = 22,6 Havre – Seine M. = 22,4 Dordogne = 22 Vienne = 21,7 Nièvre = 21,7 Hautes-Pyrénées = 21,4 Haute-Savoie = 20.9	Aube = 25 Artois = 25 Aveyron = 24,5 Calvados = 24 Ardennes = 23,7 Mayenne = 22,9 Doubs = 20,5	Charente = 24,7 Puy De Dôme = 24,7 Haute-Garonne = 24,4 Lot = 23,1		**40 caisses avec des taux entre 20 et 25%**
Taux < 20	Seine Saint Denis = 19,9 Rhône = 19,8 Lozère = 19,3 Eure et Loir = 19,3 Corse du Sud = 18,4	Meuse = 19,6 Cantal = 16,3 Haute-Marne = 13,9 Indre = 13,4 Haute-Corse = 12,8	Haut-Rhin = 19,7 Ariège = 18,4 Haute-Saône = 17,8	Moselle = 19,8 Hainaut = 19,7		**15 caisses avec des taux < à 20%**

12,8

Campagne mi 2018	Campagne fin 2017	Campagne mi 2017	Campagne 2016	Campagne 2014 - 2015
Taux moyen = 24,8%	Taux moyen = 22,4%	Taux moyen = 25,5%	Taux moyen = 26,5%	Taux moyen = 33,2%



Nota bene : Les taux de renoncement des CPAM du Gard (30,5%) et du Tarn (34,9%) n'apparaissent pas sur cette carthographie car les diagnostics conduits dans ces départements diffèrent quelque peu de ceux réalisés dans les autres départements. Comme évoqué en introduction, c'est dans le Gard que la démarche BRS a vu le jour et que les premières données ont été collectées. Ces données ont été encodées selon une méthodologie spécifique qui ne nous a pas permis de les fusionner avec celles des autres bases du BRS pour réaliser le travail carthographique.

1.4. Variations des taux de renoncement, utilité de ces chiffres et nécessaire contextualisation

Il nous semble important de nous arrêter quelques instants sur les différences qui existent entre les taux de renoncement et sur ce qui peut contribuer à les expliquer. Ces différences peuvent être en partie imputables à des considérations méthodologiques : choix faits par les caisses concernant les professionnels impliqués dans la passation des questionnaires et/ou concernant les modalités de passation, association ou non de partenaires pour réaliser le diagnostic, degré d'appropriation du questionnaire… Des préconisations méthodologiques sont faites au moment de la formation au diagnostic, mais leur mise en œuvre par les CPAM peut être différenciée. Par exemple, si pour optimiser la fiabilité des analyses, il est préconisé par l'ODENORE de passer systématiquement le questionnaire à toutes les personnes accueillies et/ou rencontrées lors d'une campagne BRS, il est possible que des caisses aient choisi de procéder différemment (passation des questionnaires à certains horaires ou certains jours de la semaine par exemple).

Il est important de rappeler que l'outil BRS a été conçu par des acteurs administratifs et des chercheurs. Il tente donc de tenir au mieux compte des impératifs, des contraintes et des objectifs des uns et des autres. L'outil BRS est à la croisée des mondes administratif et scientifique. Par rapport à d'autres outils, c'est ce qui en fait, de notre point de vue, son plus grand intérêt. C'est également ce qui peut

expliquer les variations méthodologiques (qui ne modifient toutefois pas l'esprit de la démarche BRS). Pour mieux saisir leur influence sur les variations des taux de renoncement, il pourrait être intéressant de mener une étude spécifique qui aurait pour finalité principale de tester l'influence sur les taux de renoncement de choix méthodologiques différents.

Les variations des taux de renoncement peuvent aussi (et davantage de notre point de vue) se comprendre au regard des caractéristiques des populations (celles accueillies/rencontrées par les organismes/acteurs parties prenantes des campagnes du BRS ; celles habitant sur les territoires pris en compte dans les BRS…) et des caractéristiques des territoires sur lesquels se déploie la démarche BRS (par exemple, densité et répartition de l'offre de soins, actions préexistantes pour améliorer l'accès aux soins…).

Là encore, sans une étude spécifique, nous ne pouvons que rester dans le registre hypothétique. Pour avancer sur ce point, nous pourrions imaginer réanalyser les données du BRS pour deux territoires présentant des taux de renoncement très différents en redressant notre échantillon sur quelques variables et/ou en injectant des informations sur l'offre de soins et/ou les autres dispositifs territoriaux ayant vocation à améliorer l'accès aux soins.

Les taux de renoncement aux soins fournissent, en tout cas, une information qui peut être utile aux acteurs des CPAM pour « se faire une première idée » du phénomène. Ils font, en effet, partie de ces chiffres qui, en agrégeant des situations individuelles, donnent une « forme de réalité » à des phénomènes sociaux. En ce sens, les taux de renoncement peuvent aider à la prise de conscience ; ils peuvent en outre être facilement mobilisés lors d'échanges en interne de l'Assurance Maladie ou avec des partenaires, pour enclencher, nourrir les discussions relatives notamment aux PFIDASS.

Les acteurs impliqués dans le déploiement des PFIDASS ont des intuitions, mais aussi des certitudes, concernant les caractéristiques de leurs publics et de la population habitant sur leur territoire d'intervention ; en échangeant sur tout cela, en partageant, ils peuvent avancer ensemble dans la nécessaire contextualisation des taux de renoncement.

Nous pensons en outre qu'à partir du moment où l'on resitue bien ces taux dans la démarche qui a permis de les construire, où l'on garde aussi à l'esprit les différents facteurs qui peuvent les moduler, ils peuvent être des alliés précieux au moment de se lancer dans une intervention sur le renoncement aux soins. Si « la valeur en soi » des taux est importante, c'est certainement aussi leur *valeur d'usage* et leur capacité à induire, alimenter, des échanges qui est essentielle.

Nous finirons ici en rappelant que les taux de renoncement ne sont qu'une information parmi l'ensemble de celles qu'apporte l'analyse descriptive des données du BRS.

2. « Renonçants » et « non-renonçants » : comparaison des deux populations

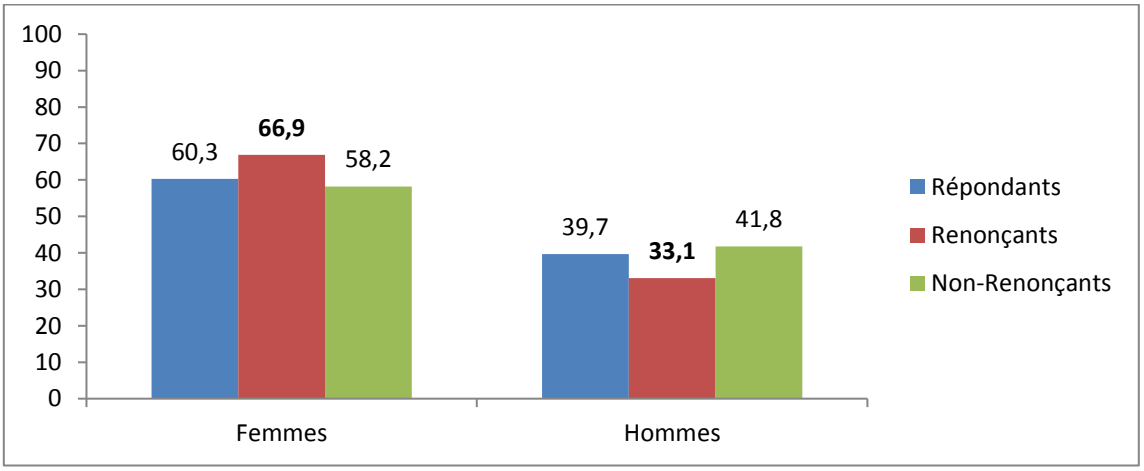
Cette seconde partie du rapport compare les populations des « renonçants » (Re) et des « non-renonçants » (N-Re). L'analyse découlant des tris à plat de la base BRS permet de pointer des différences notables entre ces deux populations. Alors que les caisses se lancent dans la mise en œuvre de leur PFIDASS, il peut être important de remarquer ces différences : les caractéristiques de la population des renonçants (Re) peuvent aider à identifier des groupes plus exposés que d'autres à la difficulté d'accéder à des soins et, pourquoi pas, à définir des cibles pour la détection, voire à établir des partenariats avec des acteurs qui seraient susceptibles de rencontrer des personnes répondant au profil des renonçants tels qu'il apparaît au travers de cette analyse descriptive.

Nous rappelons que l'analyse produite ici est essentiellement descriptive et que les données n'ont pas été redressées en tenant compte des caractéristiques sociodémographiques des assurés de chaque caisse. Nous invitons par conséquent les acteurs des caisses à mettre les profils des renonçants, tels qu'ils ressortent de ce diagnostic, en regard du profil de leurs assurés, et plus encore des assurés qui visitent leurs accueils.

2.1. Un taux de renoncement plus élevé pour les femmes que pour les hommes, sauf pour quelques caisses

Si l'on se place au niveau de l'échantillon total, les répondants à l'enquête sont pour 60,3% des femmes et pour 39,7% des hommes. 66,9% des assurés qui ont répondu par l'affirmative à la question « Avez-vous reporté ou renoncé à des soins au cours des douze derniers mois ? » sont, en revanche, des femmes et 33,1% des hommes. Parmi les non-renonçants, la part de femmes est de 58,2% et la part d'hommes de 41,8%. Les femmes apparaissent ainsi un peu plus « exposées » au renoncement que les hommes. **Tout du moins ont elles déclaré plus souvent que ceux-ci renoncer actuellement ou avoir renoncé à des soins au cours des douze derniers mois.**

Ce constat rejoint ceux des précédents diagnostics issus du BRS. En 2012, l'équipe de Pierre Chauvin (INSERM), indiquait également que *« les femmes ont tendance à plus renoncer aux soins que les hommes (…), mais* [que] *la différence n'est significative qu'à un seuil de 10 % »*[18]. Les auteurs en concluaient que, toutes choses égales par ailleurs, le risque de renoncement aux soins des femmes est supérieur à celui des hommes.



[18] Chauvin P., Renahy E., Parizot I., Vallée J., « Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne. Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010 », DREES, Document de Travail, n°120, mars 2012.

La plus forte probabilité de renoncer (ou de le déclarer) pour les femmes par rapport aux hommes se vérifie pour toutes les caisses sauf pour la CCSS de Lozère ainsi que pour les CPAM de la Creuse et du Cher.

Pour ces trois caisses, ce sont les hommes qui sont surreprésentés parmi les renonçants. Cette surreprésentation est assez nette en Lozère (où 42,8% des renonçants sont des hommes alors qu'ils représentent 38,7% des répondants) ; elle existe dans la Creuse (Re : 38,9% ; rép : 38,6%) et le Cher (Re : 34% ; rép : 33,7%), mais est très faible.

La surreprésentation des femmes parmi les renonçants n'est, parallèlement, pas très marquée pour les caisses des Vosges (Re : 59,3% ; rép : 58,5%), des Hautes Alpes (Re : 66,5% ; rép : 64,8%) et de Côte d'Or (Re : 65,8% ; rép : 63,5%).

Elle est en revanche particulièrement nette pour les CPAM d'Ille et Vilaine (où 69,1% des renonçants sont des femmes alors qu'elles représentent 60,5% des répondants), du Morbihan (Re : 71,6% ; rép : 62,5% ;), d'Indre et Loire (Re : 69,1% ; rép : 63,5%), de l'Essonne (Re : 67,3% ; rép : 57%), des Alpes de Haute Provence (Re : 74,3% ; rép : 64,6%), du Lot et Garonne (Re : 72,3% ; rép : 63,2%) et de Corse du Sud (Re : 71,7% ; rép : 61%).

Le tableau suivant présente les pourcentages de renonçants (Re) et de non-renonçants (N-Re), par caisse, en fonction du sexe des répondants.

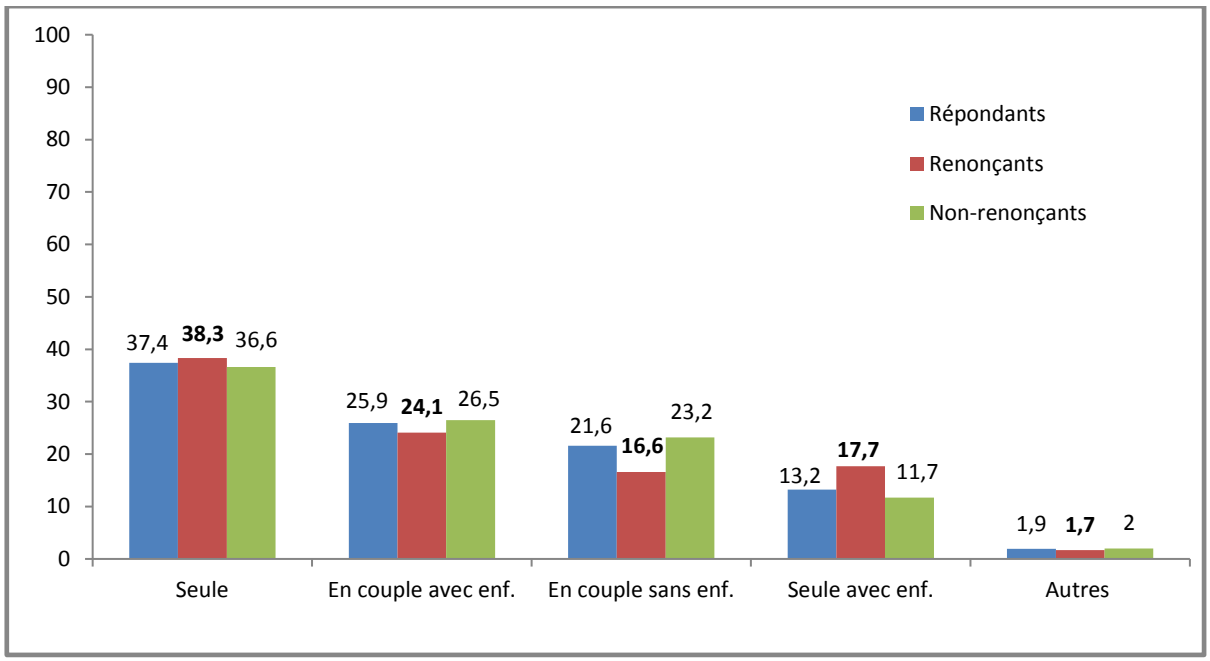
CPAM		Féminin	Masculin
CCSS de Lozère (481)	Rép.	61.3	38.7
	N-Re	62.3	37.7
	Re	57.2	42.8
Cpam d'Ille-et-Vilaine (351)	Rép.	60.5	39.5
	N-Re	57.9	42.1
	Re	69.1	30.9
Cpam d'Indre-et-Loire (371)	Rép.	63.0	37.0
	N-Re	60.3	39.7
	Re	72.9	27.1
Cpam de Corrèze (191)	Rép.	63.5	36.5
	N-Re	61.6	38.4
	Re	69.4	30.6
Cpam de Maine-et-Loire (491)	Rép.	59.9	40.1
	N-Re	57.7	42.3
	Re	66.2	33.8
Cpam de Paris (751)	Rép.	57.3	42.7
	N-Re	54.2	45.8
	Re	63.4	36.6
Cpam de Seine-Saint-Denis (931)	Rép.	52.6	47.4
	N-Re	49.7	50.3
	Re	64.3	35.7
Cpam de l'Ain (011)	Rép.	60.7	39.3
	N-Re	59.1	40.9
	Re	65.6	34.4
Cpam de l'Essonne (911)	Rép.	57.0	43.0
	N-Re	53.3	46.7
	Re	67.3	32.7
Cpam de l'Eure-et-Loir (281)	Rép.	57.1	42.9
	N-Re	55.2	44.8
	Re	65.1	34.9
Cpam de l'Yonne (891)	Rép.	61.0	39.0

	N-Re	59.1	40.9
	Re	67.4	32.6
Cpam de la Corse-du-Sud (201)	Rép.	61.0	39.0
	N-Re	58.6	41.4
	Re	71.7	28.3
Cpam de la Creuse (231)	Rép.	61.4	38.6
	N-Re	61.5	38.5
	Re	61.1	38.9
Cpam de la Côte d'Opale (623)	Rép.	67.0	33.0
	N-Re	65.0	35.0
	Re	74.0	26.0
Cpam de la Côte-d'Or (211)	Rép.	63.5	36.5
	N-Re	62.9	37.1
	Re	65.8	34.2
Cpam de la Loire (422)	Rép.	64.0	36.0
	N-Re	62.9	37.1
	Re	67.3	32.7
Cpam des Alpes de Haute-Provence (041)	Rép.	64.6	35.4
	N-Re	59.6	40.4
	Re	74.3	25.7
Cpam des Côtes d'Armor (221)	Rép.	58.3	41.7
	N-Re	56.9	43.1
	Re	63.1	36.9
Cpam des Deux-Sèvres (791)	Rép.	61.4	38.6
	N-Re	59.3	40.7
	Re	68.7	31.3
Cpam des Hautes-Alpes (051)	Rép.	64.8	35.2
	N-Re	64.2	35.8
	Re	66.5	33.5
Cpam des Hauts-de-Seine (921)	Rép.	59.5	40.5
	N-Re	56.5	43.5
	Re	66.8	33.2
Cpam des Vosges (881)	Rép.	58.5	41.5
	N-Re	58.3	41.7
	Re	59.3	40.7
Cpam du Bas-Rhin (673)	Rép.	59.7	40.3
	N-Re	58.7	41.3
	Re	62.6	37.4
Cpam du Cher (181)	Rép.	66.3	33.7
	N-Re	66.3	33.7
	Re	66.0	34.0
Cpam du Jura (391)	Rép.	62.2	37.8
	N-Re	59.4	40.6
	Re	69.1	30.9
Cpam du Loir et Cher (411)	Rép.	57.1	42.9
	N-Re	54.7	45.3
	Re	65.9	34.1
Cpam du Lot-et-Garonne (471)	Rép.	63.2	36.8
	N-Re	59.6	40.4
	Re	72.3	27.7
Cpam du Morbihan (561)	Rép.	62.5	37.5
	N-Re	59.3	40.7
	Re	71.6	28.4
Cpam du Rhône (691)	Rép.	55.6	44.4
	N-Re	53.3	46.7
	Re	64.6	35.4
Cpam du Var (831)	Rép.	60.2	39.8
	N-Re	57.6	42.4
	Re	68.0	32.0

2.2. Par rapport aux non-renonçants, les renonçants vivent plus souvent seul(e)s avec des enfants à charge ou seul(e)s ; des spécificités pour certaines CPAM

Comme c'était le cas dans les précédentes campagnes du BRS, **les familles monoparentales et, dans une moindre mesure, les personnes qui vivent seules apparaissent plus touchées par le renoncement aux soins.** Ainsi, au niveau de l'échantillon total, les répondants sont pour 13,2% des familles monoparentales. La part de renonçants vivant seul(e)s avec des enfants à charge est, quant à elle, de 17,7%. Ce constat selon lequel les familles monoparentales sont davantage touchées par le renoncement aux soins ressort également d'autres études récentes menées en France ou dans des pays voisins.

Toutes caisses confondues, on note aussi une légère surreprésentation des personnes seules parmi celles qui déclarent avoir renoncé aux soins dans les douze derniers mois (38,3% versus 37,4% pour les répondants). Ce constat d'une probabilité plus importante d'être concerné par le renoncement aux soins lorsque l'on vit seul(e) a également été fait dans d'autres études.



Là encore, la réalisation de traitements statistiques pour chaque CPAM est importante. Plusieurs constats en découlent.

En premier lieu, nous pouvons souligner que la probabilité plus importante de renoncer aux soins pour les familles monoparentales concerne vingt-neuf des trente caisses prises en compte dans ce diagnostic.

Mais c'est en Lozère, Corrèze, Côte d'Or, dans l'Yonne, le Morbihan, le Loir et Cher et les Alpes de Haute Provence que la surreprésentation parmi les renonçants des personnes seules avec des enfants à charge est la plus nette.

Cette surreprésentation des familles monoparentales au sein de la population qui renonce à des soins est moins marquée pour les caisses de l'Ain (Re : 12,2% ; rép : 10%), de la Loire (Re : 13,5% ; rép : 12,2%), des deux Sèvres (Re : 14,8% ; rép : 12%) et de Corse du Sud (Re : 13,3% ; rép : 11,6%). **Elle ne se retrouve, par ailleurs, pas pour la CPAM de la Creuse (Re : 8,7% ; rép : 10,2%).**

Pour cette dernière caisse, il existe en revanche une surreprésentation des couples ayant des enfants à charge parmi les renonçants. C'est également le cas pour les CPAM de l'Ain, de la Loire, de l'Eure et Loire, du Lot et Garonne (surreprésentation très faible), de la Corse du Sud et des Vosges (surreprésentation plus nette que pour les autres caisses).

En ce qui concerne les personnes vivant seules : leur surreprésentation parmi les renonçants ne se retrouve pas pour toutes les caisses. Les CPAM de l'Ain, de l'Eure et Loire, du Loir et Cher, de la Côte d'Or, du Morbihan, du Lot et Garonne et des Hauts de Seine ne sont ainsi pas concernées.

C'est pour les CPAM de Lozère, de Corse du Sud, de la Creuse, du Jura, des Deux Sèvres, des Hautes Alpes et des Côtes d'Armor que la surreprésentation des personnes seules parmi les renonçants est la plus nette.

L'analyse des données de cette campagne du BRS montre à nouveau que les personnes vivant en couple sans enfant à charge sont, toutes caisses confondues, moins touchées par le renoncement. Seule la caisse de l'Ain présente une répartition égale des couples sans enfant à charge parmi les renonçants et les non-renonçants.

Le tableau suivant permet de visualiser les taux relatifs aux différents points abordés ci-dessus.

