

Reproduction sur d'autres sites interdite  
mais lien vers le document accepté :

<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>

## Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique

Caroline Després (Irdes), Paul Dourgnon<sup>a</sup> (Irdes ; Université Paris-Dauphine, Leda-Legos),  
Romain Fantin (Irdes), Florence Jusot (Université Paris-Dauphine, Leda-Legos ; Irdes)

La France, bien que pourvue d'un système de protection sociale à vocation universelle, connaît des inégalités sociales dans l'accès et l'utilisation des services de santé. L'analyse des déterminants du renoncement aux soins pour raisons financières apporte un nouvel éclairage sur cette question.

En 2008, 15,4 % de la population adulte déclare avoir renoncé à des soins médicaux pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Les barrières financières se concentrent sur les soins dentaires (10 % de la population concernée) et, dans une moindre mesure, l'optique (4,1 %) et les consultations de médecins généralistes et spécialistes (3,4 %).

Ces difficultés d'accès aux soins sont en partie expliquées par les limites du système de protection sociale. L'absence de couverture complémentaire est un facteur important du renoncement aux soins alors que la CMU-C en facilite l'accès. Néanmoins, cette étude révèle d'autres facteurs de renoncement liés à l'histoire de vie, en particulier la situation sociale passée, présente ainsi que les perspectives d'avenir. Cette étude démontre aussi que les prix pratiqués par les professionnels de santé qui peuvent fixer librement leurs honoraires jouent sur l'accessibilité des soins.

Des travaux socio-anthropologiques, publiés simultanément (Després *et al.*, 2011), confirment l'intérêt de l'approche par le renoncement financier pour l'étude de l'accès aux services de santé et la pertinence des approches quantitatives multivariées.

**E**n France comme dans la plupart des pays européens pourvus de systèmes de protection sociale, on observe des inégalités dans l'utilisation des services de santé. Ainsi la fréquence de recours au médecin comme le nombre de visites ne sont pas identiques dans tous les groupes sociaux, même après contrôle par l'âge, le sexe et l'état de santé (Couffinhal *et al.*, 2004 ; Jusot, 2011). Les statistiques sur le renoncement pour raisons finan-

cières viennent confirmer ces résultats. En France, en 2008, 15,4 % des personnes de 18 ans et plus déclarent avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois.

La notion de renoncement comme indicateur d'accessibilité financière aux soins a émergé progressivement dans le champ politique et social. L'enquête Santé protection sociale (ESPS) [encadré Source et

Méthode], dans laquelle la question est intégrée de manière ininterrompue depuis 1992, a contribué à faire de cette notion un indicateur d'évaluation des politiques publiques (*cf.* Rapport parlementaire d'information sur la loi portant création de la CMU-C (Boulard, 1999))<sup>1</sup>. C'est en suivant cette logique qu'elle a été choisie comme l'un des indicateurs de suivi de

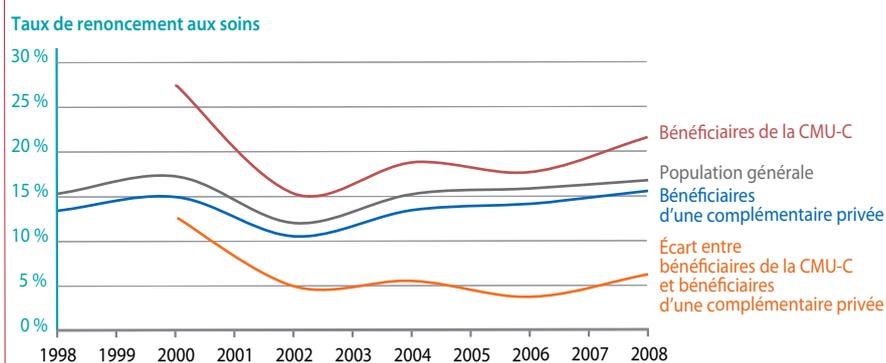
<sup>a</sup> Auteur référent : [dourgnon@irdes.fr](mailto:dourgnon@irdes.fr)

la CMU-C dans le programme maladie des programmes de qualité et d'efficacité (PQE) du Projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS). L'indicateur permet de suivre la différence de taux de renoncement aux soins pour raisons financières entre les bénéficiaires de la CMU-C et les personnes couvertes par une complémentaire privée.

