

# Payer nuit gravement à la santé : une analyse de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé

Paul Dourgnon, Florence Jusot et Romain Fantin

# Introduction (1)

---

- **Objectifs de l'étude :**

1. Etudier les déterminants du renoncement aux soins pour raisons financières
2. Analyser ses conséquences sur l'évolution de l'état de santé

- **Fondement de la recherche :**

-L'équité horizontale dans l'accès aux soins est l'un des objectifs énoncés du système de santé français

- un égal accès aux soins à besoin de soins égal
- quelle que soit la capacité contributive des individus

- Atteinte de cet objectif est le plus souvent appréciée au travers de l'analyse des disparités de recours aux soins entre les groupes sociaux, à état de santé donné

*(Couffinhal et al., 2004 ; Raynaud, 2005 ; Or et al., 2009 ; Jusot et al., 2011)*

# Introduction (2)

---

- Inégalités sociales de recours aux soins sont observées en France comme dans la plupart des pays européens



Les différences de recours aux soins sont le reflet de barrières à l'accès :

- barrières informationnelles
- barrières culturelles et préférences
- barrières financières

- Mais la question d'équité peut être adressée plus directement par un indicateur « subjectif » qu'est le renoncement financier aux soins

- Peu d'études ont analysé les barrières à l'accès aux soins à l'aide de cet indicateur, alors que depuis 2000 le renoncement pour raison financière est en augmentation. (*Raynaud, 2003 ; Kambia-Chopin et al., 2008 ; Mielck et al., 2009 ; Allin et al, 2010*)

En 2008 : 16,5% des Français déclaraient renoncer à des soins pour raisons financières (+ fréquent pour les soins dentaires et d'optiques)

**→ Problème de santé publique**

Quelles en sont les causes?

Quelles sont les conséquences sur l'état de santé?

# Introduction (2)

---

- **Apports de cet indicateur :**

Le renoncement pour des raisons financières dépasse les limites des indicateurs objectifs:

- **Reflète l'expérience du patient**: expression d'un besoin de soin non satisfait, il intègre donc des éléments de satisfaction

- **Mesure directement les barrières**: identifie un problème d'accès lié aux conditions socio-économiques → problème d'équité

→ En identifiant précisément une des causes des inégalités sociales de recours

= Apporte un éclairage sur la contribution du système de soin  
et permet de remettre en cause les outils de régulation

→ Le renoncement est un concept retenu par la DREES pour l'analyse de l'équité du système de santé et l'efficacité de la CMUC

# Données

---

## → L'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) : IRDES

- Représentative des ménages ordinaires de France métropolitaine
- Panélistée: mêmes individus { en 2002 et 2006  
en 2004 et 2008

### - Variables expliquées

#### Renoncement aux soins :

« Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières »

« Si oui, pour quels soins ? » (Pas d'items précis et 3 réponses max)

#### Etat de santé perçu :

« Pouvez-vous noter, entre 0 et 10, votre état de santé »

# Données

---

## - Variables explicatives

### Besoin

- Age , Sexe
- Etat de Santé , ALD

### Assurance

- Couverture complémentaire ou CMUC
- Qualité de la complémentaire
- Motifs de non couverture

### SES

- Education
- Revenu par UC
- Occupation
- PCS
- Score de précarité



Score de précarité allant de 0 (aucune précarité) à 9

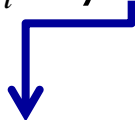
3 dimensions:- Histoire de vie (être hébergé, difficulté à payer, inactivité, isolement)

- Situation actuelle (chômage, temps partiel non choisi, vacances, difficultés fi.)
- Situation anticipée et soutien social (perte d'emploi, aide)

# Stratégie d'analyse (1)

---

- **1<sup>ère</sup> étape** : Etudier les déterminants de la probabilité de déclarer un renoncement aux soins pour raisons financières en 2008 ( $Y_i$ ) :

$$\left\{ \begin{array}{l} Y_i = 1 \quad \text{si } Y_i^* > 0 \\ Y_i = 0 \quad \text{sinon} \end{array} \right. \quad \text{Avec} \quad Y_i^* = \alpha \text{Besoin}_i + \beta \text{Ass}_i + \gamma \text{SES}_i + \varepsilon_i$$


Quel est le rôle joué par le coût des soins laissé à la charge des patients au travers de la possession d'une couverture complémentaire?

