

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 permettent aux personnes en situation précaire un accès facilité aux soins. Cependant, les inégalités sociales de santé se présentent comme un continuum allant des catégories les plus modestes aux plus favorisées sans véritable seuil. Dans le cadre de la loi de santé publique, l'objectif est de **réduire les obstacles financiers d'accès aux soins pour les personnes en situation précaire**. 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

Dans l'enquête Santé protection sociale (SPS) 2006, 10,4 % des personnes adultes de plus de 18 ans 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 (11,6 %) que chez les hommes (9,1 %). Il est maximal entre 30 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 1 900 euros mensuel par ménage. Le renoncement aux soins optiques ou dentaires des ménages les plus aisés est plus de deux fois plus faible que celui des ménages les plus pauvres. Ces résultats sont confirmés par une analyse à âge et sexe comparables.

Le renoncement dans le domaine dentaire suit la même tendance que le renoncement global : il diminue à mesure que le revenu augmente, et ce de manière plus importante à partir de 1 900 euros mensuels. Dans le domaine optique, le taux de renoncement diminue régulièrement quand le revenu s'élève.

L'analyse réalisée sur le revenu par unité de consommation (UC) du ménage montre une forte décroissance du renoncement pour les soins dentaires ou l'optique au fur et à mesure de l'augmentation du revenu par UC. Cette tendance est confirmée à âge et sexe compara-

ble : l'indice traduisant le renoncement à âge et sexe comparables¹ varie de 1,8 pour les personnes appartenant au quintile des revenus les plus faibles, à 0,52 pour celles appartenant au quintile des revenus les plus élevés (tableau 2).

Le renoncement pour les actes dentaires ou optiques est deux fois plus important chez les adultes qui ne disposent d'aucune couverture complémentaire maladie (22,9 % contre 9,6 %). Les bénéficiaires de la CMU complémentaire renoncent également plus souvent que les autres, mais de manière nettement moins marquée que celles qui n'ont aucune complémentaire (tableau 3). Le fait d'être chômeur augmente le taux de renoncement par rapport aux actifs (21 % contre 10,9 %). 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 cinq 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. Étudier l'évolution de ce taux de renoncement serait très intéressant. Cependant il est difficile d'interpréter les évolutions d'une enquête à l'autre. En effet il s'agit d'opinions qui peuvent être influencées par des éléments plus généraux sur le niveau de vie, la perception des « problèmes » de l'Assurance maladie. Un travail qualitatif auprès des enquêtés pour mieux comprendre leurs réponses serait nécessaire mais n'a pas encore pu être réalisé. ●

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

Mise à jour de la fiche juin 2008.

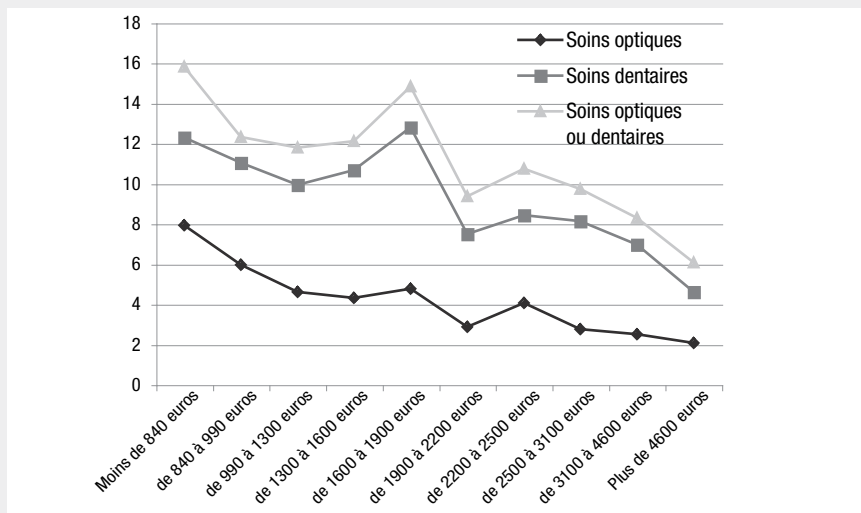
1. La construction d'indices à âge et sexe comparables permet de comparer les groupes de population, en s'affranchissant des effets liés aux différences de structure d'âge et de sexe des individus de la population étudiée. Quand l'indice est calculé sur toute la population, la valeur 1 est la moyenne de la population. S'il s'éloigne de 1, il existe un effet propre de la variable étudiée.

synthèse

En 2006, 10,4 % des personnes adultes de plus de 18 ans 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 (11,6 %) que chez les hommes (9,1 %). Il était au maximum entre 30 et 59 ans, puis diminuait 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.

Graphique 1 • Répartition des adultes déclarant avoir renoncé à des soins optiques ou dentaires dans les 12 mois précédents en fonction du revenu du ménage (en %)



Champ : France métropolitaine.
Sources : Enquête SPS 2006, IRDES.

Tableau 1 • Indice de renoncement aux soins dentaires ou optiques à âge et sexe comparables 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	15,83	1,93
De 840 à 990 euros	12,32	1,55
De 990 à 1300 euros	11,80	1,37
De 1300 à 1600 euros	12,12	1,28
De 1600 à 1900 euros	14,85	1,55
De 1900 à 2200 euros	9,38	0,88
De 2200 à 2500 euros	10,74	1,00
De 2500 à 3100 euros	9,74	0,87
De 3100 à 4600 euros	8,30	0,71
Plus de 4600 euros	6,08	0,51

Champ : France métropolitaine.
Sources : Enquête SPS 2006, IRDES.

Tableau 2 • Indice de renoncement aux soins dentaires ou optiques à âge et sexe comparable 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 [0 à 800 euros]	16,40	1,77
Deuxième quintile [800 à 1100 euros]	12,04	1,23
Troisième quintile [1100 à 1400 euros]	11,15	1,06
Quatrième quintile [1400 à 1867 euros]	7,38	0,66
Cinquième quintile [plus de 1867 euros]	5,97	0,52

Champ : France métropolitaine.
Sources : Enquête SPS 2006, IRDES.

Tableau 3 • Taux d'adultes déclarant avoir renoncé à des soins optiques ou dentaires dans les 12 mois précédents en fonction de la couverture sociale

Présence d'une couverture complémentaire privée ou CMU	Taux de personnes ayant renoncé en %	Indice du renoncement à âge et sexe comparables
Oui	9,57	0,90
Non	22,90	2,70
Bénéficiaire d'une couverture complémentaire à titre privé		
Oui	9,41	0,89
Non	19,26	2,03
Bénéficiaire de la CMU complémentaire		
Oui	12,62	1,11
Non	10,45	1,00

Champ : France métropolitaine.
Sources : Enquête SPS 2006, 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).

SOURCES • Enquête Santé protection sociale (SPS) 2006 de l'IRDES.

MÉTHODOLOGIE • L'enquête SPS 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. 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 de 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.

* 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).