

**ODÉNORE**  
Observatoire des non-recours  
aux droits et services

06 | 2010  
WORKING  
PAPER  
**#2**

LE NON-RECOURS  
AUX SOINS DES  
ACTIFS PRÉCAIRES

*Catherine Chauveaud  
Antoine Rode  
Philippe Warin*

Précaires ou non précaires, les populations actives sont toutes concernées par le non-recours aux soins. Elles le sont toutefois dans des proportions variables : les actifs précaires se trouvent en moyenne deux fois plus souvent dans cette situation. Surtout, le non-recours aux soins est fortement associé à des caractéristiques sociales sans rapport direct avec les situations professionnelles, mais qui sont communes aux précaires et non précaires : en particulier, les supports relationnels des individus et leur responsabilité vis-à-vis d'autrui. Pareille observation questionne sur les réponses à apporter, qui ne peuvent pas être uniquement matérielles, même si des raisons financières font effectivement obstacle.

Les résultats statistiques suivants sont issus d'une analyse des données du CETAF (Centre technique d'appui et de formation des centres d'examen de santé financés par l'Assurance maladie). Ils portent sur une population de 1 137 991 personnes. Le CETAF regroupe les données socioéconomiques et de santé obtenues auprès de plus de 600 000 personnes qui, chaque année, effectuent un examen de santé.

Six populations d'actifs précaires ont été considérées : les chômeurs de plus d'un an ; les jeunes en insertion socioprofessionnelle ; les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ; les travailleurs avec un emploi à temps partiel ou non stable (CDD, contrat aidé, etc.) ; les travailleurs avec un emploi stable à temps plein, mais avec des difficultés financières chroniques ; les chômeurs de plus d'un an, caractérisés par une fragilité sociale. Une population de référence a été prise en compte : les actifs non précaires (c'est-à-dire ici tous les consultants n'entrant pas dans l'une des six populations d'actifs définis comme précaires).

Le non-recours aux soins est appréhendé à partir de trois variables renseignées dans les questionnaires médicosociaux remplis systématiquement par les consultants des centres d'examen de santé : aucune consultation médicale (généraliste, spécialiste) au cours des deux ans ; aucune consultation dentaire au cours des deux ans ; l'absence de suivi gynécologique régulier, une fois par an (voir « Données et méthodes »).

### **Un phénomène massif, expliqué par l'absence de complémentaire santé et par l'environnement social des personnes**

L'absence de consultation d'un médecin (généraliste ou spécialiste) oscille entre : 8,7% et 19,2% chez les hommes, non précaires ou précaires, 3,6% et 10,7% chez les femmes ; 15,8% et 35,6% pour l'absence de consultation dentaire chez les hommes, 10% et 25,7% chez les femmes ; 17,4% et 55,4% pour le non suivi gynécologique. Autrement dit, appréhendé à partir de ces trois variables, le phénomène du non-recours aux soins apparaît comme une réalité qui est loin d'être résiduelle aujourd'hui en France (tableau 1).

Ces résultats sont proches de ceux obtenus dans d'autres enquêtes nationales. Ainsi, l'IRDES (Institut de recherche et documentation en économie de la santé) signale qu'entre 40 et 65 ans, le taux de non-recours aux soins pour la population générale est de 9 % (hommes) et 11 % (femmes), alors qu'il est de 17 et 16 % dans le régime des indépendants.<sup>1</sup> Ces proportions sont d'un ordre de grandeur comparable à nos mesures, même si les variables prises en compte ne sont pas identiques.

<sup>1</sup> IRDES, « Accès aux soins et état de santé des assurés RSI : les enseignements d'une enquête en population générale », mars 2007.

Tableau 1. Le non-recours des actifs précaires non précaires

En %	Chômeurs de plus d'1 an		Jeunes en insertion		Bénéficiaires CMU-C		Travailleurs emploi partiel ou non stable		Travailleurs emploi stable temps plein, avec difficultés financières chroniques		Chômeurs – d'1 an caractérisés par une fragilité sociale*		Actifs non précaires	
	n = 160 017		n = 84 088		n = 238 236		n = 134 591		n = 57 005		n = 162 985		n = 301 069	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Aucune consultation médicale au cours des 2 ans	16.3	6.8	19.2	10.7	18.1	8.6	12.8	3.9	10.3	4.0	13.7	5.5	8.7	3.6
Aucune consultation dentaire au cours des 2 ans	33.3	21.9	34.8	25.7	35.6	25.1	25.6	13.5	27.4	19.0	30.8	20.6	15.8	10.0
Aucun suivi gynécologique	-	37.9	-	55.4	-	47.8	-	23.2	-	30.4	-	36.0	-	17.4

\* Fragilité sociale mesurée à l'aide du score EPICES<sup>2</sup> : indicateur de précarité des Centres d'examen de santé de l'Assurance maladie.