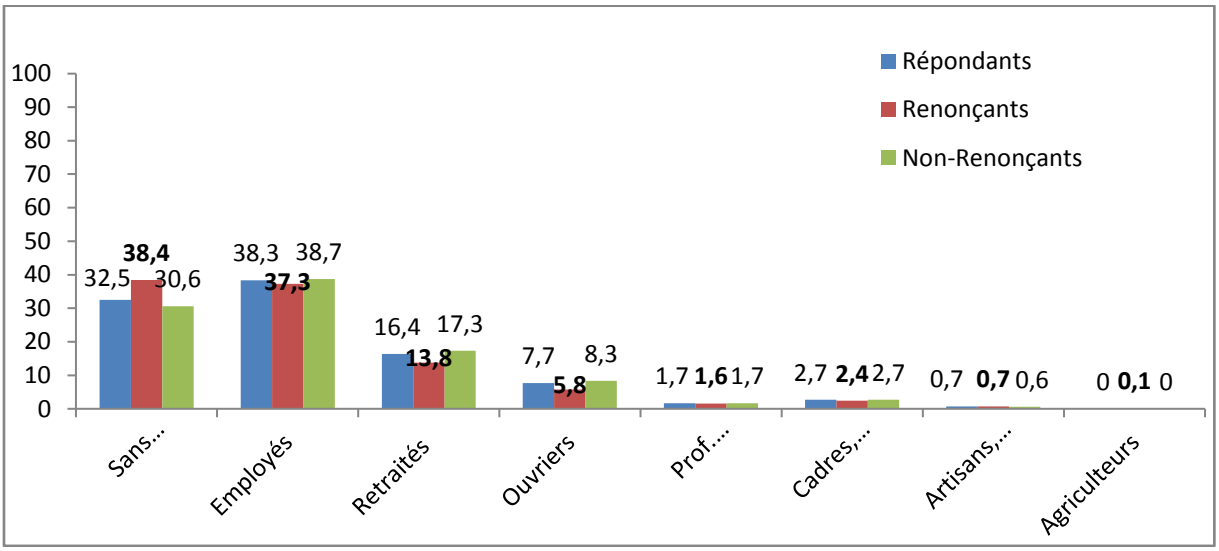
CPAM		Seul(e)	Seul(e) avec enfant(s) à charge	Couple sans enfants à charge	Couple avec enfants à charge	Autre
CCSS de Lozère (481)	Rép.	37.8	11.2	24.6	26.2	0.2
	N-Re	36.9	9.6	26.0	27.2	0.3
	Re	41.4	17.7	18.8	22.1	.
Cpam d'Ille-et-Vilaine (351)	Rép.	40.1	13.9	20.2	24.0	1.7
	N-Re	39.1	13.0	21.9	24.1	1.8
	Re	43.2	16.9	14.6	23.8	1.4
Cpam d'Indre-et-Loire (371)	Rép.	39.6	16.0	19.7	21.6	3.1
	N-Re	38.9	14.2	21.6	22.1	3.2
	Re	42.2	22.5	12.8	19.8	2.7
Cpam de Corrèze (191)	Rép.	32.8	11.8	22.9	30.8	1.7
	N-Re	32.1	10.2	23.6	32.2	1.9
	Re	35.1	17.1	20.6	26.4	0.9
Cpam de Maine-et-Loire (491)	Rép.	37.2	11.9	22.9	26.4	1.5
	N-Re	36.9	10.2	24.4	27.2	1.3
	Re	38.0	16.8	18.8	24.1	2.2
Cpam de Paris (751)	Rép.	48.2	13.1	17.5	19.6	1.6
	N-Re	47.4	11.1	19.8	19.8	1.9
	Re	49.7	16.9	13.1	19.2	1.1
Cpam de Seine-Saint-Denis (931)	Rép.	32.0	11.3	18.7	34.9	3.1
	N-Re	31.3	10.3	18.9	36.1	3.4
	Re	34.9	15.3	17.7	30.0	2.1
Cpam de l'Ain (011)	Rép.	35.7	10.0	21.8	30.5	2.0
	N-Re	37.0	9.3	21.8	29.9	2.0
	Re	31.5	12.2	21.9	32.6	1.8
Cpam de l'Essonne (911)	Rép.	30.1	16.1	16.8	35.6	1.4
	N-Re	28.5	14.6	17.6	37.8	1.6
	Re	34.5	20.3	14.8	29.6	0.9
Cpam de l'Eure-et-Loir (281)	Rép.	34.0	13.2	24.1	26.3	2.4
	N-Re	34.1	12.0	26.2	25.5	2.2
	Re	33.2	18.4	15.5	29.6	3.3
Cpam de l'Yonne (891)	Rép.	29.9	11.3	26.6	28.9	3.3
	N-Re	29.6	9.5	29.2	28.6	3.1
	Re	31.3	17.6	17.6	29.8	3.7

Cpam de la Corse-du-Sud (201)	Rép.	35.9	11.6	26.4	25.4	0.7
	N-Re	34.9	11.2	27.9	25.3	0.7
	Re	39.9	13.3	19.7	26.0	1.2
Cpam de la Creuse (231)	Rép.	35.9	10.2	29.4	23.7	0.8
	N-Re	34.2	10.6	31.6	23.3	0.4
	Re	41.9	8.7	21.8	25.3	2.2
Cpam de la Côte d'Opale (623)	Rép.	36.9	18.9	18.0	23.3	2.9
	N-Re	36.6	17.8	19.2	23.8	2.6
	Re	37.9	22.8	13.8	21.8	3.7
Cpam de la Côte-d'Or (211)	Rép.	35.8	13.3	23.7	26.0	1.1
	N-Re	35.9	11.0	25.4	26.5	1.2
	Re	35.7	21.5	17.9	24.2	0.7
Cpam de la Loire (422)	Rép.	38.5	12.2	20.6	27.8	0.9
	N-Re	37.8	11.8	22.1	27.7	0.6
	Re	40.3	13.5	16.2	28.3	1.7
Cpam des Alpes de Haute-Provence (041)	Rép.	37.9	15.3	21.4	24.3	1.1
	N-Re	37.4	11.6	23.5	26.3	1.2
	Re	39.0	22.5	17.4	20.3	0.8
Cpam des Côtes d'Armor (221)	Rép.	39.1	12.0	24.8	21.0	3.1
	N-Re	37.7	11.0	26.7	22.2	2.4
	Re	43.9	15.3	18.6	16.9	5.3
Cpam des Deux-Sèvres (791)	Rép.	34.5	12.0	26.8	24.1	2.6
	N-Re	32.9	11.2	28.8	24.4	2.7
	Re	40.5	14.8	19.7	22.9	2.1
Cpam des Hautes-Alpes (051)	Rép.	41.8	14.3	18.3	25.2	0.4
	N-Re	39.1	13.3	20.2	26.8	0.6
	Re	48.7	16.7	13.5	21.1	.
Cpam des Hauts-de-Seine (921)	Rép.	41.0	14.4	18.1	24.9	1.6
	N-Re	41.0	12.6	19.2	25.8	1.4
	Re	41.1	18.8	15.4	22.8	1.9
Cpam des Vosges (881)	Rép.	36.4	10.0	26.1	24.0	3.4
	N-Re	36.7	8.4	28.5	22.4	4.1
	Re	35.7	15.5	18.3	29.4	1.2
Cpam du Bas-Rhin (673)	Rép.	37.2	10.7	26.9	22.8	2.3
	N-Re	36.1	9.3	29.4	22.8	2.5
	Re	40.8	15.0	19.4	22.8	1.9
Cpam du Cher (181)	Rép.	35.9	11.5	22.9	26.8	2.9
	N-Re	34.7	10.5	24.4	27.5	2.9
	Re	39.8	14.9	17.8	24.5	2.9
Cpam du Jura (391)	Rép.	39.5	14.6	18.9	26.0	1.0
	N-Re	36.2	13.6	21.1	27.8	1.4
	Re	47.8	17.4	13.4	21.4	.
Cpam du Loir et Cher (411)	Rép.	34.2	14.8	23.8	25.8	1.3
	N-Re	35.0	12.2	25.4	26.0	1.5
	Re	31.2	24.8	18.0	25.2	0.8
Cpam du Lot-et-Garonne (471)	Rép.	36.1	12.7	23.8	25.1	2.4
	N-Re	36.5	10.9	25.4	24.7	2.4
	Re	35.0	17.2	19.7	25.9	2.2
Cpam du Morbihan (561)	Rép.	35.7	14.4	24.7	24.0	1.2
	N-Re	36.3	12.4	25.7	24.5	1.1
	Re	34.1	20.2	21.7	22.5	1.6
Cpam du Rhône (691)	Rép.	37.3	13.6	17.1	30.5	1.6
	N-Re	37.2	12.3	17.9	30.8	1.7
	Re	37.4	18.7	13.8	29.0	1.0
Cpam du Var (831)	Rép.	43.2	13.4	19.9	20.3	3.2
	N-Re	41.2	11.9	22.4	20.8	3.7
	Re	49.0	18.0	12.5	18.7	1.7

2.3. Toutes caisses confondues, les personnes sans activité professionnelle sont davantage touchées par le renoncement aux soins, tandis que les retraités le sont moins

Comme c'était le cas dans les précédentes campagnes du BRS, les résultats quantitatifs obtenus ici signalent que, toutes caisses confondues**, l'absence d'activité professionnelle accroit la probabilité de renoncer aux soins.** Ainsi, alors que 32,5% des répondants sont sans activité professionnelle, 38,4% des renonçants sont dans cette situation.

Tous territoires confondus, le fait d'être à la retraite n'augmente pas la probabilité de renoncer ; en effet, alors que les retraités sont 16,4% parmi les répondants, seuls 13,8% ont déclaré avoir renoncé à un ou plusieurs soins au cours des douze derniers mois. Sur ce point, certaines caisses se différencient assez nettement. Nous l'évoquons ci-après.



La surreprésentation du renoncement parmi les personnes sans activité professionnelle est vraie pour toutes les CPAM. Elle est particulièrement marquée pour les caisses de la Lozère, de l'Eure et Loire, de l'Yonne, des Deux Sèvres, et est nette pour celles de la Corrèze, des Hautes Alpes, du Maine et Loire, de la Loire, de Paris, de Côte d'Opale, des Côtes d'Armor, des Hauts de Seine, des Vosges, du Bas Rhin et du Jura.

L'absence d'activité professionnelle est, en revanche, une caractéristique que l'on retrouve dans une moindre mesure pour les « assurés renonçants » des caisses de Seine Saint Denis, du Loir et Cher, du Rhône et du Lot et Garonne ; pour ces CPAM, la surreprésentation des personnes sans activité professionnelle parmi les renonçants existe bien, mais est moins marquée qu'ailleurs.

On peut noter que pour les caisses de Paris, de Seine Saint Denis, de l'Essonne et de Corse du Sud, les retraités se répartissent quasiment de manière égale dans les populations renonçante et non-renonçante. Dans le Lot et Garonne, il existe une légère surreprésentation des retraités parmi les renonçants. Dans tous les autres départements, les retraités qui ont répondu à l'enquête disent un peu plus souvent ne pas renoncer aux soins qu'y renoncer.

Pour onze caisses, l'analyse descriptive montre une surreprésentation des employés au sein de la population déclarant renoncer. Il s'agit des CPAM de Seine Saint Denis, de la Creuse, des Vosges, de Côte d'Or, du Bas Rhin, des Vosges, du Rhône, du Var, d'Indre et Loire et d'Ille Et vilaine. Pour ces deux dernières caisses, la surreprésentation est plus nette que pour les neuf autres.

Enfin, on peut relever que les ouvriers interrogés au sein de la CPAM de Lozère se déclarent un peu plus souvent renonçants que non-renonçants. Cela ne se retrouve dans aucune autre caisse de cette campagne du BRS.

Le tableau ci-dessous indique, pour chaque CPAM, la part de personnes en fonction de leur catégorie socio-professionnelle parmi les répondants, les renonçants et les non-renonçants.

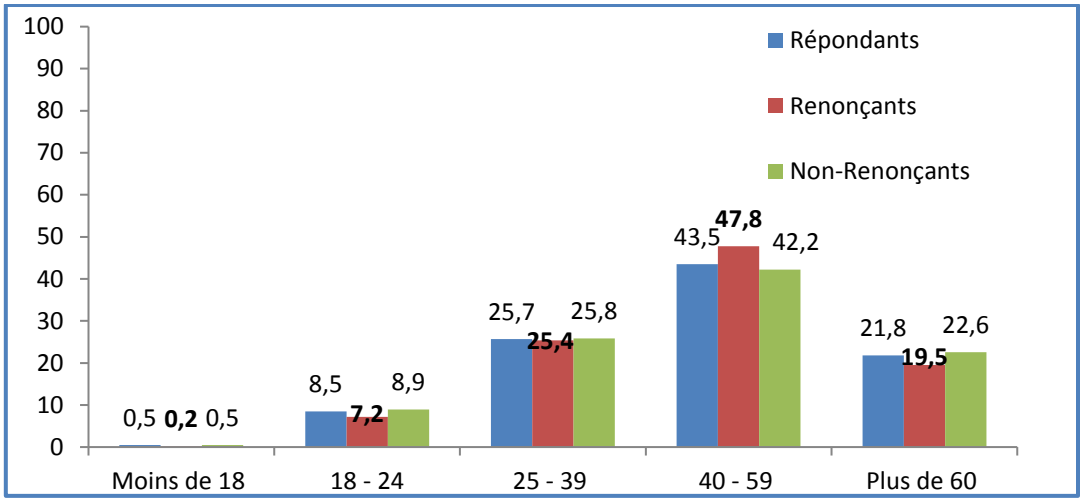
CPAM		Sans act.	Retraités	Employés	Ouvriers	Professions interm.	Artisans commerçants	Cadres et prof.intell.	Agriculteurs Exploit.
CCSS de Lozère (481)	Rép.	35.3	14.3	47.2	1.7	0.5	0.3	0.6	.
	N-Re	32.0	15.3	49.9	1.3	0.3	0.4	0.8	.
	Re	49.2	9.9	35.9	3.3	1.7	.	.	.
Cpam d'Ille-et-Vilaine (351)	Rép.	35.1	15.1	36.0	8.7	1.5	0.5	3.2	.
	N-Re	34.2	16.3	34.1	9.6	1.5	0.6	3.6	.
	Re	38.0	11.0	42.1	5.7	1.4	0.2	1.6	.
Cpam d'Indre-et-Loire (371)	Rép.	34.1	17.4	35.8	7.4	2.3	0.5	2.4	0.1
	N-Re	32.5	19.1	35.4	7.4	2.5	0.4	2.5	0.2
	Re	39.8	11.6	37.4	7.3	1.5	0.6	1.8	.
Cpam de Corrèze (191)	Rép.	32.0	18.3	39.4	6.2	1.9	0.3	1.9	.
	N-Re	29.9	19.8	39.8	6.4	1.8	0.5	1.8	.
	Re	38.8	13.3	38.0	5.5	2.3	.	2.0	.
Cpam de Maine-et-Loire (491)	Rép.	29.2	14.3	35.3	16.8	1.6	0.6	2.1	.
	N-Re	27.3	15.1	35.0	18.2	1.9	0.6	1.8	.
	Re	34.6	12.2	36.1	12.9	0.7	0.5	2.9	.
Cpam de Paris (751)	Rép.	27.5	17.6	43.0	3.1	2.1	0.6	6.0	0.1
	N-Re	23.3	17.7	46.3	3.5	2.1	0.7	6.5	.
	Re	35.7	17.5	36.5	2.2	2.2	0.5	5.1	0.2
Cpam de Seine-Saint-Denis (931)	Rép.	33.3	8.1	46.7	9.1	0.6	0.5	1.7	.
	N-Re	33.0	7.9	46.4	9.5	0.7	0.5	2.0	.
	Re	34.8	8.9	47.5	7.3	0.2	0.5	0.7	.
Cpam de l'Ain (011)	Rép.	27.5	16.3	39.8	12.6	1.5	0.3	1.8	0.2
	N-Re	26.3	17.2	39.9	12.9	1.3	0.3	1.8	0.2
	Re	31.5	13.6	39.4	11.5	1.8	0.4	1.8	.
Cpam de l'Essonne (911)	Rép.	29.3	11.6	43.6	6.4	1.9	2.6	4.6	.
	N-Re	28.2	12.0	44.0	7.0	1.8	2.6	4.4	.
	Re	32.4	10.7	42.5	4.9	2.1	2.4	5.0	.
Cpam de l'Eure-et-Loir (281)	Rép.	34.0	19.2	34.4	7.9	1.9	1.0	1.5	.
	N-Re	31.5	20.1	35.5	8.4	1.7	0.9	1.7	.
	Re	44.4	15.5	29.9	5.6	2.6	1.3	0.7	.
Cpam de l'Yonne (891)	Rép.	30.6	14.5	39.4	10.1	2.2	0.2	3.1	.
	N-Re	28.3	15.1	40.0	10.8	2.1	0.2	3.3	.
	Re	38.6	12.1	37.1	7.7	2.2	.	2.2	.
Cpam de la Corse-du-Sud (201)	Rép.	18.5	16.8	49.7	6.5	2.0	0.7	5.5	0.1
	N-Re	17.4	16.8	49.9	7.2	1.8	0.8	6.1	.
	Re	23.7	16.8	49.1	3.5	2.9	0.6	2.9	0.6
Cpam de la Creuse (231)	Rép.	32.4	18.4	41.5	3.5	0.8	0.9	2.3	0.2
	N-Re	30.4	20.3	41.4	3.8	0.5	1.1	2.5	.
	Re	39.3	11.8	41.9	2.6	1.7	.	1.7	0.9
Cpam de la Côte d'Opale (623)	Rép.	51.1	14.2	28.0	5.6	0.3	0.2	0.7	.
	N-Re	49.1	14.8	29.3	5.8	0.3	0.2	0.5	.
	Re	58.1	12.2	23.3	4.8	0.3	.	1.3	.
Cpam de la Côte-d'Or (211)	Rép.	29.0	19.6	35.9	9.4	3.0	0.6	2.3	0.1
	N-Re	27.4	21.5	35.5	9.8	3.0	0.5	2.3	0.1
	Re	34.6	13.3	37.3	8.1	3.2	1.1	2.3	.
Cpam de la Loire (422)	Rép.	34.8	18.8	34.4	9.6	0.9	0.2	1.2	.
	N-Re	32.4	20.6	34.6	9.5	1.0	0.3	1.5	.
	Re	41.8	13.5	33.7	9.8	0.7	.	0.5	.
Cpam des Alpes de Haute-Provence (041)	Rép.	32.9	19.0	41.6	3.6	0.4	1.4	1.1	.
	N-Re	30.4	19.9	43.5	3.1	0.4	1.4	1.2	.
	Re	37.7	17.1	38.0	4.5	0.3	1.6	0.8	.

Cpam des Côtes d'Armor (221)	Rép.	36.3	19.2	28.8	9.5	3.4	0.2	2.7	.
	N-Re	34.0	20.0	28.8	10.8	3.6	0.1	2.7	.
	Re	43.9	16.6	28.9	5.0	2.7	0.3	2.7	.
Cpam des Deux-Sèvres (791)	Rép.	32.2	19.1	33.9	8.9	3.0	0.5	2.4	.
	N-Re	29.0	19.4	35.2	10.3	3.2	0.5	2.4	.
	Re	43.7	18.0	29.2	3.9	2.5	0.7	2.1	.
Cpam des Hautes-Alpes (051)	Rép.	34.0	18.3	40.5	2.4	2.4	1.0	1.3	.
	N-Re	30.4	19.2	42.2	3.1	2.5	0.8	1.7	.
	Re	43.3	16.0	36.0	0.7	2.2	1.5	0.4	.
Cpam des Hauts-de-Seine (921)	Rép.	24.1	15.6	49.3	3.9	1.1	0.7	5.4	.
	N-Re	21.3	15.7	50.7	4.7	1.1	0.8	5.7	.
	Re	31.0	15.3	45.7	1.9	1.2	0.4	4.6	.
Cpam des Vosges (881)	Rép.	33.8	18.9	31.2	11.7	1.5	0.9	2.1	.
	N-Re	31.7	20.6	30.5	12.3	1.6	1.1	2.2	.
	Re	40.3	13.4	33.2	9.9	1.2	0.4	1.6	.
Cpam du Bas-Rhin (673)	Rép.	32.8	13.9	37.6	11.6	1.7	0.6	1.7	0.1
	N-Re	29.7	15.8	37.4	12.7	1.7	0.6	1.9	0.1
	Re	42.5	7.8	38.1	8.3	1.5	0.5	1.2	0.2
Cpam du Cher (181)	Rép.	33.3	16.2	37.8	8.2	1.3	0.7	2.5	.
	N-Re	31.8	16.3	39.2	8.3	0.9	0.6	2.8	.
	Re	38.2	15.8	33.2	7.9	2.9	0.8	1.2	.
Cpam du Jura (391)	Rép.	36.2	15.5	32.5	11.3	2.3	0.7	1.5	0.1
	N-Re	33.0	16.7	32.4	12.8	2.4	0.8	1.8	0.1
	Re	44.1	12.4	32.8	7.7	2.0	0.3	0.7	.
Cpam du Loir et Cher (411)	Rép.	35.1	20.7	32.0	9.3	1.1	0.5	1.4	.
	N-Re	34.6	22.3	30.7	9.7	1.0	0.4	1.3	.
	Re	36.8	14.4	36.8	7.6	1.6	0.8	2.0	.
Cpam du Lot-et-Garonne (471)	Rép.	36.2	21.1	32.6	7.3	0.9	0.7	1.1	.
	N-Re	35.5	20.8	31.9	8.6	1.0	0.9	1.3	.
	Re	38.0	21.9	34.3	4.0	0.7	0.4	0.7	.
Cpam du Morbihan (561)	Rép.	34.1	14.7	36.2	10.9	1.6	0.6	1.9	.
	N-Re	32.2	15.6	36.0	12.0	1.8	0.6	1.7	.
	Re	39.8	11.9	36.7	7.8	1.0	0.5	2.3	.
Cpam du Rhône (691)	Rép.	27.2	14.7	42.5	8.9	2.3	0.4	3.9	.
	N-Re	26.6	15.3	42.3	9.4	2.3	0.3	3.7	.
	Re	29.5	12.3	43.1	6.9	2.3	0.8	5.1	.
Cpam du Var (831)	Rép.	40.5	20.6	31.4	3.8	1.2	0.6	1.8	.
	N-Re	39.0	22.2	30.9	4.2	1.2	0.6	1.9	.
	Re	45.2	16.0	33.0	2.7	1.0	0.8	1.4	.

2.4. Un risque de renoncer globalement un peu plus présent chez les 40-59 ans, mais des différences entre territoires

Dans les diagnostics issus des campagnes BRS de mi et fin 2017, les personnes de la classe d'âge des 40-59 ans étaient légèrement surreprésentées dans la population renonçante. Ce constat n'avait pas été fait dans les précédents diagnostics au travers desquels toutes les classes d'âge apparaissaient confrontées au phénomène, même si celui-ci pouvait prendre des formes différentes selon l'âge des personnes concernées. Nous avions pointé que la nature du renoncement, ses causes et ses conséquences pouvaient ainsi être différentes en fonction de l'âge des renonçants.

La présente campagne du BRS montre que, tous territoires confondus, les 40-59 ans se déclarent à nouveau un peu plus fréquemment renonçants que non-renonçants. Ils sont ainsi 43,5% parmi les répondants à l'enquête, mais 47,8% à évoquer un renoncement au cours des douze derniers mois. **Cette classe apparaît, globalement, plus touchée par le renoncement aux soins que les autres.**



La surreprésentation des 40-59 ans dans la population renonçante se retrouve pour vingt-sept CPAM, mais est plus nette pour les suivantes : Lozère, Essonne, Côte d'Opale, Loire, Hautes Alpes, Alpes de Haute Provence, Lot et Garonne, Morbihan et Rhône. **Pour trois caisses - Maine et Loire, Paris et Vosges -, cette surreprésentation ne se retrouve pas.** Pour une autre (Indre et Loire), elle existe est très faible.

Toutes caisses confondues, les personnes de plus de 60 ans sont un peu moins présentes parmi les renonçants qu'au sein de l'ensemble de la population qui a répondu à cette vague du baromètre. Leur moindre représentation parmi la population qui renonce se vérifie pour toutes les CPAM, exceptées pour celles de Corrèze, de Paris, de Seine Saint Denis et de l'Yonne.

Pour plusieurs CPAM (Côte d'Opale, Ain, Essonne, Ille Et Vilaine, Indre et Loire, Var, Hautes Alpes, Alpes de Haute Provence, Hauts de Seine), on observe une surreprésentation des personnes de 25 à 39 ans chez les renonçants. Mais c'est en Côte d'Or, dans le Cher, le Jura et le Maine et Loire que cette surreprésentation est la plus nette. Pour la CPAM du Maine et Loire, la part de personnes de 25-39 ans parmi les renonçants est de 31,1% alors que cette classe d'âge représente seulement 23,2% des répondants.

