

Renoncer à se soigner

Hélène Revil
Laboratoire PACTE/CNRS - ODENORE
Université Grenoble-Alpes

Éléments de définition

- ❖ **Renoncement à des soins** : Besoins de soins non satisfaits déclarés par les personnes (Odenore, 2014).
- ❖ **Non-recours à des soins** : Besoins de soins non satisfaits avérés d'un point de vue médical (Odenore, 2014).
- ❖ Une forte homologie entre renoncement et non-recours (Warin, 2014) ;
- ❖ Une distinction entre **renoncement primaire** et **renoncement secondaire** (Revil, 2017) :
 - Des problématiques **d'accès** et de **maintien** dans les soins ;
 - **Des ruptures** dans les parcours de soins, **des non-suivis** de prescriptions, **des abandons** de traitements.

Un outil pour observer le renoncement

- ❖ **Le Baromètre du renoncement aux soins (BRS) :**
 - Un outil coproduit par l'Odenore et l'Assurance Maladie, basé sur le repérage du renoncement par des professionnels du social et de la santé ;
 - Un repérage réalisé à partir d'un **questionnaire commun**, sur **des périodes déterminées** et sur le mode du **recensement** ;

- ❖ **Un outil déjà mobilisé à plusieurs reprises :**
 - En 2014, dans le Gard ;
 - En 2015, dans les autres départements du Languedoc-Roussillon ;
 - En 2016, dans 18 territoires en France, notamment le Puy de Dôme ;

- ❖ **Un outil qui va être à nouveau mobilisé dans les mois/années à venir pour couvrir toute la France ;**

Les chiffres du dernier BRS

- ❖ Le diagnostic du renoncement aux soins conduit au printemps 2016 a concerné plus de 29 000 personnes ;
- ❖ Il a porté sur 18 territoires ;
- ❖ **Le taux moyen de renoncement mesuré à cette occasion est de 26,5% (Puy de Dôme = 24,7%) ;**
- ❖ Les taux varient d'un territoire à l'autre et se situent dans une fourchette allant de 19,7% pour le Hainaut à 33,8% pour la Drôme.

Qui sont les personnes qui renoncent à des soins ? (1)

- ❖ Des familles monoparentales (*PDD = 17% des renonçants versus 12% des non-renonçants*), des personnes qui vivent **seul(e)s** et des **couples avec enfants** ;
- ❖ Des personnes **sans activité professionnelle** (*PDD = 41% des Re versus 36% des NRe*) ou dans des **formes d'emploi précaire** ; **des employés** (*PDD = 38% des Re versus 36% des NRe*) et **des retraités** ;
- ❖ L'âge n'est pas, dans le BRS, une variable discriminante ; **toutes les classes d'âge apparaissent exposées au renoncement.**

Qui sont les personnes qui renoncent à des soins ? (2)

❖ Des situations de vie *précaires* sur différents plans :

- En termes de ressources financières ;
- Par rapport à l'emploi ;
- Absence/perte de certaines protections ;
- Absence/perte/affaiblissement des réseau(x) (social et/ou familial) ;

❖ Des situations de vie qui ont été *fragilisées* :

- Par un - ou une succession - d'événement(s) (maladie, accident, séparation, décès, licenciement...)
- Au moment de certaines « transitions » (vie active/retraite ; décohabitation ; vie étudiante/vie active) ;

Des « distances » plus ou moins fortes par rapport aux soins

- ❖ Pour la majorité des renonçants, la dernière consultation chez un médecin a eu lieu dans les 6 mois venant de s'écouler ;
- ❖ Des personnes qui « hiérarchisent » leurs besoins de soins en fonction de différents paramètres ;
- ❖ Des personnes prises en charge « en ALD » pour lesquelles les soins « hors ALD » semblent inaccessibles ; une lassitude par rapport aux soins ;
- ❖ Une petite partie des personnes qui dit ne plus consulter du tout, depuis parfois plusieurs années.

