

Le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne

Septembre 2016



Avec la participation financière de



Rédaction ORS Auvergne : Magali Venzac, Laure Vaissade, Sylvie Maquinghen

Ce travail a été réalisé dans le cadre de la Plate-forme de l'observation sanitaire et sociale Auvergne-Rhône-Alpes (PFoss) avec le soutien financier de l'Agence régionale de santé (ARS) Auvergne-Rhône-Alpes et de la Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS) Auvergne-Rhône-Alpes.

L'Observatoire régional de la santé Auvergne tient à remercier toutes les personnes qui ont pu contribuer au bon déroulement de cette enquête et notamment l'ARS et la DRDJSCS Auvergne-Rhône-Alpes, les Délégations départementales de l'ARS de l'Allier, du Cantal, de la Haute-Loire et du Puy-de-Dôme, la Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) du Puy-de-Dôme, les Directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP) de l'Allier, du Cantal et de la Haute-Loire ainsi que les Conseils départementaux de l'Allier, du Cantal, de la Haute-Loire et du Puy-de-Dôme pour leur aide dans l'organisation et la réalisation de cette enquête.

L'ORS tient à adresser ses plus vifs remerciements aux membres du groupe de travail ainsi qu'à l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore) pour leur appui méthodologique, à Médecins du monde Combrailles pour sa contribution ainsi qu'au CHRS Ce-Cler pour avoir accepté de tester le questionnaire auprès de ses usagers.

L'ORS tient également à remercier les fédérations départementales du Secours populaire, les délégations départementales du Secours catholique et de la Croix-Rouge, les associations départementales des Restos du Cœur, le réseau Intermed 63, l'Union départementale des CCAS de l'Allier, l'Union régionale des entreprises d'insertion (UREI), Chantier école Auvergne et Auvergne Association Intermédiaire pour leurs relais auprès des structures locales.

Nos remerciements vont enfin à toutes les structures et personnes ayant accepté de participer à cette étude ainsi qu'aux usagers ayant répondu à l'enquête et sans qui ce projet n'aurait pu aboutir.

Sommaire

1. Introduction.....	1
2. Objectif	1
3. Méthode.....	2
3.1. Population de l'étude	2
3.2. Constitution de l'échantillon	2
3.3. Méthode de collecte.....	3
3.4. Saisie et analyse.....	4
4. Résultats	5
4.1. Description de la population ayant participé à l'enquête	5
4.1.1. Les structures participantes.....	5
4.1.2. La population répondante	6
4.2. La couverture maladie	12
4.2.1. Une grande majorité des personnes affiliées à l'assurance maladie	12
4.2.2. La CMU de base : une prestation dont bénéficient plus de 4 personnes enquêtées sur 10	12
4.2.3. L'Aide pour une complémentaire santé (ACS) : prestation peu connue par les personnes enquêtées.....	13
4.2.4. Près d'un quart des personnes enquêtées déclarent ne pas avoir de complémentaire santé	13
4.3. La consommation de soin.....	16
4.3.1. La grande majorité des personnes enquêtées ont un médecin traitant	16
4.3.2. Une consultation chez un médecin plus récente chez les personnes disposant d'une complémentaire santé	16
4.3.3. Plus d'une personne enquêtée sur deux considèrent en général leur santé comme bonne, très bonne ou excellente	17
4.4. Le renoncement aux soins.....	18
4.4.1. Plus de 4 personnes sur 10 déclarent avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois	18
4.4.2. Renoncement et type de soins : le médecin généraliste et le dentiste principalement concernés	21
4.4.3. Les raisons financières : premier motif évoqué pour expliquer le renoncement aux soins pour tous les professionnels, hormis le psychiatre	24
4.5. La connaissance des droits et dispositifs existants	26
4.5.1. Plus de 6 personnes bénéficiaires de la CMUC sur 10 jugent l'accès à cette prestation très ou assez facile	26
4.5.2. L'Aide pour une complémentaire santé (ACS) : prestation mal connue par les personnes enquêtées.....	27

4.5.3. Un quart des personnes enquêtées ont déjà été dans un lieu où les soins sont dispensés gratuitement	29
5. Limites de l'étude	31
6. Conclusion	32
Bibliographie	35
Liste des sigles	36
Annexe : Questionnaire.....	37

Liste des tableaux

Tableau 1 - Répartition de la population répondante selon le département	5
Tableau 2 - Bénéficiaires de l'allocation chômage et des prestations sociales (en %)	12
Tableau 3 - Personnes affiliées à l'assurance maladie	12
Tableau 4 - Personnes bénéficiaires de la CMUC parmi l'ensemble de la population enquêtée	15
Tableau 5 - Personnes ayant renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois selon le sexe, le département et le mode de cohabitation.....	20
Tableau 6 - Personnes ayant renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois	21
Tableau 7 - Personnes ayant eu accès à des lieux où les soins sont dispensés gratuitement	29

Liste des figures

Figure 1 - Répartition de la population selon le type de structures.....	5
Figure 2 - Répartition de la population selon le type de structures et le département	6
Figure 3 - Répartition de la population selon le type de commune de résidence et le département....	7
Figure 4 - Répartition de la population selon le mode de cohabitation et le sexe	8
Figure 5 - Répartition de la population selon le type de logement et l'âge.....	9
Figure 6 - Répartition de la population selon la situation professionnelle* et l'âge	10
Figure 7 - Répartition de la population selon la catégorie socioprofessionnelle.....	11
Figure 8 - Répartition de la population selon le fait de bénéficier d'une complémentaire santé selon le sexe.....	14
Figure 9 - Répartition de la population selon le fait de bénéficier d'une complémentaire santé selon la zone géographique de domicile	15
Figure 10 - Raisons évoquées par les personnes déclarant ne pas avoir de complémentaire santé ...	16
Figure 11 - Date de la dernière consultation chez un médecin selon le sexe	17
Figure 12 - Répartition de la population selon la santé perçue en général	18
Figure 13 - Renoncement à des soins au cours des 12 derniers mois selon le type de professionnel .	23
Figure 14 - Renoncement à des soins au cours des 12 derniers mois suite à une consultation.....	24
Figure 15 - Motifs évoqués pour expliquer le renoncement aux soins selon le type de professionnel	25
Figure 16 - Accès à la CMUC pour les personnes bénéficiaires.....	26
Figure 17 - Motifs évoqués pour expliquer le fait de ne pas avoir la CMUC.....	27
Figure 18 - Accès à l'Aide pour une complémentaire santé pour les personnes bénéficiaires	28
Figure 19 - Motifs évoqués pour expliquer le fait de ne pas avoir l'ACS.....	28
Figure 20 - Motifs évoqués pour expliquer le fait de ne pas être allé dans un lieu où les soins sont dispensés gratuitement.....	30

1. Introduction

Dans le cadre du Plan pluriannuel contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale, l'Agence régionale de santé (ARS) et la Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale (DRDJSCS) ont souhaité s'engager conjointement dans le pilotage d'une étude consacrée au renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne.

Cette étude faisant l'objet d'un intérêt collectif a été inscrite au programme de travail 2015 de la Plate-forme de l'observation sanitaire et sociale (PFoss) Auvergne-Rhône-Alpes.

Pour mener à bien cette réflexion, un groupe de travail a été constitué afin de proposer un projet d'étude. Le groupe de travail est composé des partenaires suivants :

- ARS Auvergne-Rhône-Alpes ;
- Association Viltais ;
- Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat) Auvergne ;
- Caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) du Puy-de-Dôme et de l'Allier ;
- Collectif interassociatif sur la santé (CISS) ;
- Conseil départemental du Puy-de-Dôme ;
- Direction régionale du service du contrôle médical d'Auvergne ;
- Dispensaire Émile Roux ;
- DRDJSCS Auvergne-Rhône-Alpes ;
- École supérieure du professorat et de l'éducation (ESPE) ;
- Mutualité sociale agricole (MSA) ;
- Rectorat de l'académie de Clermont-Ferrand.

Ont également été associées à cette démarche la Direction départementale de la cohésion sociale (DDCS) du Puy-de-Dôme, les Directions départementales de la cohésion sociale et de la protection des populations (DDCSPP) de l'Allier, du Cantal et de la Haute-Loire ainsi que les Délégations départementales de l'ARS de l'Allier, du Cantal, de la Haute-Loire et du Puy-de-Dôme.

Le groupe de travail a souhaité mettre en place une enquête sur le renoncement aux soins auprès du public rencontré dans des structures qui accueillent des personnes en situation de précarité. Pour cela, il s'est appuyé sur les travaux réalisés par l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore).

Le *renoncement aux soins* (Warin, 2011) est établi sur une base déclarative : il s'agit d'un besoin de soins identifié mais non satisfait. La notion de *non-recours à des soins* renvoie à un besoin de soins avéré sur le plan médical, mais non satisfait. Ces deux notions distinctes ne se superposent pas et font apparaître deux situations paradoxales :

- une personne peut déclarer avoir renoncé à des soins sans que d'un point de vue médical elle n'ait besoin de soins ;

- une personne peut déclarer ne pas avoir renoncé à des soins et pourtant, d'un point de vue médical, son état de santé peut nécessiter des soins.

L'étude s'appuie sur un recueil d'information par questionnaire auto-administré auprès de personnes en situation de précarité, son objet est donc le renoncement aux soins.

2. Objectif

L'objectif de cette étude est d'améliorer la connaissance sur le renoncement aux soins et ses motifs pour les personnes en situation de précarité ou de pauvreté sur le territoire auvergnat de manière à orienter les actions de lutte contre le renoncement aux soins. Il est attendu de ce travail :

- un repérage et une caractérisation du renoncement aux soins des publics précaires ;
- une identification des motifs et des facteurs explicatifs du renoncement aux soins ;

- une mesure du niveau de connaissance qu'ont les publics précaires sur leurs droits et sur les dispositifs existants.

La réalisation de l'étude a été confiée à la responsabilité de l'Observatoire régional de la santé d'Auvergne (ORS).

3. Méthode

L'étude est composée de deux phases : une enquête quantitative et une enquête qualitative. Le présent rapport présente l'approche quantitative. La seconde phase, qualitative, vise à approfondir les résultats quantitatifs et notamment à obtenir des éléments de compréhension du renoncement aux soins, au-delà des obstacles financiers, pour dégager des leviers d'actions pour lutter contre le renoncement. Cette phase fait l'objet d'un rapport spécifique.

3.1. Population de l'étude

La réalisation d'un recueil de données par questionnaire auto-administré auprès des personnes rencontrées dans les structures qui accueillent des publics en situation de précarité a été privilégiée.

Ont été inclus dans l'étude toutes personnes âgées de 18 ans ou plus rencontrées durant la période de l'enquête dans les structures identifiées comme accueillant des publics en situation de précarité. Le questionnaire étant auto-administré, il a été décidé d'exclure les personnes ne maîtrisant pas la langue française et ne pouvant donc pas répondre seules au questionnaire.

3.2. Constitution de l'échantillon

Plusieurs structures ont été identifiées comme recevant du public en situation de précarité et pouvant participer à cette enquête :

- les Centres d'hébergement et de réinsertion sociale (CHRS), les résidences sociales ;
- les structures agréées de distribution de l'aide alimentaire, les épiceries sociales, les comités et antennes du Secours populaire, les équipes du Secours catholique, les centres de distribution des Restos du cœur, les unités locales de la Croix-Rouge française. Il a été décidé de s'appuyer sur les structures départementales afin de relayer l'information à leurs équipes locales ;
- les Centres communaux d'action sociale (CCAS) ;
- les structures d'action sociale du Conseil départemental ;
- les entreprises et les chantiers d'insertion. Comme pour les associations d'aide alimentaire, il a été décidé de s'appuyer sur les unions régionales afin de mobiliser les structures adhérentes pouvant participer à l'enquête ;
- les missions locales ;
- les équipes mobiles de psychiatrie et précarité (EMPP) et les Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) ;
- la Carsat.

À l'exception des EMPP et des PASS, les structures en lien avec la santé n'ont pas été intégrées dans cette étude. En effet, il a été considéré que les EMPP et les PASS agissent en amont du recours aux soins. L'intégration d'autres structures en lien avec la santé supposait de rencontrer des personnes qui avaient déjà accès aux soins.

Afin de mobiliser ces structures sur ce projet, des réunions de présentation de l'enquête ont été organisées au cours du mois d'avril 2015 dans chaque département de la région, avec le concours des Délégations départementales de l'ARS, de la DDCS du Puy-de-Dôme et des DDCSPP de l'Allier, du Cantal et de la Haute-Loire. Ces réunions avaient pour objectif de présenter les enjeux de l'enquête aux différentes structures identifiées et de les accompagner dans la mise en place de cette étude.

Suite à ces réunions, 184 structures ont souhaité participer au recueil de données.

3.3. Méthode de collecte

Afin de répondre à l'objectif de cette enquête, un questionnaire a été élaboré à partir d'études existantes, et notamment à partir du questionnaire utilisé par l'Odenore dans le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard, publié en septembre 2014 (cf. encadré 1). Le questionnaire¹ (cf. annexe) est composé de cinq modules :

- renseignements personnels de la personne : sexe, âge, situation familiale, situation professionnelle, prestations sociales, commune de résidence ;
- couverture maladie de la personne : affilié à l'assurance maladie, complémentaire santé, Couverture maladie universelle (CMU) de base, Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), Aide pour une complémentaire santé (ACS)... ;
- consommation de soins : médecin traitant, dernière consultation, santé perçue ;
- renoncement aux soins : renoncement à des soins au cours des 12 derniers mois, types de soins et raisons.
- connaissance des droits et dispositifs existants : facilité d'accès à la CMU de base et à la CMUC, à l'ACS, aux lieux où les soins sont dispensés gratuitement, motifs du renoncement à ces prestations. Cette partie vise à appréhender la connaissance de la personne sur les dispositifs existants qui pourraient lui permettre d'accéder aux soins.

Ce questionnaire a été testé auprès d'une dizaine de personnes hébergées dans un CHRS de Clermont-Ferrand. Suite à ce test, des réajustements ont été effectués afin de rendre le questionnaire plus compréhensible et plus facile à remplir pour le public concerné.