En ce qui concerne les 18-24 ans, une très légère surreprésentation apparaît pour plusieurs CPAM ; elle est cependant un peu plus marquée pour les CPAM des Deux Sèvres, des Côtes d'Armor et du Bas Rhin.

L'ensemble de ces informations apparaît dans le tableau qui suit.

CPAM		< 18	18 à 24	25 à 39	40 à 59	> 60
CCSS de Lozère (481)	Rép.	1.3	11.7	19.6	41.2	26.2
	N-Re	1.5	12.2	19.6	37.8	29.0
	Re	0.6	10.4	19.7	51.5	17.8
Cpam d'Ille-et-Vilaine (351)	Rép.	1.9	11.7	21.4	42.7	22.3
	N-Re	2.3	11.6	21.0	41.6	23.6
	Re	0.4	12.4	23.1	46.6	17.5
Cpam d'Indre-et-Loire (371)	Rép.	1.0	10.0	28.0	42.7	18.3
	N-Re	1.1	10.4	27.1	42.4	19.0
	Re	0.8	9.3	29.6	43.2	17.0

Cpam de Corrèze (191)	Rép.	3.0	9.6	24.5	36.9	25.9
	N-Re	3.1	10.0	24.8	36.3	25.8
	Re	2.7	7.1	22.1	41.4	26.8
Cpam de Maine-et-Loire (491)	Rép.	0.3	8.4	23.2	48.2	19.9
	N-Re	0.2	8.3	21.9	48.4	21.2
	Re	0.7	8.9	31.1	47.4	11.9
Cpam de Paris (751)	Rép.	0.3	5.8	27.1	49.5	17.3
	N-Re	0.4	5.5	27.3	49.6	17.3
	Re	.	6.9	26.2	49.3	17.6
Cpam de Seine-Saint-Denis (931)	Rép.	0.8	10.1	26.9	44.8	17.4
	N-Re	0.9	11.5	27.6	43.6	16.5
	Re	0.4	5.5	24.8	48.7	20.6
Cpam de l'Ain (011)	Rép.	0.9	7.0	28.5	45.6	18.0
	N-Re	0.9	7.1	28.1	45.0	18.9
	Re	0.9	6.7	29.6	47.3	15.5
Cpam de l'Essonne (911)	Rép.	1.1	12.1	23.4	35.0	28.3
	N-Re	1.4	11.7	22.7	32.1	32.1
	Re	0.4	13.0	25.7	44.2	16.7
Cpam de l'Eure-et-Loir (281)	Rép.	0.3	9.4	29.4	43.4	17.5
	N-Re	0.4	9.4	29.3	43.1	17.8
	Re	.	9.3	29.7	44.4	16.7
Cpam de l'Yonne (891)	Rép.	0.3	7.7	29.8	44.4	17.9
	N-Re	0.2	7.5	30.7	43.9	17.6
	Re	0.3	8.4	26.7	46.0	18.7
Cpam de la Corse-du-Sud (201)	Rép.	0.2	6.2	24.6	52.6	16.4
	N-Re	0.3	6.5	25.3	51.3	16.6
	Re	.	5.0	21.7	57.5	15.7
Cpam de la Creuse (231)	Rép.	0.2	5.4	34.7	44.8	15.0
	N-Re	0.1	5.4	35.1	43.9	15.5
	Re	0.2	5.1	33.6	47.3	13.8
Cpam de la Côte d'Opale (623)	Rép.	0.9	10.9	27.5	41.1	19.6
	N-Re	1.0	11.2	27.3	39.5	21.1
	Re	0.5	9.9	28.3	47.5	13.9
Cpam de la Côte-d'Or (211)	Rép.	0.5	6.3	23.9	48.1	21.2
	N-Re	0.6	7.3	22.3	47.1	22.8
	Re	0.3	3.8	27.9	50.9	17.2
Cpam de la Loire (422)	Rép.	0.5	6.2	20.9	48.3	24.1
	N-Re	0.5	6.7	21.4	47.2	24.2
	Re	.	3.4	17.7	55.1	23.8
Cpam des Alpes de Haute-Provence (041)	Rép.	0.4	6.4	24.0	47.5	21.7
	N-Re	0.2	7.0	22.9	45.0	24.9
	Re	0.7	5.3	26.4	52.8	14.7
Cpam des Côtes d'Armor (221)	Rép.	0.7	8.2	28.6	43.2	19.4
	N-Re	0.9	7.5	29.1	42.8	19.8
	Re	.	10.2	26.9	44.7	18.2
Cpam des Deux-Sèvres (791)	Rép.	1.0	8.4	22.5	46.9	21.2
	N-Re	1.1	7.9	22.6	46.6	21.8
	Re	0.5	10.4	22.2	48.1	18.9
Cpam des Hautes-Alpes (051)	Rép.	0.5	7.9	21.5	45.5	24.6
	N-Re	0.7	7.9	21.0	43.6	26.8
	Re	.	7.8	23.3	52.2	16.7
Cpam des Hauts-de-Seine (921)	Rép.	0.1	9.4	29.7	42.9	17.9
	N-Re	0.2	9.6	29.4	42.3	18.5
	Re	.	8.4	30.5	45.3	15.8
Cpam des Vosges (881)	Rép.	1.3	12.0	21.9	40.7	24.1
	N-Re	1.3	12.3	21.2	40.9	24.3

	Re	1.5	11.2	24.3	39.8	23.3
Cpam du Bas-Rhin (673)	Rép.	0.7	8.3	20.3	44.5	26.1
	N-Re	0.7	7.8	20.5	44.5	26.5
	Re	0.5	10.7	19.8	44.9	24.1
Cpam du Cher (181)	Rép.	0.4	11.4	27.6	42.5	18.1
	N-Re	0.6	11.9	26.6	41.0	20.0
	Re	.	9.5	31.0	47.4	12.2
Cpam du Jura (391)	Rép.	0.4	8.2	21.8	44.2	25.5
	N-Re	0.6	9.0	20.2	42.6	27.6
	Re	.	6.1	25.6	48.0	20.2
Cpam du Loir et Cher (411)	Rép.	0.2	9.1	26.2	45.1	19.3
	N-Re	0.2	9.3	27.1	44.1	19.4
	Re	0.6	8.3	23.3	48.9	18.9
Cpam du Lot-et-Garonne (471)	Rép.	.	7.2	29.7	43.4	19.7
	N-Re	.	7.4	31.3	41.1	20.1
	Re	.	6.5	24.1	50.9	18.5
Cpam du Morbihan (561)	Rép.	0.1	7.2	33.8	40.1	18.8
	N-Re	.	7.6	34.8	38.5	19.1
	Re	0.2	5.5	30.2	46.4	17.7
Cpam du Rhône (691)	Rép.	0.4	8.0	21.8	47.5	22.3
	N-Re	0.5	8.1	21.9	45.8	23.7
	Re	.	7.9	21.5	53.3	17.4
Cpam du Var (831)	Rép.	0.3	7.5	23.1	40.1	29.0
	N-Re	0.3	8.4	22.4	38.6	30.3
	Re	0.2	5.0	25.3	44.4	25.1

Récapitulatif des caractéristiques des Renonçants et des Non-renonçants
Toutes caisses confondues.

Variable	Items	Non renonçants	Renonçants	Données manquantes	pvalue
Sexe	Féminin	20095 (58.2)	7535 (66.9)	230	<.01
	Masculin	14431 (41.8)	3733 (33.1)	.	.
Âge	De 18 à 24ans	3087 (8.9)	808 (7.2)	106	<.01
	De 25 à 39ans	8942 (25.8)	2866 (25.4)	.	.
	De 40 à 59ans	14600 (42.2)	5392 (47.8)	.	.
	Moins de 18ans	188 (0.5)	22 (0.2)	.	.
	Plus de 60ans	7818 (22.6)	2195 (19.5)	.	.
Catégorie socio professionnelle	Agriculteurs exploitants	7 (0)	6 (0.1)	44	<.01
	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	240 (0.7)	73 (0.6)	.	.
	Cadres et professions intellectuelles >	952 (2.7)	269 (2.4)	.	.
	Employés	13411 (38.7)	4211 (37.3)	.	.
	Ouvriers	2893 (8.3)	650 (5.8)	.	.
	Professions intermédiaires	579 (1.7)	186 (1.6)	.	.
	Retraités	5998 (17.3)	1560 (13.8)	.	.
	Sans activité professionnelle	10605 (30.6)	4340 (38.4)	.	.
Situation familiale	Autres	686 (2)	193 (1.7)	62	<.01
	En couple avec enfants à charge	9187 (26.5)	2725 (24.1)	.	.
	En couple sans enfant à charge	8040 (23.2)	1870 (16.6)	.	.
	Seul(e)	12686 (36.6)	4510 (39.9)	.	.
	Seul(e) avec enfants à charge	4070 (11.7)	1995 (17.7)	.	.

3. Etat de santé perçu, rapport à la complémentaire et au médecin traitant

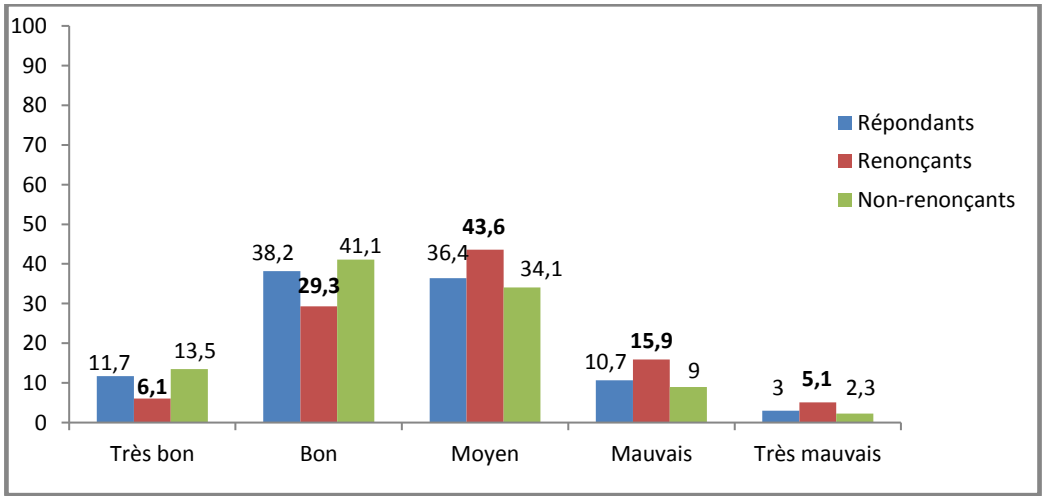
3.1. Les renonçants ont une perception plus négative de leur état de santé

Dans les précédents diagnostics issus des BRS, la perception de l'état de santé était apparue très différente chez les renonçants et les non-renonçants. Les premiers avaient nettement plus fréquemment que les seconds une perception négative de leur état de santé.

De nouveau, il ressort des analyses descriptives des données du présent BRS que les renonçants sont en proportion plus nombreux que les non-renonçants à considérer leur état de santé comme « moyen », « mauvais », voire comme « très mauvais ».

Au niveau de l'échantillon total du présent diagnostic, 43,6% des renonçants jugent leur état de santé comme « moyen », contre 34,1% pour les non-renonçants. Parallèlement, 15,9% des renonçants trouvent qu'ils sont en « mauvaise » santé ; ce taux n'est que de 9% chez les non-renonçants, donc plus de 5 points de moins. 5,1% des renonçants se sentent quant à eux en « très mauvaise » santé. C'est le cas de 2,3% des personnes qui disent ne pas renoncer actuellement ou ne pas l'avoir fait dans les douze derniers mois.

En revanche, la part des renonçants qui déclare que son état de santé est « bon » est moins élevée que celle des non-renonçants (29,3% contre 41,1%) ; 13,5% des non-renonçants trouvent qu'ils sont en « très bonne » santé, alors que seuls 6,1% des personnes qui renoncent à se soigner font ce constat. Pour toutes les caisses, les renonçants se déclarent ainsi bien moins souvent en « très bonne » ou en « bonne » santé que les non-renonçants.



Il y a quelques années, des analyses de l'INSEE à partir de l'enquête *Statistiques sur les ressources et les conditions de vie* (*SRCV*), signalaient également une corrélation entre le renoncement aux soins et l'état de santé perçu[19]. Les personnes ne s'estimant pas en bonne santé apparaissaient, comme c'est le cas dans les BRS, proportionnellement plus nombreuses à avoir renoncé à des soins médicaux ou dentaires au cours des douze derniers mois.

Le fait de renoncer à des soins peut jouer sur cette perception plutôt négative de leur état de santé au moment où les renonçants répondent à l'enquête et être, en outre, source d'inquiétude quant à leur

[19]Chaupain-Guillot S., Guillot O. et Jankeliowitch-Laval E., « Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV », *Economie et Statistique*, n°469-470, 2014.

état de santé futur. Mais on peut aussi raisonnablement penser que l'absence de soins a effectivement une incidence sur l'état de santé des personnes concernées, que ce soit d'ailleurs sur leur état de santé physique et sur leur moral.

Les informations relatives à l'état de santé perçu issues du BRS sont importantes, par exemple pour convaincre de l'utilité de mettre en place un dispositif visant à « traiter » le renoncement, voire à éviter sa survenue. **Savoir que les personnes qui renoncent à des soins ont une perception plus négative de leur état de santé participe, en effet, des indices qui viennent étayer l'existence d'un *impact sanitaire* du renoncement sur les individus.**

Comme l'indique le tableau suivant, c'est dans l'ensemble des caisses prises en compte dans ce diagnostic que les renonçants déclarent plus fréquemment que les non-renonçants avoir un état de santé « moyen », « mauvais », ou « très mauvais ; pour l'item « mauvais », la surreprésentation est cependant particulièrement forte pour certaines caisses, à savoir celles de Lozère, de Paris, de Seine Saint Denis, de l'Eure et Loire, de la Côte d'Opale, de Côte d'Or, de la Loire, des Deux Sèvres, des Hautes Alpes, du Bas Rhin, du Rhône et du Var.

Le tableau qui suit présente l'ensemble des pourcentages relatifs à l'état de santé perçu.

CPAM		Bon	Mauvais	Moyen	Très bon	Très mauvais
CCSS de Lozère (481)	Rép	37.0	8.6	33.1	18.9	2.3
	N-Re	38.7	6.5	32.1	20.8	1.8
	Re	29.8	17.7	37.0	11.0	4.4
Cpam d'Ille-et-Vilaine (351)	Rép	41.8	8.3	35.9	12.2	1.8
	N-Re	42.8	7.7	34.1	14.0	1.3
	Re	38.2	10.1	41.9	6.4	3.4
Cpam d'Indre-et-Loire (371)	Rép	40.2	7.6	36.0	14.0	2.2
	N-Re	43.0	5.9	33.8	15.7	1.6
	Re	30.2	13.7	43.9	7.9	4.3
Cpam de Corrèze (191)	Rép	36.0	10.0	38.4	13.0	2.6
	N-Re	36.6	9.4	36.9	15.3	1.9
	Re	34.0	12.2	43.3	5.5	4.9
Cpam de Maine-et-Loire (491)	Rép	40.8	7.9	38.1	10.4	2.9
	N-Re	42.9	6.3	36.6	11.7	2.4
	Re	34.6	12.2	42.2	6.8	4.1
Cpam de Paris (751)	Rép	38.1	10.0	40.2	8.9	2.8
	N-Re	43.9	6.2	36.8	11.4	1.7
	Re	27.0	17.5	46.7	3.9	4.9
Cpam de Seine-Saint-Denis (931)	Rép	31.4	14.5	40.0	9.8	4.4
	N-Re	34.7	12.4	38.0	10.9	4.0
	Re	18.3	22.5	47.9	5.4	5.9
Cpam de l'Ain (011)	Rép	38.1	11.4	34.7	13.0	2.8
	N-Re	43.0	9.4	30.4	15.1	2.1
	Re	22.4	18.1	48.4	6.1	5.1
Cpam de l'Essonne (911)	Rép	35.4	12.3	37.6	10.9	3.8
	N-Re	39.2	11.0	33.7	12.9	3.2
	Re	24.9	15.7	48.3	5.4	5.7
Cpam de l'Eure-et-Loir (281)	Rép	44.0	6.5	34.6	12.9	2.0
	N-Re	46.5	5.0	31.9	14.8	1.9
	Re	33.3	13.2	45.9	5.0	2.6
Cpam de l'Yonne (891)	Rép	34.5	10.5	38.4	13.5	3.2
	N-Re	36.7	9.6	34.9	16.1	2.7
	Re	26.9	13.7	50.2	4.4	4.8

Cpam de la Corse-du-Sud (201)	Rép	39.8	9.6	30.9	17.0	2.7
	N-Re	41.4	8.6	28.9	18.8	2.2
	Re	32.9	13.9	39.9	8.7	4.6
Cpam de la Creuse (231)	Rép	47.8	10.4	29.3	9.4	3.1
	N-Re	49.4	9.4	28.2	10.7	2.3
	Re	42.4	13.5	33.2	4.8	6.1
Cpam de la Côte d'Opale (623)	Rép	38.5	8.9	34.7	16.0	1.9
	N-Re	42.0	7.4	30.8	18.6	1.3
	Re	26.5	14.1	48.3	7.2	4.0
Cpam de la Côte-d'Or (211)	Rép	40.7	10.6	36.1	9.6	3.0
	N-Re	42.1	8.6	35.9	10.7	2.7
	Re	35.7	17.4	36.9	5.9	4.1
Cpam de la Loire (422)	Rép	36.8	10.4	39.2	11.0	2.7
	N-Re	39.9	8.4	36.8	12.4	2.5
	Re	27.5	16.2	46.2	6.6	3.4
Cpam des Alpes de Haute-Provence (041)	Rép	38.8	12.2	35.0	11.0	3.0
	N-Re	43.0	10.9	30.3	13.4	2.5
	Re	30.5	14.7	44.4	6.4	4.0
Cpam des Côtes d'Armor (221)	Rép	47.4	7.4	32.8	10.1	2.1
	N-Re	49.9	6.1	30.6	11.7	1.7
	Re	39.2	12.0	40.2	5.0	3.7
Cpam des Deux-Sèvres (791)	Rép	39.3	10.0	37.9	10.7	2.1
	N-Re	41.9	8.1	36.3	12.3	1.5
	Re	29.9	16.9	43.7	5.3	4.2
Cpam des Hautes-Alpes (051)	Rép	36.5	9.6	32.8	18.2	2.8
	N-Re	39.7	7.3	29.0	21.5	2.5
	Re	28.1	15.7	42.7	9.9	3.6
Cpam des Hauts-de-Seine (921)	Rép	32.7	12.9	37.5	12.5	4.4
	N-Re	36.3	10.7	35.3	14.8	3.0
	Re	24.0	18.5	43.1	6.8	7.6
Cpam des Vosges (881)	Rép	36.7	11.0	39.6	9.8	2.8
	N-Re	37.8	9.9	39.7	11.3	1.3
	Re	33.2	14.6	39.5	5.1	7.5
Cpam du Bas-Rhin (673)	Rép	37.7	13.1	35.8	10.9	2.5
	N-Re	41.2	10.6	34.6	11.8	1.8
	Re	26.8	20.9	39.4	8.3	4.6
Cpam du Cher (181)	Rép	39.7	9.9	34.5	12.5	3.4
	N-Re	42.6	8.8	32.5	13.9	2.2
	Re	29.9	13.7	41.1	7.9	7.5
Cpam du Jura (391)	Rép	32.4	15.3	39.6	10.2	2.5
	N-Re	34.9	14.6	37.6	11.7	1.2
	Re	26.1	17.1	44.5	6.4	6.0
Cpam du Loir et Cher (411)	Rép	35.9	9.0	39.5	11.4	4.2
	N-Re	38.1	8.4	37.8	12.8	2.9
	Re	27.9	11.2	45.8	6.0	9.2
Cpam du Lot-et-Garonne (471)	Rép	39.3	11.9	36.3	9.7	2.8
	N-Re	40.8	10.5	36.2	11.1	1.4
	Re	35.5	15.4	36.6	6.2	6.2
Cpam du Morbihan (561)	Rép	41.7	9.0	34.8	12.0	2.6
	N-Re	44.2	8.4	31.8	13.3	2.2
	Re	34.5	10.6	43.3	8.0	3.6
Cpam du Rhône (691)	Rép	39.0	14.7	36.1	5.9	4.2
	N-Re	42.6	13.3	33.6	6.8	3.7
	Re	24.4	20.8	46.4	2.3	6.2
Cpam du Var (831)	Rép	36.7	12.0	33.0	14.2	4.1
	N-Re	40.1	9.5	30.6	16.8	3.0
	Re	26.7	19.5	40.0	6.4	7.4

3.2. L'absence de protection complémentaire accroît le risque de renoncer à des soins ; disposer d'une couverture ou de la CMU C réduit ce risque, mais ne le fait pas disparaître

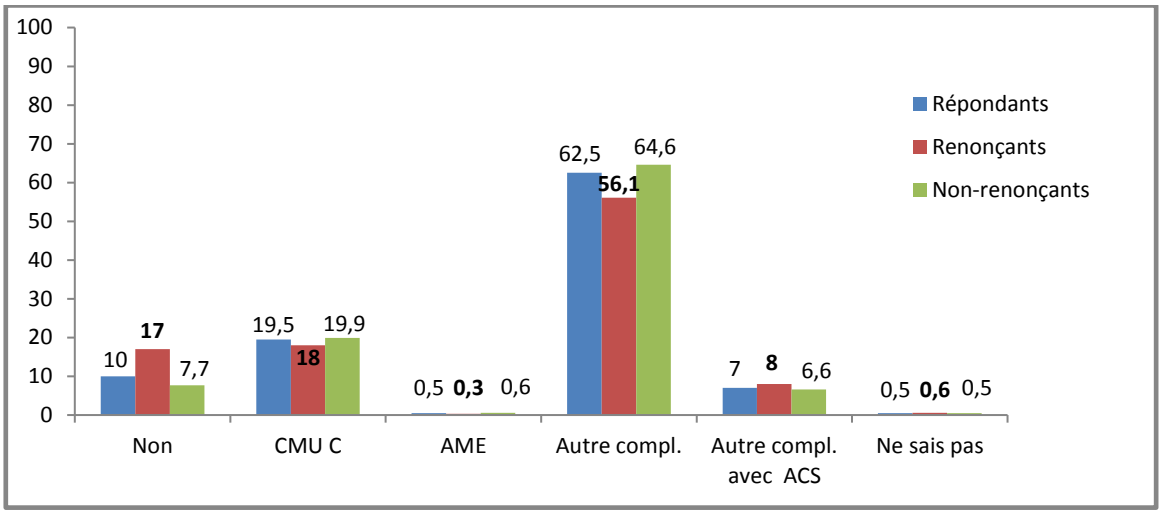
Le Baromètre du renoncement aux soins a été conçu pour apporter de l'information sur un phénomène qui peut précéder, et dans une partie des cas, induire des difficultés en matière de soins : le non-recours à la complémentaire santé. **Au niveau de l'échantillon total de cette campagne du BRS, la part de répondants sans complémentaire santé est de 10%.**

On peut noter que, par rapport à la campagne précédente, la proportion de répondants sans complémentaire, toutes caisses confondues, est stable (9,9% fin 2017 → 10% pour la présente vague).

