



Quelles conséquences ? Quelles prises en charge ?

Les restes à charge peuvent induire des difficultés d'accès aux soins, voire des renoncements pour contraintes financières. Outre sanitaires, les conséquences peuvent être professionnelles et sociales.

Reste à charge et renoncement aux soins pour raisons financières

Aude Lapinte
Chargée d'études à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees)

Les références entre crochets renvoient à la Bibliographie générale p. 53.

En 2016, le reste à charge santé des ménages, c'est-à-dire la dépense de santé qui reste à acquitter par les ménages après intervention des assurances maladie obligatoire et complémentaire, est évalué à 16,5 milliards d'euros, soit un peu moins de 250 euros par habitant [5]. Il est contrasté, tant en évolution qu'en niveau, selon les différents postes de dépenses. Ainsi, si dans l'ensemble, les ménages supportent, en 2016, 8,3 % de la dépense de santé totale, il reste à leur charge 22,7 % de la dépense en dentaire et 21,5 % de celle en optique, deux postes où le reste à charge est particulièrement élevé au regard de la dépense engagée [5]. En guise de comparaison, le reste à charge des soins hospitaliers s'élève à 2,3 % et celui des médicaments à 17,1 %. Si ce reste à charge est croissant avec le niveau de vie, il pèse davantage sur les revenus des ménages modestes. En 2012, le reste à charge après remboursement de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance maladie complémentaire représente 2,1 % du revenu disponible des ménages du premier décile, contre 0,6 % pour ceux du dixième décile de niveau de vie¹.

1. Sous-indicateur n° 1-2-2 : taux d'effort des ménages pour leurs dépenses de santé après remboursements des organismes de couverture maladie complémentaire du programme de qualité et d'efficience « maladie », annexe 1 au PLFSS 2018.

L'exposition à des restes à charge élevés, en particulier pour les plus modestes, peut avoir un effet sur l'accès aux soins. Mais l'accessibilité financière des soins doit aussi intégrer la mesure du renoncement aux soins pour raisons financières. Il s'agit alors d'évaluer la part des personnes qui ont dû renoncer à se faire soigner parce que la contrainte financière était trop forte.

Le motif financier : cause importante de renoncement aux soins

Les motifs de renoncement aux soins sont de nature multiple. Ils peuvent être financiers, mais aussi géographiques (l'offre de soin se trouve trop loin), en raison de délais d'attente trop longs², par crainte d'aller chez le médecin ou encore parce que la personne préfère attendre que les choses s'arrangent d'elles-mêmes. Dans les enquêtes, toutes ces raisons ne sont pas toujours évoquées et il n'est pas toujours aisé d'identifier le principal motif du renoncement pour la personne inter-

2. Ces deux motifs viennent compléter dans l'Enquête santé et protection sociale ESPS-EHIS la question du renoncement pour raison financière. Dans l'enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (dispositif SRCV) s'ajoutent aussi les raisons suivantes : manque de temps, crainte d'aller chez le médecin, méconnaissance d'un bon médecin, attente d'une amélioration.

rogée, différentes dimensions étant parfois imbriquées les unes dans les autres.

L'obstacle financier apparaît cependant comme le motif le plus fréquemment avancé pour expliquer un renoncement au soin : en 2007, 32,2 % des personnes de 16 ans et plus ayant renoncé à des soins médicaux au cours des douze derniers mois l'ont fait principalement pour un motif financier, contre 20,1 % par manque de temps (deuxième raison principale évoquée) [12]. À titre de comparaison, des délais d'attente trop longs ne sont évoqués, comme raison principale de renoncement aux soins médicaux, que par 3,6 % des personnes, et l'éloignement géographique ou les conditions de transport par 0,3 % des personnes.

