

# **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.**

## **Synthèse Générale**

### **Auteurs :**

Hélène Revil, enseignante-chercheure, Université Grenoble Alpes / Odenore  
Philippe Warin, directeur de recherche CNRS, Université Grenoble Alpes / Odenore

### **En collaboration avec :**

Annette Casagrande, ingénieur d'études CNRS, Université Grenoble Alpes / Odenore.

### **Références :**

Référence de la consultation : 2015/2  
Type de marché : Services  
Avis public – Référence : 2722191

**Grenoble – Mars 2016**

## Remerciements

*Le Diagnostic de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon a pu être réalisé grâce à l'accueil très favorable des Directions et des Services des Caisses Primaires d'Assurance Maladie des départements de l'Aude, de l'Hérault, de la Lozère et des Pyrénées Orientales, et ceux des Caisses régionales du régime Social des indépendants et de la Mutualité sociale agricole. Il a également reçu le soutien de la Direction de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Gard. La coordination administrative du diagnostic par la CPAM a été essentielle. Sans tout cela, l'enquête présentée ici n'aurait pas pu avoir lieu. Nous remercions vivement l'ensemble de ces acteurs pour l'aide apportée.*

*Nos remerciements s'adressent également au service Statistique de la CPAM du Gard, et à tous les statisticiens des caisses, pour les données mises à disposition pour apprécier globalement la situation économique, sociale et sanitaire en Languedoc-Roussillon.*

*Ils sont aussi destinés à Mesdames Delcros, Mbodj et Richez, et Messieurs Beltran et Cortinas-Munoz, qui ont réalisé les entretiens auprès des personnes en situation de renoncement à des soins et élaboré, en partenariat avec l'Odenore, des monographies.*

*Enfin, nos remerciements vont à toutes les personnes qui ont participé à l'enquête, en répondant au questionnaire et, pour certaines d'entre elles, en acceptant des entretiens à la suite.*

*La synthèse générale présentée ici est le travail de tous. Nous espérons mettre au mieux en avant l'ensemble des contributions.*

*Hélène Revil, Philippe Warin*

*Grenoble, Mars 2016.*

# Sommaire

<b>Introduction</b>	<b>p.4</b>
1. L'objectif principal de l'enquête	P.5
2. La démarche d'enquête	P.6
3. Présentation de la population enquêtée	P.9
<b>I. Renonçants et non-renonçants : comparaison des deux populations</b>	<b>P.15</b>
1. Les renonçants sont plus souvent des femmes	P.15
2. Les renonçants sont un peu plus souvent des personnes sans activité	P.15
3. Les renonçants sont plus fréquemment sans complémentaire santé, mais ont autant que les non-renonçants un médecin traitant	P.16
4. Les renonçants ont une perception davantage négative de leur état de santé	P.18
5. Les renonçants et non-renonçants ne se distinguent ni par l'âge, ni par la situation familiale	P.18
6. Conclusion de la comparaison	P.19
<b>II. Le renoncement aux soins en chiffres</b>	<b>P.21</b>
1. Un phénomène en partie familial et cumulatif	P.21
2. Un phénomène qui concerne d'abord les soins dentaires, mais aussi d'autres types de soins	P.22
3. Un phénomène lié en premier lieu à des raisons financières	P.23
4. Le renoncement aux soins : un phénomène intégré	P.25
<b>III. Des enseignements pour l'action</b>	<b>P.28</b>
1. Un faisceau d'indices pour une veille du renoncement	P.28
2. Des réponses au manque de guidance accessibles aux acteurs	P.31
<b>Conclusion</b>	<b>P.44</b>
<b>Annexe</b>	<b>P.49</b>

# Introduction

L'enquête sur le renoncement aux soins en Languedoc-Roussillon a pour objectif de rendre compte, à un niveau régional, de l'importance du phénomène, de ses caractéristiques, de ses explications et conséquences individuelles et sociales. Elle fait suite au travail réalisé à titre expérimental, dans le département du Gard, de constitution d'un « Baromètre du renoncement aux soins » (BRSG)<sup>1</sup>.

Pour rappel, le BRSG trouve son origine en 2012 lorsque l'Assurance maladie décide d'engager une mission d'étude consistant à interroger la pertinence – dans ses processus de production et de relations clients – des modes de prise en charge des situations à risques auxquelles sont confrontés principalement les publics les plus vulnérables. Cette mission aboutit en septembre 2013 au lancement de la démarche PLANIR (Plan Local d'Accompagnement du Non-recours, des Incompréhensions et des Ruptures), dans laquelle l'ensemble des Caisses primaires d'Assurance maladie, sur l'ensemble du territoire national, élabore un plan d'actions visant à lutter contre les situations de non-recours aux droits et/ou de renoncement aux soins.

L'enquête réalisée en Languedoc-Roussillon<sup>2</sup> a été menée en 2015 auprès d'assurés sociaux du régime Général de l'Assurance Maladie obligatoire résidant dans les départements de l'Aude, de l'Hérault, de la Lozère et des Pyrénées orientales. Elle a également concerné, sur ces mêmes départements, des assurés du régime Social des indépendants (RSI) et de la Mutualité sociale agricole (MSA).

Conduite dans le but de dresser un panorama de « niveau régional »<sup>3</sup> du phénomène de renoncement aux soins dans les différents régimes d'Assurance Maladie obligatoire, l'enquête présentée ici a repris l'essentiel de la démarche et de la méthode qui avaient été initiées lors de l'expérimentation gardoise.

Le présent document est une synthèse générale des résultats des enquêtes quantitatives et qualitatives menées pour chacun de ces trois principaux régimes<sup>4</sup> et dans quatre départements

---

<sup>1</sup> Philippe WARIN, Catherine CHAUEAUD, 2014, « Le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard – Rapport d'étude », Grenoble, ODENORE, Septembre.

[https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport\\_final\\_brsg\\_19\\_septembre\\_2014.pdf](https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_final_brsg_19_septembre_2014.pdf)

<sup>2</sup> L'enquête a été réalisée avant que la nouvelle répartition des régions n'entre en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2016. Depuis, il s'agit de la région Midi-Pyrénées / Languedoc-Roussillon.

<sup>3</sup> Nous parlons de niveau régional plutôt que d'échelle régionale, puisque le Gard n'a pas été pris en compte dans la nouvelle enquête.

<sup>4</sup> Pour rappel, le système d'Assurance maladie comprend également de nombreux autres régimes dits « spéciaux » : le régime des marins et inscrits maritimes, le régime des mines, de la SNCF, de la RATP, d'EDF-

pour le régime Général. Il résume les principaux constats issus de l'enquête par questionnaire et de l'enquête par entretiens, explicitées ci-dessous. L'intégralité des résultats est présentée dans six documents complémentaires : le diagnostic quantitatif de l'accès aux soins au niveau régional pour le RSI et la MSA et au niveau des quatre départements précités pour le régime Général, comprenant une synthèse et des documents spécifiques pour chaque régime et/ou département (Annexe 4) ; les quatre monographies départementales pour le régime Général ; la monographie régionale pour la MSA.

## **1. L'objectif principal de l'enquête**

En tenant compte des résultats du travail mené dans le Gard en 2013-2014, l'objectif principal fixé à l'enquête de niveau régional a été d'apprécier la gravité du phénomène du renoncement à des soins, de façon à aider à percevoir les besoins sinon les attentes en matière d'intervention publique. Plus précisément, la nouvelle enquête a cherché à approfondir deux aspects :

- ✓ Le renoncement comme « comportement intégré » lorsque les personnes s'installent dans des alternatives à défaut d'accéder aux soins possibles dans notre système de santé.

Une partie des renonçants identifiés dans le cadre du BRSG et rencontrés lors des entretiens conduits en 2014 dans le Gard se trouvait en situation de renoncement à différents soins depuis plusieurs mois, voire plusieurs années. Ces personnes semblaient avoir perdu l'idée même que leurs besoins de soins pouvaient être pris en charge par les acteurs du système de santé et que celui-ci pouvait leur apporter des réponses. En ce sens, le renoncement, loin d'être une situation ponctuelle, apparaît comme un comportement intégré. Avec la nouvelle enquête, il s'agit de vérifier en région Languedoc-Roussillon l'existence de ce type de comportements qui appelle certainement une prise en charge spécifique par les organismes sociaux et les professionnels de santé.

- ✓ Le « manque de guidance » dû au manque de vigilance, d'incitation et d'accompagnement de la part des professionnels de santé, comme des professionnels de services administratifs ou sociaux.

A l'heure où la question des parcours de soins est plus que jamais au cœur des débats relatifs à l'amélioration du système de santé, le diagnostic dans les quatre départements de Languedoc-Roussillon autres que le Gard cherche également à vérifier dans quelle mesure le manque de guidance dans les processus d'accès aux droits maladie et aux soins est un facteur explicatif du renoncement, suffisamment significatif pour attester de

l'intérêt d'une prise en charge – sous cet angle en particulier – des difficultés d'accès aux soins.

## **2. La démarche d'enquête**

Comme pour l'étude « pilote » du BRSG, l'enquête menée en Languedoc-Roussillon a procédé en deux temps.

### *2.1. Une enquête quantitative par questionnaire*

Tout d'abord un travail de diagnostic de l'accès aux soins a été réalisé. Il a consisté en une campagne de repérage par questionnaire du renoncement aux soins. Durant une période d'un mois environ, toutes les personnes se présentant à l'accueil ou dans d'autres services<sup>5</sup> des CPAM, CCSS, caisses MSA et RSI, situées dans les départements de l'Aude, de l'Hérault, de la Lozère et des Pyrénées Orientales, ou se rendant dans plusieurs autres organismes et structures de ces départements<sup>6</sup>, ont répondu à un questionnaire relatif au renoncement aux soins.

Ce repérage multi-sites ne concerne pas la population languedocienne en général, mais les publics accueillis par les acteurs impliqués dans le repérage. Les résultats ne peuvent donc pas être interprétés comme valant pour l'ensemble de la population générale de la région. Cette limite est la même avec les enquêtes de référence, que ce soit avec l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (IRDES), qui s'adresse depuis 1988 à un échantillon d'assurés sociaux du régime Général âgés de plus de 18 ans, ou la cohorte « Santé, Inégalités et Ruptures sociales » (SIRS) de l'Equipe de recherche sur les déterminants sociaux de la santé et du recours aux soins (INSERM/Université Paris 6) reconduite dans les zones prioritaires d'Ile-de-France.

Pour autant, le repérage réalisé en Languedoc-Roussillon à la suite de celui effectué dans le Gard présente un intérêt particulier que ces autres enquêtes n'ont pas, à savoir qu'il procède suivant la méthode d'un recensement. En effet, le repérage est représentatif de l'importance du renoncement pour les publics accueillis, durant la période retenue pour le diagnostic, par les acteurs impliqués, puisqu'il a été mené systématiquement auprès de toutes les personnes accueillies ou rencontrées par les professionnels. De ce point de vue, ce repérage se distingue des autres enquêtes statistiques sur le phénomène. Celles-ci procèdent par sondage (des sondages qui sont d'ailleurs rarement sinon jamais des « sondages sur échantillon exhaustif »,

---

<sup>5</sup> Par exemple Service social, Service action sanitaire et sociale (ASS), Echelon local du service médical (ELSM), Centre d'examen de santé (CES)...

<sup>6</sup> Centre hospitalier, Centre communal d'action sociale (CCAS), Médecins du monde, Union départementale des associations familiales (UDAF)...

quand la taille de l'échantillon est supérieure à 1/7<sup>e</sup> (environ 15%) de la taille de la population-mère).

Le repérage a permis d'estimer des taux de renoncement par département pour le régime Général et à échelle régionale – cette fois – pour le RSI et la MSA, mais aussi de caractériser les personnes déclarant renoncer à des soins, ainsi que les types de soins concernés et les raisons. Cette détection a aussi cherché à relever les conséquences du renoncement/report et à savoir également si une ou plusieurs autres personnes du ménage sont également affectées par le renoncement et, le cas échéant, pour quels soins. Un questionnaire a été bâti en conséquence et appliqué par les services désignés par les Caisses d'Assurance Maladie, et les partenaires de celles-ci, pour effectuer le repérage.

Ce questionnaire, présenté en Annexe 1, s'est largement inspiré de celui construit pour le BRSG. Il diffère cependant sur trois aspects :

- ✓ En premier, une question sur les possibles conséquences du renoncement du point de vue des personnes a été ajoutée, de façon à permettre une première appréciation de la gravité du phénomène.
- ✓ Ensuite, trois questions ont été incluses de manière à étayer l'hypothèse de l'existence de « comportements intégrés » de renoncement.
- ✓ Enfin, le questionnaire n'a pas vérifié si le renoncement déclaré est un non-recours avéré sur le plan médical<sup>7</sup> ; ce qui avait été possible de faire avec le BRSG dans la mesure où des professionnels de santé avaient été associés dans le travail de repérage.

L'enquête en région et celle réalisée précédemment dans le Gard restent cependant tout à fait comparables. En particulier, la question principale amenant les enquêtés à déclarer ou pas une situation de renoncement reste inchangée. En effet, le questionnaire mis en œuvre aussi bien pour les assurés au régime Général que pour ceux de RSI et de la MSA a repris la question utilisée dans l'étude initiale réalisée dans le Gard. Celle-ci avait été formulée de façon générale sans préciser ni une raison particulière, ni un type ou des types de soins : « Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé ou reporté un ou plusieurs soins ? ».

De ce fait, le repérage effectué dans le Gard, puis en région, se distingue de l'enquête régulière ESPS de l'IRDES qui met en avant la raison financière. La formulation de la question à partir de laquelle le repérage du renoncement procède dans l'enquête ESPS influence le résultat, puisque comme l'a indiqué la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) à partir d'une étude *ad hoc*<sup>8</sup>, une formulation générale – comme ici – a

---

<sup>7</sup> Pour rappel, le renoncement correspond à des besoins de soins perçus par une personne, qu'elle considère ne pas satisfaire, tandis que le non-recours renvoie à un besoin de soins avéré sur le plan médical et non satisfait.

<sup>8</sup> La DREES a mesuré l'effet de la formulation sur le renoncement aux soins, à partir d'une technique dite d'échantillon partagé. Cette dernière consiste à comparer les réponses de plusieurs sous-échantillons de répondants

pour effet de produire des taux de renoncement plus bas que lorsque les questions précisent la raison et/ou le type de soin. 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 mesurés en Languedoc-Roussillon aient pu être un peu supérieurs encore.

Pour rappel, l'étude de la DREES fondée sur le « Baromètre d'opinion » de 2013 indique des écarts de 15 points selon la formulation utilisée :

**Tableau 1 : Taux de renoncement selon la formulation de la question (DREES)**

	Raison financière précisée d'emblée	Raison financière précisée dans un second temps
Types de soins précisés d'emblée	A : 36 %	B : 28 %
Types de soins précisés dans un second temps	C : 31 %	D : 21 %

Note de lecture : 36 % des enquêtés ayant répondu à la version A de la question déclarent avoir renoncé à des soins aux cours des 12 derniers mois, pour des raisons financières. La version A correspond à un questionnement dans lequel la raison financière et le type de soins sont précisés d'emblée. Source : LEGAL, VICARD, 2015, op. cit., p. 9.

Alors que les données de la DREES indiquent un taux moyen de 21 % lorsque ni la raison principale (financière) ni les soins non satisfaits ne sont précisés, l'enquête en Languedoc-Roussillon mentionne – nous le verrons plus loin – un taux moyen de renoncement de 36,26% pour les 4 CPAM, de 22,17 % pour la MSA et de 20,90 % pour le RSI.

Outre ce constat, l'étude de la DREES, en indiquant que les comparaisons de taux de renoncement doivent être réalisées strictement avec les mêmes conditions de collecte, confirme la cohérence de la démarche opérée en Languedoc-Roussillon, aussi bien entre acteurs (CPAM, MSA, RSI) que par rapport au BRSG.

## 2.2. Une enquête compréhensive par entretien

Dans un second temps, un travail qualitatif (ou dit « compréhensif ») a été mené. Pour chacune des CPAM comme pour la MSA, cinquante entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de personnes ayant déclaré renoncer à des soins et accepté, lors du remplissage du questionnaire, de poursuivre l'enquête sous cette forme. Le RSI n'a pas pu participer à cette étape de l'enquête.

---

soumis à différents jeux de formulation. Elle a été appliquée à l'édition 2013 du Baromètre d'opinion de la DREES, une enquête de suivi de l'opinion des Français sur la santé, la protection sociale et les inégalités. Il apparaît principalement que lorsque le type de soin et le motif sont précisés d'emblée, le taux de renoncement atteint 36%, mais quand la raison principale (par exemple financière) et le type de soins ne sont précisés que dans un second temps, le taux de renoncement tombe à 21 %. Si la raison financière est précisée d'emblée mais pas le type de soins, ce taux s'établit à 31%. Renaud LEGAL, Augustin VICARD, 2015, « Renoncement aux soins pour raisons financières », DREES, *Dossiers Solidarité & Santé*, n° 66.

Un guide d'entretien a été élaboré et testé ; il est reproduit en Annexe 2. Il comporte des séries de questions autour de 7 thématiques : description du renoncement ; explication du renoncement ; conséquence du renoncement, réaction(s)/action(s) face au renoncement ; relations au médecin traitant ; besoins de soins, rapport aux soignants et à la santé ; niveau de précarité (en particulier avec une application du Score EPICES)<sup>9</sup>. Ce guide d'entretien est très proche de celui mis en œuvre dans le cadre du BRSBG, pour lequel plus de 130 entretiens individuels avaient été réalisés.

Pour chacune des caisses du régime Général et pour la MSA, un premier échantillonnage des personnes à enquêter a été conçu à partir de trois profils établis en fonction de questions clés du questionnaire de repérage, et ce afin d'étayer, d'un point de vue qualitatif, l'hypothèse de l'existence de comportements intégrés de renoncement :

- ✓ Profil 1 : les personnes qui pensent que la situation de renoncement ne peut pas changer (Q16) et qui ont le sentiment de ne pas pouvoir bénéficier de soins quand elles en ressentent le besoin (Q17) et qui ont le sentiment que cette situation de renoncement a (ou peut avoir) au moins une conséquence (Q20).
- ✓ Profil 2 : les personnes qui pensent que la situation de renoncement ne peut pas changer (Q16) ou qui ont le sentiment de ne pas pouvoir bénéficier de soins quand elles en ressentent le besoin (Q17) ou qui ont le sentiment que cette situation de renoncement a (ou peut avoir) au moins une conséquence (Q20).
- ✓ Profil 3 : les personnes qui pensent que cette situation de renoncement peut changer prochainement (Q16), qui ont le sentiment de pouvoir bénéficier de soins quand elles en ressentent le besoins (Q17) et qui ont le sentiment que cette situation de renoncement n'a pas (ou ne peut pas avoir) de conséquence (Q20).

La définition des trois profils repose sur le choix de tenir compte d'un continuum de situations de renoncement jugées plus ou moins significatives de l'expression d'un comportement intégré. Pour atteindre le nombre de 50 enquêtés par site pour le régime Général comme pour la MSA à l'échelle de la région, il a été nécessaire parfois de choisir d'autres situations complémentaires. Par exemple dans l'Hérault, il a fallu compléter l'échantillon avec quelques assurés sociaux du régime Général qui avaient indiqué être perdus en ce qui concerne leur couverture maladie, précisé que leur renoncement était lié à des démarches trop compliquées (hypothèse du manque de guidance), ou bien avaient renoncé à une consultation chez un médecin généraliste.

### 3. Présentation de la population enquêtée

---

<sup>9</sup> Score de précarité des Centres d'examen de santé financés par l'Assurance maladie : CETAF : « Le score EPICES : l'indicateur de précarité des Centres d'examen de santé financés par l'assurance maladie ». <http://gemsto.free.fr/gemstoprecaire18dec07epicescalcul.pdf>

### 3.1. Taille de l'enquête par questionnaire et taux globaux de renoncement aux soins

Au total, 5 261 questionnaires ont été passés au cours de la campagne de repérage. Mais seulement 5 184 personnes, pour lesquelles le régime d'Assurance maladie est connu, ont répondu à la question sur le renoncement aux soins.

Parmi ces 5 184 personnes, 3 905 sont assurées au régime Général, 600 sont affiliées au régime MSA et 574 au RSI. En même temps, 105 se sont prononcées sans que l'on ait connaissance de leur régime d'Assurance maladie et n'ont donc pas été prises en compte dans le traitement des résultats. **Dans cet ensemble de 5 079 personnes, 1 669 ont déclaré avoir renoncé ou reporté un ou plusieurs soins au cours des 12 derniers mois : soit un taux de renoncement global pour cette enquête de 32,9%.**

Comme l'indique le Tableau 2, ce taux varie selon les régimes mais aussi selon les CPAM en ce qui concerne les assurés du Régime général.

Tableau 2 : Les taux de renoncement selon le régime d'Assurance maladie

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé ou reporté un ou plusieurs soins ?	Non	Oui	Total
Aude	597 63,17	348 36,83	945 100
Hérault	791 63,63	452 36,37	1243 100
Lozère	279 65,80	145 34,20	424 100
Pyrénées	822 63,57	471 36,43	1293 100
Régime général	2489 63,73	1 416 36,27	3 905 100
MSA	467 77,83	133 22,17	600 100
RSI	454 79,09	120 20,90	574 100
3 régimes confondus	3 410 67,14	1 669 32,86	5 079 100

En ajoutant les résultats du BRSG<sup>10</sup> de façon à obtenir pour le régime Général une estimation dans les 5 départements de l'ancienne région Languedoc-Roussillon, le taux de renoncement s'élève à 33,12%.

Tableau 3 : Les taux de renoncement pour les assurés sociaux du régime général des 5 départements du Languedoc-Roussillon

<sup>10</sup> Pour rappel, dans le Gard 4 616 questionnaires ont été passés, 1 406 ont donné lieu à une déclaration de renoncement à des soins, soit 30,5% de l'ensemble de la population enquêtée à l'époque dans ce département.

Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé ou reporté un ou plusieurs soins ?	Non	Oui	Total
<b>Aude</b>	597 63,17	348 36,83	945 100
<b>Hérault</b>	791 63,63	452 36,37	1243 100
<b>Lozère</b>	279 65,80	145 34,20	424 100
<b>Pyrénées</b>	822 63,57	471 36,43	1293 100
<b>Gard</b>	3 210 69,50	1 406 30,50	4616 100
<b>Total régime général</b>	5 699 66,88	2 822 33,12	8 521 100

Aussi, cette présentation d'ensemble conduit-elle à présenter trois constats :

- ✓ Un taux moyen proche de l'estimation de la DREES issue du « Baromètre d'opinion » que nous avons rappelée plus haut ; mais dans la fourchette haute alors même que la formulation de la question devrait induire une moindre déclaration de renoncement.
- ✓ Des écarts relativement réduits entre les CPAM et donc entre assurés au régime Général des 5 départements (Aude : 36,83% ; Gard : 30,5% ; Hérault : 36,37%, Lozère : 34,2% et Pyrénées-Orientales : 36,43%). Les taux de renoncement départementaux pour les assurés du régime Général sont ainsi homogènes. A noter cependant des taux plus bas en Lozère et surtout dans le Gard. Pour rappel, dans ce département, le taux de renoncement était de plus de 32% à l'issue de la première campagne de repérage (4 campagnes avaient été réalisées) portant sur environ 600 personnes. Aussi peut-on faire l'hypothèse qu'en augmentant le nombre de repérages dans les autres départements, les taux baisseraient à leur tour un peu.
- ✓ Des taux plus bas pour les assurés au RSI (20,90%) ou à la MSA (22,17%). Sous réserve de vérification et de confirmation, ces écarts entre régimes peuvent être dus à des représentations différentes des besoins de soins non satisfaits, selon les statuts professionnels des répondants. Les indépendants et les agriculteurs, de fait de leur statut professionnel (voire de leurs activités) pourraient en avoir une appréciation plus restrictive. C'est d'ailleurs ce que tend à confirmer la monographie de la MSA. Cette hypothèse avait été mise en avant dans la recherche comparative réalisée en 2013 par l'Odenore pour l'Institut de Recherche en Santé Publique, en lien avec des équipes de l'INSERM et des CHU de Grenoble, Genève et Lausanne<sup>11</sup>.

Ces résultats peuvent être rapprochés de ceux mentionnés dans le document « Etat des lieux économique, social et sanitaire en Languedoc-Roussillon », élaboré par le service statistique de

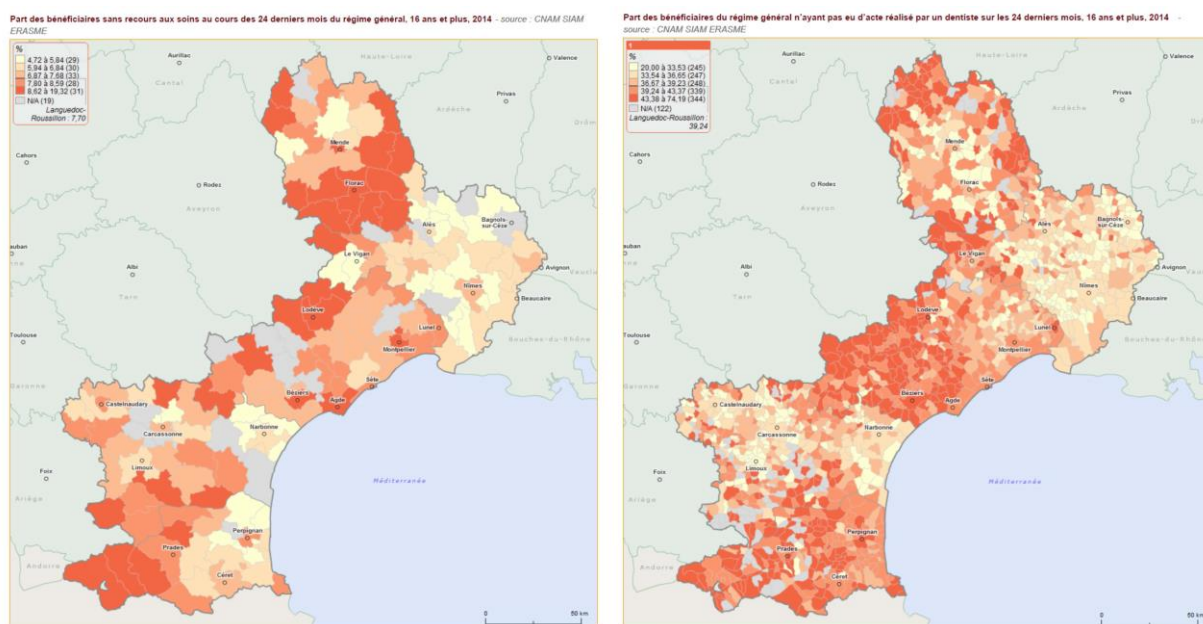
<sup>11</sup> Philippe WARIN, Catherine CHAUVEAUD, Pierre MAZET, 2013, *Ce que renoncer aux soins veut dire*, Rapport de recherche – AAP IRESP 2011, Grenoble, Odenore [en ligne].

la CPAM du Gard, en interaction avec les services statistiques de tous les autres organismes impliqués dans le diagnostic et avec l’Odenore.

Ce document fondé sur les données les plus récentes concernant les indicateurs sélectionnés indique en particulier que 129 324 personnes de 16 ans et plus affiliées au régime général en Languedoc-Roussillon n’ont eu aucun soin<sup>12</sup> en 2013 et 2014, soit 7,7%. Il observe que c’est légèrement moins qu’au niveau national (8,1%) et que dans la région. C’est dans l’Hérault (9,1%) que la proportion de personnes sans soins est la plus élevée et dans le Gard qu’elle est la plus faible (6,4%). Et d’ajouter concernant les soins dentaires que près de 4 personnes sur 10 de 16 ans ou plus (39,2%) n’ont pas eu de soins au cours de 2013 et 2014 sur la région ; c’est légèrement moins qu’au niveau national (42,9%). Des différences notables s’observent cependant entre les départements : l’Hérault et les Pyrénées-Orientales ont des taux de 6 à 7 points supérieurs à l’Aude et au Gard. Les taux de non recours au dentiste sont très différents selon la tranche d’âge, et particulièrement élevés sur les 16-24 ans et les 65 ans et plus. Enfin, plus de 4 femmes sur 10 de 20 à 64 ans n’ont pas eu de soins gynécologiques sur les 2 ans (41,7%) ; ce taux est encore légèrement meilleur qu’au niveau national (44,3%). Là aussi, l’Hérault et les Pyrénées-Orientales mais aussi la Lozère ont des taux plus élevés que l’Aude et le Gard.

La cartographie des résultats apporte une information particulièrement précieuse sur les territoires où résident les populations les plus concernées par le phénomène du non-recours aux soins<sup>13</sup> pour reprendre les termes du document.

**Cartes 1 & 2 : Densité de non-recourants (assurés au régime général) selon le lieu de résidence**  
(carte de gauche : non-recours à des soins – carte de droite : non-recours à des actes dentaires)



Source : CNAM SIAM ERASME - Observatoire des situations de fragilité.

<sup>12</sup> La non-consommation de soins ou non-recours est ici évaluée uniquement par le non-remboursement de soins par l’Assurance Maladie.

<sup>13</sup> Tel que perçu par les systèmes d’information de l’Assurance Maladie.

### *3.2. Un portrait général des répondants à l'enquête par questionnaire*

Un portrait général des répondants à l'enquête par questionnaire peut être dressé en comparant leurs profils (renonçants et non-renonçants confondus), selon le régime, et pour les assurés au régime Général, selon les 4 départements pris en compte. Le tableau suivant apporte plusieurs indications sur les profils. Ainsi, les répondants sont plus souvent :

- ✓ Des femmes pour le régime général, mais pas pour les répondants assurés au RSI et à la MSA.
- ✓ Des personnes âgées de 40 à 59 ans et dans une moindre mesure de 25 à 39 ans, quel que soit le régime d'assurance. Toutefois, l'écart entre ces deux tranches d'âge principales est plus fort pour le RSI.
- ✓ Des personnes vivant seules, puis des personnes en couple avec enfants en ce qui concerne les répondants assurés au régime Général, alors que parmi les répondants affiliés au RSI on trouve davantage de personnes en couple sans enfants. Cette dernière catégorie est également la deuxième représentée concernant les assurés de la MSA.
- ✓ Des personnes qui, pour la plupart, sont sans activité ou bien des employés en ce qui concerne les répondants assurés au régime Général, tandis que les répondants sont très majoritairement en activité pour le RSI et retraités en ce qui concerne la MSA.
- ✓ Des personnes avec une complémentaire santé non aidée ; la Lozère présentant ici un taux nettement plus élevé que les autres départements, et inversement un taux moindre qu'ailleurs de répondants sans complémentaire santé.
- ✓ Des personnes qui ont quasiment toutes déclaré un médecin traitant.
- ✓ Des personnes qui, dans plus de 4 cas sur 5, ont consulté un professionnel de santé au cours des six derniers mois ; soit des personnes qui ne sont pas exclues du système de santé, et ce alors même que certaines – entre un tiers ou un quart selon le régime d'assurance – déclarent renoncer à des soins.
- ✓ Mais en même temps, des personnes qui pour moitié d'entre elles estiment leur état de santé comme moyen ou mauvais.

**Tableau 4 : Caractéristiques des répondants par régime d'Assurance maladie et par département pour le régime Général**

En %	Aude	Hérault	Lozère	Pyrénées Oales	Régime général	MSA	RSI
<b>Genre</b>							
Femmes	62,5	57,6	60,6	55,9	58,6	44,5	33,6
Hommes	37,5	42,4	39,4	44,1	41,4	55,5	66,4
<b>Agés</b>							
- de 18 ans	-	-	-	-	0,3	3,30	0
18-24 ans	-	-	-	-	8,1	0,17	2,3
25-39 ans	28,4	31,9	30,4	27,5	29,4	18,8	18,9
40-59 ans	41,3	40,6	46,8	42,3	42,0	38,8	48,0
60 ans et +	22,3	20,6	12,6	20,8	20,2	38,96	30,8
<b>Sit, familiale</b>							
Seul(e)	42,4	44,8	38,4	42,1	42,6	33,95	27,7
Couple + enf.	22,2	22,5	32,5	22,6	23,6	25,0	27,6
Couple ss enf.	17,1	16,9	16,6	21,0	18,3	33,61	36,4
Seul(e) + enf.	16,3	14,0	12,3	13,5	14,2	6,25	7,6
<b>Sit, prof,</b>							
Sans activité	49,7	47,4	40,0	47,1	47,0	17,83	8,0
Employés/ indép/agri,	26,3	29,1	34,8	28,9	30,0	17,8	77,7
Retraités	17,9	16,6	8,7	16,6	16,1	29,71	9,2
<b>Compl. Santé</b>							
CS ss aides*	44,8	45,6	74,2	54,1	51,3	63,99	67,0
CMU-C	27,8	22,3	12,3	23,6	23,0	19,26	19,8
CS avec ACS	13,5	9,8	4,3	2,5	7,7	5,53	1,2
AME	0,1	3,5	0,5	0,2	1,1	-	0
Sans CS	13,7	19,1	8,8	19,6	16,8	11,06	11,6
<b>Med, traitant</b>							
Oui	93,8	91,1	93,4	92,8	92,6	96,82	95,5
<b>Dernière consult,</b>							
< 6 mois	87,1	84,0	85,6	84,6	85,1	85,47	82,9
6-12 mois	8,5	8,4	9,0	7,5	8,2	6,76	7,2
<b>Percep, état santé</b>							
Bon	40,0	36,1	40,0	38,0	38,1	40,98	39,3
Moyen	35,1	35,6	30,8	35,2	34,9	32,38	25,8
Très bon	11,8	12,5	15,1	12,8	12,4	13,66	14,6
Mauvais	10,5	11,4	12,9	11,0	14,6	11,47	20,3

\* personnes avec une complémentaire santé hors CMU-C ou ACS.

# I - Renonçants et non-renonçants :

## Comparaison des deux populations

Cette première partie du rapport de synthèse compare les populations des renonçants (Re) et des non-renonçants (N-Re). La série suivante de tableaux fait apparaître plusieurs différences notables entre Re et N-Re. Il est important de remarquer ces différences dans la mesure où les caractéristiques sociales de la population des renonçants (Re) peuvent aider à identifier en première approche des groupes plus exposés que d'autres à la difficulté d'accéder à des soins jugés nécessaires par les personnes.

### 1. Les renonçants sont plus souvent des femmes

Le renoncement semble affecter davantage les femmes que les hommes. Au niveau régional et concernant le régime Général, les femmes apparaissent en effet plus exposées au renoncement que les hommes. Ainsi 65,8 % des assurés du régime Général qui déclarent avoir renoncé au cours des douze derniers mois sont des femmes et 34,2 % sont des hommes. Parmi les non-renonçants, l'écart est beaucoup plus réduit : 54,4 % sont des femmes et 45,6 % des hommes. A noter que c'est en Lozère que la part de femmes déclarant renoncer à des soins est la plus élevée et dans les Pyrénées Orientales qu'elle est la plus basse. La tendance est la même pour le RSI et la MSA, puisque si les femmes sont minoritaires parmi les répondants, leur part est plus élevée chez les renonçants qu'elle ne l'est dans le groupe des non-renonçants.

Tableau 5 : Renonçants et non-renonçants selon le genre

Genre	Aude		Hérault		Lozère		Pyrénées O <sup>ales</sup>		MSA		RSI	
	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re
<b>Femmes</b>	68	59,3	65,5	52,9	69,4	55,8	63,3	51,7	49,61	43,02	37,3	32,6
<b>Hommes</b>	32	40,7	34,5	47,1	30,6	44,2	36,7	48,3	50,39	56,98	62,7	67,4
<b>Total</b>	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Dans le Gard : 62,9% des Re sont des femmes / 37,1% des hommes ; 55,8% des N-Re sont des femmes / 44,2% des hommes.

### 2. Les renonçants sont un plus souvent des personnes sans activité

Les renonçants sans activité professionnelle sont en proportion plus nombreux que les non-renonçants sans activité professionnelle. La différence n'est pas très importante, sauf pour la Lozère où l'écart est de 10 points. En même temps, cette observation ne vaut que pour les assurés au régime Général, puisque pour les répondants affiliés au RSI, les parts de renonçants et de non-renonçants sans activité sont beaucoup plus basses.

Ce constat conduit à l'hypothèse selon laquelle l'absence d'activité professionnelle peut jouer en partie sur le renoncement des assurés au régime Général (pour une raison financière essentiellement et possiblement de perte de complémentaire santé), alors que cette variable n'a pas d'influence pour ceux au RSI. Les travailleurs indépendants seraient davantage amenés à poursuivre leur activité professionnelle quand bien même ils auraient besoin de soins.

**Tableau 6 : Renonçants et non-renonçants sans activité professionnelle**

Sans activité	Aude		Hérault		Lozère		Pyrénées O <sup>ales</sup>		MSA		RSI	
	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re
En %	53,0	48,0	51,1	45,4	46,2	36,9	51,5	44,1	23,26	16,30	10,1	7,5
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Dans le Gard : 37 % des Re sont sans activité / 32,6% des N-Re.

### 3. Les renonçants sont plus fréquemment sans complémentaire santé, mais ont autant que les non-renonçants un médecin traitant

L'absence de complémentaire santé est la variable qui différencie le plus les deux populations. La part de personnes sans complémentaire santé est de deux à trois fois supérieure chez les renonçants que chez les non-renonçants. L'écart est plus net parmi les assurés au RSI et à la MSA, et peut s'expliquer – à titre d'hypothèse – par des ressources qui peuvent fluctuer fortement d'une période à une autre, par la méconnaissance du droit à la CMU-C et à l'ACS et/ou la volonté de se tenir en repli par rapport à ces prestations. Ce constat était déjà ressorti dans la recherche pour l'IRESP mentionnée plus haut.

On peut aussi relever que pour les assurés au régime Général, c'est en Lozère que les proportions de personnes sans complémentaire sont les plus faibles, que les personnes déclarent ou pas renoncer à des soins.

**Tableau 7 : Renonçants et non-renonçants sans complémentaire santé**

Ss comp santé	Aude		Hérault		Lozère		Pyrénées O <sup>ales</sup>		MSA		RSI	
	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re
En %	21,8	8,8	28,3	13,8	13,3	6,5	27,0	15,4	24,43	7,30	25,8	7,7
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Dans le Gard : 13,9% des Re sont sans complémentaire / 6% des N-Re.

Dans l'Aude et l'Hérault, la raison la plus citée par les renonçants assurés au régime Général pour expliquer leur non-recours à la complémentaire est qu'ils n'ont pas les moyens financiers pour en assumer le coût (A = 51,3 % ; H = 52,3 %). Cette raison est moins évoquée en Lozère (15,8 %) et dans les Pyrénées Orientales (4,1%). Dans ces deux départements, la raison principale évoquée par les personnes qui n'ont pas de complémentaire est que les démarches pour en avoir une sont en cours (L = 36,8 % ; PO = 29,9 %). Le non-recours serait dans ce cas « temporaire ». Dans ces départements, les personnes ont également davantage déclaré avoir d'autres priorités financières (L = 15,8 % ; PO = 10,2 %).

Pourtant ce n'est pas dans ses deux départements que le revenu annuel médian des ménages par unité de consommation est le plus bas (les Pyrénées-Orientales viennent en 2<sup>ème</sup> position après l'Aude et la Lozère en 4<sup>ème</sup> après le Gard). En revanche, c'est dans ces deux départements que l'offre médicale est la moins nombreuse et la plus distante ; cela peut dissuader des personnes d'acquiescer une complémentaire si elles n'estiment par ailleurs ne pas pouvoir nécessairement accéder aux soins en cas de besoin. Dans des travaux précédents réalisés avec la CPAM des Alpes de Haute-Provence, nous avons constaté que le non-recours à l'ACS, malgré les efforts d'information et d'accompagnement, s'expliquait, outre le reste à charge, par l'éloignement géographique avec l'offre de soins<sup>14</sup>.