Le remplissage de ce questionnaire était proposé à chaque personne majeure rencontrée au sein de la structure, dès lors qu'elle pouvait répondre au questionnaire. Au sein de chaque structure, un membre du personnel ou un bénévole a été identifié comme personne référente afin d'assurer la bonne réalisation de l'enquête et une éventuelle co-administration du questionnaire pour les personnes qui auraient besoin d'être accompagnées dans le remplissage du questionnaire. Afin d'annoncer la mise en place de l'enquête, une affiche permettant de présenter l'étude, ces objectifs et la période de recueil a été transmise aux structures.

Une présentation de l'étude rappelant ses objectifs, le caractère confidentiel et les droits d'information des personnes enquêtées était jointe au questionnaire, accompagné d'une notice de remplissage. Un bordereau de retour a également été envoyé aux structures afin qu'elles renseignent le nombre de personnes reçues au sein de leur structure durant la période de l'enquête, le nombre de questionnaires remplis, le nombre de refus et leurs motifs ainsi que le nombre de personnes qui n'auraient pas pu répondre au questionnaire.

L'enquête s'est déroulée sur une période de 2 semaines, du 1^{er} au 15 juin 2015, mais pouvait être prolongée sur tout le mois de juin pour les structures qui le souhaitaient. Une relance téléphonique auprès des structures n'ayant pas répondu a été effectuée à la fin du mois de juin.

Au total, 5 451 questionnaires ont été envoyés aux 184 structures ayant souhaité participer à cette enquête.

¹ Ce questionnaire a fait l'objet d'une déclaration à la Commission nationale informatique et liberté (Cnil).

Encadré 1 : Odenore - Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard

Issu d'une recherche exploratoire sur le non-recours aux services de l'État, le constat d'un manque d'outils de mesure et de connaissance a conduit à construire un dispositif d'observation. Labellisé en juin 2002 par le réseau France Qualité Publique, l'Observatoire des non-recours aux droits et service (Odenore) a été créé officiellement en mars 2003 comme dispositif du laboratoire PACTE à l'Institut d'Études Politiques de Grenoble. En janvier 2009, Odenore a été créé comme Équipe de recherche technologique par le Ministère de l'Enseignement supérieur et de la Recherche¹.

En 2013, l'Odenore a mis en place dans le Gard un baromètre du renoncement aux soins (BRSG) (Warin, Chauveaud, 2014), expérience initiée et coordonnée par la Caisse primaire d'assurance maladie (Cpam) du Gard. La construction du BRSG a reposé sur l'utilisation d'une fiche de repérage de situations de renoncement à des soins. Il rend compte du renoncement aux soins pour les publics accueillis par les institutions engagées dans la démarche (Accueil et Centre d'examen de santé de la Cpam, service médical Assurance maladie, service social de la Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail (Carsat), Mutualité sociale agricole (MSA), Mutualité française, Conseil départemental, Caisse régionale minière (Carmi), Centre hospitalier universitaire (CHU), Régime social des indépendant (RSI)). Il est représentatif de l'importance du renoncement pour ces publics, les repérages étant menés systématiquement auprès de toutes les personnes accueillies ou rencontrées par les professionnels au cours des campagnes (4 campagnes réalisées entre novembre 2013 et juin 2014). À l'issue de ces campagnes, 4 616 repérages ont été effectués par les différentes institutions partenaires, avec un taux de renoncement déclaré de 30,5 %.

Afin de comprendre les situations repérées, leurs causes et leurs conséquences, la Cpam du Gard a complété cette approche par questionnaire par un volet qualitatif, avec 113 entretiens réalisés auprès de personnes ayant donné leur accord lors du passage du questionnaire et ayant mentionné un renoncement ou un report des soins.

¹ Site de l'Odenore <https://odenore.msh-alpes.fr/>. Consulté le 22 août 2016.

3.4. Saisie et analyse

Sur les 184 structures enquêtées, 99 ont participé, renvoyant au total 2 652 questionnaires au cours de l'été 2015. Vingt-et-un questionnaires ont été exclus lors de la saisie (mauvaise qualité de remplissage, réponses incohérentes...), dont six qui concernaient des jeunes de moins de 18 ans. Certaines structures non ciblées initialement, comme les Relais santé par exemple, ont renvoyé des questionnaires.

Ainsi, 2 631 questionnaires ont finalement été saisis et analysés. La saisie et l'analyse statistique des données ont été effectuées par l'ORS Auvergne sur les logiciels Limesurvey, Stata 11.0® et Excel 2010®.

Lorsque les effectifs étaient suffisants, les données étudiées ont été croisées avec l'âge, le sexe, le département, la zone géographique et le type de structure. L'ensemble des résultats produits ont fait l'objet de tests statistiques qui permettent de montrer que les différences constatées entre les variables croisées sont significatives d'un point de vue statistique et qu'il existe bien un lien entre les variables. Le test du χ^2 ou de Fisher est utilisé pour les variables qualitatives, le test de Student pour les variables quantitatives.

Afin de maîtriser l'effet de certaines variables dites de confusion et de raisonner « toutes choses égales par ailleurs », un modèle logistique a systématiquement été réalisé. Cette analyse permet de rendre compte de l'effet propre d'une variable en contrôlant celles qui pourraient biaiser l'interprétation. La significativité a été démontrée lorsque la p-value² était inférieure ou égale à 0,05.

² La p-value correspond à la probabilité que les différences observées dans une étude soient dues au seul hasard.

4. Résultats

4.1. Description de la population ayant participé à l'enquête

4.1.1. Les structures participantes

Parmi les 184 structures interrogées, 99 ont participé à l'enquête, soit un taux de participation des structures qui atteint 54 %. La file active des structures n'étant pas connue³, aucun taux de participation des individus n'a pu être calculé.

Ces structures ont permis de collecter et d'analyser 2 631 questionnaires. Le nombre élevé de questionnaires reçus démontre la préoccupation importante des structures quant à la thématique de l'étude.

L'analyse départementale montre un bon taux de retour des structures de l'Allier : ces dernières représentent près de 25 % des structures répondantes et plus de 34 % des questionnaires reçus. Les structures du Puy-de-Dôme ont collecté 34 % des questionnaires, celles de la Haute-Loire près de 23 % et celles du Cantal près de 9 %.

Tableau 1 - Répartition de la population répondante selon le département

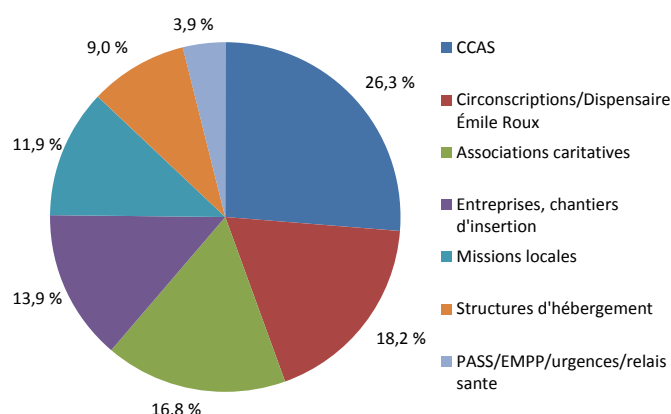
	Nombre de structures répondantes	Répartition des structures répondantes (en %)	Nombre de questionnaires reçus	Répartition des questionnaires reçus (en %)
Allier	24	24,2	913	34,7
Cantal	16	16,2	230	8,7
Haute-Loire	22	22,2	596	22,7
Puy-de-Dôme	37	37,4	892	33,9
Auvergne	99	100,0	2 631	100,0

Source : Enquête sur le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne

Exploitation ORS Auvergne

Les personnes reçues par les CCAS, les circonscriptions des conseils départementaux et le dispensaire Émile Roux sont majoritaires parmi les personnes enquêtées, suivies de celles rencontrées dans les « associations caritatives⁴ », les entreprises ou chantiers d'insertion, les missions locales et les structures d'hébergement (CHRS, résidences sociales). Les personnes rencontrées dans les PASS, les EMPP ou les relais santé sont moins représentées (4 % des personnes répondantes).

Figure 1 - Répartition de la population selon le type de structures



Source : Enquête sur le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne

Exploitation ORS Auvergne

³ Toutes les structures n'ont pas renseigné le nombre de personnes accueillies au cours de la période de l'enquête sur le bordereau de retour.

⁴ Ces associations regroupent les associations d'aide alimentaire, les épiceries sociales, les comités et antennes du Secours populaire, les équipes de Secours catholique, les centres de distribution des Restos du cœur et les unités locales de la Croix-Rouge. Ces structures seront regroupées sous le terme « associations caritatives » dans la suite de ce rapport.

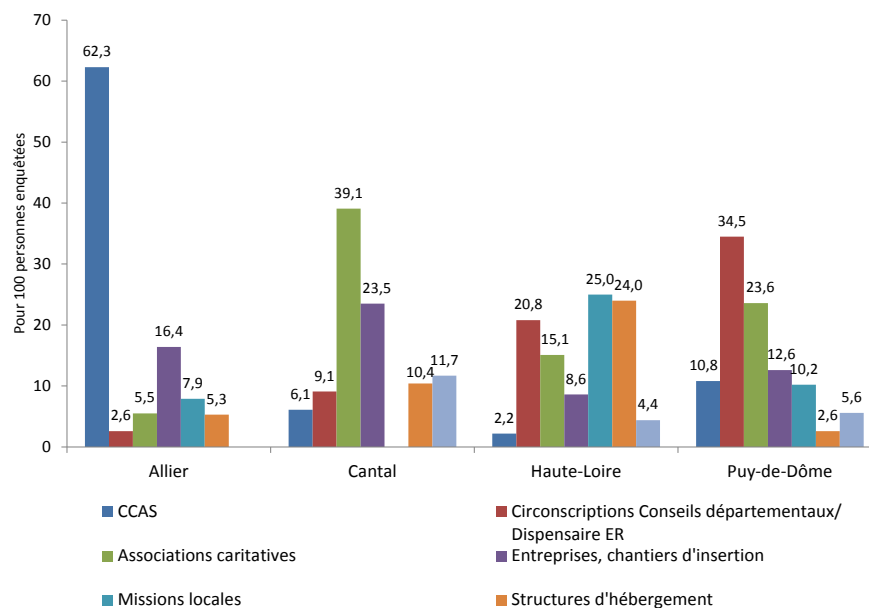
Il est à noter une hétérogénéité du type de structures répondantes entre les départements. Parmi les personnes rencontrées dans les structures de l'Allier, 62 % l'ont été par des CCAS et 16 % par des entreprises ou chantiers d'insertion.

Dans le Cantal, les personnes vues par les « associations caritatives » représentent près de 4 individus rencontrés sur 10, suivies des salariés des entreprises ou chantiers d'insertion (près d'un quart des personnes rencontrées dans le département). Aucun questionnaire n'a été renvoyé par les missions locales de ce département, ce constat étant probablement lié au fait que la mission locale du Cantal met en œuvre des actions de lutte contre le non-recours aux soins avec le soutien financier de l'ARS.

En Haute-Loire, les personnes répondantes se répartissent équitablement entre celles reçues par les structures d'hébergement, les unités territoriales du conseil départemental et les missions locales du département.

Enfin, dans le Puy-de-Dôme, ce sont les personnes rencontrées dans les circonscriptions du conseil départemental qui sont majoritaires, suivies des personnes reçues par les « associations caritatives ».

Figure 2 - Répartition de la population selon le type de structures et le département



Source : Enquête sur le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne

Exploitation ORS Auvergne

N'ayant pas les éléments pour pouvoir redresser les données et les rendre comparables, la comparaison des résultats entre les départements doit être interprétée avec prudence, le public reçu n'ayant pas forcément les mêmes caractéristiques selon le type de structures fréquentées.

4.1.2. La population répondante

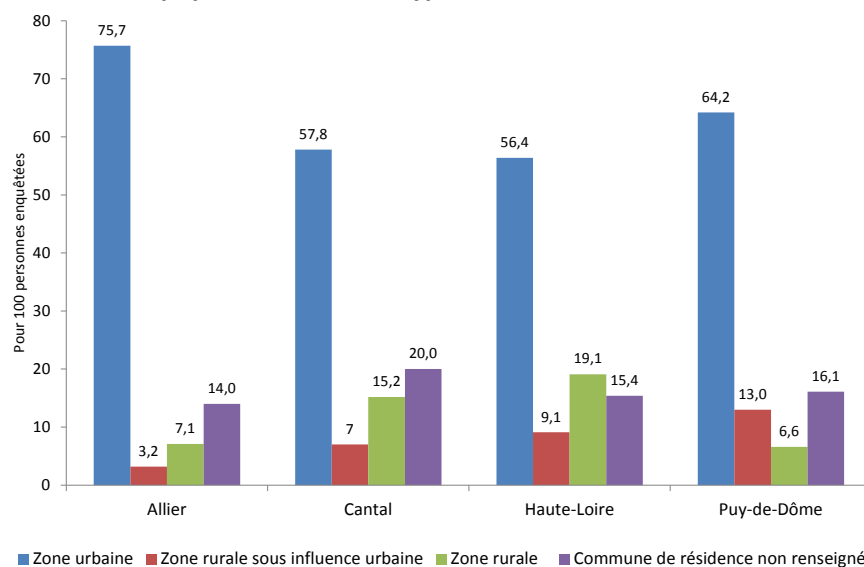
4.1.2.1. Une majorité de femmes et de personnes vivant en zone urbaine

La majorité des personnes répondantes sont des femmes (57 %). Le sexe n'était pas renseigné pour 0,8 % d'entre elles (20 personnes). Les répondants sont en moyenne âgés de 40,7 ans, le plus jeune étant âgé de 18 ans et le plus âgé de 97 ans. Trois classes d'âge prédominent parmi les répondants : les 18-29 ans (29 %), les 30-44 ans (29 %) et les 45-59 ans (27 %). Les 60 ans et plus représentent 12 % de la population enquêtée. L'âge n'était pas connu pour 4 % des questionnaires analysés.

Les personnes résidant dans une commune située dans une zone urbaine (cf. encadré 2) sont les plus représentées dans notre échantillon : 66 % alors que 8 % déclarent habiter dans une commune située dans une zone rurale sous influence urbaine et 10 % dans une commune située dans une zone rurale. La commune de résidence était inconnue pour 16 % des personnes enquêtées. Dans la suite de ce rapport, les analyses départementales seront réalisées à partir de la localisation des structures répondantes et non sur le département de domicile des personnes enquêtées.

