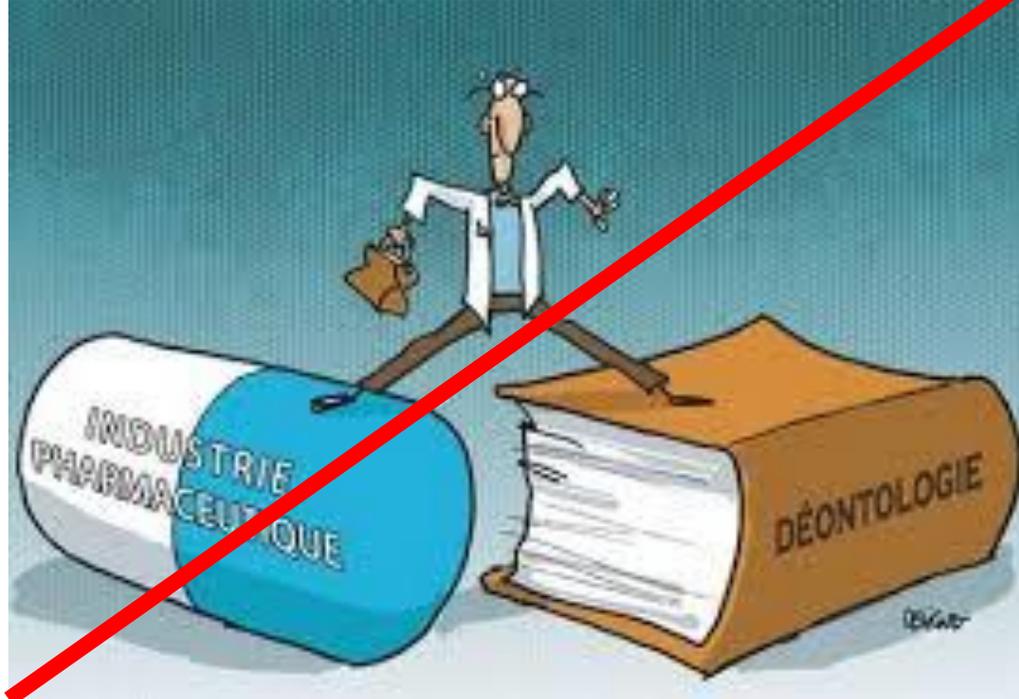


Renoncement aux soins dans Constances

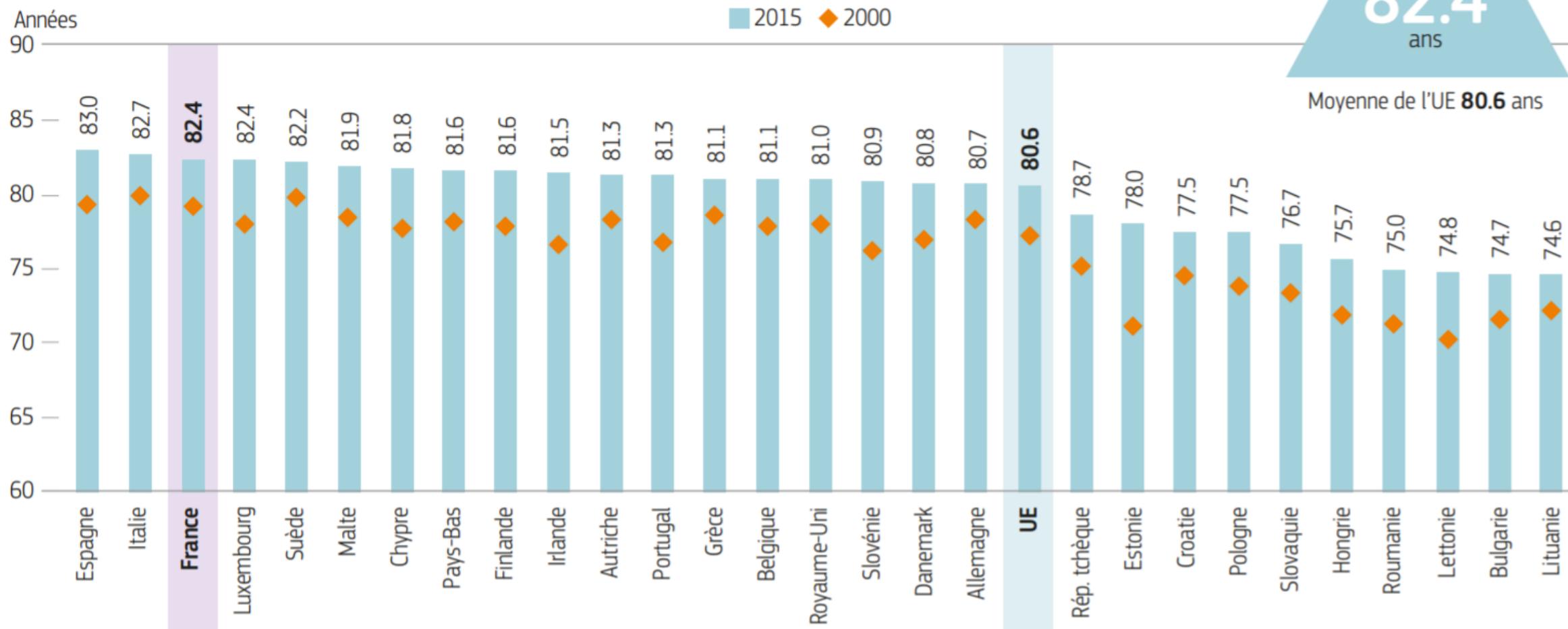
Anne-Laure Féral-Pierssens

Sous la direction du Pr. Sebastien Czernichow



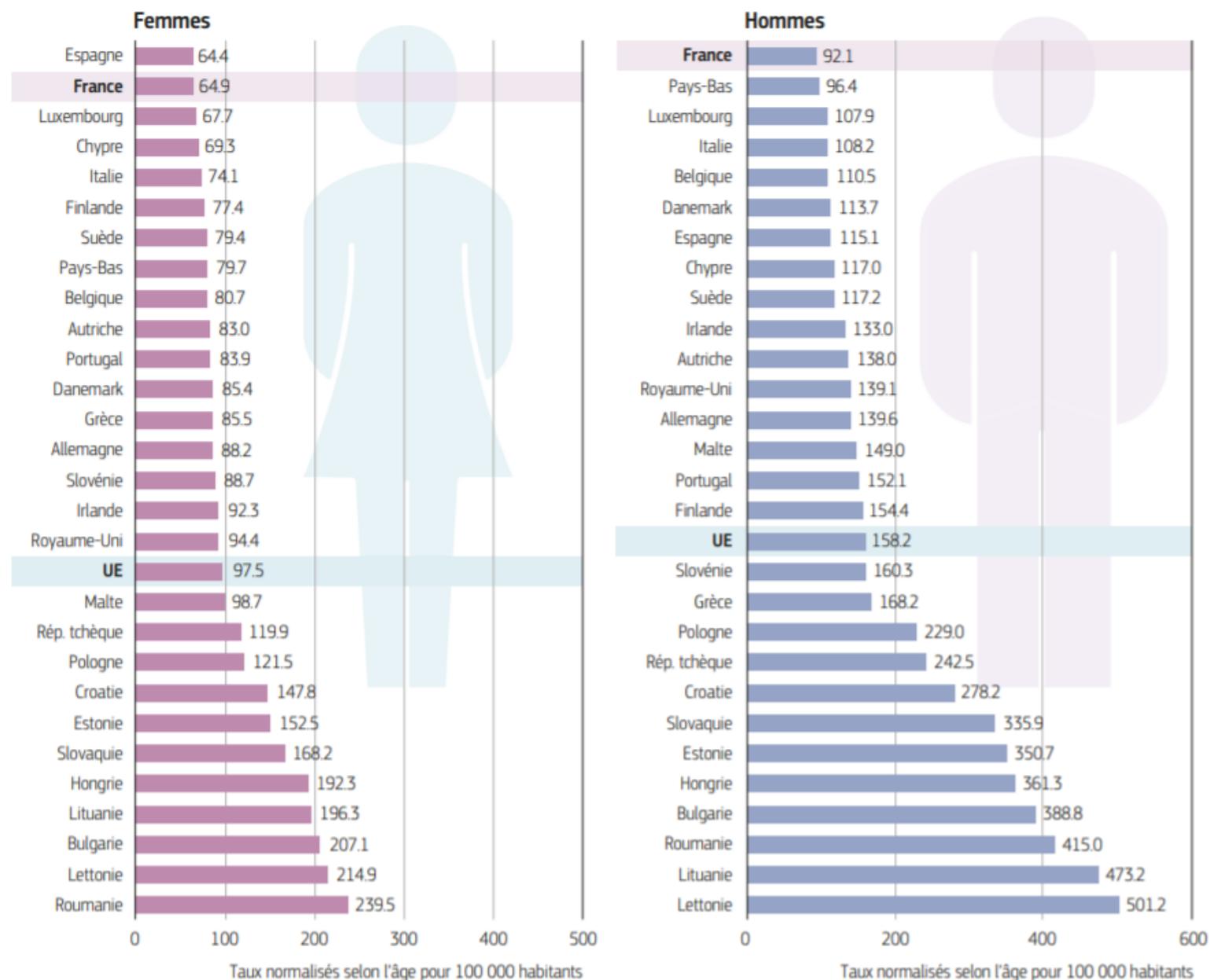


Graphique 1. La population française enregistre la troisième espérance de vie la plus élevée à la naissance dans l'UE