Le fait de bénéficier d'une prise en charge à 100% par l'Assurance Maladie obligatoire est évoqué dans tous les départements ; c'est plus particulièrement le cas en Lozère (21,1%). Cette raison apparaît dans une moindre mesure dans les trois autres départements (H = 10,9% ; PO = 6,3% ; A = 5,3%). On aperçoit ici les incompréhensions de certaines personnes par rapport à la prise en charge dont elles bénéficient par l'Assurance Maladie Obligatoire. Beaucoup pensent en effet qu'étant couvertes à 100%, elles n'ont pas besoin de prendre une complémentaire santé. Comme nous le verrons un peu plus loin dans ce rapport, les personnes en ALD sont nombreuses parmi les renonçants, en particulier parce qu'elles ont du mal à faire face aux restes à charge des soins hors ALD et aux avances de frais successives. On peut faire l'hypothèse qu'en vérifiant la situation par rapport à la complémentaire des personnes en ALD et en les aidant à en souscrire une en cas d'absence, certaines de ces personnes pourraient à nouveau accéder aux soins qui ne sont pas pris en charge à 100%.

Dans les Pyrénées Orientales, deux raisons ressortent plus que dans les autres départements pour expliquer le non-recours à la complémentaire : 9,4% des renonçants ont ainsi dit qu'ils trouvaient compliquées les démarches pour avoir une complémentaire et 8,7% qu'ils ne savaient pas où ils en étaient par rapport à leur couverture maladie. Cette raison apparaît également dans l'Hérault (7,8%). Nous entrevoyons ici les indices d'un potentiel manque de guidance par rapport aux droits maladie complémentaire.

Si les taux de couverture par une complémentaire santé sont très différents entre renonçants et non-renonçants, en revanche, l'écart entre les deux groupes n'est pas significatif en ce qui concerne le médecin traitant. Les renonçants ont presque autant que les non-renonçants un médecin traitant, et dans des proportions très voisines selon le régime d'Assurance Maladie – l'écart est tout de même un peu plus marqué pour les assurés de la MSA - ou le département pour les assurés au régime Général.

#### **Tableau 8 : Renonçants et non-renonçants avec ou sans médecin traitant**

---

<sup>14</sup> Isabelle ANDRE-POYAUD, Catherine CHAUVEAUD, Eric JULIEN, Iris LOURY, Hélène REVIL, Eric TEISSIER, Philippe WARIN, 2011, « Une action d'information pour accéder à la CMU-C et à l'ACS. Résultats d'une étude menée dans les Alpes de Haute-Provence », Grenoble, ODENORE, Mars.  
<https://odenore.msh-alpes.fr/content/une-action-dinformation-pour-acc%C3%A9der-%C3%A0-la-cmu-c-ou-%C3%A0-lacs-r%C3%A9sultats-dune-%C3%A9tude-men%C3%A9e-dans-le>

Méd traitant En %	Aude		Hérault		Lozère		Pyrénées O <sup>ales</sup>		MSA		RSI	
	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re
Oui	92,0	95,0	89,0	93,0	91,0	95,0	92,0	94,0	91,73	98,28	95,0	96,0
Non	8,0	5,0	11,0	7,0	9,0	5,0	8,0	6,0	7,52	1,51	5,0	4,0
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Dans le Gard : 94,6% des Re ont un médecin traitant / 97,7% des N-Re.

#### 4. Les renonçants ont une perception davantage négative de leur état de santé

Les renonçants sont en proportion plus nombreux que les non-renonçants à considérer leur état de santé comme « mauvais » ou « moyen ». Le fait de renoncer à des soins peut jouer sur cette perception et éventuellement être source d'inquiétude, qui elle-même peut avoir des répercussions fortes sur le moral des personnes, comme le soulignent d'ailleurs les entretiens réalisés, et des conséquences sur différents plans (familial, relationnel, professionnel...). Cette perception plutôt négative de leur état de santé peut aussi venir du fait que de nombreux renonçants disent faire face à des douleurs quotidiennes qui découlent, de leur point de vue, directement de l'absence de certains soins. C'est tout particulièrement le cas pour les personnes qui renoncent à des soins dentaires.

Tableau 9 : Renonçants et non-renonçants selon l'état de santé perçu

Etat s <sup>é</sup> perçu En %	Aude		Hérault		Lozère		Pyrénées O <sup>ales</sup>		MSA		RSI	
	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re
« mauvais »	14,2	8,5	15	11,1	20,7	8,6	14,7	8,7	16,67	9,98	28,2	18,4
« moyen »	42,9	31,8	42,9	31,8	33,1	29,8	37,7	33,7	33,33	32,10	32,5	24,2
« bon »	33,2	43,7	29,6	39,8	33,7	43,4	33,4	40,5	39,39	41,43	39,3	57,4
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Dans le Gard : 19,6% des Re perçoivent leur état de santé comme « mauvais » / 11% des N-Re ; 42,3% des Re le jugent « moyen » / 34,1% des N-Re ; 38,1% des Re le jugent « bon » / 54,9% des N-Re.

#### 5. Les renonçants et les non-renonçants ne se distinguent ni par l'âge, ni par la situation familiale

La distribution des deux populations ne fait pas apparaître de différences notables selon les tranches d'âge. Les deux populations se distribuent de façon comparable selon ce critère. Cela est vrai quel que soit le régime d'assurance.

Tableau 10 : Renonçants et non-renonçants selon l'âge

Age En %	Aude		Hérault		Lozère		Pyrénées O <sup>ales</sup>		MSA		RSI	
	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re
- de 18 ans	0	0,3	0,2	0,6	0	0	0,2	0,4	-	0,22	0	0
18-24 ans	8,5	7,4	6,4	6,7	8,3	11,2	8,2	9,7	1,59	3,79	2,6	2,2
25-39 ans	26,4	29,4	34,2	30,7	33,1	28,7	28,4	27,1	26,19	16,70	22,4	17,8
40-59 ans	44,4	39,7	40,1	40,7	50,3	45,0	46,4	39,8	42,86	37,64	54,3	46,4
60 ans et plus	20,7	23,2	19,1	21,3	8,3	14,9	16,8	23	29,37	41,65	20,7	33,6
Total	100	100	100	100	100	100	100	100			100	100

Dans le Gard : 1,2% des Re ont moins de 18 ans / 1,5% de N-Re ; 6,3% des Re entre 18 et 24 ans / 7,5% des N-Re ; 23,6% des Re entre 25-39 ans / 19,5% des N-Re ; 45,4% des Re entre 40-59 ans / 38,6% des N-Re ; 23,5% des Re ont 60ans et plus / 32,9% des N-Re.

Globalement la distribution selon la situation familiale est comparable qu'il s'agisse des renonçants et des non-renonçants. Dans l'ensemble, quelle que soit la population les personnes seules dominant, mais cela s'explique par la structure de l'échantillon général (les répondants). On peut toutefois relever que les renonçants sont tout de même un peu plus souvent que les non-renonçants des personnes vivant seules. Cela se confirme d'ailleurs au travers de l'enquête qualitative.

**Tableau 11 : Renonçants et non-renonçants selon la situation familiale**

Sit, familiale En %	Aude		Hérault		Lozère		Pyrénées Oales		MSA		RSI	
	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re
Autre *	2,9	1,5	2,0	1,7	0	0,4	1,6	1,3	-	1,52	0	0,9
Couple + enf	18,1	24,4	23,1	22,0	24,3	36,8	21,8	24,5	21,21	26,09	31,7	26,5
Couple ss enf	14,9	18,6	13,8	18,5	16,0	16,6	15,3	19,9	28,79	35,0	27,5	39,0
Seul(e)	42,8	42,2	45,4	44,7	40,3	37,6	43,1	42,4	37,88	32,83	33,3	25,9
Seul(e) + enf	21,3	13,3	15,7	13,1	19,4	8,6	18,2	11,9	12,12	4,57	7,5	7,7
Total	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

\* exemple : personnes âgées chez leurs enfants,

Dans le Gard : 1,6% des Re sont Autres / 3,2% des N-Re ; 25% des Re en couple avec enfant à charge / 25,6% des N-Re ; 22,5% des Re en couple sans enfant à charge / 29,5% des N-Re ; 37,3% des Re vivent seuls / 32,9% des N-Re ; 13,6% des Re vivent seuls avec enfant à charge / 8,8% des N-Re.

## 6. Conclusion de la comparaison

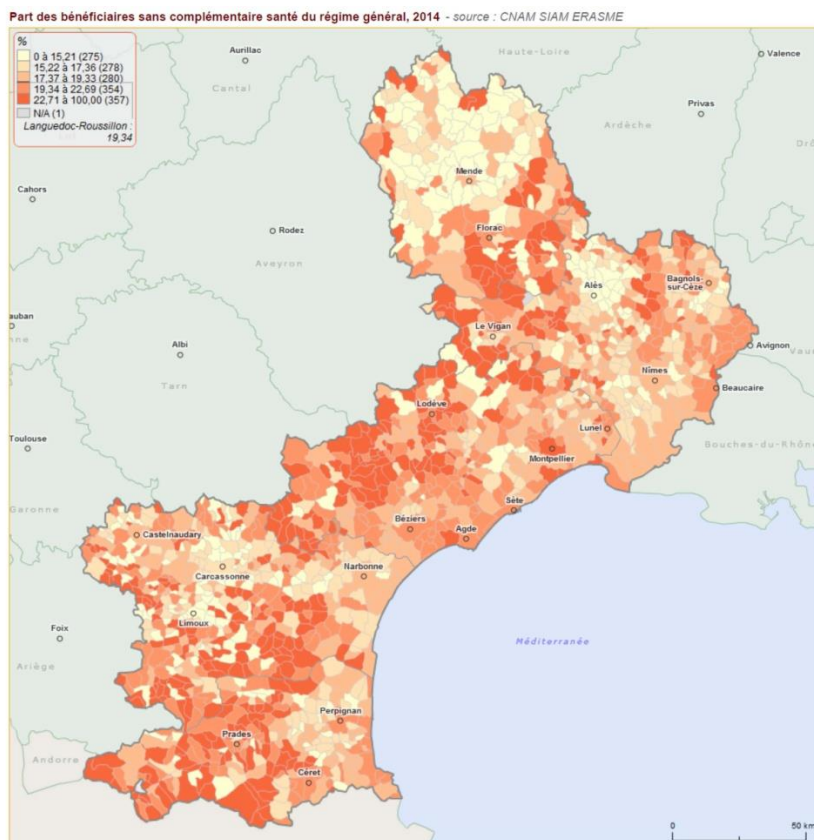
Le résumé de ces différents résultats statistiques – qui sont détaillés dans l'analyse régime par régime (annexe 4) – indique au final que certaines variables ressortent avec force : le genre, l'absence d'activité, et surtout l'absence de complémentaire santé. Dans une perspective d'action de prévention fondée sur le profilage des populations vulnérables au renoncement aux soins, ces résultats peuvent avoir leur importance.

L'étude, à la suite de nombreuses autres, insiste à nouveau sur l'absence de complémentaire santé comme facteur de difficulté à accéder aux soins. Ce constat n'a rien d'étonnant. Mais il montre combien, dans l'action à poursuivre pour prévenir le phénomène de renoncement aux soins, le recours aux droits sociaux est principal. Aussi dans tout ce qui peut être entrepris, la recherche de droits potentiels à la CMU-C ou à l'ACS apparaît-elle comme une étape préalable essentielle.

On peut en parallèle souligner que, comme l'indiquent les données statistiques, le renoncement aux soins touche également, mais dans une moindre mesure, des personnes qui ont une complémentaire. En ce sens, à côté des nécessaires actions pour apporter une protection complémentaire aux personnes qui en sont dépourvues, en s'appuyant prioritairement pour cela sur les dispositifs de la CMU-C et de l'ACS, la réflexion peut aussi porter sur les moyens à disposition ou à mettre en œuvre, par exemple en termes de partenariats, pour faire en sorte que la protection maladie de base et complémentaire des personnes soit la plus adaptée possible à leurs besoins en termes de soins et à leurs moyens financiers.

Sur le plan de l'absence de complémentaire santé, la contribution du service Statistique de la CPAM du Gard, élaborée en lien avec les services Statistiques des autres organismes impliqués dans ce diagnostic, apporte des éléments de confirmation tout à fait importants dans la mesure où elle permet de cartographier à l'échelle communale les populations sans complémentaire santé.

**Carte 3 : Répartition géographique des assurés du régime Général sans complémentaire santé en 2014**



Source : CNAM SIAM ERASME - Observatoire des situations de fragilité.

De telles données peuvent contribuer efficacement à cibler une action visant à aller vers les assurés sans complémentaire santé. Le document du service Statistique de la CPAM du Gard indique notamment qu'à l'échelle de la région Languedoc-Roussillon plus de 400 000 personnes n'ont pas de lien Noémie et sont donc potentiellement sans complémentaire santé<sup>15</sup>, soit 19,3% des bénéficiaires affiliés au régime Général, contre 18,9% au niveau national. Des disparités apparaissent entre départements, avec des écarts de 5 points (21,3% pour l'Hérault et 16,5% en Lozère), et manifestation aussi au sein des départements.

<sup>15</sup> Parmi les bénéficiaires affiliés au régime Général. Attention, les bénéficiaires peuvent ne pas avoir de lien Noemie mais posséder une complémentaire santé ; le chiffre présenté est donc peut-être sur-estimé.

## II - Le renoncement aux soins en chiffres

Sont présentées ci-après les principales caractéristiques du renoncement aux soins, telles qu'elles apparaissent au travers du repérage par questionnaire réalisé au niveau régional.

### 1. Un phénomène en partie familial et cumulatif

L'ampleur du phénomène de renoncement apparaît, au-delà des taux indiqués au début, au travers de deux autres dimensions : le nombre de personnes concernées dans le ménage de l'enquêté, et le nombre de soins auxquels les personnes déclarent avoir renoncé ou reporté au cours de l'année écoulée.

Sur ce plan, les constats sont les suivants :

- ✓ Les renonçants déclarent plus fréquemment que les non-renonçants qu'un autre membre de leur foyer renonce à un ou plusieurs soins. Ainsi, 41,5 % des renonçants du régime Général ont en effet déclaré qu'un autre membre de leur famille est dans cette situation, alors que c'est le cas pour 8,9 % des non-renonçants. C'est en Lozère que cette proportion est la plus élevée (48,6 %) ; suivent les Pyrénées Orientales (43,6 %), l'Hérault (39,2 %) et l'Aude (38,8 %).
- ✓ Par ailleurs, 26,1 % des renonçants du RSI déclarent qu'un autre membre dans le ménage<sup>16</sup> est en situation de renoncement à un ou plusieurs soins ; ils sont 31,7% parmi les renonçants affiliés à la MSA.

Tableau 12 : Autre renonçant dans le ménage

En %	Régime général	MSA	RSI
<b>Renonçants qui déclarent un autre renoncement dans la ménage</b>	41,5	31,7	26,1
<b>Non-renonçants déclarent un autre renoncement dans la ménage</b>	8,9	5,9	4,4

En même temps, le renoncement déclaré concerne en moyenne de 1,9 à 2,4 soins différents selon le régime d'affiliation des personnes. Le cumul de besoins de soins non satisfaits est présent, pour tous les régimes, mais tout de même plus important parmi les renonçants assurés au régime Général.

Tableau 13 : Nombre moyen de soins concernés selon le régime d'Assurance

	régime général	MSA	RSI
<b>Nombre moyen de renoncements par renonçant</b>	2,4	1,9	2,1

<sup>16</sup> Ménage au sens de l'INSEE : les personnes vivant sous le même toit.

En moyenne, chaque renonçant assuré au régime Général déclare 2,4 renoncements. A l'échelle départementale, c'est en Lozère que les renonçants déclarent le plus de soins non satisfaits (3,2). Viennent ensuite et dans l'ordre l'Hérault (2,5), les Pyrénées Orientales (2,2) et l'Aude (2).

## 2. Un phénomène qui concerne tout d'abord les soins dentaires, mais aussi d'autres types de soins

Quel que soit le régime d'affiliation, les soins les plus concernés par le renoncement sont les soins dentaires prothétiques et dans une moindre mesure les soins dentaires conservateurs. Pour le RSI, les soins dentaires conservateurs arrivent cependant en quatrième position, alors qu'ils sont en deuxième position parmi les assurés au régime général et à la MSA.

Viennent ensuite les achats de lunetterie/optique (notamment pour les assurés au RSI) et les consultations en ophtalmologie pour les trois groupes d'assurés. En cas de besoin, la non consultation de médecins généralistes est plus fréquente que celle de spécialistes chez les assurés au régime général ou à la MSA ; c'est l'inverse pour les assurés au RSI.

Tableau 14 : Soins concernés

En %	Aude	Hérault	Lozère	Pyrénées Oales	Régime général	MSA	RSI
Soins dentaires prothétiques	37,4	42,5	69	45,4	44,9	45,1	58,3
Soins dentaires conservateurs	35,6	38,5	51	40	39,6	32,3	21,7
Lunetterie/optique	21,6	27,2	46	31,4	29,2	18,8	40
Consultations en ophtalmologie	22,7	25,7	50,3	20,2	25,6	15,8	24,2
Consultations chez un généraliste	12,4	20,6	9,7	11	14,3	16,5	6,7
Consultations chez un spécialiste *	8,6	14,4	12,4	12,1	12	6,8	12,5
Consultations ou soins gynéco,	8,9	13,5	17,9	10,2	13,5	9,8	3,3

\* Hors gynécologie et ophtalmologie.

Dans le Gard : les renoncements portent essentiellement sur les « soins et actes dentaires » : 53,3% des renonçants. 37,5% des renonçants renvoient à des soins manquant en gynécologie, psychiatrie, cardiologie, dermatologie et optalmologie (en particulier, 18,3% renoncent à l'achat de lunettes ou de lentilles adaptées et 17,5% à des consultations chez un ophtalmologiste). Et 10,6% renoncent à consulter un médecin généraliste.

Comme l'indique le tableau 14, les totaux par département ou par régime dépassent 100% dans la mesure où la plupart des renonçants déclarent renoncer à plusieurs types de soins. Ceci étant dit, les types de soins précités apparaissent concernés par le phénomène de renoncement dans tous les départements et régime pris en compte dans ce diagnostic. Les taux de renoncement pour chacun de ces soins diffèrent toutefois légèrement d'un département à l'autre, et d'un régime à l'autre. Le tableau le montre. Par ailleurs, certains soins ne sont concernés par le renoncement que dans l'un ou l'autre des départements pris en compte. Ainsi, dans l'Aude, 9,2% des renonçants ont par exemple évoqué des renoncements à des actes chirurgicaux. Dans l'Hérault, 10,8 % des renonçants ont quant à eux dit renoncer à des achats de médicaments et 10,6 % à des soins en kinésithérapie.

### 3. Un phénomène lié, en premier lieu, à des raisons financières

Quel que soit le régime d'Assurance Maladie ou le département, les restes à charge financiers (RAC) mais aussi les avances de frais<sup>17</sup> constituent, selon les personnes interrogées, l'obstacle principal à l'accès aux soins. Ainsi au niveau régional, 64,1 % des renonçants ont ainsi dit que les RAC sont la ou l'une des raisons de leur(s) renoncement(s). 42,6 % ont quant à eux déclaré que l'avance de frais était la ou l'une des causes. 12,7 % des renonçants ont également dit que le fait de ne pas savoir combien ils vont devoir payer pour leur(s) soin(s)<sup>18</sup> pouvait les amener à y renoncer.

Tableau 15 : Raisons du renoncement

En %	Aude	Hérault	Lozère	Pyrénées Oales	Régime général	MSA	RSI
Reste à charge	65,8	62,6	65,5	63,7	64,1	59,4	67,5
Avance de frais	26,4	40,7	57,9	51,6	42,6	31,6	39,2
« Je ne sais pas combien je vais devoir payer »	9,2	14,2	35,9	6,8	12,7	15	3,3
Délais pour avoir un rendez-vous	12,1	11,9	37,2	8,1	13,1	7,5	11,7
Manque de temps pour consulter	-	-	-	-	7,9	12,8	14,2

Dans le Gard : 56,6% des renonçants mentionnent un « reste à charge trop élevé » et 20,8% l'« avance de frais », S'ajoutent parmi les raisons du renoncement : l'« absence de moyens de transport », le « coût des transports », des « difficultés physiques de se déplacer », l'« éloignement géographique » et surtout des « problèmes de disponibilité » pour 18,7% des renonçants ; une « négligence » vis-à-vis des besoins ou parcours de soins pour 7,1% des renonçants ; le fait que les soins apparaissent « peu ou pas urgents » chez 6% des renonçants et la « lassitude » de se faire soigner pour 3,8% d'entre eux.

Toutefois des différences dans les raisons apparaissent entre départements pour le régime Général et entre les trois régimes :

- ✓ Si les causes « restes à charge », « avance de frais », « je ne sais pas combien je vais devoir payer pour ces soins » sont particulièrement évoquées par les renonçants et ce quel que soit leur régime d'affiliation, la fréquence de ces citations varie quelque peu d'un département à l'autre et d'un régime à l'autre.
- ✓ Deux autres raisons sont fréquemment évoquées pour expliquer les renoncements : les délais pour obtenir un rendez-vous avec un professionnel de santé (cette raison est citée par 13,1 % des renonçants assurés au régime Général), et le manque de temps pour consulter (cette raison est surtout citée par 12,8 % des assurés à la MSA et par 14,2 % des assurés au RSI).

<sup>17</sup> Nous ne citons ici que les pourcentages les plus élevés. Le total de ces pourcentages dépasse 100 dans la mesure où les renonçants ont dans la plupart des cas déclarés plusieurs causes.

<sup>18</sup> Nous ne citons ici que les pourcentages les plus élevés. Le total de ces pourcentages dépasse 100 dans la mesure où les renonçants ont dans la plupart des cas déclarés plusieurs causes.

- ✓ Parmi les renonçants assurés au régime Général, le manque de temps pour aller voir les professionnels de santé, mais aussi l'éloignement géographique sont plus souvent mis en avant en Lozère que dans les autres départements.

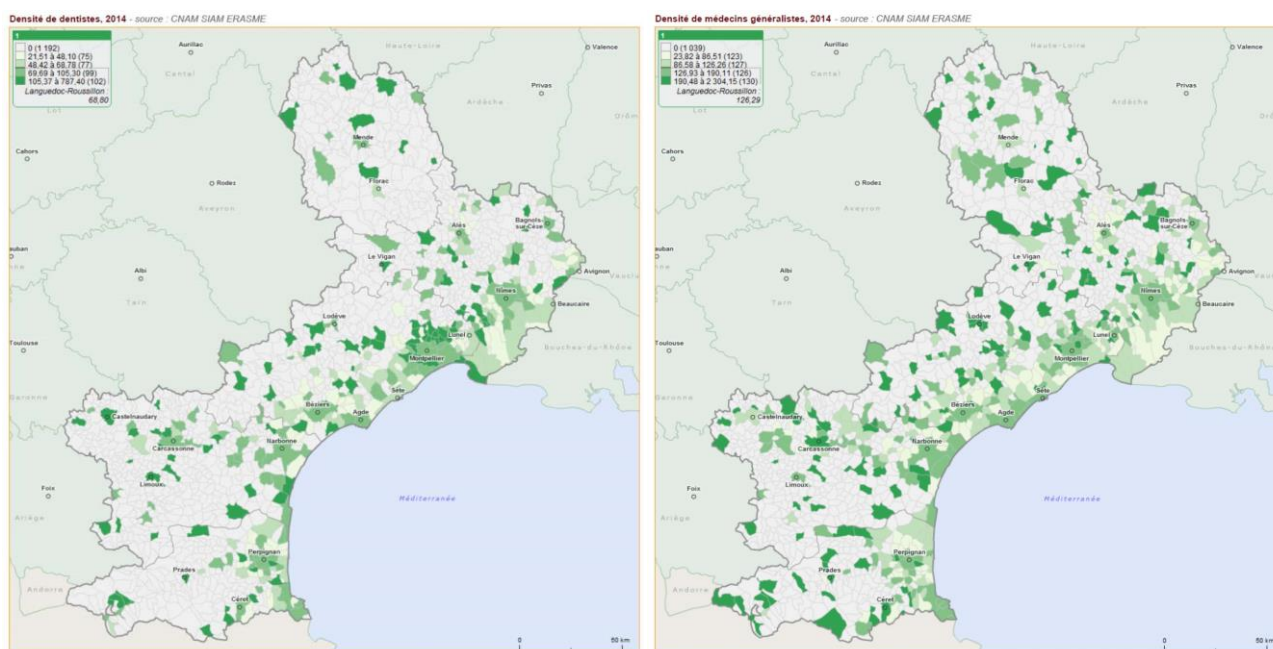
Ainsi, en Lozère, 7,1 % des renonçants indiquent que l'éloignement géographique par rapport à l'offre de soins est un obstacle à l'accès aux soins et 7,3 % qu'ils manquent de temps pour se rendre chez les professionnels de santé. On comprend aisément dans quelle mesure ces deux raisons peuvent s'articuler l'une à l'autre.

- ✓ Dans les Pyrénées Orientales, 7,6 % des personnes interrogées déclarent quant à elle que la lassitude est un facteur de renoncement.

Le document « Etat des lieux économique, social et sanitaire en Languedoc-Roussillon » déjà repris dans ce rapport, indique une densité médicale plus élevée en Languedoc-Roussillon que dans les autres régions. Cependant, la répartition géographique des professionnels de santé est très inégale, avec d'un côté une concentration sur la frange littorale et de l'autre côté une déshérence dans les territoires moins actifs où la population est plus âgée. Les gynécologues et les ophtalmologues ne sont présents, à quelques exceptions près, que dans les grandes et moyennes villes de la région. Cette absence de professionnels de santé sur certains territoires, notamment en Lozère, est un frein manifeste dans l'accès aux soins et éclaire certaines des raisons apportées par les renonçants pour expliquer leurs difficultés d'accès aux soins.

Le document relève également un vieillissement du corps médical et notamment des généralistes libéraux (1/3 d'entre eux ont plus de 55 ans) et de certaines spécialités comme les gynécologues, les anesthésistes et les chirurgiens.

**Cartes 4 & 5 : Densité médicale en 2014** (carte de gauche : dentistes – carte de droite : médecins généralistes)



#### 4. Le renoncement aux soins : un phénomène « intégré »

L'enquête par questionnaire réalisée au niveau régional a porté le regard sur des indices permettant de vérifier l'hypothèse du renoncement comme comportement intégré. Quatre questions ont ainsi été introduites dans la version du questionnaire utilisé dans le présent diagnostic ; aucune n'avait été prise en compte dans le questionnaire élaboré pour l'étude initiale du BRSG. Ces questions sont relatives à :

- ✓ La durée du renoncement.
- ✓ Le sentiment que la situation ne peut pas changer (renoncement définitif et non simple retard).
- ✓ Le sentiment de ne pas pouvoir bénéficier de soins quand nécessaires.
- ✓ Les conséquences perçues sur l'état de santé, la vie professionnelle, familiale et sociale.

##### 4.1. Un renoncement qui dure depuis plus de 2 ans pour plus d'un quart des renonçants

Pour le régime Général, dans 29,6 % des cas, le(s) renoncement(s) déclaré(s) dure(nt) depuis plus de deux ans. En fonction des départements, ce taux varie mais il reste, dans tous les cas, supérieur à 20 %. Il grimpe à 32,8% pour les renonçants assurés à la MSA et à 36,4% pour ceux affiliés au RSI.

Tableau 16 : Ancienneté du renoncement

En %	Aude	Hérault	Lozère	Pyrénées Oales	Régime général	MSA	RSI
Moins de 6 mois	31,6	28,1	22,2	22,2	26,4	23,2	22
Entre 6 mois et 1 an	26	18,8	13,2	23,9	21,7	26,4	22
Entre 1 et 2 ans	18,1	26,5	25	20,8	22,4	17,6	19,6
Plus de 2 ans	24,6	26,7	39,6	33,1	29,6	32,8	36,4

##### 4.2. Le renoncement est perçu comme durable ou définitif par au moins un renonçant sur cinq

Plus d'un quart des renonçants (26 %) assurés au régime Général pense que leur situation de renoncement n'est pas réversible. C'est en Lozère que ce sentiment paraît le plus présent (36,1% des renonçants). C'est le cas également pour 25% de ceux qui sont affiliés à la MSA et pour 31% de ceux qui relèvent du RSI. Ce sentiment plus prononcé pour le RSI confirme ce

que l'on sait par ailleurs (baromètres d'opinion) sur le pessimisme dans l'avenir, plus prononcé chez les travailleurs indépendants.

**Tableau 17 : Renoncement durable sinon définitif**

En %	Aude	Hérault	Lozère	Pyrénées Oales	Régime général	MSA	RSI
<b>La situation ne peut pas changer</b>	21,2	23,4	36,1	28,7	26	25	31

#### *4.3. Plus du tiers des renonçants estiment ne pas pouvoir bénéficier de soins*

Alors que pour plus des trois quarts des renonçants la dernière consultation médicale date de moins de 6 mois, plus du tiers considèrent ne pas pouvoir bénéficier de soins quand ils en ont besoin. En effet, une chose est de pouvoir consulter, une autre est de pouvoir satisfaire l'intégralité de ses besoins de soins. Si être en renoncement ne signifie pas que les personnes ne « consomment » aucun soin, consommer ponctuellement des soins ne veut pas dire que les personnes ont le sentiment de pouvoir bénéficier de tous les soins dont elles ont besoin, quand cela leur paraît nécessaire. Les entretiens montrent en outre que de nombreuses personnes qui renoncent à des soins sont prises en charge par l'Assurance Maladie Obligatoire au titre d'une ALD.

Si les personnes ne renoncent pas à tous les types de soins, et si certains renoncements paraissent s'ancrer plus que d'autres dans la durée (par exemple, les renoncements à des soins dentaires, optiques et à de l'appareillage auditif, comme le pointent les entretiens), elles ont, pour beaucoup d'entre elles, le sentiment de ne pas/plus pouvoir recourir à l'ensemble de l'offre de soins offerte par le système de santé aujourd'hui. Ce sentiment de relégation est particulièrement prononcé dans l'Hérault et surtout en Lozère ; dans ce dernier département, l'éloignement géographique de l'offre de soins joue très probablement.

**Tableau 18 : Dernière consultation et sentiment de ne pas pouvoir se soigner**

En %	Aude	Hérault	Lozère	Pyrénées Oales	régime général	MSA	RSI
<b>Dernière consultation &lt; à 6 mois</b>	-	-	-	-	82,9	76,9	75,8
<b>Sentiment de ne pas pouvoir bénéficier de soins</b>	32,9	39,4	41,4	34,4	36,3	33,1	38,3

#### *4.4. La perception générale d'une fragilité accrue*

La perception par les personnes que le renoncement peut avoir des conséquences sur leur état de santé – physique et mental, comme le signalent les entretiens -, mais aussi sur leur vie sociale, familiale et/ou professionnelle, joue probablement dans la représentation du renoncement comme situation subie et inquiétante.

La difficulté d'accéder aux soins est ainsi pour le moins perçue, sinon vécue par les renonçants, comme un facteur de fragilisation qui a des effets sur les conditions de vie des personnes. Ce constat apporte un indice sur la gravité sociale du phénomène de renoncement à des soins. Si les conséquences sur l'état de santé viennent naturellement en tête, on s'aperçoit que, pour plus d'un renonçant sur quatre, cette situation retentit parallèlement sur leur vie sociale et professionnelle.

Les entretiens confirment d'ailleurs cela avec beaucoup de force et permettent en outre de comprendre à quel point la qualité de vie peut quotidiennement être impactée par l'absence de certains soins dont les personnes ont pourtant besoin.

Les conséquences sur la vie professionnelle, et notamment sur le maintien dans l'emploi ou sur la capacité des personnes à exercer leur activité dans de bonnes conditions, sont davantage soulignées chez les renonçants affiliés à la MSA, pour lesquels le corps est bien souvent pensé comme l'outil principal de travail, et surtout au RSI, dont les revenus dépendent directement de leur maintien en activité.

**Tableau 19 : Les conséquences du renoncement**

En %	Aude	Hérault	Lozère	Pyrénées Oales	régime général	MSA	RSI
Conséquences sur l'état de santé	74,1	72,8	70,3	78,1	74,7	76,7	60,8
Conséquences sur la vie sociale	29,3	25,9	37,2	28,5	28,7	18,8	18,3
Conséquences sur la vie prof,	-	-	-	-	22	20,3	27,5

Et c'est bien parce que renoncer à se soigner, partiellement ou totalement, a des conséquences individuelles de différentes natures que le phénomène n'est parallèlement pas sans conséquences sur les rapports sociaux et le vivre ensemble, ainsi que le montrent tous les corpus d'entretiens. Les renonçants expliquent en effet ressentir, pour la grande majorité d'entre eux, un sentiment d'injustice par rapport au fait de ne pas pouvoir accéder aux mêmes possibilités que « d'autres » en matière de soins ; les récits qu'ils font de leur situation et de leurs difficultés signalent en outre qu'ils rejettent, en partie sinon complètement, la responsabilité de cette situation sur « ces autres ». Le renoncement aux soins, lorsqu'il impacte le sentiment d'inclusion sanitaire et sociale des personnes, cachent ainsi de potentielles déchirures dans le lien social.

### III – Des enseignements pour l’action

Au-delà des caractéristiques statistiques du phénomène, l’enquête en région Languedoc-Roussillon permet de dégager des constats pour des pistes d’action à partir des entretiens réalisés auprès de 250 personnes, assurées au régime Général ou à la MSA. En nous appuyant directement sur les monographies et en particulier sur ce qui ressort des entretiens, il est possible d’introduire deux discussions générales qui prolongent les conclusions du rapport général produit dans le Gard.

La première discussion porte sur le faisceau d’indices relevés dans cette étude, qui pourrait permettre d’orienter les actions à poursuivre ou à entreprendre vers des groupes prioritaires. Il s’agit alors de dégager des profils de vulnérabilité à partir desquels il serait envisageable d’ordonner sur les territoires des coopérations entre acteurs engagés dans une « veille du renoncement ». Sur ce plan, l’étude apporte des éléments nouveaux sur le renoncement en tant que comportement intégré, qui pourraient être opérationnalisés comme indicateurs d’alerte.

La deuxième discussion renvoie plus directement aux réponses collectives, partant des besoins des personnes. Il s’agit en l’espèce de revenir sur la question du manque de guidance au travers des difficultés qui peuvent interroger les fonctionnements et pratiques des organismes sociaux. En effet, et pour reprendre un constat affirmé dans le rapport sur le BRSG, il est impossible, quel que soit l’acteur mobilisé, de pouvoir agir sur toutes les raisons et *a fortiori* sur l’ensemble des explications du phénomène de renoncement à des soins. Aussi, paraît-il utile de rendre compte des principales observations issues des monographies, relatives aux « réponses accessibles » pour prévenir le renoncement, moyennant des efforts et de l’innovation de la part des acteurs.

#### 1. Un faisceau d’indices pour une veille du renoncement

Les personnes en situation de renoncement aux soins sont rarement totalement et durablement exclues du système de santé. C’est le cas de seulement quelques personnes rencontrées en entretien qui paraissent traverser des périodes particulièrement difficiles de leur vie. En revanche, elles ne parviennent pas à satisfaire certains de leurs besoins de soins et/ou à accéder à tous les types de soins. En résumé, les renonçants sont le plus souvent inscrits dans un parcours de soins, mais ils n’arrivent pas à faire prendre en charge tous leurs besoins de soins. Cet éloignement partiel et/ou limité dans le temps de l’offre de soins n’en reste pas moins problématique, tant du point de vue de l’individu que de de la collectivité. Cela est vrai quel que soit le régime d’assurance ou le département en ce qui concerne les renonçants affiliés au régime général.

Plusieurs raisons viennent s'enchevêtrer le plus souvent. Nous y reviendrons un peu plus loin. D'une façon générale, les renonçants sont fréquemment en situation d'isolement social et/ou familial. Comme le soulignent les entretiens, de nombreuses personnes vivent seules, et même lorsqu'il s'agit de familles, celles-ci sont souvent isolées socialement et, en cas de difficultés, elles peuvent rarement s'appuyer sur un entourage proche, qu'il soit familial ou amical. De nombreuses personnes ont en même temps une santé physique et/ou mentale fragile et sont d'ailleurs reconnues comme telles administrativement : ALD, invalidité, par exemple. Surtout, la plupart des renonçants a eu un parcours de vie compliqué, fait de ruptures familiales et/ou professionnelles, ponctué d'événements douloureux, qui, selon eux, expliquent leur situation actuelle. Ils ont majoritairement des revenus modestes, et vivent assez souvent sous le seuil de pauvreté. Tous sont loin d'avoir des revenus d'activité réguliers. Néanmoins des personnes aux ressources plus conséquentes peuvent également être en renoncement, notamment à cause de situations d'endettement. Le profil général qui se dégage de l'ensemble est celui qui avait été dressé au travers du BRSG, à savoir que les renonçants sont des personnes en situation de vulnérabilité économique et sociale, et que certaines rencontrent en plus d'importants problèmes de santé.

Ce résumé conduit à s'interroger sur les indices qui permettraient de repérer le plus tôt possible les groupes concernés. Les résultats statistiques peuvent déboucher sur des profils types. En l'espèce, l'absence de complémentaire qui peut être connue des organismes sociaux apparaît comme un indice prioritaire. Ce n'est pas le seul évidemment. En particulier, l'importance de la raison financière largement expliquée par les restes à charge élevés et les avances de frais, indique que la faiblesse des ressources financières est un indice principal. Or l'information correspondante n'est pas directement disponible. Sauf peut-être à penser des modalités *ad hoc* mais forcément partielle, comme par exemple, pour les CPAM, se rapprocher de services sociaux locaux qui attribuent des aides sociales d'urgence (mais les personnes avec de faibles ressources sont loin de toutes y recourir), ou d'acteurs informés de l'endettement des ménages. Lors de la restitution générale du rapport sur le BRSG en septembre 2014, un représentant de la Banque de France avait insisté sur ce type de situation et indiqué une certaine disposition de l'institution à coopérer, percevant de son côté les enjeux d'un traitement social du surendettement<sup>19</sup>. Dans une telle perspective, il serait important de pouvoir repérer les ménages en surendettement chronique, mais aussi ceux dont les découverts, qui se situent en dessous des seuils de certains incidents bancaires (notamment l'incident de paiement au remboursement de crédits aux particuliers inscrit à la Banque de France comme incident de paiement), les amènent à prioriser des dépenses obligatoires quitte à se priver durablement sur différents plans, dont celui de la santé.

L'étude présentée ici propose d'autres pistes pour établir un faisceau d'indices utiles pour une veille du renoncement. En particulier, dès lors que les situations de renoncement résultent pour une part non négligeable de ruptures dans les parcours de vie, plusieurs facteurs d'activation du

---

<sup>19</sup> Dans ce sens, des chercheurs travaillent avec précision. Nous pensons notamment aux travaux de Richard Gaillard, chercheur de l'équipe CNRS ESO à Angers.

renoncement aux soins apparaissent qui pourraient servir directement d'indicateurs de risque dans la mesure où des acteurs en sont informés. Sur ce plan, l'enquête par entretien montre l'importance de trois types de rupture dans le processus de renoncement : la perte de l'emploi, la séparation/divorce, et dans une moindre mesure le déménagement (avec la perte de repères et de soutiens que cela peut entraîner).

Si certains acteurs (CAF, services sociaux, écoles...) peuvent avoir connaissance de séparations conjugales, d'autres sont informés rapidement des pertes d'emploi (Pôle Emploi) et des déménagements (les collectivités recensent les nouveaux résidents que ce soit par le biais des écoles, des bailleurs sociaux, des services sociaux...). Dit autrement, il existe sur les territoires des acteurs disposant d'informations qui pourraient permettre aux acteurs de l'Assurance maladie – si elles leur étaient communiquées – de se projeter vers des personnes exposées au « risque du renoncement à des soins ». Cela pourrait être un objectif des dispositifs PLANIR<sup>20</sup>. Bien entendu, une telle logique d'action contribuerait de plain-pied à l'évolution sociétale en cours, en France comme dans d'autres pays, liée au développement rapide et parallèle de « l'hyper-surveillance » et de « l'auto-surveillance »<sup>21</sup>. Alors que les assurés sociaux sont appelés à utiliser internet pour rationaliser leurs parcours de soins (Sophia pour l'accompagnement du diabète et de l'asthme par exemple), le travail en réseau institutionnel pour aller le plus tôt possible vers les populations présentant des risques de renoncement à des soins entrerait dans une politique globale de prévention et d'efficience.