Parmi les variables socioéconomiques corrélées au non-recours aux soins, l'absence de complémentaire santé apparaît systématiquement, quels que soient le non-recours (médecin, dentiste, suivi gynécologique) et la population considérée (tableau 2). La probabilité d'être en non-recours est 1.8 à 2 fois plus élevée lorsque les personnes n'ont aucune complémentaire santé. Cette situation concerne essentiellement les actifs précaires et s'explique principalement par la pauvreté des revenus. Le bénéfice de la Couverture maladie universelle–Complémentaire (CMU-C) ne met pas à l'abri d'un risque de non-recours, même si cette complémentaire gratuite facilite l'accès aux soins. Cela ne manque pas d'interroger l'existence d'une relation entre non-recours aux soins et Complémentaire CMU. Des travaux ont montré que cette complémentaire santé améliorerait l'accès effectif aux soins<sup>3</sup>, alors que d'autres remarquaient que l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU-C variait

<sup>2</sup> [http://www.cetaf.asso.fr/protocoles/precarite/protocoles\\_epices.htm](http://www.cetaf.asso.fr/protocoles/precarite/protocoles_epices.htm)  
[http://www.invs.sante.fr/beh/2006/14/beh\\_14\\_2006.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2006/14/beh_14_2006.pdf)

<sup>3</sup> Se reporter en particulier aux études de Bénédicte Boisguérin, pour la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) :

- « Enquête auprès des bénéficiaires de la CMU-C (novembre 2000) » – Document de travail, DREES, *Série Statistiques*, 2002.
- « Enquête auprès des bénéficiaires de la CMU-C (mars 2003) » – Document de travail, DRESS, *Série Statistiques*, n° 63, mai 2004.
- « État de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU-C. Un impact qui se consolide entre 2000 et 2003 », DREES, *Etudes et Résultats*, n° 294, mars 2004.
- « Les bénéficiaires de la CMU-C au 31 décembre 2004 », DREES, *Etudes et Résultats*, n° 433, octobre 2005.
- « Les bénéficiaires de la CMU-C au 31 décembre 2005 », DREES, *Etudes et Résultats*, n° 512, août 2006.

Egalement l'étude de Denis Raynaud, « L'impact de la CMU-C sur la consommation individuelle de soins » (DREES, *Etudes et Résultats*, n° 229, mars 2003), qui indique que « comparée à une situation sans aucune assurance complémentaire, la CMU-C accroît la probabilité de recourir dans l'année à l'ensemble des soins ».

entre médecins généralistes et spécialistes (les dentistes en particulier), mais aussi selon l'inscription de ces professionnels de santé en secteur I ou II (dépassement d'honoraires)<sup>4</sup>. Des études ont aussi fait apparaître que l'absence de couverture complémentaire multipliait par 2 la probabilité de renoncer à des soins pour des raisons financières<sup>5</sup>. Sur ce plan, le Quatrième rapport d'évaluation de la loi CMU de juillet 2009 indique : « *il y a chez les bénéficiaires de la CMU complémentaire une plus grande proportion de personnes, que chez les autres assurés, qui n'a pas eu recours à un médecin depuis au moins deux ans : 9,6 % chez les bénéficiaires de la CMU complémentaire contre 5,3 % chez les autres. De même, il y a 23,3 % de non-recours au dentiste pour les bénéficiaires de la CMU-C contre 19,8 % pour les autres assurés (données recueillies par le CETAF, sur l'année 2007)* »<sup>6</sup>.

Tableau 2. Les variables socioéconomiques associées au non-recours (résultat de l'analyse multi-variée)

(ajustée sur les variables de santé)	Non-recours au médecin		Non-recours au dentiste		Non suivi gynécologique
	H	F	H	F	F
Sans complémentaire santé					
Pas de contact avec la famille					
Ne pas vivre en couple					
Pas d'hébergement en cas de besoin					
Age < 30 ans					
Pas d'aide matérielle en cas de besoin					
Avoir des problèmes financiers chroniques					
Sans diplôme					
Rencontrer parfois un travailleur social					

  

	Variable liée au non-recours pour 7 populations
	Variable liée au non-recours pour 6 populations
	Variable liée au non-recours pour 5 populations
	Variable liée au non-recours pour 4 populations

Lecture :

- L'absence de complémentaire santé est une variable associée au non-recours aux soins pour toutes les populations d'actifs précaires ou non précaires.
- Ne pas vivre en couple est une variable associée au non-recours au médecin : pour toutes les populations en ce qui concerne les hommes, mais pour six populations sur sept chez les femmes.
- Avoir moins de 30 ans est une variable associée au non-recours au dentiste : parmi cinq populations sur sept chez les hommes et pour toutes les populations chez les femmes. Cette même variable est systématiquement associée au non suivi gynécologique, quelle que soit la population féminine prise en compte.

