# Renoncement aux soins et demandeurs d'emploi.
## *Constats et actions.*

**Héléna Revil**
Chercheure au Laboratoire PACTE/CNRS
ODENORE – Programme de recherche LIFE
Université Grenoble-Alpes

UNIVERSITÉ Grenoble Alpes
ODENORE Observatoire des non-recours aux droits et services
LIFE (is MaDE of ChoiCes) Univ. Grenoble Alpes
financé par IDEX Université Grenoble Alpes

Cette intervention est faite en toute indépendance vis-à-vis de l’organisateur de la manifestation. Je n’ai pas de lien d’intérêts avec le sujet traité.

# Eléments de définition.

→ De manière générale, le renoncement aux soins renvoie au fait que des personnes ont des besoins de soin qui ne sont pas pris en charge, en tout état de cause (Odenore, 2014) ;

→ Une notion qui permet de parler des difficultés, des obstacles, que rencontrent les personnes pour se soigner, mais aussi des raisons pour lesquelles elles choisissent de ne pas faire certains soins ;

→ En France et en Europe, différentes enquêtes existent pour questionner des personnes sur le renoncement aux soins ;

# Un lien entre renoncement aux soins et chômage.

Résultats d'une étude préliminaire (extraction des données de l'enquête Constances de juillet 2015) :

→ **31% des femmes et 30% des hommes à la recherche d'un emploi, volontaires de la cohorte, déclarent avoir renoncé aux soins pour des raisons financières** ;

→ Ces taux sont respectivement de 15 % et 11 % parmi les volontaires en situation d'emploi.

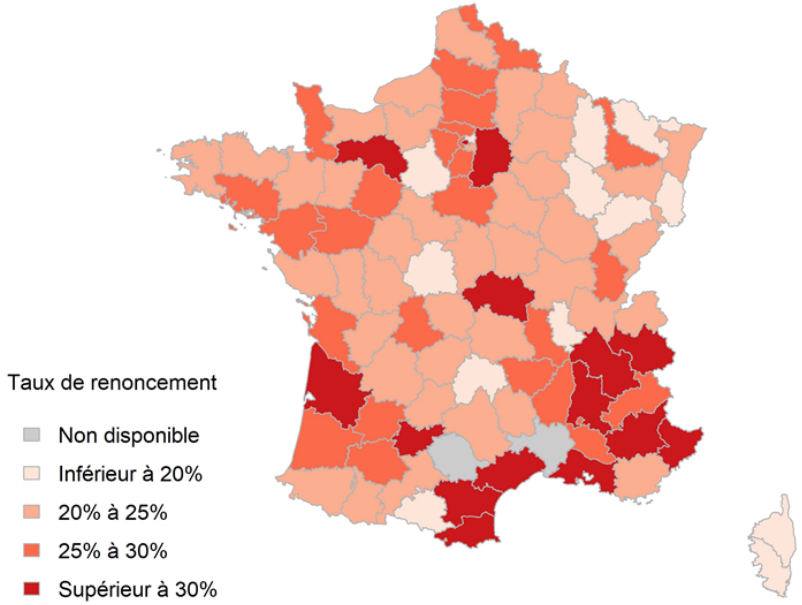
# Le Baromètre du renoncement aux soins (BRS).

→ Depuis 2014, plus de 160 000 questionnaires collectés et analysés via le BRS ; environ 400 entretiens qualitatifs semi-directifs conduits auprès de « renonçants » ;

→ Le taux de renoncement mesuré pour l'ensemble des territoires = 26% ;

**→ Des écarts d'un territoire à l'autre mais des caractéristiques (notamment concernant la situation par rapport à l'emploi) identiques dans tous les territoires ;**

→ Des reports et des renoncements ;



# Dans le BRS …

Une surreprésentation parmi les « renonçants » des personnes sans activité professionnelle :

→ Alors que 35% des répondants sont sans activité professionnelle, 41% des personnes qui déclarent au moins un renoncement/report sont dans cette situation ;

→ Des chiffres qui varient d'un territoire à l'autre ;

→ **Mais partout, une corrélation significative entre absence d'activité professionnelle et renoncement aux soins ;**

→ La question des parcours d'emploi discontinus et du risque de renoncement/ report ;