Du point de vue scientifique, le renoncement aux soins, encore peu exploré, vise à identifier des besoins de soins non satisfaits, qu'un état de santé aurait justifié. Ces besoins non satisfaits peuvent être mesurés à partir des niveaux d'utilisation des services de santé ou à travers des questions sur le renoncement à des soins. Le concept de renoncement, en permettant d'établir le rapport à un besoin de soins, apporte une information complémentaire à la mesure objective de l'utilisation des services de santé et permet de lever en partie un écueil classique des études micro-économiques : l'observation de différences de consommation de soins entre riches et pauvres, à état de santé contrôlé, ne permet pas de conclure avec certitude à l'existence d'inégalités socio-économiques. Les pauvres consomment-ils moins parce qu'ils n'ont pas l'argent ou parce que leurs préférences pour la santé sont également plus faibles ?

Après avoir décrit les différents types de renoncement financier, son évolution de 2000 à 2008 et comment il est distribué selon les différents groupes sociaux, nous

### G1 Évolution du taux de renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-C et des bénéficiaires d'une couverture complémentaire privée



Source : Irdes.

Données : Enquête santé protection sociale (ESPS) 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008.

Champ : 18-64 ans.

Télécharger les données : [www.irdes.fr/Donnees/Qes170\\_RenoncementSoins.xls](http://www.irdes.fr/Donnees/Qes170_RenoncementSoins.xls)

études les déterminants du renoncement, en insistant sur les rôles de la situation sociale, de la couverture complémentaire et du prix des soins.

et les consultations de médecins (3,4 % généralistes et spécialistes confondus).

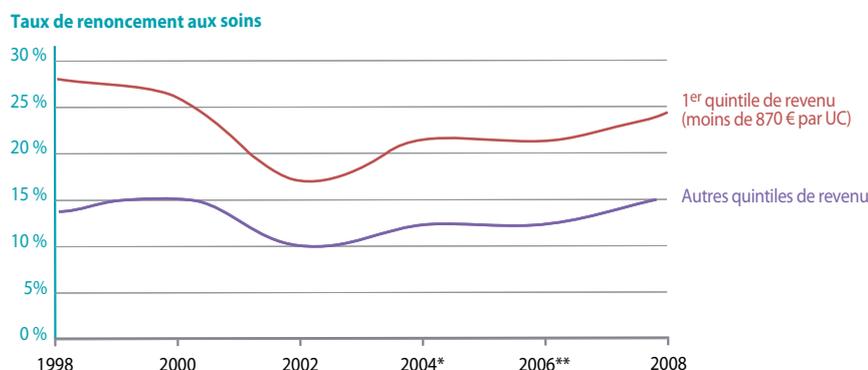
### Le renoncement financier aux soins en France

En 2008, 15,4 % de la population âgée de 18 ans et plus déclarait avoir renoncé à des soins pour des raisons financières lors des douze derniers mois. Le renoncement à des soins dentaires est le plus fréquemment cité (tableau 1). Il concerne 10 % de la population, devant la lunetterie (4,1 %

### Les évolutions du renoncement aux soins entre 2000 et 2008

Le taux de renoncement à des soins pour des raisons financières augmente entre 1998 et 2000 et chute ensuite fortement de 2000 à 2002 (graphique 1). Depuis, il apparaît en augmentation et est quasiment revenu en 2008 à son niveau de 2000. A toutes les périodes, les personnes appartenant au plus bas quintile de revenu par unité de consommation<sup>2</sup> renoncent davantage à des soins que les autres (graphique 2). Leur renoncement a cependant diminué de façon continue de 1998 à 2002. L'écart entre les taux de renoncement moyens des quintiles extrêmes était de 14,2 points en 1998, c'est-à-dire avant la mise en place de la CMU-C. Il semble se stabiliser entre 9,1 et 10,5 points à partir de 2002. De même, le taux de renoncement des CMUistes chute fortement entre 2000 et 2002, reflétant la mise en place progressive du dispositif. Il remonte ensuite jusqu'en 2008, comme pour les

### G2 Évolution du taux de renoncement aux soins selon le niveau de revenu



\* Modification de la question à cette date. \*\* Ajout d'un suréchantillon de CMU-Cistes à partir de cette date.