Les raisons financières qui conduisent à renoncer à se faire soigner recouvrent plusieurs paramètres, liés entre eux : le prix du soin, sa prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, le niveau de couverture complémentaire de l'assuré, sa capacité à pouvoir avancer les frais, le revenu disponible et les autres dépenses (non médicales) incompressibles du ménage, ou encore à des variables socioéconomiques de long terme, telles que les périodes d'inactivité ou d'isolement passées, et ses craintes pour l'avenir [23, 26].

Un concept difficile à mesurer

Boltanski [7] montre ainsi comment l'identification d'un besoin de soins, en particulier dans le cas de maladies fonctionnelles non décelables à l'œil nu, varie en fonction de l'attention que l'individu porte à ses sensations et de l'aptitude à les identifier le cas échéant comme des symptômes de maladie. Cette aptitude dépend de caractéristiques individuelles difficilement mesurables, telles que les connaissances médicales, ou encore d'attentes plus ou moins fortes à l'égard du système de soin.

Le renoncement aux soins pour raisons financières mesure donc un décalage entre l'identification de soins jugés – en partie de façon subjective – comme néces-

saires par la personne interrogée et sa capacité financière à pouvoir y répondre.

Par ailleurs, estimer le renoncement aux soins est délicat dans la mesure où les réponses apportées par les personnes interrogées sont particulièrement sensibles à la formulation et à l'enchaînement des questions, comme l'ont montré certaines études méthodologiques sur le sujet [60].

Une personne sur quatre concernée par le renoncement à au moins un soin pour raison financière sur les douze derniers mois

Selon l'enquête ESPS-EHIS³, en 2014, un quart de la population âgée de 18 à 64 ans⁴ déclare avoir renoncé, pour raisons financières, à au moins un soin (en dentaire, optique, médecin et/ou un autre soin) au cours des douze derniers mois⁵ (tableau 1). Les postes les plus concernés par le renoncement restent ceux pour lesquels le reste à charge des assurés est élevé : 17 % des personnes âgées entre 18 et 64 ans déclarent avoir renoncé à un soin dentaire (dans 6 cas sur 10, il s'agit d'un soin prothétique, c'est-à-dire d'une couronne, d'un bridge ou un d'implant dentaire) et 10 % à une paire de lunettes ou des lentilles. Sur les seules consultations médicales, le taux de renoncement pour raisons financières s'élève à 6 %. Cette hiérarchisation des renoncements selon le type de soin reste la même quel que soit le type de couverture santé des personnes interrogées.

3. Enquête santé et protection sociale (ESPS), support de l'Enquête santé européenne (EHIS).

4. On considère seulement les 18-64 ans pour être sur un champ d'âge comparable entre les bénéficiaires de la CMU-C et les autres.

5. Selon les enquêtes, les questions pour appréhender le renoncement ne sont pas formulées exactement de la même façon, ce qui induit une forte variabilité dans les réponses, mais, dans tous les cas, on considère comme « renoncateur » une personne qui déclare avoir renoncé « à au moins un examen ou traitement médical » (versus soin dentaire) au cours des douze derniers mois précédents l'enquête. Une personne qui a renoncé peut donc l'avoir fait à d'autres occasions dans l'année écoulée

tableau 1

Taux de renoncement aux soins pour raisons financières selon le type de soin et le type de couverture santé chez les 18-64 ans en 2014 (en %)

	Ensemble des soins	Soin dentaire	Soin d'optique	Consultation médicale	Autres soins ou examens
Ensemble de la population des 18-64 ans	26,3	17,3	10,3	6,2	5,0
Des bénéficiaires de la CMU-C	32,9	21,5	15,7	6,8	7,0
Des bénéficiaires d'une complémentaire privée	24,2	15,6	9,1	5,3	4,3
Des personnes sans complémentaire	55,0	41,3	24,4	21,3	16,2

Champ : population métropolitaine âgée de 18 à 64 ans.

Lecture : 24,2 % des bénéficiaires d'une couverture privée et 32,9 % des bénéficiaires de la CMU-C déclarent avoir renoncé à au moins un soin pour des raisons financières au cours des douze derniers mois en 2014.