L'Assurance maladie n'est pas en reste non plus pour identifier des « groupes cibles », outre le suivi régulier de l'état des droits des assurés<sup>22</sup> et l'anticipation de possibles ruptures (par exemple au moment du passage à la retraite ou de la mise en invalidité)<sup>23</sup> pour lesquels des expériences probantes – effectuées sans coûts de structure supplémentaires – peuvent appeler une généralisation. Par ailleurs, des réformes entrent en application qu'il serait probablement important de suivre avec attention du fait des effets qu'elles pourraient engendrer :

- ✓ La Protection universelle maladie (PUMA), à l'œuvre depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, remplace la CMU de base. Elle fait disparaître aussi les ayants droit. Ainsi, toute personne majeure bénéficie automatiquement de droits, sous condition de résidence. Cette mesure est valable pour les enfants majeurs, mais aussi pour les conjoints, souvent des femmes. La question est de savoir si l'identification de ces ouvrants droit ne peut pas donner lieu à un examen systématique de l'existence ou non d'une complémentaire santé.

---

<sup>20</sup> Hélène REVIL, 2014, « Le « non-recours » à la couverture maladie universelle et sa mise à l'agenda de l'Assurance maladie : un phénomène qui travaille l'institution », *La Revue de l'IREC*, n° 81, pp. 3-32.

<sup>21</sup> Jacques ATTALI, 2006, *Une brève histoire de l'avenir*, Paris, Fayard.

<sup>22</sup> Hélène REVIL, 2008, « Identifier des populations en non-recours aux dispositifs de l'Assurance maladie : proposition de méthodes », *Recherches et prévisions*, n° 93, pp. 102-109.

<sup>23</sup> Philippe WARIN, 2013, « Mieux informer les publics vulnérables pour éviter le non-recours », *Informations sociales*, n° 178, pp. 52-62 [en ligne].

- ✓ A la même date du 1<sup>er</sup> janvier 2016, les contrats collectifs de complémentaire santé sont entrés en vigueur. Cette généralisation appelle une vigilance sur des aspects qui peuvent par ailleurs être sources de renoncements à des soins. Outre le fait important que la prévoyance, qui regroupe des risques très lourds (invalidité, dépendance, décès), n'est pas rendue obligatoire pour tous les salariés, cette mesure qui devrait accroître d'un point le taux de couverture santé complémentaire chez les salariés va avoir pour effet probable de renchérir les tarifs pour les non-salariés et notamment pour les retraités. C'est pour prévenir cet effet que le gouvernement a fait voter un crédit d'impôt pour les contrats individuels des plus de 65 ans. En même temps, un décret applicable en 2017 devrait encadrer les tarifs pour les salariés partant à la retraite. Malgré ce lissage progressif des coûts, de nombreux experts prévoient que les retraités aux faibles pensions de pourront plus s'assurer<sup>24</sup>. Aussi, une poursuite du repérage du renoncement aux soins mériterait-elle un focus particulier sur les 65 ans et plus, voire directement sur les retraités.

Du fait de ces réformes et de leurs probables conséquences (mais aussi d'autres évolutions, à commencer par celles concernant les niveaux de prise en charge par l'assurance de base), on assiste à une individualisation des droits (la PUMA consacre la fin du lien entre travail et Assurance Maladie, déjà écorné par la CMU) et à la disparition de la solidarité intergénérationnelle dans les tarifs de contrats individuels (la généralisation des contrats collectifs segmente les populations entre salariés et non-salariés, entre salariés jeunes et salariés âgés ou handicapés dont les risques en matière de santé sont les plus élevés). Dans ces conditions, se pose à l'action préventive contre le renoncement aux soins la question de l'intérêt d'un repérage et d'une intervention ciblée sur des groupes potentiellement vulnérables, et celle de leurs modalités.

## **2. Des réponses au manque de guidance accessibles pour les acteurs**

### *2.1. Des obstacles financiers, au manque de guidance dans l'accès aux droits et aux soins*

Nous l'avons dit, les raisons financières sont les plus citées par les renonçants. Ce sont en premier lieu les restes à charge qui sont perçus comme problématiques ; que leur montant soient connus avec certitude par les personnes - notamment parce que celles-ci ont fait faire un (ou plusieurs) devis par un (des) professionnel(s) de santé - ou qu'ils soient « anticipés » - une partie non négligeable des personnes paraît avoir intégré l'idée selon laquelle certains soins sont trop chers et inaccessibles à une partie de la population -, faire face aux restes à charge est particulièrement difficile lorsque les situations financières sont fragiles et incertaines.

---

<sup>24</sup> Nicolas LAGRANGE, 2016, « Des failles dans les complémentaires santé », *Alternatives économiques*, n° 353, pp. 30-31.

Les avances de frais peuvent parallèlement constituer un sérieux obstacle à l'accès aux soins pour une partie des renonçants, parfois même pour les consultations chez un généraliste. Elles peuvent en outre devenir particulièrement problématiques lorsque les personnes doivent avancer les frais de plusieurs consultations et/ou examens sur une courte période. Concernant les personnes en ALD, le mécanisme de prélèvement des franchises a été également cité comme pouvant parfois poser problème et déséquilibrer de tout petits budgets. Les dépassements d'honoraires complexifient encore la situation, les personnes qui y ont déjà été exposées et qui n'ont pas osé en négocier le montant avec les professionnels de santé ont, là encore, tendance à les anticiper pour la suite de leur parcours de soins et à avoir l'impression qu'elles ne pourront pas y faire face. Les dépassements peuvent en ce sens contribuer à ce que les personnes s'éloignent « par anticipation » de certains soins.

Dans tous les cas et même si la grande majorité des personnes accorde de l'importance à sa santé, les dépenses liées aux soins ne sont bien souvent pas la priorité. La plupart des renonçants explique en effet être dans l'obligation d'effectuer, quotidiennement, des choix financiers et, dans ce contexte, les soins ne sont pas considérés comme une dépense prioritaire. La raison financière, comme toutes les autres d'ailleurs, est ainsi à resituer dans des contextes de vie : en fonction des niveaux de revenus des personnes et des évolutions possibles sur ce point, de leurs restes pour vivre mensuels, de leur situation par rapport à l'emploi aussi, les raisons financières peuvent prendre sens différemment. En parallèle, les personnes ne « trient » pas toutes leurs besoins de soins de la même manière : la douleur, les conséquences potentielles d'un problème de santé, l'impact sur la vie quotidienne de l'absence de soins, peuvent contribuer à prioriser certains besoins par rapport à d'autres.

Les obstacles financiers, s'ils sont les plus cités dans l'ensemble des départements et des régimes pris en compte dans ce diagnostic, s'articulent toutefois avec d'autres causes et trouvent des explications spécifiques parfois : les délais pour avoir rendez-vous avec certains professionnels de santé, qui ressortent comme une cause de renoncement pour une partie non négligeable de l'échantillon total, peuvent par exemple compliquer la planification financière des soins des personnes qui tentent de faire coïncider au mieux le moment de leurs dépenses de santé avec les périodes un peu moins serrées financièrement. L'éloignement par rapport à l'offre de soins, plus particulièrement cité en Lozère mais également dans l'Aude, peut quant à lui faire craindre des frais financiers supplémentaires – paiement de l'essence ou d'un billet de transport en commun - parfois impossibles à assumer par les personnes. Dans d'autres cas, c'est la peur de devoir s'arrêter de travailler, d'être « mis en arrêt » par le professionnel de santé, et donc de perdre temporairement une partie de leurs revenus qui éloignent les personnes des soins, en particulier généralistes. C'est particulièrement vrai concernant les assurés sociaux de la MSA, exploitants notamment, pour lesquels la vie quotidienne s'articule complètement autour de l'activité professionnelle et du fonctionnement de l'exploitation. Alors que les situations financières ne sont dans de nombreux cas pas florissantes, la perspective d'une baisse de revenus qui impacterait directement l'accès aux soins et les différentes dimensions de la vie des personnes n'est pas imaginable.

Il est en parallèle important de comprendre que les raisons financières s’encastrent, dans la grande majorité des cas, dans une méconnaissance et de multiples incompréhensions concernant le système de protection maladie et de santé. Le non-recours aux droits maladie et aux aides facultatives - non-recours de tous les types d’ailleurs <sup>-25</sup>, l’absence ou l’inadaptation des protections, la méconnaissance de l’offre de soins et une désorientation dans le système de santé sont fréquents. Il était déjà apparu au travers du diagnostic conduit dans le Gard en 2014 qu’une partie importante de la population repérée en renoncement, diverse dans ses caractéristiques sociodémographiques mais aussi au regard des parcours sociaux et trajectoires de vie, rencontrait des difficultés pour entrer ou rester dans un parcours de soins. Il était en outre ressorti du BRSG que de nombreuses personnes ne présentaient pas une autonomie suffisante pour entreprendre et conduire seules les démarches nécessaires et ne trouvaient parallèlement pas de soutien suffisant du côté des acteurs administratifs ou sociaux et des professionnels de santé. Dans ce contexte, de nombreuses personnes rencontrées en entretien dans le cadre du BRSG se déclaraient perdues dans leurs démarches par rapport à la protection maladie et aux soins et ne savaient plus comment s’y prendre pour sortir de cette situation.

Le diagnostic régional en Languedoc-Roussillon montre que ces éléments ne sont pas spécifiques au Gard, mais concernent aussi les assurés du régime Général et de la MSA, de l’Aude, l’Hérault, la Lozère et les Pyrénées-Orientales. Une partie des personnes rencontrées en entretien reste par exemple en dehors de ses droits à la CMU-C ou à l’ACS par méconnaissance ; d’autres ont tenté de les faire valoir mais ont abandonné en cours de route, du fait de multiples incompréhensions notamment. Une partie des personnes sans complémentaire n’a quant à elle pas réussi à souscrire à un contrat ; pour d’autres les démarches sont en cours mais elles n’aboutissent pas. De nombreux assurés rencontrés en entretien ressentent ainsi la nécessité d’être davantage informés, de bénéficier d’explications, d’être incités à réaliser telle ou telle démarche, d’être orientés vers un professionnel de santé pouvant prendre en charge leur besoin de soins, d’être guidés dans leurs choix, notamment concernant la protection complémentaire ; tout comme cela avait été le cas dans le Gard, ce sont à nouveaux ce type de besoins que les personnes en renoncement ont exprimé lors des entretiens qualitatifs réalisés dans le Languedoc-Roussillon. Des manques de guidance viennent ainsi attiser les obstacles financiers, géographiques également, et activer leurs conséquences sur l’accès aux soins.

Il est important de noter qu’à cela s’ajoute fréquemment une autre difficulté : les personnes peinent à identifier des interlocuteurs vers lesquels se tourner pour les aider à trouver une solution à leurs problèmes d’accès aux soins. Les entretiens montrent que ceux-ci sont rarement

<sup>25</sup> Rappel des formes du non-recours (typologie explicative de l’Odenore) :

La <i>non-connaissance</i> , lorsque l’offre n’est pas connue.
La <i>non-proposition</i> , lorsque l’offre n’est pas activée malgré l’éligibilité du demandeur, que celui-ci connaisse ou pas l’offre.
La <i>non-réception</i> , lorsque l’offre est connue, demandée mais pas obtenue ou utilisée.
La <i>non demande</i> , quand l’offre est connue mais pas demandée, ou bien un droit ouvert mais la prestation non utilisée.

abordés avec les agents des organismes de protection maladie, en particulier parce que les personnes ne les perçoivent pas comme des interlocuteurs vers lesquels se tourner pour obtenir du soutien sur ce point. De nombreux enquêtés ont en outre expliqué méconnaître les missions et le rôle des organismes d'Assurance Maladie et en avoir une vision très restrictive. Les personnes reconnaissent en outre que des agents d'accueil ou des travailleurs sociaux, des CPAM, de la MSA, ont pu leur apporter par le passé des informations utiles dans le cadre d'une demande d'aides légales ou facultatives, de la constitution de dossiers de prise en charge spécifique... Mais elles n'ont pas pour autant l'impression que les organismes se soient préoccupés et/ou aient été attentifs, plus globalement, à leurs difficultés concrètes pour accéder à certains soins. Cela a d'ailleurs pu générer de la lassitude chez certaines personnes, du découragement, « une impression que cela ne sert donc à rien d'en parler ». Dans les Pyrénées-Orientales, plus que dans les autres départements, les personnes ont cité « la lassitude » comme l'une des causes de leur renoncement en matière de santé.

Une grande partie des personnes auprès desquelles des entretiens ont été effectués a parallèlement déclaré ne pas parler de certains besoins de soins avec les médecins qui par ailleurs les suivent, médecin traitant inclus. Que les personnes estiment qu'il ne revient pas au médecin généraliste de prendre en charge certains besoins de soins – en particulier dentaires –, qu'elles pensent que ce n'est pas le rôle du médecin traitant que de s'occuper de leurs difficultés administratives d'accès à certains soins ou/et qu'elles se refusent, par pudeur ou par honte, à lui exposer leurs situations financières compliquées – alors même que la plupart des personnes dit avoir une relation de confiance avec son médecin –, le résultat est identique ; il n'existe pas, ou peu, de prises sur les situations de renoncement, présentes ou à venir, pour les professionnels de santé qui, bien souvent, de fait n'en ont ni connaissance, ni conscience. Cela est dommage car les quelques personnes qui disent avoir parlé ouvertement de leurs difficultés d'accès aux soins avec des professionnels de la santé reconnaissent avoir généralement reçu en retour des conseils et des informations utiles dans leurs démarches par rapport aux droits et aux soins.

Il est important de rappeler que les personnes ne renoncent, pour la grande majorité d'entre elles, pas à l'ensemble des soins dont elles ont besoin. De manière générale et comme nous l'avons vu un peu plus tôt dans ce rapport, la grande majorité des renonçants n'est pas en rupture totale avec le système de santé ; il existe toutefois des ruptures durables avec certains types de soins, notamment les soins dentaires et optiques, mais également les appareillages auditifs. On remarque en outre qu'une partie importante des personnes approchées dans le cadre de cette enquête sont prises en charge au titre d'une ALD et/ou sont en invalidité. Bien qu'en contact, parfois très fréquents, avec les institutions sanitaires et sociales, ces personnes sont au moins aussi perdues par rapport à leurs droits et aux soins que la minorité de personnes totalement éloignées du système de santé.

Pour de nombreuses personnes en ALD et/ou en invalidité, ou qui sont arrêtées pour cause de maladie ou d'accident du travail, la complexité de leur situation médico-administrative génère

une impression de ne plus rien comprendre et, de fait, de ne pas maîtriser l'accès à leurs droits et à certains de leurs soins. C'est en particulier le cas lorsque les personnes n'ont, par le passé, pas été habituées à se préoccuper de leur protection maladie et de leur accès aux soins et que la survenue de la maladie ou un accident au travail ont brutalement changé la donne. Ce type d'événements a en outre pu signifier la fin de la vie professionnelle ou, tout du moins, une modification de celle-ci. Il a généralement impliqué une perte de revenus et/ou du statut social liée à l'activité professionnelle. Comme le montrent les entretiens, la survenue d'événements tels que la maladie ou un accident entraînent plus largement des changements dans les modes de vie des personnes concernées – en termes d'alimentation, d'activités physiques, de loisirs, de sommeil parfois. Tout cela s'accompagne d'une relation continue et fréquente avec une multiplicité de professionnels des organismes de protection sociale et de soignants afin d'effectuer les soins, mais également les démarches administratives nécessaires à la prise en charge des personnes – visites médicales, envois de formulaires, demandes pour avoir une aide à domicile, etc. Ces changements dans le quotidien et l'importance que prennent subitement les démarches administratives dans la vie de ces assurés ne sont pas sans créer une certaine lassitude, une fatigue, pouvant contribuer au renoncement. Le seul fait de devoir faire une démarche de plus pour pouvoir accéder à un soin peut alors être une raison suffisante pour ne pas satisfaire ce besoin. Ce peut aussi être la lassitude qui découle d'un besoin de soins conséquent en volume qui peut amener les personnes atteintes de pathologies chroniques à se tenir à distance des soins qu'elles ne jugent pas comme impérativement nécessaires.

Paradoxalement, le renoncement peut ainsi naître d'un rapport trop étroit avec le système de santé et les soignants. Pour les personnes très éloignées de tout type de soins, (re)mettre un pied dans le monde de la protection maladie et dans le système de santé peut paraître tout simplement impossible. Être en plein milieu du système de protection maladie et de santé ou être complètement en dehors peut ainsi conduire au même résultat. Ces situations interrogent en revanche différemment les organismes de l'Assurance Maladie, et plus globalement, les professionnels de la santé et du social.

Si pour des personnes très éloignées de tout type de soins, il convient de réfléchir en priorité à la manière de les « capter » et de rendre visible leur(s) renoncement(s), pour celles qui sont en contact, parfois très réguliers, avec le système de protection sociale et de santé, il s'agit de « ne pas les laisser repartir sans réponse » et de pointer les moyens et les outils existants, et/ou à construire, pour éviter que les personnes ne soient complètement perdues, ne sachent plus comment se repérer par rapport à leurs droits et aux soins et se désespèrent de ne pas être écoutées lorsqu'elles tentent d'évoquer leurs difficultés au guichet. Ce sont bien aux divers besoins de guidance exprimés dans les entretiens que des réponses peuvent certainement être apportées.

L'expérience des Comités d'analyse dans le cadre du diagnostic régional en Languedoc-Roussillon permet ainsi de souligner que des solutions peuvent être dès à présent proposées à une partie importante des personnes en renoncement. Bien qu'insuffisantes pour résoudre de

manière systématique les difficultés d'accès aux soins, elles peuvent tout de même grandement soulager les personnes, mais également leur montrer que les organismes sanitaires et sociaux entendent et prennent en considération leurs difficultés.

## *2.2. L'existence de leviers et d'outils pour répondre aux situations de renoncement*

Durant toute la durée du Diagnostic régional de l'accès aux soins, des Comités d'analyse se sont réunis dans les différentes caisses du régime général et de la MSA (annexe 3) : tout comme cela avait été le cas dans la Gard, ils avaient vocation à favoriser les échanges sur le renoncement aux soins à partir des synthèses d'entretien, à apporter des solutions aux renonçants repérés dans le cadre du diagnostic lorsque cela était possible et à imaginer les actions à mettre en œuvre pour prévenir et/ou répondre, dans les mois et les années à venir, au renoncement aux soins.

En fonction des caisses, les Comités étaient à géométrie variable ; leur composition pouvait également changer d'une séance à l'autre en fonction des disponibilités des services et des besoins repérés au travers des synthèses d'entretien. A côté des chargés d'étude ayant réalisé les entretiens, les Comités associaient donc possiblement des membres des Directions, des cadres et agents des différents services et composantes de l'Assurance Maladie. Dans certains départements, des partenaires ont également participé aux Comités.

A travers de telles configurations, il a été possible d'analyser de manière croisée les situations de renoncement, de recouper les points de vue, d'échanger collectivement sur les difficultés rencontrées par les personnes, sur les raisons qui pouvaient aussi expliquer que l'Assurance Maladie ne les ait pas perçues par le passé. Les Comités d'analyse ont ainsi permis de « plonger » collectivement dans les aspects les plus concrets du renoncement aux soins et de « faire connaissance » avec « les renonçants ».

A partir de là, les professionnels du social et de la santé présents dans les Comités ont pu réfléchir conjointement aux solutions à apportées immédiatement aux personnes. Ces temps de travail sur les synthèses d'entretien, et donc sur les récits faits par les assurés de leurs difficultés, ont permis aux acteurs de l'Assurance Maladie de prendre conscience que certains outils étaient d'ores et déjà disponibles, mais que les dispositifs ou les connaissances pour les mettre en œuvre manquaient parfois. Les situations des renonçants ayant été étudiées de manière transversale, des actions coordonnées ont en outre pu être mises en place.

La transversalité de l'analyse et le croisement des différents regards, à un moment T, sur les situations individuelles, a finalement rendu possible l'atteinte simultanée de deux objectifs. D'une part, à un niveau individuel, cela a permis d'agir directement sur certaines situations singulières et de déboucher sur des solutions concrètes pour les assurés. Plus globalement, cela a conduit à esquisser des pistes d'actions collectives pour la suite et de dessiner les potentiels leviers pour faire face au phénomène de renoncement aux soins.

#### A. La mise en œuvre immédiate d'actions auprès de nombreux renonçants

Dans toutes les caisses, la plupart des assurés en renoncement qui avaient donné leur accord pour être recontactés l'ont été. Dans la foulée des Comités d'analyse, les actions individuelles mises en œuvre pour aider les personnes à faire face à leurs difficultés d'accès aux soins ont été de plusieurs natures et de différents teneurs ; elles ont en outre nécessité l'investissement de plusieurs services et/ou composantes de l'Assurance Maladie afin de répondre, de manière la plus pertinente possible, aux diverses problématiques de guidance et de lever, ce faisant, une partie des obstacles financiers, et parfois géographiques, à l'accès aux soins.

Dans certains cas, une « simple » mise à jour des dossiers a été nécessaire pour réenclencher le parcours des personnes vers les soins ; en Lozère notamment, des difficultés ont pu être levées par ce seul moyen. Dans d'autres, il s'est agi d'ouvrir des droits CMU-C ou ACS et/ou de constituer une demande d'aide financière supplémentaire ponctuelle pour des besoins en optique et/ou en dentaire et/ou en appareillage auditif. Selon les départements, des aides facultatives pour le paiement d'une complémentaire ont également été apportées à certaines personnes. L'actualisation de la protection de base et/ou complémentaire, l'ouverture de droit à une prestation légale, l'accès à des aides facultatives, ont ainsi constitué une part importante des solutions proposées aux renonçants.

Ceux-ci, lorsque cela s'est avéré nécessaire, ont été orientés vers les interlocuteurs et/ou les services qui pouvaient apporter leur concours à la levée du renoncement et/ou à limiter l'impact de l'absence de soins ; des orientations ont ainsi été faites vers des spécialistes exerçant géographiquement plus près du lieu de résidence des personnes et étant en mesure de répondre à des besoins de soins spécifiques, vers un interlocuteur approprié pour l'obtention d'une aide technique pour l'aménagement du domicile de personnes en perte d'autonomie, vers des offres de prévention, telle celle de la MSA « Instant santé ». En fonction des départements, une orientation vers le CES pour réaliser un bilan de santé a été proposée à certains renonçants ou à tous (par exemple dans les Pyrénées-Orientales).

Dans un département et au regard du contenu de certaines synthèses (récits suggérant des pratiques pouvant être médicalement risquées de l'automédication), l'Echelon Local du Service Médical (ELSM) a pris contact avec les médecins traitants des personnes ; dans un autre territoire, l'ELSM a adressé aux médecins traitants un courrier de sensibilisation sur la situation de leur(s) patient(s) en renoncement. Dans tous les cas et en respectant la confidentialité des informations médicales, il s'est agi de donner aux professionnels de santé une possibilité pour échanger avec les personnes concernées sur d'éventuels besoins de soins non satisfaits et pour porter une attention particulière à des situations présentant du point de vue médical certains risques.

Enfin, en fonction des résultats départementaux du diagnostic et de la nature des obstacles plus ou moins fréquemment rencontrés par les renonçants, des actions particulières ont vu le jour dans certains départements. Cela a par exemple été le cas dans l'Aude où des difficultés relatives à l'accessibilité géographique des soins ont été mises en lumière ; dans cette perspective, une action « transport/solidarité » a été rendue effective pour permettre aux personnes âgées sans moyen de transport de se rendre chez le médecin.

#### B. L'importance des actions d'information et d'explication.

La nécessité d'informer les personnes sur les droits CMU-C et ACS, sur leur éligibilité potentielle en la matière, mais également de porter à leur connaissance l'existence d'aides facultatives ou de services, est apparue nettement au travers du diagnostic. Au-delà, c'est bien aussi de leur expliquer les démarches à mettre en œuvre pour accéder aux prestations légales et/ou facultatives et pour les utiliser dont il s'est agi. Il est en effet ressorti de nombreuses synthèses d'entretien que les bénéficiaires de la CMU-C n'ont par exemple pas toujours connaissance du panier de soins dont ils peuvent bénéficier et qu'ils renoncent, parfois, à des actes ou du matériel pourtant pris en charge dans le cadre du dispositif. Même s'ils ont des droits ouverts, les assurés peuvent donc avoir du mal à saisir ce que peut être précisément l'apport dans leur parcours de soins de la CMU-C. Ceci n'est qu'un exemple de la méconnaissance des personnes par rapport à certaines aides et des multiples incompréhensions qui parsèment les chemins vers les soins. Malgré la présence d'une protection, mais en l'absence d'explications sur l'usage de celle-ci, les difficultés dans l'accès aux soins peuvent donc perdurer.

Les besoins d'explication ont concerné aussi l'offre de soins : la distinction entre « secteur 1 » et « secteur 2 » n'est notamment et bien souvent pas comprise par les assurés ce qui peut compliquer leur orientation dans le système de soins et le repérage des professionnels de santé vers lesquels ils pourraient se tourner. Les personnes ont en outre évoqué leurs difficultés à trouver de l'information sur la localisation des médecins spécialisés et sur les tarifs des consultations, et ce même si des outils existent pour accroître la lisibilité en la matière. Malheureusement, les personnes méconnaissent pour beaucoup ces outils et/ou ne savent, là encore, pas comment les utiliser.

Suite aux Comités d'analyse, de nombreuses actions ont ainsi été conduites pour informer les personnes et/ou leur expliquer des points précis des droits, dispositifs, aides, services... Lorsque le besoin d'information portait sur un point spécifique (accord CMU-C, explication sur les droits, prévenir d'une prochaine fin de droits de base), les personnes ont généralement été informées par téléphone. Les contacts pris par téléphone pouvaient aussi concerner des assurés pour lequel des pièces justificatives étaient manquantes de manière à pouvoir ouvrir, si possible, des droits ACS et CMU-C. Lorsque les personnes ressentaient le besoin de bénéficier d'explications plus spécifiques et/ou quand les membres des Comités d'analyse percevaient un manque de discernement pouvant gêner la mise en place de solutions, des rendez-vous ont été

proposés aux personnes, par exemple en vue d'une affiliation, de la constitution de dossiers CMU-C/ACS, de la réalisation d'un bilan complet des droits, de la présentation de l'offre de soins, de l'apport d'informations relatives à l'offre en centre dentaire mutualiste ou sur l'existence de fonds sociaux dans certains organismes complémentaires, etc. Dans certains départements, au regard des incompréhensions concernant certains courriers en particulier, les modalités d'information des assurés ont été modifiées ; dans les Pyrénées-Orientales par exemple, des courriers sont désormais accompagnés de flyers afin de donner des explications complémentaires aux personnes et de favoriser leur compréhension des informations présentes dans le courrier.

### C. La nécessité d'accompagner certaines personnes pour lever plusieurs obstacles dans l'accès aux soins.

D'une caisse à l'autre et en fonction de la situation des renonçants et de l'analyse faite de leur dossier dans le cadre des Comités, les services impliqués dans l'apport d'informations et d'explications ont pu être différents. En outre, si le contact initial a été pris par un service plutôt que par un autre, la nécessité d'une action coordonnée entre plusieurs services s'est souvent avérée nécessaire, et ce dans tous les départements, et en particulier lorsque plusieurs obstacles se positionnaient sur le chemin de l'accès aux soins des personnes.

Ainsi des personnes rencontrées dans un premier temps par le Service social de la CARSAT ont ensuite été réorientées vers le service de l'Action Sanitaire et Sociale pour obtenir des aides. Plusieurs enquêtés ont également été orientés vers des services sociaux extérieurs aux caisses qui pouvaient contribuer à solutionner les difficultés en matière de soins. Alors que bien souvent le renoncement ne s'explique pas par un obstacle unique, c'est l'articulation et la coordination de l'action, des outils et des compétences, dont disposent différents services en interne de la caisse, ou entre la caisse et son environnement, qui s'est posée.

Quand cela semblait nécessaire, un accompagnement a en l'occurrence été proposé aux personnes pour intervenir sur plusieurs dimensions de leur situation, articuler des éléments de réponse et tenter de lever successivement les différents freins rencontrés pour accéder aux soins ; la nécessité d'accompagner les personnes dans leur parcours d'accès aux droits et aux soins a parfois pu émerger suite à la réalisation d'un bilan complet des droits, montrant la nécessité d'actionner, simultanément, plusieurs leviers pour aider les personnes à accéder aux soins dont elles avaient besoin.

Dans certains départements, en fonction du profil des personnes, de la nature de leurs difficultés aussi, c'est le service Social qui a conduit les accompagnements. Dans d'autres, le service de l'Action Sanitaire et Sociale a quant à lui proposé des « suivis attentionnés ». On

devine au travers de la divergence des termes que le type de guidance proposé, en fonction notamment du service qui prend en charge les personnes, n'est pas nécessairement identique ; mais au final, il s'est agi dans tous les cas, par des formes d'accompagnement individualisé et différencié, d'apporter du soutien aux personnes, de répondre au mieux au manque de guidance et de participer, ce faisant, à mettre en place les conditions de leur accès effectif aux soins.

Comme on le devine à travers l'exemple qui précède, une réflexion sur la nature des leviers à actionner pour répondre et/ou prévenir à l'avenir les situations de renoncement aux soins a découlé, dans tous les organismes, de la mise en œuvre d'actions pour tenter de lever immédiatement les difficultés rencontrées par les personnes « captées » au travers du diagnostic.

### *2.3. La mise en exergue de leviers d'action pour systématiser la prise en charge des difficultés d'accès aux soins.*

Au-delà des réflexions relatives aux pistes d'action, des discussions se sont ouvertes sur les évolutions nécessaires au sein des caisses, et concernant les relations à leur environnement, pour systématiser la mise en œuvre de réponses aux difficultés d'accès aux soins auxquelles une partie des assurés est exposée. Les évolutions imaginées peuvent ainsi concerner les modalités d'information et de communication sur les aides et les services proposés par les caisses, nous en avons parlé ci-dessus, mais aussi l'organisation du travail en interne, les articulations entre les services, les fonctionnements routiniers et les pratiques quotidiennes lors de l'accueil des assurés et/ou la liquidation des dossiers. Elles peuvent aussi porter sur les liens à tisser ou à activer avec d'autres acteurs présents sur les territoires, afin de repérer et de prendre en charge les difficultés d'accès aux soins, non pas unilatéralement, mais en coordonnant les interventions, en articulant les aides et les services proposés, de manière à faire émerger les complémentarités dans les réponses faites à des publics bien souvent « partagés » par les différents organismes et structures.

#### A. Des leviers en interne.

Nous avons évoqué la question du nécessaire accompagnement de certaines personnes vers les droits et les soins. Que ce soit parce que les manques de discernement ne concernent pas tous les assurés de la même manière ou parce que certaines situations sont plus complexes que d'autres d'un point de vue médico-administratif, des besoins d'accompagnements s'agissant plus particulièrement de certains publics ont été pointés lors des Comités d'analyse. Parfois en effet, une action ponctuelle n'est pas suffisante ; la mise en œuvre d'une prise en charge individualisée, différenciée et graduée en fonction des besoins et des capacités des personnes à participer à la levée des obstacles qui jalonnent leur chemin vers les soins, paraît s'imposer. Dans ce cadre, des réflexions ont en parallèle vu le jour, dans les organismes, sur la nature de

l'accompagnement à proposer pour améliorer l'accès effectif aux droits et aux soins et sur les services et professionnels à solliciter pour le conduire.

Ainsi, dans l'Hérault, il est par exemple envisagé que le service ASS réalise un accompagnement auprès des assurés demandant une aide extra-légale et qui, soit, n'auraient pas de couverture complémentaire santé, soit, seraient touchés par une pathologie grave. La MSA a quant à elle lancé une réflexion sur la mise en place de parcours et d'accompagnement pour plusieurs catégories d'assurés identifiées comme vulnérables au renoncement (par exemple lors d'une mise en invalidité).

Au regard de la multiplicité et de l'ampleur des obstacles financiers dans l'accès aux soins et à certains soins en particulier, les évolutions envisagées au sein de l'Assurance Maladie ne concernent pas « uniquement » la mise en place de services d'accompagnement qui auraient vocation à être proposés aux plus fragiles. Elles peuvent aussi porter sur des aspects plus généraux de la « politique » des caisses. Ainsi, plusieurs CPAM ont souligné, suite au diagnostic et à l'attribution de nombreux renoncants d'aides exceptionnelles pour financer une partie de leurs soins, l'importance d'envisager un potentiel recentrage de leur politique d'Action sanitaire et sociale sur les aides à la réalisation des soins et/ou une révision des barèmes de l'ASS pour les rendre davantage cohérents avec certains résultats du diagnostic.

Parallèlement et alors que les problématiques informationnelles portent également sur les alternatives thérapeutiques qui pourraient être proposées aux personnes dans de nombreux cas, l'implication du service Médical de l'Assurance Maladie dans la construction des réponses à apporter aux renoncants pourrait à l'avenir permettre de disposer d'un avis sur certaines « situations limitatives » (actes hors nomenclature, problématique médicale sensible...), ainsi que sur la justification médicale de la proposition thérapeutique faite aux personnes et l'existence d'alternative(s) pertinente(s). Si parfois, les professionnels de santé ne peuvent pas emprunter plusieurs voies pour répondre aux besoins de soins, dans d'autres cas, différentes « stratégies thérapeutiques » peuvent être envisagées. Le recours aux implants n'est par exemple pas toujours l'unique réponse possible aux problèmes dentaires. Tous les organismes ont ainsi perçu la nécessité de porter également le regard sur la nature des soins proposés à certains renoncants, de manière à concilier au mieux une réponse de qualité à leurs besoins et les possibilités en termes de financement. Dans cette perspective, un travail d'information des assurés sur l'existence d'alternatives thérapeutiques prises en charge, au moins partiellement, par les organismes de protection maladie de base ou/et complémentaire, est notamment envisagé.

On voit au travers de tous ces exemples que la perspective d'intervenir plus systématiquement sur le renoncement aux soins peut emporter une réflexion sur le rôle à jouer en la matière par chaque composante de l'Assurance Maladie, sur les articulations entre service Social et services administratifs, sur des fonctionnements et des pratiques internes donc. La perspective de répondre et d'éviter le renoncement peut ainsi conduire à travailler sur les modes de faire au

sein des organismes, mais également sur les partenariats à mettre en œuvre avec les différents acteurs des champs sanitaire et social.

#### B. Le besoin de renforcer ou de créer des partenariats.

Si des leviers peuvent exister en interne des Caisses d'Assurance Maladie, celles-ci ont parallèlement bien perçu la nécessité de travailler au-delà de leurs murs et d'échanger sur la question du renoncement avec les différents acteurs du monde sanitaire et social. A cet égard, dans l'Aude, un groupe de travail associant des membres de la CPAM et les Chirugiens-dentistes du département a notamment été créé afin de réfléchir à d'éventuelles solutions concernant la problématique du renoncement aux soins dentaires, particulièrement prégnante dans ce département comme dans les autres d'ailleurs.

De manière générale, dans tous les départements et tous régimes confondus, la réflexion porte désormais sur le renforcement des partenariats avec des acteurs sanitaires et sociaux, institutionnels ou associatifs, afin d'intervenir plus spécifiquement auprès de certains publics, et ce de manière complémentaire et coordonnée. Dans l'Aude, la CPAM a par exemple commencé à travailler avec la Ville de Narbonne afin de contacter les assurés suivis par la ville et qui n'auraient pas eu de soins depuis plus de 24 mois ; un partenariat est aussi envisagé avec la Poste au sujet des bénéficiaires de l'Allocation spécifique de solidarité aux personnes âgées (ASPA) sans ACS ; dans ce cadre, les personnels de la Poste pourraient par exemple être mis à contribution pour informer les personnes âgées bénéficiant du minimum vieillesse de leur éligibilité potentielle à l'ACS. Dans les Pyrénées-Orientales comme dans d'autres départements d'ailleurs, il s'agit également de mobiliser des partenariats déjà existants avec plusieurs Centres communaux d'action sociale (CCAS), avec des acteurs des Contrats locaux de santé (CLS), avec des associations œuvrant auprès de publics spécifiques, etc.

Ce faisant, l'objectif est bien, comme indiqué plus tôt dans ce rapport, de renforcer la « mise en réseau » de l'ensemble des acteurs qui peuvent, d'une manière ou d'une autre, contribuer à prévenir et/ou à « traiter » les situations de renoncement aux soins. Mais l'horizon est bien aussi de faire émerger les conditions d'une détection large du renoncement, au-delà des publics accueillis dans les organismes d'Assurance Maladie, et impliquant par conséquent des acteurs de diverses natures, positionnés en différents points des territoires. Les partenariats mis en place dans les départements pour réaliser l'enquête par questionnaires dans le cadre du diagnostic ont préfiguré cela.

#### C. Réfléchir aux moyens de mieux « capter » le renoncement pour pouvoir enclencher la guidance.

L'une des questions qui se pose pour l'avenir, si l'objectif est de pérenniser et de systématiser des actions visant à limiter et/ou à prévenir le renoncement, est en effet celle de la captation du phénomène. Nous retrouvons ici aussi des points déjà évoqués dans ce rapport. Pour lever,

autant que faire se peut, les obstacles financiers et géographiques, pour guider les personnes vers leurs droits CMU-C ou ACS, pour les inciter à constituer des dossiers d'ASS, il s'agit en premier lieu de « rendre visibles » les personnes concernées par le renoncement, notamment lorsque celui-ci est « total », et de « tendre l'oreille » pour écouter leurs difficultés et en prendre acte.

Une des limites en la matière est notamment relative au fait que de nombreux besoins de soins non satisfaits n'ont pas été déclarés comme tels au moment du questionnaire et ont émergé au travers des entretiens, dans le cadre d'un échange plus nourri, plus long aussi, avec les chargés d'étude. La minimisation des besoins de soins, la négation ou l'acceptation de leur situation de renoncement par certaines personnes, la honte de demander de l'aide et de franchir le seuil d'un organisme social, rendent plus aléatoire la captation du renoncement. Cette sous-déclaration au moment de l'enquête par questionnaire a particulièrement été pointée pour les assurés de la MSA et contribue certainement à expliquer le plus faible taux de renoncement pour ce régime.

Que des personnes aient échappé au regard scientifique pose une question méthodologique, mais la difficulté d'approcher certains renonçants et de porter le regard sur certains renoncements interroge également l'action. En effet, dans ces cas, comment enclencher la guidance ? Comment mettre en place les actions qui pourraient permettre aux personnes de sortir de cette situation de renoncement ? La question est donc bien aussi celle des moyens à mettre en œuvre pour que, d'une part, les personnes perçoivent davantage les organismes d'Assurance Maladie comme des interlocuteurs légitimes et pertinents pour les aider à dépasser les obstacles en matière d'accès aux soins et pour, d'autre part, que l'ensemble des professionnels des CPAM, et des organismes/structures partenaires, soient, au-delà-des cibles, en capacité de repérer les indices qui peuvent suggérer une situation de renoncement, même quand celle-ci est tue.

Les enjeux pour l'avenir sont, en ce sens, certainement relatifs aux leviers à activer pour sensibiliser tous les acteurs de l'Assurance Maladie et de leur environnement à la question du renoncement aux soins, afin de déconstruire notamment certaines idées reçues, et pour former et outiller au mieux les professionnels qui seront, à l'avenir, chargés de détecter le renoncement.

## Conclusion

L'enquête menée en région Languedoc-Roussillon avec plusieurs caisses des trois principaux régimes d'Assurance Maladie obligatoire présente l'intérêt de la nouveauté. C'est la première fois qu'une enquête multi-sites, impliquant un aussi grand nombre d'acteurs, est réalisée de cette façon sur la question du renoncement aux soins. Malgré les imperfections des méthodes et outils mis en œuvre, et les lacunes de l'analyse, ce rapport – composé de cette note de synthèse et d'un ensemble de monographies – présente, de par les seules caractéristiques précitées, un caractère unique.

Nouveauté n'est cependant pas gage de pertinence. Aussi, quelques points de conclusion peuvent-ils être apportés pour tenter de faciliter la prise en compte des résultats de cette étude pour l'action. Ils sont mis à la discussion.