Les autres variables fortement associées au non-recours aux soins sont également communes aux différentes populations. Elles concernent principalement l'environnement social des personnes, en particulier leur isolement (vivre seul, ne pas avoir de contact avec la famille)<sup>7</sup> et l'absence d'aide en cas de besoin. Ces facteurs augmentent jusqu'à deux fois la probabilité d'être en non-recours au médecin, au dentiste, ou au gynécologue. Le niveau de diplôme paraît également discriminant : la

<sup>4</sup> B. Boisguérin, Panorama de l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU-C complémentaire en 2006, DREES, *Etudes et Résultats*, n° 629, mars 2008.

<sup>5</sup> B. Boisguérin, Les allocataires des minima sociaux : CMU-C, état de santé et recours aux soins, DREES, *Etudes et Résultats*, n° 603, octobre 2007.

<sup>6</sup> Fonds CMU, Quatrième rapport d'évaluation de la loi CMU – juillet 2009.

<http://www.cmu.fr/userdocs/RAPPORT%20EVALUATION%204.pdf>

<sup>7</sup> Pour une définition synthétique de l'isolement : cf. Dictionnaire suisse de politique sociale.

<http://www.socialinfo.ch/cgi-bin/dicoposso/show.cfm?id=450>

prévalence du non-recours est 1.3 à 2.5 fois plus élevée chez les sans diplôme que parmi les titulaires d'une licence universitaire. Comme le confirme l'enquête qualitative réalisée dans le cadre de cette recherche, à travers l'environnement social et la formation, le « capital social » des individus agit sur le non-recours aux soins. Ces résultats donnent raison à l'approche systémique des inégalités sociales qui montre que les inégalités sociales de santé sont la conséquence d'un faisceau de déterminants. Ils la complètent toutefois dans la mesure où ils indiquent que les inégalités de recours aux soins – l'un des déterminants des inégalités de santé – relèvent de causes qui ne proviennent pas tant des conditions de travail, de revenus et des modes de vie, que des ressources relationnelles et cognitives des individus (tableau 3).

Tableau 3. La précarité socioéconomique des actifs précaires et non précaires

En %	Chômeurs de plus d'1 an		Jeunes en insertion		Bénéficiaires CMU-C		Travailleurs emploi temps partiel ou non stable		Travailleurs emploi stable temps plein, avec difficultés financières chroniques		Chômeurs – d'1 an et travailleurs précaires Epices		Actifs non précaires	
	n = 160 017		n = 84 088		n = 238 236		n = 134 591		n = 57 005		n = 162 985		n = 301 069	
	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F	H	F
Sans diplôme ou CEP seul	27.4	29.6	40.0	30.0	32.1	34.6	17.9	16.6	18.8	17.5	23.1	23.6	6.8	7.5
Ne sait pas lire/ écrire le français	4.1	3.5	1.3	0.9	5.1	6.2	2.1	1.4	2.2	1.6	2.9	2.4	0.4	0.4
Ne vit pas en couple	56.0	50.9	87.7	71.7	65.7	66.6	41.9	25.7	29.5	50.7	48.1	56.9	16.5	23.7
Pas de contact avec la famille	28.6	23.0	18.9	17.3	32.0	28.4	17.6	11.9	19.4	18.9	31.2	28.9	3.9	3.5
problèmes financiers	50.5	46.7	28.0	34.0	55.4	56.7	29.0	21.4	100*	100*	51.4	55.7	0.4	0.8
Pas hébergement si besoin	37.8	34.1	20.6	19.6	40.6	39.2	23.2	18.7	33.8	30.8	47.6	44.2	4.9	4.7
Pas aide matérielle si besoin	52.4	50.2	33.5	35.5	54.9	54.2	33.7	29.9	48.9	48.9	62.7	61.9	11.8	13.0
Rencontre un travailleur social	35.4	34.6	39.0	39.0	50.2	48.0	17.0	10.9	9.6	13.6	19.4	24.1	2.3	2.8
Absence accompagnement	15.5	10.1	21.8	17.9	0**	0**	14.5	6.4	12.5	9.7	21.5	16.1	2.9	2.3

\* nécessairement 100% puisque les personnes sont prises en compte du fait de ces problèmes.

\*\* nécessairement 0% puisqu'il s'agit de bénéficiaires de la CMU-C.

