



ASSEMBLÉE NATIONALE

14ème législature

remboursement

Question écrite n° 33

Texte de la question

M. Jean-Jacques Candelier attire l'attention de Mme la ministre des affaires sociales et de la santé sur le renoncement aux soins. Il lui demande les chiffres de la population qui renonce aux soins pour des raisons financières et comment elle compte faire face au problème.

Texte de la réponse

La mesure de la proportion de personnes qui renoncent à des soins est obtenue au moyen d'enquêtes auprès d'un échantillon de ménages, que l'on invite à déclarer elles-mêmes si elles ont renoncé à des soins, et dans ce cas à expliciter les motifs de ces renoncements. Deux enquêtes sont régulièrement conduites, qui comportent des questions sur le renoncement aux soins pour raisons financières. L'enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) fait apparaître une augmentation continue des besoins non satisfaits d'examen dentaire entre 2005 et 2009, tandis que le renoncement aux examens médicaux reste stable. Sur l'ensemble de la population, 4,5 % des personnes interrogées déclarent renoncer à des soins dentaires en 2009, mais elles sont 9 % au sein du 20 % de Français les plus modestes. Il existe donc un lien étroit et négatif entre propension à déclarer un renoncement aux soins et revenu. Selon l'enquête santé et protection sociale (ESP), réalisée par l'IRDES, en 2008, une proportion de 16,5 % de la population métropolitaine âgée de 18 à 64 ans déclare avoir renoncé à certains soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois. Un cinquième des renoncements sont déclarés comme définitifs, les autres soins seraient reportés. Les renoncements et reports sont concentrés sur un nombre limité de soins, ceux pour lesquels le reste à charge des assurés est important : on retrouve ainsi les soins dentaires (10 % des individus interrogés), mais également l'optique (4 % des individus interrogés) et les consultations de médecins (3 % des individus interrogés). Outre le revenu, l'absence de couverture par une complémentaire maladie est un facteur qui influe fortement sur la propension à déclarer un renoncement aux soins : ainsi, 30,4 % des personnes non protégées déclarent avoir renoncé en 2008, contre 21 % des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) et 15,3 % pour les bénéficiaires d'une complémentaire privée. Le taux de renoncement plus important des bénéficiaires de la CMUc s'explique par leur structure par âge spécifique, et par la spécificité de leurs caractéristiques socio-économiques (faibles revenus, chômage fréquent, sur-représentation des ouvriers et des employés) et démographiques (sur-représentation des familles monoparentales). Des analyses par simulation montrent également que la CMUc agit comme une très bonne assurance complémentaire, c'est-à-dire que le taux de personnes renonçant est le même parmi les bénéficiaires de la CMUc et les détenteurs d'une couverture complémentaire privée, une fois que les facteurs explicatifs précités ont été pris en compte. L'attention doit être attirée sur les limites des résultats précédents, liées à la taille des échantillons enquêtés, ou à la nature déclarative des informations recueillies. Des travaux qualitatifs réalisés par l'IRDES en 2011 suggèrent que ce sont les personnes les mieux à même de formuler des attentes à l'égard du système de santé qui déclarent plus fréquemment des renoncements aux soins. Cela explique que des personnes à bas revenus, mais bénéficiant d'une bonne couverture maladie, notamment dans le cadre de la CMUc, puissent déclarer plus fréquemment des renoncements aux soins que des personnes en grande précarité et éloignées des structures de soins.

L'évolution convergente de l'indicateur de renoncement aux soins décrite par ces deux enquêtes traduit une augmentation des obstacles financiers aux soins. Les mesures prises au cours de la précédente législature - augmentation du forfait hospitalier, institution d'une participation forfaitaire et de franchises sur les consultations de médecins et certains biens médicaux, diminution du remboursement de certains médicaments -, ont assurément contribué à cet état de fait révélé par ces études. Les dépassements d'honoraires et de tarifs de certains dispositifs médicaux, notamment en matière dentaire et optique, représentent une part importante de l'ensemble du reste à charge des ménages et contribuent à cette perception d'une couverture dégradée des frais de santé. Si la part de la population résidant dans des départements dans lesquels plus de 20 % des omnipraticiens exercent en secteur à honoraires libres s'est stabilisée en 2011 (15,3%), la proportion de la population résidant dans les départements dans lesquels au moins la moitié des spécialistes exerce dans le secteur à honoraires libres a augmenté (18,9%). Le taux moyen de dépassement - rapport du montant moyen des dépassements pratiqués par les médecins à honoraires libres aux honoraires sans dépassement - s'est quant à lui maintenu à un niveau élevé (53,2%). Dès son entrée en fonctions, le Gouvernement a affirmé fortement sa volonté d'ériger en priorité de son action dans le domaine sanitaire la limitation des dépassements d'honoraires. L'accord récemment signé sur l'encadrement des dépassements d'honoraires vise à parvenir rapidement à mettre un terme aux dépassements abusifs et à améliorer l'accès aux soins au moyen d'un nouveau contrat d'accès aux soins conciliant maîtrise des dépassements et juste rémunération de la qualité des pratiques des professionnels de santé.

Données clés

Auteur : [M. Jean-Jacques Candelier](#)

Circonscription : Nord (16^e circonscription) - Gauche démocrate et républicaine

Type de question : Question écrite

Numéro de la question : 33

Rubrique : Assurance maladie maternité : prestations

Ministère interrogé : Affaires sociales et santé

Ministère attributaire : Affaires sociales et santé

Date(s) clé(s)

Question publiée au JO le : [3 juillet 2012](#), page 4231

Réponse publiée au JO le : [20 novembre 2012](#), page 6706