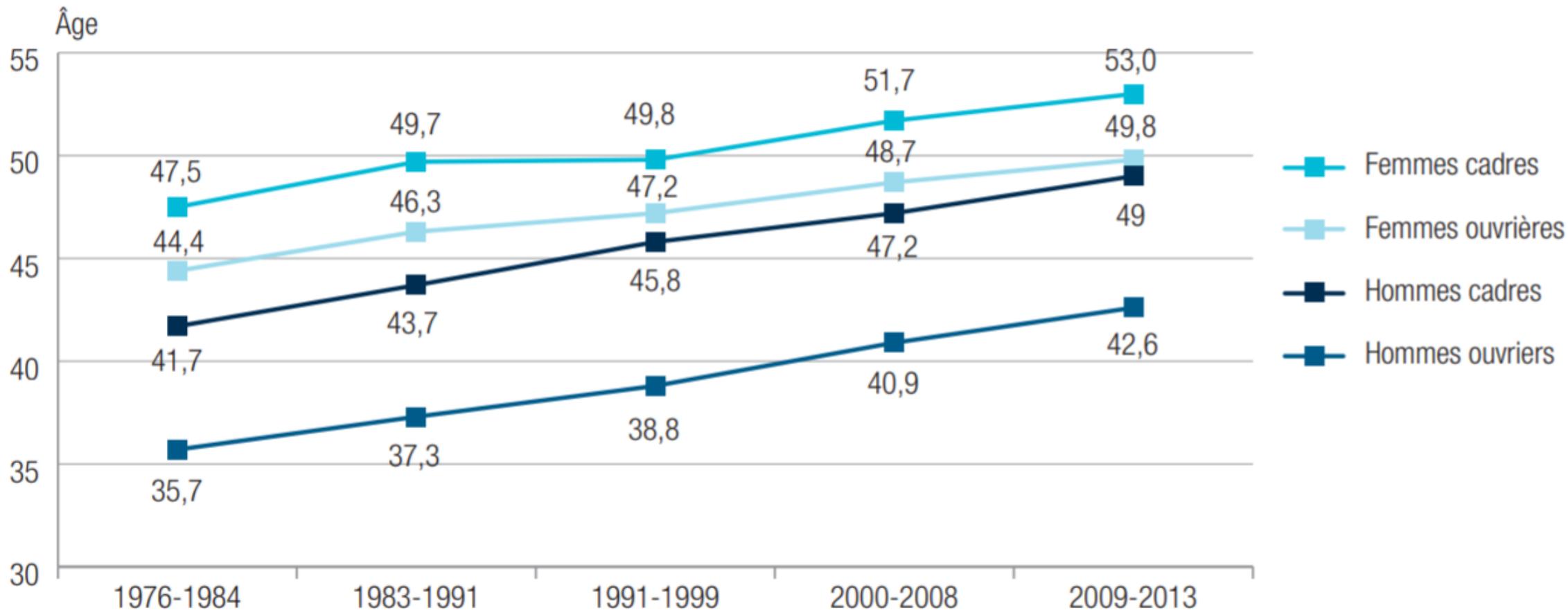
Source: base de données d'Eurostat.

Graphique 8. Les taux de mortalité évitable en France comptent parmi les plus faibles de l'UE



Source: base de données d'Eurostat (chiffres de 2014).

Espérance de vie à 35 ans par sexe pour les cadres et les ouvriers

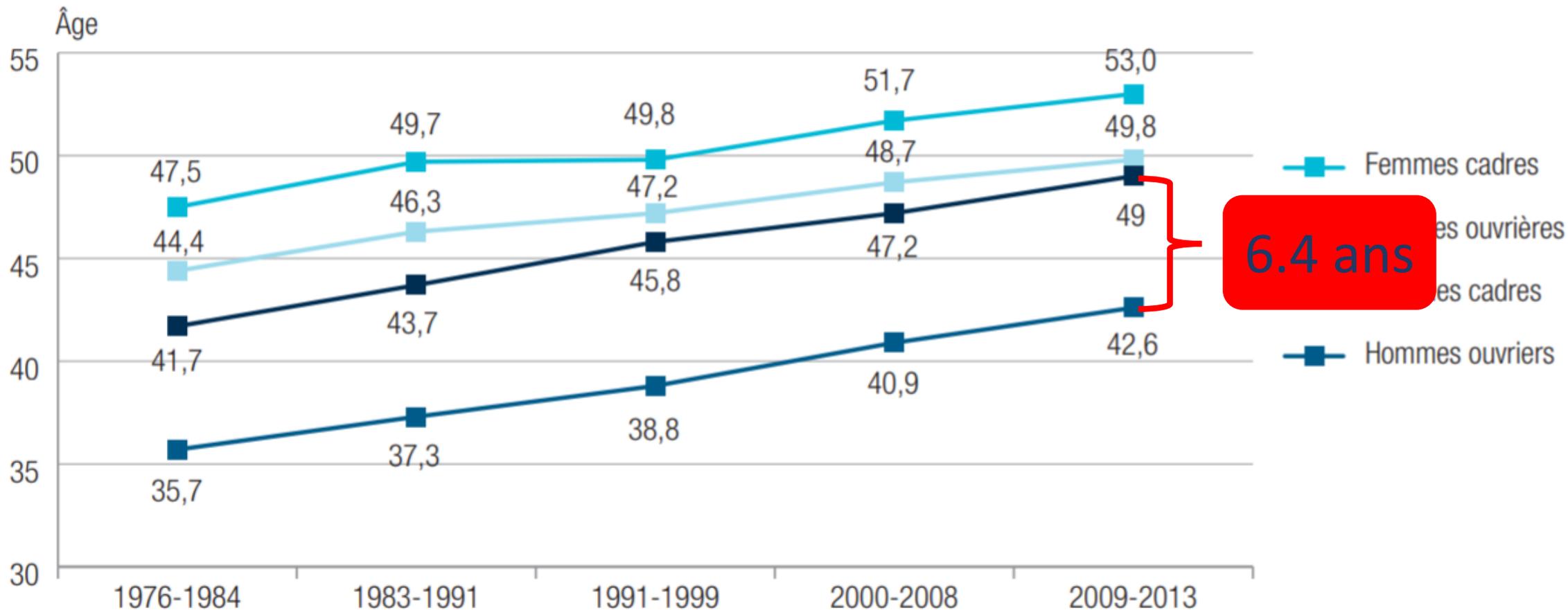


Lecture • En 2000-2008, l'espérance de vie des femmes cadres de 35 ans est de 51,7 ans.

Champ • France métropolitaine.

Source • Échantillon démographique permanent (INSEE).

