

## Accessibilité des soins et assurance maladie : qu'en pensent les Français ?

Vincent Le Palud, Étienne Perron-Bailly (DREES)

D'après le Baromètre d'opinion de la DREES, les inégalités de santé sont les moins acceptables de toutes, mais pas les plus répandues. Ainsi, en 2014, trois quarts des personnes interrogées pensent que tout le monde peut être soigné quel que soit son revenu et son lieu d'habitation. Cependant, pour plus de la moitié des Français, la qualité des soins est tributaire de ces deux critères.

L'assurance maladie doit bénéficier à tous sans distinction, selon sept Français sur dix. Cette proportion est sensiblement plus élevée que pour les autres risques sociaux (chômage, retraites et allocations familiales notamment). Elle accuse toutefois une baisse de 9 points par rapport à 2013 : 78 % des Français étaient alors favorables à l'universalité de l'assurance maladie. C'est le plus faible niveau de soutien à l'universalité des prestations de l'assurance maladie enregistré depuis 2004, date d'introduction de la question dans le Baromètre.

Afin de réduire le déficit de la Sécurité sociale, les Français sont plus favorables aux mesures qui viseraient les professionnels de santé qu'à celles qui augmenteraient le niveau des cotisations sociales ou diminueraient celui des prestations servies. Ils sont notamment en très grande majorité opposés à la réduction de la prise en charge des longues maladies, seuls 15 % des Français y étant favorables en 2014.

## Les inégalités d'accès aux soins sont les moins acceptables

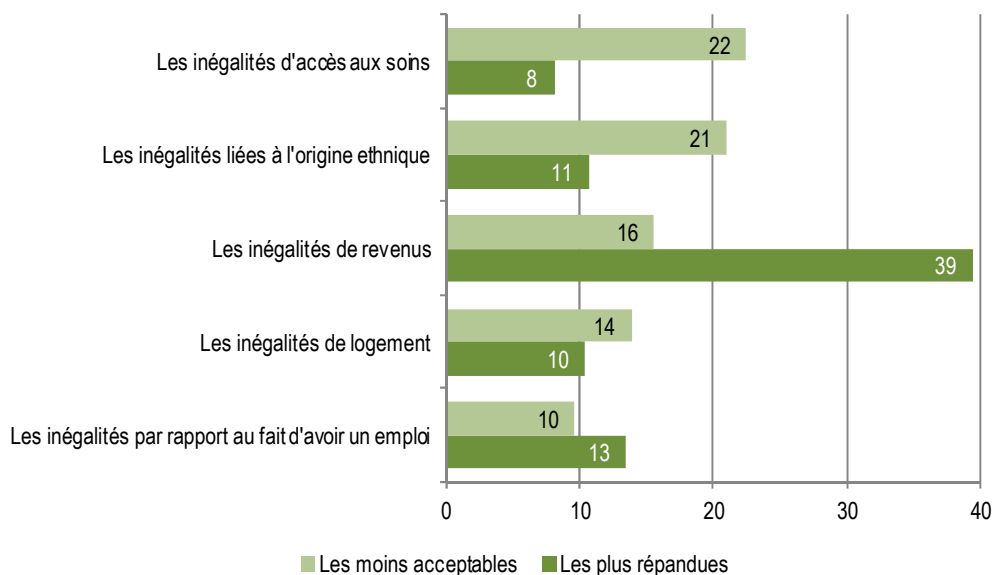
Le principe de l'assurance maladie obligatoire est de garantir des soins pour tous et une solidarité entre malades et bien-portants. Elle opère ainsi une double redistribution : une redistribution entre les bas et hauts revenus, les ménages modestes cotisant moins mais bénéficiant des mêmes prestations (Duval et Lardellier, 2012) ; et une redistribution entre classes d'âge des actifs vers les retraités, les retraités cotisant moins en moyenne et consommant plus de soins de santé (Duval *et al.*, 2011). L'assurance maladie complémentaire obéit à une autre logique, puisque la plupart des contrats individuels<sup>1</sup> fixent leurs tarifs en fonction de l'âge des assurés, ce qui diminue la solidarité entre classes d'âge (Le Palud, 2014).

Ce caractère solidaire et redistributif de l'assurance maladie obligatoire n'empêche pas l'existence d'inégalités d'accès aux soins. Ces inégalités se traduisent notamment par un renoncement aux soins pour raisons financières de la part des personnes les plus précaires. Par exemple, les chômeurs auraient renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières une fois et demie plus souvent que les actifs occupés (37 % contre 24 %) au cours des douze derniers mois, d'après l'enquête sur la santé et la protection sociale 2012 de l'IRDES<sup>2</sup>. Ce renoncement aux soins pour raisons financières est lié à l'appréhension des restes à charge, c'est-à-dire les dépenses de santé qui restent à payer après remboursement par l'assurance maladie. En France, ces restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire sont inférieurs à la moyenne des pays européens (UE28 – OCDE, European Commission, 2014). Toutefois, pour certaines personnes, ils peuvent être élevés, notamment en optique ou en dentaire, voire extrêmes pour certains soins hospitaliers. En effet, à l'hôpital, en 2009, 5 % des patients ont un reste à charge supérieur à 1 900 euros (HCAAM, 2013a).