Le type de commune de résidence des répondants diffère selon les départements. Les communes de résidence urbaines prédominent dans tous les départements, mais de manière plus importante dans l'Allier (76 %) et le Puy-de-Dôme (64 %). La part de personnes déclarant résider dans une zone rurale est plus élevée dans le Cantal (15 %) et la Haute-Loire (19 %).

Figure 3 - Répartition de la population selon le type de commune de résidence et le département



Source : Enquête sur le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne Exploitation ORS Auvergne

Encadré 2 : appartenance géographique des communes

La méthode utilisée pour définir la zone d'appartenance d'une commune est celle définie dans une étude de la PFoss (PFoss, 2015).

La définition des trois zones de l'étude (urbaine, rurale et rurale sous influence urbaine) s'appuie sur le zonage en aires urbaines et sur le découpage en unités urbaines définis par l'Insee. Chaque commune a été rattachée à l'une des trois zones selon sa catégorie dans le zonage en aires urbaines 2010 et selon son statut dans le découpage en unités urbaines 2010.

La zone rurale de l'étude est composée des communes ayant le statut rural à la fois dans le zonage en aires urbaines et dans le découpage en unités urbaines. **La zone urbaine** de l'étude est constituée des communes ayant le statut urbain dans le découpage en unités urbaines et le statut urbain ou périurbain dans le zonage en aires urbaines. Enfin, **la zone rurale sous influence urbaine** de l'étude est composée des autres communes.

Unité urbaine 2010	Aire urbaine 2010	Appartenance géographique des communes dans l'étude
Rurale	Rurale	Zone rurale
Rurale	Périurbaine	Zone rurale sous influence urbaine
Rurale	Urbaine	
Urbaine	Rurale	Zone urbaine
Urbaine	Périurbaine	
Urbaine	Urbaine	

Source : Insee, Zonages d'études

Exploitation PFoss Auvergne

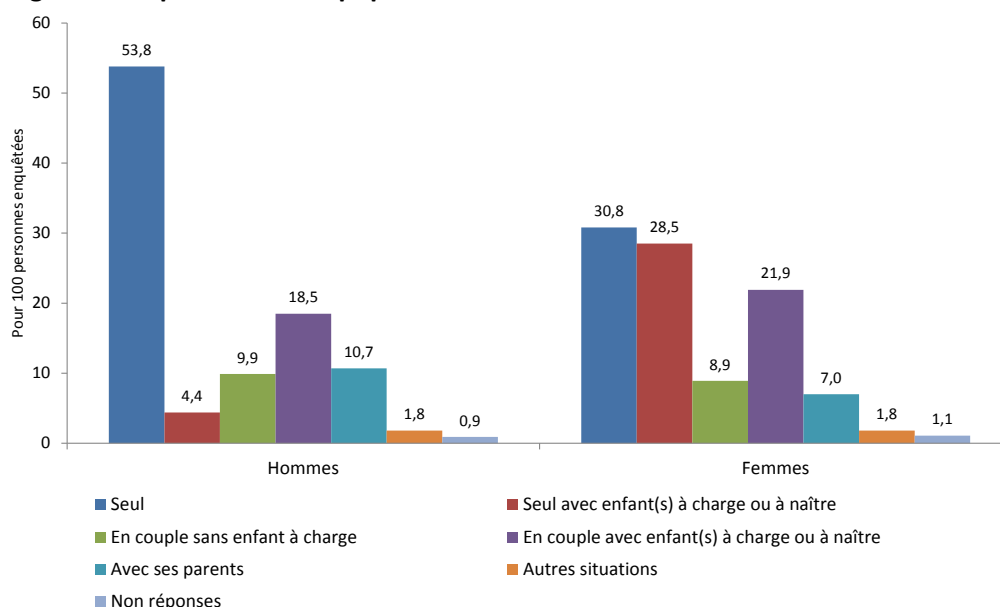
4.1.2.2. Des personnes vivant plutôt seules et propriétaires ou locataires de leur logement

La population étudiée est plutôt composée de personnes vivant seules (41 %), puis de personnes vivant en couple avec enfant(s) à charge (20 %) ou vivant seules avec enfant(s) à charge (18 %). La population rencontrée dans l'enquête est caractérisée par son isolement, facteur d'aggravation de la pauvreté, avec une surreprésentation des personnes seules et des familles monoparentales par rapport à la population régionale. Au contraire, les couples, avec ou sans enfants, sont sous-représentés.

Les hommes rencontrés déclarent plus souvent vivre seuls (54 %) par rapport aux femmes (31 %) alors que ces dernières vivent plus fréquemment seules avec enfant(s) à charge (29 % contre 4 % des hommes).

Le mode de cohabitation est également différent selon l'âge de la personne : les personnes âgées de 45 ans et plus, et notamment les personnes âgées de 60 ans ou plus, vivent dans la majorité des cas seules (plus des trois quarts des 60 ans ou plus sont dans cette situation). Les personnes âgées de moins de 30 ans vivent plutôt seules (29 %) ou avec leur parent (27 %) alors que les 30-44 ans vivent en couple avec enfant(s) à charge (35 %) ou seuls, avec (29 %) ou sans enfant à charge (29 %).

Figure 4 - Répartition de la population selon le mode de cohabitation et le sexe



Source : Enquête sur le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne

Exploitation ORS Auvergne

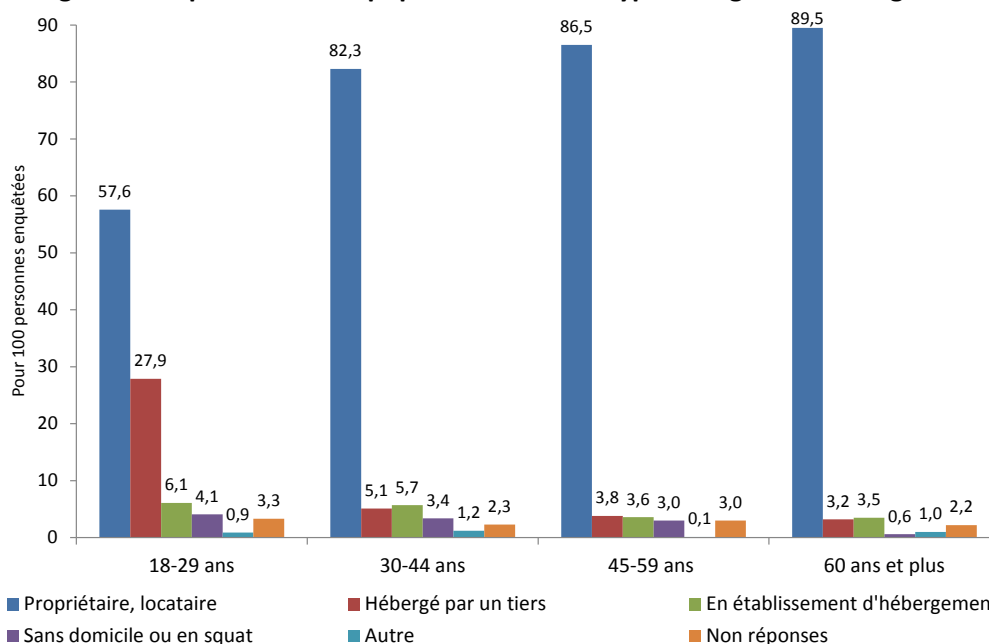
La majorité des personnes enquêtées (77 %) déclarent être propriétaires ou locataires de leur logement, précisant fréquemment sur le questionnaire être locataire et non propriétaire. L'hébergement par un tiers concerne 11 % des personnes enquêtées, 5 % vivent en établissement d'hébergement et 3 % sont sans domicile ou en squat.

Le fait d'être propriétaire ne sécurise pas nécessairement sur le plan financier. En effet, outre des impôts supplémentaires qui peuvent grever le budget, le statut de propriétaire peut empêcher l'accès à certaines aides financières alors que les personnes disposent de revenus modestes (Warin et Chauveaud, 2014).

Les femmes déclarent davantage être propriétaires ou locataires que les hommes (83 % contre 70 % des hommes), ces derniers étant plus souvent hébergés par un tiers (14 % contre 9 % des femmes), en établissement d'hébergement (7 % contre 4 % des femmes) ou sans domicile ou en squat (6 % contre 1 % des femmes).

La part de personnes propriétaires ou locataires de leur logement augmente progressivement avec l'âge des personnes répondantes tandis que l'hébergement par un tiers concerne davantage les plus jeunes.

Figure 5 - Répartition de la population selon le type de logement et l'âge



Source : Enquête sur le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne

Exploitation ORS Auvergne

Enfin, le mode de logement semble différent selon la zone géographique de résidence de la personne : celles habitant en zone rurale ou rurale sous influence urbaine déclarent plus fréquemment être hébergées par un tiers (respectivement 15 % et 20 %) que les personnes habitant en zone urbaine (10 %). Ce résultat peut signifier un esprit de solidarité et d'entre-aide plus marqué en milieu rural par rapport aux villes où l'anonymat et l'individualisme sont plus présents. Il peut aussi s'expliquer par des possibilités de se loger à bas coût (logement sociaux) ou des offres d'hébergement (structures d'hébergement...) plus nombreuses en milieu urbain et donc des besoins moindre d'être hébergé par une tierce personne.

4.1.2.3. Un public principalement à la recherche d'un emploi

Les personnes enquêtées déclarent principalement être à la recherche d'un emploi : près de la moitié d'entre elles sont dans cette situation (46 %). Ces personnes se retrouvent davantage chez les hommes (51 %) que chez les femmes (42 %), chez les personnes âgées de 18 à 29 ans (61 % contre 39 % chez les 30 ans ou plus), vivant en zone urbaine ou en zone rurale sous influence urbaine (plus de 45 % contre 37 % des personnes vivant en zone rurale) et chez celles rencontrées dans une mission locale (plus de 8 sur 10 sont à la recherche d'un emploi).

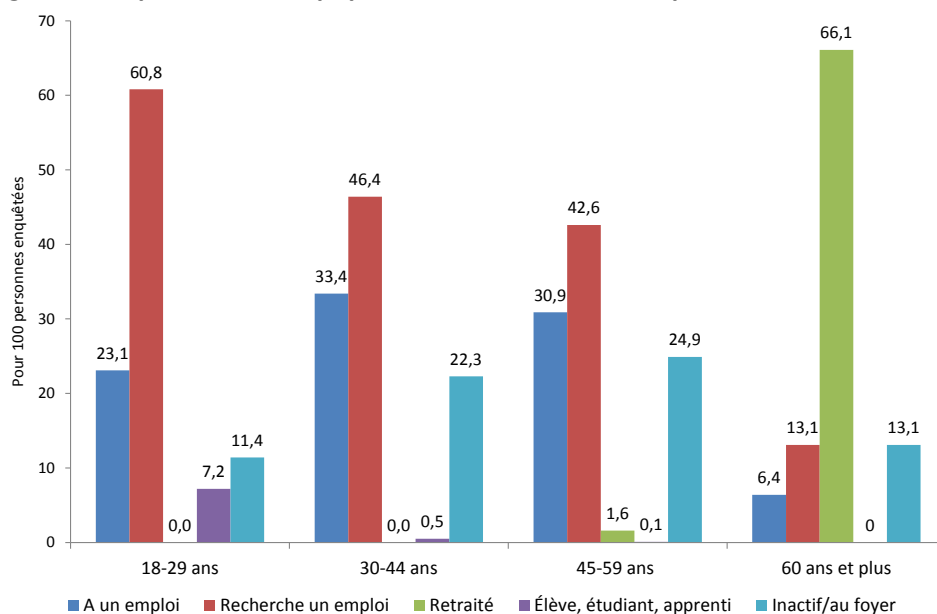
Les personnes disposant d'un emploi représentent 27 % de la population enquêtée : ces dernières se rencontrent plutôt chez les personnes âgées de 30 à 59 ans et vivant en zone rurale, que ce soit sous influence urbaine ou non.

Près de 2 personnes interrogées sur 10 déclarent ensuite être inactives ou au foyer. Cette part est plus élevée chez les femmes (21 %) que chez les hommes (15 %), chez les personnes âgées de 30 à 59 ans (24 %) ainsi que chez les personnes ayant des enfants à charge, qu'elles soient en couple (24 %) ou seules (23 %). Les personnes sans domicile ou reçu dans les établissements d'hébergement déclarent davantage être inactives (respectivement 57 % et 45 %).

Enfin, 9 % des personnes enquêtées déclarent être à la retraite et 2 % être étudiants, élèves ou apprentis.

Il est également remarqué que 91 individus, soit 3,5 % des personnes enquêtées, ont à la fois un emploi et sont à la recherche d'un emploi. Cette situation concerne majoritairement les personnes à temps partiel et les personnes en contrat d'insertion. Seules 3 personnes sont à la fois étudiantes et ont un emploi.

Figure 6 - Répartition de la population selon la situation professionnelle* et l'âge



* Le total des pourcentages par tranche d'âge peut être supérieur à 100 car plusieurs réponses étaient possibles.

Source : Enquête sur le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne

Exploitation ORS Auvergne

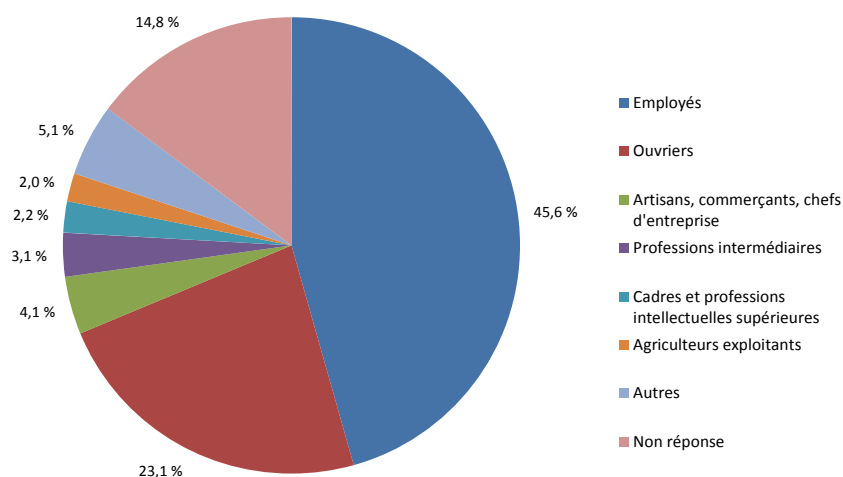
Parmi les personnes ayant un emploi, 48 % déclarent être à temps partiel et 31 % à temps complet (cet item n'était pas renseigné pour 21 % des questionnaires). Le temps partiel est plus fréquent dans la population enquêtée que pour l'ensemble de la région (18,1 % des 15 ans et plus en 2012). Les personnes à temps partiel se retrouvent davantage chez les femmes (59 % des femmes répondantes ayant un emploi contre 44 % des hommes) et chez les personnes rencontrées dans une entreprise ou un chantier d'insertion (51 %).