Espérance de vie à 35 ans par sexe pour les cadres et les ouvriers

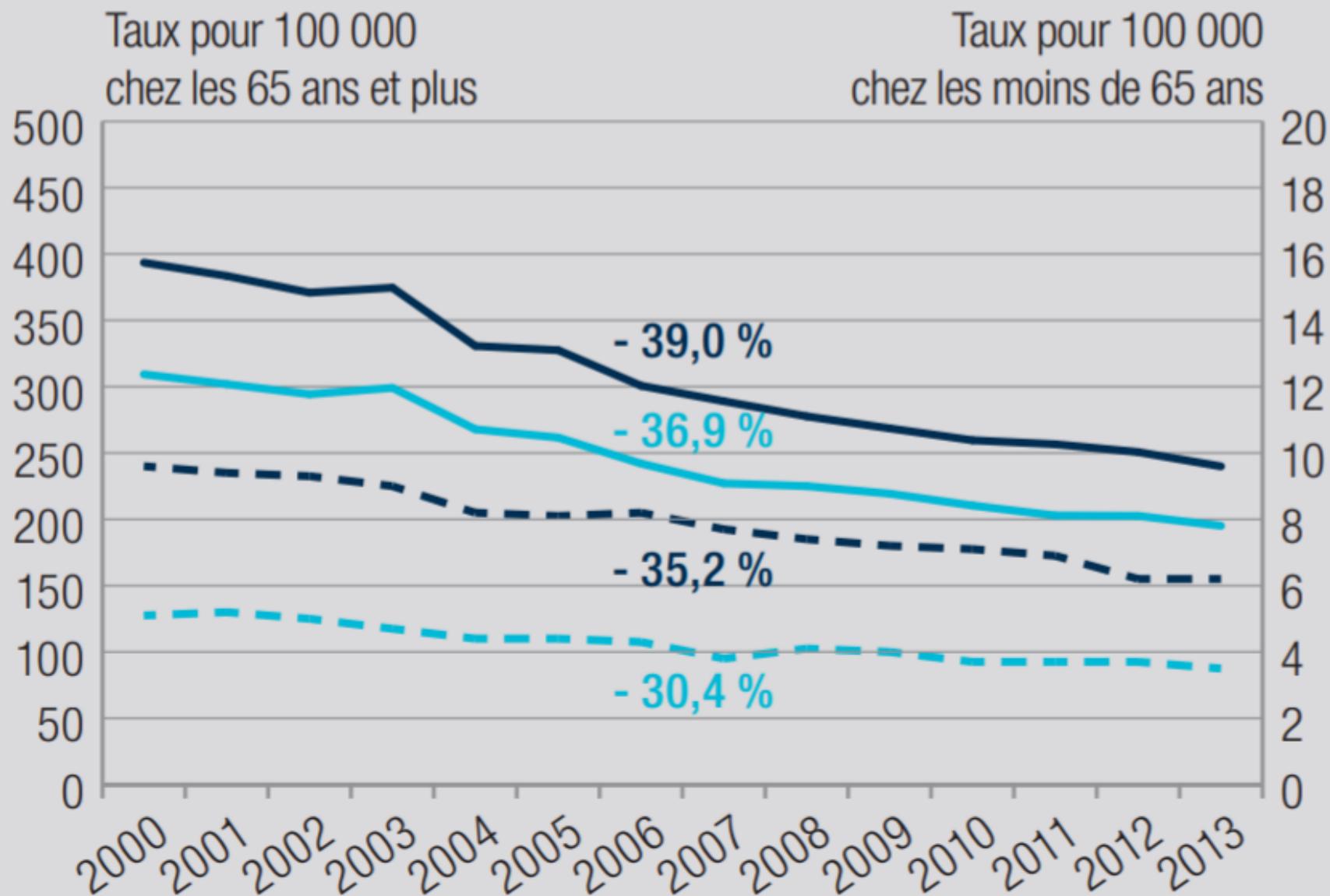


Lecture • En 2000-2008, l'espérance de vie des femmes cadres de 35 ans est de 51,7 ans.

Champ • France métropolitaine.

Source • Échantillon démographique permanent (INSEE).

Accidents vasculaires cérébraux (AVC)



- **AVC:**

**Effect of Area-Based Deprivation on the Severity, Subtype,
and Outcome of Ischemic Stroke**

Stroke

JOURNAL OF THE AMERICAN HEART ASSOCIATION

2013

- **IDM:**

The impact of social deprivation on mortality  following acute myocardial infarction, stroke or subarachnoid haemorrhage: A record linkage study