De plus en plus nombreux, près d'un quart des Français considèrent ces inégalités d'accès aux soins comme les moins acceptables de toutes, juste devant les inégalités liées à l'origine ethnique, et nettement devant celles liées au revenu ou encore au logement.

Graphique 1 – Les inégalités d'accès aux soins sont les moins acceptables selon les Français

En %



Lecture : En 2014, 22 % des Français pensent que « les inégalités d'accès aux soins » sont « les moins acceptables ».

Champ : Personnes résidant en France métropolitaine de 18 ans ou plus, s'étant prononcées sur cette question.

Source : Baromètre d'opinion de la DREES, 2014.

<sup>1</sup> Un contrat de complémentaire santé peut être souscrit soit à titre individuel, soit à titre collectif par l'intermédiaire de l'employeur ou de la branche professionnelle de l'assuré.

<sup>2</sup> [www.irdes.fr/recherche/2014/rapport-556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.html](http://www.irdes.fr/recherche/2014/rapport-556-enquete-sur-la-sante-et-la-protection-sociale-2012.html).

### ENCADRÉ 1 : LE BAROMÈTRE D'OPINION DE LA DREES

Le [Baromètre d'opinion de la DREES](#) est une enquête de suivi de l'opinion des Français sur la santé, les inégalités, et la protection sociale dans toutes ses dimensions : assurance maladie, retraite, famille, handicap-dépendance, pauvreté-exclusion. Commandée par la DREES tous les ans depuis 2000 (sauf en 2003), elle est réalisée par l'institut BVA depuis 2004, après l'avoir été par l'IFOP de 2000 à 2002. L'enquête est effectuée en face à face en octobre-novembre auprès d'un échantillon d'au moins 3 000 personnes représentatives de la population habitant en France métropolitaine et âgées de 18 ans ou plus. L'échantillon est construit selon la méthode des quotas (par sexe, âge, profession de la personne de référence, après stratification par région et catégorie d'agglomération). En 2014, le questionnaire a été refondu, avec une réduction de l'échantillon de 4 000 à 3 000 personnes, et l'intégration de questions portant sur la cohésion sociale.

Des questions relatives à l'opinion sur les dépenses de santé, le monopole de la Sécurité sociale et la solidarité du système d'assurance maladie sont posées une année sur deux et ne sont donc pas disponibles dans la vague 2015 du Baromètre. Ces thématiques pourront être approfondies de nouveau lors de la prochaine vague du Baromètre d'opinion de la DREES.

#### Précautions d'interprétation des enquêtes d'opinion

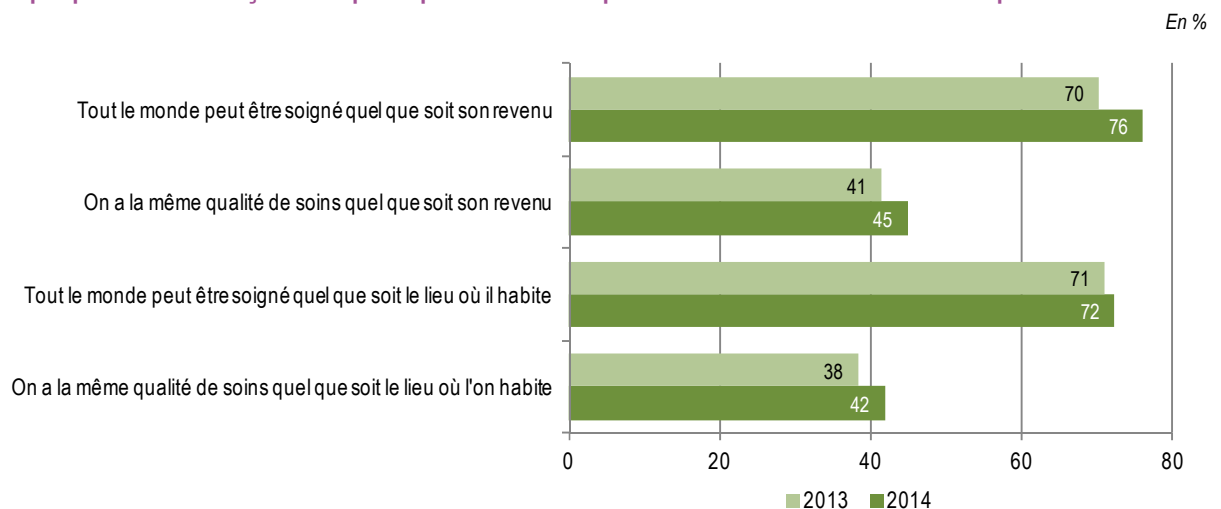
Les réponses à une enquête d'opinion peuvent être particulièrement sensibles à la formulation des questions, ou à leur place dans le questionnaire. Ces enquêtes d'opinion permettent néanmoins des comparaisons entre sous-catégories (selon le revenu, l'âge, etc.) ou dans le temps. Elles peuvent notamment capter l'évolution de la distribution des réponses, au fil des années, lorsque la formulation des questions et l'organisation du questionnaire restent les mêmes. De telles variations donnent une information sur la manière dont les opinions évoluent dans le temps, en fonction de la conjoncture, des actions politiques mises en œuvre et du débat médiatique. Toutefois, de trop petites variations (de l'ordre d'un ou deux points de pourcentage) peuvent ne refléter que des imperfections de mesure.