Les personnes ayant un emploi déclarent pour 34 % d'entre elles avoir un contrat à durée indéterminé (alors qu'en population régionale, les CDI représentent 72 %), pour 30 % d'entre elles un contrat d'insertion et pour 15 % d'entre elles un contrat à durée déterminée. Les intérimaires, non-salariés, emplois aidés ou apprentis sont beaucoup moins présents parmi les personnes enquêtées.

4.1.2.4. Une majorité d'employés

Les personnes enquêtées ayant un emploi, étant à la recherche d'un emploi ou étant retraitées déclarent principalement être employées. Par rapport à la population active régionale de 15 à 64 ans, les employés dans l'échantillon de l'étude sont surreprésentés et inversement les professions intermédiaires et les cadres et professions intellectuelles supérieures sont sous-représentés (respectivement 29,6 %, 22,5 % et 10,9 %, en population régionale en 2012). Les femmes déclarent plutôt être employées alors que les hommes sont plutôt des ouvriers. De même, les artisans, qui ne représentent que 4 % des personnes concernées, sont plus fréquemment des hommes que des femmes.

Figure 7 - Répartition de la population selon la catégorie socioprofessionnelle



Source : Enquête sur le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne

Exploitation ORS Auvergne

4.1.2.5. Un tiers des personnes allocataires du Revenu de solidarité active (RSA)

Parmi l'ensemble des personnes enquêtées, 33,4 % déclarent être bénéficiaires du Revenu de solidarité active (RSA) (ce taux est de 4,9 % parmi l'ensemble de la population âgée de 18 à 64 ans au 31/12/2013) : ces personnes se retrouvent plus fréquemment dans les communes situées en zone urbaine (37 %) ou en zone rurale (28 %) que dans les communes situées en zone rurale sous influence urbaine (19 %). De même, ces bénéficiaires sont davantage présents chez les personnes vivant seules avec des enfants à charge (63 %), chez les personnes à la recherche d'un emploi (37 %) ou inactives (40 %).

Ces résultats confortent les conclusions d'une étude réalisée sur les bénéficiaires du RSA en Auvergne (PFoss, 2013). Celle-ci met en évidence une prévalence plus élevée de la population couverte par le RSA (les allocataires et leurs ayant-droits) dans les agglomérations de la région et une situation moins défavorable dans les zones rurales sous influence urbaine qui semblent davantage épargnées par la pauvreté. Cette étude souligne également la surreprésentation de personnes seules ou de mono-parents parmi les allocataires du RSA par rapport à l'ensemble de la population régionale, l'isolement étant un facteur de vulnérabilité.

Parmi l'ensemble des personnes enquêtées n'étant pas inactives, 18 % déclarent bénéficier d'une allocation chômage. Ces bénéficiaires se rencontrent principalement chez les personnes âgées de 30 à 59 ans et chez les personnes rencontrées en mission locale ou dans les « associations caritatives ».

Enfin, l'Allocation adulte handicapé, déclarée par 8 % des personnes enquêtées, est plus fréquemment déclarée par les personnes âgées de 45 à 59 ans, par les personnes résidant en zone rurale et parmi celles rencontrées dans une structure d'hébergement.

Lorsque les personnes déclarent percevoir d'autres allocations que celles citées précédemment, il s'agit le plus souvent d'aide au logement, d'allocations familiales, de pensions d'invalidité ou de la garantie jeune.

Tableau 2 - Bénéficiaires de l'allocation chômage et des prestations sociales (en %)

	Oui	Non	Ne sait pas	Non réponse
Allocation chômage	18,4	71,0	1,6	9,0
RSA	33,4	59,2	1,5	6,0
AAH	8,4	82,7	1,3	7,6
Autres allocations	17,0	65,9	1,9	15,2

Source : Enquête sur le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne

Exploitation ORS Auvergne

4.2. La couverture maladie

4.2.1. Une grande majorité des personnes affiliées à l'assurance maladie

Plus de 9 personnes enquêtées sur 10 déclarent être affiliées à l'assurance maladie, 0,3 % déclarent ne pas savoir répondre à cette question et 1,8 % n'ont pas répondu. Les femmes déclarent plus fréquemment que les hommes être affiliées à l'assurance maladie. De même, cette part est plus élevée chez les personnes reçues dans les structures de l'Allier, de la Haute-Loire et du Puy-de-Dôme que dans celles du Cantal.

Ne pas être affilié à l'assurance maladie est une situation qui se retrouve plus fréquemment chez les personnes sans domicile ou vivant en squat ainsi que chez les personnes étant inactives ou au foyer.

Tableau 3 - Personnes affiliées à l'assurance maladie

		Effectif	%
Sexe	Hommes	996	90,2
	Femmes	1 426	94,6
Département	Allier	875	95,8
	Cantal	194	84,4
	Haute-Loire	545	91,4
	Puy-de-Dôme	826	92,6
Logement	Propriétaire, locataire	1 941	95,8
	Hébergé par un tiers	255	87,6
	En établissement d'hébergement	100	76,3
	Sans domicile, en squat	53	63,1
Situation professionnelle	A un emploi	576	95,1
	À la recherche d'un emploi	1 048	94,5
	À la retraite	211	93,4
	Étudiants, élèves, apprentis	56	90,3
	Inactif, au foyer	418	86,7

Source : Enquête sur le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne

Exploitation ORS Auvergne

4.2.2. La CMU de base : une prestation dont bénéficient plus de 4 personnes enquêtées sur 10

Plus de 42 % des personnes enquêtées déclarent être bénéficiaires de la Couverture maladie universelle de base, 5,7 % ne savent pas répondre à cette question et 2,8 % n'ont pas répondu. Le nombre de personnes déclarant bénéficier de la CMU de base semble élevé. Il est possible qu'une confusion ait été faite entre CMU de base et CMUC. Pour cette raison, cette question ne sera pas exploitée de façon plus approfondie et ne fera pas l'objet de croisements avec d'autres variables.

Encadré 3 : la protection universelle maladie

À partir du 1^{er} janvier 2016, la protection universelle maladie entre en application¹. Avec cette réforme, toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière a droit à la prise en charge de ses frais de santé. Par conséquent, le dispositif de la CMU de base n'a plus de raison d'être et est donc supprimé. En revanche, la protection universelle maladie n'intervenant que pour la prise en charge des frais de santé qui relèvent de l'assurance maladie obligatoire, elle n'a aucun impact sur la CMUC qui continue donc d'exister. Pour rappel, la CMUC est une couverture maladie complémentaire gratuite, attribuée à toute personne résidant en France de manière stable et régulière, sous condition de ressources (Ameli.fr). La CMUC permet à ses bénéficiaires qui gagnent moins de 720 euros mensuels (pour une seule personne applicable au 01/07/2014) d'obtenir une prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé.

¹ La protection universelle maladie est prévue par l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016.

Les personnes rencontrées lors de cette enquête sont très peu nombreuses à déclarer bénéficier de l'Aide médicale d'état (AME) : seules 40, soit 1,5 % des personnes enquêtées, sont dans cette situation. L'AME étant un dispositif permettant aux étrangers en situation irrégulière de bénéficier d'un accès aux soins, ce résultat peut probablement s'expliquer par le fait que les personnes ne maîtrisant pas la langue française ont été exclues de cette enquête. Médecins du Monde, dans son rapport 2015 (Direction des missions France de Médecins du Monde, 2015), indiquait toutefois un non-recours important à l'AME.

4.2.3. L'Aide pour une complémentaire santé (ACS) : prestation peu connue par les personnes enquêtées

Moins d'une personne enquêtée sur dix (8 %) déclare être bénéficiaire de l'Aide pour une complémentaire santé (ACS). La population enquêtée ne semble pas être bien informée sur cette prestation, près de 17 % déclarant ne pas savoir s'ils bénéficiaient de cette aide ou n'ayant pas répondu à cette question. En population générale, les bénéficiaires de l'ACS représentent 1,6 % de la population du Régime général (y compris les sections locales mutualistes) (Cnamts, 2015). Dans le baromètre du renoncement aux soins réalisé dans le Gard (BRSG), le taux de personnes bénéficiant de l'ACS s'élève à 6,3 % (Warin et Chauveaud, 2014). Le taux de bénéficiaires de l'ACS dans notre enquête en Auvergne semble donc plutôt élevé.

Encadré 4 : l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé a été mise en place en 2005 sous la forme d'une aide financière pour favoriser l'accès aux soins des personnes ayant un revenu juste au-dessus du plafond d'éligibilité à la CMUC. Le taux de non-recours à l'ACS est important, seules 22 % des personnes éligibles auraient fait valoir leur droit en 2011 (Fonds CMU, 2012). La connaissance de l'aide à la complémentaire santé (ACS) est lacunaire (Cnam, Propositions pour 2016).

La part de personnes bénéficiaires de l'ACS augmente avec l'âge de la personne enquêtée. Cette part est également plus élevée chez les personnes ayant un emploi à temps partiel (10 % contre 4 %) ou étant bénéficiaires d'une allocation chômage (11 % contre 7 %).

4.2.4. Près d'un quart des personnes enquêtées déclarent ne pas avoir de complémentaire santé

La majorité (69 %) des personnes enquêtées déclarent avoir une complémentaire santé : 34 % ont la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) et 34 % une autre complémentaire santé. L'absence de complémentaire santé est signalée par 22 % de la population enquêtée, 4 % des

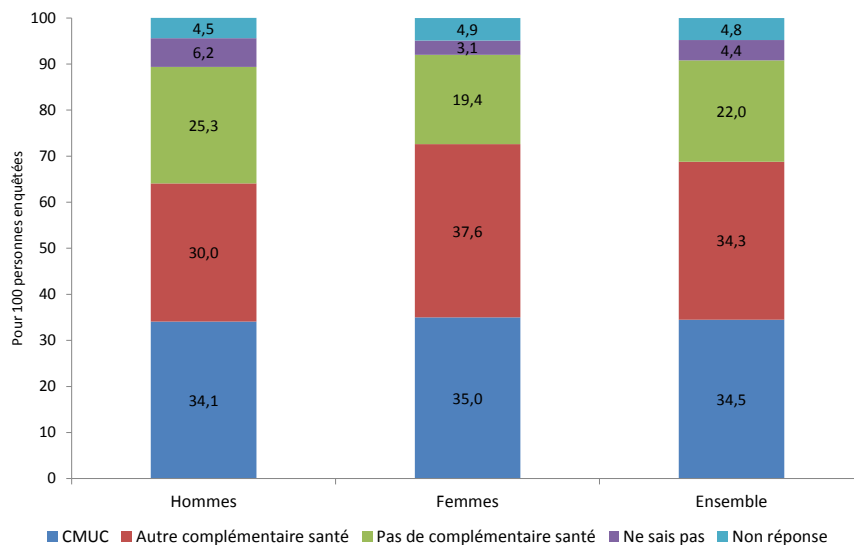
personnes ne savent pas si elles disposent d'une complémentaire santé et 5 % n'ont pas répondu à cette question.

Selon l'enquête santé et protection sociale 2012 menée par l'Irdes, 6 % des personnes de France métropolitaine vivant en ménage ordinaire (hors institution) déclarent bénéficier de la CMUC et 5 % déclarent ne pas être couverts par une complémentaire santé (Célant, Dourgnon, Guillaume, Pierre, Rochereau, Sermet, 2014). Parmi les ménages les plus pauvres (vivant avec moins de 870 euros mensuels par unité de consommation), l'observatoire des inégalités indique que 12 % n'ont pas de complémentaire santé contre 3 % au sein des ménages les plus aisés (1 997 euros et plus mensuels par unité de consommation). Enfin, dans une étude réalisée auprès de bénéficiaires du RSA, 8 % déclarent n'avoir aucune complémentaire santé (Moisy, 2014).

Ainsi, en comparaison, le taux de personnes sans complémentaire santé observé dans notre étude semble particulièrement élevé et traduit la grande vulnérabilité de la population enquêtée. La présence d'une couverture complémentaire santé jouant un rôle majeur dans le recours aux soins (Desprès, Dourgnon, Fantin, Jusot, 2011), les résultats sur le renoncement aux soins seront analysés au regard du taux élevé de personnes sans complémentaire santé.

Les personnes bénéficiaires d'une autre complémentaire santé sont 18 % à bénéficier de l'ACS. Les femmes déclarent plus fréquemment avoir une complémentaire santé que les hommes (73 % contre 64 % des hommes).

Figure 8 - Répartition de la population selon le fait de bénéficier d'une complémentaire santé selon le sexe



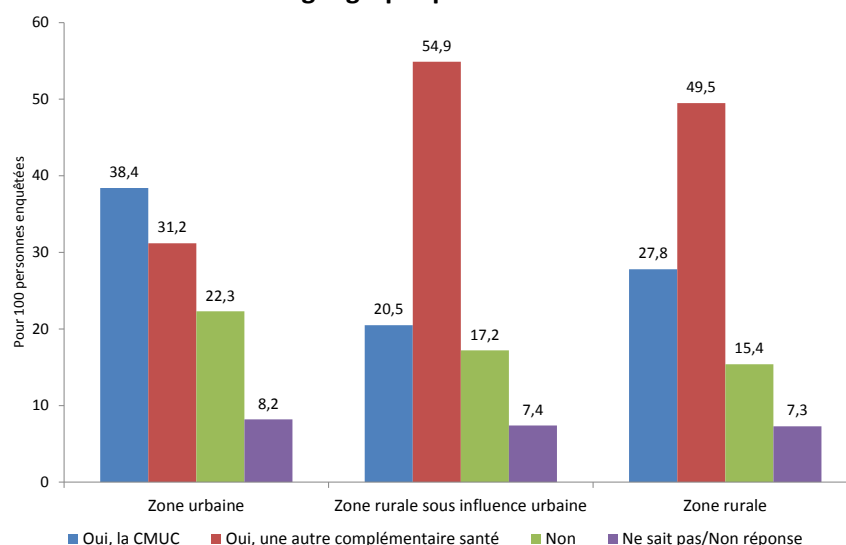
Source : Enquête sur le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne

Exploitation ORS Auvergne

Globalement, les personnes résidant dans une commune située en zone rurale ou rurale sous influence urbaine déclarent plus souvent bénéficier d'une mutuelle (respectivement 77 % et 75 %) que les personnes résidant dans une commune située en zone urbaine (70 %). Ces dernières déclarent par contre plus fréquemment bénéficier de la CMUC que les autres. Dans les communes rurales ou rurales sous influence urbaine, les personnes ont essentiellement une mutuelle privée.