 **BMC**
Cardiovascular Disorders

2015

ÉTAT DE SANTÉ PERÇUE (à partir de 16 ans) : UNE MAJORITÉ SE DÉCLARE EN BONNE SANTÉ

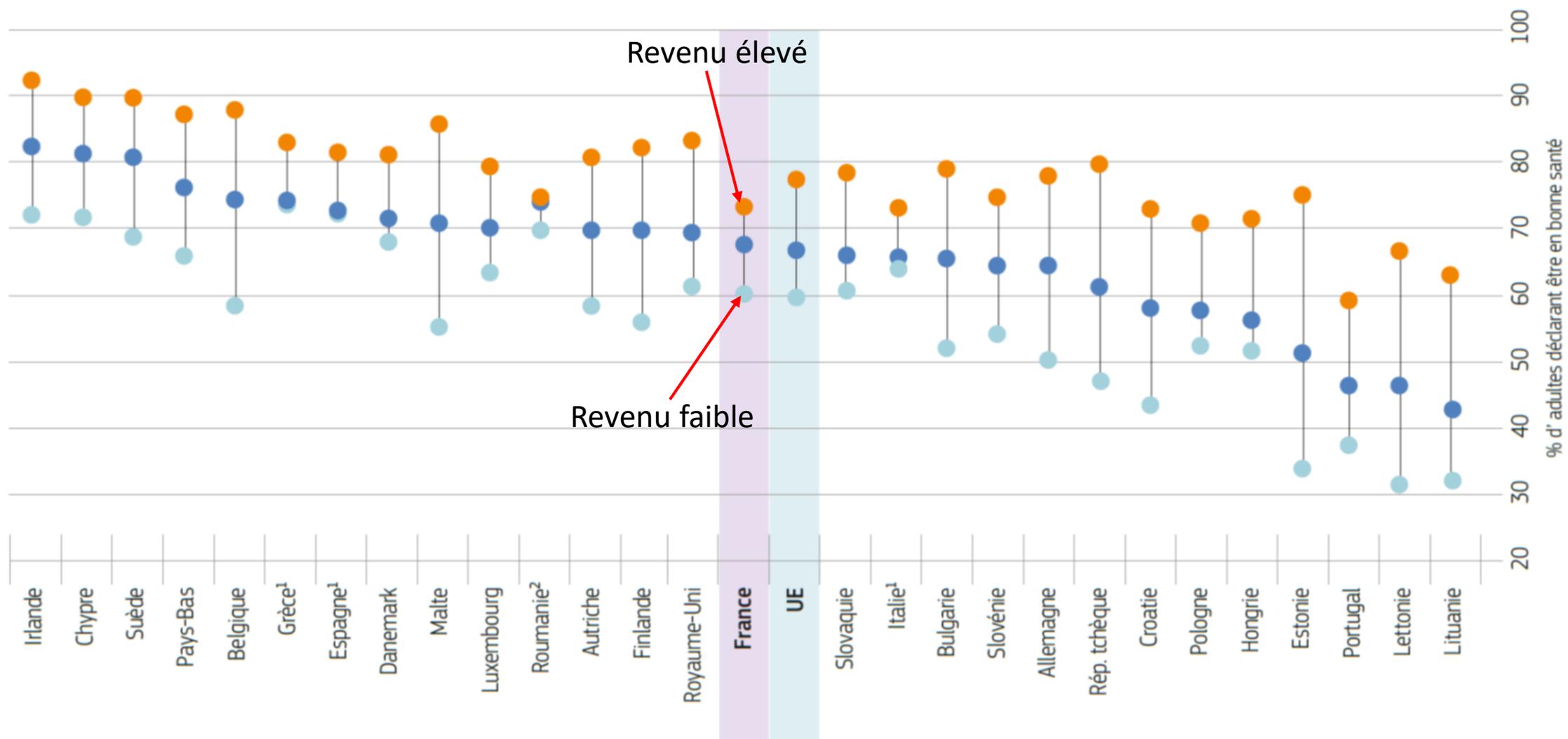


se déclarent
«en bonne ou
en très bonne santé»,



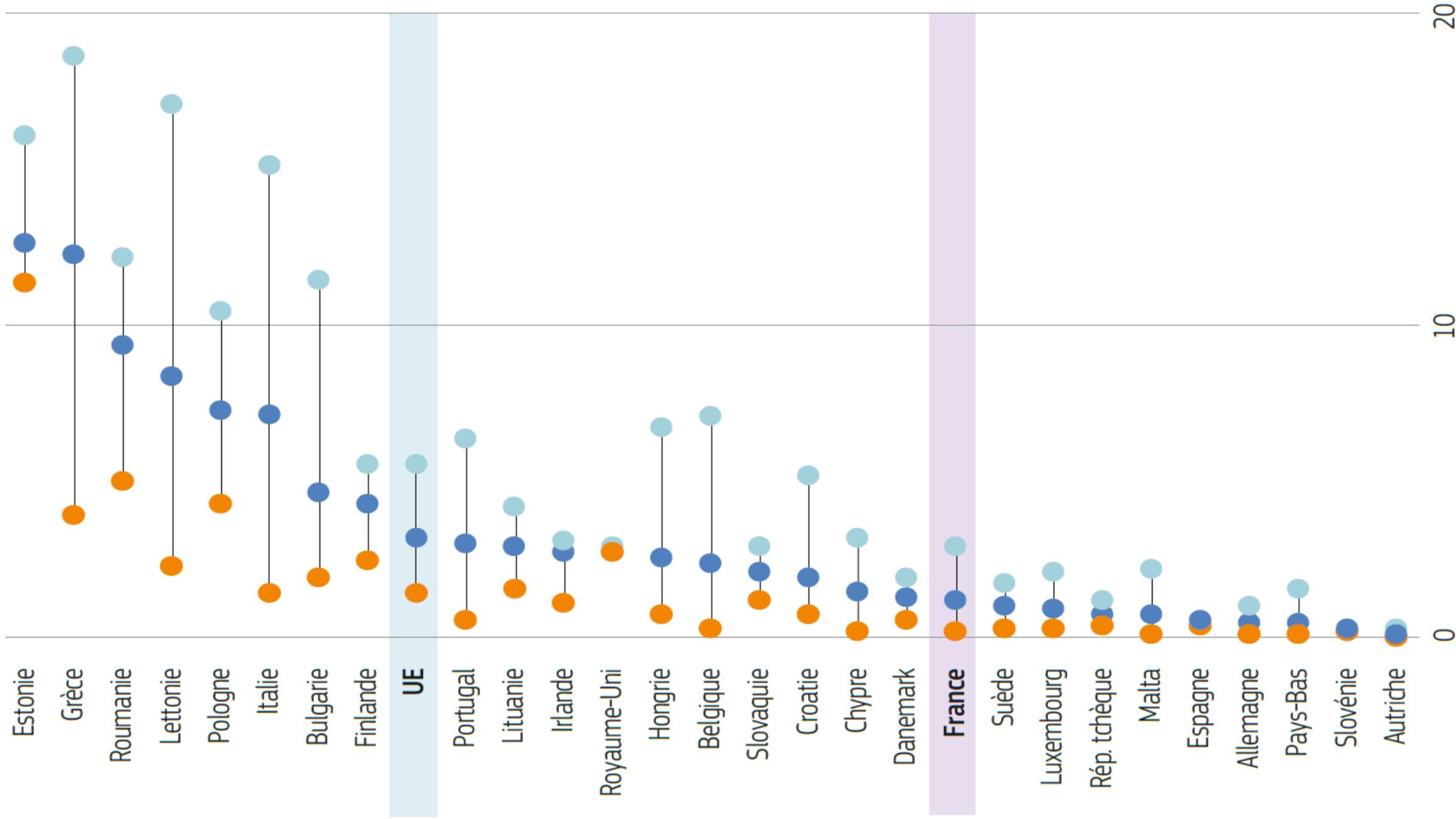
se déclare
«en mauvaise
ou en très mauvaise santé»

Part de la population déclarant être en bonne santé



1. Les parts de la population totale et de la population à faible revenu sont à peu près égales.
2. Les parts de la population totale et de la population à revenu élevé sont à peu près égales.
Source: base de données d'Eurostat, sur la base des statistiques de l'EU-SILC (chiffres de 2015).

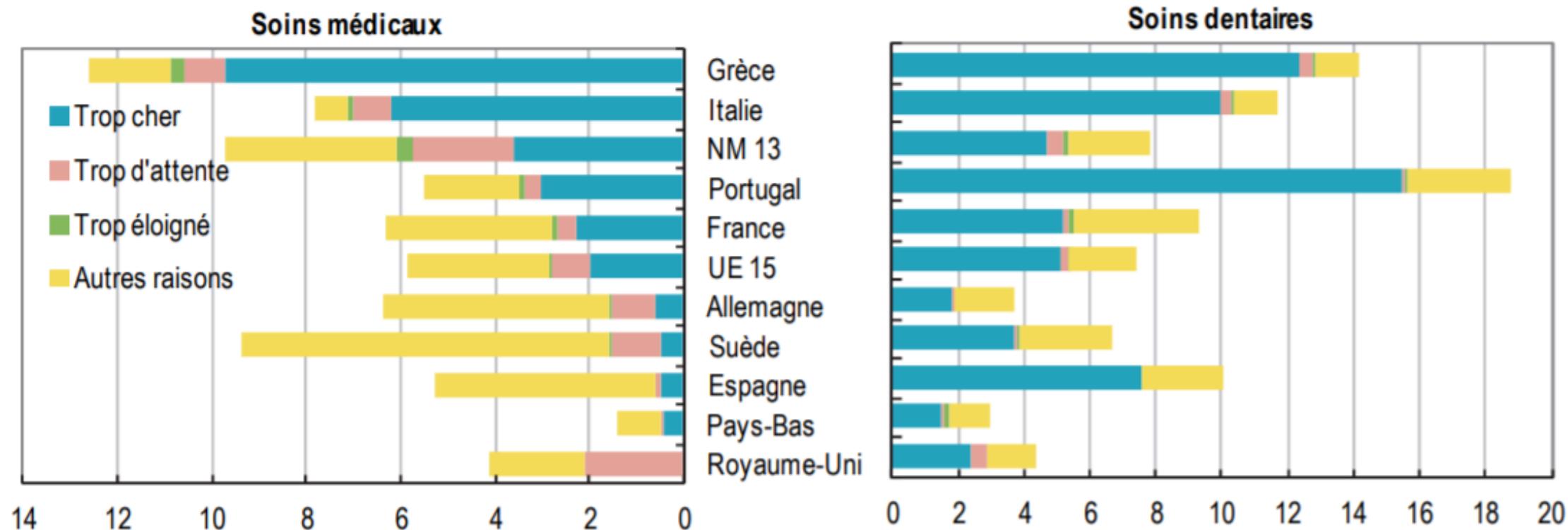
● Revenu élevé ● Moyenne ● Revenu faible



Pourcentage de besoins médicaux non satisfaits, 2015

Graphique 1 Besoins non satisfaits par type de soins et motif en 2014

En %

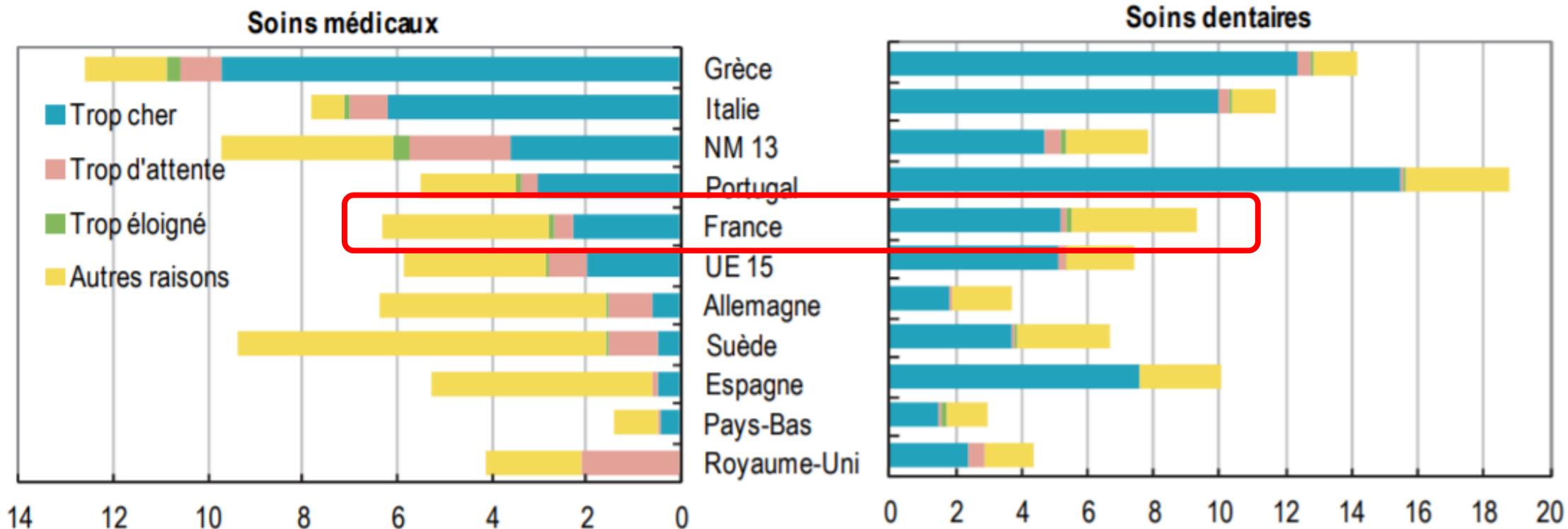


Lecture > Un peu plus de 12 % des Grecs déclarent des besoins d'examen ou de traitement médical non satisfaits en 2014. Le motif de ce renoncement est le coût trop élevé pour moins de 10 % d'entre eux, les délais d'attente pour moins de 1 %, la distance n'intervient quasiment pas et d'autres raisons telles que le manque de temps, la peur du médecin, l'attentisme, la défiance vis-à-vis des médecins, etc., pour moins de 2 %.