### Trois quarts des Français jugent que tout le monde peut avoir accès aux soins, mais une majorité estime que leur qualité dépend du revenu et du lieu d'habitation

Les inégalités d'accès aux soins sont certes les moins acceptables pour les Français, mais seulement 8 % d'entre eux les considèrent comme les plus répandues (*graphique 1*). De plus, en 2014, trois quarts des Français jugent que « tout le monde peut être soigné quel que soit son revenu », et plus de sept sur dix estiment que « tout le monde peut être soigné quel que soit le lieu où il habite » (*graphique 2*). Les soins sont donc majoritairement considérés comme accessibles à tous.

Toutefois, plus de la moitié des Français considèrent que les inégalités de qualité des soins restent importantes. En effet, lorsqu'ils sont interrogés sur la qualité des soins, et non sur la possibilité d'en bénéficier, moins de la moitié pense qu'« on a la même qualité de soins quel que soit son revenu » (45 %) ou « quel que soit le lieu où l'on habite » (42 %, *graphique 2*).

#### Graphique 2 – Les Français sont plus optimistes sur la qualité et l'accès aux soins en 2014 qu'en 2013



Lecture : En 2014, 76 % des Français pensent que « tout le monde peut être soigné quel que soit son revenu ».  
Champ : Personnes résidant en France métropolitaine de 18 ans ou plus, s'étant prononcées sur cette question.  
Source : *Baromètre d'opinion de la DREES, 2013-2014*.

## Une grande majorité des Français sont attachés à l'universalité de l'assurance maladie, mais ce soutien diminue

En France, l'assurance maladie obligatoire est universelle, c'est-à-dire qu'elle couvre quasiment l'ensemble de la population. C'est le cas dans tous les pays de l'OCDE, à l'exception notable des États-Unis et du Mexique (OCDE, 2013). En France, cette universalité est garantie depuis 2000 par la couverture maladie universelle (CMU), qui offre une assurance maladie obligatoire à toute personne résidant en France qui ne relève d'aucun autre régime obligatoire de nature professionnelle. Au 31 décembre 2014, 2,4 millions de personnes résidant en France étaient couvertes par la CMU (Fonds CMU, 2015).

Les remboursements de l'assurance maladie obligatoire peuvent être complétés par une assurance maladie complémentaire (AMC). En 2012, 95 % de la population résidant en France bénéficiait d'une AMC : 89 % étaient couverts par une assurance complémentaire santé privée et 6 % par une AMC gratuite délivrée sous condition de ressources<sup>3</sup>, d'après l'enquête sur la santé et la protection sociale de l'IRDES.

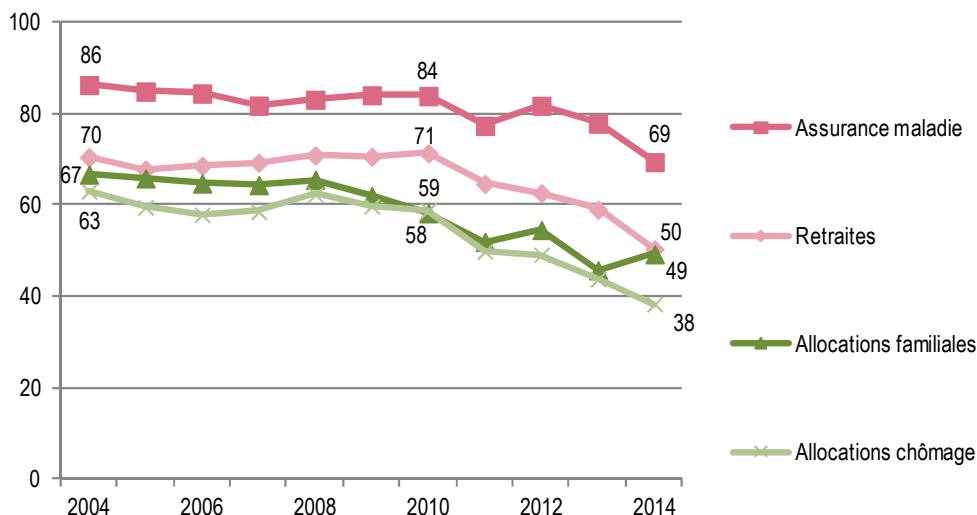
Parmi les différents risques couverts par la protection sociale, c'est pour l'assurance maladie que la volonté de conserver un système universel est la plus forte. En effet, 69 % des Français pensent que l'assurance maladie doit bénéficier « à tous, sans distinction de catégorie sociale et de statut professionnel (chômeurs, salariés du secteur privé, fonctionnaires, agriculteurs, commerçants, etc.) », les 31 % restants se prononçant pour un ciblage des remboursements de soins sur les seuls cotisants ou les plus modestes (*graphique 3*). Pour les autres risques sociaux, les Français sont moins nombreux à être favorables à l'universalité des prestations, que ce soit les retraites (50 %), les allocations familiales (49 %) ou les allocations chômage (38 %).