La part de personnes bénéficiant d'une complémentaire santé, quelle qu'elle soit, est également plus élevée chez les propriétaires ou locataires de leur logement (72 %) et chez les personnes rencontrées dans les CCAS (78 %), les structures d'action sociale des conseils départementaux (73 %) ou les CHRS (71 %). À l'inverse, les personnes à la recherche d'un emploi ou inactives déclarent moins souvent bénéficier d'une complémentaire santé (respectivement 64 % et 68 %) que les personnes ayant un emploi (76 %), à la retraite (79 %) ou étudiantes (74 %). Enfin, parmi les personnes ayant un emploi à temps complet, 83 % déclarent avoir une complémentaire santé contre 72 % des personnes ayant un emploi à temps partiel.

Figure 9 - Répartition de la population selon le fait de bénéficier d'une complémentaire santé selon la zone géographique de domicile



Source : Enquête sur le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne Exploitation ORS Auvergne

Les bénéficiaires de la CMUC se rencontrent moins fréquemment chez les personnes âgées de 60 ans ou plus mais plus souvent chez celles vivant en établissement d'hébergement, chez les personnes rencontrées dans les CCAS, chez les personnes à la recherche d'un emploi ou inactive, au foyer et chez les personnes bénéficiaires du RSA.

Tableau 4 - Personnes bénéficiaires de la CMUC parmi l'ensemble de la population enquêtée

		Effectif	%
Âge	18-29 ans	259	34,4
	30-44 ans	310	40,3
	45-59 ans	238	33,9
	60 ans et plus	66	21,1
Type de structures	CCAS	356	51,5
	Structures d'action sociale du Conseil départemental	110	23,0
	Établissement d'hébergement	91	38,2
	« Associations caritatives »	140	31,8
	Entreprises, chantiers d'insertion	108	29,4
	PASS, EMPP	26	25,2
	Missions locales	76	24,4
Logement	Propriétaire, locataire	709	35,0
	Hébergé par un tiers	71	24,4
	En établissement d'hébergement	61	46,6
	Sans domicile, en squat	25	29,8
Situation professionnelle	A un emploi	152	25,1
	À la recherche d'un emploi	449	40,5
	À la retraite	34	15,0
	Étudiants, élèves, apprentis	17	27,4
	Inactif, au foyer	204	42,3
Bénéficiaire du RSA	Oui	536	61,1

Source : Enquête sur le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne

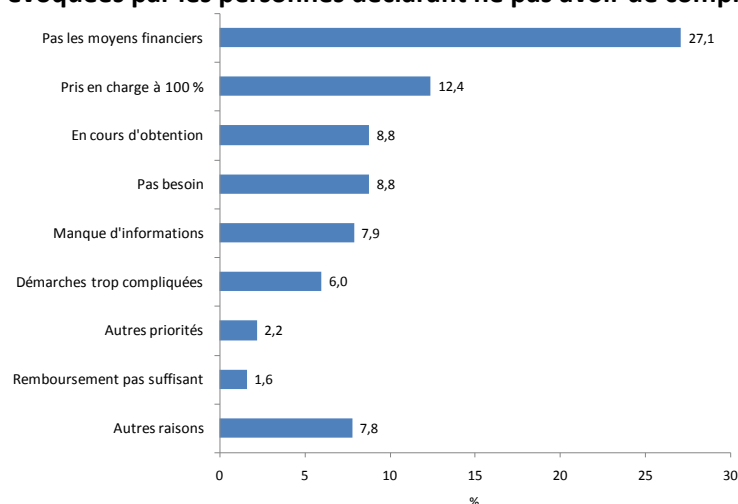
Exploitation ORS Auvergne

La principale raison évoquée par les personnes déclarant ne pas avoir de complémentaire santé (695 personnes) est qu'elles n'en ont pas les moyens financiers. Plus d'une sur dix déclarent être

prise en charge à 100 % et 9 % ont leur complémentaire en cours d'obtention. 8 % d'entre elles considèrent ne pas être assez informées et 6 % que les démarches pour obtenir une complémentaire santé sont trop compliquées.

Le « choix » financier de l'absence de complémentaire santé et le déficit d'information sont deux facteurs centraux régulièrement mentionnés dans les différents travaux abordant ce sujet (Rode, 2010).

Figure 10 - Raisons évoquées par les personnes déclarant ne pas avoir de complémentaire santé



Source : Enquête sur le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne

Exploitation ORS Auvergne

Les personnes percevant leur santé comme excellente, très bonne ou bonne déclarent davantage ne pas avoir besoin de complémentaire santé (13 % contre 5 % des personnes estimant que leur état de santé est mauvais). De plus, les personnes âgées de moins de 45 ans semblent davantage avancer comme raison le manque d'informations (10 % contre 3 % des 45 ans ou plus). Enfin, les hommes expliquent davantage cela par le fait que les démarches pour accéder à une complémentaire santé sont trop compliquées (8 % contre 4 % chez les femmes).

4.3. La consommation de soin

4.3.1. La grande majorité des personnes enquêtées ont un médecin traitant

Près de 9 personnes enquêtées sur 10 déclarent avoir un médecin traitant. Cette question a été relativement bien renseignée puisque seul 0,3 % ne savent pas et 1,2 % n'ont pas répondu.

Les femmes déclarent plus fréquemment avoir un médecin traitant (93 %) que les hommes (81 %). De plus, cette part augmente avec l'âge : 83 % des 18-29 ans déclarent avoir un médecin traitant contre 91 % des personnes âgées de 60 ans ou plus. Le mode de cohabitation semble également avoir un lien avec le fait d'avoir un médecin traitant ou non : plus de 90 % des personnes vivant avec des enfants, que ce soit seules ou en couple, ou vivant avec leur parent ont un médecin traitant contre respectivement 82 % et 87 % des personnes seules ou en couple sans enfant.

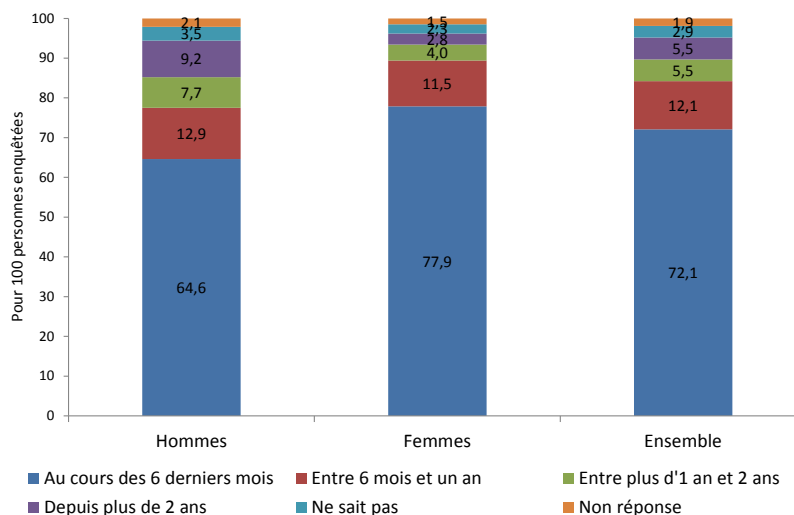
Enfin, les personnes étant affiliées à l'assurance maladie et celles déclarant avoir une complémentaire santé déclarent davantage avoir un médecin traitant (respectivement 90 % et 92 %) que celles n'ayant pas d'assurance maladie (58 %) ou pas de complémentaire santé (76 %).

4.3.2. Une consultation chez un médecin plus récente chez les personnes disposant d'une complémentaire santé

La dernière consultation chez un médecin a eu lieu au cours des 6 derniers mois pour 72 % de la population enquêtée. Cette consultation datait de plus de 6 mois mais de moins d'un an pour 12 % d'entre elles, de plus d'un an pour 11 % d'entre elles. 3 % ne se souvenaient plus de quand datait cette dernière consultation et 2 % n'ont pas répondu à cette question.

La dernière consultation chez un médecin était plus récente chez les femmes que chez les hommes : 78 % d'entre elles ont eu leur dernière consultation il y a moins de 6 mois et 7 % il y a plus d'un an. Chez les hommes, la dernière consultation datait de moins de 6 mois pour 65 % d'entre eux et de plus d'un an pour 17 % d'entre eux.

Figure 11 - Date de la dernière consultation chez un médecin selon le sexe



Source : Enquête sur le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne

Exploitation ORS Auvergne

De même, les personnes les plus âgées ont eu une consultation chez un médecin plus récemment que les plus jeunes : la part de personnes déclarant avoir vu un médecin il y a moins de 6 mois augmente avec l'âge, passant de 65 % chez les 18-29 ans à 84 % chez les 60 ans ou plus.

Le fait d'avoir une mutuelle semble également en lien avec le fait d'avoir eu une consultation chez un médecin depuis moins longtemps : plus de 77 % des personnes ayant une complémentaire santé ont eu leur dernière consultation il y a moins de 6 mois contre plus de 60 % des personnes n'ayant pas de mutuelle.

Les personnes déclarant avoir un médecin traitant ont également eu leur dernière consultation plus récemment (77 % il y a moins de 6 mois) que celles n'en ayant pas (43 % il y a moins de 6 mois).

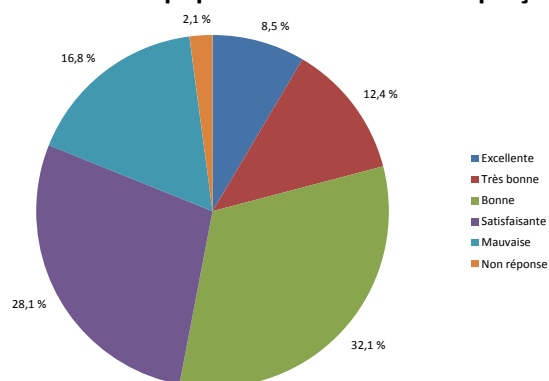
Enfin, les personnes percevant leur santé comme étant mauvaise déclarent plus fréquemment avoir eu leur dernière consultation chez un médecin il y a moins de 6 mois (86 %) que celles percevant leur santé excellente, très bonne ou bonne (66 %) ou satisfaisante (78 %).

Parmi les personnes enquêtées, 21 % ont été hospitalisées au moins une nuit au cours des 12 derniers mois (0,4 % ne savent pas et 2,1 % n'ont pas répondu à cette question).

4.3.3. Plus d'une personne enquêtée sur deux considère en général leur santé comme bonne, très bonne ou excellente

Globalement, les personnes enquêtées sont assez positives sur leur santé : la majorité des personnes enquêtées considère leur santé comme étant bonne (32 %), très bonne ou excellente (21 %). Plus de 28 % la considère comme satisfaisante et 17 %, soit 441 personnes, considère tout de même que leur santé est mauvaise.

Figure 12 - Répartition de la population selon la santé perçue en général



Source : Enquête sur le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne

Exploitation ORS Auvergne

Les hommes se considèrent davantage en excellente, très bonne ou bonne santé (57 %) que les femmes (50 %) alors que ces dernières considèrent davantage leur santé comme satisfaisante (31 % contre 25 %). De même, plus l'âge augmente, plus la part de personnes estimant que leur santé est mauvaise augmente.

Les personnes vivant seules ont également une vision plus négative de leur santé (22 % considèrent leur santé comme mauvaise), tout comme les personnes retraitées ou inactives : ces dernières sont près de 33 % à s'estimer en mauvaise santé contre 8 % des personnes ayant un emploi, 11 % des personnes à la recherche d'un emploi et 5 % des étudiants.

La majorité des personnes enquêtées (55 %) considèrent que leur santé d'aujourd'hui est comparable à celle d'il y a un an, qu'elle est moins bonne pour 26 % d'entre elles et qu'elle est meilleure pour 16 % d'entre elles. 3 % des personnes n'ont pas répondu à cette question.

Les femmes sont à nouveau plus négatives que les hommes, avec 28 % d'entre elles qui considèrent que leur santé est moins bonne qu'il y a un an contre 22 % des hommes. De même, plus l'âge augmente, plus la part de personnes déclarant avoir une santé moins bonne qu'il y a un an augmente.

Comme vu précédemment, pauvreté et précarité caractérisent une grande partie des personnes ayant répondu à l'enquête. Ces personnes n'ont pas de complémentaire santé dans près de 25 % des cas et 17 % d'entre elles considèrent leur santé comme mauvaise. Ces différents facteurs peuvent avoir une influence sur leur recours aux soins.

4.4. Le renoncement aux soins

4.4.1. Plus de 4 personnes sur 10 déclarent avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois

Globalement, quel que soit le type de soins, 41 % des personnes enquêtées déclarent avoir renoncé ou reporté des soins au cours des 12 derniers mois. Ils sont 57 % à ne pas être dans cette situation et 1 % à ne pas savoir (1 % n'a pas répondu à cette question).

À titre d'illustration⁵, dans le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard, le taux de renoncement déclaré est estimé à environ 30 %. Il faut rappeler que cette étude concerne les personnes accueillies dans les structures partenaires et donc une population spécifique (Warin et Chauveaud, 2014). De même, le Réseau de santé et de coordination d'appui (Rescorda) de Médecins du monde situé dans les Combrailles (cf. encadré 5) estime que près de 40 % des personnes reçues ont renoncé à un soin au cours des 12 mois précédant la rencontre de l'équipe Rescorda (Rescorda Auvergne, 2015). Ces chiffres semblent cohérents avec les résultats obtenus dans notre étude auvergnate.