Source > Eurostat, EU-SILC 2014, données déclarées sur le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois.

Graphique 1 Besoins non satisfaits par type de soins et motif en 2014

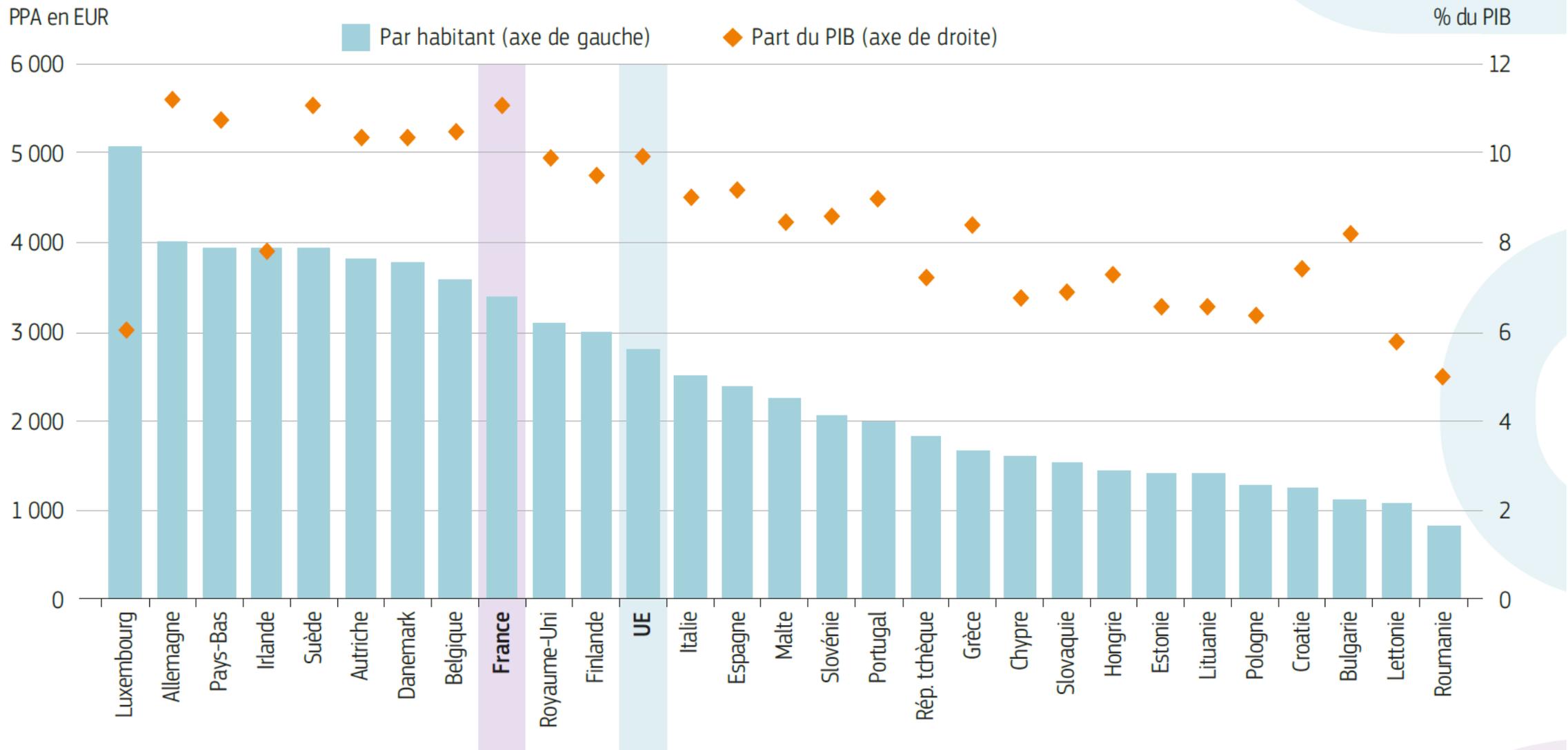
En %



Lecture > Un peu plus de 12 % des Grecs déclarent des besoins d'examen ou de traitement médical non satisfaits en 2014. Le motif de ce renoncement est le coût trop élevé pour moins de 10 % d'entre eux, les délais d'attente pour moins de 1 %, la distance n'intervient quasiment pas et d'autres raisons telles que le manque de temps, la peur du médecin, l'attentisme, la défiance vis-à-vis des médecins, etc., pour moins de 2 %.

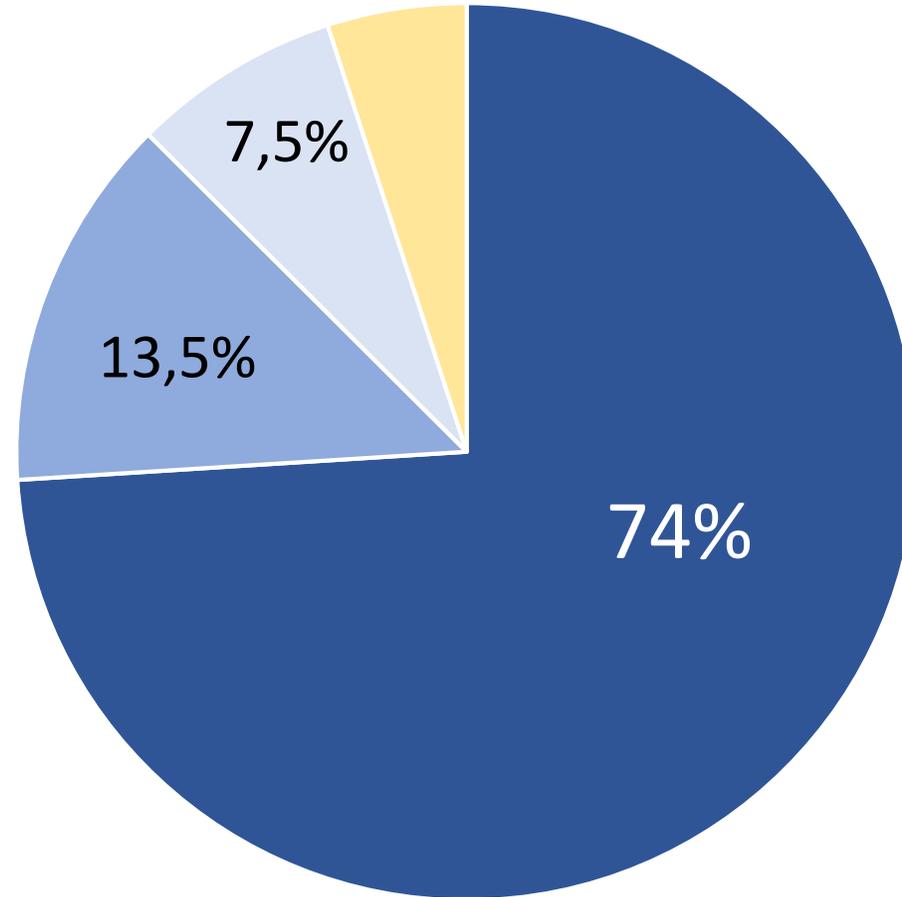
Source > Eurostat, EU-SILC 2014, données déclarées sur le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois.