Pour certaines caisses, le taux de non-recours à la complémentaire des répondants au BRS, *qu'ils soient ou non en renoncement aux soins*, s'écarte assez significativement du taux global :

- Pour les caisses de Paris, de Seine Saint Denis et des Hauts de Seine, le taux de non-recours à la complémentaire est significativement plus élevé que le taux global ;

- Pour les caisses du Maine et Loire, des Deux Sèvres, des Vosges et du Jura, ce taux est significativement plus faible.



Si l'on se concentre sur le taux de non-recours à la complémentaire des personnes qui ont déclaré renoncer aux soins, on remarque que, toutes caisses confondues, **l'absence de complémentaire santé ressort à nouveau comme un facteur favorisant fortement le renoncement aux soins, en particulier à certains d'entre eux. La part de renonçants sans complémentaire est en effet de 17%, tandis qu'elle est de 10% chez les répondants.**

La surreprésentation des personnes sans complémentaire parmi les renonçants concerne l'ensemble des caisses. Elle est toutefois plus marquée pour certaines :

- Indre et Loire (17,7% des renonçants n'ont pas de complémentaire santé versus 10,6% des répondants),
- Var (17,7% versus 12,5%),
- Bas Rhin (23,3% versus 13%),
- Paris (33,7% versus 22,3%),
- Seine Saint Denis (30,4% versus 14,9%),
- Hauts de Seine (29,7% versus 18,2%).

Ce sont les trois derniers départements précités qui présentent les taux de non-recours à la complémentaire chez la population renonçante les plus élevés.

Toutes caisses confondues, les personnes qui ont une complémentaire se déclarent plus souvent non-renonçantes que renonçantes. C'est aussi le cas des bénéficiaires de la CMU C. Avoir une complémentaire, CMU C comprise, constitue ainsi une protection certaine contre le renoncement aux soins.

Si l'on se positionne à l'échelle de chaque caisse, on peut toutefois signaler que pour plusieurs - Lozère, Indre et Loire, Corrèze, Eure et Loire, Yonne, Corse du Sud, Creuse, Côte d'Armor, Deux Sèvres, Vosges, Jura, Morbihan -, les bénéficiaires de la CMU C sont surreprésentés dans la population renonçante par rapport à la population répondante. La surreprésentation est très légère pour certaines de ces CPAM, mais nette pour d'autres. Cela révèle peut-être des incompréhensions - relatives par exemple au panier de soins - chez une partie des bénéficiaires de cette prestation et/ou le fait que celle-ci, si elle contribue à lever des renoncements aux soins pour raisons financières, peut potentiellement générer des obstacles d'une autre nature dans les parcours de soins (nous pensons par exemple au refus de soins).

On peut enfin indiquer que, pour toutes les caisses, une partie des renonçants dispose d'une complémentaire santé. Cette information rappelle que s'il est essentiel de bénéficier d'une complémentaire pour prévenir les difficultés d'accès aux soins, il convient aussi de veiller à l'adaptation des contrats, et des garanties qui les composent, par rapport aux besoins des personnes.

CPAM		Ne sais pas	Non	Compl. avec ACS	CMUC	AME	Autre compl.
CCSS de Lozère (481)	Rép	0.1	4.5	3.0	13.5	.	78.9
	N-Re	0.1	2.9	3.0	13.2	.	80.7
	Re	.	11.0	2.8	14.9	.	71.3
Cpam d'Ille-et-Vilaine (351)	Rép	0.5	8.2	10.2	21.4	0.7	58.9
	N-Re	0.6	6.8	10.1	22.2	0.8	59.5
	Re	0.5	12.8	10.6	18.8	0.2	57.1
Cpam d'Indre-et-Loire (371)	Rép	0.5	10.6	8.6	20.3	0.9	59.1
	N-Re	0.5	8.6	8.5	20.0	0.9	61.5
	Re	0.6	17.7	8.8	21.3	0.9	50.6
Cpam de Corrèze (191)	Rép	0.2	6.6	8.3	15.2	0.5	69.1
	N-Re	0.2	5.5	8.0	14.2	0.5	71.6
	Re	0.3	10.4	9.2	18.5	0.3	61.3
Cpam de Maine-et-Loire (491)	Rép	0.6	5.7	8.2	17.5	0.1	67.9
	N-Re	0.7	4.1	7.6	17.7	0.1	69.8
	Re	0.5	10.2	9.8	16.8	.	62.7
Cpam de Paris (751)	Rép	0.8	22.3	4.0	18.2	0.3	54.3
	N-Re	0.9	16.7	3.4	19.5	0.2	59.3
	Re	0.6	33.2	5.2	15.7	0.4	44.8
Cpam de Seine-Saint-Denis (931)	Rép	1.0	14.9	2.9	23.7	1.6	55.8
	N-Re	0.8	11.0	2.7	25.6	1.8	58.1
	Re	1.9	30.4	3.8	16.2	1.2	46.6
Cpam de l'Ain (011)	Rép	.	6.4	8.5	14.8	0.1	70.2
	N-Re	.	6.1	7.8	15.1	0.1	71.0
	Re	.	7.6	10.8	14.0	.	67.6
Cpam de l'Essonne (911)	Rép	0.4	13.6	4.7	16.7	3.1	61.4
	N-Re	0.6	12.0	4.1	17.5	3.7	62.1
	Re	0.2	18.0	6.3	14.7	1.4	59.5
Cpam de l'Eure-et-Loir (281)	Rép	0.4	7.2	6.7	23.4	0.4	61.8
	N-Re	0.4	5.8	5.8	23.3	0.4	64.4
	Re	0.7	13.2	10.9	23.8	0.3	51.0

Cpam de l'Yonne (891)	Rép	0.3	6.3	3.3	13.7	0.3	76.3
	N-Re	0.2	5.5	2.9	12.2	0.3	78.9
	Re	0.4	8.9	4.4	18.9	.	67.4
Cpam de la Corse-du-Sud (201)	Rép	0.4	6.1	5.8	13.4	0.1	74.2
	N-Re	0.4	5.0	5.9	13.2	0.1	75.5
	Re	0.6	11.0	5.2	14.5	.	68.8
Cpam de la Creuse (231)	Rép	0.5	8.1	4.1	14.6	0.3	72.4
	N-Re	0.4	6.8	3.9	14.1	0.4	74.4
	Re	0.9	12.7	4.8	16.2	.	65.5
Cpam de la Côte d'Opale (623)	Rép	0.5	8.2	11.8	38.1	.	41.4
	N-Re	0.5	6.0	11.9	39.6	.	42.0
	Re	0.8	15.6	11.4	32.9	.	39.3
Cpam de la Côte-d'Or (211)	Rép	0.5	6.7	5.4	16.7	0.1	70.7
	N-Re	0.4	4.4	5.7	16.7	0.1	72.7
	Re	0.7	14.5	4.5	16.6	.	63.7
Cpam de la Loire (422)	Rép	0.8	9.1	9.0	20.2	0.5	60.4
	N-Re	1.0	6.7	8.2	21.5	0.7	62.0
	Re	0.2	16.5	11.3	16.5	.	55.5
Cpam des Alpes de Haute-Provence (041)	Rép	0.4	9.0	6.1	17.4	0.5	66.6
	N-Re	0.5	6.3	4.8	17.5	0.5	70.4
	Re	.	14.4	8.6	17.4	0.5	59.1
Cpam des Côtes d'Armor (221)	Rép	0.2	7.0	9.6	22.1	0.4	60.6
	N-Re	0.2	5.7	9.6	21.6	0.5	62.4
	Re	0.3	11.3	9.7	24.0	.	54.7
Cpam des Deux-Sèvres (791)	Rép	0.2	4.9	9.4	16.5	0.3	68.8
	N-Re	0.1	3.5	9.5	16.0	0.4	70.5
	Re	0.4	9.9	8.8	18.3	.	62.7
Cpam des Hautes-Alpes (051)	Rép	0.6	7.3	9.7	20.5	0.1	61.7
	N-Re	0.4	4.4	8.6	20.7	.	65.9
	Re	1.1	14.9	12.7	20.0	0.4	50.9
Cpam des Hauts-de-Seine (921)	Rép	0.8	18.2	5.2	15.1	0.1	60.7
	N-Re	0.8	13.5	5.3	16.6	0.1	63.7
	Re	0.7	29.7	4.8	11.3	0.3	53.2
Cpam des Vosges (881)	Rép	0.8	5.5	7.6	19.7	0.5	65.9
	N-Re	0.5	5.0	7.2	18.5	0.5	68.2
	Re	2.0	7.1	8.7	23.3	0.4	58.5
Cpam du Bas-Rhin (673)	Rép	1.0	13.0	5.1	16.0	0.4	64.6
	N-Re	1.0	9.9	4.6	16.1	0.5	67.9
	Re	0.7	22.3	6.8	15.5	.	54.6
Cpam du Cher (181)	Rép	0.4	7.3	6.3	19.5	0.7	65.8
	N-Re	0.5	5.9	6.2	19.8	0.7	66.8
	Re	.	12.0	6.6	18.7	0.4	62.2
Cpam du Jura (391)	Rép	0.6	5.9	9.1	22.0	0.5	62.0
	N-Re	0.5	4.5	9.0	20.2	0.7	65.2
	Re	0.7	9.4	9.4	26.8	.	53.8
Cpam du Loir et Cher (411)	Rép	0.4	6.2	4.5	23.8	0.6	64.5
	N-Re	0.3	5.0	3.7	24.8	0.7	65.3
	Re	0.8	10.8	7.2	20.0	.	61.2
Cpam du Lot-et-Garonne (471)	Rép	0.3	9.1	11.8	24.0	0.3	54.5
	N-Re	0.3	7.3	9.9	25.0	0.4	57.0
	Re	0.4	13.5	16.4	21.5	.	48.2
Cpam du Morbihan (561)	Rép	0.5	6.8	5.8	16.4	0.5	70.0
	N-Re	0.6	5.4	5.6	16.1	0.6	71.6
	Re	.	10.6	6.5	17.3	0.3	65.4
Cpam du Rhône (691)	Rép	0.8	8.5	8.7	20.5	0.3	61.1
	N-Re	0.8	7.5	8.9	22.4	0.4	60.0
	Re	0.8	12.6	8.2	12.8	.	65.6
Cpam du Var (831)	Rép	0.3	12.5	10.6	23.7	0.3	52.6
	N-Re	0.3	10.8	9.8	24.9	0.3	54.0
	Re	0.2	17.7	13.2	20.2	0.4	48.3

3.3. Zoom sur le non-recours à la complémentaire

Le renoncement aux soins peut donc être précédé d'un non-recours[20] à la complémentaire santé. Comment expliquer ce non-recours (que les personnes soient ou non, d'ailleurs, en renoncement aux soins) ? Quelles formes prend-il ? Le BRS donne des indications en la matière. Il ressort notamment que les raisons du non-recours sont de différentes natures[21] :

- **Les plus évoquées sont les raisons financières. Elles concernent 41,1% des répondants de ce BRS.** 28,2% d'entre eux ont ainsi indiqué être en non-recours à la complémentaire santé par manque de moyens financiers. On peut faire l'hypothèse que, pour ces personnes, la part du budget disponible pour financer une complémentaire est minime voire inexistante. 7% des répondants disent qu'ils ont d'autres priorités financières que le financement d'une protection complémentaire en matière de maladie. La difficulté à financer par eux-mêmes une complémentaire peut notamment apparaître à la suite de la perte d'un contrat collectif d'entreprise (5,9% des répondants en ont parlé).

- **Pour 26,9% des répondants, l'obtention de leur complémentaire est en cours.**

- **Un autre type de raisons est relatif au manque d'information ressenti et aux incompréhensions des personnes** concernant la protection complémentaire en matière de santé, les organismes et/ou les offres existantes, les dispositifs/aides pouvant permettre de se « mutualiser » malgré un manque de ressources**… Ce type d'explication est cité par 13,2% des répondants du BRS.** 5,5% parlent ainsi d'un manque d'information, tandis que 2,7% évoquent la complexité des démarches pour obtenir une complémentaire. Une partie (5%) se dit, en l'occurrence, perdue par rapport à sa protection maladie. Ces personnes font certainement partie de celles qui auraient besoin d'être guidées, accompagnées, pour accéder à une complémentaire adaptée à leurs besoins. Le manque d'informations peut notamment conduire les personnes à méconnaître leurs droits en matière de CMU C et d'ACS. Nous pouvons ainsi supposer que certains répondants sans protection pourraient être éligibles à l'une ou l'autre de ces prestations.

- **10,8% des répondants ont quant à eux le sentiment d'une inutilité de la protection complémentaire** et c'est pour cette raison qu'ils n'y recourent pas. Plusieurs explications sont apportées en la matière :

  - Le sentiment de ne pas avoir besoin d'une complémentaire est notamment présent chez des personnes prises en charge à 100%, dans le cadre d'une Affection longue durée (ALD). 6,3% des répondants en ont parlé pour expliquer leur non-recours. Dans ce contexte, les personnes pensent inutile de souscrire à un contrat en complément. Pourtant, tous les soins n'entrent pas nécessairement dans la prise en charge en ALD. Celle-ci n'empêche donc pas l'exposition des patients à des restes à charge. Ici aussi, les incompréhensions quant à ce à quoi donne droit certains dispositifs ou protections peuvent être à l'origine d'arbitrages à la défaveur des personnes (prise en charge à 100% → impression de ne pas pouvoir être exposé à des restes à charge → non-recours à la complémentaire → apparition de besoins de soins non pris en charge dans le cadre de l'ALD → renoncement) ;

[20] Selon l'Odenore, le non-recours renvoie à la situation de personnes qui ne bénéficient pas, à un moment donné et en tout état de cause, des prestations, aides, dispositifs, services, auxquels elles pourraient prétendre.

[21] Sur ce point du non-recours à la complémentaire mais aussi du non-recours à la CMU C, voir également le rapport de Warin P. et C. Chauveaud, « Le non-recours à la Complémentaire maladie universelle complémentaire. Enquête auprès des populations précaires », rapport Odenore pour le Fonds CMU, novembre 2016.

- 3,9% des répondants disent être rarement, voire jamais malades ; ils ne pensent donc pas nécessaire de prendre une complémentaire et préfèrent, pour certains, économiser une somme chaque mois pour se soigner en cas de besoin ;

- **Le fait de penser qu'une complémentaire ne serait pas utile peut aussi découler de l'impression que, même couvertes, les personnes auront des restes à charge pour leurs frais de santé, et ce parce « qu'elles seront mal remboursées »**. Cette réponse est toutefois très peu citée (0,6% des répondants). Il est possible que quelques-uns des répondants en non-recours à la complémentaire ait disposé d'une telle protection par le passé. En fonction de la nature de leur contrat, des garanties attachées à celui-ci, les remboursements ont pu être limités, voire inexistants dans certains cas. Mais cette impression « de faibles remboursements » peut en parallèle découler de croyances, de représentations, et n'être justifiée par aucun fait objectif.

- **7,3% des répondants disent, enfin, avoir négligé cette protection et/ou ne pas s'être mobilisés pour l'acquérir**.

Le tableau qui suit récapitule l'ensemble de ces éléments, toutes caisses confondues.

	Causes du non-recours à la complémentaire (pour l'ensemble des répondants).	
	Eff.	%*
Peu de besoins de soins	209	3,9
Manque d'information	300	5,5
Démarches trop compliquées	144	2,7
« Je ne sais pas où j'en suis concernant ma couverture complémentaire »	274	5
« J'ai un 100% »	342	6,3
« Même avec une complémentaire, je serai mal remboursé »	34	0,6
Perte de la complémentaire d'entreprise	318	5,9
Manque de moyens financiers	1 529	28,2
Autres priorités financières	381	7
Par négligence	397	7,3
En cours	1 459	26,9
« Je ne sais pas à quoi sert une complémentaire »	40	0,7

*Le total ne fait pas 100% car les répondants pouvaient donner plusieurs réponses.

Les tableaux ci-dessous présentent, pour leur part, les raisons du non-recours à la complémentaire, caisse par caisse, et différencient les réponses selon l'existence ou non d'un renoncement aux soins.

CPAM		Peu de besoins de soins	Manque d'informations	Manque de moyens financiers	Négligence	En cours
CCSS de Lozère (481)	Rép	7.1	4.8	23.8	14.3	16.7
	N-Re	13.6	4.5	9.1	18.2	13.6
	Re	.	5.0	40.0	10.0	20.0
Cpam d'Ille-et-Vilaine (351)	Rép	6.5	8.5	32.0	11.1	32.7
	N-Re	7.2	8.2	23.7	12.4	38.1
	Re	5.4	8.9	46.4	8.9	23.2
Cpam d'Indre-et-Loire (371)	Rép	5.0	5.7	22.6	10.1	52.2
	N-Re	5.0	5.0	11.9	7.9	58.4
	Re	5.2	6.9	41.4	13.8	41.4

Cpam de Corrèze (191)	Rép	3.1	3.1	20.8	9.4	49.0
	N-Re	3.3	3.3	15.0	10.0	51.7
	Re	2.8	2.8	30.6	8.3	44.4
Cpam de Maine-et-Loire (491)	Rép	4.5	9.0	29.2	11.2	30.3
	N-Re	8.5	8.5	25.5	8.5	31.9
	Re	.	9.5	33.3	14.3	28.6
Cpam de Paris (751)	Rép	5.3	14.9	41.7	6.6	27.0
	N-Re	7.1	11.1	31.1	6.8	31.3
	Re	3.6	18.6	52.1	6.4	22.7
Cpam de Seine-Saint-Denis (931)	Rép	2.8	8.2	32.1	8.5	27.0
	N-Re	4.2	8.5	23.8	9.0	29.1
	Re	0.8	7.8	44.2	7.8	24.0
Cpam de l'Ain (011)	Rép	1.4	8.1	21.6	13.5	44.6
	N-Re	1.9	7.5	9.4	17.0	52.8
	Re	.	9.5	52.4	4.8	23.8
Cpam de l'Essonne (911)	Rép	4.2	8.7	29.4	6.0	38.4
	N-Re	5.6	8.4	22.3	6.0	41.4
	Re	1.7	9.3	42.4	5.9	33.1
Cpam de l'Eure-et-Loir (281)	Rép	2.7	4.4	29.2	2.7	36.3
	N-Re	2.7	6.8	20.5	2.7	38.4
	Re	2.5	.	45.0	2.5	32.5
Cpam de l'Yonne (891)	Rép	.	5.3	32.0	10.7	42.7
	N-Re	.	.	23.5	13.7	45.1
	Re	.	16.7	50.0	4.2	37.5
Cpam de la Corse-du-Sud (201)	Rép	10.5	8.8	31.6	3.5	26.3
	N-Re	15.8	7.9	18.4	2.6	28.9
	Re	.	10.5	57.9	5.3	21.1
Cpam de la Creuse (231)	Rép	2.4	8.4	21.7	15.7	37.3
	N-Re	1.9	9.3	14.8	13.0	46.3
	Re	3.4	6.9	34.5	20.7	20.7
Cpam de la Côte d'Opale (623)	Rép	4.3	7.2	35.3	14.4	25.2
	N-Re	6.3	3.8	32.5	13.8	26.3
	Re	1.7	11.9	39.0	15.3	23.7
Cpam de la Côte-d'Or (211)	Rép	2.3	9.1	22.0	6.1	40.2
	N-Re	2.9	10.3	17.6	7.4	45.6
	Re	1.6	7.8	26.6	4.7	34.4
Cpam de la Loire (422)	Rép	1.4	8.1	33.8	12.8	34.5
	N-Re	1.2	7.4	25.9	11.1	38.3
	Re	1.5	9.0	43.3	14.9	29.9
Cpam des Alpes de Haute-Provence (041)	Rép	5.0	5.0	48.0	11.0	23.0
	N-Re	10.9	6.5	30.4	8.7	26.1
	Re	.	3.7	63.0	13.0	20.4
Cpam des Côtes d'Armor (221)	Rép	7.7	6.6	31.9	7.7	48.4
	N-Re	8.8	5.3	21.1	7.0	59.6
	Re	5.9	8.8	50.0	8.8	29.4
Cpam des Deux-Sèvres (791)	Rép	1.6	10.9	39.1	7.8	35.9
	N-Re	2.8	16.7	16.7	13.9	41.7
	Re	.	3.6	67.9	.	28.6
Cpam des Hautes-Alpes (051)	Rép	4.2	9.7	40.3	12.5	19.4
	N-Re	6.5	16.1	41.9	12.9	22.6
	Re	2.4	4.9	39.0	12.2	17.1
Cpam des Hauts-de-Seine (921)	Rép	5.8	14.0	40.7	4.7	19.8
	N-Re	9.2	18.4	28.9	6.6	25.4
	Re	2.0	8.9	54.0	2.5	13.4
Cpam des Vosges (881)	Rép	5.1	6.8	33.9	11.9	35.6
	N-Re	7.3	7.3	34.1	12.2	36.6
	Re	.	5.6	33.3	11.1	33.3
Cpam du Bas-Rhin (673)	Rép	5.5	14.7	40.1	10.6	25.3
	N-Re	8.0	14.4	36.0	9.6	24.8

	Re	2.2	15.2	45.7	12.0	26.1
Cpam du Cher (181)	Rép	2.6	10.4	28.6	11.7	36.4
	N-Re	2.1	10.4	20.8	12.5	39.6
	Re	3.4	10.3	41.4	10.3	31.0
Cpam du Jura (391)	Rép	4.8	11.3	32.3	14.5	32.3
	N-Re	5.9	11.8	26.5	14.7	41.2
	Re	3.6	10.7	39.3	14.3	21.4
Cpam du Loir et Cher (411)	Rép	4.1	2.7	29.7	6.8	25.7
	N-Re	4.3	4.3	23.4	8.5	25.5
	Re	3.7	.	40.7	3.7	25.9
Cpam du Lot-et-Garonne (471)	Rép	12.5	11.4	35.2	10.2	21.6
	N-Re	13.7	7.8	33.3	7.8	21.6
	Re	10.8	16.2	37.8	13.5	21.6
Cpam du Morbihan (561)	Rép	6.9	11.9	31.7	11.9	18.8
	N-Re	10.0	13.3	18.3	11.7	21.7
	Re	2.4	9.8	51.2	12.2	14.6
Cpam du Rhône (691)	Rép	2.4	4.8	21.4	11.9	39.3
	N-Re	3.4	5.9	13.4	13.4	40.3
	Re	.	2.0	40.8	8.2	36.7
Cpam du Var (831)	Rép	4.3	4.3	30.2	6.2	43.4
	N-Re	6.0	2.4	23.4	7.8	47.9
	Re	1.1	7.7	42.9	3.3	35.2