Source : Irdes.

Données : Enquête santé protection sociale (ESPS) 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008. Champ : 18-64 ans.

Télécharger les données : [www.irdes.fr/Donnees/Qes170\\_RenoncementSoins.xls](http://www.irdes.fr/Donnees/Qes170_RenoncementSoins.xls)

<sup>1</sup> « (...) Alors que dès 1946, le préambule de la Constitution proclame que « la nation garantit à tous la protection de la santé », en 1996, un Français sur quatre déclarait avoir renoncé à se soigner au moins une fois dans l'année pour des raisons financières. Face à ce constat, l'instauration d'une couverture maladie universelle doit permettre de passer du droit juridiquement affirmé à la santé, au droit, réellement exercé, de se soigner ».

<sup>2</sup> Il s'agit des revenus du ménage corrigés de la composition de celui-ci.

## REPÈRES

Cette étude fait partie d'un projet de recherche pluridisciplinaire, soutenu financièrement par la Mission recherche (MiRe) de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) du ministère du Travail, de l'emploi et de la santé. Ce projet vise à approfondir l'étude du renoncement aux soins pour raisons financières et à s'assurer que le concept et sa mesure soient méthodologiquement fondés. Pour cela il emprunte les outils de l'analyse socio-anthropologique, économétrique et de la méthodologie des enquêtes. L'analyse économétrique a déjà donné lieu à publication dans les Comptes de la santé 2010 (Dourgnon *et al.*, 2011).

autres catégories de population. Cette dernière augmentation semble s'inscrire dans un contexte d'augmentation des niveaux de renoncement déclaré dans toutes les catégories de la population. L'écart entre CMUistes et personnes protégées par une complémentaire reste statistiquement constant à partir de 2002.

### Renoncement et besoins de soins

L'âge et le sexe sont corrélés avec le renoncement aux soins. Les femmes déclarent plus souvent renoncer à des soins pour raisons financières que les hommes. Cet écart persiste quel que soit le type de soins concernés et reste constant au cours de la vie. Pourtant, en ce qui concerne les soins dentaires et optiques, il n'y a pas de différences physiologiques objectives expliquant ces écarts entre hommes et femmes. Les raisons sont plutôt à chercher du côté de l'état de santé subjectif : à état de santé comparable, les femmes tendent à s'estimer en plus mauvais état de santé que les hommes (Shmueli, 2003). De la même manière, les différences de renoncement entre hommes et femmes traduisent sans aucun doute des différences d'attentes en matière de soins.

Le lien entre âge et taux de renoncement suit une courbe en cloche : le renoncement déclaré augmente continûment de 18 à 40 ans, se stabilise entre 40 et 50 (maximum à 42 ans, mais qui peut varier selon les soins), puis la tendance s'inverse

et suit une pente descendante, quel que soit le type de soins. Le renoncement aux soins dentaires diminue pour sa part fortement aux âges élevés, avec la diminution des besoins eux-mêmes. Ces résultats sont moins visibles en analyse multivariée, où c'est la baisse chez les personnes âgées qui ressort, ce qui peut traduire un effet de génération selon lequel les personnes âgées exprimeraient moins de besoins de soins à état de santé identique.

Quand l'état de santé se dégrade, qu'il soit approché par l'état de santé déclaré, par le fait d'être en affection de longue durée (ALD) ou par la santé dentaire ou visuelle, la proportion de personnes renonçant à des soins augmente dans des proportions importantes. Ce résultat traduit sans doute le fait que les personnes renonçant à des soins sont en moins bonne santé, mais aussi que le renoncement suppose un besoin de soins : quand les besoins sont plus forts, les choix à faire en matière de santé sont plus nombreux et le risque de renoncer augmente. Le renoncement déclaré concerne aussi davantage les soins curatifs que les soins préventifs.

### Les facteurs socio-économiques du renoncement aux soins

L'étude des déterminants du renoncement montre que le pouvoir d'achat ou le fait d'être couvert par une complémentaire santé jouent sur le renoncement aux soins. Elle met aussi en évidence les rôles joués par d'autres facteurs dans l'accès aux services de santé, rôles qui n'avaient pu être mis en évidence de façon significative dans les études portant sur des mesures objectives de la consommation de soins (tableau 1).