Ce souhait d'universalité est en baisse depuis 2010 pour l'ensemble des risques couverts par la protection sociale au profit d'un ciblage sur certaines catégories de population. En 2014, l'assurance maladie est le risque social pour lequel le souhait d'universalité baisse le plus avec les allocations chômage, puisqu'il perd 8 points.

La baisse du soutien à l'universalité de l'assurance maladie et des autres assurances sociales doit être considérée au regard d'un souhait grandissant de réforme du financement du système de protection sociale exprimé par les Français (Beffy *et al*, 2015). Ce sont les populations les plus âgées qui adhèrent moins souvent qu'avant à l'idée selon laquelle les prestations sociales devraient bénéficier « à tous sans distinction ».

**Graphique 3 – Les Français de moins en moins favorables à l'universalité des prestations**

En %



Note : Réponses à la question « À votre avis, l'assurance maladie devrait-elle bénéficier... ». Les modalités de réponse proposées étaient : « uniquement à ceux qui cotisent », « uniquement à ceux qui ne peuvent pas ou n'ont pas les moyens de s'en sortir seuls » et « à tous sans distinction de catégories sociales et de statut professionnel (chômeurs, salariés du secteur privé, fonctionnaires, agriculteurs, commerçants, etc.) ». Cette question était également posée pour « les retraites », « les allocations familiales » et « les allocations chômage ».

Lecture : En 2014, 69 % des personnes interrogées pensent que l'assurance maladie devrait bénéficier « à tous sans distinction de catégorie sociale et de statut professionnel ».

Champ : Personnes résidant en France métropolitaine de 18 ans ou plus, s'étant prononcées sur cette question (entre 0,2 % et 0,6 % ne se prononcent pas, selon les sous-questions, en 2014).

Source : Baromètre d'opinion de la DREES, 2004-2014.

<sup>3</sup> Il s'agit de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), qui relève également de la compétence du Fonds CMU. Elle est financée essentiellement par la taxe sur les contrats d'assurance complémentaire santé. Elle bénéficie aux personnes à très faibles revenus, comme les bénéficiaires du RSA socle ou les ménages dont le revenu est inférieur à un certain seuil (12 967 euros annuels pour un couple résidant en Métropole).

## Les pistes privilégiées par les Français pour la réduction du déficit de l'assurance maladie

Comment maîtriser la progression des dépenses de santé tout en conservant un système d'assurance maladie universel sans accroître les inégalités d'accès aux soins ? Certaines réformes couramment évoquées dans le débat public sont reprises dans le Baromètre d'opinion de la DREES afin de mesurer l'avis des Français sur ce sujet. Les répondants ont ainsi été interrogés sur « différentes mesures qui viseraient à réduire le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale s'il devenait trop important ». Les Français préfèrent en général les mesures qui portent sur les professionnels de santé, plutôt que celles qui les affectent directement.

## Les Français majoritairement opposés à la réduction de la prise en charge des longues maladies

En France, l'assurance maladie prend en charge à 100 % les soins des personnes en affection de longue durée (ALD), dont la gravité et le caractère chronique de la maladie nécessitent un traitement prolongé ou coûteux. Le cancer et la maladie d'Alzheimer font par exemple partie des ALD les plus connues. La solidarité entre malades et bien-portants mise en œuvre par l'assurance maladie s'exprime notamment par la concentration des remboursements sur les personnes en ALD. En 2012, celles-ci percevaient 61 % des remboursements du régime général de l'assurance maladie alors qu'elles ne représentaient que 16 % des bénéficiaires de ce régime (Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2015). Pour autant, les malades en ALD supportent, en termes absolus, un reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire plus élevé que le reste de la population sur les soins de ville : en 2009, le reste à charge des personnes en ALD pour la médecine de ville était de 585 euros contre 396 euros pour le reste de la population (Baillot, 2011).