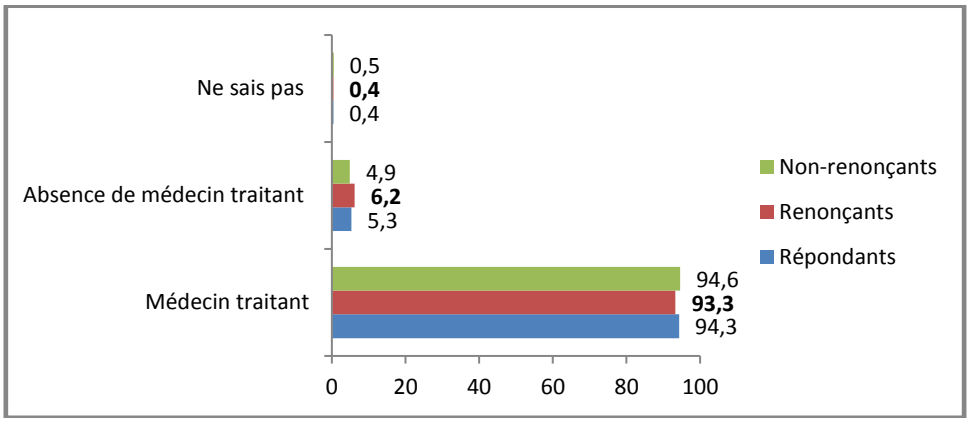
CPAM		Craintes d'être mal remboursé	Complexité des démarches	Prise en charge à 100%	Autres priorités financières	Sentiment d'être perdu par rapport à sa couverture maladie	Perte de la complémentaire d'entreprise	Je ne sais pas à quoi sert une complémentaire
CCSS de Lozère (481)	Rép	2.4	2.4	14.3	4.8	2.4	9.5	.
	N-Re	4.5	4.5	22.7	.	.	9.1	.
	Re	.	.	5.0	10.0	5.0	10.0	.
Cpam d'Ille-et-Vilaine (351)	Rép	.	3.9	3.9	6.5	3.9	7.2	1.3
	N-Re	.	2.1	4.1	5.2	2.1	9.3	2.1
	Re	.	7.1	3.6	8.9	7.1	3.6	.
Cpam d'Indre-et-Loire (371)	Rép	1.9	0.6	4.4	3.8	2.5	4.4	0.6
	N-Re	1.0	1.0	5.0	2.0	2.0	5.9	1.0
	Re	3.4	.	3.4	6.9	3.4	1.7	.
Cpam de Corrèze (191)	Rép	1.0	2.1	10.4	7.3	3.1	10.4	.
	N-Re	1.7	3.3	8.3	1.7	3.3	8.3	.
	Re	.	.	13.9	16.7	2.8	13.9	.
Cpam de Maine-et-Loire (491)	Rép	2.2	1.1	4.5	10.1	4.5	13.5	.
	N-Re	2.1	.	4.3	4.3	.	14.9	.
	Re	2.4	2.4	4.8	16.7	9.5	11.9	.
Cpam de Paris (751)	Rép	0.8	4.4	9.4	8.1	8.0	8.1	0.7
	N-Re	1.4	2.6	10.3	7.1	8.0	7.1	0.6
	Re	0.3	6.1	8.6	9.1	8.0	9.1	0.8
Cpam de Seine-Saint-Denis (931)	Rép	0.9	5.0	13.8	7.9	8.2	3.8	1.6
	N-Re	.	2.1	14.3	5.8	7.9	1.1	2.1
	Re	2.3	9.3	13.2	10.9	8.5	7.8	0.8
Cpam de l'Ain (011)	Rép	.	2.7	2.7	1.4	13.5	2.7	.
	N-Re	.	1.9	3.8	1.9	7.5	1.9	.
	Re	.	4.8	.	.	28.6	4.8	.
Cpam de l'Essonne (911)	Rép	.	3.6	4.8	3.3	3.6	7.2	0.9
	N-Re	.	4.2	4.7	3.7	3.3	7.0	1.4
	Re	.	2.5	5.1	2.5	4.2	7.6	.
Cpam de l'Eure-et-Loir (281)	Rép	1.8	0.9	8.0	10.6	1.8	4.4	0.9
	N-Re	2.7	1.4	11.0	12.3	2.7	4.1	1.4
	Re	.	.	2.5	7.5	.	5.0	.
Cpam de l'Yonne (891)	Rép	.	.	6.7	4.0	2.7	4.0	1.3
	N-Re	.	.	9.8	3.9	3.9	3.9	2.0

	Re	.	.	.	4.2	.	4.2	.
Cpam de la Corse-du-Sud (201)	Rép	.	.	15.8	7.0	5.3	8.8	.
	N-Re	.	.	15.8	7.9	7.9	5.3	.
	Re	.	.	15.8	5.3	.	15.8	.
Cpam de la Creuse (231)	Rép	1.2	.	3.6	1.2	7.2	4.8	.
	N-Re	1.9	.	5.6	.	5.6	3.7	.
	Re	.	.	.	3.4	10.3	6.9	.
Cpam de la Côte d'Opale (623)	Rép	.	0.7	7.2	17.3	8.6	8.6	.
	N-Re	.	.	6.3	16.3	8.8	10.0	.
	Re	.	1.7	8.5	18.6	8.5	6.8	.
Cpam de la Côte-d'Or (211)	Rép	.	4.5	3.8	4.5	7.6	6.8	2.3
	N-Re	.	2.9	5.9	4.4	4.4	2.9	1.5
	Re	.	6.3	1.6	4.7	10.9	10.9	3.1
Cpam de la Loire (422)	Rép	2.7	2.0	6.8	8.1	4.1	5.4	1.4
	N-Re	3.7	.	7.4	2.5	3.7	6.2	1.2
	Re	1.5	4.5	6.0	14.9	4.5	4.5	1.5
Cpam des Alpes de Haute-Provence (041)	Rép	1.0	2.0	4.0	9.0	7.0	5.0	.
	N-Re	2.2	.	6.5	8.7	8.7	8.7	.
	Re	.	3.7	1.9	9.3	5.6	1.9	.
Cpam des Côtes d'Armor (221)	Rép	.	2.2	5.5	3.3	6.6	5.5	.
	N-Re	.	1.8	3.5	1.8	7.0	5.3	.
	Re	.	2.9	8.8	5.9	5.9	5.9	.
Cpam des Deux-Sèvres (791)	Rép	.	.	4.7	10.9	7.8	4.7	3.1
	N-Re	.	.	2.8	5.6	5.6	.	5.6
	Re	.	.	7.1	17.9	10.7	10.7	.
Cpam des Hautes-Alpes (051)	Rép	.	2.8	18.1	4.2	9.7	5.6	2.8
	N-Re	.	.	22.6	6.5	6.5	12.9	6.5
	Re	.	4.9	14.6	2.4	12.2	.	.
Cpam des Hauts-de-Seine (921)	Rép	0.7	5.3	7.7	15.6	8.1	6.3	0.9
	N-Re	0.4	5.3	7.5	13.6	7.0	5.3	1.3
	Re	1.0	5.4	7.9	17.8	9.4	7.4	0.5
Cpam des Vosges (881)	Rép	.	.	5.1	10.2	1.7	3.4	.
	N-Re	.	.	4.9	4.9	2.4	2.4	.
	Re	.	.	5.6	22.2	.	5.6	.
Cpam du Bas-Rhin (673)	Rép	1.4	6.0	5.5	11.1	5.1	8.8	0.9
	N-Re	0.8	3.2	8.0	12.8	3.2	8.8	0.8
	Re	2.2	9.8	2.2	8.7	7.6	8.7	1.1
Cpam du Cher (181)	Rép	2.6	1.3	5.2	10.4	2.6	11.7	2.6
	N-Re	.	.	8.3	8.3	.	10.4	4.2
	Re	6.9	3.4	.	13.8	6.9	13.8	.
Cpam du Jura (391)	Rép	.	4.8	4.8	11.3	4.8	3.2	1.6
	N-Re	.	.	5.9	8.8	2.9	2.9	2.9
	Re	.	10.7	3.6	14.3	7.1	3.6	.
Cpam du Loir et Cher (411)	Rép	.	5.4	10.8	9.5	4.1	9.5	.
	N-Re	.	2.1	8.5	8.5	4.3	10.6	.
	Re	.	11.1	14.8	11.1	3.7	7.4	.
Cpam du Lot-et-Garonne (471)	Rép	.	1.1	8.0	11.4	5.7	12.5	.
	N-Re	.	2.0	9.8	9.8	5.9	13.7	.
	Re	.	.	5.4	13.5	5.4	10.8	.
Cpam du Morbihan (561)	Rép	1.0	1.0	4.0	8.9	5.0	5.9	3.0
	N-Re	.	.	1.7	10.0	8.3	6.7	5.0
	Re	2.4	2.4	7.3	7.3	.	4.9	.
Cpam du Rhône (691)	Rép	.	1.8	8.3	6.5	6.5	10.1	0.6
	N-Re	.	1.7	8.4	3.4	6.7	10.9	0.8
	Re	.	2.0	8.2	14.3	6.1	8.2	.
Cpam du Var (831)	Rép	0.4	2.3	6.2	7.4	3.5	5.8	.
	N-Re	.	0.6	5.4	4.2	2.4	6.6	.
	Re	1.1	5.5	7.7	13.2	5.5	4.4	.

3.4. Toutes caisses confondues, la part de renonçants sans médecin traitant est légèrement plus élevée que celle des non-renonçants

Les données du présent diagnostic viennent confirmer une dimension du renoncement aux soins mise en évidence dans les deux précédentes campagnes du BRS, **à savoir que l'absence de médecin traitant peut accroître la probabilité de renoncer aux soins.**

Globalement, le taux de déclaration d'un médecin traitant dans cette campagne du BRS (comme dans les autres) est très élevé (94,3% des répondants disent avoir fait cette déclaration). **Mais si l'on zoome sur la population renonçante, on remarque que ce taux décroît légèrement (93,3%). Alors que 4,9% des non-renonçants n'ont pas de médecin traitant, c'est le cas de 6,2% des renonçants.**



La surreprésentation des renonçants parmi les personnes qui n'ont pas de médecin traitant ne se vérifie pas pour les caisses de Paris, de Seine Saint Denis, de l'Ain, de l'Essonne, du Loire et Cher, du Rhône et du Var. Elle est, en revanche, plus marquée pour les CPAM :

- De Lozère (8,3% des renonçants n'ont pas de médecin traitant alors que la part de personnes sans médecin traitant parmi les répondants est de 5,7%),
- De l'Yonne (10,4% des renonçants versus 6,5% des répondants),
- Des Alpes de Haute Provence (7% versus 4,8%),
- Des Hautes Alpes (9,1% versus 5,6%),
- Du Cher (10,4% versus 7,3%),
- Du Jura (9,8% versus 4,7%).

CPAM		Médecin traitant	Absence de médecin traitant
CCSS de Lozère (481)	Rép	94.1	5.7
	N-Re	94.7	5.1
	Re	91.7	8.3
Cpam d'Ille-et-Vilaine (351)	Rép	93.6	6.1
	N-Re	94.0	5.7
	Re	92.4	7.4
Cpam d'Indre-et-Loire (371)	Rép	92.8	6.5
	N-Re	93.6	6.2
	Re	90.2	7.6
Cpam de Corrèze (191)	Rép	95.1	4.6
	N-Re	95.4	4.3
	Re	94.2	5.5

Cpam de Maine-et-Loire (491)	Rép	97.4	2.3
	N-Re	97.9	1.7
	Re	96.1	3.9
Cpam de Paris (751)	Rép	91.0	8.4
	N-Re	90.9	8.6
	Re	91.4	8.1
Cpam de Seine-Saint-Denis (931)	Rép	92.0	7.5
	N-Re	91.7	7.9
	Re	93.0	6.0
Cpam de l'Ain (011)	Rép	95.0	4.3
	N-Re	94.9	4.4
	Re	95.3	4.0
Cpam de l'Essonne (911)	Rép	90.8	8.5
	N-Re	90.7	8.7
	Re	91.3	8.0
Cpam de l'Eure-et-Loir (281)	Rép	94.3	5.6
	N-Re	94.6	5.3
	Re	92.8	6.9
Cpam de l'Yonne (891)	Rép	93.5	6.5
	N-Re	94.7	5.3
	Re	89.3	10.4
Cpam de la Corse-du-Sud (201)	Rép	96.3	3.5
	N-Re	96.7	3.1
	Re	94.2	5.2
Cpam de la Creuse (231)	Rép	94.2	5.7
	N-Re	95.0	5.0
	Re	91.7	7.9
Cpam de la Côte d'Opale (623)	Rép	96.5	3.1
	N-Re	97.1	2.5
	Re	94.4	5.0
Cpam de la Côte-d'Or (211)	Rép	97.0	2.9
	N-Re	97.1	2.7
	Re	96.6	3.4
Cpam de la Loire (422)	Rép	95.1	4.6
	N-Re	95.1	4.4
	Re	94.8	4.9
Cpam des Alpes de Haute-Provence (041)	Rép	95.0	4.8
	N-Re	96.2	3.7
	Re	92.8	7.0
Cpam des Côtes d'Armor (221)	Rép	93.2	6.0
	N-Re	93.8	5.3
	Re	91.0	8.3
Cpam des Deux-Sèvres (791)	Rép	96.2	3.7
	N-Re	96.7	3.2
	Re	94.4	5.6
Cpam des Hautes-Alpes (051)	Rép	93.5	5.6
	N-Re	94.8	4.2
	Re	90.2	9.1
Cpam des Hauts-de-Seine (921)	Rép	93.0	5.9
	N-Re	93.1	5.7
	Re	92.9	6.2
Cpam des Vosges (881)	Rép	98.0	1.8
	N-Re	98.2	1.6
	Re	97.6	2.4
Cpam du Bas-Rhin (673)	Rép	96.9	2.9
	N-Re	97.3	2.5
	Re	95.9	4.1
Cpam du Cher (181)	Rép	92.2	7.3
	N-Re	93.1	6.3

	Re	89.2	10.4
Cpam du Jura (391)	Rép	94.9	4.7
	N-Re	97.1	2.6
	Re	89.2	9.8
Cpam du Loir et Cher (411)	Rép	94.8	5.0
	N-Re	94.5	5.2
	Re	96.0	4.0
Cpam du Lot-et-Garonne (471)	Rép	94.5	5.4
	N-Re	94.7	5.3
	Re	94.2	5.5
Cpam du Morbihan (561)	Rép	94.8	5.0
	N-Re	94.9	4.8
	Re	94.3	5.7
Cpam du Rhône (691)	Rép	94.4	4.3
	N-Re	94.2	4.3
	Re	95.4	4.1
Cpam du Var (831)	Rép	95.8	3.9
	N-Re	95.5	4.2
	Re	96.7	3.1

Récapitulatif état de santé perçu, complémentaire et médecin traitant
Renonçants et Non-renonçants - Toutes caisses confondues.

Variable	Items	Non renonçants	Renonçants	Données manquantes	pvalue
Perception de l'état de santé	Bon	14240 (41.1)	3308 (29.3)	121	<.01
	Mauvais	3107 (9)	1789 (15.9)	.	.
	Moyen	11812 (34.1)	4917 (43.6)	.	.
	Très bon	4665 (13.5)	689 (6.1)	.	.
	Très mauvais	796 (2.3)	580 (5.1)	.	.
Complémentaire santé	Ne sais pas	184 (0.5)	63 (0.6)	141	<.01
	Non	2670 (7.7)	1914 (17)	.	.
	Autre complémentaire avec ACS	2298 (6.6)	906 (8)	.	.
	Oui la CMUC	6898 (19.9)	2035 (18)	.	.
	Oui l'AME	216 (0.6)	34 (0.3)	.	.
	Oui une autre complémentaire santé	22339 (64.6)	6326 (56.1)	.	.
Médecin traitant	Ne sais pas	149 (0.4)	52 (0.5)	207	<.01
	Non	1704 (4.9)	702 (6.2)	.	.
	Oui	32717 (94.6)	10493 (93.3)	.	.

4. Description de la nature et des causes du renoncement aux soins

Sont présentées ci-après deux des principales caractéristiques du renoncement (sa nature et ses causes), telles qu'elles apparaissent pour les CPAM participant à la présente vague du BRS.

4.1. Les types de soins « les plus » renoncés : soins dentaires et consultations spécialisées

A l'instar des diagnostics des précédentes années, les soins auxquels les personnes enquêtées déclarent le plus renoncer sont les soins dentaires prothétiques, mais aussi conservateurs. Au niveau de l'échantillon total, 41,9% ont dit renoncer aux premiers tandis que 32,8% ont déclaré renoncer aux seconds. Ces chiffres sont proches de ceux mesurés fin 2017 par le BRS (42,3% pour les soins dentaires prothétiques et 32,4% pour les soins conservateurs). **Au total, dans cette campagne du BRS, 74,7% des renonçants ont évoqué des difficultés en lien avec des soins dentaires.**

Tout comme c'était également le cas en 2017, **ce sont les consultations en ophtalmologie et les achats d'optique qui, toutes caisses confondues, se positionnent comme les seconds types de soins les plus renoncés par la population interrogée.** Le taux de renoncement aux consultations en ophtalmologie est identique dans le présent diagnostic que dans le précédent : 20,8%, tandis que celui du renoncement à l'achat d'optique est légèrement inférieur : 17,8% versus 18,3% fin 2017.

	Nature des renoncements (Toutes caisses confondues)	
	Effectifs de renonçants déclarant renoncer ou avoir renoncé à ce type de soins	Pourcentage de renonçants déclarant renoncer ou avoir renoncé à ce type de soins*
Actes chirurgicaux	889	7,9
Consultations chez un généraliste	1 226	10,8
Consultations ou soins gynécologiques**	1 139	15,1
Consultations dermatologiques	703	6,2
Consultations chez un psychiatre	404	3,6
Consultations en ophtalmologie	2 356	20,8
Consultations chez un cardiologue	516	4,6
Consultations chez un (autre) spécialiste***	1 016	9
Soins dentaires conservateurs	3 713	32,8
Soins dentaires prothétiques	4 734	41,9
Soins en orthodontie	229	2
Kinésithérapie	782	8,6
Appareillage auditif	130	1,1
Analyses ou examens médicaux	1 022	9
Achat d'optique	2 015	17,8
Achats de médicaments	640	5,7
Repos prescrit	162	1,4
Soins en orthophonie	42	0,4

* Le total ne fait pas 100 car chaque renonçant pouvait déclarer plusieurs renoncements.
** Parmi les femmes en renoncement.
*** Urologue, gastroentérologue, pneumologue, endocrinologue, neurologue, allergologue, médecine vasculaire, ORL, rhumatologue.

Toutes caisses confondues, **les consultations chez un spécialiste** parmi les suivants : urologue, gastroentérologue, pneumologue, endocrinologue, neurologue, allergologue, médecine vasculaire, ORL, rhumatologue, **sont déclarées renoncées par 9 % des renonçants** (7,8% fin 2017). **Si l'on ajoute les taux de renoncement aux autres consultations spécialisées prises en compte dans le BRS -** cardiologie, psychiatrie et dermatologie **-, ce sont 23,4% des renonçants qui évoquent des difficultés** (20,2% fin 2017). **Enfin lorsque l'on additionne le renoncement en ophtalmologie, la part totale de**

personnes qui renonce à des consultations spécialisées atteint 44,2%, ce type de renoncement devançant alors légèrement le renoncement aux soins dentaires prothétiques.

S'agissant des consultations ou soins en gynécologie, 15,1 % des femmes renonçantes en font état cette année. Ce taux est identique à celui du BRS passé fin 2017.

Toujours toutes caisses confondues, **la part de personnes en renoncement à des consultations chez un généraliste est de 10,8%. Ce taux est stable par rapport à la précédente vague du BRS et demeure moins élevé que les taux mesurés dans les toutes premières campagnes du Baromètre** (par exemple, 13,3% en 2016 pour les caisses de l'expérimentation PFIDASS).

Il nous paraît enfin essentiel de souligner que, toutes caisses confondues, **7,9% des personnes en renoncement ont parlé d'actes chirurgicaux non-satisfaits** (8,1% fin 2017) **et 9% d'analyses ou examens médicaux non-réalisés** (8,6% fin 2017).

Ces types de renoncements, tout comme le renoncement à des soins spécialisés, démontre **l'existence de ruptures de différente nature dans les parcours de soins.** Cela conforte bien l'idée selon laquelle le renoncement peut être *primaire (*des personnes ressentent des besoins de soins, mais n'adressent pas (pour différentes raisons) leur demande au système de santé par rapport à ces besoins), mais également *secondaire* (les personnes ont adressé une demande, eu une première consultation, voire plusieurs, mais ne continuent pas leur parcours de soins (là encore pour différentes raisons)). **On peut, en outre, en déduire qu'une part importante des soins renoncés par les personnes sont des soins qui leur ont été prescrits par un professionnel de la santé. Comme cela avait été montré par le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard (BRSG), les besoins de soins auxquels les personnes déclarent renoncer sont ainsi très largement justifiés médicalement.**

4.2. La nature du renoncement peut différer d'une caisse à l'autre

a. Zoom sur les soins dentaires, caisse par caisse

Dans tous les territoires pris en compte dans cette campagne du BRS, les soins dentaires arrivent en tête des soins les plus renoncés. En entrant dans le détail, on remarque que **sept caisses présentent des taux de renoncement aux soins dentaires conservateurs significativement plus élevés que le taux global (32,4%) ; il s'agit des CPAM** :

- De Paris (42,3%),
- Des Hauts de Seine (40,2%),
- Des Hautes Alpes (40%),
- De la Creuse (38,9%),
- De l'Eure et Loire (36,5%),
- Des Deux Sèvres (36,3%),
- De l'Essonne (36,2%).

Le renoncement aux soins dentaires prothétiques est quant à lui particulièrement prégnant pour douze caisses :

- De l'Eure et Loire (50,7%),
- De l'Indre et Loire (50,2%),
- Des Alpes de Haute Provence (48,1%),
- Du Var (47,7%),
- Du Lot et Garonne (46,7%),
- Du Morbihan (46,5%),

- Du Rhône (46,4%),
- De la Lozère (45,9%),
- De l'Ain (45,9%),
- Des Hauts de Seine (45,7%),
- De Paris (45,4%),
- De la Creuse (45%).

On peut en outre noter que, pour la plupart des CPAM, le taux de renoncement aux soins dentaires prothétiques est plus élevé que celui des soins conservateurs. Ce n'est toutefois pas le cas pour les caisses de la Côte d'Opale, des Hautes Alpes et du Cher au sein desquelles les soins conservateurs sont un peu plus fréquemment déclarés comme renoncés par les répondants, que les soins prothétiques.

b. Des taux de renoncement aux consultations spécialisées plus élevés dans certains territoires

S'agissant des consultations en opthalmologie, les taux de renoncement se situent entre 16,1% pour la CPAM de l'Essonne et 27,8% dans les Alpes de Haute Provence. En dehors de cette caisse, ce type de renoncement est également plus important pour les CPAM :

- De Seine Saint Denis (26,7% des renonçants en parlent),
- De Corrèze (26,6%),
- De la Creuse (26,6%),
- Du Loir et Cher (25%),
- Du Jura (24,1%).

On peut noter que **les caisses de Paris (25,5%), de la Côte d'Opale (25,5%), d'Indre et Loire (24,3%), du Var (22,6%), du Lot et Garonne (22,3%) et du Jura (22,1%) rencontrent les taux de renoncement à l'achat d'optique les plus élevés du diagnostic.**

Le taux de renoncement à un spécialiste (urologue, gastroentérologue, pneumologue, endocrinologue, neurologue, allergologue, médecine vasculaire, ORL, rhumatologue) est significativement plus élevé que le taux global pour les CPAM :

- De Corse du Sud (15,6% des renonçants) ;
- Des Hauts de Seine (15,4%) ;
- De l'Eure et Loire (14,1%).

Le renoncement aux consultations en dermatologie est quant à lui plus marqué pour les caisses :

- Des Hautes Alpes (9,1%),
- De Seine Saint Denis (8,4% des renonçants).