#### Le renoncement est lié à la situation sociale passée, présente et future

Le pouvoir d'achat influence le renoncement financier aux soins. Le taux de renoncement augmente de façon régulière quand le revenu par unité de consommation diminue. Cependant, ce gradient disparaît une fois prises en compte les dimensions de précarité décrites plus loin, ne laissant plus apparaître qu'un effet de seuil entre les catégories plus aisées et le reste

de la population (tableau 1). Les 20 %, et beaucoup plus encore les 5 % de personnes les plus aisées, se démarquent du reste de la population par leur taux de renoncement plus faible. Ce résultat est particulièrement tangible pour les soins dentaires. De même, l'origine sociale semble jouer un rôle, avec un moindre renoncement des personnes dont le père est ou était chef d'entreprise.

Les effets socio-économiques de long terme observés à travers les dimensions de précarité jouent particulièrement, c'est-à-dire même après avoir pris en compte le revenu et les autres variables socio-économiques, sur le renoncement aux soins. Au total, neuf dimensions de précarité influencent le renoncement, chacune indépendamment mais plus encore conjuguées. On peut les caractériser comme suit :

- les expériences de difficultés au cours de la vie : difficultés financières, périodes d'inactivité, d'isolement, d'absence de logement fixe ;
- la situation présente ou récente, au cours des douze derniers mois : connaître des difficultés financières, temps partiel subi, chômage, ou à l'inverse le fait d'avoir pu partir en vacances ;
- la perception du futur proche : crainte de perte d'emploi, de se retrouver sans soutien au cours de l'année qui vient.

Les expériences de la précarité passée, présente mais aussi anticipée jouent sur l'accès financier aux soins, ceci même quand le revenu et les autres variables socio-économiques sont prises en compte. Elles participent d'un même mécanisme de construction d'une vulnérabilité de long terme. La précarité apparaît multifactorielle, toutes ses dimensions ayant une influence sur le renoncement aux soins pour raisons financières, à niveau de revenu donné. La situation actuelle et les expériences passées jouent le plus sur le renoncement aux soins, mais la crainte du futur est aussi significative, ce que l'on peut interpréter en termes de comportement de précaution (« J'anticipe des lendemains difficiles donc j'économise aujourd'hui, en évitant les soins onéreux et non directement utiles ») ou comme un effet psychosocial<sup>3</sup>. De même, que les difficultés liées à l'accès à l'emploi soient présentes, passées ou probables, elles augmentent le risque de renoncer à des soins.

En additionnant ces dimensions, nous construisons un score de précarité (ce qui revient à faire la somme des événements de précarité passés, présents et futurs déclarés, mais sans distinguer lesquels), de façon à identifier un effet de cumul de ces dimensions de précarité sur l'accès financier aux soins (graphique 3). Ce cumul de vulnérabilités sociales apparaît alors comme le facteur le plus important du renoncement aux soins, et ceci quels que soient les soins concernés et à niveau de revenu donné (tableau 1).

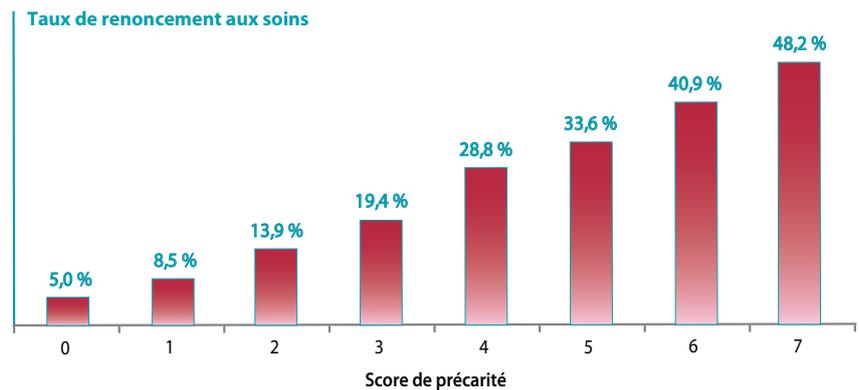
L'étude fait ainsi apparaître la nature complexe de l'accès financier aux soins qui ne se résume pas à la question de la prise en charge financière des soins même si elle y contribue fortement. Nos résultats confirment que l'on ne peut appliquer à la santé un modèle économique minimaliste qui ferait du soin un bien consommé selon des préférences individuelles, lesquelles se résumeraient à un état de santé effectif ou désiré, par un individu disposant d'un budget limité. Cette étude montre tout autant les limites d'un modèle médicalisant qui voudrait que les besoins de soins existent en dehors des malades et qu'à chaque état de santé corresponde une façon unique de se soigner.