Prises ensemble, ces observations permettent de conclure que *la prévalence du non-recours aux soins grandit lorsque le « précarité » se double d'une « désaffiliation »* :

- Le *précarité*, vu ici sous l'angle d'une sortie conjointe du travail ou de l'emploi stable et rémunérateur, et de la protection sociale, serait propice à des situations de non-recours, et probablement pas dans le seul domaine de la santé.
- Toutefois, le non-recours aux soins renvoie fortement à l'isolement des personnes et à la faiblesse de leurs supports relationnels, que les populations soient précaires ou pas. Ce n'est donc pas simplement l'absence de travail ou la précarité de l'emploi qui accroît la possibilité

de non-recours, mais aussi l'affaiblissement des protections rapprochées, caractéristique d'un processus de *désaffiliation*. En particulier, l'enquête par entretiens indique qu'en l'absence d'une responsabilité familiale, les comportements en matière de santé sont plus erratiques et le non-recours aux soins plus fréquent.

Le non-recours des actifs précaires et non précaires se présente par conséquent comme la résultante d'un faisceau d'explications. Dans ces conditions, une action menée dans le but de réduire le phénomène de non-recours aux soins ne peut pas s'attaquer à une cause unique<sup>8</sup>. Certes, les conditions matérielles de vie des actifs précaires constituent bien une cible prioritaire pour améliorer l'accès aux soins et corriger ainsi des inégalités sociales. Cette recherche signale d'ailleurs l'importance des difficultés financières liées à la précarité de l'emploi parmi les facteurs associés au non-recours à une complémentaire santé. Mais il n'en demeure pas moins que l'enjeu social qui émerge ici est de (re)constituer la santé comme un bien individuel et collectif, dans une société où la progression du « vivre seul » bouscule les mécanismes de socialisation à travers lesquels la santé est transmise et entretenue comme valeur primordiale.

### **Discussion : le besoin d'affiner la notion de non recours aux soins et de tenir compte des raisons financières**

L'évocation progressive, dans le débat public, du « non recours aux soins » ne s'accompagne que très rarement d'une définition précise de ce qui est mis derrière ce phénomène. Dans le cadre de cette recherche, une définition du non recours aux soins a été proposée autour de trois variables issues de la base de données du CETAF, présentées au début. Cette définition, en envisageant le non recours aux soins comme une *non-consommation* de soins, permet d'examiner principalement le champ de « l'accès primaire » aux soins<sup>9</sup> et ainsi de mesurer les disparités qui peuvent y apparaître. Plus précisément, elle permet de centrer le regard sur les différences dans le degré d'utilisation du système de soins plutôt que sur la nature des recours aux soins.

Appliquées dans le cadre de notre enquête qualitative, les trois variables retenues pour définir le non recours aux soins sont pratiques d'un point de vue méthodologique. Toutefois, à l'usage, certaines limites apparaissent. Nous énumérons ici les principales, tout du moins celles rencontrées lors de l'enquête par entretiens. Ces limites portent sur les catégories de soignants (la juxtaposition médecin généraliste/spécialiste ; l'exclusion d'autres professions de santé), les besoins de soins, l'approche en termes de non consommation de soins. Elles conduisent, pour des recherches futures sur le non recours aux soins, à proposer de nouveaux items de façon à questionner plus finement la complexité du phénomène qui apparaît aux travers des résultats de cette recherche : le renoncement aux soins ; le retard aux soins ; le refus de soins par les professionnels de santé ; l'abandon de soins ; l'inobservance thérapeutique ; les rendez-vous non honorés.

Cependant, ces différentes formes de non-recours sont à interroger au regard des droits et devoirs qui aujourd'hui conditionnent les parcours de soins et redéfinissent le rapport entre l'utilisateur et le système de soins. Il est essentiel en effet d'être attentif aux raisons institutionnelles du non-recours aux soins,

<sup>8</sup> Se reporter aux indicateurs thématiques de la lutte contre la pauvreté qui, en matière d'accès aux soins, pointent essentiellement des raisons financières. Cf. Article R 115-5 du Code de l'action sociale et des familles, et son annexe 1-1.

<sup>9</sup> P. Lombrail, J. Pascal et T. Lang, « Accès au système de soins et inégalités sociales de santé : que sait-on de l'accès secondaire ? », *Santé, société et solidarité*, n° 2, 2004.

sinon le risque est grand de renvoyer l'explication du phénomène aux seuls individus. La question paraît même d'actualité au moment où, la logique des parcours de soins coordonnés se généralisant, on voit poindre des discussions sur de nouvelles obligations pour les patients, par exemple en termes d'observance thérapeutique et de respect des rendez-vous. Ces discussions pourraient conduire à assimiler le non-recours à des devoirs mal accomplis et à minorer ainsi la possibilité de droits mal garantis. La question des raisons institutionnelles du non-recours aux soins se pose également avec acuité au moment où la participation financière des patients progresse. L'accès financier aux soins est source de non-recours pour les plus modestes. Cette dimension ne peut être laissée de côté.