Renoncement aux soins et complémentaire santé

❖ L'absence de complémentaire expose fortement au renoncement aux soins :

- Parmi toutes les personnes qui ont déclaré renoncer, 20,1% n'ont pas de complémentaire santé. La part de personnes sans complémentaire parmi celles qui ont dit ne pas renoncer est de 8,9% ;
- PDD = 14,2% des Re versus 6,4% des Nre ;

Les soins les plus concernés par le renoncement

- ❖ Les soins dentaires prothétiques : 38,6% (*PDD = 31,2%*) ;
- ❖ Les soins dentaires conservateurs : 33,6% (*PDD = 28,7%*) ;
- ❖ Les consultations en ophtalmologie : 20,4% (*PDD = 17%*) ;
- ❖ Les achats de lunetterie/optique : 18,7% (*PDD = 13,9%*) ;
- ❖ Les consultations chez un spécialiste : 14,3% (*PDD = 13,1%*) ;
- ❖ Les consultations chez un généraliste : 13,3% (*PDD = 10,6%*) ;

Des spécificités en fonction des territoires (inversion soins dentaires conservateurs/prothétiques, des territoires plus concernés par le renoncement à des actes chirurgicaux, à des examens/analyses et/ou à des médicaments, ...).

Les causes du renoncement (1)

❖ Les causes financières :

- 59% des renonçants disent que les restes à charge des soins sont la ou l'une des raisons de leur(s) renoncement(s) (*PDD = 53,5%*) ;
- 32,7% parlent de l'avance de frais (*PDD = 24%*) ;
- 10,5% des renonçants expliquent que le fait de ne pas savoir combien ils vont devoir payer pour leur(s) soin(s) peut les amener à y renoncer (*PDD = 8,5%*).

❖ Les délais d'attente pour avoir rendez-vous avec des professionnels de la santé (cités par 12,2% des renonçants ; *PDD = 15,9%*) ;

❖ La disponibilité des personnes (11,2% ; *PDD = 12,5%*) ;

❖ Les problématiques d'éloignement géographique par rapport à l'offre de soins et/ou de mobilité (9,7% ; *PDD = 7,8%*) ;

Les causes du renoncement (2)

❖ Des causes « principales », mais :

- qui ne doivent pas masquer les autres raisons du renoncement - craintes de diverses natures, attitudes et comportements par rapport au risque maladie, aux soins, au fait de demander (lassitude → PDD = 9,5% des Re), découragement, négligence...), refus de soins ;
- qui trouvent des explications différentes en fonction des conditions de vie actuelles des personnes et de leur « trajectoires » de vie et de santé passées ;

❖ Une problématique transversale :

- Les difficultés des personnes à « naviguer » dans le système de santé → Des besoins de guidance prégnants ;

En résumé...

❖ 6 grands types de raisons participent à expliquer le renoncement aux soins :

- Les problématiques d'accessibilité financière ;
- Les problématiques de guidance médico-administrative ;
- Les problématiques « temporelles » ;
- Les problématiques d'accessibilité géographique et de mobilité ;
- Les craintes par rapport aux actes, soignants et/ou diagnostics ;
- Les attitudes individuelles ;

Interaction entre demande et offre de soins.

Comprendre et agir sur le renoncement pour...

- ❖ « Sécuriser » les situations par rapport au risque maladie en travaillant notamment à l'effectivité des droits ;
- ❖ Limiter l'aggravation des problèmes de santé, la dégradation de l'état sanitaire de la population ;



Atténuer/éviter les conséquences individuelles
et collectives liées au renoncement/non-recours aux soins.

Les conséquences du renoncement

- ❖ Des conséquences **sanitaires**, mais aussi **professionnelles, sociales, familiales ...**
- ❖ Des conséquences **perçues ou anticipées par de nombreux renonçants** :
 - Les conséquences sur leur état de santé sont ressenties et/ou craintes par 73,1% des renonçants (*PDD = 70,2%*) ;
 - 20,9% parlent des conséquences sur leur vie professionnelle (*PDD = 20,6%*) ; 20,6% évoquent celles sur leur vie sociale (*PDD = 21,7%*) et 16,7% parlent des conséquences sur leur vie familiale (*PDD = 18,9%*).

 **Des conséquences individuelles, aux conséquences pour la collectivité** (économiques, sociales, voire politiques).