Graphique 6. Les dépenses de santé en France sont plus élevées que dans la majorité des pays de l'UE



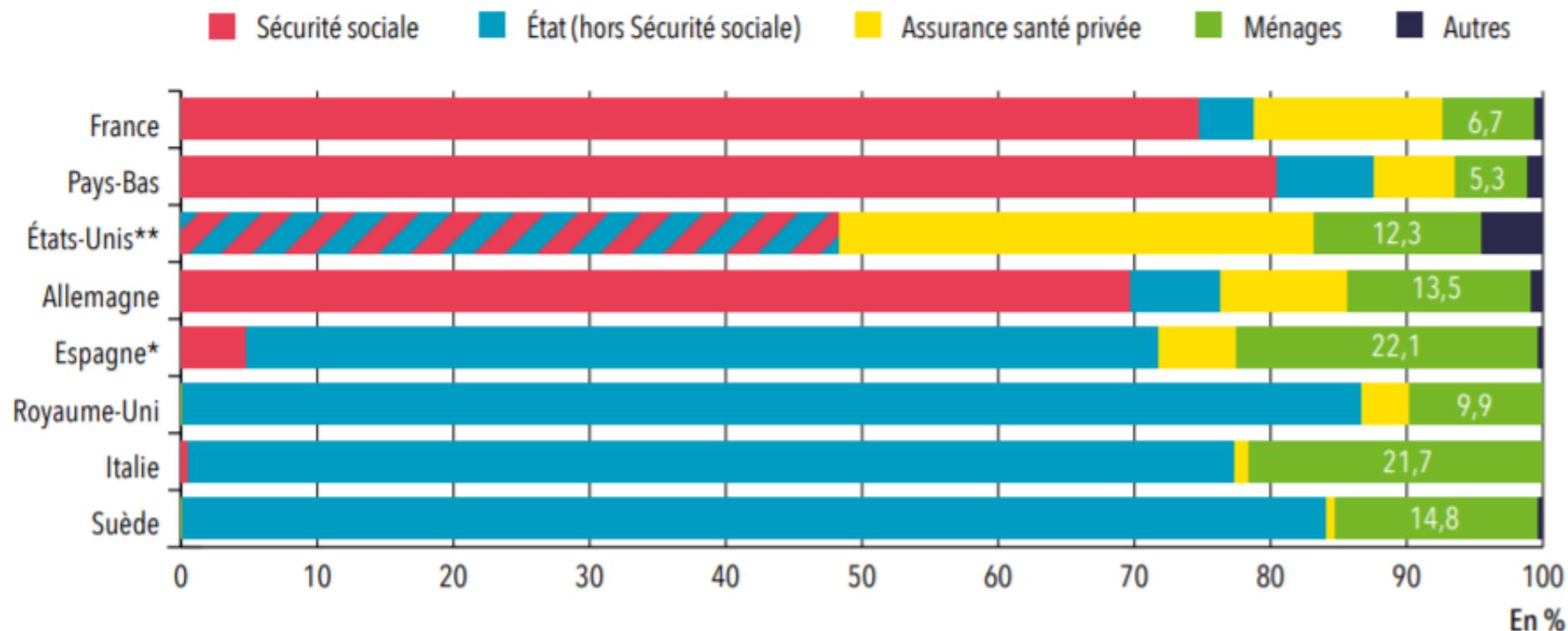
Sources: statistiques de l'OCDE sur la santé; base de données d'Eurostat; base de données de l'OMS sur les dépenses de santé dans le monde (chiffres de 2015).

Mode de financement des dépenses courantes de santé



■ Publique ■ Assurance complémentaire ■ Reste à charge ■ Autre

Graphique 3 Part des différents financeurs de la dépense courante de santé au sens international en 2013



* Données 2012.

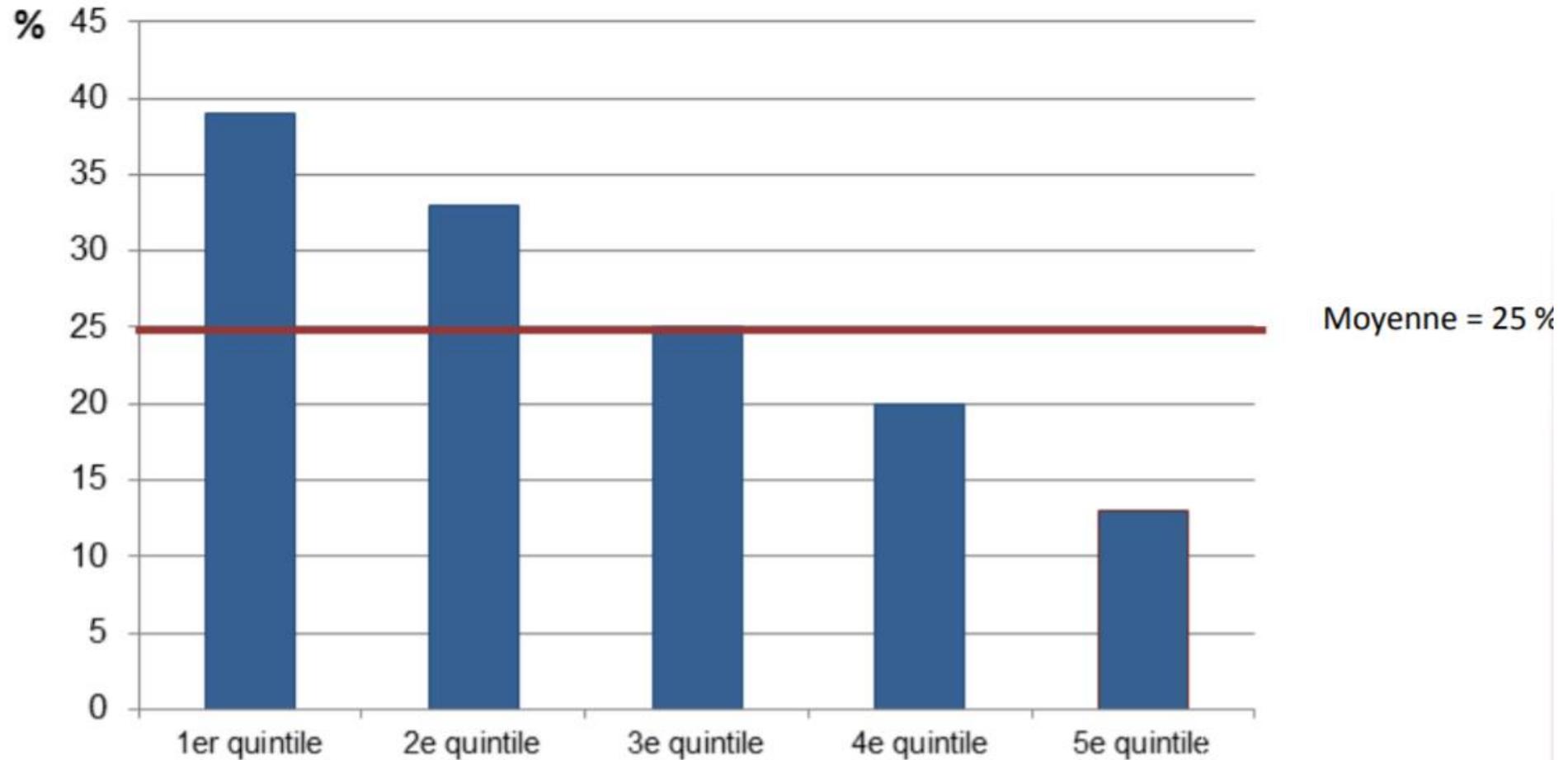
** Les États-Unis n'ont pas ventilé le financement public entre l'État et la Sécurité sociale.

Note > Le reste à charge néerlandais est à interpréter avec précaution : il serait sous-estimé d'après l'OCDE car il ne prendrait pas en compte la franchise annuelle payée par les patients (plafonnée à 350 euros annuels en 2013).

Champ > Dépense courante de santé au sens international.

Sources > System of Health Accounts, OCDE.

Besoin non satisfaits pour des raisons financières en France par quintile de revenu

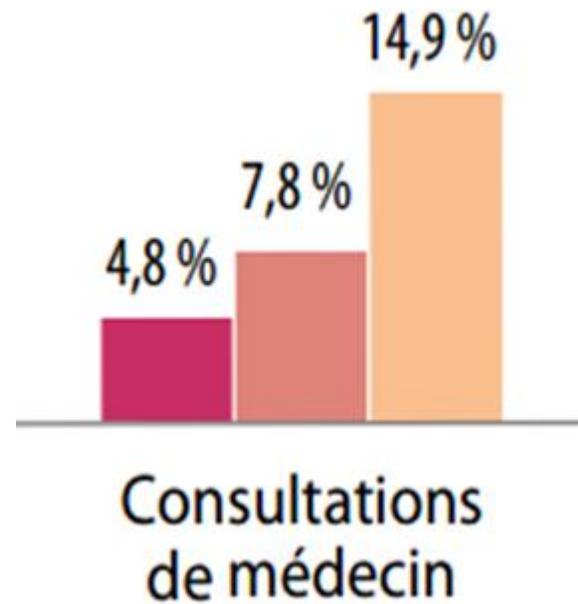


Note : Ces taux concernent la proportion de la population déclarant avoir éprouvé des besoins non satisfaits en matière de soins dentaires et optiques, de consultations médicales, d'examens médicaux ou d'autres soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois.