### **La participation financière des patients**

Cet instrument est couramment utilisé en Europe. Il consiste à transférer une partie du coût des prestations proposées aux utilisateurs. Visant directement un objectif de régulation des dépenses publiques, cet instrument permet de procéder à un transfert de charges vers les patients – et par la même en partie vers les complémentaires santé –, en particulier pour des dépenses pharmaceutiques mais également dans certains pays pour des soins hospitaliers ou ambulatoires<sup>10</sup>. Il existe ainsi plusieurs mécanismes de participation financière, dont les principaux sont : le co-paiement, la franchise, le ticket modérateur, le tarif de référence. La France développe également ce type d'instrument pour réduire, sinon résoudre, le déséquilibre de l'Assurance maladie<sup>11</sup>. Ce n'est pas nouveau : l'instauration d'un ticket modérateur est intervenue dès 1945 et ce type de mesure a été utilisé dans les plans de redressement des comptes de la Sécurité sociale qui se succèdent depuis 1977. Cela n'a pas empêché les assurances sociales de couvrir une part croissante des dépenses de santé, jusqu'à une période récente où s'amorce une décrue. Devant le creusement du déficit, les gouvernements ont néanmoins entrepris des réformes plus structurelles. Ainsi, la participation financière est envisagée aujourd'hui davantage comme un levier pour agir sur les comportements des acteurs (patients et professionnels), et en particulier comme un moyen pour responsabiliser les assurés et les inciter à un recours plus mesuré aux soins.

Dans cet esprit, la mise à contribution des patients s'accroît depuis la loi du 13 août 2004 de réforme de l'Assurance maladie, à travers des mesures visant à étendre le « reste à charge », que ce soit pour les consultations de médecine de ville (limitation à 50% du remboursement pour les consultations hors parcours de soins coordonné mis en place en 2004), dans le secteur hospitalier (ticket modérateur de 20% aux frais d'hospitalisation ; forfait journalier créé en 1983 pour la participation aux frais d'hébergement ; depuis 2006, forfait de 18 euros s'appliquant aux hospitalisations ou consultations donnant lieu à des « actes lourds »), ou pour les médicaments (déremboursement et instauration d'une « franchise » – participation forfaitaire de 0,50 euro par boîte de médicaments – qui s'applique également aux actes paramédicaux et aux transports sanitaires). Ces mesures sont particulièrement complexes (diversification des grilles de tarifs et de remboursements), d'autant qu'elles sont parfois assorties d'exonérations pour certaines catégories d'individus<sup>12</sup>, qui mêlent des préoccupations sanitaires et sociales<sup>13</sup> afin de concilier justice sociale et efficacité<sup>14</sup>. Dit autrement, la mise en œuvre de cet instrument d'équilibre des comptes de la Sécurité sociale multiplie les catégories de patients, entraînant une illisibilité des règles, des tarifs et des prix de référence, pour eux comme pour les praticiens de la santé. Aussi est-il indispensable de préciser quelles sont les différentes catégories de patients concernées si l'on veut définir théoriquement les groupes de non-recourants potentiels.

<sup>10</sup> Haute Autorité de Santé, *La participation des patients aux dépenses de santé dans cinq pays européens – Document de travail*, Mission Etudes et Recherches, septembre 2007 ; S. Chambaretaud, L. Hartmann, « Participation financière des patients et mécanismes de protection en Europe », *Pratiques et Organisation des Soins*, 40 (1), 2009, p. 31-38.

<sup>11</sup> M. Elbaum, « Participation financière des patients et équilibre de l'assurance maladie », *Lettre de l'OFCE*, n°301, septembre 2008.

<sup>12</sup> Nous pensons notamment à la dispense d'avance de frais pour les bénéficiaires de la CMU C.

<sup>13</sup> Id.

<sup>14</sup> G. de Lagasnerie, « Justice sociale et efficacité : pour une nouvelle régulation de la demande de soins », *Regards croisés sur l'économie*, vol. 1, n° 5, 2009, p. 112-119.