Enfin, les consultations en cardiologie apparaissent plus renoncées par les répondants :

- Des Vosges (6,7%),
- De Paris (6,2%),
- De Seine Saint Denis (6,1%).

c. Le renoncement aux consultations chez un généraliste : des taux homogènes pour les deux tiers des CPAM

Pour dix neuf CPAM (Lozère, Ille et Vilaine, Indre et Loire, Corrèze, Maine et Loire, Paris, Eure et Loire, Corse du Sud, Côte d'Opale, Loire, Alpes de Haute Provence, Côtes d'Armor, Hautes Alpes, Hauts de Seine, Bas Rhin, Jura, Loir et Cher, Lot et Garonne et Morbihan), le taux de renoncement aux consultations chez un généraliste avoisine le taux global mesuré pour l'ensemble des caisses (+ ou – 3 points). Rappelons que ce taux est de 10,8%.

Les taux des onze autres caisses s'écartent plus significativement de ce chiffre. **Les CPAM qui présentent les taux les plus bas en la matière sont les suivantes :**

- Creuse (7,4%),
- Côte d'Or (7%),
- Rhône (6,9%),
- Var (6,8%)
- Deux sèvres (6%),
- Vosges (4,3%).

Les taux de renoncement à des consultations généralistes les plus élevés sont relatifs aux caisses :

- Du Cher (19,1%),
- De l'Yonne (18,3%),
- De Seine Saint Denis (18%),
- De l'Essonne (17%),
- De l'Ain (14%).

On peut indiquer que les taux de renoncement aux consultations chez un généraliste mesurés dans cette campagne du BRS sont globalement assez proches de ceux des caisses impliquées dans la précédente campagne du BRS, **à l'exception des taux du Cher, de l'Yonne, de Seine Saint denis et de l'Essonne qui se différencient assez nettement. Ils sont, en effet, les plus élevés mesurés au travers des dernières campagnes du BRS.**

d. Des analyses et examens médicaux et/ou actes chirurgicaux particulièrement renoncés dans certains territoires

L'intérêt du BRS est de mettre en exergue des types de renoncement généralement peu observés dans les enquêtes portant sur le phénomène. En ce sens, il nous paraît important de nous intéresser aux taux de renoncement à des actes chirurgicaux et à des analyses ou examens médicaux, au niveau des caisses.

Alors que la part de personnes qui renoncent à des actes chirurgicaux est, toutes caisses confondues, de 7,9%, ce type de renoncements est cité par 13,4% des renonçants des Vosges. Ce taux dépasse aussi les 10 % pour quatre autres CPAM :

- Du Cher (12,9%),
- Du Lot et Garonne (12,4%),
- Du Bas Rhin (11,4%),
- De la Creuse (10,9%).

En parallèle, alors que le renoncement à des analyses ou examens médicaux est évoqué, toutes caisses confondues, par 9% des renonçants, ce sont 13,7% des renonçants de la CPAM du Cher qui en parlent. Ce type de renoncement concerne également :

- 13,1% des renonçants de l'Essonne,
- 12,3% de ceux de la caisse des Deux Sèvres,
- 11,7% des renonçants de la CPAM de Paris,
- 10,7% pour les Hauts de Seine,
- 10,7% pour le Loir et Cher,
- 10,5% pour la CPAM de Seine Saint Denis.

Notons que la caisse du Cher est aussi celle pour laquelle le taux de renoncement à l'achat de médicaments est le plus élevé du diagnostic (9,1%). En la matière, les caisses d'Indre et Loire, des Alpes de Haute Provence, de la Côte d'Opale, de la Côte d'Or, des Hautes Alpes et du Jura présentent également des taux de renoncement qui s'écartent assez significativement du taux global.

Pour les caisses d'Indre et Loire, de Seine Saint Denis, des Hauts de Seine et du Bas Rhin, nous pouvons enfin signaler un renoncement à des soins en kinésithérapie plus prononcé que pour les autres caisses. Toutes ces données peuvent être retrouvées dans les tableaux ci-dessous qui montrent les taux de renoncement par type de soins et par caisse (en %).

CPAM	Actes chirurg.	Consultation généraliste	Consultation ou soins gynécologie	Consultation dermatologie	Consultation psychiatrie	Consultation ophtalmologie	Consultation cardiologie	Soins dentaires conserv.
Lozère	5.5	11	3.3	6.6	3.3	19.3	3.3	30.9
Ille-et-Vilaine	5.7	8.7	9.6	5.7	2.7	18.5	3	34.3
Indre-et-Loire	6.1	10.9	10.6	7.6	3.6	21	5.2	31.9
Corrèze	8.4	9.8	11.6	4.6	2.6	26.6	2.9	33.8
Maine-et-Loire	6.8	9.8	8	6.8	3.4	17.3	2	29.5
Paris	7.7	12.6	14.7	7.2	4	24.4	6.2	42.3
Seine-Saint-Denis	8.9	18	7.5	8.4	5.2	26.7	6.1	33.5
Ain	5.7	14	8.6	7.9	3.6	21.5	3.9	29
Essonne	7.8	17	13.4	4.1	3.3	16.1	4.4	36.2
Eure-et-Loir	3.9	13.8	11.5	4.9	1.6	21.7	4.9	36.5
Yonne	9.9	18.3	9.5	7.7	5.9	20.5	5.1	35.9
Corse-du-Sud	9.2	9.8	11	4	2.9	17.3	2.9	29.5
Creuse	10.9	7.4	7	4.4	4.4	26.6	4.8	38.9
Côte d'Opale	8.8	9	10.9	3.7	3.2	18.8	4.2	34
Côte-d'Or	9.5	7	8.8	6.3	3.2	18.1	4.8	25.8
Loire	5.7	11.1	4.7	4.9	1.7	18.4	4.2	33.4
Alpes de Haute-Provence	7	8.8	10.4	7.5	5.1	27.8	5.3	23.3
Côtes d'Armor	4	11	8	6.3	1.3	19.9	3.3	27.6
Deux-Sèvres	5.3	6	12	5.6	2.8	20.8	4.2	36.3
Hautes-Alpes	4.4	9.1	8	9.1	2.2	22.5	4	40
Hauts-de-Seine	9.1	9.5	7.6	5.6	5	19.2	6	40.2
Vosges	13.4	4.3	9.9	6.3	1.6	23.3	6.7	20.9
Bas-Rhin	11.4	10.2	10	7.8	8	17.2	5.6	35.2
Cher	12.9	19.1	13.7	5.8	2.5	18.3	5.8	32.4
Jura	8.4	12	11	6.4	4.3	24.1	4.3	29.4
Loir et Cher	5.6	9.9	7.5	6	3.2	25	3.6	29.4
Lot-et-Garonne	12.4	10.9	10.2	7.7	2.9	21.5	6.6	28.8
Morbihan	6.7	8	7.8	5.9	4.1	21.2	2.6	29.2
Rhône	8.4	6.9	10.9	5.3	3	16.2	4.3	26.1
Var	7.5	6.8	11.8	6	2.5	18	2.7	23.7

CPAM	Soins dentaires prothétiques	Consult. « autre » spécialiste	Soins en kinésithérapie	Soins en orthodontie	Appareils auditifs	Analyses ou examens	Optique	Médica-ments	Repos prescrit	Soins en orthophonie
Lozère	45.9	6.1	8.8	1.7	2.8	9.4	13.3	2.2	0.6	0
Ille-et-Vilaine	36.8	11	9.2	1.1	2.3	4.8	11.7	3.7	0.2	0.7
Indre-et-Loire	50.2	8.8	16.4	3.3	3.3	7.9	24.3	7.3	2.4	0
Corrèze	39.6	9.8	6.6	2.3	2.9	8.1	15.6	4.6	2.9	0.9
Maine-et-Loire	40	6.1	11.2	2.2	2.9	9.8	17.1	4.1	2.7	0.5
Paris	45.4	9.9	10.3	5.1	3.1	11.7	25.5	7	0.5	0.4
Seine-Saint-Denis	31.9	7.7	13.1	4.2	3.5	10.5	13.8	6.1	2.1	0.2
Ain	45.9	7.2	9	2.5	2.5	4.7	11.1	3.2	1.1	0.4
Essonne	39	7.2	9.7	1.2	1.4	13.1	12.5	6.8	1.4	0
Eure-et-Loir	50.7	14.1	6.6	3	2	5.9	15.1	3	0	0.7
Yonne	40.7	9.5	8.4	1.5	6.2	9.2	12.1	2.2	0.7	0.7
Corse-du-Sud	37.6	15.6	8.7	2.3	2.3	10.4	19.1	2.3	2.3	0.6
Creuse	45	11.4	10.9	0	0.4	5.2	9.2	3.1	0.9	0
Côte d'Opale	31.3	8.5	6.4	2.1	2.7	8.5	25.5	7.4	1.9	0.3
Côte-d'Or	41	8.4	10.9	2.5	3.4	10	18.6	8.4	1.4	0.5
Loire	41.5	3.9	7.6	4.2	3.2	7.1	10.3	3.9	1.2	0.2
Alpes de Haute-P.	48.1	8	8.3	4.3	3.2	7.8	23	7.5	1.6	0.3
Côtes d'Armor	42.5	9.3	6	2.7	2.3	8.3	17.6	4.3	1	0
Deux-Sèvres	41.9	10.9	6.7	1.1	4.2	12.3	16.5	3.5	2.5	0.7
Hautes-Alpes	35.6	3.6	6.5	1.8	1.8	7.6	17.8	7.3	0.7	0.7
Hauts-de-Seine	45.7	15.4	12.5	4.1	3.1	10.7	17.3	6.2	0.6	0.3
Vosges	36.4	7.5	5.5	3.6	5.5	5.1	17.8	6.3	0	0
Bas-Rhin	41.7	9	11.4	2.7	1.5	7.3	20.6	7.5	3.2	0.2
Cher	32	9.5	10	1.2	2.9	13.7	15.4	9.1	1.2	0
Jura	34.4	6	7	2	3.7	8.7	22.1	8	2.3	0.7
Loir et Cher	35.7	6.7	6.3	0.4	2	10.7	11.5	4.8	3.6	0.8
Lot-et-Garonne	46.7	6.6	8.4	3.3	4	5.1	22.3	4.7	1.1	1.1
Morbihan	46.5	6.5	10.3	1	2.8	7.2	19.9	4.7	2.1	0.5
Rhône	46.4	10.9	8.9	1.3	3	8.4	16	4.8	2	0.5
Var	47.7	9.7	8.1	2.5	3.3	10.2	22.6	6.2	1	0

4.3. Des causes financières et temporelles en première ligne pour toutes les CPAM ; d'autres raisons de renoncer particulièrement citées dans certaines caisses

a. Les obstacles financiers sont toujours les plus évoqués par les renonçants

Toutes caisses confondues, les restes à charge (RAC), mais aussi les avances de frais, constituent, selon les personnes interrogées, les obstacles principaux à l'accès aux soins. Tout du moins, c'est de ce type de difficultés dont les personnes parlent le plus en première intention.

Ainsi au niveau de l'échantillon total, **60% des renonçants disent que les RAC sont la ou l'une des raisons de leur(s) renoncement(s)[22].** Ce taux était identique dans la précédente vague du BRS. **Ils sont 29,9% à déclarer que l'avance de frais est la ou l'une des causes de leurs difficultés en matière de soins.** Ils étaient 29% à l'évoquer fin 2017.

11,4% des renonçants expliquent, en outre, que des incertitudes concernant les coûts de certains soin(s) peuvent les amener à y renoncer. Ce taux était quasiment identique fin 2017 (11,2%).

Ce dernier chiffre est intéressant. S'agissant des questions financières en effet, le BRS donne à voir un point important sur lequel d'autres enquêtes relatives au renoncement ne s'attardent pas : le fait que, si les obstacles financiers dans l'accès aux soins sont massifs, ils sont aussi pour une partie d'entre eux le résultat d'un « imaginaire collectif ».

[22] Nous rappelons que, dans le BRS, les personnes peuvent citer plusieurs raisons pour expliquer leur(s) renoncement(s).

Certaines personnes n'adressent ainsi pas leur(s) demande(s) de soin parce qu'elles anticipent des restes à charge élevés, en tout cas trop élevés pour qu'elles puissent les assumer, mais sans avoir de données objectives pour en juger. Ceci rejoint d'autres constats selon lesquels de nombreuses personnes disent méconnaitre les tarifs des soins, les parts qui peuvent leur être remboursées, et ne savent pas où, ni comment, se renseigner pour y voir plus clair. Il est évident que les restes à charge peuvent être élevés et qu'ils constituent un obstacle majeur pour des personnes dont les restes pour vivre mensuels sont limités ; mais il est probable que, pour une partie des soins auxquels les personnes disent renoncer à cause de restes à charge, ceux-ci soient « en réalité » moins importants que les personnes ne l'imaginent. **Aider les personnes à mieux comprendre les coûts des soins, en fonction des protections dont elles disposent, est certainement un enjeu.**

On peut aussi noter que, toutes caisses confondues, **6,3% des renonçants ont fait un lien direct entre leurs difficultés financières pour se soigner et une perte de revenu lié à un arrêt de travail (7% fin 2017).** Le BRS permet de donner des indications sur les causes « premières » du renoncement telles que perçues par les personnes, mais permet aussi de capter des indices sur la manière dont les personnes expliquent ces causes. Ceci peut être important au moment de lancer des actions pour limiter le renoncement aux soins. Par exemple, avoir que des personnes ont du mal à réaliser certains soins à cause de restes à charge parce que leur situation financière a évolué de manière négative suite à un arrêt de travail a certainement du sens.

De manière générale et ainsi que nous l'avons esquissé ci-dessus, les obstacles financiers que rencontrent les personnes pour se soigner méritent d'être compris au regard de leur connaissance et de leur compréhension du coût « réel » des soins, mais surtout en tenant compte des restes pour vivre dont elles disposent une fois les charges et dépenses fixes mensuelles déduites.

On pourrait formuler les choses de la manière suivante : en soi, un reste à charge n'est pas nécessairement un obstacle pour se soigner ; en revanche, pour des personnes dont les restes pour vivre mensuels (une fois toutes les charges - dont les crédits - et dépenses fixes payées) sont inférieurs à cent euros, voire proches ou égaux à zéro, un reste à charge peut devenir impossible à assumer. Il en va de même pour l'avance de frais. En fonction des restes pour vivre, il peut être difficile sinon impossible de réaliser une avance et plus encore des avances de frais successives, en particulier à certaines périodes du mois.

b. Toutes caisses confondues, les raisons relatives à la « temporalité » expliquent une partie non négligeable des renoncements

Deux autres raisons sont, respectivement et toutes caisses confondues, citées par plus de 10% des renonçants de cette campagne BRS : il s'agit des délais pour avoir un rendez-vous avec certains professionnels de la santé et des problèmes de disponibilité que peuvent rencontrer les personnes pour inclure des consultations médicales dans leurs emplois du temps et/ou pour se rendre aux rendez-vous.

Au niveau de l'échantillon total, **les délais sont cités par 17,5% des personnes en renoncement (15,3% l'année dernière) et les problèmes de disponibilité par 11,3% (10,9% fin 2017).**

Le taux de renoncement relatif aux délais pour obtenir certains rendez-vous médicaux est plus élevé dans cette campagne du BRS que dans la précédente et rejoint celui de la campagne de mi 2017. **Le fait de ne pas réussir à faire prendre en charge leurs besoins de soins dans des délais qu'elles jugent « raisonnables » apparaît tout de même, toutes caisses confondues, comme la troisième raison la plus citée par les personnes pour expliquer leur renoncement.**

	Causes des renoncements (toutes caisses confondues)	
	Effectifs de renonçants déclarant renoncer ou avoir renoncé pour cette raison	Pourcentage de renonçants déclarant renoncer ou avoir renoncé pour cette raison*
Restes à charge	6 788	60
Eloignement géographique	721	6,4
Besoin de soins jugé peu ou pas urgent	584	5,2
Craintes liées au travail	388	3,4
Refus de soins (discrimination ou saturation)	404	3,6
Coût du transport	312	2,8
Problèmes de disponibilité (« je n'ai pas le temps »)	1 277	11,3
Non connaissance de praticiens	373	3,3
Perte de revenus due à un arrêt de travail	711	6,3
Absence de moyens de transport	332	2,9
Lassitude	683	6
Délais pour avoir un RDV	1 978	17,5
Avance de frais	3 383	29,9
Impossibilité physique de se déplacer	265	2,3
Négligence	743	6,6
Peur du monde médical et/ou des soignants	524	4,6
Peur du diagnostic	480	4,2
Incertitude sur le coût des soins	1 291	11,4
Démarches trop compliquées	355	3,1
Manque d'information sur le système de santé	246	2,2

* Le total ne fait pas 100 car chaque renonçant pouvait déclarer plusieurs causes de renoncement.

c. Des raisons « principales » dont la fréquence de citation varie en fonction des caisses

Si l'on détaille les choses CPAM par CPAM, on remarque que le nombre de citations pour ces raisons « principales » est plus ou moins élevé selon les caisses. **Les pourcentages de renonçants ayant évoqué les restes à charge se situent, par exemple, entre 69,9% pour la caisse du Var et 39,3% dans le Loir et Cher.**

Outre le Var, **six CPAM présentent des taux de renoncement à cause des RAC supérieurs de plus (ou de près) de cinq points au taux global** :

- La caisse de Paris : 69,5% des renonçants ont cité cette réponse,
- La caisse d'Eure et Loir : 68,8%,
- La caisse des Alpes de Haute Provence : 68,4%,
- La caisse de la Loire : 67,8%,
- La caisse des Hauts de Seine : 66,2%,
- La caisse des Hautes Alpes : 65,1%.

A côté du Loir et Cher, **six caisses ont, en revanche, des pourcentages de renoncement à cause des RAC inférieurs de plus de cinq points au taux global ;** il s'agit des CPAM :

- De Lozère : 54,1% des renonçants ont cité cette réponse,
- De la Côte d'Opale : 53,6%,
- De Corse du Sud : 50,9%,
- De Corrèze : 50%,
- De la Creuse : 47,6%,
- Du Cher : 46,5%.

Les taux de renoncement pour raisons financières peuvent être mis en relation avec ceux du non-recours à la complémentaire présentés plus tôt dans ce document. On remarque par exemple que plusieurs des caisses qui présentent les taux de renoncement à cause des RAC et/ou de l'avance de frais les plus importants sont aussi celles où le non-recours à la complémentaire est le plus marqué. En parallèle, il serait intéressant de réfléchir aux différences concernant les montants des dépassements d'honoraires, en fonction des territoires, et de les mettre en vis-à-vis des taux de renoncement du fait des RAC.

La part de personnes déclarant renoncer à des soins car elles ne savent pas combien elles vont devoir payer pour les obtenir varie entre 3,3% pour la caisse d'Eure et Loire et 20,5% pour celle de Paris. Cette explication est aussi plus fréquemment apportée par les renonçants du Bas-Rhin (19,4 % d'entre eux en parlent), des Hauts de Seine (18,1%), de Corrèze (17,9%) et d'Indre et Loire (16,4%).

Les caisses du Rhône, du Bas-Rhin, de Seine Saint Denis, des Vosges, du Lot et Garonne, de Paris et du Maine et Loire ont les taux de renoncement aux soins à la suite d'une perte de revenus consécutive à un arrêt de travail qui s'écartent le plus du pourcentage global (respectivement 10,9%, 10%, 8,9%, 8,7%, 8,4%, 8,3% et 8,3%).

S'agissant de l'avance de frais, le taux le plus bas est celui de la CPAM de la Loire (14,5% des renonçants ont cité cette réponse) ; le plus élevé concerne Paris (40,7%). Outre cette caisse, cinq territoires ont des taux significativement supérieurs au taux global mesuré pour l'ensemble des CPAM :

- Hauts de Seine (40,2% des renonçants évoquent des difficultés pour faire des avances de frais),
- Eure et Loire (39,8%),
- Lot et Garonne (39,1%),
- Côte d'Armor (36,5%),
- Deux Sèvres (35,9%).

A côté de la Loire, **six caisses présentent des taux de renoncement pour avance de frais nettement inférieurs au taux mesuré pour l'ensemble des CPAM.** Il s'agit des caisses listées ci-après :

- Jura (22,1%),
- Côte d'Or (21,3%),
- Yonne (20,5%),
- Loire et Cher (20,2%),
- Alpes de Haute Provence (19%),
- Morbihan (18,3%),

On peut enfin pointer que l'avance de frais est la seconde raison la plus évoquée par les renonçants de toutes les caisses, à l'exception de ceux de l'Yonne, des Alpes de Haute Provence, du Loire et Cher et du Morbihan où les délais pour avoir rendez-vous avec certains professionnels de la santé prennent cette seconde place.

Ainsi, dans les Alpes de Haute Provence, 25,1% des renonçants déclarent renoncer à cause des délais, 19% en raison des avances de frais. Dans l'Yonne, 23,4% des renonçants parlent des délais, alors qu'ils sont 20,5% à citer l'avance de frais. Dans le Loire et Cher, le taux de renoncement à cause des délais atteint 24,2%, tandis que celui relatif aux avances de frais est de 20,2%. Enfin, ce sont 23,3% des renonçants de la CPAM du Morbihan qui évoquent les délais de rendez-vous et 18,3% qui parlent de leurs difficultés à faire des avances de frais.

On peut noter que dans la Creuse, délais et avances de frais sont cités par une proportion assez proche des renonçants (26,2% pour la première raison, 27,9% pour la seconde).

S'agissant des délais de rendez-vous, le taux de la CPAM de la Creuse (26,2%) compte parmi les plus élevés du diagnostic. C'est également le cas de celui de la caisse des Deux Sèvres où 26,4% des renonçants disent que leurs difficultés d'accès aux soins sont (notamment) liées à cette question des délais. Les caisses de Corrèze, des Hautes Alpes, des Vosges, du Lot et Garonne, des Côtes d'Armor, du Cher et du Jura sont aussi concernées : ce sont respectivement 24,9%, 24,4%, 22,1%, 21,9%, 20,9%, 20,7% et 20,7% des renonçants qui déclarent que les délais sont en cause.

S'agissant des problèmes de disponibilité des personnes pour planifier des rendez-vous médicaux, ils sont davantage cités par les renonçants de Corse du Sud (22,5% ont indiqué cette raison) et du Cher (15,8%). Les caisses de la Creuse, de Côte d'Or, de Corrèze, du Bas-Rhin, de l'Essonne et du Rhône rencontrent également des taux un peu plus élevés que le taux global sur ce point (respectivement 15,3%, 14,9%, 13,8%, 13,4% et 13,2%).

Ce type de raisons peut notamment être mis en relation avec la configuration familiale dans laquelle vivent les renonçants (des études montrent par exemple que la monoparentalité peut attiser les problèmes de disponibilités) et/ou avec leur situation professionnelle.

d. D'autres raisons particulièrement citées par les renonçants de certaines CPAM

Nous l'avons dit, les raisons financières et « temporelles » sont celles qui sont, toutes caisses confondues, les plus citées par les renonçants. Nous venons cependant de voir que leur fréquence de citation peut assez nettement différer d'une caisse à l'autre.

Nous allons désormais faire un point sur les raisons qui n'apparaissent pas comme les plus évoquées si l'on travaille sur l'échantillon total des renonçants, mais qui présentent en revanche des taux élevés si l'on se positionne à l'échelle de chaque caisse.

Pour neuf caisses, c'est l'éloignement géographique par rapport à l'offre de soins qui connaît une fréquence de citation supérieure aux autres territoires ; ces caisses sont les suivantes :

- Alpes de Haute Provence (18,7% des renonçants de cette caisse ont cité cette raison alors que le taux, toutes caisses confondues, est de 6,3%),
- Jura (16,1%),
- Lozère (16%),
- Creuse (14%),
- Yonne (12,5%),
- Ain (11,5%),
- Corrèze (9,8%),
- Cher (9,5%).