Un premier apport du travail de diagnostic étendu en Languedoc-Roussillon peut résider dans la possibilité de fournir un faisceau d'indices pour une veille du renoncement à un niveau local. Il s'avère que des profils de populations plus vulnérables que d'autres au renoncement aux soins ont été mis en avant, qu'il faudrait très probablement affiner en poursuivant la détection à partir d'une version précisée de l'outil. Surtout, il apparaît que cet effort de ciblage pourrait au mieux atteindre son but si le dispositif de détection recevait des informations complémentaires d'autres acteurs (sociaux, associatifs, bancaires...). Dans ce sens, la connexion avec des acteurs producteurs de données particulièrement intéressantes pour développer des actions de prévention du renoncement à partir de son repérage ne peut être qu'encouragée.

En l'espèce, et pour ajouter un exemple supplémentaire, la société de conseil aux complémentaires, Jalma, estimait qu'en 2013 et 2014, 100 000 personnes ont fait le choix chaque année de se désassurer, et rapportait dans ses enquêtes sur la résiliation des contrats qu'environ 20% des personnes en contrat individuel ne choisissent pas d'autres complémentaires par ailleurs. Et la Mutualité française de préciser, à partir de son expertise, le « désamour de l'assurance » que le renchérissement des coûts n'arrange pas, et de citer en particulier les jeunes célibataires qui décideront plus tard de s'assurer, une fois en couple avec enfants<sup>26</sup>. Ou pour revenir à un acteur cité plus haut, la branche Famille : tenir compte – si possible – du travail de détection à venir du côté des CAF pour repérer les anciens allocataires de la Prime pour l'emploi qui, du fait de la non automaticité de la nouvelle Prime d'activité en ce qui les concerne (à la différence des anciens allocataires du RSA activité), risquent de se

---

<sup>26</sup> Laétitia CLAVREUL, 2014, « De plus en plus de Français se passent de complémentaire santé », *Le Monde*, 21 octobre.

retrouver pour un temps au moins en non-recours<sup>27</sup> et ainsi avec une baisse de leurs ressources qui peut entraîner notamment un report de soins pour eux et leurs proches.

Dit autrement, la vulnérabilité au risque du renoncement aux soins peut être appréhendée à différents niveaux. On le voit donc, le travail de détection engagé au niveau du Gard et poursuivi à un niveau régional, s'il venait à s'étendre et à être pérennisé, aurait intérêt à s'enrichir de nouvelles collaborations. Cependant, une telle évolution appellerait certainement la définition d'une gouvernance générale de ce qui serait alors une « observation territoriale partagée du renoncement aux soins ».

Au-delà de la production de données quantitatives, l'approche qualitative des situations a permis de confirmer, tout en remarquant des contrastes selon le régime d'assurance ou le département, les connaissances acquises sur les raisons du renoncement. Sur cette base, la nécessité de trouver tant que possible des solutions pour franchir les obstacles financiers mais aussi pour accompagner les personnes dans l'accès aux droits et aux soins ne fait plus de doute. La prise en compte de l'enquête par les Comités d'analyse a démontré la très grande réactivité des acteurs du régime Général et de la MSA. Ce constat est majeur. D'une part, il démontre que la production de connaissances peut être immédiatement au service de recherche de solutions. D'autre part, il indique que face à un phénomène massif, mais qui jusque-là restait plutôt dans l'ombre, les acteurs peuvent aussitôt mobiliser des ressources internes et externes, seuls ou collectivement, pour apporter des réponses concrètes. Aussi, comme la détection, l'action a également besoin d'une gouvernance pour coordonner les interventions dans un souci d'efficacité des résultats et d'efficience des moyens. Ce point est d'autant plus important que la question des ressources à mettre en œuvre pèse fortement pour tous les acteurs.

Vu l'imbrication des raisons du renoncement dans la plupart des situations, il apparaît que la mobilisation des moyens nécessaires pour répondre ou prévenir le renoncement dépasse la seule Assurance Maladie. Alors même que le phénomène général de non-recours est, dans ses formes les plus aiguës, le produit d'une accumulation de situations de droits éligibles non ouverts, ou s'ils sont ouverts de droits non activés, il est très probable que la recherche de solutions aux situations de renoncement aux soins (comme à d'autres situations de privations) puisse trouver au mieux son efficacité et son efficience au travers d'un diagnostic complet des droits à l'ensemble des aides légales et extralégales, financières et non financières. Ce type de réponse globale appelle ce que l'on pourrait nommer une « organisation collective des moyens aux services des populations vulnérables ».

Derrière cette remarque se tient le constat selon lequel le traitement collectif d'une question comme celle du renoncement aux soins a probablement intérêt à être attentif à la mutation profonde et rapide de notre système de protection sociale et de politiques sociales, qui conduit sur plusieurs plans en même temps à associer les droits (et la redistribution) à la personne et

---

<sup>27</sup> Dans le budget 2016, le gouvernement a tablé en effet sur un taux de recours de 50% (et donc autant de non-recours) sur les 5,6 millions de personnes potentiellement éligibles.

non plus à l'emploi qu'elle occupe et à son statut dans l'emploi. Les changements porteurs de cette individualisation des droits sont là. On l'a signalé en évoquant la PUMA et, d'une certaine façon, les contrats collectifs de complémentaire santé ; d'autres mesures sont dans cette lignée, comme la création du compte personnel d'activité (CPA), votée dans le cadre de la Loi sur le dialogue social d'août 2015, etc. Ou encore la mission en cours demandée par le Premier ministre pour penser les termes d'une réforme des minima sociaux qui, si elle n'est pas paramétrique, pourrait aller jusqu'à une fusion. Se profilerait, dans ce cas, la mise en œuvre d'un revenu de base, comme cela est expérimenté dans d'autres pays européens. En l'espèce, l'histoire n'est pas écrite, mais beaucoup d'experts de la protection sociale s'accordent pour dire qu'une seule chose est certaine, à savoir qu'avec le revenu de base, la protection sociale qui repose sur le principe « à chacun selon ses besoins » cédera la place à un système où chacun devra se débrouiller avec la même somme. Le rapport avec la question du renoncement se présente alors ainsi. Outre la possibilité – à vérifier précisément – que ces changements créent des lésés dans la possibilité de se soigner, notamment dans le haut de l'échelle des travailleurs pauvres ou parmi les retraités modestes pour lesquels le risque maladie est plus élevé, ils appellent très probablement à considérer que l'individualisation des droits sociaux ait pour équivalent une individualisation du traitement du risque social du renoncement aux soins (ou d'autres non-recours en général), dont la principale caractéristique serait de mobiliser l'ensemble des droits accumulés ou aides accessibles pour la personne.

Dès lors que l'on cherche à dresser cet arrière-plan de la transformation de la protection sociale, il faut tenir compte en même temps d'autres changements de fond, comme ceux induits par l'économie du Net et ses conséquences – observées – de précarisation des conditions de travail. Cette évolution, fortement médiatisée par les controverses et conflits engendrés par la seule plateforme de services Uber, n'intéresse pas directement la CNAMTS, à moins que le salariat soit élargi aux travailleurs du numérique. Le Conseil national du numérique (CNNum) plaide cependant plutôt pour un renforcement du statut des indépendants. Dans ce cas, le sujet concerne le RSI ; mais en l'espèce tout est à écrire. Car si le Conseil appelle dans un rapport remis en janvier 2016 à la ministre du Travail à ne pas faire du modèle salarial *l'alpha et l'oméga* de toute politique publique de l'emploi (dixit), il s'agit dans ce cas de savoir si ces travailleurs indépendants disposeront comme les *self-employed workers* britanniques de droits en matière de santé.

Evoquer ces questions d'ensemble en conclusion de cette synthèse générale a pour intention de mettre à sa juste place la question flagrante et principale du « manque de guidance » ou d'accompagnement des personnes en renoncement aux soins. Cette dimension largement expliquée dans le travail présenté ici est centrale dans l'explication du phénomène et majeure dans la définition des objectifs d'action. Beaucoup de choses sont par conséquent à faire dans ce sens au vu des besoins et attentes recueillis dans les entretiens, au-delà même des solutions existantes et de la réactivité immédiate des acteurs des Comités d'analyse. Sur ce plan, la Plateforme d'intervention départementale pour l'accès aux soins et à la santé (PFIDASS), mise en œuvre à titre expérimental dans le Gard suite au Baromètre du renoncement aux soins

(BRSG), présente un système d'intervention partenariale qui paraît largement probant et dont une extension à d'autres territoires devra décider d'une possible généralisation à terme. Pour autant, le renoncement aux soins renvoie aussi à des raisons structurelles qui ne peuvent trouver de solutions principalement dans des dispositifs d'intervention auprès de populations détectées en situation de renoncement.

Nous venons d'évoquer rapidement la mutation en cours du système de protection autour de l'individualisation des droits sociaux, mais d'autres dimensions structurelles ressortent avec évidence de l'enquête et questionnent directement la politique de santé. On ne peut en effet finir sans revenir sur la question centrale des restes à charge et à travers elle, notamment, sur la part de l'assurance de base dans le financement des dépenses de santé des assurés sociaux. Et en même temps, on ne peut pas non plus ne pas mentionner les conséquences de l'inégale répartition de l'offre médicale (du fait notamment de la concentration de l'offre libérale et hospitalière), mais aussi sociale et médicosociale sur les territoires. Sur ce plan, les résultats de l'enquête synthétisée ici confirment le point de vue selon lequel le système de santé continue sa marche vers une organisation à deux vitesses.

Tout d'abord, la prégnance de la question des restes à charge – sans même parler des avances de frais qui renvoient en particulier à la généralisation du tiers payant – illustre la baisse de la part de la Sécurité sociale dans les remboursements : au niveau national, de 80 % du coût total des soins en 1980, elle est passée à 76,6 % en 2014. Surtout, la Sécurité sociale se concentre aujourd'hui sur le remboursement des soins lourds, comme les soins hospitaliers, pris en charge à 91 %, et les Affectations longue durée (à 100%) qui concernent 2,2 millions de patients. Cette évolution est liée notamment à l'explosion des maladies cardio-vasculaires et des cancers, elle-même corrélée à la dégradation des conditions de vie, à la pollution et à l'alimentation. En la matière, les inégalités sociales et territoriales sont également importantes, comme l'a indiqué en particulier le livre blanc « Pour un plan cœur » présenté le 17 octobre 2014 par le Conseil économique, social et environnemental.

Aussi, l'action contre le renoncement aux soins a-t-elle probablement à porter aussi sur l'application des mesures de prévention prises dans une politique d'information et d'éducation à la santé ; question importante, que la présente étude n'aborde pas mais que des dispositifs visant à faciliter l'accès aux soins et à la santé sont censés devoir traiter. Une étude d'IMS Health de 2012 indiquait que ne pas prendre ses médicaments coûte cher<sup>28</sup> ; ce qui pose le problème des dépenses de santé hors de contrôle. Seuls 40 % des patients suivent leur traitement tandis que les autres s'exposent à des complications qui coûtent 9 milliards par an à la Sécurité sociale. Dans le cas de l'hypertension, la complication la plus fréquente est l'accident vasculaire cérébral dont le coût s'élève à 4 milliards par an. Et d'autres exemples aux mêmes conséquences s'ajoutent, comme le diabète pour lequel le fait de ne pas se soigner

---

<sup>28</sup> IMS Health / Centre de réflexion sur l'industrie pharmaceutique (CRIP), 2012, « Améliorer l'observance. Traiter mieux et moins cher » [en ligne].

correctement dès le début se traduit par un recours plus rapide à l'insuline, et un risque accru de complications graves (amputation, cécité...).

A l'inverse les soins de ville ne sont plus pris en charge qu'à hauteur de 63 % par la Sécurité sociale ; le reste est supporté par des acteurs privés (mutuelles, instituts de prévoyance, assurances complémentaires) ou les patients eux-mêmes. La difficulté à accéder à des soins dentaires mais aussi notamment à des consultations de généralistes s'explique, on l'a vu, dans ces termes ; c'est ce qui creuse les inégalités sociales de santé, elles-mêmes accrues par les « déserts médicaux » (manifeste ici au niveau infra-départemental malgré une densité régionale supérieure à la moyenne nationale). Les professionnels de santé sont rares dans de nombreux secteurs ; sans compter les honoraires libres qui restreignent aussi l'accès aux soins d'une partie de la population (pour rappel : en 2015, ils représentaient plus de 2,7 milliards d'euros au niveau national, contre 900 millions en 1990). La Loi santé, présentée au printemps 2015 et votée début 2016, n'a pas remis en cause ce mode de fonctionnement, même si des évolutions sont perceptibles : elle maintient la tarification à l'acte des soins médicaux et la liberté d'installation.

A cela se conjugue sur les territoires, l'inégale présence de services sociaux et d'équipements médicosociaux, en mesure de jouer des rôles relais dans la réalisation de soins ou d'accompagnement vers des soins. La richesse plus ou moins grande des collectivités, leur émiettement sur bon nombre de territoires peu urbanisés en attente de politiques de pays ou d'intercommunalités, les choix de concentrer les moyens dans les quelques grands pôles urbains régionaux censés répondre « par ruissellement » aux besoins des périphéries sont autant de conditions qui font que l'hôpital devient pour beaucoup l'ultime recours quand bien même les personnes peuvent y accéder. C'est ainsi que le renoncement aux soins impacte la médecine et l'économie hospitalières, et que le phénomène présente un véritable enjeu systémique pour la politique de santé dans son ensemble, sinon sur plusieurs de ses pans.

Dans ce contexte général, le travail réalisé ici pour aborder à un niveau régional le phénomène du renoncement aux soins servira peut-être à alerter déjà sur son ampleur et ses caractéristiques, mais aussi sur certaines de ses exigences pour la collectivité et l'action publique.

# Annexe

## Annexe 1 – Résultats de l'analyse quantitative pour les différents régimes et départements.

### Campagne régionale de repérage du renoncement aux soins. Taux de renoncement.

Au total, **5261** questionnaires ont été passés durant la campagne de repérage. Le régime d'Assurance maladie est connu pour la grande majorité des répondants. Il n'est toutefois pas connu pour une partie d'entre eux (**61 personnes**). Les analyses quantitatives tenant compte, en premier lieu, du régime d'Assurance maladie des répondants, une partie des questionnaires n'a donc pas pu être exploitée. D'autre part, quelques répondants (**16**) ne se sont pas exprimés sur le fait de renoncer ou non à des soins (question 14). Les questionnaires correspondant à ces personnes n'ont, là encore, pas pu être intégrés dans les analyses.

Ainsi, parmi les **5184** personnes pour lesquelles le régime d'Assurance maladie est connu et qui ont répondu à la question 14, **3477** personnes ont déclaré ne pas avoir renoncé ou reporté des soins au cours des douze derniers mois. **1707** ont, quant à elles, dit avoir renoncé ou reporté des soins. Dans cette campagne, au niveau régional et tout régime confondu, **le taux de renoncement est donc de 32,9 %**.

#### 1. TAUX DE RENONCEMENT PAR REGIME, AU NIVEAU REGIONAL :

Régimes	Répondants	Renoncements exprimés	Taux de renoncement
Général	3905	1416	36,3 %
RSI	574	120	20,9 %
MSA	600	133	22,2 %
Autres	105	38	36,2 %
<b>Total</b>	<b>5184</b>	<b>1707</b>	<b>32,9 %</b>

Régimes	Renonçants		Non-renonçants		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Général	1416	36,3	2489	63,7	3905	100
RSI	120	20,9	454	79,1	574	100
MSA	133	22,2	467	77,8	600	100
Autres	38	36,2	67	63,8	105	100
<b>Total</b>	<b>1707</b>	<b>32,9</b>	<b>3477</b>	<b>67,1</b>	<b>5184</b>	<b>100</b>

**2. TAUX DE RENONCEMENT AU SEIN DU REGIME GENERAL, PAR DEPARTEMENT :**

Pour le régime général, nous avons mesuré des taux de renoncement par département. Rappelons que concernant ce régime, nous avons 3905 personnes qui ont répondu à la question 14.

Départements	Répondants	Renoncements exprimés	Taux de renoncement
<b>Aude</b>	945	348	36,8 %
<b>Lozère</b>	424	145	34,2 %
<b>Hérault</b>	1243	452	36,4 %
<b>Pyrénées orientales</b>	1293	471	36,4 %
<b>Total</b>	3905	1416	36,3 %

Départements	Renonçants		Non-renonçants		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
<b>Aude</b>	348	36,8	597	63,2	945	100
<b>Lozère</b>	145	34,2	279	65,8	424	100
<b>Hérault</b>	452	36,4	791	63,6	1243	100
<b>Pyrénées orientales</b>	471	36,4	822	63,6	1293	100
<b>Total</b>	1416	36,3	2489	63,8	3905	100

**Premiers résultats des analyses quantitatives  
pour le régime général, au niveau de la région Languedoc Roussillon**

Parmi les personnes qui ont participé à la campagne et pour lesquelles le régime est renseigné, 3919 appartiennent au régime général. Parmi elles, 1416 personnes ont déclaré avoir renoncé ou reporté des soins au cours des douze derniers mois. 2489 personnes ont dit ne pas avoir renoncé. 14 personnes ne se sont pas exprimées sur la question du renoncement. Dans cette campagne, parmi les assurés du régime général qui se sont exprimés sur le fait de renoncer ou non, le taux de renoncement est donc de 36,3 %.

<b>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé ou reporté un ou plusieurs soins ?</b>				
<b>Q14</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Non</b>	2489	63.73	2489	63.73
<b>Oui</b>	1416	36.26	3905	100.00

Toutes les données qui suivent concernent les assurés du régime général. Nous ne le repréciserons pas à chaque fois. Dans nos commentaires relatifs aux tris à plat des données, nous nous concentrerons sur les pourcentages qui nous semblent les plus significatifs pour comprendre le renoncement et laisserons le lecteur se reporter aux tableaux s'il souhaite porter le regard sur l'ensemble des résultats chiffrés.

Commençons par esquisser le profil des répondants appartenant au régime général afin que chacun puisse, dans un second temps, mettre en perspective les pourcentages relatifs aux renonçants et non-renonçants.

**PROFILS DES REpondANTS**

58,6 % des répondants sont des femmes, 41,4 % sont des hommes.

<b>Sexe ? Répondants</b>				
<b>Q5</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Féminin</b>	2194	58.60	2194	58.60
<b>Masculin</b>	1550	41.40	3744	100.00
<b>Fréquence manquante = 175</b>				

42 % des répondants ont entre 40 et 59 ans, 29,5 % ont entre 25 et 39 ans et 20,2 % ont plus de 60 ans.

Votre âge ? Répondants				
Q6	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
De 18 à 24 ans	310	8.09	310	8.09
De 25 à 39 ans	1129	29.45	1439	37.53
De 40 à 59 ans	1611	42.02	3050	79.55
Moins de 18 ans	10	0.26	3060	79.81
Plus de 60 ans	774	20.19	3834	100.00
Fréquence manquante = 85				

Les répondants vivent dans 42,6 % des cas seul(e)s, dans 23,5 % en couple avec des enfants en charge, dans 18,3 % en couple sans enfant à charge et dans 14,2 % seul(e)s avec des enfants à charge.

Votre situation familiale ? Répondants				
Q7	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
Autre (exemple : personne âgée)	53	1.37	53	1.37
En couple avec enfants à charge	910	23.54	963	24.92
En couple sans enfant à charge	706	18.27	1669	43.18
Seul(e)	1647	42.61	3316	85.80
Seul(e) avec enfants à charge	549	14.20	3865	100.00
Fréquence manquante = 54				

47 % des répondants sont sans activité professionnelle, 29 % sont employés, 16,1 % sont retraités.

Votre catégorie socio-professionnelle ? Répondants				
Q8	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
Agriculteurs exploitants	5	0.13	5	0.13
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	20	0.52	25	0.65
Cadres et professions intellectuelles >	64	1.65	89	2.30
Employés	1121	28.97	1210	31.27
Ouvriers	157	4.06	1367	35.33
Professions intermédiaires	61	1.58	1428	36.91
Retraités	621	16.05	2049	52.96
Sans activité professionnelle	1820	47.04	3869	100.00
Fréquence manquante = 50				

Parmi les répondants, 51,3 % ont une complémentaire santé hors CMU-C et ACS, 23 % ont la CMU-C, 16,8 % n'ont pas de complémentaire, 7,67 % ont une complémentaire avec l'ACS et 1,1 % ont l'AME.

Avez-vous une complémentaire santé ?				
Q9	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
Ne sais pas	4	0.10	4	0.10
Non	656	16.82	660	16.93
Oui la CMUC	896	22.98	1556	39.91
Oui l'AME	43	1.10	1599	41.01
Oui une autre complémentaire santé	2001	51.32	3600	92.33
Oui une autre complémentaire santé avec ACS	299	7.67	3899	100.00
<b>Fréquence manquante = 20</b>				

92,6 % des répondants ont un médecin traitant.

Avez-vous un médecin traitant ? Répondants				
Q11	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
Ne	17	0.44	17	0.44
Non	271	6.98	288	7.42
Oui	3593	92.58	3881	100.00
<b>Fréquence manquante = 38</b>				

Pour 85,1 % des répondants la dernière consultation chez le médecin a eu lieu au cours des 6 derniers mois. Pour 8,2 %, elle a eu lieu il y a plus de 6 mois mais moins d'1 an.

A quand remonte votre dernière consultation chez un médecin ? Répondants				
Q12	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
Au cours des 6 derniers mois	3297	85.11	3297	85.11
Depuis plus de 2 ans	86	2.22	3383	87.33
Entre 1 an et 2 ans	153	3.95	3536	91.28
Entre 6 mois et 1 an	316	8.16	3852	99.43
Je ne sais pas	22	0.57	3874	100.00
<b>Fréquence manquante = 45</b>				

38,1 % des répondants jugent que leur état de santé est bon, 34,9 % qu'il est moyen, 12,4 % le jugent très bon et 11,5 % trouvent que leur état de santé est mauvais.

<b>Comment percevez-vous votre état de santé général ?</b>				
<b>Répondants</b>				
<b>Q13</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Bon</b>	1479	38.06	1479	38.06
<b>Mauvais</b>	448	11.53	1927	49.59
<b>Moyen</b>	1356	34.89	3283	84.48
<b>Très bon</b>	480	12.35	3763	96.83
<b>Très mau</b>	123	3.17	3886	100.00
<b>Fréquence manquante = 33</b>				

Nous allons à présent dresser un « portrait » des renonçants et des non-renonçants du régime général et déterminer leur situation par rapport à la complémentaire santé et au dispositif du médecin traitant. Nous verrons parallèlement comment ils perçoivent leur état de santé et à quand remonte leur dernière consultation chez un médecin.

### GENRE RENONCANTS ET NON-RENONCANTS

Parmi les personnes en renoncement, 65,8 % sont des femmes, 34,2 % des hommes.

<b>Sexe ? Renonçants</b>				
<b>Q5</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Féminin</b>	899	65.81	899	65.81
<b>Masculin</b>	467	34.19	1366	100.00
<b>Fréquence manquante = 50</b>				

54,4 % des non-renonçants sont des femmes. 45,6 % sont des hommes.

<b>Sexe ? Non-renonçants</b>				
<b>Q5</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Féminin</b>	1287	54.42	1287	54.42
<b>Masculin</b>	1078	45.58	2365	100.00
<b>Fréquence manquante = 124</b>				

### AGE RENONCANTS ET NON-RENONCANTS

Les renonçants se situent pour 44,4 % d'entre eux dans la classe d'âge des 40-59 ans, puis dans la classe d'âge des 25-39 ans (30,3 %). 17,6 % ont plus de 60 ans.

Âge ? Renonçants				
Q6	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
De 18 à 24 ans	107	7.67	107	7.67
De 25 à 39 ans	422	30.25	529	37.92
De 40 à 59 ans	619	44.37	1148	82.29
Moins de 18 ans	2	0.14	1150	82.44
Plus de 60 ans	245	17.56	1395	100.00
Fréquence manquante = 21				

Les non-renonçants appartiennent également davantage à la classe des 40-59 ans (40,7 %) ; 29 % ont entre 25 et 39 ans. 21, 6% ont plus de 60 ans.

Âge ? Non-renonçants				
Q6	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
De 18 à 24 ans	203	8.37	203	8.37
De 25 à 39 ans	703	28.99	906	37.36
De 40 à 59 ans	987	40.70	1893	78.06
Moins de 18 ans	8	0.33	1901	78.39
Plus de 60 ans	524	21.61	2425	100.00
Fréquence manquante = 64				

#### SITUATION FAMILIALE RENONÇANTS ET NON-RENONÇANTS

Concernant la situation familiale, 43,1 % des renonçants vivent seul(e)s. 21,8 % vivent en couple avec des enfants à charge, 18,12 % sont seul(s) avec des enfants à charge.

42,5 % des non-renonçants vivent seul(e)s. 24,5 % vivent en couple avec des enfants à charge, 19,9 % sont en couple sans enfant à charge.

Situation familiale ? Renonçants				
Q7	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
Autre (exemple : personne âgée)	22	1.58	22	1.58
En couple avec enfants à charge	304	21.81	326	23.39
En couple sans enfant à charge	214	15.35	540	38.74
Seul(e)	601	43.11	1141	81.85
Seul(e) avec enfants à charge	253	18.15	1394	100.00
Fréquence manquante = 22				

Situation familiale ? Non-renonçants				
Q7	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
Autre (exemple : personne âgée)	31	1.26	31	1.26
En couple avec enfants à charge	601	24.46	632	25.72
En couple sans enfant à charge	489	19.90	1121	45.62
Seul(e)	1043	42.45	2164	88.07
Seul(e) avec enfants à charge	293	11.93	2457	100.00

### SITUATION PROFESSIONNELLE RENONCANTS ET NON-RENONCANTS

51,5 % des renonçants sont sans activité professionnelle. 28,1 % sont employés et 13,9 % sont retraités.

Catégorie socio-professionnelle ? Renonçants				
Q8	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
Agriculteurs exploitants	1	0.07	1	0.07
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	9	0.64	10	0.71
Cadres et professions intellectuelles >	24	1.71	34	2.42
Employés	394	28.06	428	30.48
Ouvriers	37	2.64	465	33.12
Professions intermédiaires	21	1.50	486	34.62
Retraités	195	13.89	681	48.50
Sans activité professionnelle	723	51.50	1404	100.00
<b>Fréquence manquante = 12</b>				

La part des personnes sans activité professionnelle parmi les non-renonçants est un peu plus faible mais atteint tout de même 44,6 %. 29,5 % des non-renonçants sont employés et 17,2 % sont retraités.

Votre catégorie socio-professionnelle ? Non-renonçants				
Q8	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
Agriculteurs exploitants	4	0.16	4	0.16
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	11	0.45	15	0.61
Cadres et professions intellectuelles >	40	1.63	55	2.24
Employés	722	29.45	777	31.69
Ouvriers	120	4.89	897	36.58
Professions intermédiaires	39	1.59	936	38.17
Retraités	422	17.21	1358	55.38
Sans activité professionnelle	1094	44.62	2452	100.00
<b>Fréquence manquante = 37</b>				

**SITUATION PAR RAPPORT A LA COMPLEMENTAIRE SANTE  
RENONCANTS ET NON-RENONCANTS**

Parmi les personnes qui renoncent ou ont renoncé au cours des douze derniers mois, 24,7 % n'ont pas de complémentaire santé. 46,5 % ont une complémentaire santé hors CMUC et ACS, 19,2 % ont la CMUC et 8,3 % une complémentaire avec l'ACS.

Les 350 renonçants sans complémentaire ont donné au total 419 réponses pour expliquer leur non-recours. La raison la plus fréquemment apportée est relative au manque de moyens financiers (38,4 %). Viennent ensuite les raisons « démarches en cours » (20 %), « prise en charge à 100 % » (7, 2 %) et « autres priorités financières (7,2%)».

Avez-vous une complémentaire santé ? Renonçants				
Q9	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
Ne sais pas	2	0.14	2	0.14
Non	350	24.73	352	24.88
Oui la CMUC	271	19.15	623	44.03
Oui l'AME	17	1.20	640	45.23
Oui une autre complémentaire santé	658	46.50	1298	91.73
Oui une autre complémentaire santé avec ACS	117	8.27	1415	100.00
<b>Fréquence manquante = 1</b>				

La part de personnes sans complémentaire parmi celles qui ont dit ne pas renoncer est nettement plus faible que celle des renonçants, elle est en effet de 12,3 %. 54,1 % des non-renonçants ont une complémentaire hors CMU-C et ACS, 25,1 % ont la CMU-C et 7,3 % une complémentaire avec l'ACS.

Les 304 non-renonçants sans complémentaire ont donné au total 355 réponses pour expliquer leur renoncement. La raison la plus fréquemment apportée par les personnes est que les démarches d'ouverture de leur complémentaire sont en cours (25,6 %). Viennent ensuite les raisons « manque de

moyens financiers » (25, 1%) -cette raison est moins fréquemment citée par les non-renonçants que par les renonçants- et « par négligence » (9,6%).

<b>Avez-vous une complémentaire santé ? Non-renonçants</b>				
<b>Q9</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Ne sais pas</b>	2	0.08	2	0.08
<b>Non</b>	304	12.31	306	12.39
<b>Oui la CMUC</b>	620	25.10	926	37.49
<b>Oui l'AME</b>	26	1.05	952	38.54
<b>Oui une autre complémentaire santé</b>	1337	54.13	2289	92.67
<b>Oui une autre complémentaire santé avec ACS</b>	181	7.33	2470	100.00
<b>Fréquence manquante = 19</b>				

### MEDECIN TRAITANT RENONCANTS ET NON-RENONCANTS

90,6 % des renonçants ont un médecin traitant. La part de personnes ayant un médecin traitant est un peu plus élevée chez les non-renonçants (93,7 %).

<b>Avez-vous un médecin traitant ? Renonçants</b>				
<b>Q11</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Ne</b>	9	0.64	9	0.64
<b>Non</b>	123	8.74	132	9.38
<b>Oui</b>	1275	90.62	1407	100.00
<b>Fréquence manquante = 9</b>				

<b>Avez-vous un médecin traitant ? Non-renonçants</b>				
<b>Q11</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Ne</b>	8	0.32	8	0.32
<b>Non</b>	147	5.97	155	6.30
<b>Oui</b>	2307	93.70	2462	100.00
<b>Fréquence manquante = 27</b>				

### DERNIERE CONSULTATION CHEZ UN MEDECIN RENONCANTS ET NON-RENONCANTS

82,9 % des renonçants ont consulté un médecin au cours des 6 derniers mois, contre 86,3 % pour les non-renonçants. Pour 9,6 % des renonçants et 7,4 % des non-renonçants, la dernière consultation remonte à plus de 6 mois mais à moins d'un an.

<b>A quand remonte votre dernière consultation chez un médecin ? Renonçants</b>				
<b>Q12</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Au cours des 6 derniers mois</b>	1163	82.89	1163	82.89
<b>Depuis plus de 2 ans</b>	36	2.57	1199	85.46
<b>Entre 1 an et 2 ans</b>	64	4.56	1263	90.02
<b>Entre 6 mois et 1 an</b>	134	9.55	1397	99.57
<b>Je ne sais pas</b>	6	0.43	1403	100.00
<b>Fréquence manquante = 13</b>				

<b>A quand remonte votre dernière consultation chez un médecin ? Non-renonçants</b>				
<b>Q12</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Au cours des 6 derniers mois</b>	2122	86.33	2122	86.33
<b>Depuis plus de 2 ans</b>	50	2.03	2172	88.36
<b>Entre 1 an et 2 ans</b>	88	3.58	2260	91.94
<b>Entre 6 mois et 1 an</b>	182	7.40	2442	99.35
<b>Je ne sais pas</b>	16	0.65	2458	100.00
<b>Fréquence manquante = 31</b>				

**PERCEPTION DE L'ETAT DE SANTE RENONCANTS ET NON-RENONCANTS**

39,8 % des renonçants perçoivent leur état de santé comme « moyen ». Ce pourcentage est un peu plus faible chez les non-renonçants (32,1 %). La part des renonçants qui déclare que son état de santé est bon est moins élevée que celle des non-renonçants (32,2 % contre 41,4 %). 15,3 % des renonçants trouvent qu'ils sont en « mauvaise » santé ; ce taux est de 9,4 % chez les non-renonçants.

<b>Comment percevez-vous votre état de santé général ? Renonçants</b>				
<b>Q13</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Bon</b>	454	32.24	454	32.24
<b>Mauvais</b>	215	15.27	669	47.51
<b>Moyen</b>	560	39.77	1229	87.29
<b>Très bon</b>	114	8.10	1343	95.38
<b>Très mau</b>	65	4.62	1408	100.00
<b>Fréquence manquante = 8</b>				

<b>Comment percevez-vous votre état de santé général ?</b>				
<b>Non-renonçants</b>				
<b>Q13</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Bon</b>	1020	41.38	1020	41.38
<b>Mauvais</b>	232	9.41	1252	50.79
<b>Moyen</b>	792	32.13	2044	82.92
<b>Très bon</b>	363	14.73	2407	97.65
<b>Très mau</b>	58	2.35	2465	100.00
<b>Fréquence manquante = 24</b>				

### **DIMENSION FAMILIALE DU RENONCEMENT RENONCANTS ET RENONCANTS**

Parmi les renonçants qui ont répondu à la question « Un autre membre de votre famille a-t-il renoncé ou reporté des soins au cours des douze derniers mois ? », 572 ont répondu « oui », 805 ont répondu « non ». Ainsi, 41,5 % des renonçants ont dit qu'un autre membre de leur famille était également en situation de renoncement à un ou plusieurs soins. 58,5 % ont déclaré le contraire.

Lorsque les personnes ont dit qu'un autre membre de la famille renonçait, dans 31,3 % des cas il s'agit du conjoint, dans 26,6 % des cas d'un/des enfant(s), dans 4,9 % des cas du conjoint et d'un/des enfant(s) et dans 37,2 % d'un autre membre de la famille (frères, sœurs, tantes, oncles, parents, ...).

Parmi les non-renonçants qui ont répondu à la question « Un autre membre de votre famille a-t-il renoncé ou reporté des soins au cours des douze derniers mois ? », 209 ont répondu « oui », 2143 ont répondu « non ». Ainsi, 8,9 % des non-renonçants ont dit qu'un autre membre de leur famille était également en situation de renoncement à un ou plusieurs soins. 91,1 % ont déclaré le contraire.

Lorsque les personnes ont dit qu'un autre membre de la famille renonçait, dans 23 % des cas il s'agit du conjoint, dans 22 % des cas d'un/des enfant(s), dans 0,4 % des cas du conjoint et d'une autre personne de la famille, dans 1 % d'un enfant et d'une autre personne de la famille et dans 53,6 % d'un autre membre de la famille (frères, sœurs, tantes, oncles, parents, ...).

Nous allons désormais nous concentrer sur les renonçants (soit 1416 personnes) et sur les renoncements qu'ils ont déclarés.

### **LES RENONCEMENTS : DUREE, NATURE, CAUSES ET CONSEQUENCES**

#### **1. Durée du renoncement :**

Dans 29,6 % des cas, le renoncement dure depuis plus de deux ans. 26,4 % des renonçants déclarent quant à eux que leur situation de renoncement dure depuis moins de 6 mois. Pour 22,4 %, cette durée se situe entre 1 an et 2 ans et pour 21,7 % entre 6 mois et 1 an.

<b>Depuis quand cette situation de renoncement dure-t-elle?</b>				
<b>Q15</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Entre 1 et 2 ans</b>	307	22.36	307	22.36
<b>Entre 2 et 5 ans</b>	242	17.63	549	39.99
<b>Entre 6 mois et 1 an</b>	298	21.70	847	61.69
<b>Moins de 6 mois</b>	362	26.37	1209	88.06
<b>Plus de 5 ans</b>	164	11.94	1373	100.00
<b>Fréquence manquante = 43</b>				

## **2. Sentiment par rapport à la situation de renoncement et à l'accès aux soins :**

51,9 % des renonçants pensent que cette situation de renoncement peut changer prochainement ; 26 % pensent le contraire et 22,2 % ne savent pas.

58,9 % des renonçants ont le sentiment de pouvoir bénéficier de soins quand ils en ont besoin. 36,3 % n'ont pas ce sentiment.

<b>Pensez-vous que cette situation peut changer prochainement?</b>				
<b>Q16</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Ne sais pas</b>	302	22.16	302	22.16
<b>Non</b>	354	25.97	656	48.13
<b>Oui</b>	707	51.87	1363	100.00
<b>Fréquence manquante = 53</b>				

<b>En général, avez-vous le sentiment de pouvoir bénéficier de soins quand vous en avez besoin?</b>				
<b>Q17</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Ne sais pas</b>	65	4.81	65	4.81
<b>Non</b>	491	36.34	556	41.15
<b>Oui</b>	795	58.85	1351	100.00
<b>Fréquence manquante = 65</b>				

## **3. Nature des renoncements :**

Les 1416 renonçants déclarent au total 3343 renoncements. Chaque renonçant déclare en moyenne 2,4 renoncements. Ces renoncements concernent dans 19 % des cas des soins dentaires prothétiques et dans 16,8 % des soins dentaires conservateurs. 35,8 % de ces 3343 renoncements sont donc relatifs à des soins dentaires. Dans 12,4 % des cas, il s'agit de renoncement pour de la lunetterie ou de l'optique et dans 10,9 % de consultations en ophtalmologie. 6 % de ces renoncements concernent des consultations chez un généraliste, 5 % des consultations spécialisées (en particulier consultations en ORL, en rhumatologie et en gastroentérologie) et 5 % des consultations ou des soins gynécologiques.

Autrement dit : 44,9 % des renonçants ont déclaré un renoncement à des soins dentaires prothétiques et 39,6 % à des soins dentaires conservateurs. 29,2 % ont dit renoncer à de la lunetterie ou de l'optique, 25,6 % à des consultations en ophtalmologie, 14,3 % à des consultations chez un généraliste, 12 % à des consultations chez un spécialiste (en particulier consultations en ORL, en rhumatologie et en gastroentérologie) et 11,7 % à des consultations ou des soins gynécologiques. Nous ne citons ici que les pourcentages les plus élevés. Le total de ces pourcentages dépasse 100 dans la mesure où les renonçants ont dans la plupart des cas déclarés plusieurs renoncements.

#### **4. Causes des renoncements :**

Les 1416 renonçants apportent 2845 raisons à leur(s) renoncement(s). Parmi ces raisons, la plus citée est relative aux restes à charge des soins (31,9 %). Viennent ensuite les réponses relatives à l'avance de frais (21,2 %), aux délais d'attente pour avoir un rendez-vous (6,5 %) et au fait de ne pas savoir combien les personnes vont devoir payer pour le soin dont elles ont besoin (6,3 %).

Autrement dit : 64,1 % des renonçants ont dit que les restes à charge constituaient la ou l'une des raisons de leur(s) renoncement(s). 42,6 % ont déclaré que l'avance de frais était la ou l'une des causes. Pour 13,1 %, la ou l'une des raisons est relative aux délais et pour 12,7 %, au fait de ne pas savoir combien les personnes vont devoir payer pour leur(s) soin(s). Nous ne citons ici que les pourcentages les plus élevés. Le total de ces pourcentages dépasse 100 dans la mesure où les renonçants ont dans la plupart des cas déclarés plusieurs causes.

#### **5. Conséquences des renoncements :**

Seuls 12,6 % des renonçants ont le sentiment que cette situation de renoncement n'a ou n'aura pas de conséquences pour eux. 74,7 % craignent en revanche des conséquences sur leur état de santé. 28,7 % pensent que leur(s) renoncement(s) a ou peut avoir des conséquences sur leur vie sociale, 22 % des conséquences sur leur vie professionnelle et 20,5 % sur leur vie familiale. Le total ne fait pas 100 dans la mesure où les personnes pouvaient déclarer plusieurs conséquences.