### Le rôle protecteur de la CMU-C

L'absence de complémentaire santé est un obstacle largement documenté à l'accès aux services de santé en France (Causat,

G3

### Taux de renoncement aux soins en fonction du score de précarité



Source : Irdes.

Données : Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008.

Champ : 18-64 ans.

Télécharger les données : [www.irdes.fr/Donnees/Qes170\\_RenoncementSoins.xls](http://www.irdes.fr/Donnees/Qes170_RenoncementSoins.xls)

Raynaud, 2004 ; Raynaud, 2005). De fait, les personnes sans complémentaire renoncent deux fois plus que les autres aux soins les moins bien couverts par le régime obligatoire. L'analyse est affinée dans ESPS qui rend possible la comparaison entre la protection apportée par la CMU-C et celle des complémentaires privées. Deux éléments permettent d'approcher la qualité de la couverture complémentaire : la valeur de la prime et le niveau de satisfaction déclaré par type de soins remboursés (information uniquement connue pour les contrats individuels).

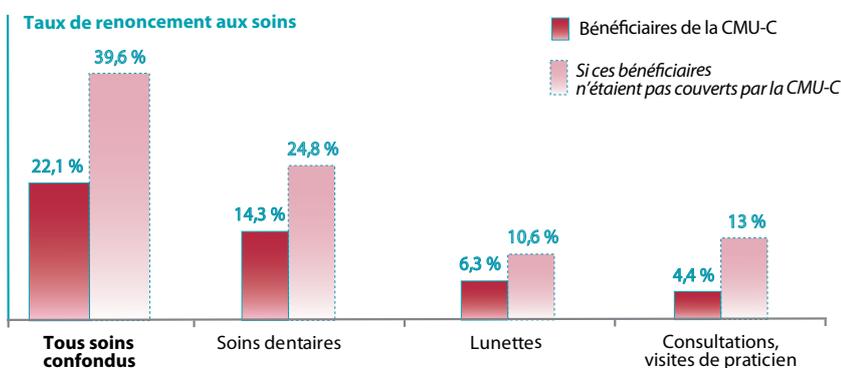
Au regard de leurs besoins de soins, les personnes qui jugent avoir besoin d'une

meilleure couverture complémentaire déclarent renoncer plus que les autres. Les personnes sans complémentaire (7 % des personnes interrogées) renoncent beaucoup plus fréquemment que celles qui ont une très bonne complémentaire (tableau 1). De plus, celles qui expliquent ne pas en avoir les moyens renoncent trois fois plus que celles qui déclarent ne pas en avoir besoin. Les résultats suggèrent donc que le renoncement aux soins succède à un premier renoncement, également financier, mais à la complémentaire santé.

Le taux de renoncement des personnes ayant la CMU-C est de 22 % en 2008. Quel serait-il en l'absence de CMU-C ? En estimant le taux de renoncement des CMUistes s'ils n'avaient pas la CMU-C de façon contrefactuelle, c'est-à-dire en attribuant au sous-échantillon des CMUistes les probabilités de renoncer des personnes ayant les mêmes caractéristiques dans l'autre partie de l'échantillon, on obtient un taux de renoncement de 40 % (graphique 4).

G4

### Évaluation du taux de renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU-C s'ils ne bénéficiaient pas du dispositif



Source : Irdes.

Données : Enquête santé protection sociale (ESPS) 1998, 2000, 2002, 2004, 2006, 2008.

Champ : 18-64 ans.

