

Accès aux soins

Cet objectif ne porte pas directement sur l'état de santé mais sur l'un de ses déterminants, l'accès aux soins, qui constitue un des facteurs d'inégalités de santé, notamment pour les personnes les plus fragilisées socialement et les plus exposées à des pathologies graves. Il existe d'ores et déjà des dispositifs comme la couverture maladie universelle (CMU), l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) et les permanences d'accès aux soins de santé (PASS) qui facilitent l'accès aux soins des personnes en situation précaire. Cependant, les inégalités sociales de santé se présentent comme un continuum allant des catégories les plus modestes aux plus favorisées sans véritable seuil. La loi de santé publique de 2004 a fixé pour objectif de **réduire les obstacles financiers d'accès aux soins pour les personnes dont le niveau de revenu est un peu supérieur au seuil ouvrant droit à la CMU**. L'étude du renoncement aux soins, notamment dans les domaines optique et dentaire pour l'ensemble de la population, permet de révéler la persistance d'obstacles financiers aux recours aux soins.

INDICATEUR PRINCIPAL

Proportion de personnes qui ont renoncé à des soins optiques ou dentaires au cours des 12 derniers mois

D'après les données de l'enquête Santé protection sociale (ESPS) réalisée par l'IRDES en 2008, 11,6% des personnes adultes de plus de 18 ans ou plus déclarent avoir renoncé à des traitements dentaires (soins ou prothèses) ou à l'achat de lunettes (ou de lentilles) dans les 12 mois précédant l'enquête pour des raisons financières. Ce renoncement est plus fréquent chez les femmes (13,5%) que chez les hommes (9,7%). Il est maximal entre 40 et 59 ans, puis diminue avec l'âge.

Le renoncement dans le domaine dentaire ou optique diminue à mesure que le revenu augmente (graphique 1), et ce de manière plus significative au-delà de 2200 euros mensuel par ménage (tableau 1). Le renoncement aux soins optiques ou dentaires des ménages les plus aisés est presque trois fois plus faible que celui des ménages les plus pauvres. Ces résultats sont confirmés par une analyse à âge et sexe comparables.

L'analyse réalisée sur le revenu par unité de consommation (UC) du ménage montre une forte décroissance du renoncement pour les soins dentaires ou optiques au fur et à mesure de l'augmentation du revenu par UC (tableau 2). L'indice traduisant le renoncement à âge et sexe comparables¹ varie de 1,63 pour les personnes appartenant au quintile des revenus les plus faibles à 0,44 pour celles appartenant au quintile des revenus les plus élevés.

Le renoncement pour les actes dentaires ou optiques est presque deux fois plus important chez les adultes qui ne disposent d'aucune couverture complémentaire maladie (20,2% contre 11,1%) [tableau 3].

Le fait d'être chômeur augmente le taux de renoncement par rapport aux actifs occupés (21,0% contre 11,8%). Ces résultats sont également confirmés par l'analyse à âge et sexe comparables.

Le fait d'appartenir à un ménage où le chef de ménage exerce une profession d'employé ou d'ouvrier augmente la probabilité de renoncer à des actes dentaires ou à l'achat d'optique, tout comme d'ailleurs, pour un adulte, le fait d'appartenir à une famille monoparentale, à un ménage de plus de quatre personnes ou au contraire de vivre seul.

Depuis de nombreuses années, l'IRDES relève dans les enquêtes ESPS l'information relative au renoncement aux soins. Cependant, il est difficile d'interpréter les évolutions d'une enquête à l'autre. Il n'est pas possible d'interpréter un changement du taux de renoncement

entre deux dates uniquement en termes d'accessibilité des soins. En effet, le renoncement aux soins renvoie à l'expression d'un besoin non satisfait. Dès lors, à accessibilité financière inchangée, si la perception des besoins se modifie, alors le renoncement peut aussi s'en trouver modifié. Pour mieux comprendre ce que recouvre cette notion complexe, l'IRDES a engagé un ambitieux programme de recherche financé par la DREES en 2010-2011 ●

ORGANISME RESPONSABLE DE LA SYNTHÈSE DE L'OBJECTIF • IRDES.