⁵ Ces taux de renoncement aux soins ne peuvent pas être directement comparés à ceux de l'étude puisqu'ils portent sur des populations différentes interrogées par des méthodes d'enquête qui ne sont pas nécessairement identiques.

Encadré 5 : Réseau de santé et de coordination d'appui de Médecins du monde

Médecins du Monde (MdM) est une organisation non-gouvernementale dont l'objectif est de faciliter l'accès aux droits et aux soins de santé des populations les plus vulnérables en France comme à l'étranger. En France, l'association est présente dans une vingtaine de départements au travers de 70 programmes menés par des bénévoles et des salariés.

Moins visible et souvent non-dite, la précarité en milieu rural est peu étudiée et attire moins l'attention des politiques publiques. Les espaces ruraux sont pourtant loin d'être épargnés par le phénomène de précarité. Les difficultés financières rencontrées par les personnes vulnérables ajoutées à une moindre offre de soins et aux problèmes de mobilité existants en milieu rural peuvent avoir des conséquences sur le recours aux soins de ces personnes : il n'est ainsi pas rare qu'elles retardent ou renoncent à l'accès aux soins du fait de délais de rendez-vous trop longs, de difficultés de transport, de difficultés financières ou par ignorance de leurs droits. Le retard de soins et donc le non-recours aux soins peut entraîner le développement de pathologies plus graves, plus difficiles à soigner et plus coûteuses pour la collectivité.

Depuis 2013, le Réseau de Santé et de COOrdination d'Appui (Rescorda) de MdM situé dans les Combrailles (département du Puy-de-Dôme), s'est fixé comme objectif d'améliorer l'accès aux soins des publics vulnérables vivant en milieu rural en favorisant le maillage et l'articulation indispensable entre les acteurs du soin et le secteur social. Ce programme s'inscrit dans les actions menées dans le cadre du Contrat Local de Santé du Pays des Combrailles signé avec l'ARS Auvergne.

L'action a pour but d'aider les personnes en difficulté et/ou en rupture avec le dispositif de santé du droit commun et de les accompagner pour réintégrer un parcours de soins adapté.

À travers une approche de travail en réseau et une démarche d'aller vers, l'équipe mobile du Rescorda propose : une écoute privilégiée, une évaluation des besoins sociaux et de santé, une information sur les droits de santé, des conseils de prévention et d'éducation à la santé, un accompagnement, si nécessaire, dans les démarches d'accès aux droits et aux soins, la mise en place, avec la personne, d'objectifs prioritaires pour son projet personnel de soins et une orientation et un accompagnement vers les structures et professionnels locaux en fonction des besoins. Un des buts de l'action est de rendre la personne autonome dans son accès aux soins pour qu'elle devienne actrice de sa propre santé.

À ce jour, plus de 300 consultations sociales, plus de 100 consultations de santé (médicales, infirmières, psychologiques) et plus de 100 accompagnements physiques vers des professionnels ou des structures de santé du droit commun ont été effectués.

Jeunes adultes, jeunes en errance, néoruraux, familles monoparentales, personnes seules, personnes âgées et agriculteurs font partie des profils rencontrés. Bien qu'une grande majorité d'entre elles ont des ressources (la plupart sont bénéficiaires de minimas sociaux), elles déclarent pour la plupart rencontrer des difficultés financières dans leur quotidien et se sentir isolées face à leur situation. La majorité des personnes ont un médecin traitant et une couverture maladie. Malheureusement, celle-ci n'est pas toujours adaptée à leur situation personnelle. 50 % des personnes rencontrées déclarent avoir déjà renoncé à des soins alors que la majorité a au moins un problème de santé en cours et considère son état de santé comme mauvais ou médiocre.

Les principales difficultés rencontrées dans l'accès aux soins sont : financières (reste à charge trop important, faible disponibilité financière pour avancer des frais, absence de couverture complémentaire, personnes vivant sous le seuil de pauvreté mais au-dessus des seuils d'attribution de la CMUC...), de mobilité (personne sans permis de conduire, sans véhicule, dispositif de transports en commun limité...), administratives (complexité et lourdeur des démarches administratives, incompréhension et méconnaissance du système, défaut d'information...); certains facteurs psychosociaux (peur du regard des autres, peur de se rendre en ville, isolement social, absence de volonté de se faire soigner...) s'ajoutant à ces obstacles.

L'existence de ces difficultés et parfois leur cumul retardent l'accès aux soins chez les personnes vulnérables rencontrées.

4.4.1.1. Des femmes et des personnes vivant seules ou seules avec des enfants

Les personnes ayant renoncé ou reporté des soins au cours des 12 derniers mois se rencontrent davantage chez les femmes que chez les hommes.

De même, il semble que les personnes vivant seules, que ce soit avec ou sans enfant à charge, soient plus concernées par le renoncement aux soins que les personnes vivant en couple, et plus encore que celles vivant avec leurs parents.

Enfin, la part de personnes ayant renoncé à des soins est plus élevée chez les personnes rencontrées dans les structures du Puy-de-Dôme par rapport à celles rencontrées dans les structures de l'Allier.

Tableau 5 - Personnes ayant renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois selon le sexe, le département et le mode de cohabitation

		Effectif	%
Sexe	Hommes	421	38,1
	Femmes	650	43,1
Département de la structure	Allier	333	36,5
	Cantal	95	41,3
	Haute-Loire	246	41,3
	Puy-de-Dôme	404	45,3
Mode de cohabitation	Seul(e)	478	44,7
	Seul(e) avec enfant(s) à charge	224	46,7
	En couple sans enfant à charge	86	35,1
	En couple avec enfant(s) à charge	206	38,5
	Avec vos parents	49	21,8

Source : Enquête sur le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne

Exploitation ORS Auvergne

4.4.1.2. Des personnes sans complémentaire santé

Avoir une complémentaire santé semble protecteur quant au renoncement aux soins, et ce quel que soit le type de complémentaire santé. En effet, 39 % des personnes ayant une complémentaire santé déclarent avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois alors qu'elles sont 49 % chez les personnes n'ayant pas de complémentaire santé.

L'absence de couverture complémentaire est en effet un facteur important du renoncement aux soins alors que la CMUC en facilite l'accès (Després *et al.*, 2011). L'étude sur le non-recours aux soins des actifs précaires a confirmé l'existence d'un lien entre l'absence de complémentaire santé et le non-recours au médecin, au dentiste et le non-suivi gynécologique quelle que soit la situation socio-économique. Que la complémentaire santé soit privée ou relève de la CMUC ne semblent pas influencer sur le fait de renoncer à des soins ou non : en effet, 40 % des bénéficiaires de la CMUC et 39 % des bénéficiaires d'une autre complémentaire santé ont renoncé à des soins.

Avoir renoncé à des soins est plus fréquemment rencontré chez les personnes bénéficiant de l'Aide pour une complémentaire santé que chez ceux n'en bénéficiant pas : 53 % des personnes bénéficiant de l'ACS ont déclaré avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois contre 40 % de celles ne bénéficiant pas de l'ACS.

4.4.1.3. Le renoncement aux soins et la consommation de soins

Comme l'indique l'Odenore (Warin et Chauveaud, 2014), renoncer à des soins ne signifie pas pour autant ne consommer aucun soin. En effet, dans la présente enquête, les personnes déclarant avoir renoncé à des soins ont eu une consultation chez un médecin au cours des 6 derniers mois (76 %) et ont été hospitalisées au cours des 12 derniers mois (26 %).

Toutefois, les personnes ayant consulté un médecin dans l'année déclarent moins fréquemment avoir renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois que les personnes dont leur dernière consultation chez un médecin date de plus d'un an. Ce résultat est également constaté chez les personnes déclarant avoir un médecin traitant : elles sont près de 40 % à déclarer avoir renoncé à des soins contre 50 % des personnes n'ayant pas de médecin traitant.

Enfin, le renoncement aux soins est plus élevé chez les personnes ayant une perception de leur santé plus négative ou chez celles considérant que leur état de santé s'est dégradé par comparaison avec il y a un an.

Tableau 6 - Personnes ayant renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois

		Effectif	%
A un médecin traitant	Oui	920	39,9
	Non	142	49,7
Date de la dernière consultation chez un médecin	Il y a moins de 6 mois	787	41,5
	Il y a entre 6 mois et un an	109	34,3
	Il y a entre un et deux ans	70	48,3
	Depuis plus de deux ans	71	48,6
Santé perçue	Excellente	64	28,7
	Très bonne	94	28,8
	Bonne	303	35,9
	Satisfaisante	348	47,1
	Mauvaise	250	56,7
Comparaison de la santé aujourd'hui par rapport à il y a un an	Mieux qu'il y a un an	170	39,4
	A peu près comme il y a un an	511	35,5
	Moins bonne qu'il y a un an	365	54,2

Source : Enquête sur le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne

Exploitation ORS Auvergne

4.4.1.4. Un renoncement aux soins qui concerne très peu l'entourage de la personne enquêtée

Parmi les 2 631 personnes enquêtées, seules 93, soit 3,5 % déclarent avoir renoncé ou reporté des soins au cours des 12 derniers mois pour leur conjoint ou leur concubin. De même, 135, soit 5,1 %, déclarent avoir eu un tel comportement pour leurs enfants. Enfin, les autres membres de la famille sont encore moins concernés, avec 14 personnes, soit 0,5 %, qui déclarent avoir renoncé ou reporté des soins pour un autre membre de leur famille.

4.4.2. Renoncement et type de soins : le médecin généraliste et le dentiste principalement concernés

Dans la population enquêtée, le renoncement ou report de soins concerne avant tout les consultations chez le dentiste et les soins dentaires suite à une consultation. Parmi l'ensemble des personnes interrogées, 25 % ont déclaré avoir renoncé à une consultation chez un dentiste au cours des 12 derniers mois et 18 % ont renoncé à des soins dentaires suite à une consultation.

Les personnes déclarant ne pas avoir de complémentaire santé ont plus fréquemment renoncé à une consultation chez un dentiste (33 %) que celles ayant une complémentaire santé (23 %), quelle qu'elle soit. Aucune différence n'est remarquée selon le fait de bénéficier de la CMUC ou d'une complémentaire santé privée (respectivement 23,5 % et 23,4 % ont renoncé à une consultation chez un dentiste).

Pour les soins dentaires intervenant suite à une consultation, les personnes ayant vu leur santé se dégrader au cours de la dernière année déclarent davantage avoir renoncé à ce type de soins (27 %) que celles considérant que leur santé est meilleure (16 %) ou à peu près comme il y a un an (14 %).

Le médecin généraliste est ensuite le professionnel le plus concerné par le renoncement ou le report de soins : près de 2 personnes enquêtées sur 10 ont renoncé à une consultation chez un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois.

Comme pour le dentiste, les personnes déclarant ne pas avoir de complémentaire santé ont plus fréquemment renoncé à une consultation chez un médecin généraliste (30 %) que celles ayant une complémentaire santé (17 %), quelle qu'elle soit.

La part de personnes ayant renoncé à une consultation chez un médecin généraliste semble également varier selon la date de la dernière consultation chez un médecin. Plus la dernière consultation est récente, plus la part de renoncement au médecin généraliste est faible : 18 % des personnes ayant eu une consultation il y a moins de 6 mois ont renoncé à une consultation chez un généraliste contre 32 % de celles ayant eu leur consultation il y a plus de 2 ans.

Les consultations chez un gynécologue ou chez un ophtalmologiste sont ensuite les plus concernées par le renoncement ou le report : 16 % des personnes enquêtées déclarent avoir renoncé à une consultation chez l'un de ces deux professionnels.

Pour ces deux professionnels, la part de personnes ayant renoncé à une consultation augmente avec l'âge.

Le renoncement à une consultation chez un gynécologue diffère par contre selon la zone géographique de résidence des personnes enquêtées : les femmes enquêtées résidant dans une commune située en zone rurale sous influence urbaine ont moins fréquemment déclaré avoir renoncé à une consultation chez un gynécologue (8 %) que celles habitant en zone urbaine ou en zone rurale (17 %).

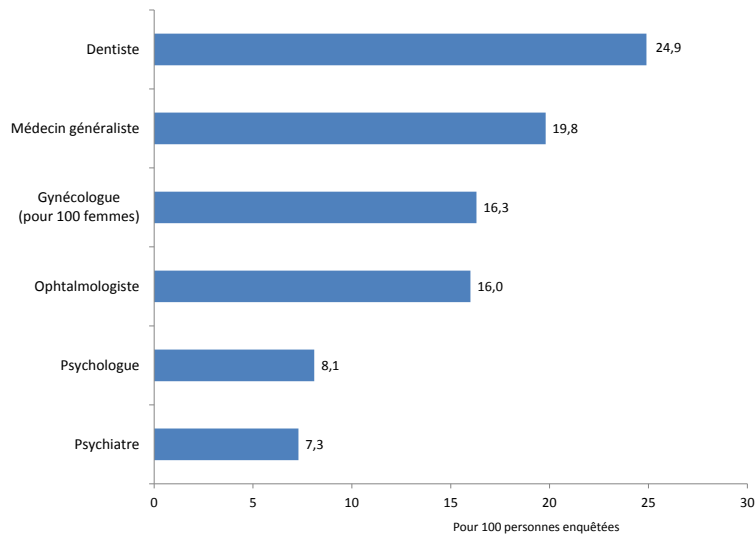
Enfin, le psychiatre et le psychologue semblent les moins concernés par le renoncement aux soins : respectivement 7 % et 8 % des personnes enquêtées ont renoncé ou reporté une consultation auprès de ces professionnels.

Pour ces deux professionnels, plus la personne enquêtée perçoit sa santé comme négative, plus elle déclare avoir renoncé à une consultation.

Concernant le psychiatre, les personnes enquêtées déclarant avoir un médecin traitant ont moins fréquemment renoncé à une consultation chez un psychiatre (7 %) que celles n'en ayant pas (12 %). De plus, les personnes ayant été hospitalisées au cours des 12 derniers mois se rencontrent plus souvent dans cette situation (12 %) que celles n'ayant pas été hospitalisées (6 %).