A noter, en parallèle, que les CPAM du Cher, de l'Yonne, des Alpes de Haute Provence et de la Lozère ont des pourcentages de renonçants qui évoquent le coût du transport comme raison de renoncer un peu plus élevés qu'ailleurs (respectivement 5,8%, 5,5%, 5,3% et 5%). C'est aussi le cas des CPAM de Seine Saint Denis (5,6% des renonçants évoquent le coût du transport) et du Bas-Rhin (5,3%).

10,7% des renonçants qui résident dans le Jura indiquent en outre ne pas avoir de moyen de transport pour rejoindre l'offre de soins (toutes caisses confondues, ce taux est de 2,9**%) ; c'est également le cas de 9,3% des renonçants situés en Lozère.**

Les refus de soins ou de prise en charge (par discrimination ou saturation) sont, pour leur part, plus fréquemment cités par les renonçants de la Creuse (12,4% en parlent alors que le taux global est de 3,6%) et des Côtes d'Armor (9%). Ils sont également un peu plus prégnants chez les renonçants de l'Yonne (7,3% d'entre eux évoquent cette cause de renoncement), de l'Ain (6,8%), des Deux Sèvres (6%), du Cher (6,2%) et du Lot et Garonne (6,2%).

12,5% des renonçants affiliés à la caisse de l'Yonne, 5,8% de ceux d'Indre et Loire, 5,5% de ceux du Jura et 5,4% des renonçants affiliés à la caisse de Paris ont indiqué renoncer à un ou pour plusieurs soins parce qu'ils ne connaissent pas de praticiens pouvant (acceptant de ?) prendre en charge leurs besoins de soins et/ou les intégrer dans leur patientèle.

Les renonçants de la CPAM de l'Indre et Loire sont, en parallèle, ceux qui déclarent le plus renoncer à cause de démarches jugées trop compliquées qu'ailleurs (7,6% d'entre eux évoquent ce point) et/ou par manque d'informations sur le système de soins (4,6%). Rappelons qu'en Indre et Loire, le taux de renoncement à causes des incertitudes relatives aux coûts de soins est également parmi les plus élevés du diagnostic.

La CPAM de la Côte d'Opale est celle pour lesquelles les taux de renoncement par crainte du monde médical et par crainte du diagnostic sont conjointement les plus marqués : 11,1% des renonçants de cette caisse parlent des premières, 8% des secondes.

Les renoncements par crainte du monde médical sont, en parallèle, un peu plus présents chez les renonçants de la caisse de Seine Saint Denis (7,7% d'entre eux), de Lozère (6,6%), du Jura (6,4%), du Loir et Cher (6,3%) et des Côte d'Armor (6%). Quant aux craintes par rapport aux diagnostics qui pourraient être posés si les personnes consultent, elles se retrouvent davantage chez les renonçants du Cher (11,2% d'entre eux les citent), en Indre et Loire (7%), dans les Deux Sèvres (7%) et le Lot et Garonne (6%).

Pour toutes les caisses, on retrouve des raisons de renoncer que l'on pourrait qualifier « d'individuelles ». **La lassitude par rapport aux soins, au monde médical et/ou administratif, et la négligence sont deux raisons que citent toutefois plus souvent les renonçants de la Côte d'Opale (lassitude : 9,3% ; négligence : 10,6%) et de la Marne (lassitude : 7,6% ; négligence : 8,7%).**

Par rapport aux taux global, le taux de renoncement « par lassitude » est également un peu plus élevé chez les renonçants des caisses de l'Essonne (8,7%), du Loir et Cher (8,3%) et du Jura (8). Le renoncement « par négligence » est, quant à lui, plus notable chez les assurés des caisses de Lozère (11%), de Corrèze (11%) et de Corse du Sud (10,4%).

A première vue, ces causes que nous avons qualifiées « d'individuelles » peuvent paraître moins « intéressantes » pour les acteurs de l'Assurance Maladie ; il nous semble cependant essentiel de les garder à l'esprit au moment de mettre en place un dispositif d'accompagnement à la réalisation des soins. L'accompagnement proposé au sein des PFIDASS peut, en effet, aider des personnes lasses, découragées, qui ont pour certaines cherché des solutions à leurs difficultés en matière de soins sans en trouver, frapper à de nombreuses portes sans que celles-ci ne s'ouvrent, et qui ont, *in fine*, baissé les bras, à se remobiliser. Les évaluations réalisées jusque-là des PFIDASS montrent, qu'au-delà des réponses techniques, concrètes, que peuvent apporter les PFIDASS, la satisfaction (et le soulagement) des personnes concernant ces plateformes vient aussi du fait de ne plus être seules pour faire face aux difficultés rencontrées pour se soigner et d'être soutenues dans leurs démarches. L'accompagnement peut ainsi contribuer à redonner courage à des personnes lasses de ne pas réussir à faire prendre en charge leurs besoins de soins et confiance dans le fait qu'elles peuvent accéder, comme les autres, aux

soins dont elles ont besoin[23]. Les chiffres relatifs aux raisons de renoncer, pour chaque caisse, apparaissent dans les tableaux ci-dessous.

CPAM	Restes à charge	Eloignement géographique par rapport à l'offre de soins	Besoin de soins jugé peu ou pas urgent	Craintes liées au travail	Refus d'un praticien	Coût du transport	Problème de disponibilité	Non-connaissance d'un médecin pouvant prendre en charge le besoin	Perte de revenus suite à un arrêt de travail
Lozère	54.1	16	2.8	1.7	2.8	5	9.9	2.8	3.3
Ille-et-Vilaine	55.8	3	5	2.3	2.5	1.1	11	1.8	3.4
Indre-et-Loire	62.9	5.8	7.6	5.5	2.7	1.5	11.9	5.8	7.3
Corrèze	50	9.8	8.7	5.2	3.2	3.2	14.7	4.3	6.1
Maine-et-Loire	60	4.9	9.3	3.9	4.1	2.4	10.7	3.9	8.3
Paris	69.5	1.6	6	3.5	3.5	1.8	11.6	5.4	8.3
Seine-Saint-Denis	58.5	3.7	3.7	3	2.1	5.6	11.9	2.1	8.9
Ain	57.7	11.5	3.6	1.8	6.8	1.8	10.4	1.8	5.4
Essonne	55.7	5.3	6.5	2.4	1.7	1.1	13.4	2.9	6.4
Eure-et-Loir	68.8	5.9	3.6	1.3	2.6	1.3	9.9	1.3	1.6
Yonne	55.3	12.5	4.8	3.3	7.3	5.5	5.9	12.5	5.1
Corse-du-Sud	50.9	7.5	9.2	11.6	2.3	2.9	22.5	4	6.9
Creuse	47.6	14	5.7	3.9	12.7	1.7	15.3	3.1	0.9
Côte d'Opale	53.6	6.4	4.5	3.2	3.2	2.9	9	3.2	5.3
Côte-d'Or	60.9	7.5	2.9	2.5	1.4	2	14.9	1.4	5.7
Loire	67.8	3.7	3.4	2	1.5	2	8.1	2.5	3.7
Alpes de Haute-P.	68.4	18.7	1.6	3.7	3.2	5.3	8	2.1	4.5
Côtes d'Armor	57.8	6.6	4.7	4.3	9	4	9.3	2.7	4
Deux-Sèvres	57	7.7	7	3.5	6	3.9	10.9	3.2	5.6
Hautes-Alpes	65.1	8.4	5.8	2.9	2.5	3.3	12	3.6	6.2
Hauts-de-Seine	66.2	1.5	4.6	2.3	1.5	1.9	9.8	2.8	7
Vosges	57.7	8.7	5.1	5.9	5.5	2	11.5	1.6	8.7
Bas-Rhin	57	4.1	7.8	4.4	2.7	5.3	13.8	2.4	10
Cher	46.5	9.5	4.1	6.6	6.2	5.8	15.8	4.1	6.2
Jura	59.2	16.1	7	4.3	3.3	3.7	9	5.4	6.4
Loir et Cher	39.3	7.1	3.6	5.6	5.2	4.4	9.1	4	6
Lot-et-Garonne	63.9	6.2	3.6	4.4	6.2	4	11.3	2.9	8.4
Morbihan	57.1	4.9	3.1	3.1	5.7	1.8	9.8	2.1	3.6
Rhône	58.9	3	6.6	3	1	1.5	13.2	1	10.9
Var	69.9	3.1	2.5	1	1.9	1.5	8.7	2.7	5.8

CPAM	Pas de moyen de transport	Lassitude	Délai de rendez-vous	Avance de frais	Impossibilité de se déplacer
Lozère	9.4	1.7	10.5	25.4	2.2
Ille-et-Vilaine	2.1	5.7	18.1	21.1	1.6
Indre-et-Loire	4.9	7	18.2	33.7	4.3
Corrèze	3.2	6.9	24.9	34.4	2.6
Maine-et-Loire	2.7	6.6	16.1	26.6	0.7
Paris	1	7.2	17.8	40.7	2.7
Seine-Saint-Denis	2.6	5.9	15.7	30.7	4.2
Ain	3.9	5	15.4	26.2	0.4
Essonne	2.3	8.7	17.7	30.9	2.1
Eure-et-Loir	1.3	3.6	18.4	39.8	1.6
Yonne	4	8.1	23.4	20.5	4
Corse-du-Sud	2.3	4.6	13.9	24.3	2.9

[23] Le rapport d'évaluation de l'expérimentation PFIDASS par vingt et une CPAM est accessible via ce lienhttps://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_final_-_evaluation_experimentation_pfidass_-_odenore_-_2017.pdf

Creuse	2.2	1.3	26.2	27.9	1.7
Côte d'Opale	5.8	9.3	9.8	27.3	3.4
Côte-d'Or	2.9	5	10.4	21.3	1.8
Loire	1.7	5.4	13	14.5	1.5
Alpes de Haute-P.	5.3	3.7	25.1	19	3.5
Côtes d'Armor	3.3	2.3	20.9	36.5	1
Deux-Sèvres	3.5	5.3	26.4	35.9	2.8
Hautes-Alpes	1.8	6.5	24.4	34.9	2.9
Hauts-de-Seine	0.3	4.6	11.2	40.2	1.9
Vosges	3.6	6.3	22.1	29.2	2.4
Bas-Rhin	2.2	7.3	13.3	32.8	3.4
Cher	2.1	5.8	20.7	25.3	3.3
Jura	10.7	8	20.7	22.1	3.3
Loir et Cher	4	8.3	24.2	20.2	3.2
Lot-et-Garonne	5.8	7.3	21.9	39.1	1.1
Morbihan	3.1	4.7	23.3	18.3	0.8
Rhône	0.5	6.9	12.2	31.7	1.8
Var	2.3	5.4	9.8	33.4	1.9

CPAM	Négligence	Peur du monde médical et/ou des soignants	Peur du diagnostic	Incertitude sur le coût des soins	Démarches compliquées	Manque d'information
Lozère	11	6.6	3.9	6.6	2.2	0.6
Ille-et-Vilaine	8.2	5.3	4.6	6.9	4.1	0.9
Indre-et-Loire	8.2	4.6	7	16.4	7.6	4.6
Corrèze	11	6.1	5.2	17.9	3.2	3.8
Maine-et-Loire	5.6	2.9	3.2	12	2	2.2
Paris	7.2	2.7	4	20.5	4.5	4.3
Seine-Saint-Denis	5.4	7.7	3	9.4	4.2	3
Ain	5.4	2.2	3.2	9	3.9	1.1
Essonne	6.7	3.8	2.9	8.1	3.7	2.6
Eure-et-Loir	3.3	4.6	2.3	3.3	0.7	0.3
Yonne	3.3	4.4	4	4.8	1.5	2.6
Corse-du-Sud	10.4	5.8	4	8.7	2.9	2.9
Creuse	8.3	3.5	3.9	5.7	1.3	0.9
Côte d'Opale	10.6	11.1	8	12.5	3.7	1.9
Côte-d'Or	6.1	5	5.4	7.5	1.6	1.6
Loire	5.4	4.9	2.2	4.4	1.7	1.2
Alpes de Haute-P.	3.5	1.6	0.8	11	1.3	0.3
Côtes d'Armor	6.6	6	4.3	12.3	3.3	3.3
Deux-Sèvres	7.4	4.9	7	12.7	1.8	2.5
Hautes-Alpes	6.9	2.9	2.9	9.5	1.8	1.5
Hauts-de-Seine	4	2.5	4.3	18.1	4	2.6
Vosges	7.1	4.3	4.7	11.9	2	2
Bas-Rhin	4.1	5.1	5.3	19.4	2.7	1.5
Cher	7.9	5.8	11.2	12	4.6	1.7
Jura	7.4	6.4	2.3	10	2	2
Loir et Cher	4.8	6.3	3.2	5.2	2	2
Lot-et-Garonne	7.3	5.1	6.6	9.5	2.6	1.8
Morbihan	5.7	3.9	2.3	9.6	2.6	0.8
Rhône	7.4	4.8	5.8	10.2	1.8	1.3
Var	6.6	5.2	3.5	8.7	6	2.1

5. Durée, impact et caractère « intégré » du renoncement

Comme indiqué en introduction, à partir de 2015, le questionnaire du BRS a permis de porter le regard sur des indices visant à vérifier l'hypothèse du renoncement comme comportement intégré. Plutôt d'ailleurs que de « comportement intégré », nous avons progressivement parlé de « renoncement plus ou moins intégré » par les renonçants. Dans tous les cas, **il s'agit de voir dans quelle mesure le renoncement, au-delà d'être situationnel, s'ancre parfois dans le temps, devient durable sinon définitif (du point de vue des personnes), et si les renonçants, au-delà de ne pas accéder/recourir à certains soins, ont tout de même le sentiment de pouvoir se faire soigner en cas de besoin.**

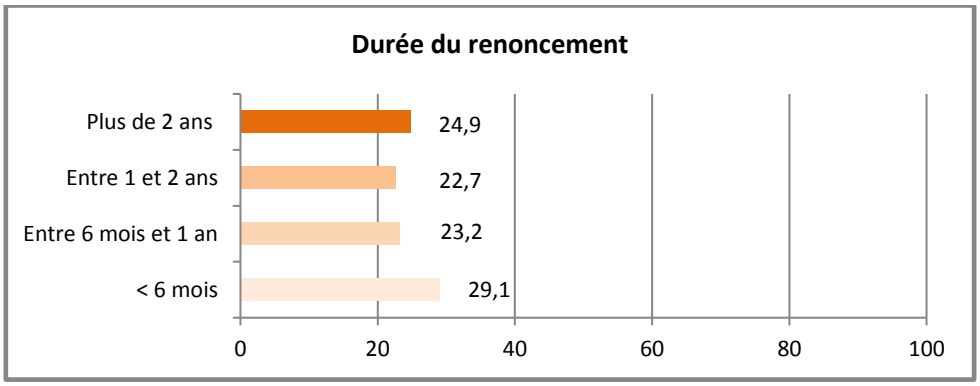
Les résultats de la vague initiale du BRS, menée dans le Gard, suggérait en effet qu'au-delà de renoncer temporairement à un ou plusieurs soins, une partie des personnes interrogées avait la conviction que cette situation ne changerait plus et qu'il n'y avait pas d'issue à leur renoncement. Certaines disaient, en outre, avoir perdu l'idée même de pouvoir bénéficier de soins. Une chose est de renoncer à un ou plusieurs soins. Le fait de penser la prise en charge de ses besoins de soins comme impossible en est une autre.

Outre la captation d'indices pour approcher les différences d'intégration du renoncement aux soins, le questionnaire du BRS permet, là aussi depuis 2015, d'appréhender les conséquences du renoncement, du point de vue des personnes, et de percevoir sur quelle(s) dimension(s) de leur vie le phénomène peut avoir (ou a déjà) un retentissement. La plupart des travaux menés en France sur le renoncement n'aborde pas cette dimension. S'ils cherchent à saisir ce qui peut générer les difficultés, à mettre à jour leurs déterminants, le voile est très peu levé sur les effets de l'absence de soins en cas de besoin.

Pourtant, disposer de ce type d'informations peut être utile pour envisager l'incidence des difficultés sur les situations et parcours individuels de vie, mais aussi leur impact social. Pour des acteurs souhaitant intervenir sur le renoncement aux soins, avoir à l'esprit que celui-ci peut être plus ou moins intégré par les personnes, peut notamment aider à accepter que « la levée » des difficultés prenne parfois un temps important ou nécessite d'actionner simultanément, ou successivement, plusieurs leviers, voire de passer la main à d'autres professionnels.

5.1. Un renoncement qui dure depuis plus de deux ans dans un quart des cas

Au niveau de l'échantillon total, la durée du renoncement est de moins de 6 mois dans 29,1% des cas. On peut d'ailleurs plutôt parler de *report de soins* pour ces situations. **Pour un quart (24,9%) des renonçants en revanche, cela fait plus de deux ans qu'ils rencontrent des difficultés pour accéder à un (ou plusieurs) soins.** Par rapport à la précédente vague du BRS, la part de renonçant « de courte durée » est légèrement supérieure (28,2% fin 2017, 29,1% cette fois-ci), tandis que celle des renonçants « de longue durée » est plutôt équivalente (25,1% fin 2017, 24,9% cette année).



Si l'on s'intéresse à la durée du renoncement, caisse par caisse, on remarque que le pourcentage de renonçants de « longue durée » est significativement plus élevé que le pourcentage global pour huit CPAM :

- Lozère (35,1% des renonçants de cette caisse déclarent que leur renoncement dure depuis plus de deux ans),
- Creuse (34,5%),
- Loire (32,7%),
- Eure et Loire (32,2%),
- Ain (30,1%),
- Côtes d'Armor (28,7%),
- Vosges (28,7%)
- Côte d'Opale (28,1%).

CPAM	Moins de 6 mois	Entre 6 mois et 1 an	Entre 1 et 2 ans	Plus de 2 ans
Lozère	22.4	23.0	19.5	35.1
Ille-et-Vilaine	28.7	25.5	21.6	24.3
Indre-et-Loire	29.8	24.6	19.5	26.1
Corrèze	23.8	22.2	27.5	26.5
Maine-et-Loire	32.4	20.5	20.5	26.6
Paris	27.7	27.0	23.3	22.0
Seine-Saint-Denis	41.1	19.5	22.1	17.4
Ain	23.7	23.3	22.9	30.1
Essonne	36.8	21.1	19.7	22.5
Eure-et-Loir	21.7	21.1	25.0	32.2
Yonne	26.9	24.7	24.7	23.6
Corse-du-Sud	37.6	21.8	19.4	21.1
Creuse	22.3	20.1	23.1	34.5
Côte d'Opale	23.3	22.8	25.7	28.1
Côte-d'Or	24.9	25.1	22.1	27.8
Loire	25.4	21.4	20.4	32.7
Alpes de Haute-P.	26.3	23.0	25.4	18.7
Côtes d'Armor	24	24.3	23.0	28.7
Deux-Sèvres	22.2	23.6	26.8	27.5
Hautes-Alpes	32.2	21.9	20.7	25.2
Hauts-de-Seine	35.1	27.6	19.7	17.6
Vosges	26.3	19.9	25.1	28.7
Bas-Rhin	36.9	20.8	22.0	20.3
Cher	30.3	24.5	22.8	22.4
Jura	26.8	20.5	25.5	27.2
Loir et Cher	31.9	27.9	19.5	20.7
Lot-et-Garonne	28.9	22.3	24.9	23.8
Morbihan	24.9	24.4	23.3	27.4
Rhône	28.1	23.8	22.8	25.3
Var	27.7	18.9	26.1	26.9

On peut faire l'hypothèse que les conséquences du renoncement, qu'elles soient individuelles (sur la santé et/ou d'autres pans de la vie des personnes) et/ou sociales (ressentiment du fait de ne pas pouvoir se soigner, impression que d'autres peuvent se soigner plus facilement, sentiment d'être abandonné par les acteurs de la protection maladie et de la santé…) sont plus présentes lorsque les renoncements deviennent durables. Les effets de l'accompagnement PFIDASS dans le cas de renoncement de longue durée peuvent potentiellement être décuplés. Cependant, intervenir sur des

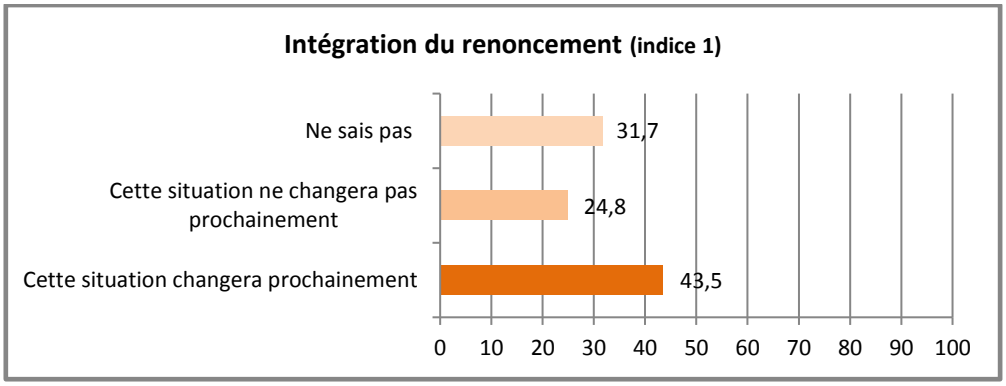
renoncements du type reports avant qu'ils ne deviennent durables et, parfois, intégrés par les personnes peut être une manière d'éviter les conséquences « en chaîne » du renoncement.

Dans tous les cas, la durée du renoncement peut faire partie des informations utiles pour les CPAM. On peut par exemple imaginer que des personnes qui renoncent depuis longtemps sont plus « dubitatives » sur la capacité d'une institution telle l'Assurance Maladie à lever leurs difficultés ou, au contraire, qu'elles aient des attentes très fortes s'agissant de l'accompagnement qui leur est proposé. Autant de choses qui peuvent être nécessaires à prendre en compte pour construire le consentement des personnes à être accompagnées et/ou pour adapter la présentation qui leur est faite du service proposé par les PIFDASS et de ce qu'elles peuvent en attendre.

5.2. Un renonçant sur quatre n'a plus l'espoir de voir cette situation changer, un sur trois pense ne pas pouvoir bénéficier de soins en cas de besoin

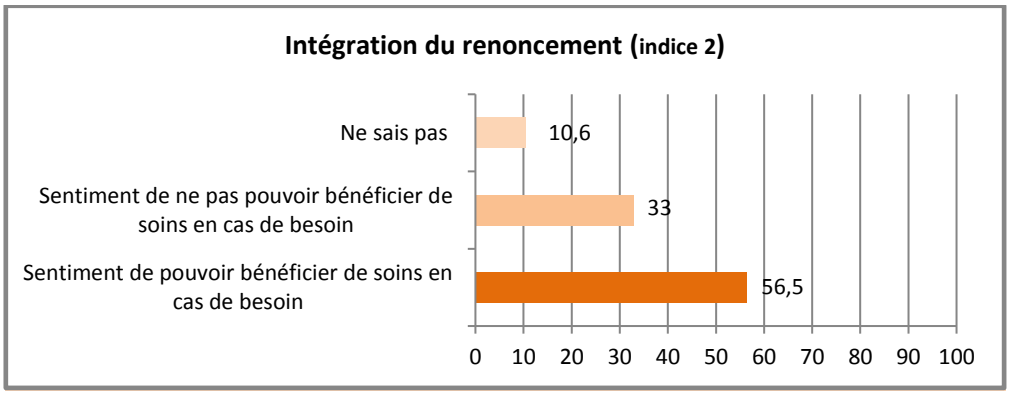
Au niveau de l'échantillon total, c'est environ un renonçant sur quatre (24,8%) qui pense que cette situation de renoncement ne changera pas prochainement.