Interrogés sur les différentes mesures qui pourraient être adoptées pour réduire le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale s'il devenait trop important, celle qui recueille le moins d'avis favorables (15 %) serait de « réduire la prise en charge des longues maladies » (*graphique 4*). Pour réduire ce déficit, les Français sont plutôt favorables aux mesures pesant sur les professionnels de santé (limitation des tarifs, moindres prescriptions ou prescription de médicaments génériques) et les industriels du médicament. À l'inverse, les mesures pesant sur les assurés (hausse des cotisations, réduction de la prise en charge des longues maladies) sont moins souvent privilégiées.

## Les Français plus favorables aux mesures qui concernent les professionnels de santé qu'à celles qui accroissent leurs cotisations ou réduisent leurs prestations

Mais s'ils devaient choisir entre « limiter le remboursement pour certaines prestations » (dont le détail n'est pas explicité) et « augmenter les cotisations » pour limiter le déficit de la Sécurité sociale, les Français sont deux fois plus souvent favorables à la première solution (44 %) qu'à la seconde (22 %).

Les mesures recueillant le plus d'avis favorables pour réduire le déficit de l'assurance maladie concerneraient donc les professionnels de santé : il s'agirait de « limiter les tarifs des professionnels de santé »<sup>4</sup> (84 % d'opinions favorables), de « modifier les habitudes des médecins pour qu'ils prescrivent moins de médicaments et d'exams, ou des médicaments et des exams moins chers » (68 %) ou encore de « limiter la liberté d'installation des médecins » (42 %) [*graphique 4*]. Cette dernière modalité est en forte baisse par rapport à 2013 : 49 % des Français étaient alors favorables à la limitation de la liberté d'installation.

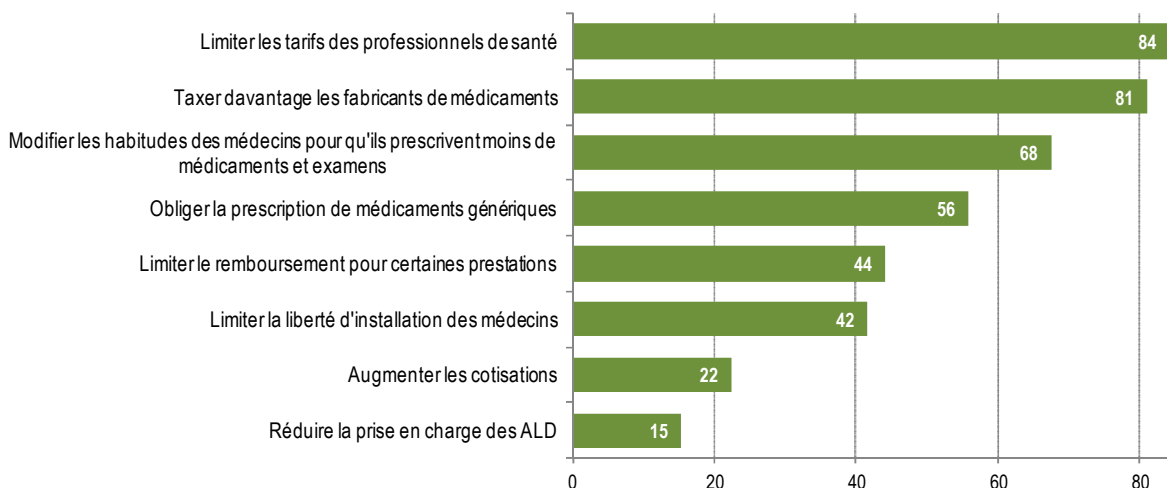
Cette année, deux nouvelles solutions pour réduire le déficit de l'assurance maladie ont été proposées : « taxer davantage les fabricants de médicaments », qui est considéré comme la deuxième solution préférée de huit Français sur dix, et « obliger la prescription de médicaments génériques », proposition souhaitée par plus d'un Français sur deux.

---

4 L'item qui rencontre le plus d'opinions favorables, à savoir « limiter les tarifs des professionnels de santé », n'a pas forcément d'effet direct sur la réduction du déficit de la branche maladie mais plutôt sur les dépassements d'honoraires et sur les restes à charge, sauf à supposer qu'il s'agisse d'une limitation des tarifs conventionnels qui servent de base de remboursement à la Sécurité sociale.

## Graphique 4 – Les réformes concernant les professionnels de santé plus populaires que celles relatives aux prestations et aux cotisations des assurés sociaux

% d'opinions « plutôt favorables »



Note : Taux des réponses « plutôt favorables » à la question « Voici différentes mesures qui viseraient à réduire le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale s'il devenait trop important. Pour chacune de ces mesures, dites-moi si vous y seriez plutôt favorable ou plutôt opposé ? », déclinée pour chacun des types de réponse listées dans le graphique. Les modalités « Obliger la prescription de médicaments génériques » et « Taxer davantage les fabricants de médicaments » ont été introduites en 2014.

Lecture : En 2014, 42 % des Français sont plutôt favorables à « limiter la liberté d'installation des médecins ».