Télécharger les données : [www.irdes.fr/Donnees/Qes170\\_RenoncementSoins.xls](http://www.irdes.fr/Donnees/Qes170_RenoncementSoins.xls)

<sup>3</sup> Il est très intéressant de relire ici l'exposé des motifs de l'Ordonnance du 4 octobre 1945 sur la création de la Sécurité sociale « Trouvant sa justification dans un souci élémentaire de justice sociale, elle [la Sécurité sociale] répond à la préoccupation de débarrasser les travailleurs de l'incertitude du lendemain, de cette incertitude constante qui crée chez eux un sentiment d'infériorité et qui est la base réelle et profonde de la distinction des classes entre les possédants sûrs d'eux-mêmes et de leur avenir et les travailleurs sur qui pèse, à tout moment, la menace de la misère. ». Plus de 60 ans après, cette vulnérabilité semble toujours au cœur de la question des inégalités sociales de santé.

T1

**Probabilité d'avoir renoncé à des soins pour raisons financières  
au cours des douze derniers mois - ESPS 2008**

	Général (tous soins confondus)	Soins dentaires	Soins optiques	Généralistes et spécialistes
<b>Variables</b>				
<b>Sexe</b>	***	*	**	***
Homme	<b>0,73</b>	<b>0,87</b>	<b>0,76</b>	<b>0,67</b>
Femme	1	1	1	1
<b>Âge</b>	***	***	***	***
< 30 ans	1	1	1	1
30-39 ans	1,07	1,02	1,56	0,81
40-49 ans	1,27	1,13	<b>2,58</b>	0,78
50-59 ans	1,05	0,84	<b>2,43</b>	<b>0,50</b>
60-69 ans	0,94	<b>0,66</b>	<b>2,20</b>	<b>0,43</b>
70-79 ans	<b>0,65</b>	<b>0,41</b>	<b>2,69</b>	<b>0,34</b>
80 ans et plus	<b>0,51</b>	<b>0,22</b>	1,33	0,41
<b>Revenu par unité de consommation</b>	***	**	*	*
< 5 <sup>e</sup> percentile	1,15	1,21	1,14	0,96
< 1 <sup>er</sup> quintile	1,01	1,06	1,16	1,10
< 2 <sup>e</sup> quintile	1,24	0,96	1,42	1,38
< 3 <sup>e</sup> quintile	1	1	1	1
< 4 <sup>e</sup> quintile	1,13	0,90	1,01	1,41
< 95 <sup>e</sup> percentile	<b>0,65</b>	<b>0,70</b>	0,91	0,72
> 95 <sup>e</sup> percentile	<b>0,29</b>	<b>0,23</b>	<b>0,13</b>	0,63
<b>Score de précarité</b>	***	***	***	***
0 (aucune précarité)	1	1	1	1
1	<b>1,86</b>	<b>2,23</b>	<b>2,43</b>	0,97
2	<b>3,11</b>	<b>3,04</b>	<b>4,61</b>	<b>1,81</b>
3	<b>4,38</b>	<b>3,74</b>	<b>6,18</b>	<b>3,64</b>
4	<b>7,53</b>	<b>5,83</b>	<b>11,50</b>	<b>5,54</b>
5	<b>7,96</b>	<b>6,20</b>	<b>12,20</b>	<b>5,42</b>
6	<b>11,78</b>	<b>7,71</b>	<b>13,60</b>	<b>9,70</b>
7 et au-delà	<b>16,38</b>	<b>10,45</b>	<b>20,26</b>	<b>15,65</b>
<b>Origine sociale</b>	***	**		
Élevée (père chef d'une entreprise de 10 salariés ou plus)	<b>0,33</b>	<b>0,46</b>	0,29	0,41
Autres	1	1	1	1
<b>Niveau d'études</b>	***	***	***	*
Sans diplôme,	<b>0,58</b>	<b>0,61</b>	<b>0,63</b>	0,80
Brevet CAP, BEP	<b>0,76</b>	0,83	1,02	<b>0,61</b>
Baccalauréat	<b>0,93</b>	1,09	1,20	0,70
Études supérieures	1	1	1	1
<b>Couverture complémentaire</b>	***	***	***	***
CMU-C	1	1	1	1
Privée	<b>2,13</b>	<b>1,94</b>	<b>1,65</b>	<b>2,79</b>
Très bonne	0,80	<b>0,52</b>	0,80	<b>1,25</b>
Bonne	<b>1,51</b>	1,25	1,20	<b>2,40</b>
Moyenne	<b>2,36</b>	<b>2,43</b>	1,65	<b>2,41</b>
Mauvaise	<b>3,59</b>	<b>3,18</b>	<b>2,54</b>	<b>3,28</b>
Sans couverture	<b>4,02</b>	<b>3,04</b>	<b>2,61</b>	<b>6,15</b>
Choisi	<b>2,24</b>	<b>2,14</b>	1,44	3,97
Subi	<b>7,63</b>	<b>5,81</b>	<b>4,45</b>	<b>7,44</b>