N = 8252 individus

## 4 modèles sont estimés :

M1: Renoncement à tous les soins

M2: Renoncement à des soins dentaires

M3: Renoncement à des soins optiques

M4: Renoncement à des consultations de généraliste ou de spécialiste

# Résultats (1)

(OR sont présentés)

		Déterminants	Tous soins	Dentaire	Optique	GP & Spé
		<b>Revenu (Ref=3ème q.)</b>				
Les plus riches renoncent moins	< 1er quintile		1,01	1,06	1,16	1,1
	< 2e quintile		1,24	0,96	1,42	1,38
	< 4e quintile		1,13	0,9	1,01	1,41
	< 95e percentile		<b>0,65</b>	<b>0,7</b>	0,91	0,72
	> 95e percentile		<b>0,29</b>	<b>0,23</b>	<b>0,13</b>	0,63
		<b>Score de précarité (Ref=0, aucune précarité)</b>				
Gradient selon le score de précarité	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>Niveau d'étude (Ref= Etudes supérieures)</b>				
Les moins éduqués renoncent moins	Sans diplôme,		*** <b>0,58</b>	*** 0,61	*** 0,63	* 0,80
	Brevet CAP, BEP		<b>0,76</b>	0,83	1,02	0,61
	Baccalauréat		<b>0,93</b>	1,09	1,20	0,70
		<b>Couverture complémentaire (Ref = CMUC)</b>				
Les non-couverts et ceux dont la couverture est mauvaise renoncent plus	Privée - 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 couv. - 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>



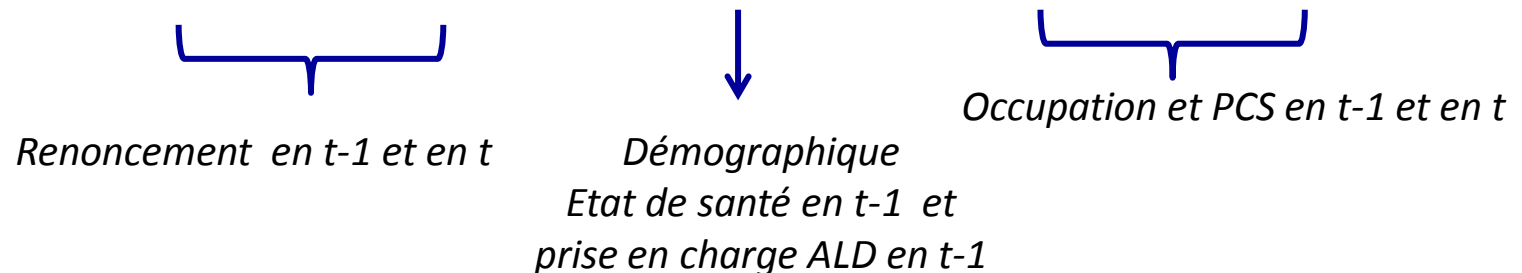
# Stratégie d'analyse (2)

- **2<sup>ème</sup> étape** : Déterminer l'impact du renoncement en t-1 (2002 ou 2004) sur l'évolution de l'état de santé entre les deux périodes.