Champ : Personnes résidant en France métropolitaine de 18 ans ou plus, s'étant prononcées sur cette question (entre 1,2 % et 2,4 % ne se prononcent pas, selon les sous-questions, en 2014).

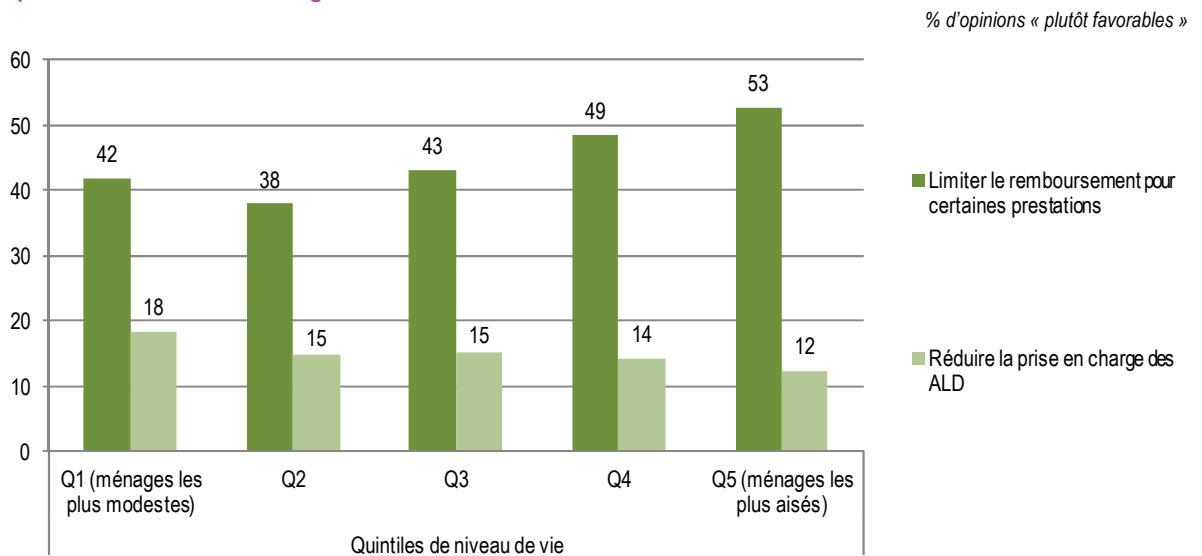
Source : Baromètre d'opinion de la DREES, 2009-2014.

### Les personnes les plus aisées davantage favorables à une limitation du remboursement de certaines prestations

Les opinions des Français sur les leviers potentiels de réduction du déficit sont très liées aux caractéristiques sociodémographiques des répondants. Par exemple, les personnes faisant partie des 20 % les plus aisées en niveau de vie<sup>5</sup> sont davantage en faveur de la limitation du remboursement de certaines prestations : 53 % d'opinions favorables, contre 42 % parmi les personnes les moins aisées (*graphique 5*). S'ils souhaitent davantage limiter le remboursement de certaines prestations, les ménages les plus aisés sont en revanche moins favorables à la réduction de la prise en charge des longues maladies (12 % d'opinions favorables), à l'inverse des ménages ayant un niveau de vie plus faible (18 % d'opinions favorables pour le premier quintile).

<sup>5</sup> Le niveau de vie est égal au revenu disponible du ménage divisé par le nombre d'unités de consommation (UC). Selon l'échelle d'équivalence communément utilisée, le premier adulte du ménage correspond à une UC, les autres personnes de 14 ans ou plus à 0,5 UC et les enfants de moins de 14 ans à 0,3 UC.

**Graphique 5 – Les ménages modestes souhaitent moins souvent limiter le remboursement de certaines prestations de l'assurance maladie, mais veulent davantage limiter l'aide aux personnes atteintes de longues maladies**



Note : Réponses « plutôt favorables » à la question « Voici différentes mesures qui viseraient à réduire le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale s'il devenait trop important. Pour chacune de ces mesures, dites-moi si vous y seriez plutôt favorable ou plutôt opposé ? » pour les thèmes « Limiter le remboursement de la Sécurité sociale pour certaines prestations » et « Réduire la prise en charge des longues maladies par la Sécurité sociale », par quintile de niveau de vie (revenu par unité de consommation).

Lecture : En 2014, 53 % des Français faisant partie du cinquième quintile de niveau de vie (c'est-à-dire des 20 % des Français les plus aisés) sont « plutôt favorables » à « limiter le remboursement de la Sécurité sociale pour certaines prestations », contre 42 % de ceux faisant partie des 20 % les plus modestes.

Champ : Personnes résidant en France métropolitaine de 18 ans ou plus, s'étant prononcées sur ces questions et sur leur niveau de revenu.

Source : Baromètre d'opinion de la DREES 2014.