Sous couvert de responsabiliser les patients, les mesures présentées ci-dessus introduisent des mécanismes marchands. Des experts considèrent qu'elles ont pour effet de compliquer l'accès au système de soins, en particulier des catégories les plus modestes, voire de produire des effets dissuasifs<sup>15</sup>. On estime ainsi que le renoncement aux soins pour des raisons financières touche 32% des personnes sans complémentaire santé, contre 13% de celles disposant d'une complémentaire autre que la CMU, et se concentre sur les consultations de spécialistes, les soins bucco-dentaires et l'optique<sup>16</sup>. Au total, 15% de la population française déclare avoir renoncé à des soins pour raisons financières au cours des douze derniers mois. Dans son analyse trimestrielle de la progression du surendettement des ménages, la Banque de France note une augmentation de 18% du nombre de dossiers déposés entre janvier et septembre 2009, avec une progression de 16% du montant moyen des dettes<sup>17</sup>. Deux profils de surendettés progressent : celui des « accidentés de la vie » et celui des « travailleurs pauvres », parmi lesquels un nombre croissant de personnes âgées qui doivent prendre un crédit pour soigner leurs dents.

La question de la couverture maladie complémentaire est ici essentielle. Selon les données de l'enquête « Santé protection sociale » de l'année 2006, 7,8 % de la population n'ont aucune complémentaire santé. Et parmi les 20% les plus pauvres de la population, ce taux est de 14%. Il peut être même supérieur, comme le montrent à l'ODENORE les travaux portant sur l'absence de complémentaire santé gratuite ou aidée parmi les allocataires de minima sociaux<sup>18</sup>. Or des estimations indiquent que les dépenses de soins ambulatoires des personnes couvertes par une complémentaire (CMU-C ou autres) sont supérieures de 29% à celles des personnes non couvertes<sup>19</sup> ; ce qui confirme la corrélation entre absence de complémentaire et faible consommation de soins.

Parmi les personnes disposant d'une complémentaire, quatre sur dix bénéficient d'un contrat collectif par l'intermédiaire de leur employeur. Pour celles qui n'ont pas cet avantage, l'acquisition d'un contrat de complémentaire santé est aussi un choix financier, qui dépend largement du revenu disponible, puis de l'état de santé perçu : 53% des personnes non couvertes expliquent cette situation par l'insuffisance de leurs revenus ; 17 % par le fait qu'elles se considèrent en bonne santé, et 14% par le bénéfice d'une prise en charge à 100% par l'assurance maladie dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD)<sup>20</sup>. Pour les ménages couverts individuellement, le montant des primes versées représente un effort financier qui va de 2,9% pour les ménages les plus riches à 10,3% pour les ménages les plus pauvres, alors que d'une façon générale la part moyenne du budget des ménages voisine les 4% en 2006<sup>21</sup>.

En même temps, la mise en œuvre en janvier 2005 du dispositif d'aide à l'acquisition d'une assurance maladie complémentaire en santé, appelé Aide complémentaire santé (ACS), pour une population dont les revenus sont supérieurs de 20% maximum au plafond de ressources donnant droit à la CMU-C, pose également la question du reste à charge. Une partie de la population éligible à l'ACS n'utilise pas

<sup>15</sup> M. Elbaum, *Economie politique de la protection sociale*, Paris, PUF, 2008.

<sup>16</sup> B. Kambia-Chopin, M. Perronin, A. Pierre et T. Rochereau, « la complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire », *Questions d'économie de la santé*, n°132, 2008.

<sup>17</sup> [http://www.banque-france.fr/fr/publications/catalogue/ni\\_134.htm](http://www.banque-france.fr/fr/publications/catalogue/ni_134.htm)

<sup>18</sup> H. Revil, 2008, « Le non-recours à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et à l'aide complémentaire santé (ACS) », ODENORE, *Etudes et recherches*, n°25. <http://odenore.msh-alpes.fr/node/322>

<sup>19</sup> D. Raynaud, « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire », DREES, *Etudes et résultats*, n° 378, 2005.

<sup>20</sup> B. Kambia-Chopin, *et al.*, op.cit.

<sup>21</sup> INSEE, *Enquête « Budget de famille »*, 2006. [http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref\\_id=BDF06#a01](http://www.insee.fr/fr/themes/document.asp?ref_id=BDF06#a01)



les droits ouverts, du fait qu'elle ne peut (ou ne veut) payer pour une assurance complémentaire. Dans une étude de 2007, l'IRDES indique que malgré une montée en charge régulière, seulement 240 000 personnes ont utilisé leur attestation d'ACS auprès d'un organisme au 30 novembre 2006, sur les 2 millions de personnes visées par la mesure. *« L'analyse du contenu et du prix des contrats d'assurance maladie complémentaire montre que la participation financière des ménages souscripteurs reste après bénéfice de l'ACS relativement importante au regard de leurs revenus. En effet, le dispositif laisse à la charge des bénéficiaires près de 60% du prix du contrat, c'est-à-dire 389€ en moyenne par an, représentant environ 4,5% de leur revenu annuel. Ce reste à charge demeure plus élevé que celui supporté en moyenne par les autres assurés et ce, malgré un choix de contrats moins chers et proposant en conséquence des niveaux de remboursement moyens, voire faibles pour les soins mal remboursés comme l'optique et le dentaire. »*<sup>22</sup>