<b>[aucune conséquence] Avez-vous le sentiment que cette situation a (ou peut avoir) des conséquences :</b>				
<b>Q20_6</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Non</b>	1238	87.43	1238	87.43
<b>Oui</b>	178	12.57	1416	100.00

<b>[sur votre état de santé] Avez-vous le sentiment que cette situation a (ou peut avoir) des conséquences :</b>				
<b>Q20_1</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Non</b>	359	25.35	359	25.35
<b>Oui</b>	1057	74.65	1416	100.00

<b>[sur votre vie professionnelle] Avez-vous le sentiment que cette situation a (ou peut avoir) des conséquences :</b>				
<b>Q20_2</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Non</b>	1105	78.04	1105	78.04
<b>Oui</b>	311	21.96	1416	100.00

<b>[sur votre vie sociale] Avez-vous le sentiment que cette situation a (ou peut avoir) des conséquences :</b>				
<b>Q20_3</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Non</b>	1009	71.26	1009	71.26
<b>Oui</b>	407	28.74	1416	100.00

<b>[sur votre vie familiale] Avez-vous le sentiment que cette situation a (ou peut avoir) des conséquences :</b>				
<b>Q20_4</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Non</b>	1126	79.52	1126	79.52
<b>Oui</b>	290	20.48	1416	100.00

**Premiers résultats des analyses quantitatives  
pour le régime du RSI, au niveau de la région Languedoc Roussillon**

Parmi les personnes qui ont été repérées au moment de la campagne et pour lesquelles le régime est renseigné, 576 appartiennent au régime du RSI. Parmi elles, 120 personnes ont déclaré avoir renoncé ou reporté des soins au cours des douze derniers mois. 454 personnes ont dit ne pas avoir renoncé. 2 personnes ne se sont pas exprimées sur la question du renoncement. Dans cette campagne, parmi les assurés du RSI qui se sont exprimés sur le fait de renoncer ou non, le taux de renoncement est donc de 20,9 %.

<b>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé ou reporté un ou plusieurs soins ?</b>				
<b>Q14</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Non</b>	454	79.09	454	79.09
<b>Oui</b>	120	20.90	574	100.00

Toutes les données qui suivent concernent les assurés du RSI. Nous ne le repréciserons pas à chaque fois. Dans nos commentaires relatifs aux tris à plat des données, nous nous concentrerons sur les pourcentages qui nous semblent les plus significatifs pour comprendre le renoncement et laisserons le lecteur se reporter aux tableaux s'il souhaite porter le regard sur l'ensemble des résultats chiffrés.

Commençons par esquisser le profil des répondants appartenant au régime du RSI afin que chacun puisse, dans un second temps, mettre en perspective les pourcentages relatifs aux renonçants et non-renonçants.

**PROFILS DES REpondANTS**

66,4 % des répondants sont des hommes, 33,6 % sont des femmes.

<b>Sexe? Répondants</b>				
<b>Q5</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Féminin</b>	189	33.63	189	33.63
<b>Masculin</b>	373	66.37	562	100.00
<b>Fréquence manquante = 14</b>				

48 % des répondants ont entre 40 et 59 ans, 30,8 % ont plus de 60 ans et 18,9 % entre 25 et 39 ans.

Votre âge? Répondants				
Q6	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
De 18 à 24 ans	13	2.31	13	2.31
De 25 à 39 ans	106	18.86	119	21.17
De 40 à 59 ans	270	48.04	389	69.22
Plus de 60 ans	173	30.78	562	100.00
Fréquence manquante = 14				

Les répondants vivent dans 36,4 % des cas en couple sans enfant en charge, dans 27,7 % seul(e)s et dans 27,6 % en couple avec des enfants à charge.

Votre situation familiale ? Répondants				
Q7	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
Autre (exemple : personne âgée)	4	0.71	4	0.71
En couple avec enfants à charge	156	27.56	160	28.27
En couple sans enfant à charge	206	36.40	366	64.66
Seul(e)	157	27.74	523	92.40
Seul(e) avec enfants à charge	43	7.60	566	100.00
Fréquence manquante = 10				

77,7 % des répondants sont artisans, commerçants ou chefs d'entreprise, 9,2 % sont retraités et 8 % sont sans activité professionnelle.

Votre catégorie socio-professionnelle ? Répondants				
Q8	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
Agriculteurs exploitants	8	1.39	8	1.39
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	446	77.70	454	79.09
Cadres et professions intellectuelles >	2	0.35	456	79.44
Employés	12	2.09	468	81.53
Ouvriers	5	0.87	473	82.40
Professions intermédiaires	2	0.35	475	82.75
Retraités	53	9.23	528	91.99
Sans activité professionnelle	46	8.01	574	100.00
Fréquence manquante = 2				

Parmi les répondants, 67 % ont une complémentaire santé hors CMU-C et ACS, 19,8 % ont la CMU-C, 11,6 % n'ont pas de complémentaire et 1,22 % ont une complémentaire avec l'ACS.

Avez-vous une complémentaire santé ? Répondants				
Q9	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
Ne sais pas	2	0.35	2	0.35
Non	67	11.63	69	11.98
Oui la CMUC	114	19.79	183	31.77
Oui une autre complémentaire santé	386	67.01	569	98.78
Oui une autre complémentaire santé avec ACS	7	1.22	576	100.00

95,5 % des répondants ont un médecin traitant.

Avez-vous un médecin traitant ? Répondants				
Q11	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
Ne	2	0.35	2	0.35
Non	24	4.19	26	4.54
Oui	547	95.46	573	100.00
Fréquence manquante = 3				

Pour 82,9 % des répondants la dernière consultation chez le médecin a eu lieu au cours des 6 derniers mois. Pour 7,2 %, elle a eu lieu il y a plus de 6 mois mais moins d'1 an.

A quand remonte votre dernière consultation chez un médecin ? Répondants				
Q12	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
Au cours des 6 derniers mois	474	82.87	474	82.87
Depuis plus de 2 ans	28	4.90	502	87.76
Entre 1 an et 2 ans	28	4.90	530	92.66
Entre 6 mois et 1 an	41	7.17	571	99.83
Je ne sais pas	1	0.17	572	100.00
Fréquence manquante = 4				

39,3 % des répondants jugent que leur état de santé est bon, 25,8 % qu'il est moyen, 14,6 % le jugent très bon et 14,6 % trouvent que leur état de santé est mauvais.

<b>Comment percevez-vous votre état de santé général ?</b>				
<b>Répondants</b>				
<b>Q13</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Bon</b>	224	39.30	224	39.30
<b>Mauvais</b>	83	14.56	307	53.86
<b>Moyen</b>	147	25.79	454	79.65
<b>Très bon</b>	83	14.56	537	94.21
<b>Très mau</b>	33	5.79	570	100.00
<b>Fréquence manquante = 6</b>				

Nous allons à présent dresser un « portrait » des renonçants et des non-renonçants du régime du RSI et déterminer leur situation par rapport à la complémentaire santé et au dispositif du médecin traitant. Nous verrons parallèlement comment ils perçoivent leur état de santé et à quand remonte leur dernière consultation chez un médecin.

### GENRE RENONCANTS ET NON-RENONCANTS

Parmi les personnes en renoncement, 62,7 % sont des hommes, 37,3 % des femmes.

<b>Sexe ? Renonçants</b>				
<b>Q5</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Féminin</b>	44	37.29	44	37.29
<b>Masculin</b>	74	62.71	118	100.00
<b>Fréquence manquante = 2</b>				

67,4 % des non-renonçants sont des hommes. 32,6 % sont des femmes.

<b>Sexe ? Non-renonçants</b>				
<b>Q5</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Féminin</b>	144	32.58	144	32.58
<b>Masculin</b>	298	67.42	442	100.00
<b>Fréquence manquante = 12</b>				

### AGE RENONCANTS ET NON-RENONCANTS

Les renonçants se situent pour 54,3 % d'entre eux dans la classe d'âge des 40-59 ans, puis dans la classe d'âge des 25-39 ans (22,4 %). 20, 7% ont plus de 60 ans.

Âge ? Renonçants				
Q6	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
De 18 à 24 ans	3	2.59	3	2.59
De 25 à 39 ans	26	22.41	29	25.00
De 40 à 59 ans	63	54.31	92	79.31
Plus de 60 ans	24	20.69	116	100.00
Fréquence manquante = 4				

Les non-renonçants appartiennent également davantage à la classe des 40-59 ans (46,4 %) ; 33,6 % ont plus de 60 ans. 17, 8% ont entre 25 et 39 ans.

Âge ? Non-renonçants				
Q6	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
De 18 à 24 ans	10	2.25	10	2.25
De 25 à 39 ans	79	17.79	89	20.05
De 40 à 59 ans	206	46.40	295	66.44
Plus de 60 ans	149	33.56	444	100.00
Fréquence manquante = 10				

#### SITUATION FAMILIALE RENONCANTS ET NON-RENONCANTS

Concernant la situation familiale, 33,3 % des renonçants vivent seul(e)s. 31,7 % vivent en couple avec des enfants à charge, 27,5 % sont en couple avec des enfants à charge.

39 % des non-renonçants vivent en couple sans enfants à charge, 26,6 % vivent en couple avec des enfants à charge, 25,9 % sont seul(e)s.

Situation familiale ? Renonçants				
Q7	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
En couple avec enfants à charge	38	31.67	38	31.67
En couple sans enfant à charge	33	27.50	71	59.17
Seul(e)	40	33.33	111	92.50
Seul(e) avec enfants à charge	9	7.50	120	100.00

Situation familiale ? Non-renonçants				
Q7	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
Autre (exemple : personne âgée)	4	0.90	4	0.90
En couple avec enfants à charge	118	26.58	122	27.48
En couple sans enfant à charge	173	38.96	295	66.44
Seul(e)	115	25.90	410	92.34
Seul(e) avec enfants à charge	34	7.66	444	100.00
<b>Fréquence manquante = 10</b>				

<b>SITUATION PROFESSIONNELLE RENONÇANTS ET NON-RENONÇANTS</b>
---

82,4 % des renonçants appartiennent à la catégorie des artisans, commerçants et chefs d'entreprise. 10,1 % sont sans activité professionnelle.

Catégorie socio-professionnelle ? Renonçants				
Q8	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
Agriculteurs exploitants	1	0.84	1	0.84
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	98	82.35	99	83.19
Employés	4	3.36	103	86.55
Professions intermédiaires	1	0.84	104	87.39
Retraités	3	2.52	107	89.92
Sans activité professionnelle	12	10.08	119	100.00
<b>Fréquence manquante = 1</b>				

La part des personnes appartenant à la catégorie des artisans, commerçants et chefs d'entreprise est un peu plus faible parmi les non-renonçants mais atteint tout de même 76,4 %. 11,1 % des non-renonçants sont retraités et 7,5 % sont sans activité professionnelle.

Catégorie socio-professionnelle ? Non-renonçants				
Q8	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
Agriculteurs exploitants	7	1.55	7	1.55
Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	346	76.38	353	77.92
Cadres et professions intellectuelles >	2	0.44	355	78.37
Employés	8	1.77	363	80.13
Ouvriers	5	1.10	368	81.24
Professions intermédiaires	1	0.22	369	81.46
Retraités	50	11.04	419	92.49
Sans activité professionnelle	34	7.51	453	100.00
Fréquence manquante = 1				

**SITUATION PAR RAPPORT A LA COMPLEMENTAIRE SANTE  
RENONCANTS ET NON-RENONCANTS**

Parmi les personnes qui renoncent ou ont renoncé au cours des douze derniers mois, 25,8 % n'ont pas de complémentaire santé. 55,8 % ont une complémentaire santé hors CMUC et ACS, 15,8 % ont la CMU-C et 2,5 % une complémentaire avec l'ACS.

Les 31 renonçants sans complémentaire ont donné au total 37 réponses pour expliquer leur renoncement. La raison la plus fréquemment apportée est relative au manque de moyens financiers (59, 5%). Viennent ensuite les raisons « par négligence » (10,8), « manque d'informations » (8,1 %) et « en cours » (8,1 %).

Avez-vous une complémentaire santé ? Renonçants				
Q9	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
Non	31	25.83	31	25.83
Oui la CMUC	19	15.83	50	41.67
Oui une autre complémentaire santé	67	55.83	117	97.50
Oui une autre complémentaire santé avec ACS	3	2.50	120	100.00

La part de personnes sans complémentaire parmi celles qui ont dit ne pas renoncer est nettement plus faible que celle des renonçants, elle est en effet de 7,7 %. 70,3 % des non-renonçants ont une complémentaire hors CMU-C et ACS, 20,7 % ont la CMU-C.

La majorité des non-renonçants sans complémentaire disent qu'ils n'ont pas les moyens de prendre une complémentaire et qu'ils ont d'autres priorités financières.

<b>Avez-vous une complémentaire santé ? Non-renonçants</b>				
<b>Q9</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Ne sais pas</b>	2	0.44	2	0.44
<b>Non</b>	35	7.71	37	8.15
<b>Oui la CMUC</b>	94	20.70	131	28.85
<b>Oui une autre complémentaire santé</b>	319	70.26	450	99.12
<b>Oui une autre complémentaire santé avec ACS</b>	4	0.88	454	100.00

### MEDECIN TRAITANT RENONCANTS ET NON-RENONCANTS

95 % des renonçants ont un médecin traitant. La part de personnes ayant un médecin traitant est à peine plus élevée chez les non-renonçants (95,8 %).

<b>Avez-vous un médecin traitant ? Renonçants</b>				
<b>Q11</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Non</b>	6	5.00	6	5.00
<b>Oui</b>	114	95.00	120	100.00

<b>Avez-vous un médecin traitant ?</b>				
<b>Q11</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Ne</b>	2	0.44	2	0.44
<b>Non</b>	17	3.77	19	4.21
<b>Oui</b>	432	95.79	451	100.00
<b>Fréquence manquante = 3</b>				

### DERNIERE CONSULTATION CHEZ UN MEDECIN RENONCANTS ET NON-RENONCANTS

75,8 % des renonçants ont consulté un médecin au cours des 6 derniers mois, contre 84,7 % pour les non-renonçants. Pour 10% des renonçants, la dernière consultation remonte à plus de 2 ans. Ce taux n'est que de 3,6 % pour les non-renonçants.

A quand remonte votre dernière consultation chez un médecin ? Renonçants				
Q12	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
Au cours des 6 derniers mois	91	75.83	91	75.83
Depuis plus de 2 ans	12	10.00	103	85.83
Entre 1 an et 2 ans	7	5.83	110	91.67
Entre 6 mois et 1 an	10	8.33	120	100.00

A quand remonte votre dernière consultation chez un médecin ? Non-renonçants				
Q12	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
Au cours des 6 derniers mois	381	84.67	381	84.67
Depuis plus de 2 ans	16	3.56	397	88.22
Entre 1 an et 2 ans	21	4.67	418	92.89
Entre 6 mois et 1 an	31	6.89	449	99.78
Je ne sais pas	1	0.22	450	100.00
Fréquence manquante = 4				

**PERCEPTION DE L'ETAT DE SANTE RENONCANTS ET NON-RENONCANTS**

35 % des renonçants perçoivent leur état de santé comme « bon ». Ce pourcentage est plus élevé chez les non-renonçants (40,1 %). La part des renonçants qui déclare que son état de santé est « moyen » est plus élevée que celle des non-renonçants (32,5 % contre 24,2 %). 18,8 % des renonçants jugent leur état de santé comme étant « très mauvais » ; c'est le cas de 13,5 % des non-renonçants.

Comment percevez-vous votre état de santé général ? Renonçants				
Q13	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
Bon	41	35.04	41	35.04
Mauvais	22	18.80	63	53.85
Moyen	38	32.48	101	86.32
Très bon	5	4.27	106	90.60
Très mau	11	9.40	117	100.00
Fréquence manquante = 3				

<b>Comment percevez-vous votre état de santé général ?</b>				
<b>Non-renonçants</b>				
<b>Q13</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Bon</b>	181	40.13	181	40.13
<b>Mauvais</b>	61	13.53	242	53.66
<b>Moyen</b>	109	24.17	351	77.83
<b>Très bon</b>	78	17.29	429	95.12
<b>Très mau</b>	22	4.88	451	100.00
<b>Fréquence manquante = 3</b>				

## **DIMENSION FAMILIALE DU RENONCEMENT RENONCANTS ET NON-RENONCANTS**

Parmi les renonçants qui ont répondu à la question « Un autre membre de votre famille a-t-il renoncé ou reporté des soins au cours des douze derniers mois ? », 31 ont répondu « oui », 88 ont répondu « non ». Ainsi, 26,1 % des renonçants ont dit qu'un autre membre de leur famille était également en situation de renoncement à un ou plusieurs soins. 73,9 % ont déclaré le contraire.

Lorsque les personnes ont dit qu'un autre membre de la famille renonçait, dans 48,4 % des cas il s'agit du conjoint, dans 9,7 % des cas d'un/des enfant(s), dans 9,7 % des cas du conjoint et d'un/des enfant(s) et dans 32,2 % d'un autre membre de la famille (frères, sœurs, parents, ...).

Parmi les non-renonçants qui ont répondu à la question « Un autre membre de votre famille a-t-il renoncé ou reporté des soins au cours des douze derniers mois ? », 19 ont répondu « oui », 417 ont répondu « non ». Ainsi, 4,4 % des non-renonçants ont dit qu'un autre membre de leur famille était également en situation de renoncement à un ou plusieurs soins. 95,6 % ont déclaré le contraire.

Lorsque les personnes ont dit qu'un autre membre de la famille renonçait, dans 10,5 % des cas il s'agit du conjoint, dans 31,6 % des cas d'un/des enfant(s) et dans 57,9 % d'un autre membre de la famille (parents, frères, sœurs, ...).

Nous allons désormais nous concentrer sur les renonçants (soit 120 personnes) et sur les renoncements qu'ils ont déclarés.

## **LES RENONCEMENTS : DUREE, NATURE, CAUSES ET CONSEQUENCES**

### **1. Durée du renoncement :**

36,4 % des renonçants déclarent que leur situation de renoncement dure depuis plus de 2 ans. Pour 22 %, cette durée se situe entre 6 mois et 1 an et pour 22 % cette situation dure depuis moins de 6 mois.

<b>Depuis quand cette situation de renoncement dure-t-elle?</b>				
<b>Q15</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Entre 1 et 2 ans</b>	23	19.49	23	19.49
<b>Entre 2 et 5 ans</b>	33	27.97	56	47.46
<b>Entre 6 mois et 1 an</b>	26	22.03	82	69.49
<b>Moins de 6 mois</b>	26	22.03	108	91.53
<b>Plus de 5 ans</b>	10	8.47	118	100.00
<b>Fréquence manquante = 2</b>				

## **2. Sentiment par rapport à la situation de renoncement et à l'accès aux soins :**

51,7 % des renonçants pensent que cette situation peut changer prochainement ; 31 % pensent le contraire et 17,2 % ne savent pas.

57,4 % des renonçants ont le sentiment de pouvoir bénéficier de soins quand ils en ont besoin. 38, 3% n'ont pas ce sentiment.

<b>Pensez-vous que cette situation peut changer prochainement ?</b>				
<b>Q16</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Ne sais pas</b>	20	17.24	20	17.24
<b>Non</b>	36	31.03	56	48.28
<b>Oui</b>	60	51.72	116	100.00
<b>Fréquence manquante = 4</b>				

<b>En général, avez-vous le sentiment de pouvoir bénéficier de soins quand vous en avez besoin ?</b>				
<b>Q17</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Ne sais pas</b>	5	4.35	5	4.35
<b>Non</b>	44	38.26	49	42.61
<b>Oui</b>	66	57.39	115	100.00
<b>Fréquence manquante = 5</b>				

## **3. Nature des renoncements :**

Les 120 renonçants déclarent au total 257 renoncements. Chaque renonçant déclare en moyenne 2,1 renoncements. Ces renoncements concernent dans 27,2 % des cas des soins dentaires prothétiques et dans 18,7 % de la lunetterie ou de l'optique. Dans 11,3 % des cas, il s'agit de renoncement à des consultations en ophtalmologie et dans 10,1 % de soins dentaires conservateurs. 5,8 % de ces renoncements concernent des consultations spécialisées (en particulier consultations en gastroentérologie) et 4,7 % des actes chirurgicaux.

Autrement dit : 58,3 % des renonçants ont déclaré un renoncement à des soins dentaires prothétiques et 21,7 % à des soins dentaires conservateurs. 40 % ont dit renoncer à de la lunetterie ou de l'optique, 24,2 % à des soins en ophtalmologie, 12,5 % à des consultations chez un spécialiste (en particulier consultations en gastroentérologie) et 10 % à des actes chirurgicaux. Nous ne citons ici que les pourcentages les plus élevés. Le total de ces pourcentages dépasse 100 dans la mesure où les renonçants ont dans la plupart des cas déclarés plusieurs renoncements.

#### **4. Causes des renoncements :**

Les 120 renonçants apportent 212 raisons à leur(s) renoncement(s). Parmi ces raisons, la plus citée est relative aux restes à charge des soins (38,2 %). Vient ensuite la réponse relative à l'avance de frais (22,2 %), celle relative au fait de manquer de temps pour aller voir un professionnel de la santé (8%) et aux délais d'attente pour avoir un rendez-vous (6,6 %).

Autrement dit : 67,5 % des renonçants ont dit que les restes à charge constituaient la ou l'une des raisons de leur(s) renoncement(s). 39,2 % ont déclaré que l'avance de frais était la ou l'une des causes. Pour 14,2 %, la ou l'une des raisons est relative au manque de temps pour aller aux rendez-vous et pour 11,7 % aux délais d'attente.

#### **5. Conséquences des renoncements :**

La plupart des renonçants (85%) ont le sentiment que cette situation de renoncement a ou aura des conséquences pour eux. 60,8 % craignent des conséquences sur leur état de santé. 27,5 % pensent que leur(s) renoncement(s) a ou peut avoir des conséquences sur leur vie professionnelle, 18,3 % sur leur vie sociale et 14,2% sur leur vie familiale. Le total ne fait pas 100 dans la mesure où les personnes pouvaient déclarer plusieurs conséquences.

<b>[aucune conséquence] Avez-vous le sentiment que cette situation a (ou peut avoir) des conséquences :</b>				
<b>Q20_6</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Non</b>	102	85.00	102	85.00
<b>Oui</b>	18	15.00	120	100.00

<b>[sur votre état de santé] Avez-vous le sentiment que cette situation a (ou peut avoir) des conséquences :</b>				
<b>Q20_1</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Non</b>	47	39.17	47	39.17
<b>Oui</b>	73	60.83	120	100.00

<b>[sur votre vie professionnelle] Avez-vous le sentiment que cette situation a (ou peut avoir) des conséquences :</b>				
<b>Q20_2</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Non</b>	87	72.50	87	72.50
<b>Oui</b>	33	27.50	120	100.00

<b>[sur votre vie sociale] Avez-vous le sentiment que cette situation a (ou peut avoir) des conséquences :</b>				
<b>Q20_3</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Non</b>	98	81.67	98	81.67
<b>Oui</b>	22	18.33	120	100.00

<b>[sur votre vie familiale] Avez-vous le sentiment que cette situation a (ou peut avoir) des conséquences :</b>				
<b>Q20_4</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Non</b>	103	85.83	103	85.83
<b>Oui</b>	17	14.17	120	100.00

**Premiers résultats des analyses quantitatives  
pour le régime de la MSA, au niveau de la région Languedoc Roussillon**

Parmi les personnes qui ont été repérées au moment de la campagne et pour lesquelles le régime est renseigné, 600 appartiennent au régime de la MSA. Parmi elles, 133 personnes ont déclaré avoir renoncé ou reporté des soins au cours des douze derniers mois. 467 personnes ont dit ne pas avoir renoncé. Dans cette campagne, le taux de renoncement mesuré pour les assurés de la MSA est donc de 22,2 %.

<b>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé ou reporté un ou plusieurs soins ?</b>				
<b>Q14</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Non</b>	467	77.83	467	77.83
<b>Oui</b>	133	22.17	600	100.00

Toutes les données qui suivent concernent les assurés de la MSA. Nous ne le repréciserons pas à chaque fois. Dans nos commentaires relatifs aux tris à plat des données, nous nous concentrerons sur les pourcentages qui nous semblent les plus significatifs pour comprendre le renoncement et laisserons le lecteur se reporter aux tableaux s'il souhaite porter le regard sur l'ensemble des résultats chiffrés.

Commençons par esquisser le profil des répondants appartenant au régime de la MSA afin que chacun puisse, dans un second temps, mettre en perspective les pourcentages relatifs aux renonçants et non-renonçants.

**PROFILS DES REpondANTS**

55,5 % des répondants sont des hommes, 44,5 % sont des femmes.

<b>Sexe? Répondants</b>				
<b>Q5</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Féminin</b>	255	44.50	255	44.50
<b>Masculin</b>	318	55.50	573	100.00
<b>Fréquence manquante = 27</b>				

40 % des répondants ont plus de 60 ans, 38,8 % ont entre 40 et 59 ans et 18,8 % entre 25 et 39 ans.

Votre âge? Répondants				
Q6	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
De 18 à 24 ans	19	3.30	19	3.30
De 25 à 39 ans	108	18.78	127	22.09
De 40 à 59 ans	223	38.78	350	60.87
Moins de 18 ans	1	0.17	351	61.04
Plus de 60 ans	224	38.96	575	100.00
<b>Fréquence manquante = 25</b>				

Les répondants vivent dans 34 % des cas seul(e), dans 33,6 % des cas en couple sans enfant en charge et dans 25 % en couple avec des enfants à charge.

Votre situation familiale ? Répondants				
Q7	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
Autre (exemple : personne âgée	7	1.18	7	1.18
En couple avec enfants à charge	148	25.00	155	26.18
En couple sans enfant à charge	199	33.61	354	59.80
Seul(e)	201	33.95	555	93.75
Seul(e) avec enfants à charge	37	6.25	592	100.00
<b>Fréquence manquante = 8</b>				

29,7 % des répondants sont retraités, 21,6 % sont agriculteurs exploitants, 17,8 % sont sans activité professionnelle et 16,3 % sont ouvriers.

Votre catégorie socio-professionnelle ? Répondants				
Q8	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
Agriculteurs exploitants	127	21.56	127	21.56
Cadres et professions intellectuelles >	10	1.70	137	23.26
Employés	73	12.39	210	35.65
Ouvriers	96	16.30	306	51.95
Professions intermédiaires	3	0.51	309	52.46
Retraités	175	29.71	484	82.17
Sans activité professionnelle	105	17.83	589	100.00
<b>Fréquence manquante = 11</b>				

Parmi les répondants, 64 % ont une complémentaire santé hors CMU-C et ACS, 19,3 % ont la CMU-C, 11,1 % n'ont pas de complémentaire et 5,5 % ont une complémentaire avec l'ACS.

<b>Avez-vous une complémentaire santé ? Répondants</b>				
<b>Q9</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Ne sais pas</b>	1	0.17	1	0.17
<b>Non</b>	66	11.06	67	11.22
<b>Oui la CMUC</b>	115	19.26	182	30.49
<b>Oui une autre complémentaire santé</b>	382	63.99	564	94.47
<b>Oui une autre complémentaire santé avec ACS</b>	33	5.53	597	100.00
<b>Fréquence manquante = 3</b>				

96,8 % des répondants ont un médecin traitant.

<b>Avez-vous un médecin traitant ? Répondants</b>				
<b>Q11</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Ne</b>	2	0.33	2	0.33
<b>Non</b>	17	2.84	19	3.18
<b>Oui</b>	579	96.82	598	100.00
<b>Fréquence manquante = 2</b>				

Pour 85,5 % des répondants la dernière consultation chez le médecin a eu lieu au cours des 6 derniers mois.

<b>A quand remonte votre dernière consultation chez un médecin ? Répondants</b>				
<b>Q12</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Au cours des 6 derniers mois</b>	506	85.47	506	85.47
<b>Depuis plus de 2 ans</b>	17	2.87	523	88.34
<b>Entre 1 an et 2 ans</b>	25	4.22	548	92.57
<b>Entre 6 mois et 1 an</b>	40	6.76	588	99.32
<b>Je ne sais pas</b>	4	0.68	592	100.00
<b>Fréquence manquante = 8</b>				

41 % des répondants jugent que leur état de santé est bon, 31,4 % qu'il est moyen, 13,7 % le jugent très bon et 11,5 % trouvent que leur état de santé est mauvais.

<b>Comment percevez-vous votre état de santé général ?</b>				
<b>Répondants</b>				
<b>Q13</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Bon</b>	243	40.98	243	40.98
<b>Mauvais</b>	68	11.47	311	52.45
<b>Moyen</b>	192	32.38	503	84.82
<b>Très bon</b>	81	13.66	584	98.48
<b>Très mau</b>	9	1.52	593	100.00
<b>Fréquence manquante = 7</b>				

Nous allons à présent dresser un « portrait » des renonçants et des non-renonçants du régime de la MSA et déterminer leur situation par rapport à la complémentaire santé et au dispositif du médecin traitant. Nous verrons parallèlement comment ils perçoivent leur état de santé et à quand remonte leur dernière consultation chez un médecin.

### GENRE RENONCANTS ET NON-RENONCANTS

Parmi les personnes en renoncement, 50,4 % sont des hommes, 49,6 % des femmes.

<b>Sexe ? Renonçants</b>				
<b>Q5</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Féminin</b>	64	49.61	64	49.61
<b>Masculin</b>	65	50.39	129	100.00
<b>Fréquence manquante = 4</b>				

57 % des non-renonçants sont des hommes. 43 % sont des femmes.

<b>Sexe ? Non-renonçants</b>				
<b>Q5</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Féminin</b>	191	43.02	191	43.02
<b>Masculin</b>	253	56.98	444	100.00
<b>Fréquence manquante = 23</b>				

### AGE RENONCANTS ET NON-RENONCANTS

Les renonçants se situent pour 42,9 % dans la classe d'âge des 40-59 ans, puis dans la classe d'âge des plus de 60 ans (29,4 %). 26,2 % ont plus entre 25 et 39 ans.

Votre âge ? Renonçants				
Q6	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
De 18 à 24 ans	2	1.59	2	1.59
De 25 à 39 ans	33	26.19	35	27.78
De 40 à 59 ans	54	42.86	89	70.63
Plus de 60 ans	37	29.37	126	100.00
<b>Fréquence manquante = 7</b>				

Les non-renonçants appartiennent quant à eux davantage à la classe d'âge des plus de 60 ans (41,7 %) ; 37,6 % ont entre 40 et 59 ans. 16,7 % ont entre 25 et 39 ans.

Votre âge? Non-renonçants				
Q6	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
De 18 à 24 ans	17	3.79	17	3.79
De 25 à 39 ans	75	16.70	92	20.49
De 40 à 59 ans	169	37.64	261	58.13
Moins de 18 ans	1	0.22	262	58.35
Plus de 60 ans	187	41.65	449	100.00
<b>Fréquence manquante = 18</b>				

#### SITUATION FAMILIALE RENONCANTS ET NON-RENONCANTS

Concernant la situation familiale, 37,9 % des renonçants vivent seul(e)s. 28,8 % vivent en couple sans enfants à charge, 21,2 % sont en couple avec des enfants à charge.

Les non-renonçants vivent moins souvent seuls que les renonçants. Ainsi 35 % des non-renonçants vivent en couple sans enfants à charge, 32,8% vivent seuls et 26,1 % vivent en couple avec des enfants à charge.

Situation familiale ? Renonçants				
Q7	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
En couple avec enfants à charge	28	21.21	28	21.21
En couple sans enfant à charge	38	28.79	66	50.00
Seul(e)	50	37.88	116	87.88
Seul(e) avec enfants à charge	16	12.12	132	100.00
Fréquence manquante = 1				

Situation familiale ? Non-renonçants				
Q7	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
Autre (exemple : personne âgée	7	1.52	7	1.52
En couple avec enfants à charge	120	26.09	127	27.61
En couple sans enfant à charge	161	35.00	288	62.61
Seul(e)	151	32.83	439	95.43
Seul(e) avec enfants à charge	21	4.57	460	100.00
Fréquence manquante = 7				

#### SITUATION PROFESSIONNELLE RENONCANTS ET NON-RENONCANTS

23,3 % des renonçants sont sans activité professionnelle, 21,7 % sont retraités, 20,2 % sont agriculteurs exploitants, 18,6 % appartiennent à la catégorie des employés et 13,2 % à celle des ouvriers.

Catégorie socio-professionnelle ? Renonçants				
Q8	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
Agriculteurs exploitants	26	20.16	26	20.16
Cadres et professions intellectuelles >	2	1.55	28	21.71
Employés	24	18.60	52	40.31
Ouvriers	17	13.18	69	53.49
Professions intermédiaires	2	1.55	71	55.04
Retraités	28	21.71	99	76.74
Sans activité professionnelle	30	23.26	129	100.00
Fréquence manquante = 4				

La part de retraités parmi les non-renonçants est plus importante que parmi les renonçants : elle est de 32 % ; 22 % des non-renonçants sont quant à eux agriculteurs exploitants, 17,2 % sont ouvriers et 16,3 % sont sans activité professionnelle.

Votre catégorie socio-professionnelle ? Non-renoncants				
Q8	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
Agriculteurs exploitants	101	21.96	101	21.96
Cadres et professions intellectuelles >	8	1.74	109	23.70
Employés	49	10.65	158	34.35
Ouvriers	79	17.17	237	51.52
Professions intermédiaires	1	0.22	238	51.74
Retraités	147	31.96	385	83.70
Sans activité professionnelle	75	16.30	460	100.00
Fréquence manquante = 7				

**SITUATION PAR RAPPORT A LA COMPLEMENTAIRE SANTE  
RENONCANTS ET NON-RENONCANTS**

Parmi les personnes qui renoncent ou ont renoncé au cours des douze derniers mois, 24,4 % n'ont pas de complémentaire santé. 49,6 % ont une complémentaire santé hors CMUC et ACS, 17,6 % ont la CMU-C et 7,6 % une complémentaire avec l'ACS.

Les 32 renoncants sans complémentaire ont donné au total 50 réponses pour expliquer leur non-recours. La raison la plus fréquemment apportée est relative au manque de moyens financiers (42 %). Vient ensuite la raison « en cours » (24 %). 8 % disent avoir d'autres priorités financières et 6 % être pris en charge à 100 %.

Autrement dit : 65,6 % des renoncants ont déclaré ne pas avoir les moyens financiers pour prendre une complémentaire, 37,5 % ont répondu que les démarches pour en avoir une étaient en cours, 12,5 % qu'ils avaient d'autres priorités financières et 9,4 % qu'ils étaient pris en charge à 100 %.

Avez-vous une complémentaire santé ? Renoncants				
Q9	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
Ne sais pas	1	0.76	1	0.76
Non	32	24.43	33	25.19
Oui la CMUC	23	17.56	56	42.75
Oui une autre complémentaire santé	65	49.62	121	92.37
Oui une autre complémentaire santé avec ACS	10	7.63	131	100.00
Fréquence manquante = 2				

La part de personnes sans complémentaire parmi celles qui ont dit ne pas renoncer est nettement plus faible que celle des renoncants, elle est en effet de 7,3 %. 68 % des non-renoncants ont une complémentaire hors CMU-C et ACS, 19,7 % ont la CMU-C et 4,9 % une complémentaire avec l'ACS.

Parmi les non-renonçants, les 34 personnes sans complémentaire ont apporté 40 réponses au total pour expliquer leur non-recours. 25 % des réponses sont relatives au fait de ne pas avoir les moyens financiers pour souscrire une complémentaire. Cette part est nettement moins importante que pour les renonçants sans complémentaire. Dans 15% des cas, la raison est « démarches en cours », dans 12,5 %, c'est la présence d'une prise en charge à 100% qui est avancée pour expliquer l'absence de complémentaire et dans 12,5 % des cas la raison est relative au fait que les personnes ont d'autres priorités financières.

Autrement dit : 29,4 % des personnes ont dit ne pas avoir les moyens financiers pour prendre une complémentaire, 17,6 % ont expliqué que les démarches pour en souscrire une étaient en cours, 14,7% qu'ils étaient pris en charge à 100% et 14,7 % qu'ils avaient d'autres priorités financières.

<b>Avez-vous une complémentaire santé ? Non-renonçants</b>				
<b>Q9</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Non</b>	34	7.30	34	7.30
<b>Oui la CMUC</b>	92	19.74	126	27.04
<b>Oui une autre complémentaire santé</b>	317	68.03	443	95.06
<b>Oui une autre complémentaire santé avec ACS</b>	23	4.94	466	100.00
<b>Fréquence manquante = 1</b>				

#### MEDECIN TRAITANT RENONCANTS ET NON-RENONCANTS

91,3 % des renonçants ont un médecin traitant. La part de personnes ayant un médecin traitant est plus élevée chez les non-renonçants (98,3 %).

<b>Avez-vous un médecin traitant ? Renonçants</b>				
<b>Q11</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Ne</b>	1	0.75	1	0.75
<b>Non</b>	10	7.52	11	8.27
<b>Oui</b>	122	91.73	133	100.00

<b>Avez-vous un médecin traitant ? Non-renonçants</b>				
<b>Q11</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Ne</b>	1	0.22	1	0.22
<b>Non</b>	7	1.51	8	1.72
<b>Oui</b>	457	98.28	465	100.00
<b>Fréquence manquante = 2</b>				

**DERNIERE CONSULTATION CHEZ UN MEDECIN  
RENONCANTS ET NON-RENONCANTS**

76,9 % des renonçants ont consulté un médecin au cours des 6 derniers mois, contre 87,9 % pour les non-renonçants. Pour 10,8 % des renonçants, la dernière consultation a eu lieu il y a plus d'un an mais moins de 2 ans. Ce taux n'est que de 2,4 % pour les non-renonçants.

<b>A quand remonte votre dernière consultation chez un médecin ? Renonçants</b>				
<b>Q12</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Au cours des 6 derniers mois</b>	100	76.92	100	76.92
<b>Depuis plus de 2 ans</b>	5	3.85	105	80.77
<b>Entre 1 an et 2 ans</b>	14	10.77	119	91.54
<b>Entre 6 mois et 1 an</b>	10	7.69	129	99.23
<b>Je ne sais pas</b>	1	0.77	130	100.00
<b>Fréquence manquante = 3</b>				

<b>A quand remonte votre dernière consultation chez un médecin ? Non-renonçants</b>				
<b>Q12</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Au cours des 6 derniers mois</b>	406	87.88	406	87.88
<b>Depuis plus de 2 ans</b>	12	2.60	418	90.48
<b>Entre 1 an et 2 ans</b>	11	2.38	429	92.86
<b>Entre 6 mois et 1 an</b>	30	6.49	459	99.35
<b>Je ne sais pas</b>	3	0.65	462	100.00
<b>Fréquence manquante = 5</b>				

**PERCEPTION DE L'ETAT DE SANTE RENONCANTS ET NON-RENONCANTS**

39,4 % des renonçants perçoivent leur état de santé comme « bon ». Ce pourcentage est un peu plus élevé chez les non-renonçants (41,4 %). La part des renonçants qui déclare que son état de santé est « moyen » est quasiment équivalente à celle des non-renonçants (33,3 % contre 32,1 %). En revanche, 16,7 % des renonçants jugent leur état de santé comme étant « mauvais » ; c'est le cas de 10 % des non-renonçants.

<b>Comment percevez-vous votre état de santé général ?</b>				
<b>Renonçants</b>				
<b>Q13</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Bon</b>	52	39.39	52	39.39
<b>Mauvais</b>	22	16.67	74	56.06
<b>Moyen</b>	44	33.33	118	89.39
<b>Très bon</b>	8	6.06	126	95.45
<b>Très mau</b>	6	4.55	132	100.00
<b>Fréquence manquante = 1</b>				

<b>Comment percevez-vous votre état de santé général ?</b>				
<b>Non-renonçants</b>				
<b>Q13</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Bon</b>	191	41.43	191	41.43
<b>Mauvais</b>	46	9.98	237	51.41
<b>Moyen</b>	148	32.10	385	83.51
<b>Très bon</b>	73	15.84	458	99.35
<b>Très mau</b>	3	0.65	461	100.00
<b>Fréquence manquante = 6</b>				

### **DIMENSION FAMILIALE DU RENONCEMENT RENONCANTS ET NON-RENONCANTS**

Parmi les renonçants qui ont répondu à la question « Un autre membre de votre famille a-t-il renoncé ou reporté des soins au cours des douze derniers mois ? », 39 ont répondu « oui », 84 ont répondu « non ». Ainsi, 31,7 % des renonçants ont dit qu'un autre membre de leur famille était également en situation de renoncement à un ou plusieurs soins. 68,3 % ont déclaré le contraire.