Concernant le psychologue, les personnes reçues dans les CHRS ou dans les PASS ou EMPP déclarent plus fréquemment avoir renoncé à une consultation chez un psychologue (respectivement 13 % et 17 %) que celles reçues dans les autres types de structures (8 % pour les « associations caritatives », les CCAS ou les structures d'action sociale du Conseil départemental, 7 % pour les entreprises ou chantiers d'insertion et 3 % pour les missions locales).

Figure 13 - Renoncement à des soins au cours des 12 derniers mois selon le type de professionnel



Source : Enquête sur le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne Exploitation ORS Auvergne

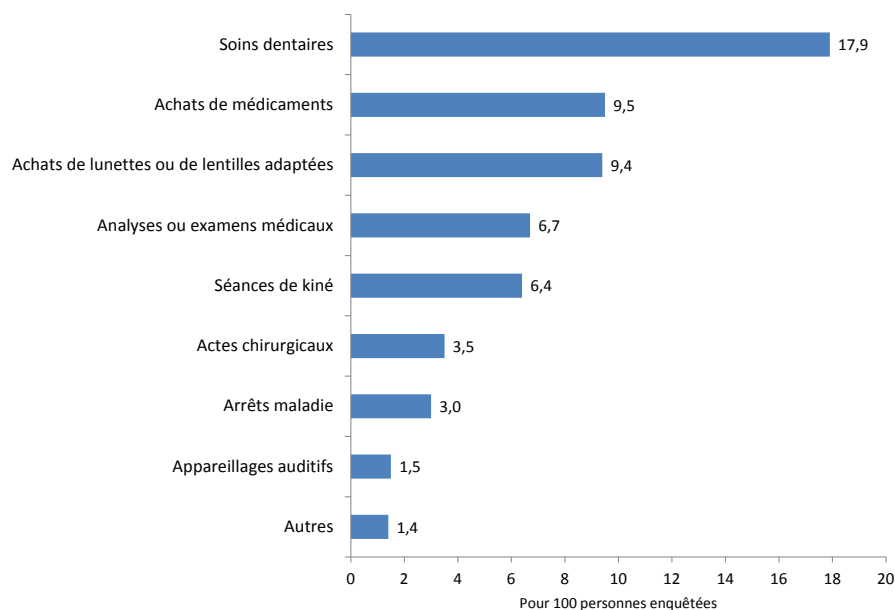
Après les soins dentaires, les achats de lunettes ou de lentilles adaptées et les achats de médicaments sont les soins auxquels les personnes enquêtées renoncent le plus suite à une consultation, suivis des analyses ou examens médicaux et des séances de kinésithérapie. Le renoncement à des actes chirurgicaux, à des arrêts maladie ou à des appareillages auditifs est beaucoup moins fréquent. Enfin, parmi les autres soins auxquels ont renoncé les personnes enquêtées, se retrouvent principalement les semelles orthopédiques ou le podologue, le phlébologue, le dermatologue ou l'ostéopathe.

Le renoncement à l'achat de médicament peut notamment être mis en lien avec l'augmentation des déremboursements de médicaments ces dernières années. Les personnes ayant renoncé à ce type d'achat sont plutôt des personnes plus jeunes (11 % des 18-44 ans contre 8 % des 45 ans et plus), se déclarant en mauvaise santé (18 % contre 6 % des personnes qui considèrent leur santé de bonne à excellente et 11 % satisfaisante) et considérant que leur état de santé est moins bon aujourd'hui qu'il y a un an (16 % contre moins de 8 %).

À l'inverse du renoncement à l'achat de médicament, le renoncement à l'achat de lunettes ou de lentilles adaptées concerne essentiellement les personnes plus âgées : plus l'âge augmente, plus la part de personnes ayant renoncé à l'achat de lunettes augmente. Cela peut probablement être mis en lien avec le fait que les troubles de la vision sont plus fréquents chez les personnes les plus âgées (UFC Que choisir, 2013).

De plus, la part de personnes ayant renoncé à des achats de lunettes est plus élevée chez les personnes reçues dans une « association caritative » (16 %) que dans les autres types de structures.

Figure 14 - Renoncement à des soins au cours des 12 derniers mois suite à une consultation



Source : Enquête sur le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne Exploitation ORS Auvergne

4.4.3. Les raisons financières : premier motif évoqué pour expliquer le renoncement aux soins pour tous les professionnels, hormis le psychiatre

Hormis pour le psychiatre, pour les différents types de professionnels pour lesquels la population enquêtée a renoncé à une consultation, le principal motif évoqué est financier. Pour le médecin généraliste, le dentiste ou l’ophtalmologiste, plus de la moitié des personnes ayant renoncé à une consultation chez un de ces professionnels l’expliquent d’ailleurs par des raisons financières. Seul le renoncement à une consultation chez un psychiatre est en premier lieu expliqué par le choix personnel de ne pas se faire soigner, les raisons financières arrivant en 2^{ème} position.

Comme cela a été démontré par ailleurs, les dimensions de la précarité passée, présente mais aussi anticipée influencent le renoncement aux soins pour raisons financières : les difficultés financières, les périodes d’inactivité, d’isolement, d’absence de logement fixe, le travail à temps partiel subi, le chômage, la crainte de perdre son emploi, de se retrouver sans soutien au cours de l’année qui vient. Ce cumul de vulnérabilités sociales apparaît même comme le facteur le plus important du renoncement aux soins, et ceci quels que soient les soins concernés et à niveau de revenu donné (Després *et al.*, 2011). Dans notre étude, la précarité multifactorielle observée aurait donc une influence sur le renoncement aux soins.

Le délai de rendez-vous trop long arrive en 2^{ème} position comme raison avancée pour expliquer le renoncement, hormis pour le psychiatre et le psychologue. Ce motif ressort d’ailleurs d’une manière plus prononcée chez l’ophtalmologiste (40 % des personnes ayant renoncé à une consultation) et le gynécologue (28 % des personnes ayant renoncé à une consultation). Ces longs délais de rendez-vous, facteur exogène de renoncement aux soins, sont la conséquence d’un manque de professionnels de santé sur le territoire. La faible densité médicale comme cause de non-recours aux soins a été identifiée par ailleurs (Ferley et Roche-Bigas, 2013 ; Warin et Chauveaud, 2014) en particulier dans les territoires les moins urbanisés. Deux éléments sont associés à la densité médicale : la distance physique, kilométrique et la disponibilité de l’offre.

La longueur des délais de rendez-vous chez un soignant peut être un frein au recours aux soins pour certaines personnes, notamment celles en situation de précarité. Elles ont un rapport au temps particulier : l’anticipation et la projection dans le futur sont contraintes par leur situation de précarité actuelle. Ces personnes expriment souvent des difficultés à organiser leur emploi du temps.

Dans d'autres études, les difficultés d'obtenir un rendez-vous dans un délai suffisamment rapide sont avancées pour expliquer le renoncement aux soins, notamment le renoncement aux médecins spécialistes (Rode, 2010).

Chez le psychologue comme chez le psychiatre, le choix personnel de ne pas se faire soigner apparaît être une explication assez fréquente du renoncement à une consultation (pour plus d'un quart des personnes ayant renoncé à une consultation chez ces professionnels).

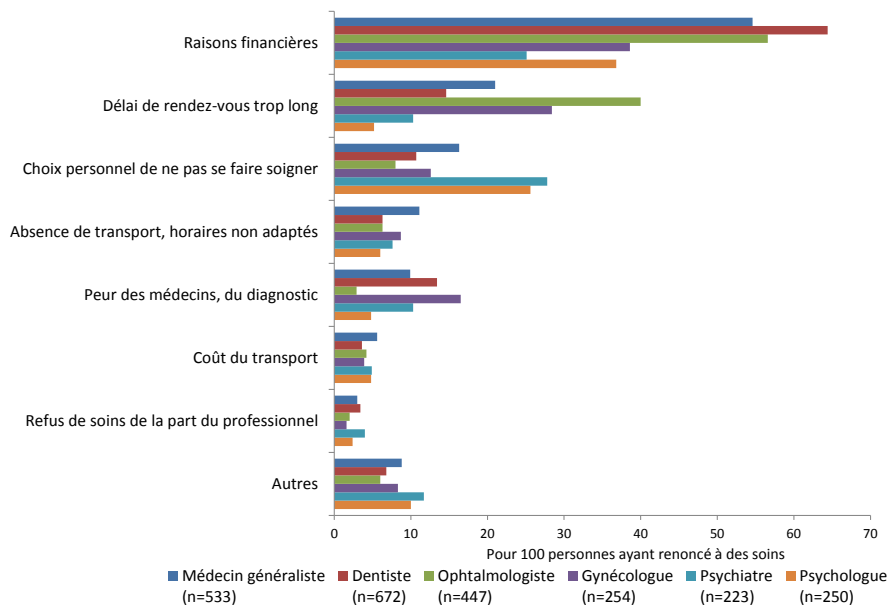
La peur du médecin ou du diagnostic est surtout évoquée par les personnes ayant renoncé à une consultation chez un gynécologue ou chez un dentiste (respectivement 17 % et 13 %).

Enfin, l'absence de transport ou les horaires non adaptés sont plutôt cités par les personnes ayant renoncé à un médecin généraliste.

Le coût du transport trop élevé ou le refus de soins de la part du professionnel sont évoqués de manière beaucoup plus marginale, quel que soit le type de professionnel pour lequel a eu lieu le renoncement à une consultation.

Les autres raisons évoquées par les personnes enquêtées sont le manque de temps, l'oubli, la négligence ainsi que le manque de professionnels sur la commune de résidence.

Figure 15 - Motifs évoqués pour expliquer le renoncement aux soins selon le type de professionnel⁶



Source : Enquête sur le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne Exploitation ORS Auvergne

Pour le médecin généraliste, le dentiste et le gynécologue, les personnes ne bénéficiant pas de complémentaire santé expliquent également davantage le fait d'avoir renoncé à une consultation par des raisons financières que celles ayant une complémentaire santé.

Parmi les personnes ayant renoncé à une consultation chez un dentiste, les plus âgées avancent davantage les raisons financières comme explication (57 % des moins de 45 ans contre 74 % des 45 ans et plus). De même, ce motif de renoncement est davantage déclaré par les personnes vivant seules (70 %) et par celles reçues dans les « associations caritatives » (71 %) et les entreprises ou chantiers d'insertion (72 %).

Comme vu précédemment, le délai de rendez-vous est plus fréquemment cité par les personnes ayant renoncé à une consultation chez un ophtalmologiste. Ces délais de rendez-vous trop longs sont à mettre en lien avec la démographie médicale, en particulier pour cette spécialité et le manque de

⁶ Les personnes enquêtées pouvaient avancer jusqu'à 3 raisons.

professionnels de santé sur le territoire. Les personnes rencontrées dans les départements du Cantal (42 %), de la Haute-Loire (50 %) et du Puy-de-Dôme (44 %) citent davantage le délai trop long pour expliquer ce renoncement par rapport à celles reçues dans les structures de l'Allier (28 %).

De plus, parmi les personnes ayant une complémentaire santé, celles bénéficiant de la CMUC citent davantage le délai trop long pour expliquer le renoncement à une consultation chez un ophtalmologiste (53 %) que celles ayant une complémentaire santé privée (37 %).

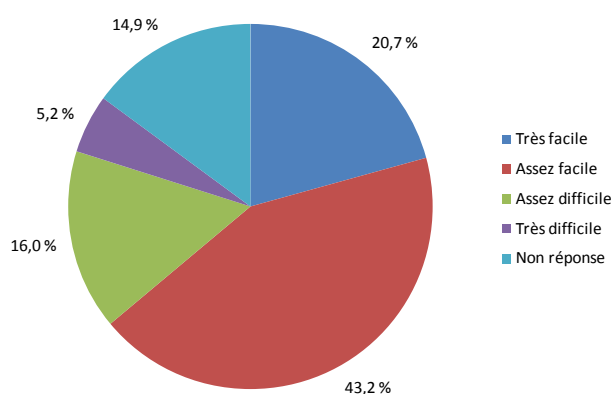
Enfin, quel que soit le type de professionnel concerné, l'absence de transport est une raison davantage avancée par les personnes résidant en zone rurale par rapport à celles résidant dans une zone urbaine ou une zone rurale sous influence urbaine.

4.5. La connaissance des droits et dispositifs existants

4.5.1. Plus de 6 personnes bénéficiaires de la CMUC sur 10 jugent l'accès à cette prestation très ou assez facile

Parmi les personnes déclarant être bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), 64 % jugent que l'accès à cette prestation est très ou assez facile. L'accès est jugé assez ou très difficile dans 21 % des cas. Près de 15 % n'ont pas répondu à cette question.

Figure 16 - Accès à la CMUC pour les personnes bénéficiaires



Source : Enquête sur le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne Exploitation ORS Auvergne

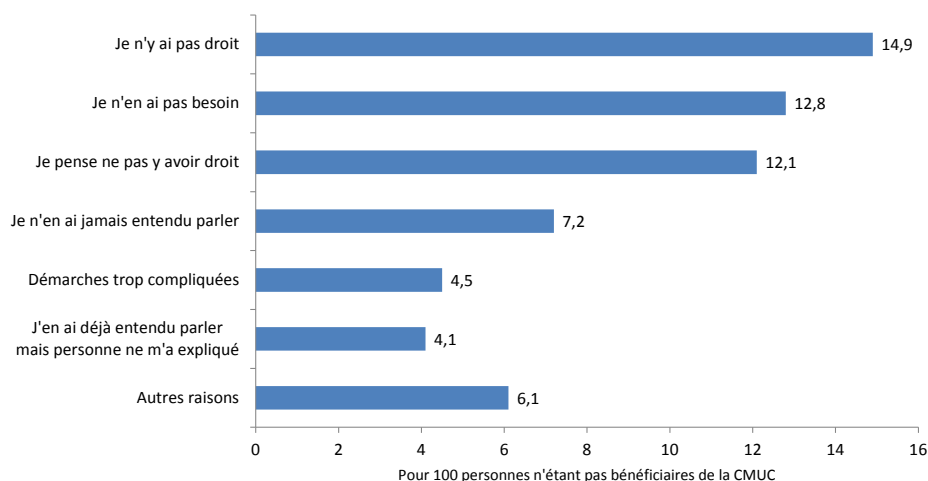
Les hommes bénéficiaires de la CMUC jugent davantage que l'accès à cette prestation est difficile (25 %) par rapport aux femmes (18 %). De même, les personnes inactives ou au foyer et les personnes ne bénéficiant pas du RSA considèrent davantage que l'accès à cette prestation est difficile (respectivement 31 % et 24 %). Il est possible que l'accès à la CMUC soit jugé plus facile par les personnes bénéficiant d'un accompagnement social, au titre du RSA par exemple.