L'ensemble de ces résultats indique que le recours aux soins dépend aussi fortement de raisons financières. Dans ces conditions, toute mesure venant accroître le reste à charge des dépenses de soins pour les patients creuse les inégalités financières dans l'accès aux soins. Les mécanismes de participation financière des patients sont donc à analyser au regard de leurs incidences en termes de non-recours de soins (reports, abandons, renoncements).

Toutefois, on ne dispose pas d'outil permettant de repérer les populations qui ne recourent pas aux soins pour cette raison. La méconnaissance des effets de la mise à contribution financière des patients sur le non-recours aux soins est manifeste. D'une part, les charges effectives qui pèsent sur les ménages au titre de leur santé ne peuvent être connues pour la population générale (donc essentiellement par l'Assurance maladie) qu'avant les remboursements des complémentaires santé. Dit autrement, on ne dispose pas, en premier lieu, d'outil de mesure du reste à charge réel qui, s'il permettait de caractériser les groupes les plus touchés (par exemple selon un ratio reste à charge/revenus), pourrait indiquer les populations pour lesquelles le risque potentiel de non-recours aux soins pour raisons financières est le plus fort. D'autre part, il n'existe pas d'enquête spécifique régulière sur les impacts de la participation financière des ménages sur le recours aux soins. Au mieux, grâce à l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) de l'IRDES, on obtient des taux de renoncement selon notamment l'existence ou non d'une complémentaire santé (c'est le cas également avec les données annuelles de Médecins du Monde pour des publics particuliers), mais sans que les raisons du non-recours aux soins ne soient systématiquement identifiées. La mesure du non-recours aux soins pour raisons financières est intéressante ; l'Observatoire national de la pauvreté et de l'exclusion sociale (ONPES) l'a intégrée parmi ses onze indicateurs de la pauvreté. Mais elle est loin d'être suffisante pour repérer systématiquement les groupes ou les individus qui, soumis à cette participation financière, renoncent, abandonnent ou reportent des soins, ou n'observent pas des prescriptions médicales. Un travail méthodologique particulier est par conséquent nécessaire pour identifier les groupes ciblés par ces mesures, afin de déterminer ensuite les populations potentiellement ou effectivement exposées à un risque de non-recours pour raisons financières, comme pour d'autres motifs.

---

<sup>22</sup> C. Franc, M. Perronnin, « Aide à l'acquisition d'une assurance maladie complémentaire : une première évaluation du dispositif ACS », *Questions d'économie de la santé*, n°121, avril 2007.

## Données et méthodes

*Etude statistique de la base de données des Centres d'examens de santé financés par l'Assurance Maladie.*

La population étudiée est l'ensemble des consultants de 16 à 59 ans ayant passé un examen de santé entre 2002 et 2005 dans l'un des centres d'examens de santé financés par l'Assurance Maladie (lorsqu'un consultant a passé plusieurs examens sur la période, un seul examen est pris en compte). Ont été exclus de l'étude les individus étant hors FNPEIS (Fonds de Prévention d'Education et d'Information Sanitaire), les agriculteurs (trop faible effectif) et les bilans hors référentiels (bilans incomplets).

Un questionnaire social et médical est proposé à l'ensemble des consultants ; ceux-ci peuvent se faire aider par le personnel des centres en cas de difficulté de compréhension. Les données recueillies sont donc de nature déclarative ; le remplissage des questionnaires est vérifié par les centres et éventuellement complété avec le déclarant.

L'étude porte sur 1 137 991 consultants, dont 49.6 % d'hommes et 50.4 % de femmes, répartis entre 6 populations d'actifs précaires et une population de référence, celle des actifs non précaires. L'étude statistique a étudié les relations entre les variables socioéconomiques et de santé contenues dans la base de données du CETAF, et les 3 variables de non-recours systématiquement renseignées par les consultants au cours des examens de santé :

- *Le non-recours au médecin*, expliqué par la réponse « Jamais » à la question concernant la « Visite chez le médecin ».
- *Le non-recours au dentiste*, expliqué par la réponse « Jamais » à la question concernant la « Visite chez le dentiste ».
- *Le non suivi sur le plan gynécologique*, expliqué par la réponse « Non » à la question concernant le « Suivi gynécologique ».