Les difficultés d'accès aux soins ont été intégrées par ces personnes et leur paraissent, en quelque sorte, « irréversibles » ; elles ne perçoivent en tout cas pas ou plus de solutions pour y remédier. La part de renonçants pensant que leur renoncement ne trouvera pas une issue favorable était identique dans la précédente campagne du BRS (24,8%).



Parallèlement, dans le présent diagnostic, un tiers de l'ensemble des renonçants (33%) n'a pas le sentiment de pouvoir bénéficier de soins en cas de besoin. Par rapport à la précédente vague du BRS, ce taux est également identique (33%).

Ainsi, pour une personne sur trois, le fait de renoncer à un, ou à des, soin(s) amène un doute plus général sur la possibilité de se faire soigner en cas de besoin.



On peut faire l'hypothèse que le sentiment d'inclusion sanitaire de ces personnes (le fait d'avoir l'impression de pouvoir accéder à des soins comme toute autre personne dans la société) est fragile, mais également que le crédit et la confiance qu'elles accordent aux organismes de protection socialepour « lever » les difficultés rencontrées sont limités. Cela mériterait d'être vérifié mais peut, là encore, apporter une connaissance intéressante pour éclairer l'impact du renoncement sur les personnes, sur leur impression d'être, ou non, inclues dans la société et sur leurs comportements par rapport au système de protection maladie et de santé (et potentiellement par rapport à l'accompagnement proposé par les PFIDASS).

Tous territoires confondus, les « indices » présents dans le BRS pour « évaluer » l'intensité du renoncement, son niveau d'intégration par les personnes et son impact sur le sentiment d'inclusion sanitaire (le fait d'avoir les mêmes possibilités que tout un chacun pour se soigner) **montrent que les difficultés d'accès aux soins sont plus intenses et plus intégrées par un quart à un tiers des renonçants environ. Des constats très proches avaient été faits dans les diagnostics des deux précédentes vagues de généralisation PFIDASS.**

5.3. Des CPAM où les renoncements sont plus intégrés et/ou l'impact sur le sentiment d'inclusion sanitaire est plus marqué

Si l'on se positionne maintenant au niveau de chaque caisse, on observe des différences significatives. **Pour dix CPAM par exemple, la part de personnes ayant l'impression que le renoncement ne trouvera pas d'issue prochainement dépasse de plusieurs points le taux global.** C'est le cas pour les caisses :

- De la Lozère (47,1% - donc quasiment la moitié des renonçants - pensent que leur situation par rapport aux soins ne changera pas prochainement),
- Des Deux Sèvres (33,5%),
- Des Hautes Alpes (33,2%),
- De l'Ain (33%),
- De la Loire (32,7%),
- De l'Eure et Loire (31,3%),
- De l'Yonne (30,2%),
- De la Creuse (30,1%),
- Des Vosges (29,1%),
- Du Var (28,1%).

Notons que plusieurs de ces caisses (Lozère, Loire, Ain, Creuse, Eure et Loire, Vosges) font partie de celles où les renoncements de « longue durée » sont les plus présents. On peut ainsi penser que plus les difficultés pour se soigner s'ancrent dans le temps, plus les personnes les intègrent et moins elles ont le sentiment que cette situation changera un jour.

La part de renonçants n'ayant pas le sentiment de pouvoir bénéficier de soins en cas de besoin est quant à elle plus importante pour six caisses :

- Yonne (49,1% des renonçants - donc près de la moitié - n'ont pas le sentiment de pouvoir bénéficier de soins en cas de besoin),
- Alpes de Haute Provence (45,2%),
- Ain (42,8%),
- Deux Sèvres (39,4%),
- Seine Saint Denis (39%),
- Loire (38,7%).

Quatre caisses (Yonne, Ain, Deux Sèvres et Loire) présentent des taux conjointement plus élevés sur les deux points précités. L'intégration du renoncement par les personnes et son impact sur le sentiment d'inclusion sanitaire semblent plus forts dans ces territoires.

Le tableau qui suit revient, caisse par caisse, sur les pourcentages de renonçants pour les indices d'impact et d'intensité du renoncement.

CPAM	Cette situation ne changera pas prochainement	Sentiment de ne pas pouvoir bénéficier de soins en cas de besoin
Lozère	47.1	29.3
Ille-et-Vilaine	23.2	22.8
Indre-et-Loire	22.7	29.4
Corrèze	20.4	25.6
Maine-et-Loire	24.9	33.7
Paris	18.0	33.8
Seine-Saint-Denis	19.6	39.0
Ain	33.0	42.8
Essonne	20.8	32.7
Eure-et-Loir	31.3	34.9
Yonne	30.2	49.1
Corse-du-Sud	20.4	35.3
Creuse	30.1	31.9
Côte d'Opale	24.1	35.1
Côte-d'Or	24.1	25.7
Loire	32.7	38.7
Alpes de Haute-P.	26.7	45.2
Côtes d'Armor	25.0	30.1
Deux-Sèvres	33.5	39.4
Hautes-Alpes	33.2	30.6
Hauts-de-Seine	18.0	30.2
Vosges	29.2	30.8
Bas-Rhin	21.6	26.2
Cher	21.6	34.4
Jura	23.8	36.5
Loir et Cher	25.2	33.1
Lot-et-Garonne	27.1	37.4
Morbihan	27.3	32.4
Rhône	22.6	21.9
Var	28.1	31.8

5.4. Partout, le renoncement a un impact fort sur l'état de santé et n'est pas sans conséquences professionnelles, sociales et/ou familiales

La perception par les personnes du fait que l'absence de soins a des conséquences sur leur état de santé - physique et mental - mais aussi sur leur vie sociale, familiale et/ou professionnelle, peut jouer dans la représentation du renoncement comme « situation subie, inquiétante voire angoissante ». La difficulté d'accéder aux soins peut ainsi être perçue, sinon vécue, par les renonçants comme un facteur de fragilisation qui s'ajoute à d'autres et qui a des effets sur les parcours (voire sur les conditions) de vie.

Pour les CPAM, percevoir les conséquences de l'absence de soins du point de vue des personnes concernées peut être un facteur de mobilisation important au moment d'implémenter un dispositif tel

celui de la PFIDASS. Les informations relatives à l'impact du renoncement peuvent certainement trouver leur place dans un argumentaire qui aurait pour but de justifier l'action de l'Assurance Maladie concernant le renoncement. L'existence de conséquences individuelles, mais aussi d'un impact plus collectif, sur les familles, les relations sociales et le vivre ensemble, peut légitimer la nécessité d'agir.

Au niveau de l'échantillon total du présent diagnostic, seuls 15,5% des renonçants pensent que cette absence de soins, temporaire ou de plus longue durée, n'aura pour eux aucune conséquence et/ou n'en ressentent pas actuellement (ils étaient 16,5% à le penser dans la précédente campagne du BRS).

84,5% des renonçants pensent donc que le renoncement ne sera pas sans impact sur leur personne, mais aussi sur différentes dimensions de leur vie. C'est en particulier le cas de ceux pour lesquels l'impossibilité de se soigner, quelle qu'en soit la raison, s'ancre dans le temps.

Les conséquences sur l'état de santé viennent naturellement en tête : cette campagne du BRS montrent qu'elles sont effectivement craintes ou déjà ressenties par 75,2% des renonçants des trente caisses. Ce taux était identique dans le précédent BRS.

Le BRS apporte également de l'information sur des conséquences du renoncement que l'on imagine peut-être moins. **Ainsi, pour plus d'un quart des renonçants interrogés dans cette enquête (27,4%), la peur ou l'impression actuelle du retentissement des difficultés d'accès aux soins sur leur vie sociale est bien présente.** Ils étaient 26,1% à en parler fin 2017.

24,7% des renonçants déclarent craindre, ou ressentir d'ores et déjà, des effets du renoncement aux soins sur leur vie professionnelle (que ce soit pour le maintien dans l'emploi ou pour en retrouver un). Ce taux est légèrement supérieur par rapport au précédent diagnostic dans lequel il était de 23,9%.

Notons enfin que **20,3% des renonçants trouvent que leurs difficultés en matière de soins ont déjà un retentissement, ou pourraient en avoir un, sur leur vie familiale** (19% fin 2017).

	Conséquences des renoncements	
	Effectifs	Pourcentages*
Sur l'état de santé	8 503	75,2
Sur la vie professionnelle	2 792	24.7
Sur la vie sociale	3 095	27.4
Sur la vie familiale	2 300	20.3
Sur le maintien à domicile	151	1,3
Aucune conséquence	1 801	15,9

* Le total ne fait pas 100 car chaque renonçant pouvait déclarer plusieurs conséquences au renoncement.

La part de renonçants qui ressent ou craint une incidence de l'absence de soins sur son état de santé a, toutes caisses confondues, légèrement augmenté dans cette dernière campagne du BRS ; celles relatives aux conséquences (déjà ressenties ou potentielles) professionnelles, sociales et/ou familiales sont toutes trois stables par rapport à la précédente campagne.

Ces quelques informations font écho à celles relatives à l'état de santé perçu des renonçants apportées plus tôt dans ce document ; elles confirment *l'impact ressenti* du renoncement sur l'état de santé,

physique mais aussi moral, et souligne en outre que l'impact est plus large que cela. De ce point de vue, le renoncement aux soins devient *un accélérateur potentiel des inégalités sociales.*

5.5. Une perception différenciée des conséquences selon les caisses

Entrons à présent dans le détail des réponses faites par les renonçants des différentes caisses, concernant les conséquences ressenties et/ou pressenties du renoncement**.**

Ce sont ceux des Alpes de Haute Provence qui citent le plus les conséquences sur leur état de santé ; ils sont en effet 82,6% à en parler lors de l'enquête (taux global : 75,2%). La part de personnes en renoncement qui craint les conséquences « médicales » de cette situation est également importante pour les caisses suivantes :

- Loire (81,8%),
- Seine Saint Denis (81,3%),
- Ain (81%),
- Paris (80,2%),
- Hauts de Seine (79,9%),
- Essonne (78,7%),
- Deux Sèvres (78,5%).

En Indre et Loire, c'est le taux de renonçants appréhendant ou rencontrant d'ores et déjà des conséquences sur leur vie professionnelle qui est significativement plus important que le taux global ; il atteint 32,2% pour cette CPAM alors que, toutes caisses confondues, il est de 24,7%. **Les conséquences du renoncement aux soins sur leur vie professionnelle sont, en parallèle, plus citées par les renonçants :**

- De Corse du Sud (30,1%),
- D'Eure et Loire (29,3%),
- Du Loir et Cher (28,2%),
- Du Bas-Rhin (28,1%),
- De la Loire (27,3%).

En ce qui concerne les conséquences sur la vie sociale, ce sont les renonçants de la CPAM du Var qui les évoquent le plus ; c'est en effet le cas de 35,3% d'entre eux. Neuf autres CPAM présentent des taux assez nettement supérieurs au taux global (27,4% pour rappel) sur ce point ; il s'agit des caisses :

- De la Loire (33,9%),
- Du Lot et Garonne (33,9%),
- De Paris (31,7%),
- Des Alpes de Haute Provence (31,6%)
- D'Indre et Loire (31,3%),
- De la Côte d'Or (28,5%),
- De l'Essonne (28,3%),
- Du Maine et Loire (28%),
- Des Hauts de Seine (28%).

Les renonçants qui résident dans l'Ain, la Loire, le Lot et Garonne, l'Essonne et l'Indre et Loire s'inquiètent davantage que ceux des autres caisses des conséquences du renoncement sur leur vie familiale (respectivement 27,6%, 24,6%, 24,5%, 23,4% et 23,1%).

Les pourcentages de renonçants, en fonction de la nature des conséquences craintes sont récapitulés, caisse par caisse, dans le tableau qui suit.

CPAM	Sur l'état de santé	Sur la vie professionnelle	Sur le maintien à domicile	Sur la vie de famille	Sur la vie sociale	Aucune conséquence
Lozère	71.8	26.5	0.6	19.3	21.5	23.2
Ille-et-Vilaine	69.6	20.1	1.1	14.4	23.6	22.7
Indre-et-Loire	75.7	32.2	2.4	23.1	31.3	13.7
Corrèze	69.1	24.3	0.3	22.0	26.6	20.5
Maine-et-Loire	71.2	26.3	0.7	17.3	28.0	17.1
Paris	80.2	25.3	1.4	20.0	31.7	10.9
Seine-Saint-Denis	81.3	22.0	1.6	21.5	23.9	10.8
Ain	81.0	26.2	1.1	27.6	25.8	10.8
Essonne	78.7	26.8	1.4	23.4	28.3	15.7
Eure-et-Loir	71.4	29.3	1.0	18.8	27.6	17.4
Yonne	73.3	23.8	0.4	17.2	24.2	15.4
Corse-du-Sud	73.4	30.1	2.3	19.7	27.2	16.8
Creuse	63.8	22.7	2.6	13.1	17.5	27.1
Côte d'Opale	70.8	19.9	1.6	18.3	26.8	16.4
Côte-d'Or	74.4	26.2	0.7	19.7	28.5	16.7
Loire	81.8	27.3	2.5	24.6	33.9	8.8
Alpes de Haute-P.	82.6	24.9	1.1	19.5	31.6	11.2
Côtes d'Armor	70.8	21.9	1.7	13.3	18.3	19.9
Deux-Sèvres	78.5	22.5	2.1	18.0	18.3	14.8
Hautes-Alpes	73.5	22.2	1.1	18.9	25.1	16.7
Hauts-de-Seine	79.9	21.0	1.6	21.9	28.0	14.2
Vosges	68.4	21.3	0.8	21.3	26.5	19.8
Bas-Rhin	75.7	28.4	1.7	19.9	25.5	15.3
Cher	68.0	24.1	2.9	22.4	27.4	21.6
Jura	75.3	22.7	1.3	19.1	26.1	13.7
Loir et Cher	69.4	28.2	0.4	21.0	25.4	23.4
Lot-et-Garonne	76.6	23.4	0.4	24.5	33.9	13.1
Morbihan	71.3	24.8	0.8	20.7	25.1	19.9
Rhône	75.1	23.9	1.5	21.6	24.6	17.8
Var	73.9	25.1	1.2	22.6	35.3	16.0

Conclusion

Cette nouvelle vague du BRS vient confirmer plusieurs constats déjà bien établis au travers des précédents diagnostics. Elles apportent aussi des informations complémentaires. On peut ainsi souligner que :

- ✓ Le phénomène de renoncement aux soins n'est, globalement, pas résiduel au sein des populations enquêtées puisque, toutes caisses confondues, un quart des répondants est concerné. La situation est toutefois différente d'une caisse à l'autre : pour la CPAM de Corse du Sud, c'est environ un répondant sur cinq qui déclare un ou plusieurs renoncements dans les 12 mois précédant l'enquête ; s'agissant de la CPAM de Paris, plus d'un répondant sur trois est touché. Dans le présent diagnostic, l'écart entre le taux de renoncement le plus bas et celui le plus élevé est cependant moins important que dans la précédente campagne ;

- ✓ Des investigations complémentaires pourraient tout de même être intéressantes pour tenter d'expliquer les différences entre les taux ; l'ODENORE fait l'hypothèse que les caractéristiques sociodémographiques des assurés des caisses et des populations sur les territoires influencent les taux de renoncement. Les travaux sociologiques sur le renoncement montrent bien que, selon qui elles sont (femmes ou hommes, jeunes ou plus âgées), les personnes qui renoncent ne répondent pas de la même manière aux enquêtes sur le sujet, ne serait-ce que parce que la perception qu'elles ont de leurs besoins de soins n'est pas identique. Cette perception si elle est individuellement construite, l'est aussi socialement ;

- ✓ Certaines caisses ont des taux de renoncement plus faibles, mais les renoncements déclarés y sont parfois plus « intégrés » (plus durable et avec un impact plus fort sur le sentiment d'inclusion sanitaire). Cela peut d'ailleurs contribuer à expliquer la moindre déclaration du renoncement : on peut en effet supposer que plus le renoncement est intégré, moins les personnes en parlent. De précédents travaux, en particulier qualitatifs, ont montré que certaines personnes qui renoncent depuis longtemps, qui ont parfois perdu l'idée même de pouvoir se faire soigner, n'évoquent à aucun moment des échanges avec les enquêteurs leurs besoins de soins parce qu'elles n'ont plus conscience de ces besoins. Avoir cela en tête n'est pas sans intérêt au moment où l'on met en place une pratique régulière de détection du renoncement ;

- ✓ De la même manière, certaines caisses ont des taux de renoncement plus faibles, mais chacun de leur renonçant cumule plusieurs renoncements ; le caractère cumulatif du renoncement se retrouve globalement pour toutes les CPAM prises en compte dans ce diagnostic ; il est cependant plus présent pour certaines où le nombre de renoncements par renonçant est plus important ;

- ✓ Toutes caisses confondues, les personnes qui déclarent renoncer sont plus souvent des femmes ; toutefois dans le présent diagnostic, quelques caisses présentent une situation inverse sur ce point, les hommes étant légèrement surreprésentés dans leur population de renonçants. Cela n'avait été observé, jusque-là, dans aucune autre caisse prise en compte dans le BRS ;

- ✓ Deux configurations familiales accroissent la probabilité de renoncer : le fait de vivre seul(e) avec des enfants à charge ou seul(e) ; comme c'était le cas dans la précédente campagne du BRS, pour une partie des caisses, les couples avec enfants à charge sont aussi surreprésentés parmi les renonçants ;

- ✓ Les renonçants sont plus souvent sans activité professionnelle ; pour certaines caisses, parmi les personnes en activité, une catégorie socioprofessionnelle paraît un peu plus exposée au

renoncement : les employés. C'est aussi le cas des ouvriers pour une CPAM. Hormis pour quelques CPAM, les retraités ne sont, globalement, pas surreprésentés parmi les renonçants ;

- ✓ De manière générale, l'absence de complémentaire apparaît toujours comme un facteur de risque du renoncement aux soins. Les écarts entre les pourcentages de répondants sans complémentaire sont assez nets d'une caisse à l'autre ;

- ✓ On remarque en outre qu'une partie des personnes couvertes par une complémentaire renonce aussi à des soins, en particulier à certains ; c'est aussi le cas d'une partie des bénéficiaires de la CMU C, plus particulièrement dans certains territoires. Ces constats qui ne sont pas nouveaux rappellent que la question de *l'accès* à une complémentaire est centrale, mais que celle de l'adaptation des protections ne doit pas être oubliée. Concernant la CMU C, il est possible que des difficultés existent dans *l'usage* de cette prestation, notamment parce que des incompréhensions peuvent gêner cet usage ;

- ✓ Toutes caisses confondues, les personnes sans médecin traitant ont une probabilité un peu plus importante de renoncer que celles qui en ont un. Le pourcentage de renonçants sans médecin traitant est plus prononcé pour certaines CPAM ;

- ✓ Toutes caisses confondues, les types de soins apparaissant comme les plus renoncés sont toujours les soins dentaires (74,3% des renonçants parlent de difficultés par rapport à des soins prothétiques et/ou conservateurs) et les consultations spécialisées ; toutes spécialités confondues (y compris ophtalmologie), c'est presque la moitié (44,2%) des renonçants qui évoque des difficultés concernant des consultations chez un spécialiste ;

- ✓ Certaines caisses prises en compte dans le présent diagnostic ont des taux de renoncements aux consultations généralistes significativement plus élevés que les taux mesurés jusque-là par le BRS ;

- ✓ Pour plusieurs caisses, le renoncement aux actes chirurgicaux et/ou aux analyses/examens médicaux et/ou à l'achat de médicaments est significativement plus important qu'ailleurs ;

- ✓ Toutes caisses confondues, les obstacles financiers sont toujours les plus cités par les renonçants ; pour plusieurs caisses, le renoncement pour raisons financières est encore plus prégnant qu'ailleurs ;

- ✓ Arrivent, en seconde position, les raisons relatives à la temporalité (délai pour accéder à l'offre de soins et/ou problèmes pour se rendre disponible pour consulter/réaliser un soin) ; ce type de raisons est, lui aussi, plus explicatif du renoncement dans certaines caisses ;

- ✓ Les autres causes du renoncement sont plus ou moins citées en fonction des caisses ; dans certaines, les facteurs relatifs à l'accessibilité géographique des soins et aux possibilités de se déplacer vers ceux-ci sont clairement explicatifs des difficultés que rencontrent les personnes pour se soigner ; dans d'autres, ce sont les causes en lien avec une méconnaissance, des incompréhensions, une désorientation dans le système de protection maladie et de soins qui paraissent plus qu'ailleurs en cause ; on remarque aussi que les renonçants de plusieurs caisses évoquent davantage que les autres des refus de soins (qu'ils soient en lien avec des formes de discrimination et/ou des problématiques de saturation de patientèle) ;

- ✓ Comme nous l'avions esquissé dans les précédents diagnostics, il convient de noter que, pour une partie des renonçants, le renoncement prend une forme plus « intégrée ». Il devient durable, les personnes pouvant même perdre l'espoir de voir cette situation trouver une issue et/ou n'ayant plus le sentiment que leurs besoins de soins peuvent être pris en charge, au sein du système de

santé « classique » tout du moins. Toutes caisses confondues, un renonçant sur quatre pense que cette situation ne changera pas prochainement et un sur trois n'a plus le sentiment de pouvoir se soigner en cas de besoin ; dans certaines caisses, ces chiffres sont nettement plus élevés ;

- ✓ Il ressort à nouveau du présent diagnostic que les craintes de l'absence de prise en charge des soins sur leur état de santé sont présentes chez une majorité de renonçants (nettement plus des deux tiers dans toutes les caisses et plus des trois quarts dans certaines). Partout, les renonçants ont, en l'occurrence, une perception plus négative de leur état de santé que les répondants qui ne renoncent pas ;

- ✓ Par rapport à la précédente vague du BRS, les pourcentages de ceux qui s'inquiètent des conséquences du renoncement sur leur vie sociale et/ou familiale sont un peu supérieurs ; toutes caisses confondues, un renonçant sur quatre ressent ou appréhende les premières et près d'un renonçant sur cinq évoquent les secondes ; là encore, on note des spécificités d'une caisse à l'autre ;

Pour conclure ce rapport, un dernier point mérite d'être souligné : renoncer à des soins n'est pas seulement *un phénomène individuel,* mais peut également être un *phénomène familial* ; ainsi, au niveau de l'échantillon total du présent BRS, toutes caisses confondues, 35,2% des renonçants ont dit qu'un membre de leur famille était aussi en situation de renoncement, alors que ce taux n'est que de 7,4% pour les non-renonçants. Comme indiqué dans les précédents diagnostics issus du BRS, on peut en déduire que le fait qu'une personne soit en renoncement aux soins dans un foyer augmente significativement la probabilité qu'un autre membre du foyer soit également dans cette situation. **Il paraît en l'occurrence essentiel de souligner que dans 29,3% des cas, le renoncement dans l'entourage familial concerne le ou les enfant(s) des personnes renonçantes. Dans 35,6% des cas, il concerne leur conjoint**.