Source : Drees-Irdes, ESPS-EHIS 2014, calculs Drees.



Le fait d'être couvert par une assurance maladie complémentaire diminue le renoncement aux soins...

En 2014, sur le champ des adultes âgés de moins de 65 ans⁶, un peu moins d'un quart des individus protégés par une couverture complémentaire privée a déclaré un renoncement, contre plus d'une personne sans complémentaire sur deux. L'écart des taux de renoncement aux soins pour raisons financières entre les personnes sans complémentaire et les bénéficiaires d'une couverture privée s'élève à plus de 30 points. Il est le plus élevé pour le renoncement aux soins dentaires.

Després *et al.* [24] affinent ce résultat en introduisant la qualité des couvertures complémentaires, estimée à partir de la satisfaction des personnes en bénéficiant et du niveau de la prime. Leurs résultats indiquent que le taux de renoncement est négativement corrélé à la satisfaction à l'égard de sa complémentaire santé. Tous soins confondus, les personnes qui ont choisi de ne pas avoir de complémentaire santé sont, « toutes choses égales par ailleurs », moins concernées par le renoncement pour raisons financières que les personnes couvertes par une couverture santé de mauvaise ou même de moyenne qualité. Et parmi les personnes qui ne bénéficient pas d'une complémentaire santé, ceux qui déclarent ne pas avoir de complémentaire car ils n'en ont pas les moyens renoncent trois fois plus à au moins un soin que ceux qui déclarent ne pas avoir de complémentaire par choix.

... tout comme bénéficiaire de la CMU-C

L'écart des taux de renoncement aux soins pour raisons financières entre les bénéficiaires de la CMU-C et les bénéficiaires d'une couverture privée s'établit à environ 9 points en 2014, sur la population des adultes âgés de moins de 65 ans. Ainsi, un tiers de personnes bénéficiaire de la CMU-C déclarent avoir renoncé à au moins un soin, au cours des douze derniers mois.

Une partie de l'écart entre le renoncement des bénéficiaires de la CMU-C et des assurés de complémentaires privées s'explique par les caractéristiques socioéconomiques spécifiques des premiers : des revenus plus faibles, des situations de chômage plus fréquentes, une part plus importante d'ouvriers et employés, et une surreprésentation des familles monoparentales ainsi qu'un état de santé globalement plus dégradé. Les études économétriques menées par Jess [50] et Després [24] ont ainsi montré que, « toutes choses observables égales par ailleurs », la CMU-C protège contre le renoncement aux soins pour raisons financières autant qu'une bonne couverture complémentaire. La CMU-C joue ainsi un rôle important dans l'accessibilité financière des soins, tout comme une couverture complémentaire traditionnelle, même si elle ne suffit pas à gommer toutes les inégalités socioéconomiques de ses bénéficiaires.

6. On se limite au moins de 65 ans pour être sur un champ, en terme d'âge, comparable avec les bénéficiaires de la CMU-C.

Les plus modestes et les personnes en mauvaise santé particulièrement concernées

La question du renoncement aux soins pour raisons financières est un marqueur social fort. Ainsi, tandis que dans le cinquième quintile de niveau de vie (selon l'indice OCDE), c'est-à-dire les 20 % de personnes les plus aisées, une personne sur huit⁷ déclare avoir renoncé sur les douze derniers mois à au moins un soin pour raisons financières ; cela concerne plus d'une personne sur trois dans le premier quintile (les 20 % des personnes avec le niveau de vie le plus bas)⁸.

Outre le niveau de vie et le type de couverture, le taux de renoncement est également déterminé par l'état de santé : à âge égal, plus l'état de santé perçu par la personne elle-même est dégradé, plus le renoncement aux soins est important. Une personne qui s'estime en mauvaise santé se trouve plus souvent en situation de besoin de soin ou traitement médical. De façon mécanique, les choix à faire en matière de santé sont plus nombreux et donc les occasions de renoncer plus fréquentes. Il est donc tout à fait possible que les personnes qui renoncent au moins une fois sur les douze mois qui précèdent l'enquête aient, par ailleurs, un recours au soin plus élevé que la moyenne.