Ces opinions peuvent néanmoins varier selon d'autres facteurs, comme le lieu d'habitation, le sexe, l'âge, qu'il convient donc de prendre en compte. Toutes choses égales par ailleurs, augmenter les cotisations est une solution plus souvent citée par les jeunes (cf. *tableau en annexe*), mais aussi par les hommes (+6 points par rapport aux femmes). Les personnes aisées citent plus souvent cette mesure (+7 points), ainsi que la limitation des remboursements (+10 points), mais elles sont moins favorables que les ménages modestes à réduire la prise en charge des maladies longues (-6 points).

Les personnes en bonne santé, quant à elles, sont davantage favorables à la réduction de la prise en charge des maladies longues (+13 points) et à augmenter les cotisations (+8 points) que ne le sont les personnes en mauvaise santé.

Enfin, les personnes résidant dans les grandes régions Est, Ouest, Sud-Est et Sud-Ouest<sup>6</sup> sont plus favorables à la limitation du remboursement pour certaines prestations que celles habitant en Île-de-France. La hausse des cotisations est plus citée dans les régions Île-de-France, Est et Méditerranée que dans le reste de la France.

6 Les « grandes régions » du Baromètre correspondent aux régions suivantes : « Région parisienne » : Île-de-France ; « Bassin parisien est » : Picardie, Champagne-Ardenne, Bourgogne ; « Bassin parisien ouest » : Centre, Haute-Normandie, Basse-Normandie ; « Nord » : Nord-Pas-de-Calais ; « Est » : Alsace, Lorraine, Franche-Comté ; « Ouest » : Bretagne, Pays de la Loire, Poitou-Charentes ; « Sud-ouest » : Aquitaine, Midi-Pyrénées, Limousin ; « Centre est » : Auvergne, Rhône-Alpes ; « Méditerranée » : Languedoc-Roussillon, PACA.

## Pour en savoir plus

Beffy M., Roussel R., Solard J., Mikou M., Ferretti C. (coord.), 2015, *La protection sociale en France et en Europe en 2013 – édition 2015*, coll. Études et Statistiques, DREES, mai.

BVA, 2015, Principaux résultats du baromètre de la DREES 2014, rapport pour la DREES, avril.

Baillot A., 2011, « Une estimation du coût du dispositif des affections de longue durée en soins de ville pour le régime général d'assurance maladie », dans *Comptes nationaux de la santé 2010*, Document de travail, Série Statistiques, n°161, DREES, septembre.

Coppoletta R., Le Palud V., 2014, « Qualité et accessibilité des soins : qu'en pensent les Français ? », *Études et Résultats*, n° 866, DREES, février.

Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F., 2011, « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique », *Questions d'économie de la santé*, n°170, IRDES, novembre.

Dourgnon P., Guillaume S., Rochereau T., 2012, « Enquête sur la santé et la protection sociale 2010 », rapport, IRDES.

Duval J., Lardellier R., Legal R., 2011, « La redistribution opérée par l'assurance maladie obligatoire et par les assurances maladies complémentaires selon l'âge », dans *Comptes nationaux de la santé 2010*, Document de travail, Série Statistiques, n°161, DREES, septembre.

Duval J., Lardellier R., « La redistribution verticale opérée par l'assurance maladie », dans *Comptes nationaux de la santé 2011*, Document de travail, Série Statistiques, n°172, DREES, septembre.

Fonds CMU, 2015, *Références CMU*, n°59, avril.

Grobon S., Perron-Bailly E., 2015, « Préoccupés par la précarité, les Français pensent que le système de protection sociale doit évoluer », Synthèse des résultats du Baromètre d'opinion de la DREES 2014, DREES, avril.

HCAAM, 2013a, [rapport annuel du HCAAM 2013](#), décembre.

HCAAM, 2013b, La généralisation de la couverture complémentaire en santé, avis et rapport du HCAAM, juillet.

Le Palud V., 2014, « Comment les organismes complémentaires fixent leurs tarifs », *Études et Résultats*, n° 850, DREES, février.

OCDE, European Commission, 2014, [Health at a glance: Europe 2014](#).

OCDE, 2014, [Panorama de la société 2014 : les indicateurs sociaux de l'OCDE](#).

Perron-Bailly E., 2015, « Protecteur mais à réformer : le système de protection sociale vue par les Français », dans *La protection sociale en France et en Europe en 2013*, coll. Études et Statistiques, DREES, juin.

Projet de loi de financement de la Sécurité sociale 2015, « [Annexe 1 : programme de qualité et d'efficacité maladie](#) », Indicateur 14.

Solard G., Duc C., 2015, « Les opinions et les souhaits des Français en matière de retraite en 2014 », dans *Les Retraités et les Retraites – édition 2015*, coll. Études et Statistiques, DREES, mai.

Zaidman C., Roussel R., Le Garrec M.-A., Bouvet M., Solard J., Mikou M., 2014, *Les Comptes nationaux de la santé en 2013*, coll. Études et Statistiques, DREES, septembre.



