

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

(Couffinal 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
- Panéalisée: 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



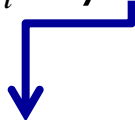
Score de précarité allant de 0 (aucune précarité) à 9

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^{ère} 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
		Revenu (Ref=3ème q.)				
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		0,65	0,7	0,91	0,72
	> 95e percentile		0,29	0,23	0,13	0,63
	Score de précarité (Ref=0, aucune précarité)					
Gradient selon le score de précarité	1		*** 1,86	*** 2,23	*** 2,43	*** 0,97
	2		3,11	3,04	4,61	1,81
	3		4,38	3,74	6,18	3,64
	4		7,53	5,83	11,50	5,54
	5		7,96	6,20	12,20	5,42
	6		11,78	7,71	13,60	9,70
	7 et au-delà		16,38	10,45	20,26	15,65
Niveau d'étude (Ref= Etudes supérieures)						
Les moins éduqués renoncent moins	Sans diplôme,		*** 0,58	*** 0,61	*** 0,63	* 0,80
	Brevet CAP, BEP		0,76	0,83	1,02	0,61
	Baccalauréat		0,93	1,09	1,20	0,70
Couverture complémentaire (Ref = CMUC)						
Les non-couverts et ceux dont la couverture est mauvaise renoncent plus	Privée - Très bonne		*** 0,80	*** 0,52	*** 0,80	*** 1,25
	Bonne		1,51	1,25	1,20	2,40
	Moyenne		2,36	2,43	1,65	2,41
	Mauvaise		3,59	3,18	2,54	3,28
	Sans couv. - Choisi		2,24	2,14	1,44	3,97
	Subi		7,63	5,81	4,45	7,44

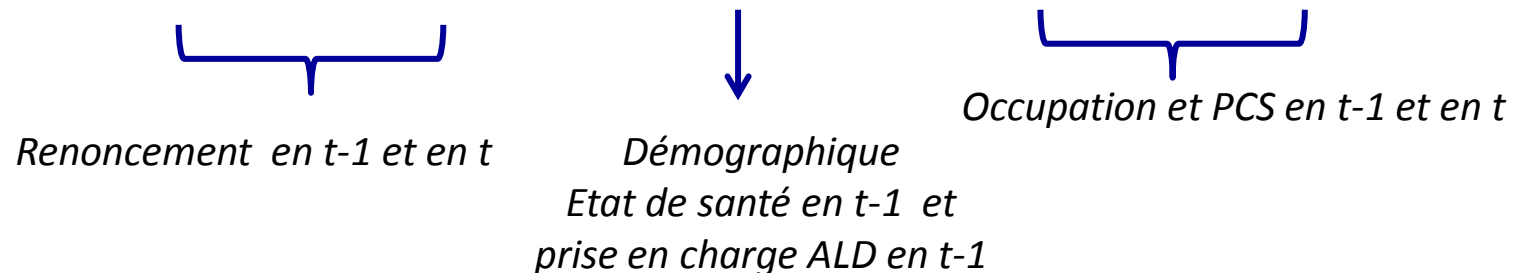
Stratégie d'analyse (2)

- **2^{ème} 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	
Renoncement financier		
en t-1	1,42	***
en t	1,49	***
Occupation en année 2 (Ref=Actif occupé)		
Chomeur	1,28	*
Personne au foyer	1,00	
Autre inactif	2,35	***
Retraité	0,78	*
Occupation en année 1	NS	
Sexe	NS	
Age (80 ans et plus)		
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	
PCS en année 1 (Ref.=Agriculture)		
Indépendants, prof. libérales	0,81	
Cadres	0,60	***
Professions intermédiaires	0,69	**
Employés	0,75	
Ouvriers	0,94	
PCS nsp	0,94	
Note d'état de santé en année 1 (Ref.=0)		
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	***
Affection longue durée	1,56	***

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?