Source : Enquête santé et protection sociale 2014 (DREES-IRDES).

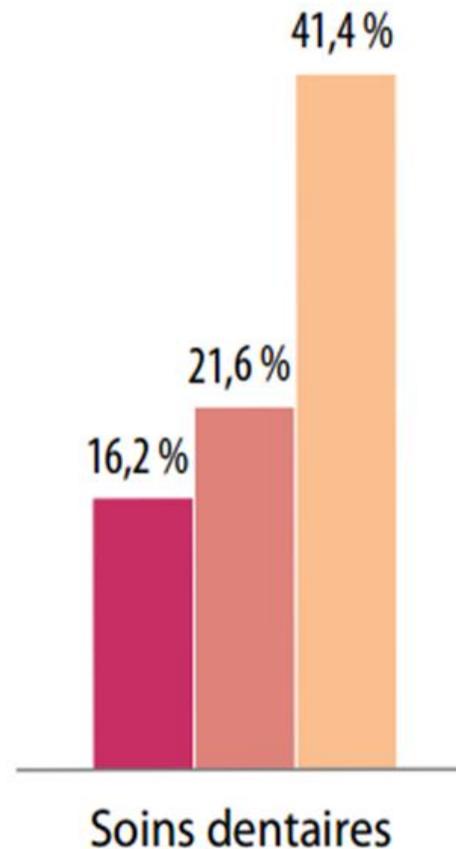
Renoncement aux soins pour raisons financières en 2012 en France selon la couverture complémentaire santé (CS)

- Bénéficiaires d'une complémentaire santé (CS) privée
- Bénéficiaires de la CMU-C
- Non-bénéficiaires d'une CS



Renoncement aux soins pour raisons financières en 2012 en France selon la couverture complémentaire santé (CS)

- Bénéficiaires d'une complémentaire santé (CS) privée
- Bénéficiaires de la CMU-C
- Non-bénéficiaires d'une CS



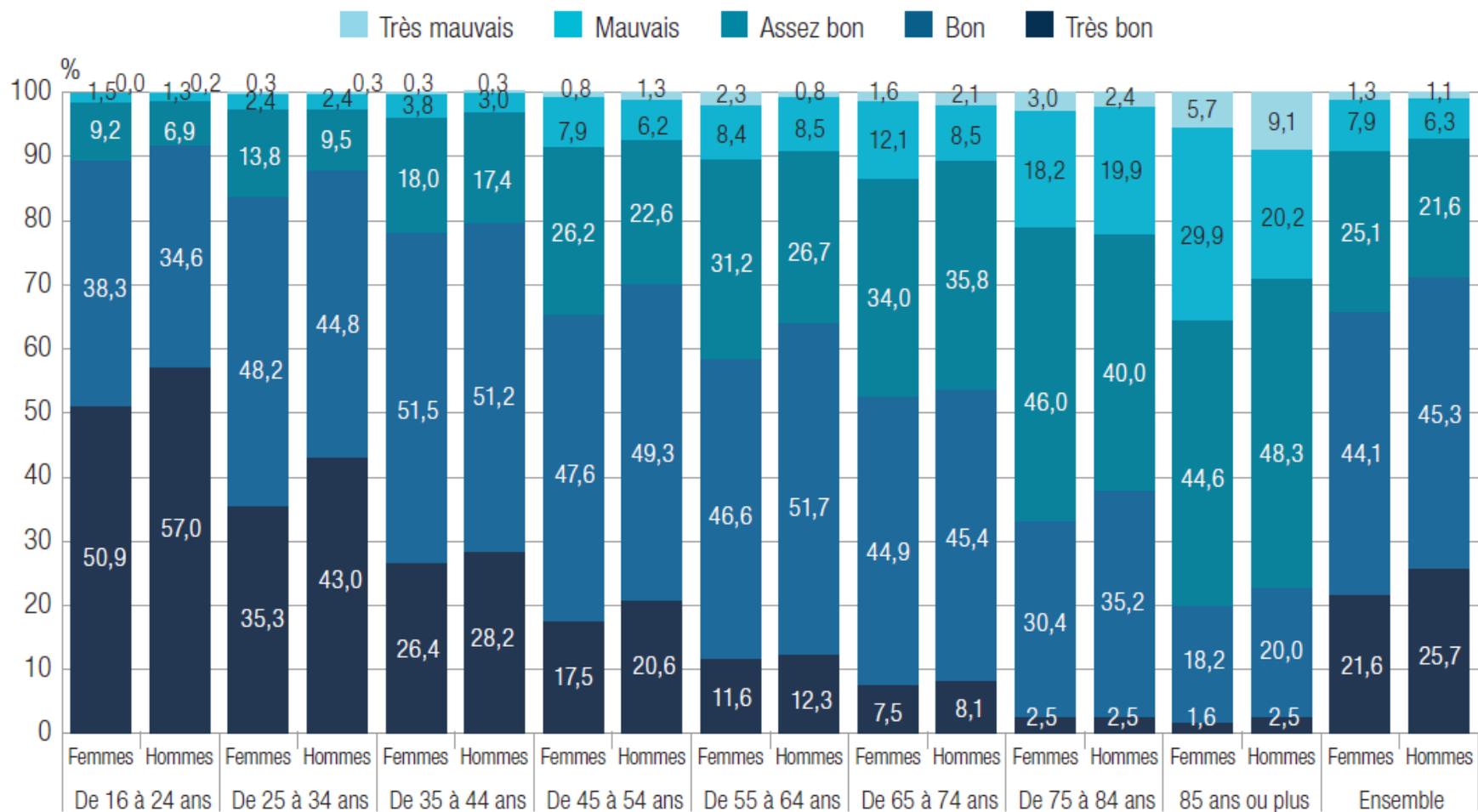
Célan N., Dourgnon P., Guillaume S., Pierre A., Rochereau T., Sermet C. (2014), «L'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) 2012 », Questions d'Economie de la Santé, n°198.

Renoncement aux soins

- Conséquences néfastes du retard aux soins
- Indicateur subjectif
- Dépend de l'état de santé perçu

GRAPHIQUE 1

État de santé perçue selon l'âge et le sexe, en 2014* (en %)



* Libellé de la question : « Comment est votre état de santé en général ? »

Champ • France métropolitaine, population vivant en ménage ordinaire, âgée de 16 ans ou plus.

Source • Enquête statistique sur les ressources et les conditions de vie SRCV-SILC (Eurostat 2014).

Renoncement aux soins

- Conséquences néfastes du retard aux soins
- Indicateur subjectif
- Dépend de l'état de santé perçu
- Plusieurs raisons

Renoncement = Moindre recours ?



CONSTANCES

Méthode

- Analyse transversale
- Sujets déclarant avoir renoncé aux soins vs ne renonçant pas
- Description des populations
- Taux de recours aux soins:
 - Médecins généralistes
 - Médecins spécialistes
 - Urgences
 - Hospitalisation
- Variables expliquées : consommation de soins 3 ans précédant l'inclusion (SNIIRAM)
- Régressions logistiques uni et multivariées (ORa [IC95])
- Variables d'ajustement issues des questionnaires/SNIIRAM

Méthode

- Analyse transversale
- Sujets déclarant avoir renoncé aux soins vs ne renonçant pas
- Variables expliquées : consommation de soins 3 ans précédant l'inclusion (SNIIRAM)
- Régressions logistiques uni et multivariées (ORa [IC95])
- Variables d'ajustement issues des questionnaires/SNIIRAM

Age
Sexe

Comorbidités:
Statut tabagique, OH
FDR CV, ATCD CV
Dépression
ATCD resp
Limitations

Socioéconomiques:
CSP
Difficultés sociales
CMUc

Taille des
villes

Limites

- Part subjective du besoin de santé perçu

Limites

- Part subjective du besoin de santé perçu
- Différenciation des types de soins

Limites

- Part subjective du besoin de santé perçu
- Différenciation des types de soins
- Non répondeurs mais population à risque

Limites

- Part subjective du besoin de santé perçu
- Différenciation des types de soins
- Non répondeurs mais population à risque
- Données limitées à la CNAMTS

Conclusion

- 14.1% renoncent aux soins

Conclusion

- 14.1% renoncent aux soins
- Renoncement = Moindre recours aux soins ambulatoires

Conclusion

- 14.1% renoncent aux soins
- Renoncement = Recours aux urgences plus important

Conclusion

- 14.1% renoncent aux soins
- Renoncement = Recours aux urgences plus important
- Association forte avec déterminants socio-économiques
- Association forte avec comorbidités

Conclusion

- 14.1% renoncent aux soins
- Renoncement = Recours aux urgences plus important
- Association forte avec déterminants socio-économiques
- Association forte avec comorbidités
- Barrière à l'accès aux soins malgré protection sociale universelle

Conclusion

- 14.1% renoncent aux soins
- Renoncement = Recours aux urgences plus important
- Association forte avec déterminants socio-économiques
- Association forte avec comorbidités
- Barrière à l'accès aux soins malgré protection sociale universelle

Part du reste à charge ?