Parmi les personnes déclarant avoir renoncé à des soins, 13 % estiment être en mauvaise ou très mauvaise santé, contre 8 % dans l'ensemble de la population. Ce chiffre atteint 22 % parmi les bénéficiaires de la CMU-C ayant renoncé à des soins.

Les différentes études sur le sujet montrent également que les femmes déclarent davantage renoncer à des soins pour raisons financières que les hommes, que ce soit pour des soins médicaux ou des soins dentaires. Cet écart persiste aux différents âges bien qu'il n'y ait, en matière de soins dentaires et optiques, pas de différences physiologiques qui pourraient expliquer un besoin plus fort pour les femmes. Une explication à cela tient plutôt à ce que les femmes auraient tendance à s'estimer en plus mauvaise santé que les hommes et qu'elles ont des attentes différentes des hommes en matière de santé [26].

Les personnes les plus modestes cumulent les facteurs de renoncement aux soins pour raisons financières : elles ont à la fois une santé plus dégradée et une moins bonne couverture santé. En 2014, 12 %⁹ des personnes du premier quintile de niveau de vie n'ont pas de complémentaire santé et ne bénéficient pas de la CMU-C, contre 2 % à partir du quatrième quintile [74].

Le taux de renoncement à au moins un examen ou traitement médical a augmenté depuis 2007

Contrairement à l'enquête ESPS-EHIS, qui ne permet pas de comparaison dans le temps avec les années

7. Sur l'ensemble de la population des 18 ans et plus chiffres EHIS-ESPS.

8. D'après EHIS-ESPS 2014.

9. Chiffres ESPS-EHIS 2014, ensemble des 18 ans et plus, parmi les personnes qui ont renseigné le quintile de niveau de vie.

précédant 2012¹⁰, l'enquête SILC-SRCV¹¹ permet de suivre l'évolution de la notion de « besoins de soins non satisfaits » (*unmet needs*) jusqu'en 2014 (2015 correspondant, là aussi, à une rupture de série). Sur la période 2007-2014, la part des personnes confrontées à des besoins de soins médicaux non satisfaits pour raisons financières augmente à raison de 0,1 à 0,4 point par an, passant ainsi de 1,2 % en 2007 à 2,3 %¹² en 2014 (figure 1).

Le faible niveau de ces chiffres issus de SILC-SRCV par rapport à ceux issus d'ESPS-EHIS souligne la difficulté de saisir précisément un taux de renoncement : de ce fait, plus qu'en niveau, la mesure du taux de renoncement doit plutôt se regarder en évolution dans le temps et en comparaison des populations entre elles [60]. C'est sur ce principe qu'a été établi l'indicateur de suivi du renoncement au soin dans le volet « maladie et santé publique » des programmes de qualité et d'efficacité (PQE) du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) : l'indicateur évalue l'évolution de l'écart du taux de renoncement au soin pour raisons financières

10. En effet, les questions sur le renoncement aux soins pour raisons financières ont été reformulées de façon plus précise à compter de la vague 2012 de l'enquête ESPS-EHIS, conduisant à une rupture de série.

11. Enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (dispositif SRCV), partie française du système communautaire EU-SILC (European Union-Statistics on Income and Living Conditions).

12. Ces chiffres sont très en dessous de ceux issus de EHIS-ESPS, du fait d'une grande sensibilité de la mesure de l'indicateur à la formulation de la ou des questions. Compte tenu de leur niveau, l'évolution en termes de points est faible, mais sur la période 2007-2014, ce taux double.

entre une population précaire et une population de référence¹³.