Lorsque les personnes ont dit qu'un autre membre de la famille renonçait, dans 48,7 % des cas il s'agit du conjoint, dans 10,3 % des cas d'un/des enfant(s), dans 15,5 % des cas du conjoint et d'un/des enfant(s), dans 2,6 % du conjoint et d'un autre membre de la famille et dans 23,2 % d'un autre membre de la famille (frères, sœurs, parents, ...).

Parmi les non-renonçants qui ont répondu à la question « Un autre membre de votre famille a-t-il renoncé ou reporté des soins au cours des douze derniers mois ? », 26 ont répondu « oui », 416 ont répondu « non ». Ainsi, 5,9 % des non-renonçants ont dit qu'un autre membre de leur famille était également en situation de renoncement à un ou plusieurs soins. 94,1 % ont déclaré le contraire.

Lorsque les personnes ont dit qu'un autre membre de la famille renonçait, dans 23,1 % des cas il s'agit du conjoint, dans 26,9 % des cas d'un/des enfant(s), dans 7,7 % des cas du conjoint et d'un/des enfant(s) et dans 42,3 % d'un autre membre de la famille (parents, frères, sœurs, ...).

Nous allons désormais nous concentrer sur les renonçants (soit 133 personnes) et sur les renoncements qu'ils ont déclarés.

## LES RENONCEMENTS : DUREE, NATURE, CAUSES ET CONSEQUENCES

### 1. Durée du renoncement :

32,8 % des renonçants déclarent que leur situation de renoncement dure depuis plus de 2 ans. Pour 26,4 %, cette durée se situe entre 6 mois et 1 an et pour 23,2 % cette situation dure depuis moins de 6 mois. Pour 17,6 %, la durée du renoncement est comprise entre 1 et 2 ans.

Depuis quand cette situation de renoncement dure-t-elle?				
Q15	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
Entre 1 et 2 ans	22	17.60	22	17.60
Entre 2 et 5 ans	25	20.00	47	37.60
Entre 6 mois et 1 an	33	26.40	80	64.00
Moins de 6 mois	29	23.20	109	87.20
Plus de 5 ans	16	12.80	125	100.00
Fréquence manquante = 8				

### 2. Sentiment par rapport à la situation de renoncement et à l'accès aux soins :

45,2 % des renonçants pensent que cette situation peut changer prochainement ; 25 % pensent le contraire et 29,8 % ne savent pas.

54,3 % des renonçants ont le sentiment de pouvoir bénéficier de soins quand ils en ont besoin. 33,1 % n'ont pas ce sentiment et 12,6 % des renonçants ne savent pas répondre à cette question.

Pensez-vous que cette situation peut changer prochainement?				
Q16	Fréquence	Pourcentage	Fréquence cumulée	Pctage cumulé
Ne sais pas	37	29.84	37	29.84
Non	31	25.00	68	54.84
Oui	56	45.16	124	100.00
Fréquence manquante = 9				

<b>En général, avez-vous le sentiment de pouvoir bénéficier de soins quand vous en avez besoin?</b>				
<b>Q17</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Ne sais pas</b>	16	12.60	16	12.60
<b>Non</b>	42	33.07	58	45.67
<b>Oui</b>	69	54.33	127	100.00
<b>Fréquence manquante = 6</b>				

### **3. Nature des renoncements :**

Les 133 renonçants déclarent au total 250 renoncements. Chaque renonçant déclare en moyenne 1,9 renoncement. Ces renoncements concernent dans 24 % des cas des soins dentaires prothétiques et dans 17,2 % des soins dentaires conservateurs. Dans 10 % des cas, il s'agit de renoncement à de la lunetterie ou de l'optique ; dans 8,8 % des cas, ces renoncements portent sur des consultations chez un généraliste. Ce pourcentage est plus élevé que pour les autres régimes d'assurance maladie. 8,4 % des renoncements concernent des consultations en ophtalmologie et 5,2 % des consultations ou des soins gynécologiques.

Autrement dit : 45,1 % des renonçants ont déclaré un renoncement à des soins dentaires prothétiques et 32,3 % à des soins dentaires conservateurs. 18,8 % ont dit renoncer à de la lunetterie ou de l'optique, 16,5 % à des soins généralistes, 15,8 % à des consultations en ophtalmologie et 9,8 % à des consultations ou des soins gynécologiques. Nous ne citons ici que les pourcentages les plus élevés. Le total de ces pourcentages dépasse 100 dans la mesure où les renonçants ont dans la plupart des cas déclarés plusieurs renoncements.

### **4. Causes des renoncements :**

Les 133 renonçants apportent 226 raisons à leur(s) renoncement(s). Parmi ces raisons, la plus citée est relative aux restes à charge des soins (35 %). Vient ensuite la réponse relative à l'avance de frais (18,6 %), celle relative au fait que les personnes ne savent pas combien elles vont avoir à payer pour les soins dont elles ont besoin (8,8 %) et celle relative au fait de manquer de temps pour aller aux rendez-vous (7,5%).

Autrement dit : 59,4 % des renonçants ont dit que les restes à charge constituaient la ou l'une des raisons de leur(s) renoncement(s). 31,6 % ont déclaré que l'avance de frais était la ou l'une des causes. Pour 15 % des renonçants, la ou l'une des raisons est relative au fait de ne pas savoir combien ils vont devoir payer pour leurs soins et pour 12,8 % au manque de temps pour aller aux rendez-vous.

### **5. Conséquences des renoncements :**

La plupart des renonçants (89,5%) ont le sentiment que cette situation de renoncement a ou aura des conséquences pour eux. 76,7 % craignent des conséquences sur leur état de santé. 20,3 % pensent que leur(s) renoncement(s) a ou peut avoir des conséquences sur leur vie professionnelle, 18,8 % sur leur vie sociale et 10,5 % sur leur vie familiale. Le total ne fait pas 100 dans la mesure où les personnes pouvaient déclarer plusieurs conséquences.

<b>[aucune conséquence] Avez-vous le sentiment que cette situation a (ou peut avoir) des conséquences :</b>				
<b>Q20_6</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Non</b>	119	89.47	119	89.47
<b>Oui</b>	14	10.53	133	100.00

<b>[sur votre état de santé] Avez-vous le sentiment que cette situation a (ou peut avoir) des conséquences :</b>				
<b>Q20_1</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Non</b>	31	23.31	31	23.31
<b>Oui</b>	102	76.69	133	100.00

<b>[sur votre vie professionnelle] Avez-vous le sentiment que cette situation a (ou peut avoir) des conséquences :</b>				
<b>Q20_2</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Non</b>	106	79.70	106	79.70
<b>Oui</b>	27	20.30	133	100.00

<b>[sur votre vie sociale] Avez-vous le sentiment que cette situation a (ou peut avoir) des conséquences :</b>				
<b>Q20_3</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Non</b>	108	81.20	108	81.20
<b>Oui</b>	25	18.80	133	100.00

<b>[sur votre vie familiale] Avez-vous le sentiment que cette situation a (ou peut avoir) des conséquences :</b>				
<b>Q20_4</b>	<b>Fréquence</b>	<b>Pourcentage</b>	<b>Fréquence cumulée</b>	<b>Pctage cumulé</b>
<b>Non</b>	119	89.47	119	89.47
<b>Oui</b>	14	10.53	133	100.00

**Premiers résultats des analyses quantitatives  
pour le régime général, au niveau départemental.**

Parmi les personnes qui ont participé à la campagne et pour lesquelles le régime est renseigné, 3919 appartiennent au régime général.

Parmi elles, 1416 ont déclaré avoir renoncé ou reporté des soins au cours des douze derniers mois. Si l'on se situe au niveau des départements, les renonçants se distribuent comme suit :

- 348 résident dans l'Aude,
- 145 résident en Lozère,
- 452 résident dans l'Hérault,
- 471 résident dans les Pyrénées Orientales.

2489 personnes appartenant au régime général ont déclaré ne pas avoir renoncé ou reporté des soins dans les douze derniers mois. Si l'on se situe au niveau des départements, les non-renonçants se distribuent comme suit :

- 597 résident dans l'Aude,
- 279 en Lozère,
- 791 résident dans l'Hérault,
- 822 résident dans les Pyrénées Orientales.

Au sein des assurés du régime général, 14 personnes ne se sont pas exprimées sur la question du renoncement. Ces personnes n'apparaissent pas dans le tableau suivant ; les taux de renoncement ont en effet été calculés parmi les personnes qui se sont exprimées sur le fait de renoncer ou non.

<b>Q1(Votre département :)</b>			
<b>Fréquence Pourcentage</b>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	<b>Total</b>
<b>Aude</b>	597 63.17	348 36.82	945
<b>Hérault</b>	791 63.63	452 36.36	1243
<b>Lozère</b>	279 65.80	145 34.19	424
<b>Pyrénées</b>	822 63.57	471 36.42	1293
<b>Total</b>	2489 63.73	1416 36.26	3905

Toutes les données qui suivent concerneront les assurés du régime général et seront présentées pour chaque département. Dans nos commentaires relatifs aux tris à plat des données, nous nous concentrerons sur les pourcentages qui nous semblent les plus significatifs pour comprendre le renoncement et laisserons le lecteur se reporter aux tableaux s'il souhaite porter le regard sur l'ensemble des résultats chiffrés.

Commençons par esquisser le profil des répondants appartenant au régime général, et ce pour chaque département, afin que chacun puisse, dans un second temps, mettre en perspective les pourcentages départementaux relatifs aux renonçants et non-renonçants.

## PROFILS DES REpondANTS

### **1. Genre des répondants :**

Dans l'Aude, 62,5 % des répondants sont des femmes, 37,5 % sont des hommes.

Dans l'Hérault, 57,6 % des répondants sont des femmes, 42,4 % sont des hommes.

En Lozère, 60,6 % des répondants sont des femmes, 39,4 % sont des hommes.

Dans les Pyrénées Orientales, 55,9 % des répondants sont des femmes, 44,1 % sont des hommes.

### **2. Age des répondants :**

Dans l'Aude, 41,3 % des répondants ont entre 40 et 59 ans, 28,48 % ont entre 25 et 39 ans et 22,3 % ont plus de 60 ans.

Dans l'Hérault, 40,6 % des répondants ont entre 40 et 59 ans, 31,89 % ont entre 25 et 39 ans et 20,6 % ont plus de 60 ans.

En Lozère, 46,8 % des répondants ont entre 40 et 59 ans, 30,4 % ont entre 25 et 39 ans et 12,6 % ont plus de 60 ans.

Dans les Pyrénées Orientales, 42,3 % des répondants ont entre 40 et 59 ans, 27,5 % ont entre 25 et 39 ans et 20,8 % ont plus de 60 ans.

### **3. Situation familiale des répondants :**

Dans l'Aude, les répondants vivent dans 42,4 % des cas seul(e)s, dans 22,2 % en couple avec des enfants en charge, dans 17,1 % en couple sans enfant à charge et dans 16,3 % seul(e)s avec des enfants à charge.

Dans l'Hérault, les répondants vivent dans 44,8 % des cas seul(e)s, dans 22,5 % en couple avec des enfants en charge, dans 16,9 % en couple sans enfant à charge et dans 14 % seul(e)s avec des enfants à charge.

En Lozère, les répondants vivent dans 38,4 % des cas seul(e)s, dans 32,5 % en couple avec des enfants en charge, dans 16,6 % en couple sans enfant à charge et dans 12,3 % seul(e)s avec des enfants à charge.

Dans les Pyrénées Orientales, les répondants vivent dans 42,1 % des cas seul(e)s, dans 22,6 % en couple avec des enfants en charge, dans 21 % en couple sans enfant à charge et dans 13,5 % seul(e)s avec des enfants à charge.

### **4. Situation professionnelle des répondants :**

Dans l'Aude, 49,7 % des répondants sont sans activité professionnelle, 26,3 % sont employés, 17,9 % sont retraités.

Dans l'Hérault, 47,4 % des répondants sont sans activité professionnelle, 29,1 % sont employés, 16,6 % sont retraités.

En Lozère, 40 % des répondants sont sans activité professionnelle, 34,8 % sont employés, 8,7 % sont retraités et 8 % sont ouvriers.

Dans les Pyrénées Orientales, 47,1 % des répondants sont sans activité professionnelle, 28,9 % sont employés, 16,6 % sont retraités.

#### **5. Situation par rapport à la complémentaire santé :**

Parmi les répondants de l'Aude, 44,8 % ont une complémentaire santé hors CMU-C et ACS, 27,8 % ont la CMU-C, 13,47 % ont une complémentaire avec l'ACS, 0,1 % ont l'AME et 13,7 % n'ont pas de complémentaire.

Parmi les répondants de l'Hérault, 45,6 % ont une complémentaire santé hors CMU-C et ACS, 22,3 % ont la CMU-C, 9,8 % ont une complémentaire avec l'ACS, 3,5 % ont l'AME et 19,1 % n'ont pas de complémentaire.

Parmi les répondants de la Lozère, 74,2 % ont une complémentaire santé hors CMU-C et ACS, 12,3 % ont la CMU-C, 4,3 % ont une complémentaire avec l'ACS, 0,5 % ont l'AME et 8,8 % n'ont pas de complémentaire.

Parmi les répondants des Pyrénées Orientales, 54,1 % ont une complémentaire santé hors CMU-C et ACS, 23,6 % ont la CMU-C, 2,5 % ont une complémentaire avec l'ACS, 0,2 % ont l'AME et 19,6 % n'ont pas de complémentaire.

#### **6. Situation par rapport au médecin traitant :**

Dans l'Aude, 93,8 % des répondants ont un médecin traitant.

Dans l'Hérault, 91,1 % des répondants ont un médecin traitant.

En Lozère, 93,4 % des répondants ont un médecin traitant.

Dans les Pyrénées Orientales, 92,8 % des répondants ont un médecin traitant.

#### **7. Dernière consultation chez un médecin :**

Dans l'Aude, pour 87,1 % des répondants la dernière consultation chez le médecin a eu lieu au cours des 6 derniers mois. Pour 8,5 %, elle a eu lieu il y a plus de 6 mois mais moins d'1 an.

Dans l'Hérault, pour 84 % des répondants la dernière consultation chez le médecin a eu lieu au cours des 6 derniers mois. Pour 8,4 %, elle a eu lieu il y a plus de 6 mois mais moins d'1 an.

En Lozère, pour 85,6 % des répondants la dernière consultation chez le médecin a eu lieu au cours des 6 derniers mois. Pour 9 %, elle a eu lieu il y a plus de 6 mois mais moins d'1 an.

Dans les Pyrénées Orientales, pour 84,6 % des répondants la dernière consultation chez le médecin a eu lieu au cours des 6 derniers mois. Pour 7,5 %, elle a eu lieu il y a plus de 6 mois mais moins d'1 an.

#### **8. Perception de l'état de santé :**

Dans l'Aude, 40 % des répondants jugent que leur état de santé est bon, 35,1 % qu'il est moyen, 11,8 % le jugent très bon et 10,5 % trouvent que leur état de santé est mauvais.

Dans l'Hérault, 36,1 % des répondants jugent que leur état de santé est bon, 35,8 % qu'il est moyen, 12,5 % le jugent mauvais et 11,4 % trouvent que leur état de santé est très bon.

En Lozère, 40 % des répondants jugent que leur état de santé est bon, 30,8 % qu'il est moyen, 15,1 % le jugent très bon et 12,9 % trouvent que leur état de santé est très bon.

Dans les Pyrénées Orientales, 38 % des répondants jugent que leur état de santé est bon, 35,2 % qu'il est moyen, 12,8 % le jugent très bon et 11 % trouvent que leur état de santé est très bon.

Nous allons à présent dresser un « portrait » des renonçants et des non-renonçants du régime général, par département, et déterminer leur situation par rapport à la complémentaire santé et au dispositif du médecin traitant. Nous verrons parallèlement comment ils perçoivent leur état de santé et à quand remonte leur dernière consultation chez un médecin.

### GENRE RENONCANTS ET NON-RENONCANTS

Dans l'Aude, parmi les personnes en renoncement, 68 % sont des femmes, 32 % des hommes. Parmi les non-renonçants, 59,3 % sont des femmes et 40,7 % sont des hommes.

Dans l'Hérault, 65,5 % des renonçants sont des femmes, 34,5 % sont des hommes. 52,9 % des non-renonçants sont des femmes, 47,1 % sont des hommes.

En Lozère, 69,4 % des renonçants sont des femmes, 30,6 % sont des hommes. 55,8 % des non-renonçants sont des femmes, 44,2 % sont des hommes.

Dans les Pyrénées Orientales, 63,3 % des renonçants sont des femmes, 36,7 % sont des hommes. 51,7 % des non-renonçants sont des femmes, 48,3 % sont des hommes.

Dans tous les départements, la part de femmes qui renoncent à des soins est plus élevée que celle des hommes. Parallèlement, dans tous les départements, la part de femmes qui renoncent est plus élevée que la part de femmes qui ne renoncent pas. C'est en Lozère que la part de femmes en renoncement est la plus importante.

<b>Table de Q1 par Q5 - Renonçants</b>			
<b>Q1(Votre département :)</b>	<b>Q5(Sexe?)</b>		
<b>Fréquence Pourcentage</b>	<b>Féminin</b>	<b>Masculin</b>	<b>Total</b>
<b>Aude</b>	232 68.04	109 31.96	341
<b>Hérault</b>	283 65.51	149 34.49	432
<b>Lozère</b>	100 69.44	44 30.56	144
<b>Pyrénées</b>	284 63.25	165 36.75	449
<b>Total</b>	899 65.81	467 34.19	1366 100.00
<b>Fréquence manquante = 50</b>			

<b>Table de Q1 par Q5 – Non-renonçants</b>			
<b>Q1(Votre département :)</b>	<b>Q5(Sexe?)</b>		
<b>Fréquence Pourcentage</b>	<b>Féminin</b>	<b>Masculin</b>	<b>Total</b>
<b>Aude</b>	345 59.28	237 40.72	582
<b>Hérault</b>	391 52.91	348 47.09	739
<b>Lozère</b>	153 55.84	121 44.16	274
<b>Pyénées</b>	398 51.69	372 48.31	770
<b>Total</b>	1287 54.42	1078 45.58	2365 100.00
<b>Fréquence manquante = 124</b>			

### AGE RENONCANTS ET NON-RENONCANTS

Dans l'Aude, les renonçants se situent pour 44,4 % d'entre eux dans la classe d'âge des 40-59 ans, puis dans la classe d'âge des 25-39 ans (26,4 %). 20,7 % ont plus de 60 ans. Les non-renonçants appartiennent également davantage à la classe d'âge des 40-59 ans (39,7 %) ; 29,4 % ont entre 25 et 39 ans. 23,2 % ont plus de 60 ans.

Dans l'Hérault, les renonçants se situent pour 40,1 % d'entre eux dans la classe d'âge des 40-59 ans, puis dans la classe d'âge des 25-39 ans (33,1 %). 19,1 % ont plus de 60 ans. Les non-renonçants appartiennent également davantage à la classe d'âge des 40-59 ans (40,7 %) ; 30,7 % ont entre 25 et 39 ans. 21,3 % ont plus de 60 ans.

En Lozère, les renonçants se situent majoritairement dans la classe d'âge des 40-59 ans (50,3 %), puis dans la classe d'âge des 25-39 ans (34,2 %). Seuls 8,3 % des renonçants ont plus de 60 ans. Les non-renonçants appartiennent également davantage à la classe d'âge des 40-59 ans (45 %) ; 28,7 % ont entre 25 et 39 ans. La part des plus de 60 ans parmi les non-renonçants (14%) est plus élevée que parmi les renonçants (8,3 %).

Dans les Pyrénées Orientales, les renonçants se situent pour 28,4 % d'entre eux dans la classe d'âge des 40-59 ans (46,4 %), puis dans la classe d'âge des 25-39 ans (28,4 %). 16,7 % ont plus de 60 ans. Les non-renonçants appartiennent également davantage à la classe d'âge des 40-59 ans (39,8 %) ; 27,1 % ont entre 25 et 39 ans. 23 % ont plus de 60 ans.

Table de Q1 par Q6 - Renonçants						
Q1(Votre département :)	Q6(Votre âge?)					
Fréquence Pourcentage	De 18 à 24 ans	De 25 à 39 ans	De 40 à 59 ans	Moins de 18 ans	Plus de 60 ans	Total
<b>Aude</b>	29 8.5	90 26.4	152 44.4	0 0.00	71 20.7	342
<b>Hérault</b>	28 6.4	151 34.2	177 40.1	1 0.2	84 19.1	441
<b>Lozère</b>	12 8.28	48 33.1	73 50.3	0 0.00	12 8.28	145
<b>Pyrénées</b>	38 8.14	133 28.4	217 46.4	1 0.21	78 16.7	467
<b>Total</b>	107 7.67	422 30.2	619 44.3	2 0.14	245 17.5	1395 100.0
<b>Fréquence manquante = 21</b>						

Table de Q1 par Q6 – Non-renonçants						
Q1(Votre département :)	Q6(Votre âge?)					
Fréquence Pourcentage	De 18 à 24 ans	De 25 à 39 ans	De 40 à 59 ans	Moins de 18 ans	Plus de 60 ans	Total
<b>Aude</b>	44 7.4	175 29.4	236 39.7	1 0.3	138 23.2	594
<b>Hérault</b>	50 6.7	232 30.7	308 40.7	4 0.6	161 21.3	755
<b>Lozère</b>	31 11.2	79 28.7	124 45.0	0 0.00	41 14.9	275
<b>Pyrénées</b>	78 9.74	217 27.1	319 39.8	3 0.37	184 23	801
<b>Total</b>	203 8.37	703 29	987 40.7	8 0.33	524 21.6	2425 100.0
<b>Fréquence manquante = 64</b>						

## SITUATION FAMILIALE RENONCANTS ET NON-RENONCANTS

Dans l'Aude, concernant la situation familiale, 42,9 % des renonçants vivent seul(e)s. 21,3 % vivent seul(e)s avec des enfants à charge, 18,1 % sont en couple avec des enfants à charge. Les non-renonçants vivent également davantage seul(e)s (42,2 %). Ils vivent par contre moins souvent seul(e)s avec des enfants à charge que les renonçants (NR= 13,3 % ; R= 21,3 %) et un peu plus fréquemment en couple avec des enfants à charge (NR= 24,5 % ; R= 18,1 %).

Dans l'Hérault, concernant la situation familiale, 45,4 % des renonçants vivent seul(e)s. 23,1 % vivent en couple avec des enfants à charge, 15,7 % sont seul(e)s avec des enfants à charge. Les non-renonçants

vivent également davantage seul(e)s (44,8 %). 22 % vivent en couple avec des enfants à charge et 18,5 % en couple sans enfants à charge. Les personnes seules avec des enfants à charge sont 13,1 % parmi les non-renonçants.

En Lozère, concernant la situation familiale, 40,3 % des renonçants vivent seul(e)s. 24,3 % vivent en couple avec des enfants à charge et 19,4 % vivent seul(e)s avec des enfants à charge. 37,6 % des non-renonçants vivent quant à eux seul(e)s. Les non-renonçants vivent parallèlement plus souvent que les renonçants en couple avec des enfants à charge (NR= 36,8 %, R= 24,3 %), mais moins souvent seul(e)s avec des enfants à charge (NR= 8,7 % ; R= 19,4 %).

Dans les Pyrénées Orientales, concernant la situation familiale, 42,1 % des renonçants vivent seul(e)s. 22,5 % vivent en couple avec des enfants à charge, 17,8 % sont seul(e)s avec des enfants à charge. Les non-renonçants vivent également davantage seul(e)s (42,1 %). Ils vivent par contre moins souvent que les renonçants seul(e)s avec des enfants à charge (NR= 10,9 % ; R= 17,8 %) et un peu plus fréquemment en couple sans enfants à charge (NR= 23,3 ; R= 16,6 %)

Table de Q1 par Q7 – Renonçants						
Q1(Votre département :)	Q7(Votre situation familiale ?)					
Fréquence Pourcentage	Autre (exemple : personne âgée)	En couple avec enfants à charge	En couple sans enfant à charge	Seul(e)	Seul(e) avec enfants à charge	Total
<b>Aude</b>	10 2.92	62 18.08	51 14.87	147 42.86	73 21.28	343
<b>Hérault</b>	9 2.04	102 23.13	61 13.83	200 45.35	69 15.65	441
<b>Lozère</b>	0 0.00	35 24.31	23 15.97	58 40.28	28 19.44	144
<b>Pyrénées</b>	3 0.64	105 22.53	79 16.95	196 42.06	83 17.81	466
<b>Total</b>	22 1.58	304 21.81	214 15.35	601 43.11	253 18.15	1394 100.0
<b>Fréquence manquante = 22</b>						

Table de Q1 par Q7 – Non-renonçants						
Q1(Votre département :)	Q7(Votre situation familiale ?)					
Fréquence Pourcentage	Autre (exemple : personne âgée)	En couple avec enfants à charge	En couple sans enfant à charge	Seul(e)	Seul(e) avec enfants à charge	Total
<b>Aude</b>	9 1.52	145 24.45	110 18.55	250 42.16	79 13.32	593
<b>Hérault</b>	13 1.68	170 21.99	143 18.50	346 44.76	101 13.07	773
<b>Lozère</b>	1 0.36	102 36.82	46 16.61	104 37.55	24 8.66	277
<b>Pyrénées</b>	8 0.98	184 22.60	190 23.34	343 42.14	89 10.93	814
<b>Total</b>	31 1.26	601 24.46	489 19.90	1043 42.45	293 11.93	2457 100.00
<b>Fréquence manquante = 32</b>						

## SITUATION PROFESSIONNELLE RENONCANTS ET NON-RENONCANTS

Dans l'Aude, 53,3 % des renonçants sont sans activité professionnelle, 26,5 % sont employés et 15,9 % sont retraités. La part de personnes sans activité parmi les non-renonçants est un peu moins importante que parmi les renonçants : elle est de 48 % ; la part d'employés est quant à elle quasiment équivalente dans les deux populations (NR= 25,9 % ; R= 26,5 %) et la part de retraités est légèrement supérieure parmi les non-renonçants (NR= 19,1 % ; R= 15,9 %).

Dans l'Hérault, 51,1 % des renonçants sont sans activité professionnelle, 28 % sont employés et 15,9 % sont retraités. La part de personnes sans activité parmi les non-renonçants est un peu moins importante que parmi les renonçants : elle est de 45,4 % ; la part d'employés est quant à elle quasiment équivalente dans les deux populations (NR= 29,6 % ; R= 28 %) et la part de retraités est légèrement supérieure parmi les non-renonçants (NR= 16,8 % ; R= 15,9 %).

En ce qui concerne la situation professionnelle des renonçants et non-renonçants, l'Aude et l'Hérault présentent des situations quasiment similaires.

En Lozère, 46,2 % des renonçants sont sans activité professionnelle. Ce pourcentage est un peu moins élevé que dans les autres départements. En revanche, la part d'employés parmi les renonçants est plus élevée dans ce département : 36,6% et la part de retraités plus faible : 5,5 %. En Lozère, la part de personnes sans activité parmi les non-renonçants est un peu moins importante que parmi les renonçants : elle est de 36,9 % ; la part d'employés est quant à elle quasiment équivalente dans les deux populations (NR= 34,1 % ; R= 36,6 %) et la part de retraités est supérieure parmi les non-renonçants (NR= 10,4 % ; R= 5,5 %). 10,8 % des non-renonçants sont ouvriers alors qu'ils ne sont que 2,8 % parmi les renonçants.

Dans les Pyrénées Orientales, 52,4 % des renonçants sont sans activité professionnelle, 26,6 % sont employés et 13,1 % sont retraités. La part de personnes sans activité parmi les non-renonçants est un peu moins importante que parmi les renonçants : elle est de 44,1 % ; la part d'employés est quant à elle un peu plus élevée parmi les non-renonçants (30,3 %) que chez les renonçants. C'est également le cas de la part de retraités (18,6 %).

De manière générale, les personnes qui paraissent le plus exposées au renoncement sont celles qui n'ont pas d'activité professionnelle.

Table de Q1 par Q8 - Renonçants					
Q1(Votre département :)	Q8(Votre catégorie socio-professionnelle ?)				
Fréquence Pourcentage	Agriculteurs exploitants	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	Cadres et professions intellectuelles >	Employés	Ouvriers
<b>Aude</b>	0 0.00	3 0.86	1 0.29	92 26.51	10 2.88
<b>Hérault</b>	0 0.00	1 0.22	6 1.35	125 28.03	8 1.79
<b>Lozère</b>	1 0.69	3 2.07	4 2.76	53 36.55	4 2.76
<b>Pyrénées</b>	0 0.00	2 0.43	13 2.79	124 26.61	15 3.22
<b>Total</b>	1 0.07	9 0.64	24 1.71	394 28.06	37 2.64
<b>Fréquence manquante = 12</b>					

Table de Q1 par Q8 - Renonçants				
Q1(Votre département :)	Q8(Votre catégorie socio-professionnelle ?)			
Fréquence Pourcentage	Professions intermédiaires	Retraités	Sans activité professionnelle	Total
<b>Aude</b>	2 0.58	55 15.85	184 53.03	347
<b>Hérault</b>	7 1.57	71 15.92	228 51.12	446
<b>Lozère</b>	5 3.45	8 5.52	67 46.21	145
<b>Pyrénées</b>	7 1.50	61 13.09	244 52.36	466
<b>Total</b>	21 1.50	195 13.89	723 51.50	1404 100.0
<b>Fréquence manquante = 12</b>				

Table de Q1 par Q8 – Non-renonçants					
Q1(Votre département :)	Q8(Votre catégorie socio-professionnelle ?)				
Fréquence Pourcentage	Agriculteurs exploitants	Artisans, commerçants et chefs d'entreprise	Cadres et professions intellectuelles >	Employés	Ouvriers
Aude	0 0.00	1 0.17	5 0.85	152 25.85	29 4.93
Hérault	1 0.13	3 0.38	18 2.30	232 29.59	33 4.21
Lozère	3 1.08	3 1.08	10 3.58	95 34.05	30 10.75
Pyrénées	0 0.00	4 0.50	7 0.87	243 30.34	28 3.50
<b>Total</b>	4 0.16	11 0.45	40 1.63	722 29.45	120 4.89
<b>Fréquence manquante = 37</b>					

Table de Q1 par Q8 – Non-renonçants				
Q1(Votre département :)	Q8(Votre catégorie socio-professionnelle ?)			
Fréquence Pourcentage	Professions intermédiaires	Retraités	Sans activité professionnelle	Total
Aude	7 1.19	112 19.05	282 47.96	588
Hérault	9 1.15	132 16.84	356 45.41	784
Lozère	6 2.15	29 10.39	103 36.92	279
Pyrénées	17 2.12	149 18.60	353 44.07	801
<b>Total</b>	39 1.59	422 17.21	1094 44.62	2452 100.00
<b>Fréquence manquante = 37</b>				

**SITUATION PAR RAPPORT A LA COMPLEMENTAIRE SANTE  
RENONCANTS ET NON-RENONCANTS**

**1. Situation par rapport à la complémentaire santé des renonçants et des non-renonçants :**

Dans l'Aude, parmi les renonçants, 21,8 % n'ont pas de complémentaire santé. 41,8 % ont une complémentaire santé hors CMUC et ACS, 23,3 % ont la CMU-C et 13,2 % une complémentaire avec l'ACS. La part de personnes sans complémentaire parmi les non-renonçants est nettement plus faible que celle des renonçants, elle est en effet de 8,8 %. 46,8 % des non-renonçants ont une complémentaire hors CMU-C et ACS, 30,2 % ont la CMU-C et 13,7 % une complémentaire avec l'ACS. Dans l'Aude,

la part de non-renonçants bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS est donc de 43,9 % ; cette part est de 36,5 % pour les renonçants.

Dans l'Hérault, parmi les renonçants, 28,3 % n'ont pas de complémentaire santé. 41,4 % ont une complémentaire santé hors CMUC et ACS, 16,6 % ont la CMU-C et 10,2 % une complémentaire avec l'ACS. La part de personnes sans complémentaire parmi les non-renonçants est nettement plus faible que celle des renonçants, elle est en effet de 13,8 %. 47,8 % des non-renonçants ont une complémentaire hors CMU-C et ACS, 25,8 % ont la CMU-C et 9,6 % une complémentaire avec l'ACS. Dans l'Hérault, la part de non-renonçants bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS est donc de 35,4 % ; cette part est de 16,8 % chez les renonçants.

En Lozère, parmi les renonçants, 13,2 % n'ont pas de complémentaire santé. Ce pourcentage est le moins élevé de tous les départements du Languedoc. 69,4 % ont une complémentaire santé hors CMUC et ACS, 11,8 % ont la CMU-C et 5,6 % une complémentaire avec l'ACS. La part de personnes sans complémentaire parmi les non-renonçants est plus faible que celle des renonçants, elle est en effet de 6,5 %. 77 % des non-renonçants ont une complémentaire hors CMU-C et ACS, 12,6 % ont la CMU-C et 3,2 % une complémentaire avec l'ACS. En Lozère, la part de non-renonçants bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS est donc de 15,8 % ; cette part est de 17,2 % chez les renonçants.

Dans les Pyrénées Orientales, parmi les renonçants, 27 % n'ont pas de complémentaire santé. 48 % ont une complémentaire santé hors CMUC et ACS, 20,8 % ont la CMU-C et 3,6 % une complémentaire avec l'ACS. La part de personnes sans complémentaire parmi les non-renonçants est nettement plus faible que celle des renonçants, elle est en effet de 15,4 %. 57,7 % des non-renonçants ont une complémentaire hors CMU-C et ACS, 25,1 % ont la CMU-C et 1,8 % une complémentaire avec l'ACS. Dans les Pyrénées Orientales, la part de non-renonçants bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS est donc de 26,9 % ; cette part est de 24,4 % chez les renonçants.

Dans tous les départements, les personnes sans complémentaire paraissent plus exposées au renoncement aux soins. C'est en Lozère que le taux de non-recours à la complémentaire est le plus bas (13,2 %) et dans l'Hérault qu'il est le plus élevé (28,3%).

Table de Q1 par Q9 - Renonçants							
Q1(Votre département :)	Q9(Avez-vous une complémentaire santé ?)						
Fréquence Pourcentage	Ne sais pas	Non	Oui la CMUC	Oui l'AME	Oui une autre complémentaire santé	Oui une autre complémentaire santé avec ACS	Total
<b>Aude</b>	0 0.00	76 21.84	81 23.28	0 0.00	145 41.67	46 13.22	348
<b>Hérault</b>	1 0.22	128 28.32	75 16.59	15 3.32	187 41.37	46 10.18	452
<b>Lozère</b>	0 0.00	19 13.19	17 11.81	0 0.00	100 69.44	8 5.56	144
<b>Pyrénées</b>	1 0.21	127 26.96	98 20.81	2 0.42	226 47.98	17 3.61	471
<b>Total</b>	2 0.14	350 24.73	271 19.15	17 1.20	658 46.50	117 8.27	1415 100.00
<b>Fréquence manquante = 1</b>							

Table de Q1 par Q9 – Non-renonçants							
Q1(Votre département :)	Q9(Avez-vous une complémentaire santé ?)						
Fréquence Pourcentage	Ne sais pas	Non	Oui la CMUC	Oui l'AME	Oui une autre complémentaire santé	Oui une autre complémentaire santé avec ACS	Total
<b>Aude</b>	2 0.34	52 8.81	178 30.17	1 0.17	276 46.78	81 13.73	590
<b>Hérault</b>	0 0.00	109 13.83	203 25.76	23 2.92	377 47.84	76 9.64	788
<b>Lozère</b>	0 0.00	18 6.47	35 12.59	2 0.72	214 76.98	9 3.24	278
<b>Pyrénées</b>	0 0.00	125 15.36	204 25.06	0 0.00	470 57.74	15 1.84	814
<b>Total</b>	2 0.08	304 12.31	620 25.10	26 1.05	1337 54.13	181 7.33	2470 100.00
<b>Fréquence manquante = 19</b>							

## **2. Raisons du non-recours à la complémentaire santé des renonçants :**

Dans l'Aude et l'Hérault, la raison la plus citée par les renonçants pour expliquer leur non-recours à la complémentaire est qu'ils n'ont pas les moyens financiers pour en assumer le coût (A= 51,3 % ; H= 52,3 %). Cette raison est moins évoquée en Lozère (15,8 %) et dans les Pyrénées Orientales (4,1%). Dans ces deux départements, la raison principale évoquée par les personnes qui n'ont pas de complémentaire est que les démarches pour en avoir une sont en cours (L= 36,8 % ; PO= 29,9 %). Le non-recours serait dans ce cas « temporaire ». Dans ces départements, les personnes ont également plus dit qu'elles avaient d'autres priorités financières (L= 15,8 % ; PO= 10,2 %). Dans l'Aude et l'Hérault, cette raison est en effet moins fréquemment donnée pour expliquer l'absence de complémentaire (A= 3,9% ; H= 8,6 %). Le fait de bénéficier d'une prise en charge à 100% par l'Assurance maladie obligatoire est évoqué dans tous les départements ; c'est plus particulièrement le cas en Lozère (21,1%). Cette raison apparaît dans une moindre mesure dans les trois autres départements (H= 10,9 % ; PO= 6,3 % ; A= 5,3%). Dans les Pyrénées Orientales, deux raisons ressortent plus que dans les autres départements pour expliquer le non-recours à la complémentaire : 9,4 % des renonçants ont ainsi dit qu'ils trouvaient les démarches pour avoir une complémentaire compliquées et 8,7 % qu'ils ne savaient pas où ils en étaient par rapport à leur couverture maladie. Cette raison apparaît également dans l'Hérault (7,8%). Dans tous les départements sauf en Lozère, une partie des renonçants a donné d'autres raisons pour expliquer l'absence de complémentaire.

<b>MEDECIN TRAITANT RENONCANTS ET NON-RENONCANTS</b>
--

Dans l'Aude, 91,9 % des renonçants ont un médecin traitant. La part de personnes ayant un médecin traitant est plus élevée chez les non-renonçants (94,9 %).

Dans l'Hérault, 88,6 % des renonçants ont un médecin traitant. La part de personnes ayant un médecin traitant est plus élevée chez les non-renonçants (92,5 %).

En Lozère, 91 % des renonçants ont un médecin traitant. La part de personnes ayant un médecin traitant est plus élevée chez les non-renonçants (94,6 %).

Dans les Pyrénées Orientales, 91,5 % des renonçants ont un médecin traitant. La part de personnes ayant un médecin traitant est plus élevée chez les non-renonçants (93,6 %).

<b>Table de Q1 par Q11 – Renonçants</b>				
<b>Q1(Votre département :)</b>	<b>Q11(Avez-vous un médecin traitant ?)</b>			
<b>Fréquence Pourcentage</b>	<b>Ne</b>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	<b>Total</b>
<b>Aude</b>	1 0.29	27 7.85	316 91.86	344
<b>Hérault</b>	5 1.12	46 10.27	397 88.62	448
<b>Lozère</b>	0 0.00	13 8.97	132 91.03	145
<b>Pyrénées</b>	3 0.64	37 7.87	430 91.49	470
<b>Total</b>	9 0.64	123 8.74	1275 90.62	1407 100.0
<b>Fréquence manquante = 9</b>				

<b>Table de Q1 par Q11 – Non-renonçants</b>				
<b>Q1(Votre département :)</b>	<b>Q11(Avez-vous un médecin traitant ?)</b>			
<b>Fréquence Pourcentage</b>	<b>Ne</b>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	<b>Total</b>
<b>Aude</b>	3 0.51	27 4.58	560 94.92	590
<b>Hérault</b>	2 0.26	56 7.20	720 92.54	778
<b>Lozère</b>	1 0.36	14 5.05	262 94.58	277
<b>Pyrénées</b>	2 0.24	50 6.12	765 93.64	817
<b>Total</b>	8 0.32	147 5.97	2307 93.70	2462 100.00
<b>Fréquence manquante = 27</b>				

**DERNIERE CONSULTATION CHEZ UN MEDECIN  
RENONCANTS ET NON-RENONCANTS**

Dans l'Aude, 84 % des renoncants ont consulté un médecin au cours des 6 derniers mois, contre 88,9 % pour les non-renoncants. Pour 10,8 % des renoncants, la dernière consultation a eu lieu il y a plus de 6 mois mais moins d'1 an. Ce taux est de 7,3 % pour les non-renoncants.