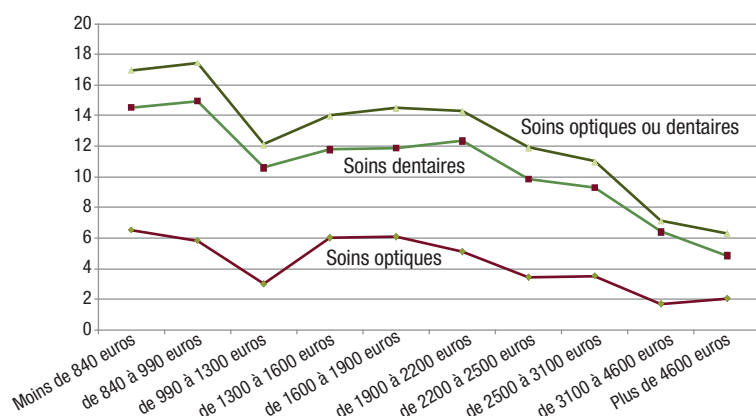
1. La construction d'indices à âge et sexe comparables permet de comparer les groupes de population, en s'affranchissant des effets liés aux différences de structure d'âge et de sexe des individus de la population étudiée. Quand l'indice est calculé sur l'ensemble de la population, sa valeur vaut 1. Dans les analyses par sous-groupe, plus sa valeur s'éloigne de 1, plus le renoncement est élevé. Si l'indice est compris entre 0 et 1, le renoncement est plus bas que le taux moyen observé sur l'ensemble de la population, à sexe et âge comparables.

synthèse

En 2008, 11,6% des personnes adultes de plus de 18 ans ou plus déclaraient avoir renoncé pour des raisons financières à des traitements dentaires (soins ou prothèses) ou à l'achat de lunettes (ou de lentilles) dans les 12 mois précédant l'enquête. Ce renoncement était plus fréquent chez les femmes (13,5%) que chez les hommes (9,7%). C'est entre 40 et 59 ans qu'il est le plus élevé, puis il diminue avec l'âge.

Le taux de renoncement aux soins dentaires ou optiques diminue à mesure que le revenu augmente. Il est plus important chez les personnes vivant dans des ménages d'employés et d'ouvriers, chez les chômeurs ou encore chez les personnes qui ne disposent pas d'une couverture complémentaire maladie (CMUC ou complémentaire privée).

GRAPHIQUE 1 • Répartition des adultes déclarant avoir renoncé pour raisons financières à des soins optiques ou dentaires selon le revenu de leur ménage (en %)



Champ : France métropolitaine, adultes de 18 ou plus vivant en ménage ordinaire.
Source : Enquête ESPS 2008, IRDES.

TABLEAU 1 • Indice de renoncement* pour raisons financières aux soins dentaires ou optiques en fonction du revenu du ménage

Revenu mensuel du ménage	Taux de personnes ayant renoncé en %	Indice du renoncement à âge et sexe comparables
Moins de 840 euros	17,0	1,78
De 840 à 990 euros	17,5	1,89
De 990 à 1 300 euros	12,1	1,18
De 1 300 à 1 600 euros	14,0	1,28
De 1 600 à 1 900 euros	14,5	1,29
De 1 900 à 2 200 euros	14,3	1,24
De 2 200 à 2 500 euros	11,9	0,98
De 2 500 à 3 100 euros	11,0	0,91
De 3 100 à 4 600 euros	7,1	0,55
Plus de 4 600 euros	6,3	0,47

Champ : France métropolitaine, adultes de 18 ou plus vivant en ménage ordinaire.
Source : Enquête ESPS 2008, IRDES.