**Note de lecture :** Les valeurs expriment des odds ratios. D'autres variables ont été intégrées dans le modèle mais ne sont pas présentées ici (type de ménage, état de santé général, santé mentale, ZEAT). \*\*\* Variable significative à 1 %. \*\* Variable significative à 5 %. \* Variable non-significative. Odds ratio : en gras (significatif à 5 %), souligné (à 1 %). Les analyses multivariées du renoncement, c'est-à-dire qui estiment de façon simultanée les impacts de plusieurs facteurs potentiellement explicatifs, sont réalisées à travers des modèles logistiques. Les coefficients associés à chaque facteur (odds ratios) s'interprètent comme la corrélation entre le facteur et le rapport des probabilités de renoncer.

**Données :** Enquête santé protection sociale (ESPS) 2008.

Télécharger les données : [www.irdes.fr/Donnees/Qes170\\_RenoncementSoins.xls](http://www.irdes.fr/Donnees/Qes170_RenoncementSoins.xls)

## SOURCE ET MÉTHODE

Les données utilisées proviennent de l'enquête Santé protection sociale (ESPS), appariée avec des données administratives issues des fichiers de remboursement de la Sécurité sociale. L'enquête ESPS, réalisée par l'Irdes tous les deux ans, compte environ 8 000 personnes échantillonnées dans les registres des trois principales caisses d'assurance maladie (Cnamts, RSI, MSA) ainsi que l'ensemble de leur ménage, soit un total de 22 000 participants.

Les questionnaires portent sur la situation sociale et économique des participants, leur état de santé, l'assurance complémentaire, le recours aux services de santé. Le questionnaire sur le renoncement date de 1992. Il est administré par un enquêteur et est posé uniquement à la personne échantillonnée, soit un échantillon de 8 000 personnes chaque année d'enquête. Nous utilisons les enquêtes 1998 à 2008 selon les besoins de l'étude, en concentrant l'analyse sur les années d'enquête les plus récentes. La plupart des analyses a été répliquée sur plusieurs années d'enquête pour vérifier leur robustesse. Le travail sur le rôle du prix des soins dans les différences départementales a été réalisé sur les échantillons 2006 et 2008 mis en commun.

Le module sur le renoncement financier prend la forme suivante :

« Au cours des douze derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ? ».

- Oui  
 Non

Si Oui : « A quels soins avez-vous renoncé pour raisons financières ? »

Soin 1 :

Soin 2 :

Soin 3 :

### Les pratiques tarifaires des professionnels de santé influent également sur le renoncement aux soins

La présence de professionnels pratiquant des honoraires libres peut aussi expliquer le renoncement. Le renoncement aux soins pour raisons financières est le plus fréquent pour les soins dentaires dans les départements où les tarifs pratiqués sont les plus élevés<sup>4</sup>. On observe des écarts significatifs de plus de 90 € entre les départements où les prix sont les plus élevés (Yvelines, Paris) et ceux où les prix sont les plus faibles (Yonne, Aveyron, Haute-Loire), une fois prises en compte les différences de struc-

<sup>4</sup> Pour tenir compte des différences de pratiques tarifaires entre départements dans le domaine dentaire, nous utilisons les tarifs des *inlays cores*, produits homogènes dont les différences de tarifs ne reflètent pas a priori des différences de qualité.

ture de la population en termes d'âge et de sexe.