La part des personnes déclarant avoir dû renoncer à au moins un examen ou traitement médical pour raisons financières augmente aussi plus fortement que celui de l'ensemble de la population sur la période 2007-2014, conduisant à une hausse des inégalités en termes de renoncement à un examen ou traitement médical. Cet accroissement des inégalités s'observe aussi dans le renoncement aux soins dentaires (figure 1).

Un phénomène persistant

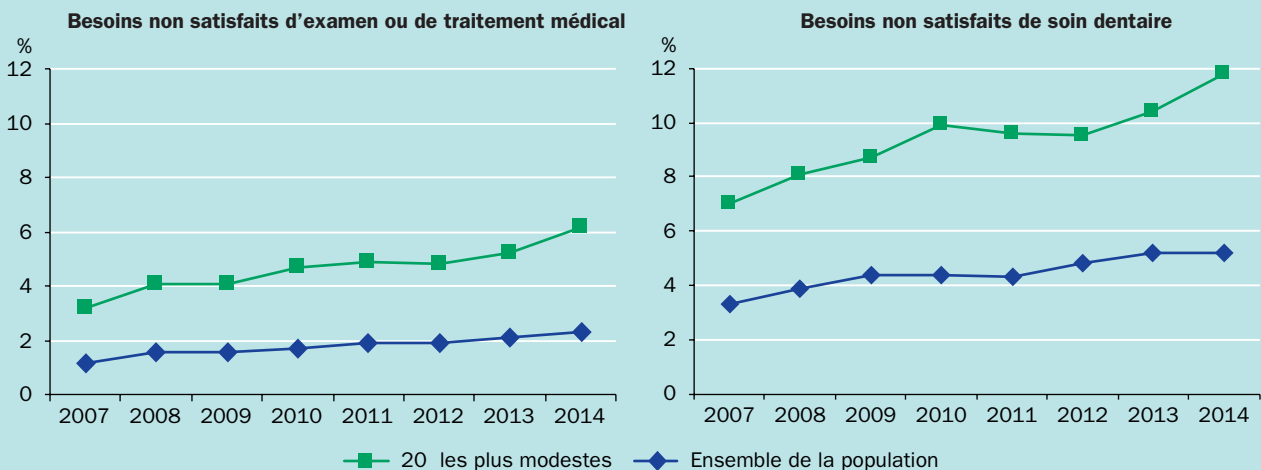
La dimension longitudinale de l'étude statistique sur les ressources et conditions de vie SILC-SRCV permet de rendre compte de la persistance du renoncement : parmi les personnes ayant renoncé à des soins une année¹⁴ pour raisons financières, 29 % déclaraient l'année suivante être à nouveau concernées. La répétition du phénomène deux années de suite est encore plus marquée chez les personnes ayant renoncé pour cette même raison à des soins dentaires une année donnée : la moitié d'entre elles est à nouveau concernée l'année suivante [12]. La persistance dans le temps du phénomène de renoncement aux soins peut s'interpréter comme un report dans le temps et, dans certains cas, comme un réel abandon de certains soins. 🏠

13. Jusqu'au PQE 2016, l'écart du renoncement financier était calculé entre personnes bénéficiaires de la CMU-C et personnes couvertes par une complémentaire privée, et depuis 2017, compte tenu d'un changement de source, l'écart est mesuré entre les personnes du premier quintile de niveau de vie et l'ensemble de la population.

14. La période étudiée est 2004-2007.

figure 1

Besoins non satisfaits pour raisons financières (examen ou traitement médical et soin dentaire) : écart entre les 20 % les plus modestes et l'ensemble de la population de 16 ans ou plus de 2007 à 2014



Champ : France métropolitaine, population âgée de 16 ans ou plus.

Lecture : en 2014, le taux de personnes déclarant avoir dû renoncer pour des raisons financières à un examen ou traitement médical alors qu'elles en avaient besoin s'élevait à 6,2 % chez les 20 % les plus modestes, soit 3,9 points de plus que dans l'ensemble de la population.

Source : SILC-SRCV 2007-2014. Résultats publiés dans PQE 2017.