*Enquête par entretiens auprès de consultants de Centres d'examens de santé financés par l'Assurance Maladie.*

Une série d'entretiens semi directifs a été réalisée auprès de plus de 150 consultants de quatre centres d'examens de santé en France. Cette partie qualitative a cherché à comprendre les situations de recours et de non-recours aux soins des personnes en tenant compte de leur situation et de leur trajectoire sociales. L'attention a porté en particulier sur les conditions de vie et les supports sociaux. L'analyse des entretiens a donné lieu à une étude de type « quanti/quali » des données recueillies et à une analyse lexicale des propos tenus.

## Pour en savoir plus

Couffinhal A, Dourgnon P. *et al.* 2005. « Politiques de réduction des inégalités de santé, quelle place pour le système de santé ? Un éclairage européen ». *Questions d'économie de la santé*, n° 92.

Grignon M. *et al.*, 2004. *Mesurer l'impact des déterminants non médicaux des inégalités sociales de santé*. Rapport de recherche pour le Programme Sciences biomédicales, santé et société CNRS (SHS-SDV) – INSERM – MIRE-DREES – IRDES.

Jusot F. Wittwer J. 2009. « L'accès financier aux soins en France : bilan et perspective ». *Regards croisés sur l'économie*, vol. 1, n° 5 : 102-109.

Kaufmann J.-C. 1993. *Célibat, ménages d'une personne, isolement, solitude. Un état des savoirs*. Bruxelles : Commission des communautés européennes.

Revil H. 2008. « Le non-recours à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et à l'aide complémentaire santé (ACS) ». ODENORE : *Etudes et recherches*, n° 25, <http://odenore.msh-alpes.fr/node/322>

Rode A. 2009. « L'émergence du non-recours aux soins des populations précaires : entre droit aux soins et devoirs de soins ». *Lien social et Politiques*, n° 61 : 149-158.

---

Ce Document de travail est issu d'une recherche réalisée dans le cadre du programme « Santé Environnement – Santé Travail » de l'Agence Nationale de la Recherche :

P. Warin (dir.), 2008, *Le non-recours aux soins des actifs précaires*.  
[http://odenore.msh-alpes.prd.fr/documents/RAPPORT\\_%20FINAL\\_nov08.pdf](http://odenore.msh-alpes.prd.fr/documents/RAPPORT_%20FINAL_nov08.pdf)

Cette recherche a associé Catherine Chauveaud et Antoine Rode (ODENORE), et l'équipe « Précarité – Inégalités de santé » du Centre technique d'appui et de formation des centres d'examens de santé financés par l'Assurance maladie (CETAF) : Carine Chatain, Stéphanie Gutton, Emilie Labbe, Jean-Jacques Moulin, Catherine Sass.

Cette équipe de médecins, épidémiologistes, sociologues et statisticiens, dirigée par le docteur Jean-Jacques Moulin, porte un programme visant à renforcer l'action des centres d'examens de santé financés par l'Assurance maladie dans la lutte contre les inégalités de santé et la précarité.

Ce document intègre également des extraits d'une note de travail : P. Warin « Comment repérer les personnes qui supportent un reste à charge et ne recourent pas aux soins », ODENORE, août 2009.

*Cette collection a pour but de rendre disponible un ensemble de documents de travail issus de recherches menées à l'ODENORE.*

Tous les droits afférant aux textes diffusés dans cette collection appartiennent aux auteurs. Des versions ultérieures des documents diffusés dans cette collection sont susceptibles de faire l'objet d'une publication. Veuillez consulter le site internet de l'ODENORE pour obtenir la référence exacte d'une éventuelle version publiée.

Cette collection est accessible par :

**<http://odenore.msh-alpes.fr/>**  
**<http://www.pacte.cnrs.fr/>**  
**<http://halshs.archives-ouvertes.fr/>**  
**<http://rt6-afs.org/>**  
**[www.ireon-portal.eu](http://www.ireon-portal.eu)**

*The aim of this collection is to make available a set of working papers produced at the ODENORE.*

The copyright of the work made available within this collection remains with the authors. Further versions of these working papers may have been submitted for publication. Please check the ODENORE website to obtain exact references of possible published versions.

Possibilities to have access to the collection:

**<http://odenore.msh-alpes.fr/>**  
**<http://www.pacte.cnrs.fr/>**  
**<http://halshs.archives-ouvertes.fr/>**  
**<http://rt6-afs.org/>**  
**[www.ireon-portal.eu](http://www.ireon-portal.eu)**

**ODENORE**  
**Maison des Sciences de l'Homme - Alpes**

**Adresse postale :** MSH-Alpes - BP 47 - 38040 Grenoble Cedex 9

**Adresse géographique :** 1221 avenue Centrale - Domaine Universitaire - Saint Martin-d'Hères