Dans l'Hérault, 83,2 % des renoncants ont consulté un médecin au cours des 6 derniers mois, contre 84,4 % pour les non-renoncants. Pour 9,4 % des renoncants, la dernière consultation a eu lieu il y a plus de 6 mois mais moins d'1 an. Ce taux est de 7,8 % pour les non-renoncants.

En Lozère, 83,5 % des renoncants ont consulté un médecin au cours des 6 derniers mois, contre 86,6 % pour les non-renoncants. Pour 10,3 % des renoncants, la dernière consultation a eu lieu il y a plus de 6 mois mais moins d'1 an. Ce taux est de 8,3 % pour les non-renoncants.

Dans les Pyrénées Orientales, 81,9 % des renoncants ont consulté un médecin au cours des 6 derniers mois, contre 86,2 % pour les non-renoncants. Pour 8,6 % des renoncants, la dernière consultation a eu lieu il y a plus de 6 mois mais moins d'1 an. Ce taux est de 6,8 % pour les non-renoncants. Pour 7,7 % des renoncants la dernière consultation a eu lieu il y a plus d'un an mais moins de 2 ans. Ce taux n'est que de 3,5 % chez les non-renoncants.

<b>Table de Q1 par Q12 - Renoncants</b>						
<b>Q1(Votre département :)</b>	<b>Q12(A quand remonte votre dernière consultation chez un médecin ?)</b>					
<b>Fréquence Pourcentage</b>	<b>Au cours des 6 derniers mois</b>	<b>Depuis plus de 2 ans</b>	<b>Entre 1 an et 2 ans</b>	<b>Entre 6 mois et 1 an</b>	<b>Je ne sais pas</b>	<b>Total</b>
<b>Aude</b>	289 84.01	9 2.62	7 2.03	37 10.76	2 0.58	344
<b>Hérault</b>	372 83.22	13 2.91	19 4.25	42 9.40	1 0.22	447
<b>Lozère</b>	121 83.45	4 2.76	5 3.45	15 10.34	0 0.00	145
<b>Pyrénées</b>	381 81.58	10 2.14	33 7.07	40 8.57	3 0.64	467
<b>Total</b>	1163 82.89	36 2.57	64 4.56	134 9.55	6 0.43	1403
<b>Fréquence manquante = 13</b>						

Table de Q1 par Q12 – Non-renonçants						
Q1(Votre département :)	Q12(A quand remonte votre dernière consultation chez un médecin ?)					
Fréquence Pourcentage	Au cours des 6 derniers mois	Depuis plus de 2 ans	Entre 1 an et 2 ans	Entre 6 mois et 1 an	Je ne sais pas	Total
<b>Aude</b>	526 88.85	7 1.18	15 2.53	43 7.26	1 0.17	592
<b>Hérault</b>	661 84.42	18 2.30	36 4.60	61 7.79	7 0.89	783
<b>Lozère</b>	240 86.64	5 1.81	9 3.25	23 8.30	0 0.00	277
<b>Pyrénées</b>	695 86.23	20 2.48	28 3.47	55 6.82	8 0.99	806
<b>Total</b>	2122 86.33	50 2.03	88 3.58	182 7.40	16 0.65	2458
<b>Fréquence manquante = 31</b>						

**PERCEPTION DE L'ETAT DE SANTE  
RENONCANTS ET NON-RENONCANTS**

Dans l'Aude, 41,3 % des renonçants perçoivent leur état de santé comme « moyen ». Ce pourcentage est moins élevé chez les non-renonçants (31,5 %). La part de personnes qui déclare un « bon » état de santé est plus forte parmi les non-renonçants que parmi les renonçants (NR= 43,7 % ; R= 32,1 %). 14,2 % des renonçants jugent leur état de santé comme étant « mauvais » ; c'est le cas de seulement 8,5 % des non-renonçants.

Dans l'Hérault, 42,9 % des renonçants perçoivent leur état de santé comme « moyen ». Ce pourcentage est moins élevé chez les non-renonçants (31,8 %). La part de personnes qui déclare un « bon » état de santé est plus forte parmi les non-renonçants que parmi les renonçants (NR= 39,8 % ; R= 29,6 %). 15 % des renonçants jugent leur état de santé comme étant « mauvais » ; c'est le cas de 11,1 % des non-renonçants.

En Lozère, 33,7 % des renonçants jugent que leur état de santé est « bon ». Ce pourcentage est plus élevé chez les non-renonçants (43,4 %). La part de renonçants qui déclare que leur état de santé est « moyen » atteint 33,1 % ; cette part est de 29,8 % parmi les non-renonçants. 20,7 % des renonçants jugent leur état de santé comme étant « mauvais » ; en Lozère, ce taux est donc plus élevé que dans les autres départements. Seuls 8,6 % des non-renonçants se perçoivent en « mauvaise » santé.

Dans les Pyrénées Orientales, 37,7 % des renonçants perçoivent leur état de santé comme « moyen ». Ce pourcentage est un peu moins élevé chez les non-renonçants (33,7 %). La part de personnes qui déclare un « bon » état de santé est plus forte parmi les non-renonçants que parmi les renonçants (NR= 40,5 % ; R= 33,4 %). 14,7 % des renonçants jugent leur état de santé comme étant « mauvais » ; c'est le cas de 8,7 % des non-renonçants.

Table de Q1 par Q13 - Renonçants						
Q1(Votre département :)	Q13(Comment percevez-vous votre état de santé général ?)					
Fréquence Pourcentage	Bon	Mauvais	Moyen	Très bon	Très mau	Total
<b>Aude</b>	115 33.2	49 14.16	143 41.33	25 7.23	14 4.05	346
<b>Hérault</b>	133 29.6	67 14.96	192 42.86	32 7.14	24 5.36	448
<b>Lozère</b>	49 33.7	30 20.69	48 33.10	17 11.7	1 0.69	145
<b>Pyrénées</b>	157 33.4	69 14.71	177 37.74	40 8.53	26 5.54	469
<b>Total</b>	454 32.2	215 15.27	560 39.77	114 8.10	65 4.62	1408 100.0
<b>Fréquence manquante = 8</b>						

Table de Q1 par Q13 – Non-renonçants						
Q1(Votre département :)	Q13(Comment percevez-vous votre état de santé général ?)					
Fréquence Pourcentage	Bon	Mauvais	Moyen	Très bon	Très mau	Total
<b>Aude</b>	258 43.73	50 8.47	186 31.53	85 14.41	11 1.86	590
<b>Hérault</b>	311 39.77	87 11.13	249 31.84	107 13.68	28 3.58	782
<b>Lozère</b>	121 43.37	24 8.60	83 29.75	47 16.85	4 1.43	279
<b>Pyrénées</b>	330 40.54	71 8.72	274 33.66	124 15.23	15 1.84	814
<b>Total</b>	1020 41.38	232 9.41	792 32.13	363 14.73	58 2.35	2465 100.00
<b>Fréquence manquante = 24</b>						

Nous allons désormais nous concentrer sur les renonçants et sur les renoncements qu'ils ont déclarés.

## LES RENONCEMENTS : DUREE, NATURE, CAUSES ET CONSEQUENCES

### 1. Durée du renoncement :

Dans l'Aude, 31,6 % des renonçants déclarent que leur situation de renoncement dure depuis moins de 6 mois. Pour 26 % des renonçants, cette durée se situe entre 6 mois et 1 an et pour 23,2 % cette situation dure depuis moins de 6 mois. Pour 24,6 %, la durée du renoncement est de plus de 2 ans et pour 18,1 % des renonçants, elle se situe entre 1 et 2 ans. C'est dans l'Aude que la durée moyenne du renoncement paraît la plus courte.

Dans l'Hérault, 28,1 % des renonçants déclarent que leur situation de renoncement dure depuis moins de 6 mois. Pour 26,7 %, la durée du renoncement est de plus de 2 ans et pour 26,5 %, elle se situe entre 1 et 2 ans. Pour 18,8 % des renonçants, cette situation dure depuis plus de 6 mois mais moins d'1 an.

En Lozère, 39,6 % des renonçants déclarent que leur situation de renoncement dure depuis plus de deux ans. Ce taux est nettement plus élevé que dans les autres départements. Pour 25 % des renonçants en Lozère, la durée du renoncement est comprise entre 1 et 2 ans et pour 22,2, % elle est de moins de 6 mois. Pour 13 % des renonçants, cette situation dure depuis plus de 6 mois mais moins d'1 an.

Dans les Pyrénées Orientales, 33,1 % des renonçants déclarent que leur situation de renoncement dure depuis plus de 2 ans. Ce taux est moins élevé qu'en Lozère mais plus élevé que dans l'Aude et l'Hérault. Pour 23,9 % des renonçants, la durée du renoncement est comprise entre 6 mois et 1 an, pour 22,2 %, elle est de moins de 6 mois et pour 20,8 %, elle se situe entre 1 et 2 ans.

Table de Q1 par Q15						
Q1(Votre département :)	Q15(Depuis quand cette situation de renoncement dure-t-elle?)					
Fréquence Pourcentage	Entre 1 et 2 ans	Entre 2 et 5 ans	Entre 6 mois et 1 an	Moins de 6 mois	Plus de 5 ans	Total
	<b>Aude</b>	62 18.13	51 14.91	89 26.02	108 31.58	
<b>Hérault</b>	114 26.45	64 14.85	81 18.79	121 28.07	51 11.3	431
<b>Lozère</b>	36 25.00	38 26.39	19 13.19	32 22.22	19 13.1	144
<b>Pyrénées</b>	95 20.83	89 19.52	109 23.90	101 22.15	62 13.6	456
<b>Total</b>	307 22.36	242 17.63	298 21.70	362 26.37	164 11.9	1373 100.0
<b>Fréquence manquante = 43</b>						

## **2. Sentiment par rapport à la situation de renoncement et à l'accès aux soins :**

Dans l'Aude, 52,2 % des renonçants pensent que cette situation de renoncement peut changer prochainement ; 21,2 % pensent le contraire et 26,6 % ne savent pas. 60,8 % des renonçants ont le sentiment de pouvoir bénéficier de soins quand ils en ont besoin. 32,9 % n'ont pas ce sentiment et 6,2 % des renonçants ne savent pas répondre à cette question.

Dans l'Hérault, 52,2 % des renonçants pensent que cette situation peut changer prochainement ; 23,4 % pensent le contraire et 24,4 % ne savent pas. 54,5 % des renonçants ont le sentiment de pouvoir bénéficier de soins quand ils en ont besoin. 39,4 % n'ont pas ce sentiment et 6,1 % des renonçants ne savent pas répondre à cette question.

En Lozère, 45,8 % des renonçants pensent que cette situation peut changer prochainement ; 36,1 % pensent le contraire et 18,1 % ne savent pas. 53,8 % des renonçants ont le sentiment de pouvoir bénéficier de soins quand ils en ont besoin. 41,4 % n'ont pas ce sentiment et 4,8 % des renonçants ne savent pas répondre à cette question.

Dans les Pyrénées Orientales, 53,2 % des renonçants pensent que cette situation de renoncement peut changer prochainement ; 28,6 % pensent le contraire et 18,1 % ne savent pas. 63,2 % des renonçants ont

le sentiment de pouvoir bénéficier de soins quand ils en ont besoin. 34,4 % n'ont pas ce sentiment et 2,5 % des renonçants ne savent pas répondre à cette question.

<b>Table de Q1 par Q16</b>				
<b>Q1(Votre département :)</b>	<b>Q16(Pensez-vous que cette situation peut changer prochainement?)</b>			
<b>Fréquence Pourcentage</b>	<b>Ne sais pas</b>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	<b>Total</b>
<b>Aude</b>	89 26.57	71 21.19	175 52.24	335
<b>Hérault</b>	104 24.36	100 23.42	223 52.22	427
<b>Lozère</b>	26 18.06	52 36.11	66 45.83	144
<b>Pyrénées</b>	83 18.16	131 28.67	243 53.17	457
<b>Total</b>	302 22.16	354 25.97	707 51.87	1363 100.0
<b>Fréquence manquante = 53</b>				

<b>Table de Q1 par Q17</b>				
<b>Q1(Votre département :)</b>	<b>Q17(En général, avez-vous le sentiment de pouvoir bénéficier de soins quand vous en avez besoin?)</b>			
<b>Fréquence Pourcentage</b>	<b>Ne sais pas</b>	<b>Non</b>	<b>Oui</b>	<b>Total</b>
<b>Aude</b>	21 6.23	111 32.94	205 60.83	337
<b>Hérault</b>	26 6.13	167 39.39	231 54.48	424
<b>Lozère</b>	7 4.83	60 41.38	78 53.79	145
<b>Pyrénées</b>	11 2.47	153 34.38	281 63.15	445
<b>Total</b>	65 4.81	491 36.34	795 58.85	1351 100.0
<b>Fréquence manquante = 65</b>				

### 3. Nature des renoncements :

Dans l'Aude, les 348 renonçants déclarent au total 695 renoncements. Chaque renonçant déclare en moyenne 2 renoncements. 18,7 % d'entre eux concernent des soins dentaires prothétiques et 17,4 % des soins dentaires conservateurs. Dans 11,3 % des cas, il s'agit de consultations en ophtalmologie, dans 10,8 % de lunetterie ou d'optique. 6,2 % de ces renoncements sont relatifs à des consultations chez un généraliste, 4,6 % à des actes chirurgicaux, 4,5 % à des consultations ou des soins gynécologiques et 4,3% à des soins chez un spécialistes.

Autrement dit : 37,4 % des renonçants dans l'Aude ont déclaré que leur –ou un de leurs- renoncement(s) porte(nt) sur des soins dentaires prothétiques, 35,6 % sur des soins dentaires conservateurs, 22,7 % sur des consultations en ophtalmologie, 21,6 % sur de la lunetterie ou de l'optique, 12,4 % sur des consultations chez un généraliste, 9,2% sur des actes chirurgicaux, 8,9% sur des consultations ou des soins gynécologiques et 8,6% sur des consultations chez un spécialistes. Nous ne citons ici que les pourcentages les plus élevés. Le total dépasse 100 car les renonçants ont dans la plupart des cas déclarés plusieurs renoncements.

Dans l'Hérault, les 452 renonçants déclarent au total 1147 renoncements. Chaque renonçant déclare en moyenne 2,5 renoncements. 16,7 % d'entre eux concernent des soins dentaires prothétiques et 15,2 % des soins dentaires conservateurs. Dans 10,7 % des cas, il s'agit de lunetterie ou d'optique et dans 10,1 % de consultations en ophtalmologie. 8,1 % de ces renoncements sont relatifs à des consultations chez un généraliste, 5,7 % à des consultations chez un spécialiste, 5,3 % à des consultations ou des soins gynécologiques, 4,3 % à des achats de médicaments et 4,2 % à des soins en kinésithérapie.

Autrement dit : 42,5 % des renonçants dans l'Hérault ont déclaré que leur –ou un de leurs- renoncement(s) porte(nt) sur des soins dentaires prothétiques, 38,5 % sur des soins dentaires conservateurs, 27,2 % sur de la lunetterie ou de l'optique, 25,7 % sur des consultations en ophtalmologie, 20,6 % sur des consultations chez un généraliste, 14,4 % sur des consultations chez un spécialiste, 13,5 % sur des consultations ou des soins gynécologiques, 10,8 % sur des achats de médicaments et 10,6 % sur des soins en kinésithérapie. Nous ne citons ici que les pourcentages les plus élevés. Le total dépasse 100 car les renonçants ont dans la plupart des cas déclarés plusieurs renoncements.

En Lozère, les 145 renonçants déclarent au total 469 renoncements. Chaque renonçant déclare en moyenne 3,2 renoncements ; c'est plus que dans les autres départements. 21,3 % d'entre eux concernent des soins dentaires prothétiques et 15,8 % des soins dentaires conservateurs. Dans 15,6 % des cas, il s'agit de consultations en ophtalmologie et dans 14,3 % de lunetterie ou d'optique. 5,8 % de ces renoncements sont relatifs à des soins en kinésithérapie, 5,5 % à des consultations ou des soins gynécologiques et 3,8% à des consultations chez un spécialiste.

Autrement dit : 69 % des renonçants en Lozère ont déclaré que leur –ou un de leurs- renoncement(s) porte(nt) sur des soins dentaires prothétiques, 51 % sur des soins dentaires conservateurs, 50,3 % sur des consultations en ophtalmologie et 46 % sur de la lunetterie ou de l'optique, 18,6 % sur des soins en kinésithérapie, 17,9 % sur des consultations ou des soins gynécologiques et 12,4 % sur des consultations chez un spécialiste. Nous ne citons ici que les pourcentages les plus élevés. Le total dépasse 100 car les renonçants ont dans la plupart des cas déclarés plusieurs renoncements.

Dans les Pyrénées Orientales, les 471 renonçants déclarent au total 1032 renoncements. Chaque renonçant déclare en moyenne 2,2 renoncements. 20,7 % d'entre eux concernent des soins dentaires prothétiques et 18,3 % des soins dentaires conservateurs. Dans 14,3 % des cas, il s'agit de lunetterie ou d'optique et dans 9,2 % de consultations en ophtalmologie. 5,5 % de ces renoncements sont relatifs à des consultations chez un spécialiste, 5 % à des consultations chez un généraliste et 4,7 % à des consultations ou des soins gynécologiques.

Autrement dit : 45,4 % des renonçants dans les Pyrénées Orientales ont déclaré que leur –ou un de leurs- renoncement(s) porte(nt) sur des soins dentaires prothétiques, 40 % sur des soins dentaires conservateurs, 31,4 % sur de la lunetterie ou de l'optique, 20,2 % sur des consultations en ophtalmologie, 12,1 % sur des consultations chez un spécialiste, 11 % sur des consultations chez un généraliste et 10,2 % sur des consultations ou des soins gynécologiques. Nous ne citons ici que les

pourcentages les plus élevés. Le total dépasse 100 car les renonçants ont dans la plupart des cas déclarés plusieurs renoncements.

#### **4. Causes des renoncements :**

Dans l'Aude, les 348 renonçants ont apporté 608 causes à leur(s) renoncement(s). Dans 37,7 % des cas cette cause est relative aux restes à charge, dans 15,1 % des cas elle est relative à la nécessité de faire l'avance de frais chez les professionnels de santé, dans 6,9 % aux délais d'attente pour avoir un rendez-vous et dans 5,3 % au fait que les personnes ne savent pas combien elles vont devoir payer pour les soins dont elles auraient besoin.

Autrement dit, parmi les 348 renonçants repérés dans l'Aude, 65,8 % ont dit renoncer à cause des restes à charge, 26,4 % à cause de la nécessité de faire l'avance de frais, 12,1 % à cause des délais de rendez-vous et 9,2 % parce qu'ils ne savent combien ils vont devoir payer pour les soins. Nous ne citons ici que les pourcentages les plus élevés. Le total dépasse 100 car les renonçants ont dans la plupart des cas déclarés plusieurs renoncements.

Dans l'Hérault, les 452 renonçants ont apporté 918 causes à leur(s) renoncement(s). Dans 30,8 % des cas cette cause est relative aux restes à charge, dans 20 % des cas elle est relative à la nécessité de faire l'avance de frais chez les professionnels de santé, dans 7 % des cas au fait que les personnes ne savent pas combien elles vont devoir payer pour les soins dont elles auraient besoin et dans 5,9 % des cas aux délais d'attente pour avoir un rendez-vous.

Autrement dit, parmi les 452 renonçants repérés dans l'Hérault, 62,6 % ont dit renoncer à cause des restes à charge, 40,7 % à cause de la nécessité de faire l'avance de frais, 14,2 % parce qu'ils ne savent combien ils vont devoir payer pour les soins et 11,9 % à cause des délais de rendez-vous. Nous ne citons ici que les pourcentages les plus élevés. Le total dépasse 100 car les renonçants ont dans la plupart des cas déclarés plusieurs renoncements.

En Lozère, les 145 renonçants ont apporté 422 causes à leur(s) renoncement(s). Dans 22,5 % des cas cette cause est relative aux restes à charge, dans 19,9 % des cas elle est relative à la nécessité de faire l'avance de frais chez les professionnels de santé, dans 12,3 % des cas au fait que les personnes ne savent pas combien elles vont devoir payer pour les soins dont elles auraient besoin, dans 12,1 % des cas aux délais d'attente pour avoir un rendez-vous, dans 7,3 % à un problème de temps pour aller voir un professionnel de santé et dans 7,1 % à une problématique d'éloignement géographique.

Autrement dit, parmi les 145 renonçants repérés en Lozère, 65,5 % ont dit renoncer à cause des restes à charge, 57,9 % à cause de la nécessité de faire l'avance de frais, 35,9 % parce qu'ils ne savent combien ils vont devoir payer pour les soins, 37,2 % à cause des délais de rendez-vous, 21,4 % par manque de temps pour aller voir un professionnel de santé et 20,7 % du fait d'une problématique d'éloignement géographique. Nous ne citons ici que les pourcentages les plus élevés. Le total dépasse 100 car les renonçants ont dans la plupart des cas déclarés plusieurs renoncements.

Dans les Pyrénées Orientales, les 471 renonçants ont apporté 890 causes à leur(s) renoncement(s). Dans 33,7 % des cas cette cause est relative aux restes à charge, dans 27,3 % des cas elle est relative à la nécessité de faire l'avance de frais chez les professionnels de santé, dans 4,3 % des cas aux délais d'attente pour avoir un rendez-vous, dans 4% des cas à de la lassitude et dans 3,6 % des cas au fait que les personnes ne savent pas combien elles vont devoir payer pour les soins dont elles auraient besoin.

Autrement dit, parmi les 471 renonçants repérés dans les Pyrénées orientales, 63,7 % ont dit renoncer à cause des restes à charge, 51,6 % à cause de la nécessité de faire l'avance de frais, 8,1 % à cause des délais de rendez-vous, 7,6 % par lassitude et 6,8 % parce qu'ils ne savent combien ils vont devoir payer pour les soins, Nous ne citons ici que les pourcentages les plus élevés. Le total dépasse 100 car les renonçants ont dans la plupart des cas déclarés plusieurs renoncements.

## **5. Conséquences des renoncements :**

La plupart des renonçants (A= 88,5% ; H= 87 % ; L= 78,6 % ; PO= 89,8 %) ont le sentiment que cette situation de renoncement a ou aura des conséquences pour eux. Le pourcentage le plus bas en la matière concerne la Lozère et le plus élevé les Pyrénées Orientales.

Dans l'Aude, 74,1 % des renonçants craignent des conséquences sur leur état de santé. 29,3 % sur leur vie sociale, 22,1 % pensent que leur(s) renoncement(s) a ou peut avoir des conséquences sur leur vie professionnelle et 17,2 % sur leur vie familiale. Le total ne fait pas 100 dans la mesure où les personnes pouvaient déclarer plusieurs conséquences.

Dans l'Hérault, 72,8 % des renonçants craignent des conséquences sur leur état de santé. 25,9 % sur leur vie sociale, 18,4 % pensent que leur(s) renoncement(s) a ou peut avoir des conséquences sur leur vie professionnelle et 16,6 % sur leur vie familiale. Le total ne fait pas 100 dans la mesure où les personnes pouvaient déclarer plusieurs conséquences.

En Lozère, 70,3 % des renonçants craignent des conséquences sur leur état de santé. 37,2 % sur leur vie sociale, 34,5 % pensent que leur(s) renoncement(s) a ou peut avoir des conséquences sur leur vie professionnelle et 31,7 % sur leur vie familiale. Le sentiment selon lequel le renoncement a ou peut avoir des conséquences sur l'état de santé, mais également sur différentes dimensions de la vie, apparaît plus fort en Lozère que dans les autres départements.

Dans les Pyrénées Orientales, 78,1 % des renonçants craignent des conséquences sur leur état de santé. 28,5 % sur leur vie sociale, 21,4 % pensent que leur(s) renoncement(s) a ou peut avoir des conséquences sur leur vie professionnelle et 23,1 % sur leur vie familiale. Le total ne fait pas 100 dans la mesure où les personnes pouvaient déclarer plusieurs conséquences.

De manière générale, les conséquences imaginées ou perçues par les renonçants concernent plus particulièrement leur état de santé. C'est dans les Pyrénées Orientales que le pourcentage en la matière est le plus élevé.

**Mai 2015**

**DIAGNOSTIC DE L'ACCES AUX SOINS  
EN LANGUEDOC-ROUSSILLON**

**DEPARTEMENTS DE L'AUDE, DE L'HERAULT,  
DE LA LOZERE ET DES PYRENEES ORIENTALES**

**SYNTHESE DES PREMIERS RESULTATS QUANTITATIFS**

**ODENORE**

## SOMMAIRE

<b>Avant-propos</b>	<b>p.3</b>
<b>Les taux de renoncement aux soins dans les différents régimes et par département</b>	<b>p.4</b>
<b>Le renoncement aux soins dans le Régime général :</b>	
<b>Synthèse des premiers résultats quantitatifs</b>	<b>p.6</b>
<b>Le renoncement aux soins dans le régime de la Mutualité sociale agricole (MSA) :</b>	
<b>Synthèse des premiers résultats quantitatifs</b>	<b>p.13</b>
<b>Le renoncement aux soins dans le Régime social des indépendants (RSI) :</b>	
<b>Synthèse des premiers résultats quantitatifs</b>	<b>p.19</b>

## Avant-propos

Le diagnostic de l'accès aux soins en Languedoc Roussillon (départements de l'Aude, de l'Hérault, de la Lozère et des Pyrénées Orientales) comprend plusieurs phases. La première d'entre-elles a consisté en une campagne de repérage par questionnaire du renoncement aux soins. Durant une période d'un mois environ, toutes les personnes se présentant à l'accueil ou dans d'autres services<sup>29</sup> des CPAM, CCSS, caisses MSA et RSI, situées dans les départements de l'Aude, de l'Hérault, de la Lozère et des Pyrénées Orientales ou se rendant dans plusieurs autres organismes et structures de ces départements<sup>30</sup> ont répondu à un questionnaire relatif au renoncement aux soins.

De premières analyses quantitatives - principalement des tris à plat - ont été réalisées à partir des données collectées par questionnaire afin de dresser un panorama du phénomène de renoncement aux soins dans les différents régimes d'assurance maladie pris en compte dans ce diagnostic -Régime général, régime de la Mutualité sociale agricole (MSA) et Régime social des indépendants (RSI) -, mais également dans les départements de l'Aude, de l'Hérault, de la Lozère et des Pyrénées Orientales en ce qui concerne le Régime général. Ce document synthétise les principaux résultats tirés de ces premières analyses quantitatives.

Il est important de rappeler que le diagnostic de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon ne concerne pas le département du Gard, dans la mesure où le renoncement aux soins a fait l'objet, dans ce département, d'un diagnostic spécifique, en 2014, avec l'expérimentation du Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard (BRSG)<sup>31</sup>. Ainsi, dans ce document, lorsque nous parlons de la « région » ou du « niveau régional », nous renvoyons en fait aux quatre départements inclus dans le diagnostic actuel, c'est-à-dire l'Aude, l'Hérault, la Lozère et les Pyrénées Orientales.

Dans cette synthèse, nous n'avons pas intégré les résultats du Gard issus du BRSG afin de nous concentrer sur les départements pour lesquels le renoncement aux soins n'avait jusque-là jamais été investigué. En revanche, ces résultats apparaîtront et seront pleinement pris en compte dans le rapport final relatif à l'accès aux soins dans l'ensemble de la Languedoc-Roussillon que rédigera l'Odenore à l'automne 2015.

---

<sup>29</sup> Par exemple Service social, Service action sanitaire et sociale (ASS), Echelon local du service médical (ELSM), Centre d'examen de santé (CES)...

<sup>30</sup> Centre hospitalier, Centre communal d'action sociale (CCAS), Médecins du monde, Union départementale des associations familiales (UDAF)...

<sup>31</sup> Warin P., « Le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard », Rapport d'étude, ODENORE, septembre 2014.  
[https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport\\_final\\_brsrg\\_19\\_septembre\\_2014.pdf](https://odenore.msh-alpes.fr/documents/rapport_final_brsrg_19_septembre_2014.pdf)

<b>LES TAUX DE RENONCEMENT AUX SOINS DANS LES DIFFERENTS REGIMES ET PAR DEPARTEMENT</b>
---

Au total, **5261** questionnaires ont été passés durant la campagne de repérage. Le régime d'Assurance maladie est connu pour la grande majorité des répondants. Il n'est toutefois pas connu pour une partie d'entre eux (**61 personnes**). Les analyses quantitatives tenant compte, en premier lieu, du régime d'Assurance maladie des personnes enquêtées, une partie des questionnaires n'a donc pas pu être exploitée. D'autre part, quelques répondants (**16**) ne se sont pas exprimés sur le fait de renoncer ou non à des soins (question 14). Les questionnaires correspondant à ces personnes n'ont, là encore, pas pu être intégrés dans les analyses.

Ainsi, parmi les **5184** personnes pour lesquelles le régime d'Assurance maladie est connu et qui ont répondu à la question 14, **3477** personnes ont déclaré ne pas avoir renoncé ou reporté des soins au cours des douze derniers mois. **1707** ont, quant à elles, dit avoir renoncé ou reporté des soins.

Dans cette campagne, au niveau régional et tout régime confondu, **le taux de renoncement est donc de 32,9 %.**

### 3. TAUX DE RENONCEMENT PAR REGIME, AU NIVEAU « REGIONAL » :

Régimes	Répondants	Renoncements exprimés	Taux de renoncement
Général	3905	1416	36,3 %
RSI	574	120	20,9 %
MSA	600	133	22,2 %
Autres	105	38	36,2 %
<b>Total</b>	<b>5184</b>	<b>1707</b>	<b>32,9 %</b>

Régimes	Renonçants		Non-renonçants		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Général	1416	36,3	2489	63,7	3905	100
RSI	120	20,9	454	79,1	574	100
MSA	133	22,2	467	77,8	600	100
Autres	38	36,2	67	63,8	105	100
<b>Total</b>	<b>1707</b>	<b>32,9</b>	<b>3477</b>	<b>67,1</b>	<b>5184</b>	<b>100</b>

#### **4. TAUX DE RENONCEMENT AU SEIN DU REGIME GENERAL, PAR DEPARTEMENT :**

Pour le régime général, nous avons mesuré des taux de renoncement par département. Rappelons que concernant ce régime, nous avons 3905 personnes qui ont répondu à la question 14.

Départements	Répondants	Renoncements exprimés	Taux de renoncement
<b>Aude</b>	945	348	<b>36,8 %</b>
<b>Lozère</b>	424	145	<b>34,2 %</b>
<b>Hérault</b>	1243	452	<b>36,4 %</b>
<b>Pyrénées orientales</b>	1293	471	<b>36,4 %</b>
<b>Total</b>	<b>3905</b>	<b>1416</b>	<b>36,3 %</b>

Départements	Renonçants		Non-renonçants		Total	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
<b>Aude</b>	348	36,8	597	63,2	945	100
<b>Lozère</b>	145	34,2	279	65,8	424	100
<b>Hérault</b>	452	36,4	791	63,6	1243	100
<b>Pyrénées orientales</b>	471	36,4	822	63,6	1293	100
<b>Total</b>	<b>1416</b>	<b>36,3</b>	<b>2489</b>	<b>63,8</b>	<b>3905</b>	<b>100</b>

# LE RENONCEMENT AUX SOINS DANS LE REGIME GENERAL

## REGION LANGUEDOC-ROUSSILLON DEPARTEMENTS DE L'AUDE, DE L'HERAULT, DE LA LOZERE ET DES PYRENEES ORIENTALES<sup>32</sup>

### SYNTHESE DES PREMIERS RESULTATS QUANTITATIFS

Cette synthèse reprend les principaux résultats des premières analyses quantitatives effectuées à partir des données collectées durant la campagne de repérage du renoncement aux soins. Ces résultats concernent le régime général. Ils sont présentés au niveau de la région<sup>33</sup>, mais également pour chaque département lorsque cela nous paraît pertinent pour l'analyse du renoncement. Afin de ne pas alourdir la lecture, nous ne mettrons pas les résultats du régime général en perspective avec les résultats des autres régimes (excepté pour les taux de renoncement). Nous le ferons en revanche dans les synthèses relatives à la MSA et au RSI.

#### 1. Le taux global de renoncement pour le régime général est supérieur à celui du RSI et de la MSA

Parmi les personnes qui ont participé à la campagne et pour lesquelles le régime est renseigné, 3919 appartiennent au régime général. Parmi elles, 1416 personnes ont déclaré avoir renoncé ou reporté des soins au cours des douze derniers mois. 2489 personnes ont dit ne pas avoir renoncé. 14 personnes ne se sont pas exprimées sur la question du renoncement. Dans cette campagne, s'agissant des assurés du régime général qui se sont exprimés sur le fait de renoncer ou non, le taux de renoncement est donc de **36,3 %**.

	Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé ou reporté un ou plusieurs soins ?	
	Effectifs	Pourcentages
Oui	1416	36,3
Non	2489	63,7

	RSI	Régime général	MSA
Taux de renoncement	20,9	36,3	22,2

#### 2. Les taux de renoncement des différents départements présentent une forte homogénéité : ils se situent dans une fourchette allant de 34,2 % pour la Lozère à 36,8 % pour l'Aude

1416 assurés du régime général ont déclaré avoir renoncé ou reporté des soins au cours des douze derniers mois. Si l'on se situe au niveau des départements, les renonçants se distribuent comme suit :

- 348 résident dans l'Aude,
- 145 résident en Lozère,
- 452 résident dans l'Hérault,
- 471 résident dans les Pyrénées Orientales.

<sup>32</sup> Nous rappelons que le département du Gard n'est pas pris en compte dans ce diagnostic dans la mesure où le renoncement aux soins a fait l'objet dans ce département d'une étude spécifique en 2014 avec l'expérimentation du Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard (BRSG) (Warin, 2014).

<sup>33</sup> Lorsque nous parlons ici de la « région » ou du « niveau régional », nous renvoyons en fait, et comme indiqué dans l'avant-propos, aux quatre départements pris en compte dans ce diagnostic de l'accès aux soins en Languedoc-Roussillon, c'est-à-dire l'Aude, l'Hérault, la Lozère et les Pyrénées Orientales.

2489 personnes appartenant au régime général ont déclaré ne pas avoir renoncé ou reporté des soins dans les douze derniers mois. Si l'on se situe au niveau des départements, les non-renonçants se distribuent comme suit :

- 597 résident dans l'Aude,
- 279 en Lozère,
- 791 résident dans l'Hérault,
- 822 résident dans les Pyrénées Orientales.

Au sein des assurés du régime général, 14 personnes ne se sont pas exprimées sur la question du renoncement. Ces personnes n'apparaissent pas dans le tableau suivant ; les taux de renoncement ont en effet été calculés parmi les personnes qui se sont exprimées sur le fait de renoncer ou non.

Départements	Répondants	Renoncements exprimés	Taux de renoncement
<b>Aude</b>	945	348	36,8 %
<b>Lozère</b>	424	145	34,2 %
<b>Hérault</b>	1243	452	36,4 %
<b>Pyrénées orientales</b>	1293	471	36,4 %
<b>Total</b>	3905	1416	36,3 %

### 3. Les femmes sont plus concernées par le renoncement que les hommes

Au niveau régional et concernant le régime général, les femmes apparaissent plus exposées au renoncement que les hommes. Ainsi 65,8 % des assurés du régime général qui ont dit avoir renoncé au cours des douze derniers mois sont des femmes et 34,2 % sont des hommes. Parmi les non-renonçants, la part de femmes est de 54,4 % et la part d'hommes de 45,6 %.

C'est en Lozère que la part de femmes qui renoncent est la plus élevée et dans les Pyrénées Orientales qu'elle est la moins élevée, comme le montre le tableau ci-dessous. Ce tableau présente plus globalement les pourcentages de renonçants (Re) et de non-renonçants (N-Re) en fonction du genre et par département.

Département/ Genre	Aude		Hérault		Lozère		Pyrénées Orientales	
	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re
<b>Femmes</b>	68	59,3	65,5	52,9	69,4	55,8	63,3	51,7
<b>Hommes</b>	32	40,7	34,5	47,1	30,6	44,2	36,7	48,3
<b>Total</b>	100	100	100	100	100	100	100	100

### 4. Par rapport aux non-renonçants, les renonçants sont plus souvent sans activité professionnelle et seul(e)s avec des enfants à charge

Les premiers résultats quantitatifs signalent que le fait d'être sans activité professionnelle accroît la probabilité de renoncer. Ainsi 52 % des renonçants du régime général sont sans activité professionnelle ; ce taux est de 44,6 % pour les non-renonçants.

C'est dans l'Aude que la part de renonçants sans activité est la plus élevée et en Lozère qu'elle est la plus faible.

Les renonçants du régime général vivent, par ailleurs, plus souvent seul(e)s avec des enfants à charge que les non-renonçants (18,1 % contre 12 %).

Là encore, l'Aude présente le taux le plus élevé de renonçants qui vivent seul(e)s avec des enfants à charge et la Lozère le taux le moins élevé.

Le tableau ci-dessous présente, pour chaque département, la part de personnes sans activité professionnelle et la part de personnes vivant seul(e)s avec des enfants à charge parmi les renonçants et parmi les non-renonçants.

	<b>Aude</b>	<b>Hérault</b>	<b>Lozère</b>	<b>Pyrénées Orientales</b>
<b>Part de renonçants sans activité prof.</b>	53	51,1	46,2	51,5
<b>Part de non-renonçants sans activité prof.</b>	48	45,4	36,9	44,1
	<b>Aude</b>	<b>Hérault</b>	<b>Lozère</b>	<b>Pyrénées Orientales</b>
<b>Part de renonçants vivant seul(e)s avec des enfants à charge</b>	21,3	15,7	19,4	17,8
<b>Part de non-renonçants vivant seul(e)s avec des enfants à charge</b>	13,3	13,1	8,7	10,9

### 5. L'absence de complémentaire santé expose fortement au renoncement

Parmi les assurés du régime général qui ont déclaré avoir renoncé aux soins au cours des douze derniers mois, 24,7 % n'ont pas de complémentaire santé. La part de personnes sans complémentaire parmi celles qui ont dit ne pas renoncer est nettement plus faible : elle est en effet de 12,3 %.

Les personnes sans complémentaire santé sont donc nettement plus exposées au renoncement aux soins que celles qui disposent d'une couverture.

Si l'on zoome au niveau départemental, c'est en Lozère que le taux de non-recours à la complémentaire parmi les renonçants est le plus bas (13,2 %) et dans l'Hérault qu'il est le plus élevé (28,3%). Suivent les Pyrénées Orientales (27 %) et l'Aude (21,8 %).

	<b>Aude</b>	<b>Hérault</b>	<b>Lozère</b>	<b>Pyrénées Orientales</b>
<b>Renonçants sans complémentaire</b>	21,8	28,3	13,2	27
<b>Non-renonçants sans complémentaire</b>	8,8	13,8	6,5	15,4

### 6. Un état de santé plus souvent perçu comme « moyen » et comme « mauvais » par les renonçants que par les non-renonçants

Il ressort également des premières analyses quantitatives que les renonçants du régime général perçoivent plus souvent leur état de santé comme « moyen » ou comme « mauvais » que les non-renonçants.

Ainsi, 39,8 % des renonçants jugent leur état de santé comme « moyen », contre 32,1 % pour les non-renonçants. Parallèlement, 15,3 % des renonçants trouvent qu'ils sont en « mauvaise » santé ; ce taux n'est que de 9,4 % chez les non-renonçants.

Enfin, la part des renonçants qui déclare que son état de santé est « bon » est moins élevée que celle des non-renonçants (32,2 % contre 41,4 %).

La part de renonçants qui dit être en « mauvaise » santé est plus importante en Lozère et c'est dans l'Hérault que les renonçants disent le moins souvent être en « bonne » santé.

	<b>Aude</b>	<b>Hérault</b>	<b>Lozère</b>	<b>Pyrénées Orientales</b>
--	-------------	----------------	---------------	--------------------------------

	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re
<b>Etat de santé jugé « mauvais »</b>	14,2	8,5	15	11,1	20,7	8,6	14,7	8,7
<b>Etat de santé jugé « moyen »</b>	42,9	31,8	42,9	31,8	33,1	29,8	37,7	33,7
<b>Etat de santé jugé « bon »</b>	33,2	43,7	29,6	39,8	33,7	43,4	33,4	40,5

## 7. Le renoncement : une dimension « familiale »

Les premières analyses mettent parallèlement en exergue le fait que les renonçants déclarent plus fréquemment que les non-renonçants qu'un autre membre de leur foyer est en renoncement.