TABLEAU 2 • Indice de renoncement* pour raisons financières aux soins dentaires ou optiques en fonction du revenu par unité de consommation**

Revenu mensuel par unité de consommation, répartition en quintile*** (Indice OCDE)	Taux de personnes ayant renoncé en %	Indice du renoncement à âge et sexe comparables
Premier quintile (de 0 à 857 euros)	17,5	1,63
Deuxième quintile (de 857 à 1 139 euros)	15,5	1,36
Troisième quintile (de 1 139 à 1 462 euros)	12,3	1,02
Quatrième quintile (de 1 462 à 1 944 euros)	10,0	0,81
Cinquième quintile (plus de 1 944 euros)	5,7	0,44

Champ : France métropolitaine, adultes de 18 ou plus vivant en ménage ordinaire.
Source : Enquête ESPS 2008, IRDES.

TABLEAU 3 • Taux d'adultes déclarant avoir renoncé pour raisons financières à des soins optiques ou dentaires selon leur couverture sociale

Situation vis-à-vis de la couverture complémentaire	Taux de personnes ayant renoncé (en %)	Indice du renoncement à âge et sexe comparables
Couvert par une complémentaire privée ou la CMUC	11,1	0,95
Non couvert	20,2	2,15

Champ : France métropolitaine, adultes de 18 ou plus vivant en ménage ordinaire.
Source : Enquête ESPS 2008, IRDES.

SOURCE • Enquête Santé protection sociale (ESPS) 2008 de l'IRDES.

CHAMP • Ménages ordinaires résidant en France métropolitaine dont un membre au moins est âgé de plus de 15 ans et est assuré de l'un des trois régimes de sécurité sociale (CNAMTS, MSA, CANAM).

CONSTRUCTION DE L'INDICATEUR • L'enquête ESPS est réalisée à partir de trois échantillons représentatifs des principales caisses de sécurité sociale. Cette enquête était annuelle de 1988 à 1997. Elle a lieu tous les deux ans depuis 1998. Les personnes sont interrogées sur leur renoncement aux soins pour raisons financières (globalement et pour les soins dentaires ou optiques) dans les douze derniers mois précédant l'enquête.

Calcul de l'indice de renoncement : dans une première étape, un taux de renoncement est calculé sur tout l'échantillon par classe d'âge et sexe. Puis, à chacun des individus est affecté le taux de renoncement théorique correspondant à sa classe d'âge et de sexe. On obtient un taux théorique de renoncement pour chaque catégorie de la variable d'intérêt. L'indice est le rapport dans chaque classe entre le taux observé et le taux théorique. Quand il est calculé sur toute la population, la valeur 1 est la moyenne de la population.

LIMITES ET BIAIS • Cette enquête est représentative de 95 % des ménages ordinaires vivant en France métropolitaine. La question du renoncement n'est posée qu'à une seule personne adulte du ménage, le plus souvent l'assuré principal qui correspond à la personne tirée dans les fichiers des caisses de Sécurité sociale. Cette question relève uniquement les renoncements aux soins pour raisons financières.

ORGANISME RESPONSABLE DE LA PRODUCTION DE L'INDICATEUR • IRDES.

* Voir note 1 pour la définition de l'indice de renoncement aux soins.

** Unité de consommation : système de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Avec cette pondération, le nombre de personnes est ramené à un nombre d'unités de consommation (UC). En effet, les besoins d'un ménage ne s'accroissent pas en stricte proportion de sa taille. C'est pourquoi on utilise une mesure du revenu corrigé par unité de consommation à l'aide d'une échelle d'équivalence. L'échelle actuellement la plus utilisée (dite de l'OCDE) retient la pondération suivante :
- 1 UC pour le premier adulte du ménage
- 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus
- 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.

*** Répartition en quintile : répartition d'une population en cinq classes dont les effectifs sont égaux (chaque classe ou quintile comporte 20 % de l'effectif total).