→ Modèle logistique dynamique

$$\begin{cases} Y_i = 1 & \text{si l'état de santé s'est détérioré entre l'année t-1 et l'année t} \\ Y_i = 0 & \text{sinon} \end{cases}$$

Avec 
$$Y_i^* = \alpha_1 \text{Ren}_{it-1} + \alpha_2 \text{Ren}_{it} + \gamma \text{Besoin}_{it-1} + \theta_1 \text{SES}_{it} + \theta_2 \text{SES}_{it-1} + \varepsilon_{it}$$



N = 4970 observations dont 2319 observations en 2002 et 2006  
2651 observations en en 2004 et 2008

# Résultats (2)

(OR sont présentés)

Déterminants	Dégradation du score d'état de santé	
<b>Renoncement financier</b>		
en t-1	1,42	***
en t	1,49	***
<b>Occupation en année 2 (Ref=Actif occupé)</b>		
Chomeur	1,28	*
Personne au foyer	1,00	
Autre inactif	2,35	***
Retraité	0,78	*
Occupation en année 1	NS	
Sexe	NS	
<b>Age (80 ans et plus)</b>		
moins de 30	0,21	***
30 - 39	0,22	***
40 - 49	0,28	***
50 -59	0,32	***
60 - 69	0,43	***
70 - 79	0,74	***

Déterminants	Dégradation du score d'état de santé	
<b>PCS en année 1 (Ref.=Agriculture)</b>		
Indépendants, prof. libérales	0,81	
Cadres	0,60	***
Professions intermédiaires	0,69	**
Employés	0,75	
Ouvriers	0,94	
PCS nsp	0,94	
<b>Note d'état de santé en année 1 (Ref.=0)</b>		
1 - 2	0,05	***
3	0,03	***
4	0,04	***
5	0,05	***
6	0,16	***
7	0,23	***
8	0,30	***
9	0,70	***
<b>Affection longue durée</b>	<b>1,56</b>	<b>***</b>

# Discussion (1)

---

→ **Article très intéressant, les objectifs sont bien présentés et répondent clairement à un problème de santé publique :**

- Touche une part importante de la population
- Il est concentré dans certains groupes sociaux
- Il affecte significativement l'état de santé

## **1. Remarques générales:**

- Article peu détaillé (méthode et résultats)
- Certaines incohérences entre la méthode et les résultats
  - Le modèle 1 est-il contrôlé de l'état de santé ?
  - Origine sociale comme variable explicative n'est pas présentée

## **2. Remarques sur les modèles:**

- Intégrer dans les deux modèles des variables d'offre de soins:
  - Prix des soins, Distance au médecin, Densité des médecins, des hôpitaux

# Discussion (2)

---

- **Modèle 1:**

- Pourquoi rassembler le renoncement aux soins de généraliste et de spécialiste?
- Analyse contrefactuelle de l'effet de la CMUC: Que serait le taux de renoncement des CMUistes s'ils n'avaient pas la CMUC ?
- Pourquoi ne pas estimer un logit multinomial ?  
Est-ce que les individus qui renoncent à un certain type de soin, renoncent aussi aux autres soins?

- **Modèle 2:**

- Distinguer l'effet des différents types de renoncement sur l'état de santé ?  
  
→ Le renoncement aux soins de généraliste (ou de spécialiste) n'a pas le même impact sur l'état de santé que le renoncement aux soins optiques ou dentaires.

# Discussion (3)

---

## ( Modèle 2 Cont.)

- Estimer l'impact du renoncement aux soins pour raisons financières sur d'autres variables de santé :
  - Santé fonctionnelle
  - Maladie chronique
  - Consommation de soins
- Pourquoi ne pas intégrer le score de précarité ou sa variation entre les deux périodes plutôt que le statut social en  $t-1$  et en  $t$  ?
- Pourquoi ne pas intégrer la couverture complémentaire dans le modèle?
  - Est-ce que l'effet du renoncement sur l'état de santé ne capte finalement pas l'effet de la couverture complémentaire?
  - Ne faudrait-il pas mettre en évidence la part indirecte de la couverture qui explique la dégradation de l'état de santé?
- Comment expliquer que l'OR du renoncement en  $t$  soit plus élevé que celui en  $t-1$ ? Sont-ils significativement différents?