## Annexe : Propension à se déclarer plutôt favorable à différentes mesures de réduction des dépenses de santé, en fonction de plusieurs caractéristiques sociodémographiques

Écart de probabilité (exprimé en points de pourcentages) par rapport à la probabilité de la situation de référence

	Augmenter les cotisations	Limiter le remboursement de certaines prestations	Réduire la prise en charge des maladies longues	Limiter la liberté d'installation des médecins	Modifier les habitudes de prescriptions	Limiter les tarifs des professionnels de santé	Taxer davantage les fabricants de médicaments	Obliger la prescription de médicaments génériques
<b>Femme</b>	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
<b>Homme</b>	+ 6,4 (***)	+ 4,9 (**)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	+ 5,9 (***)	+ 4,2 (**)
<b>18-34 ans</b>	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
<b>35-49 ans</b>	- 12,8 (***)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	+ 10,6 (***)	(ns)
<b>50-64 ans</b>	- 17,5 (***)	(ns)	(ns)	+ 5,9 (**)	+ 5,0 (*)	(ns)	+ 14,1 (***)	(ns)
<b>65 ans ou plus</b>	- 12,4 (***)	(ns)	(ns)	+ 5,7 (*)	+ 12,7 (***)	(ns)	+ 14,5 (***)	+ 6,0 (*)
<b>Niveau de vie (quintiles) Q1-20% les plus modestes</b>	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
<b>Q2</b>	(ns)	(ns)	(ns)	- 6,4 (*)	(ns)	+ 4,6 (*)	(ns)	(ns)
<b>Q3</b>	(ns)	(ns)	- 4,2 (*)	(ns)	+ 7,0 (**)	(ns)	+ 5,0 (**)	(ns)
<b>Q4</b>	(ns)	(ns)	- 5,3 (**)	(ns)	+ 6,0 (*)	(ns)	+ 8,6 (***)	+ 8,4 (**)
<b>Q5-20% les plus aisés</b>	+ 6,7 (**)	+ 9,9 (***)	- 6,4 (***)	(ns)	+ 7,9 (**)	(ns)	+ 7,7 (***)	(ns)
<b>Mauvaise santé</b>	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
<b>Santé moyenne</b>	+ 8,4 (*)	+ 9,5 (**)	+ 13,5 (***)	(ns)	+ 8,2 (**)	(ns)	+ 7,6 (**)	(ns)
<b>Bonne santé</b>	+ 8,2 (*)	(ns)	+ 13,2 (***)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)
<b>Île-de-France</b>	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref	Ref
<b>Bassin parisien Est</b>	- 9,7 (***)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	- 20,8 (***)
<b>Bassin parisien Ouest</b>	- 7,0 (**)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	- 6,0 (**)	- 7,4 (*)
<b>Nord</b>	- 17,2 (***)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	- 11,1 (**)
<b>Est</b>	(ns)	+ 8,2 (*)	+ 8,7 (***)	- 7,5 (*)	(ns)	+ 7,9 (**)	(ns)	- 9,3 (**)
<b>Ouest</b>	- 9,1 (***)	+ 7,4 (**)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)
<b>Sud-Ouest</b>	- 9,8 (***)	+ 18,5 (***)	+ 8,4 (***)	(ns)	+ 14,9 (***)	(ns)	(ns)	(ns)
<b>Sud-Est</b>	- 5,5 (*)	+ 8,8 (**)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)	+ 9,1 (***)	(ns)
<b>Méditerranée</b>	(ns)	(ns)	(ns)	- 8,6 (**)	(ns)	(ns)	(ns)	(ns)

\*\*\* Significatif au seuil de 1 %, \*\* significatif au seuil de 5 %, \* significatif au seuil de 10 %, ns : non significatif

Note : Les chiffres du tableau indiquent les écarts de probabilité (exprimés en points de pourcentages) par rapport à la probabilité pour les individus de la situation de référence de répondre « plutôt favorable » à la question « Voici différentes mesures qui viseraient à réduire le déficit de la branche maladie de la Sécurité sociale s'il devenait trop important. Pour chacune de ces mesures, dites-moi si vous y seriez plutôt favorable ou plutôt opposé ? » déclinée pour chacun des thèmes listés en haut de colonne. Les quintiles de niveau de vie des personnes sont notés Q1 à Q5. Les écarts de probabilités sont obtenus à partir des résultats de régressions logistiques.

Lecture : La proportion d'hommes plutôt favorables à augmenter les cotisations pour réduire le déficit de l'assurance maladie est supérieure de 6,4 points de pourcentage à celle des femmes, toutes choses égales par ailleurs. Cet écart est statistiquement significatif au seuil de 10 %.

Champ : Personnes résidant en France métropolitaine de 18 ans ou plus, s'étant prononcées sur chacune de ces questions.

Source : Baromètre d'opinion de la DREES 2014.