# Nature des renoncements ou des reports.

- Consultations chez un spécialiste* : 36% dont 22% concernent des consultations en ophtalmologie ;
- Soins dentaires prothétiques : 42% ;
- Soins dentaires conservateurs : 33% ;
- Achats de lunetterie/optique : 18% ;
- Consultations chez un généraliste : 11% ;
- Analyses biologiques et examens médicaux : 9% ;
- Soins en kinésithérapie : 9% ;
- Actes chirurgicaux : 8% ;
- Achat de médicaments : 6% ;

*Urologue, gastroentérologue, pneumologue, endocrinologue, neurologue, allergologue, médecine vasculaire, ORL, rhumatologue, ophtalmologue ;

# Renoncer ou reporter des soins pour des raisons financières.

ODENORE
Observatoire des non-recours aux droits et services

→ **Des situations de différentes natures :**

- 60% des personnes parlent des restes à charge des soins ;
- 31% parlent des difficultés à faire des avances de frais ;
- 11% évoquent leurs incertitudes par rapport aux coûts des soins.

→ **Les causes financières sont à mettre en lien avec :**

- La faiblesse des restes pour vivre ;
- La hiérarchisation quotidienne des dépenses ;
- Les incertitudes sur les ressources à venir, l'instabilité financière ;
- Les incompréhensions concernant les coûts des soins, les offres ;

# L’absence de complémentaire santé.

**→ Un risque plus fort de renoncer ou de reporter des soins en l’absence de complémentaire santé ;**
**→ Un lien entre chômage et absence de protection complémentaire ;**

- Des personnes éligibles à certaines prestations mais qui n’en bénéficient pas **(non-recours aux droits, CMU C par exemple) ;**
- Un univers perçu comme complexe ;
- Mais aussi des personnes qui renoncent ou reportent des soins bien que disposant d’une complémentaire : adaptation des contrats ; problématiques d’usage de la CMU C auprès des professionnels de la santé…

# D’autres raisons de renoncer ou de reporter des soins.

ODENORE
Observatoire des non-recours aux droits et services

- **Problématiques temporelles** (délais pour avoir des rendez-vous et disponibilité des personnes pour se soigner) = 26% ;
- **Lassitude, découragement** = 11% ;
- **Accessibilité géographique des soins, problèmes de mobilité individuelle** : 10% ;
- **Complexité du système de santé, incompréhensions, méconnaissance** : 9% ;
- **Craintes, peurs** par rapport au monde médical, aux actes, aux diagnostics = 8% ;
- **Besoin de soin « non urgent » ou « non prioritaire »** = 6%;
- **Refus de soins** = 4% ;

# Les impacts du renoncement aux soins.

- Conséquences sur la santé : 76% des « renonçants » en parlent ;
- Des conséquences sur la vie professionnelle (recherche d'emploi ou maintien dans l'activité) : 23% ;

→ **Des conséquences individuelles aux conséquences collectives** ;

- 47% des « renonçants » interrogés n'a plus le sentiment de pouvoir bénéficier de soins en cas de besoin ;

→ **Impact sur le sentiment d'inclusion sanitaire et/ou sociale ;**

- 36% a l'impression que sa situation ne renoncement ne trouvera pas d'issue prochainement ;

→ **Quelles solutions pour « sortir » du renoncement ?**

# L’action sur le renoncement aux soins.

Des réponses d’organismes sociaux, par exemple l’Assurance maladie :

→ Plan local d’accompagnement des non-recours, incompréhensions, ruptures (PLANIR) ;

→ Plateforme d’intervention pour l’accès aux soins et à la santé (PFIDASS) ;

Des propositions par des acteurs associatifs pour mieux détecter les renoncements, reports, non-recours :

→ Par exemple, Solidarités nouvelles face au chômage ;

# La démarche PLANIR

Plan d'accompagnement du non-recours, des incompréhensions et des ruptures, inscrit dans le Plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté en janvier 2013, puis repris dans la COG 2014-2017 :

→ Identifier les situations à risques, à partir d'observations de terrain ;

→ Concevoir des actions en réponse à ces risques à travers des partenariats, internes ou externes, adaptés ;

→ Expérimenter et évaluer les effets des actions ;