\* \* \*

L'étude du renoncement aux soins pour raisons financières confirme le lien entre couverture complémentaire et accès aux soins. Elle montre également que des facteurs socio-économiques de long terme, c'est-à-dire s'inscrivant tout au long de la vie des individus, sont à l'œuvre dans l'accès financier aux soins. Même si la CMU-C offre une protection contre le renoncement aux soins pour raisons financières aussi bonne que celle offerte par les meilleurs contrats individuels d'assurance maladie complémentaire, des disparités d'accès persistent, à niveau d'assurance donné, entre les groupes sociaux. Les résultats des travaux sur le renoncement suggèrent donc que la question de l'accès est plus vaste que celle du droit d'accès et qu'elle ne peut être totalement réglée ni avec l'universalisation de l'assurance santé ni avec l'attribution d'une complémentaire aux plus pauvres. ♦

## POUR EN SAVOIR PLUS

- Boulard J.-Cl., « Rapport d'information sur la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle », éd. Assemblée nationale, *Les Documents d'information de l'Assemblée nationale*, 1999.
- Caussat L., Raynaud D. (2004). « La régulation de la demande de soins : le rôle de l'assurance maladie dans la formation de la consommation de biens et services de santé », *Revue d'économie financière*, n° 76, La régulation des dépenses de santé.
- Couffinhal A., Dourgnon P., Masseria C., Tubeuf S., Van Doorslaer E. (2004). « Income-Related Inequality in the Use of Medical Care in 21 OECD Countries » in *Towards High-Performing Health Systems*, OECD, pp.109-165.
- Després C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F. (2011). « Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique ». *Irdes, Questions d'économie de la santé* n° 169, octobre.
- Dourgnon P., Després C., Jusot F., Fantin R. (2011). « Dépense de santé et accès financier aux services de santé : une étude du renoncement aux soins » in : *Les comptes de la santé 2010. Série Statistiques – Document de travail de la Drees*, n° 161, septembre, pp. 85-96.
- Jusot F., Or Z., Sirven N. (2011). Variation in Preventive Care Utilisations in Europe, *European Journal of Ageing*, En ligne sur : <http://ifp.nyu.edu/2011/journal-article-abstracts/variations-in-preventive-care-utilisation-in-europe-2/>
- Raynaud D. (2005). « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire ». *Drees, Études et résultats*, n° 378, février.
- Shmueli A. (2003). « Socio-Economic and Demographic Variation in Health and in its Measures: the Issue of Reporting Heterogeneity », *Social Science & Medicine* 57, pp. 125-134.

**IRDES**

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •

10, rue Vauvenargues 75018 Paris • Tél.: 01 53 93 43 02 • Fax: 01 53 93 43 07 • www.irdes.fr • Email: publications@irdes.fr •

Directeur de la publication : Yann Bourgueil • Rédactrice en chef technique : Anne Evans • Secrétaire de rédaction : Anna Marek • Recteurs : Guillaume Chevillard, Julien Mousquès • Correctrice : Martine Broido • Maquettiste : Franck-Séverin Clérembault • Imprimeur : DÉJÀ-LINK (Stains, 93) • Dépôt légal : novembre 2011 • Diffusion : Sandrine Béquignon • Abonnement annuel : 60 € • Prix du numéro : 6 € • ISSN : 1283-4769.

## Abonnez-vous

### à *Questions d'économie de la santé*

Le mensuel de l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)

Publication mensuelle et synthétique, d'une grande lisibilité, sur l'actualité de la recherche en économie de la santé.

#### À paraître :

- Le surcoût des événements indésirables à l'hôpital
- Les disparités départementales d'arrêts maladie
- État de santé et motifs de recours aux soins des bénéficiaires de la CMU-C

Abonnement pour un an ..... 60 €

#### Modes de paiement :

- par chèque à l'ordre de l'Irdes
- par virement
- par carte bancaire

Carte n° : |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_| |\_|\_|\_|

Date d'expiration : |\_|\_|\_|\_| Cryptogramme : |\_|\_|\_|

Signature :

#### Vos coordonnées :

Organisme : .....

Nom : .....

Prénom : .....

Adresse : .....

.....

.....

Tél. : .....

Courriel : .....

À retourner à : publications@irdes.fr ou Irdes - Service abonnement - 10 rue Vauvenargues 75018 Paris  
Tél. : 01 53 93 43 17 - Fax : 01 53 93 43 07 - www.irdes.fr