Ainsi, le fait qu'une personne soit en renoncement aux soins augmente nettement la probabilité qu'un autre membre du foyer soit également dans cette situation.

41,5 % des renonçants du régime général ont en effet dit qu'un autre membre de leur famille était en situation de renoncement à un ou plusieurs soins, alors que ce taux n'est que de 8,9 % pour les non-renonçants.

C'est en Lozère que le taux de renonçants qui signalent un autre renoncement dans leur famille est le plus élevé (48,6 %). Suivent les Pyrénées Orientales (43,6 %), l'Hérault (39,2 %) et l'Aude (38,8 %).

## 8. Des renoncements qui se cumulent

En moyenne, concernant le régime général, chaque renonçant déclare 2,4 renoncements. Si l'on se concentre à l'échelle départementale, c'est en Lozère que chaque renonçant déclarent le plus de renoncements (3,2). Viennent ensuite et dans l'ordre l'Hérault (2,5), les Pyrénées Orientales (2,2) et l'Aude (2).

## 9. Les besoins de soins non-satisfaits : des soins dentaires, aux consultations généralistes et spécialisées

Il ressort que, dans tous les départements, les soins les plus concernés par le renoncement sont les soins dentaires prothétiques. Viennent ensuite les soins dentaires conservateurs, les achats de lunetterie/optique, les consultations en ophtalmologie, mais également les consultations chez un généraliste, les consultations chez un spécialiste (hors gynécologie et ophtalmologie) et les consultations et soins gynécologiques<sup>34</sup>.

Ainsi, au niveau régional, 44,9 % des renonçants assurés au régime général ont déclaré un renoncement à des soins dentaires prothétiques et 39,6 % à des soins dentaires conservateurs. 29,2 % ont dit renoncer à de la lunetterie ou de l'optique et 25,6 % à des consultations en ophtalmologie. 14,3 % des renonçants ont déclaré avoir renoncé à des consultations chez un généraliste au cours des douze derniers mois. 12% ont quant à eux exprimé des renoncements à des consultations chez un spécialiste<sup>35</sup> et 11,7 % des renoncements à des consultations ou des soins gynécologiques<sup>36</sup>.

Les 7 types de soins précités apparaissent concernés par le phénomène de renoncement dans tous les départements pris en compte dans ce diagnostic. Les taux de renoncement pour chacun de ces soins diffèrent toutefois d'un département à l'autre, comme l'indique le tableau ci-dessous.

<sup>34</sup> Comme il est d'usage dans la plupart des travaux sur le renoncement aux soins en France, il avait été décidé de distinguer les soins et consultations gynécologiques ainsi que les consultations en ophtalmologie des autres consultations spécialisées. La gynécologie et l'ophtalmologie sont en effet parmi les spécialités qui apparaissent particulièrement concernées par le phénomène de renoncement aux soins.

<sup>35</sup> Lorsque les renonçants ont précisé quelles spécialités étaient concernées, ils ont plus fréquemment cités les consultations en ORL, en rhumatologie et en gastroentérologie.

<sup>36</sup> Le total dépasse 100 dans la mesure où les renonçants ont, pour la plupart d'entre eux, déclaré renoncer à plusieurs types de soins.

	Aude	Hérault	Lozère	Pyrénées Orientales
<b>Soins dentaires prothétiques</b>	37,4	42,5	69	45,4
<b>Soins dentaires conservateurs</b>	35,6	38,5	51	40
<b>Lunetterie/optique</b>	21,6	27,2	46	31,4
<b>Consultations en ophtalmologie</b>	22,7	25,7	50,3	20,2
<b>Consultations chez un généraliste</b>	12,4	20,6	9,7	11
<b>Consultations chez un spécialiste (hors gynécologie et ophtalmologie)</b>	8,6	14,4	12,4	12,1
<b>Consultations ou soins gynécologiques</b>	8,9	13,5	17,9	10,2

Par ailleurs, certains soins ne sont concernés par le renoncement que dans l'un ou l'autre des départements pris en compte. Ainsi, dans l'Aude, 9,2 % des renonçants ont par exemple évoqué des renoncements à des actes chirurgicaux. Dans l'Hérault, 10,8 % des renonçants ont quant à eux dit renoncer à des achats de médicaments et 10,6 % à des soins en kinésithérapie.

### 10. Les causes financières en première ligne

Les premières analyses quantitatives montrent que les problématiques financières sont particulièrement évoquées par les renonçants. Selon eux, ce sont, en premier lieu, les restes à charge (RAC) qui constituent un obstacle à l'accès aux soins : au niveau régional, 64,1 % des renonçants ont ainsi dit que les RAC sont la ou l'une des raisons de leur(s) renoncement(s). 42,6 % ont quant à eux déclaré que l'avance de frais était la ou l'une des causes. 12,7 % des renonçants ont également dit que le fait de ne pas savoir combien ils vont devoir payer pour leur(s) soin(s)<sup>37</sup> pouvait les amener à y renoncer.

Dans l'ensemble des départements, une autre raison est relativement fréquemment apportée par les personnes pour expliquer leur(s) renoncements : il s'agit des délais pour avoir un rendez-vous chez un professionnel de santé : cette cause est citée par 13,1 % des renonçants assurés au régime général.

Si les causes « restes à charge », « avance de frais », « je ne sais pas combien je vais devoir payer pour ces soins » et « délais » sont particulièrement évoquées par les renonçants, des différences dans la fréquence de citation existent tout de même d'un département à l'autre, comme l'indique le tableau ci-dessous<sup>38</sup>.

	Aude	Hérault	Lozère	Pyrénées Orientales
<b>Restes à charge</b>	65,8	62,6	65,5	63,7
<b>Avance de frais</b>	26,4	40,7	57,9	51,6
<b>« Je ne sais pas combien je vais devoir payer »</b>	9,2	14,2	35,9	6,8
<b>Délais pour avoir un rendez-vous</b>	12,1	11,9	37,2	8,1

Si ces 4 causes sont toujours les plus citées par les renonçants et ce dans les 4 départements, d'autres raisons sont également évoquées, dans certains départements, de manière relativement fréquente : l'éloignement géographique et le manque de temps pour aller voir les professionnels de santé sont notamment beaucoup plus souvent cités en Lozère que dans les autres départements. Ainsi, en Lozère, 7,1% des renonçants ont dit que l'éloignement géographique par rapport à l'offre de soins pouvait être un obstacle à l'accès aux soins et 7,3 % qu'ils manquaient de temps pour se rendre chez les

<sup>37</sup> Nous ne citons ici que les pourcentages les plus élevés. Le total de ces pourcentages dépasse 100 dans la mesure où les renonçants ont dans la plupart des cas déclarés plusieurs causes.

<sup>38</sup> Le total des taux relatifs aux causes dépasse 100 dans la mesure où les renonçants pouvaient déclarer plusieurs causes.

professionnels de santé<sup>39</sup>. Dans les Pyrénées Orientales, 7,6 % ont déclaré que la lassitude participait à expliquer leur(s) renoncement(s).

### 11. Des indices pour étayer l'hypothèse de « comportements intégrés » de renoncement

L'une des hypothèses que nous souhaitons vérifier à travers ce diagnostic de l'accès aux soins en Languedoc Roussillon est relative à l'existence de « comportements intégrés » de renoncement. En ce sens, il nous paraît en premier lieu important de signaler, qu'au niveau régional, dans 29,6 % des cas, le(s) renoncement(s) déclaré(s) dure(nt) depuis plus de deux ans. En fonction des départements, ce taux varie mais il reste, dans tous les cas, supérieur à 20 % comme signalé ci-après.

	Aude	Hérault	Lozère	Pyrénées Orientales
<b>Moins de 6 mois</b>	31,6	28,1	22,2	22,2
<b>Entre 6 mois et 1 an</b>	26	18,8	13,2	23,9
<b>Entre 1 et 2 ans</b>	18,1	26,5	25	20,8
<b>Plus de 2 ans</b>	24,6	26,7	39,6	33,1

En second lieu, au niveau régional, il ressort qu'un peu plus d'un quart des renonçants (26 %) pense que cette situation de renoncement ne changera pas prochainement et que plus d'un tiers (36,3%) n'a globalement pas le sentiment de pouvoir bénéficier de soins quand il en a besoin. Si l'on se positionne au niveau départemental et comme le montre le tableau ci-dessous, nous voyons que c'est en Lozère que ces deux taux sont les plus importants.

	Aude	Hérault	Lozère	Pyrénées Orientales
<b>Cette situation ne peut pas changer</b>	21,2	23,4	36,1	28,7
	Aude	Hérault	Lozère	Pyrénées Orientales
<b>« Je n'ai pas le sentiment de pouvoir bénéficier de soins »</b>	32,9	39,4	41,4	34,4

Enfin, un dernier point nous paraît ici utile à souligner : le fait qu'au niveau régional, 87,4 % des renonçants craignent que cette situation de renoncement ait des conséquences pour eux.

Les conséquences les plus fréquemment évoquées concernent l'état de santé : 74,7 % des renonçants les craignent. Ce taux est plus élevé dans les Pyrénées Orientales (78,1 %). Viennent, en second lieu, les conséquences sur la vie sociale : 28,7 % des renonçants s'en inquiètent -ce taux est de 37,2 % en Lozère- puis, dans une moindre mesure, les conséquences sur la vie professionnelle et familiale.

Le tableau ci-dessous présente, pour chaque département, la part de renonçants qui craint des conséquences sur son état de santé et la part qui s'inquiète des conséquences sur sa vie sociale -ces deux types de conséquences étant les plus citées par les renonçants assurés au régime général.

	Aude	Hérault	Lozère	Pyrénées Orientales
<b>Conséquences sur l'état de santé</b>	74,1	72,8	70,3	78,1
<b>Conséquences sur la vie sociale</b>	29,3	25,9	37,2	28,5

<sup>39</sup> Il sera particulièrement intéressant de mettre ces résultats en perspective par rapport à la densité de l'offre médicale dans le département de la Lozère.

**LE RENONCEMENT AUX SOINS  
DANS LE REGIME DE LA MUTUALITE SOCIALE AGRICOLE (MSA)**

**REGION LANGUEDOC-ROUSSILLON  
DEPARTEMENTS DE L'AUDE, DE L'HERAULT,  
DE LA LOZERE ET DES PYRENEES ORIENTALES**

**SYNTHESE DES PREMIERS RESULTATS QUANTITATIFS**

Nous présentons ici les principaux résultats des premières analyses quantitatives effectuées à partir des données collectées durant la campagne de repérage du renoncement aux soins. Ces résultats concernent le régime de la Mutualité sociale agricole (MSA). Ils sont toutefois mis en perspective par rapport aux résultats des deux autres régimes pris en compte dans cette campagne, c'est-à-dire le Régime général et le Régime social des indépendants (RSI). Afin de ne pas alourdir la lecture, nous avons introduit des tableaux avec des données chiffrées uniquement lorsque cela nous est apparu le plus pertinent pour l'analyse du renoncement aux soins.

**1. Le taux de renoncement pour le régime de la MSA est proche de celui du RSI et est moins élevé que celui du régime général**

Parmi les personnes qui ont été repérées au moment de la campagne et pour lesquelles le régime est renseigné, 600 appartiennent au régime de la MSA. Parmi elles, 133 personnes ont déclaré avoir renoncé ou reporté des soins au cours des douze derniers mois. 467 personnes ont dit ne pas avoir renoncé.

Dans cette campagne, le taux de renoncement mesuré pour les assurés de la MSA est donc de **22,2 %**.

	<b>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé ou reporté un ou plusieurs soins ?</b>	
	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages</b>
<b>Oui</b>	133	22,2
<b>Non</b>	467	77,8

	<b>RSI</b>	<b>Régime général</b>	<b>MSA</b>
<b>Taux de renoncement</b>	20,9	36,3	22,2

**2. Les femmes sont plus concernées par le renoncement que les hommes**

Concernant la MSA, les femmes apparaissent, comme dans le régime général et le RSI, un peu plus exposées au renoncement que les hommes. Ainsi alors que dans la population de répondants les femmes sont 44,5 % -les répondants étant donc plus fréquemment des hommes-, les personnes qui ont dit avoir renoncé aux soins au cours des douze derniers mois sont, dans 49,6 % des cas, des femmes.

**3. Des renoncements un peu plus fréquents chez les 25-39 ans et chez les 40-59 ans**

Alors que 18,8 % des répondants appartiennent à la classe d'âge des 25-39 ans, 26,2 % des renonçants ont entre 25 et 39 ans. Parallèlement, 38,8 % des répondants ont entre 40 et 59 ans ; ils représentent en revanche 42,9 % des renonçants. Concernant la MSA, ces sont donc ces deux classes d'âge qui apparaissent les plus exposées au renoncement.

**4. Par rapport aux non-renonçants, les renonçants vivent plus souvent seul(e)s ou seul(e)s avec des enfants à charge...**

Les renonçants de la MSA vivent, par ailleurs, plus souvent seul(e)s (37,9 % contre 32,8 %) ou seul(e)s avec des enfants à charge (12,2 % contre 4,57 %) que les non-renonçants. Parmi les répondants, 34 % ont répondu vivre seul(e)s et 6,25 % vivre seul(e)s avec des enfants.

**5. ... et appartiennent davantage à la catégorie socio-professionnelle des employés. Ils sont également plus souvent sans activité professionnelle que les non-renonçants**

Les répondants ont déclaré pour 12,4 % d'entre eux appartenir à la catégorie socio-professionnelle des employés. Ce sont en revanche 18,6 % des renonçants -contre 10,6 % des non-renonçants- qui ont dit appartenir à cette catégorie. 17,8 % des répondants ont quant à eux déclaré être sans activité professionnelle ; ils représentent en revanche 23,3 % des renonçants.

**6. L'absence de complémentaire santé expose fortement au renoncement**

Parmi les assurés de la MSA qui ont déclaré avoir renoncé aux soins au cours des douze derniers mois, 24,4 % n'ont pas de complémentaire santé. La part de personnes sans complémentaire parmi celles qui ont dit ne pas renoncer est nettement plus faible : elle est en effet de 7,3 %.

Les personnes sans complémentaire santé sont donc nettement plus exposées au renoncement aux soins que celles qui disposent d'une couverture et ce, dans les 3 régimes d'assurance maladie.

	RSI	Régime général	MSA
<b>Renonçants sans complémentaire (%)</b>	25,8	24,7	24,4
<b>Non-renonçants sans complémentaire (%)</b>	7,7	12,3	7,3

**7. La dernière consultation chez un médecin date de plus longtemps pour les renonçants que pour les non-renonçants**

S'agissant de la MSA, il ressort des premières analyses quantitatives que 76,9 % des renonçants ont consulté un médecin au cours des 6 derniers mois, contre 87,9 % des non-renonçants. Pour 10,8% des renonçants, la dernière consultation remonte à plus d'un an mais à moins de 2 ans. Ce taux n'est que de 2,4 % pour les non-renonçants.

S'agissant de la MSA, comme c'est le cas d'ailleurs pour les autres régimes et plus particulièrement pour le RSI, la dernière consultation chez un médecin est souvent plus éloignée dans le temps pour les renonçants (Re) que pour les non-renonçants (N-Re).

	RSI		Régime général		MSA	
	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re
<b>Dernière consultation datant de moins de 6 mois (%)</b>	75,8	84,7	82,9	86,3	76,9	87,9
<b>Dernière consultation datant de plus d'1 an mais de moins de 2 ans (%)</b>	5,8	4,7	4,6	3,6	10,8	2,4
<b>Dernière consultation datant de plus de 2 ans (%)</b>	10	3,6	2,6	2	3,9	2,6

**8. Un état de santé plus souvent perçu comme « mauvais » par les renonçants que par les non-renonçants**

Il ressort également des premières analyses quantitatives que les renonçants de la MSA, tout comme ceux du régime général et du RSI, perçoivent plus souvent leur état de santé comme « mauvais » que les non-renonçants.

Ainsi en ce qui concerne la MSA, 16,7 % des renonçants jugent leur état de santé comme « mauvais », contre 10 % des non-renonçants.

Parallèlement, la part des renonçants qui déclare que son état de santé est « très bon » est moins élevée que celle des non-renonçants (6,1 % contre 15,8 %).

	RSI		Régime général		MSA	
	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re
<b>Etat de santé jugé « mauvais »</b>	18,8	13,5	15,3	9,4	16,7	10
<b>Etat de santé jugé « moyen »</b>	32,5	24,2	39,8	32,1	33,3	32,1
<b>Etat de santé jugé « bon »</b>	35	40,1	32,2	41,4	39,4	41,4
<b>Etat de santé jugé « très bon »</b>	4,3	17,3	8,1	14,7	6,1	15,8

### 9. Le renoncement : une dimension « familiale »

Les premières analyses mettent parallèlement en exergue le fait que les renonçants déclarent plus fréquemment que les non-renonçants qu'un autre membre de leur foyer est en renoncement.

Ainsi, le fait qu'une personne soit en renoncement aux soins augmente nettement la probabilité qu'un autre membre du foyer soit également dans cette situation. Ceci est vrai pour les 3 régimes.

31,7 % des renonçants de la MSA ont en effet dit qu'un autre membre de leur famille était en situation de renoncement à un ou plusieurs soins -ce taux est moins élevé que dans le régime général mais supérieur à celui du RSI-, alors que ce taux n'est que de 5,9 % pour les non-renonçants.

	RSI	Régime général	MSA
<b>Renonçants qui déclarent un autre renoncement dans la famille</b>	26,1	41,5	31,7
<b>Non-renonçants qui déclarent un autre renoncement dans la famille</b>	4,4	8,9	5,9

### 10. Des renoncements qui se cumulent, mais dans une moindre mesure que pour les renonçants des autres régimes

En moyenne, chaque renonçant de la MSA déclare 1,9 renoncements. C'est moins que les renonçants du RSI et *a fortiori* que ceux du régime général, comme le montre le tableau qui suit.

	RSI	Régime général	MSA
<b>Nombre moyen de renoncements par renonçant</b>	2,1	2,4	1,9

### 11. Les besoins de soins non-satisfaits : des soins dentaires prothétiques, aux consultations généralistes et gynécologiques

En ce qui concerne la MSA, il ressort que, comme pour le régime général et le RSI, les soins les plus concernés par le renoncement sont les soins dentaires prothétiques. Viennent ensuite, comme pour le régime général, les soins dentaires conservateurs et les achats de lunetterie/optique. A la différence des autres régimes, ce sont les renoncements à des consultations chez un généraliste qui arrivent en quatrième position. Les consultations en ophtalmologie et les consultations et soins gynécologiques se positionnent ensuite.

Ainsi, 45,1 % des renonçants assurés à la MSA ont déclaré un renoncement à des soins dentaires prothétiques et 32,3 % à des soins dentaires conservateurs. 18,8 % ont dit renoncer à de la lunetterie ou de l'optique et 16,5 % à des consultations chez un généraliste. 15,8 % des renonçants ont exprimé un renoncement à des consultations en ophtalmologie et 9,8 % à des consultations et soins gynécologiques.

S'agissant de la MSA, on retrouve donc parmi les soins les plus concernés par le renoncement, les soins dentaires prothétiques, les soins dentaires conservateurs et les achats de lunetterie et optique. Par rapport aux autres régimes, le taux de renoncement à des consultations chez un généraliste est quant à lui un peu plus élevé. Le taux relatif au renoncement en matière d'ophtalmologie est en revanche inférieur chez les renonçants MSA par rapport aux autres régimes. Enfin, le taux relatif aux consultations et soins gynécologiques de ces renonçants est inférieur à celui du régime général, mais supérieur à celui du RSI.

Le tableau suivant reprend les taux de renoncement pour les 7 types de soins qui sont les plus cités par les renonçants des 3 régimes d'assurance maladie. Si ces types de soins sont, de manière générale, les plus concernés par le renoncement, leur ordre de citation et les taux afférents diffèrent toutefois en fonction des régimes.

	<b>RSI</b>	<b>Régime général</b>	<b>MSA</b>
<b>Soins dentaires prothétiques</b>	58,3	44,9	45,1
<b>Soins dentaires conservateurs</b>	21,7	39,6	32,3
<b>Lunetterie/optique</b>	40	29,2	18,8
<b>Consultations en ophtalmologie</b>	24,2	25,6	15,8
<b>Consultations chez un généraliste</b>	6,7	14,3	16,5
<b>Consultations chez un spécialiste (hors gynécologie et ophtalmologie)</b>	12,5	12	6,8
<b>Consultations ou soins gynécologiques</b>	3,3	13,5	9,8

## 12. Les causes financières en première ligne

Les premières analyses quantitatives montrent que, tout comme dans le régime général et le RSI, les problématiques financières sont particulièrement évoquées par les renonçants de la MSA. Selon eux, ce sont, en premier lieu, les restes à charge (RAC) qui constituent un obstacle à l'accès aux soins : 59,4 % des renonçants ont ainsi dit que les RAC sont la ou l'une des raisons de leur(s) renoncement(s). 31,6 % ont quant à eux déclaré que l'avance de frais était la ou l'une des causes. La raison « je ne sais pas combien je vais devoir payer pour les soins » est quant à elle évoquée par 15 % des renonçants.

Une autre raison que financière est mise en exergue par les renonçants de la MSA ; en effet, pour 12,8% d'entre eux, la ou l'une des raisons de leur(s) renoncement(s) est relative au manque de temps pour aller consulter les professionnels de santé. Ce taux est proche de celui des renonçants du RSI alors qu'il est plus faible dans le régime général.

Le tableau suivant reprend les taux relatifs aux raisons les plus citées par les renonçants des 3 régimes d'assurance maladie. Si ces causes sont, de manière générale, les plus évoquées par les renonçants, leur ordre de citation et les taux afférents diffèrent toutefois en fonction des régimes, comme nous l'avons souligné un peu plus tôt dans ce texte.

	RSI	Régime général	MSA
<b>Restes à charge</b>	67,5	64,1	59,4
<b>Avance de frais</b>	39,2	42,6	31,6
<b>« Je ne sais pas combien je vais devoir payer »</b>	3,3	12,7	15
<b>Délais pour avoir un rendez-vous</b>	11,7	13,1	7,5
<b>Manque de temps pour aller aux rendez-vous</b>	14,2	7,9	12,8

### 13. Des indices pour étayer l'hypothèse de « comportements intégrés » de renoncement

L'une des hypothèses que nous souhaitons vérifier à travers ce diagnostic de l'accès aux soins en Languedoc Roussillon est relative à l'existence de « comportements intégrés » de renoncement. En ce sens, il nous paraît en premier lieu important de signaler que, dans 32,8 % des cas, le(s) renoncement(s) déclaré(s) par les assurés de la MSA dure(nt) depuis plus de deux ans. Comme nous le voyons dans le tableau ci-dessous, ce taux est plus élevé que celui du régime général, mais inférieur à celui du RSI.

	RSI	Régime général	MSA
<b>Moins de 6 mois</b>	22	26,4	23,2
<b>Entre 6 mois et 1 an</b>	22	21,7	26,4
<b>Entre 1 et 2 ans</b>	19,6	22,4	17,6
<b>Plus de 2 ans</b>	36,4	29,6	32,8

En second lieu, il ressort qu'un quart des renonçants de la MSA (25 %) pense que cette situation de renoncement ne changera pas prochainement et qu'un tiers (33,1%) n'a globalement pas le sentiment de pouvoir bénéficier de soins quand il en a besoin. Ces deux taux sont inférieurs à ceux mesurés dans les autres régimes, comme le montre le tableau ci-dessous. Pour autant, ils sont tout de même élevés.

	RSI	Régime général	MSA
<b>Cette situation ne peut pas changer</b>	31	26	25
	RSI	Régime général	MSA
<b>« Je n'ai pas le sentiment de pouvoir bénéficier de soins »</b>	38,3	36,3	33,1

Enfin, un dernier point nous paraît utile à souligner : le fait que 89,5 % des renonçants de la MSA craignent que cette situation de renoncement ait des conséquences pour eux. Ce taux est supérieur à ceux des autres régimes. Les renonçants de la MSA sont donc ceux qui redoutent le plus les conséquences du renoncement aux soins.

Les conséquences qu'ils évoquent le plus fréquemment concernent leur état de santé : 76,7 % des renonçants les craignent. Ce chiffre dépasse légèrement celui du régime général où ce sont 74,7 % des renonçants qui s'inquiètent de telles conséquences. En revanche, alors que les renonçants du régime général redoutent, en second lieu, des conséquences sur leur vie sociale, le deuxième type de conséquences que craignent le plus les renonçants de la MSA -en tout cas 20,3 % d'entre eux- sont celles

sur leur vie professionnelle. Ils rejoignent en cela les renonçants du RSI et ce, bien que le taux de renonçants qui redoutent des conséquences professionnelles soit plus bas pour la MSA que pour le régime général. Le tableau ci-dessous montre notamment cela.

	RSI	Régime général	MSA
<b>Conséquences sur l'état de santé</b>	60,8	74,7	76,7
<b>Conséquences sur la vie sociale</b>	18,3	28,7	18,8
<b>Conséquences sur la vie professionnelle</b>	27,5	22	20,3

**LE RENONCEMENT AUX SOINS  
DANS LE REGIME SOCIAL DES INDEPENDANTS (RSI)**

**REGION LANGUEDOC-ROUSSILLON  
DEPARTEMENTS DE L'AUDE, DE L'HERAULT,  
DE LA LOZERE ET DES PYRENEES ORIENTALES**

**SYNTHESE DES PREMIERS RESULTATS QUANTITATIFS**

Nous présentons ici les principaux résultats des premières analyses quantitatives effectuées à partir des données collectées durant la campagne de repérage du renoncement aux soins. Ces résultats concernent le Régime social des indépendants (RSI). Ils sont toutefois mis en perspective par rapport à ceux des deux autres régimes pris en compte dans cette campagne, c'est-à-dire le Régime général et le Régime de la Mutualité sociale agricole (MSA). Afin de ne pas alourdir la lecture, nous avons introduit des tableaux avec des données chiffrées uniquement lorsque cela nous est apparu le plus pertinent pour l'analyse du renoncement aux soins.

**12. Le taux de renoncement pour le régime du RSI est proche de celui de la MSA et est moins élevé que celui du régime général**

Parmi les personnes qui ont été repérées au moment de la campagne et pour lesquelles le régime est renseigné, 576 appartiennent au régime du RSI. Parmi elles, 120 personnes ont déclaré avoir renoncé ou reporté des soins au cours des douze derniers mois. 454 personnes ont dit ne pas avoir renoncé. 2 personnes ne se sont pas exprimées sur la question du renoncement.

Dans cette campagne, parmi les assurés du RSI qui se sont exprimés sur le fait de renoncer ou non, le taux de renoncement est donc de **20,9 %**.

	<b>Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé ou reporté un ou plusieurs soins ?</b>	
	<b>Effectifs</b>	<b>Pourcentages</b>
<b>Oui</b>	120	20,9
<b>Non</b>	454	79,1

	<b>RSI</b>	<b>Régime général</b>	<b>MSA</b>
<b>Taux de renoncement</b>	20,9	36,3	22,2

**1. Les femmes sont plus concernées par le renoncement que les hommes**

Concernant le RSI, les femmes apparaissent, comme pour le régime général et la MSA, un peu plus exposées au renoncement que les hommes. Ainsi, alors que dans la population de répondants les femmes ne sont que 33,6 % -les répondants étant donc plus fréquemment des hommes-, les personnes qui ont dit avoir renoncé aux soins au cours des douze derniers mois sont, dans 37,3 % des cas, des femmes.

**2. Des renoncements un peu plus fréquents chez les 40-59 ans**

Alors que 48 % des répondants appartiennent à la classe d'âge des 40-59 ans, 54,3 % des renonçants ont entre 40 et 59 ans. S'agissant du RSI, cette classe d'âge apparaît ainsi un peu plus exposée au renoncement.

### 3. Par rapport aux non-renonçants, les renonçants appartiennent plus fréquemment à la catégorie socio-professionnelle des artisans, commerçants et chefs d'entreprise et vivent plus souvent seul(e)s

Les répondants du RSI ont déclaré pour 77,7 % d'entre eux appartenir à la catégorie socio-professionnelle des artisans, commerçants et chefs d'entreprise. Ce sont en revanche 82,4 % des renonçants -contre 76,4 % des non-renonçants- qui ont dit appartenir à cette catégorie. Les renonçants du RSI sont, en parallèle, moins souvent que les renonçants des autres régimes sans activité professionnelle.

Les renonçants du RSI vivent, par ailleurs et comme c'est également le cas des renonçants de la MSA, plus souvent seul(e)s que les non-renonçants (33,3 % contre 25,9 %). Parmi les répondants, 27,7 % ont répondu vivre seul(e)s.

### 4. L'absence de complémentaire santé expose fortement au renoncement

Parmi les assurés du RSI qui ont déclaré avoir renoncé aux soins au cours des douze derniers mois, 25,8 % n'ont pas de complémentaire santé. La part de personnes sans complémentaire parmi celles qui ont dit ne pas renoncer est nettement plus faible : elle est en effet de 7,7 %.

Dans tous les régimes, les personnes sans complémentaire santé sont donc nettement plus exposées au renoncement aux soins que celles qui disposent d'une couverture.

	RSI	Régime général	MSA
<b>Renonçants sans complémentaire (%)</b>	25,8	24,7	24,4
<b>Non-renonçants sans complémentaire (%)</b>	7,7	12,3	7,3

### 5. La dernière consultation chez un médecin date de plus longtemps pour les renonçants que pour les non-renonçants

Il ressort des premières analyses quantitatives que 75,8 % des renonçants du RSI ont consulté un médecin au cours des 6 derniers mois, contre 84,7 % des non-renonçants. Pour 10 % des renonçants, la dernière consultation remonte à plus de 2 ans. Ce taux n'est que de 3,6 % pour les non-renonçants.

Dans les 3 régimes, la dernière consultation chez un médecin est souvent plus éloignée dans le temps pour les renonçants (Re) que pour les non-renonçants (N-Re). C'est tout particulièrement le cas pour les renonçants du RSI comme le signale le tableau ci-dessous.

	RSI		Régime général		MSA	
	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re
<b>Dernière consultation datant de moins de 6 mois (%)</b>	75,8	84,7	82,9	86,3	76,9	87,9
<b>Dernière consultation datant de plus d'1 an mais de moins de 2 ans (%)</b>	5,8	4,7	4,6	3,6	10,8	2,4
<b>Dernière consultation datant de plus de 2 ans (%)</b>	10	3,6	2,6	2	3,9	2,6

### 6. Un état de santé plus souvent perçu comme « moyen » et comme « mauvais » par les renonçants que par les non-renonçants

Il ressort également des premières analyses quantitatives que les renonçants du RSI, tout comme ceux du régime général et de la MSA, perçoivent plus souvent leur état de santé comme « moyen » ou comme « mauvais » que les non-renonçants.

Ainsi, 32,5 % des renonçants jugent leur état de santé comme « moyen », contre 24,2 % pour les non-renonçants. Parallèlement, 18,8 % des renonçants trouvent qu'ils sont en « mauvaise » santé ; ce taux n'est que de 13,5 % chez les non-renonçants.

Enfin, la part des renonçants qui déclare que son état de santé est bon est moins élevée que celle des non-renonçants (35 % contre 41,1 %).

	RSI		Régime général		MSA	
	Re	N-Re	Re	N-Re	Re	N-Re
<b>Etat de santé jugé « mauvais »</b>	18,8	13,5	15,3	9,4	16,7	10
<b>Etat de santé jugé « moyen »</b>	32,5	24,2	39,8	32,1	33,3	32,1
<b>Etat de santé jugé « bon »</b>	35	40,1	32,2	41,4	39,4	41,4
<b>Etat de santé jugé « très bon »</b>	4,3	17,3	8,1	14,7	6,1	15,8

### 7. Le renoncement : une dimension « familiale »

Les premières analyses mettent parallèlement en exergue le fait que les renonçants de tous les régimes déclarent plus fréquemment que les non-renonçants qu'un autre membre de leur foyer est en renoncement.

Ainsi, là encore, le fait qu'une personne soit en renoncement aux soins augmente nettement la probabilité qu'un autre membre du foyer soit également dans cette situation.

26,1 % des renonçants du RSI ont en effet dit qu'un autre membre de leur famille était en situation de renoncement à un ou plusieurs soins -ce taux est tout de même un peu moins élevé que ceux du régime général et de la MSA-, alors que ce taux n'est que de 4,4 % pour les non-renonçants.

	RSI	Régime général	MSA
<b>Renonçants qui déclarent un autre renoncement dans la famille</b>	26,1	41,5	31,7
<b>Non-renonçants déclarent un autre renoncement dans la famille</b>	4,4	8,9	5,9

### 8. Des renoncements qui se cumulent

En moyenne, chaque renonçant du RSI déclare 2,1 renoncements. C'est un peu moins que dans le régime général et un peu plus que les renonçants de la MSA.

	RSI	Régime général	MSA
<b>Nombre moyen de renoncements par renonçant</b>	2,1	2,4	1,9

### 9. Les besoins de soins non-satisfaits : des soins dentaires prothétiques, aux actes chirurgicaux

En ce qui concerne le RSI, il ressort que, comme pour le régime général et la MSA, les soins les plus concernés par le renoncement sont les soins dentaires prothétiques. Viennent ensuite les achats de lunetterie/optique et les consultations en ophtalmologie. Pour le RSI, les soins dentaires conservateurs arrivent en quatrième position, alors qu'ils sont le deuxième type de soins concerné par le renoncement dans le régime général et à la MSA. Les consultations chez un spécialiste (hors gynécologie et ophtalmologie) et les actes chirurgicaux se positionnent quant à eux en cinquième et sixième places pour les renonçants du RSI.

Ainsi, 58,3 % d'entre eux ont déclaré un renoncement à des soins dentaires prothétiques. 40 % ont dit renoncer à de la lunetterie ou de l'optique, 24,2 % à des consultations en ophtalmologie et 21,7 % à des

soins dentaires conservateurs. Concernant le RSI et le régime général, les taux de renoncement à des consultations chez un spécialiste (hors gynécologie et ophtalmologie) sont proches : 12,5 % pour le premier et 12 % pour le second. Enfin, 10 % des renonçants du RSI ont dit renoncer à des actes chirurgicaux ; les taux de renoncement en la matière sont quasiment inexistantes dans les autres régimes.

Au sein du RSI et du régime général, les quatre soins les plus concernés par le renoncement sont les mêmes -soins dentaires prothétiques, soins dentaires conservateurs, lunetterie/optique, ophtalmologie-, bien que la manière dont ils s'ordonnent soit un peu différente. Par contre, les consultations chez un généraliste et les soins et consultations en gynécologie ne se positionnent pas parmi ceux qui sont les plus cités par les renonçants du RSI, alors qu'ils le sont concernant le régime général et la MSA<sup>40</sup>. Les renonçants du RSI disent quant à eux plus fréquemment renoncer à des actes chirurgicaux que les renonçants du régime général et de la MSA.

	<b>RSI</b>	<b>Régime général</b>	<b>MSA</b>
<b>Soins dentaires prothétiques</b>	58,3	44,9	45,1
<b>Soins dentaires conservateurs</b>	21,7	39,6	32,3
<b>Lunetterie/optique</b>	40	29,2	18,8
<b>Consultations en ophtalmologie</b>	24,2	25,6	15,8
<b>Consultations chez un généraliste</b>	6,7	14,3	16,5
<b>Consultations chez un spécialiste (hors gynécologie et ophtalmologie)</b>	12,5	12	6,8
<b>Consultations ou soins gynécologiques</b>	3,3	13,5	9,8

## 10. Les causes financières en première ligne

Les premières analyses quantitatives montrent que, tout comme s'agissant du régime général et de la MSA, les problématiques financières sont particulièrement évoquées par les renonçants du RSI. Selon eux, ce sont, en premier lieu, les restes à charge (RAC) qui constituent un obstacle à l'accès aux soins : 67,5 % des renonçants ont ainsi dit que les RAC sont la ou l'une des raisons de leur(s) renoncement(s). 39,2 % ont quant à eux déclaré que l'avance de frais était la ou l'une des causes. La raison « je ne sais pas combien je vais devoir payer pour les soins » est toutefois beaucoup moins fréquemment citée par les renonçants du RSI que par ceux du régime général et de la MSA.

D'autres raisons que financières sont mises en exergue par les renonçants du RSI ; ainsi pour 14,2 % d'entre eux, la ou l'une des raisons de leur(s) renoncement(s) est relative au manque de temps pour aller aux rendez-vous -cette raison apparaît également à la MSA, mais moins dans le régime général- et pour 11,7 % aux délais d'attente pour rencontrer certains professionnels de santé. Les renonçants du RSI rejoignent ceux du régime général sur ce dernier point.

	<b>RSI</b>	<b>Régime général</b>	<b>MSA</b>
<b>Restes à charge</b>	67,5	64,1	59,4
<b>Avance de frais</b>	39,2	42,6	31,6
<b>« Je ne sais pas combien je vais devoir payer »</b>	3,3	12,7	15
<b>Délais pour avoir un rendez-vous</b>	11,7	13,1	7,5
<b>Manque de temps pour aller aux rendez-vous</b>	14,2	7,9	12,8

<sup>40</sup> A noter s'agissant des soins et consultations en gynécologie que la population assurée au RSI est davantage masculine que celle du régime général et, dans une moindre mesure, de la MSA.

## 11. Des indices pour étayer l'hypothèse de « comportements intégrés » de renoncement

L'une des hypothèses que nous souhaitons vérifier à travers ce diagnostic de l'accès aux soins en Languedoc Roussillon est relative à l'existence de « comportements intégrés » de renoncement. En ce sens, il nous paraît en premier lieu important de signaler que, dans 36,4 % des cas, le(s) renoncement(s) déclaré(s) par les assurés du RSI dure(nt) depuis plus de deux ans. Ce taux est plus élevé que ceux du régime général et de la MSA comme l'indique le tableau suivant.

	<b>RSI</b>	<b>Régime général</b>	<b>MSA</b>
<b>Moins de 6 mois</b>	22	26,4	23,2
<b>Entre 6 mois et 1 an</b>	22	21,7	26,4
<b>Entre 1 et 2 ans</b>	19,6	22,4	17,6
<b>Plus de 2 ans</b>	36,4	29,6	32,8

En second lieu, il ressort qu'environ un tiers des renonçants du RSI (31 %) pense que cette situation de renoncement ne changera pas prochainement et que plus d'un tiers (38,3%) n'a globalement pas le sentiment de pouvoir bénéficier de soins quand il en a besoin. Ces deux taux sont plus élevés que dans les autres régimes comme le montre le tableau ci-dessous.

	<b>RSI</b>	<b>Régime général</b>	<b>MSA</b>
<b>Cette situation ne peut pas changer</b>	31	26	25
	<b>RSI</b>	<b>Régime général</b>	<b>MSA</b>
<b>« Je n'ai pas le sentiment de pouvoir bénéficier de soins »</b>	38,3	36,3	33,1

Enfin, un dernier point nous paraît utile à souligner : le fait que 85 % des renonçants du RSI craignent que cette situation de renoncement ait des conséquences pour eux. Ce taux est un peu moins élevé que ceux des autres régimes (RG = 87,4 % ; MSA = 89,5 %).

Les conséquences les plus fréquemment évoquées par les renonçants du RSI, comme par ceux des autres régimes d'ailleurs, concernent leur état de santé : 60,8 % des renonçants les craignent. Au sein du régime général et de la MSA, ce sont respectivement 74,7 % et 76,7 % des renonçants qui s'inquiètent de telles conséquences. Alors que les renonçants du régime général redoutent, en second lieu, des conséquences

sur leur vie sociale, le deuxième type de conséquences que craignent le plus les renonçants du RSI -en tout cas 27,5 % d'entre eux- sont celles sur leur vie professionnelle. C'est également le cas des renonçants de la MSA, mais dans une moindre mesure tout de même.

	<b>RSI</b>	<b>Régime général</b>	<b>MSA</b>
<b>Conséquences sur l'état de santé</b>	60,8	74,7	76,7
<b>Conséquences sur la vie sociale</b>	18,3	28,7	18,8
<b>Conséquences sur la vie professionnelle</b>	27,5	22	20,3