# Du Planir aux Pfidass

**Un dispositif construit autour de deux piliers :**

→ La détection du renoncement aux soins par différents professionnels, en interne et en externe de l'Assurance maladie ;

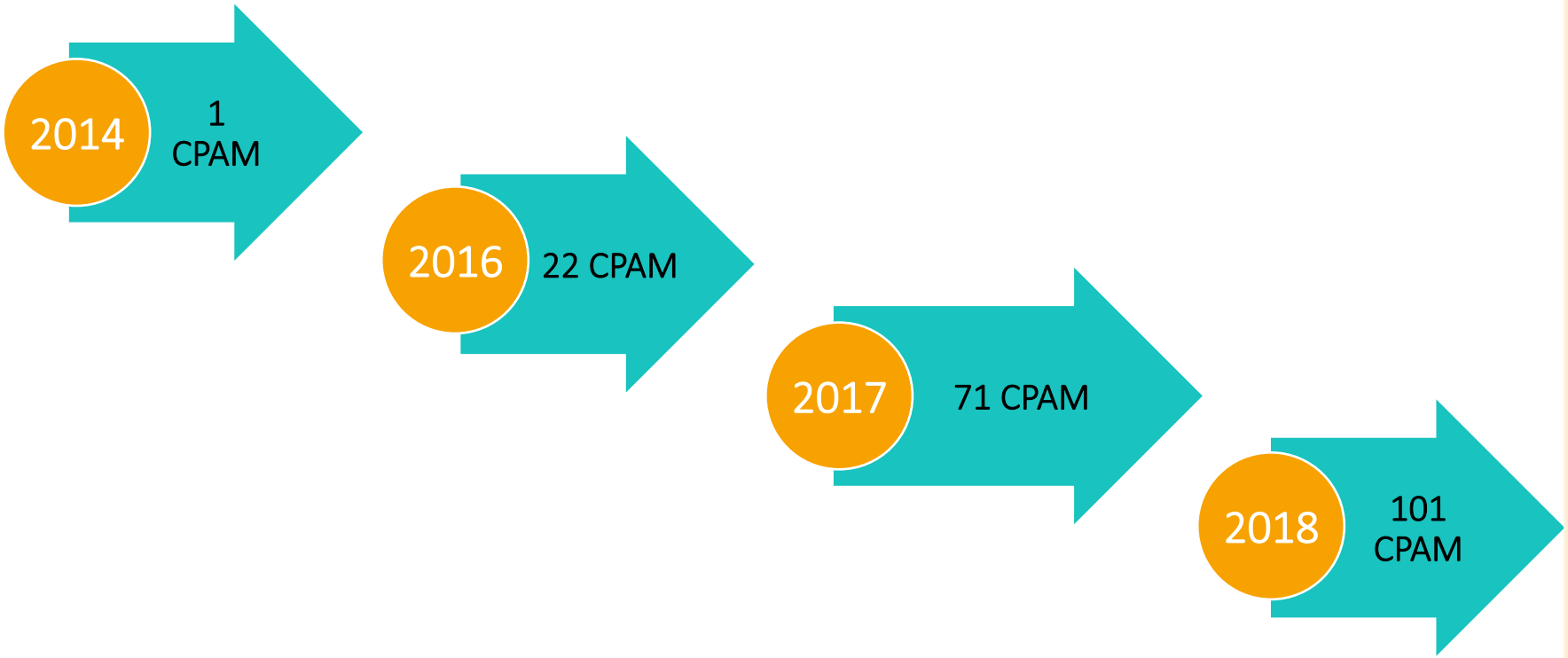
→ L'accompagnement des personnes en renoncement aux soins par des conseillers de l'Assurance maladie spécialisés sur cette fonction ;

**Des cellules internes à l'Assurance maladie mais qui travaillent avec des partenaires :**

→ CCAS, Conseils départementaux, Missions locales, Pôle Emploi, acteurs associatifs…

→ Des partenariats différenciés selon territoires ;

# 101 PFIDASS aujourd'hui




100 000 personnes en renoncement aux soins accompagnées depuis la mise en place du service ;

1/3 des accompagnements a abouti à la réalisation des soins renoncés ;

Des « gains intermédiaires », même en l'absence de réalisation des soins.