Conclusion

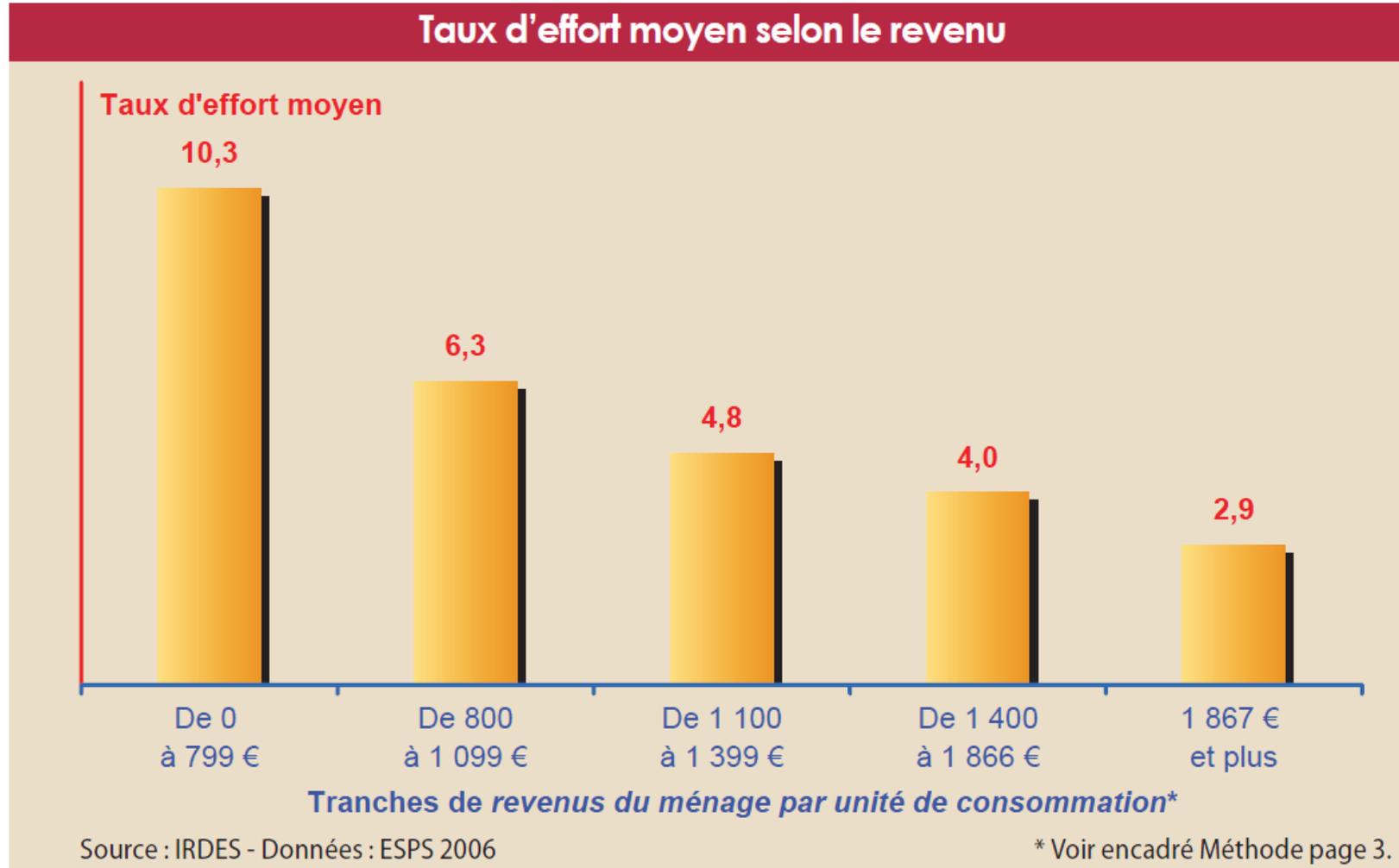
- 14.1% renoncent aux soins
- Renoncement = Recours aux urgences plus important
- Association forte avec déterminants socio-économiques
- Association forte avec comorbidités
- Barrière à l'accès aux soins malgré protection sociale universelle

Part du reste à charge ?

Secteur 2:

- 10% généralistes
- 45% des spécialistes
 - 62% gynéco
 - 59% ophtalmo

Part du revenu disponible consacrée à l'achat d'une couverture complémentaire selon le niveau de revenu



Source : Kambia-Chopin B., Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2008), "La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire. Résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006 (ESPS 2006)", Questions d'économie de la santé, 132. *F Jusot*

Conclusion

- 14.1% renoncent aux soins
- Renoncement = Recours aux urgences plus important
- Association forte avec déterminants socio-économiques
- Association forte avec comorbidités
- Barrière à l'accès aux soins malgré protection sociale universelle

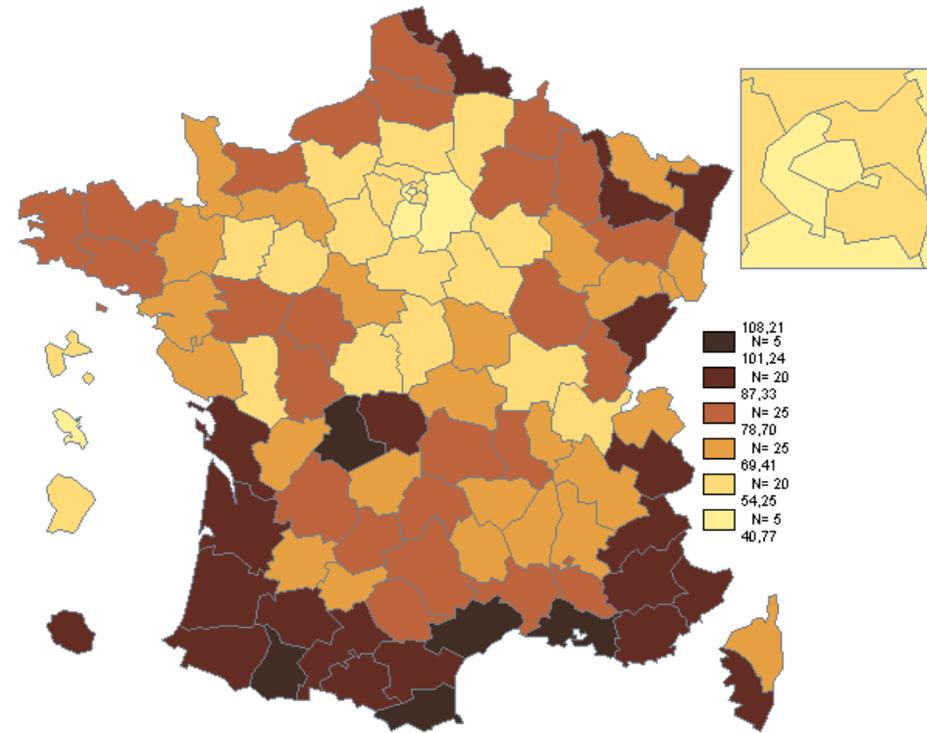
Part du reste à charge ?



Conclusion

- 14.1% renoncent aux soins
- Renoncement = Recours aux urgences plus important
- Association forte avec déterminants socio-économiques
- Association forte avec comorbidités
- Barrière à l'accès aux soins malgré protection sociale universelle
- Autres barrières à l'accès aux soins ?

Distribution de l'offre de soins sur le territoire



Taux de généralistes secteur 1

Source : DREES, 2013