L'état de santé de la personne semble également influencer sur la perception de l'accès à la CMUC. Plus la personne perçoit sa santé de manière négative, plus elle juge l'accès à la CMUC difficile : 28 % des personnes étant en mauvaise santé jugent l'accès à la CMUC difficile contre 17 % de celles se considérant en bonne santé. De même, les personnes dont la santé est moins bonne aujourd'hui qu'il y a un an déclarent davantage que l'accès à la CMUC est difficile : 31 % contre plus de 18 % de celles dont la santé s'est améliorée ou s'est stabilisée.

Une part élevée de personnes n'étant pas bénéficiaires de la CMUC n'ont pas donné de raisons pour expliquer le fait de ne pas être bénéficiaires de cette prestation (environ 4 sur 10).

Parmi les personnes n'étant pas bénéficiaires de la CMUC, 15 % l'expliquent par le fait qu'ils n'y ont pas le droit, que leur dossier a été refusé, 13 % estiment ne pas en avoir besoin et 12 % pensent qu'ils n'y ont pas le droit, sans même avoir présenté un dossier. Plus de 7 % de ces personnes n'ont jamais entendu parler de cette prestation et 4 % en ont entendu parler mais sans que personne ne leur explique.

Figure 17 - Motifs évoqués pour expliquer le fait de ne pas avoir la CMUC



Source : Enquête sur le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne Exploitation ORS Auvergne

Les personnes ne pensant pas avoir droit à la CMUC se retrouvent plutôt chez les personnes estimant que leur santé s'est dégradée par rapport à il y a un an (15 % contre 6 % de ceux estimant que leur santé s'est améliorée).

De plus, les personnes ayant renoncé à des soins au cours des 12 derniers mois déclarent plus fréquemment qu'elles n'ont pas la CMUC car les démarches sont trop compliquées (7 %) que les personnes n'ayant pas renoncé à des soins (2 %). De même, cette part est plus élevée chez les personnes ne disposant pas d'un médecin traitant (14 % contre 3 %).

Enfin, les personnes les plus jeunes déclarent davantage ne jamais avoir entendu parler de la CMUC que les plus âgées : près de 10 % des 18-44 ans déclarent cela contre 4 % des 45 ans et plus.

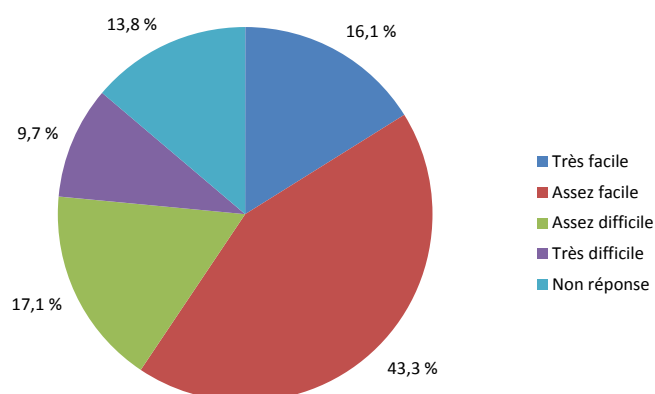
4.5.2. L'Aide pour une complémentaire santé (ACS) : prestation mal connue par les personnes enquêtées

Parmi les personnes bénéficiaires de l'ACS (217 personnes), 14 % ne se sont pas exprimées sur la facilité d'accès à cette prestation. Près de 60 % considèrent que l'accès à cette prestation est assez ou très facile et 27 % qu'il est assez ou très difficile.

Les personnes résidant dans une commune située en zone urbaine déclarent plus fréquemment que l'accès à l'ACS est facile (68 %) que les personnes résidant dans des communes rurales (38 %) ou rurales sous influence urbaine (56 %).

De plus, plus les personnes ont une vision négative de leur santé, plus elles considèrent que l'accès à l'ACS est difficile (39 % contre 22 % des personnes s'estimant en excellente, bonne ou très bonne santé).

Figure 18 - Accès à l'Aide pour une complémentaire santé pour les personnes bénéficiaires

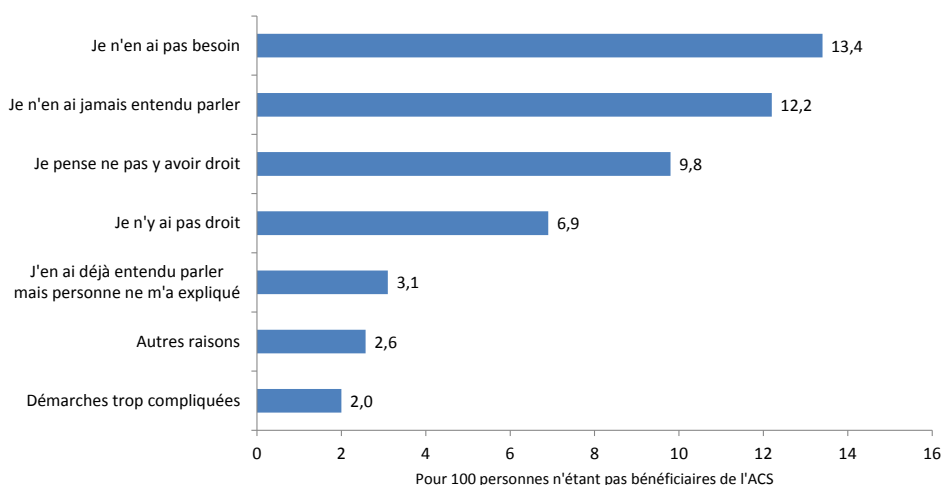


Source : Enquête sur le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne Exploitation ORS Auvergne

Plus de la moitié des personnes n'étant pas bénéficiaires de l'ACS n'ont pas donné de raisons pour expliquer le fait de ne pas être bénéficiaires de cette prestation.

Parmi les personnes n'étant pas bénéficiaires l'ACS, la première raison avancée est le fait qu'elles n'en ont pas besoin. Plus de 12 % déclarent ne jamais avoir entendu parler de cette prestation. Contrairement à ce qui est constaté pour la CMUC, la part de personnes ne bénéficiant pas de l'ACS pensant ne pas y avoir droit est plus élevée que la part de personnes n'y ayant effectivement pas droit.

Figure 19 - Motifs évoqués pour expliquer le fait de ne pas avoir l'ACS



Source : Enquête sur le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne Exploitation ORS Auvergne

Les personnes ne pensant pas avoir droit à l'ACS se retrouvent plutôt chez les personnes rencontrées dans les structures du Puy-de-Dôme (14 % contre 9 % dans l'Allier, 9 % dans le Cantal et 5 % dans la Haute-Loire), chez les personnes ayant un emploi (16 %) ou étant à la retraite (11 % contre 4 % des inactifs) et chez les personnes n'étant pas bénéficiaires du RSA (13 % contre 4 %).

Les personnes n'ayant jamais entendu parler de l'ACS se retrouvent principalement chez les plus jeunes (20 % des 18-29 ans contre 11 % des 30-44 ans, 8 % des 45-59 ans et 5 % des 60 ans ou plus), chez les personnes rencontrées dans les structures du Puy-de-Dôme (16 % contre 14 % en Haute-Loire, 13 % dans le Cantal et 8 % dans l'Allier). À l'inverse, cette part est plus faible chez les personnes rencontrées dans les CCAS (5 %).

4.5.3. Un quart des personnes enquêtées ont déjà été dans un lieu où les soins sont dispensés gratuitement

Près de 64 % des personnes enquêtées déclarent ne jamais avoir été dans un lieu où les soins sont dispensés gratuitement, plus de 6 % ne savent pas et 6 % n'ont pas répondu à cette question.

Les personnes ayant déjà été dans un lieu où les soins sont dispensés gratuitement (24 %) se rencontrent plutôt chez les jeunes de moins de 30 ans, chez les personnes rencontrées dans les structures du Puy-de-Dôme, dans les CHRS ou à la PASS/EMPP ainsi que chez les personnes bénéficiaires de l'AAH. À l'inverse, les personnes habitant avec leurs parents déclarent moins fréquemment avoir été dans ces lieux.

Tableau 7 - Personnes ayant eu accès à des lieux où les soins sont dispensés gratuitement

		Effectif	%
Âge	Moins de 30 ans	417	27,4
	30 ans ou plus	201	19,8
Département de la structure	Allier	188	20,6
	Cantal	39	17,0
	Haute-Loire	143	24,0
	Puy-de-Dôme	273	30,6
Mode de cohabitation	Seul(e)	274	25,6
	Seul(e) avec enfant(s) à charge	126	26,3
	En couple sans enfant à charge	62	25,3
	En couple avec enfant(s) à charge	138	25,8
	Avec vos parents	26	11,6
Type de structures	CHRS/Résidences sociales	111	46,6
	« Associations caritatives »	99	22,5
	CCAS/Structures d'action sociale	269	23,0
	Entreprises d'insertion	69	18,8
	PASS/EMPP	47	45,6
	Missions locales	48	15,4
AAH	Oui	74	33,5
	Non	520	23,9

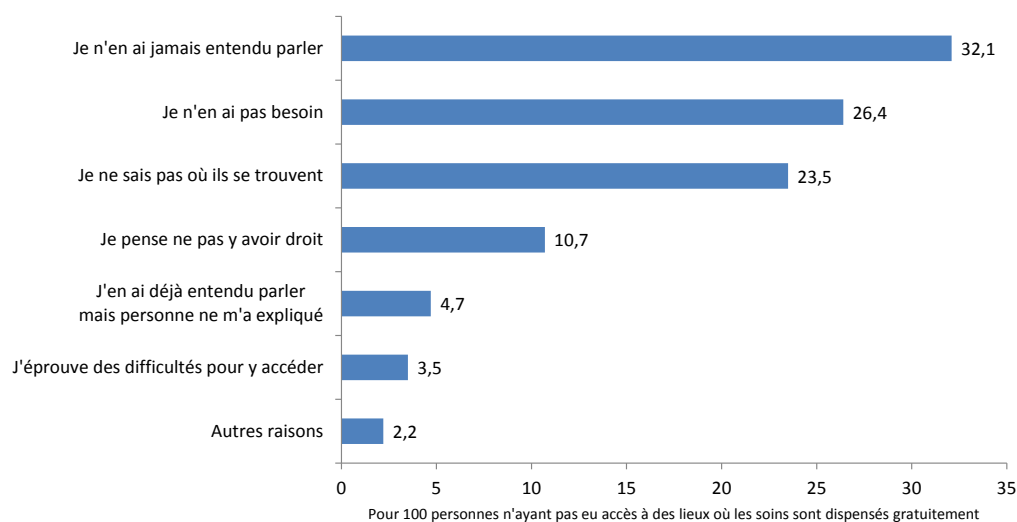
Source : Enquête sur le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne

Exploitation ORS Auvergne

Une grande part des personnes n'ayant jamais fréquenté un lieu où les soins sont dispensés gratuitement l'explique par un manque d'information sur ces lieux. En effet, plus de 32 % n'ont jamais entendu parler de ce genre de lieu, 5 % en ont entendu parler sans trop savoir de quoi il s'agissait, 24 % déclarent ne pas savoir où se trouvent ces centres et 11 % pensent ne pas y avoir droit.

Plus de 26 % de ces personnes expliquent par contre le fait de ne pas être allé dans ces lieux car ils n'en ont pas besoin. Ces personnes sont plutôt des personnes se déclarant en excellente, très bonne ou bonne santé (32 % contre 18 % des personnes se déclarant en mauvaise santé).

Figure 20 - Motifs évoqués pour expliquer le fait de ne pas être allé dans un lieu où les soins sont dispensés gratuitement



Source : Enquête sur le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne - Exploitation ORS Auvergne

Les personnes ne pensant pas avoir droit à ce type de lieu se retrouvent plutôt parmi celles accueillies dans une structure du Puy-de-Dôme (14 %) par rapport à celles rencontrées en Haute-Loire (8 %).

Les personnes ne sachant pas où se trouvent ces lieux sont plutôt celles rencontrées dans les structures du Cantal (32 % contre 23 % dans l'Allier, 21 % en Haute-Loire et 23 % dans le Puy-de-Dôme).

Enfin, les personnes n'ayant jamais entendu parler de ces lieux se rencontrent principalement chez celles reçues dans les CCAS (45 %), chez les personnes à la recherche d'un emploi (36 %) ou inactives (39 %) et chez les personnes déclarant que leur santé actuelle est moins bonne qu'il y a un an (38 %).

5. Limites de l'étude

- **Le taux de participation**

Aucun taux de participation n'a pu être calculé concernant les personnes enquêtées, les structures répondantes n'ayant pas toutes renseignées le nombre de personnes reçues dans les structures au cours de la période de l'enquête. C'est pourquoi seul le taux de participation des structures peut être indiqué.

Il est à noter que des structures non ciblées au départ, mais ayant eu connaissance de l'étude via des partenaires, ont tout de même participé à cette enquête.

- **La longueur du questionnaire**

Les structures enquêtées ont évoqué le fait que le questionnaire était trop long pour le public ciblé, ces derniers ayant parfois des difficultés à lire et à comprendre les questions. De plus, une des raisons fréquemment évoquées pour expliquer le fait de ne pas avoir répondu à l'enquête est le manque de temps. Le manque d'intérêt pour ce type d'enquête de la part de ce public a également été évoqué, certains avançant d'autres préoccupations et d'autres priorités.

- **Les droits et dispositifs existants**

Les personnes enquêtées et notamment les jeunes reçues dans les missions locales, semblent avoir eu des difficultés pour remplir les questions concernant la couverture maladie. Il semble y avoir une confusion et un manque d'information sur la CMU de base, la CMUC ou l'ACS.

De même, les questions sur la connaissance des droits et dispositifs existants ont comporté une part importante de réponses manquantes, peut-être due au manque de connaissance sur ces prestations mais également à la longueur du questionnaire (ces questions se trouvant à la fin de celui-ci) ou à la formulation des questions. Concernant les lieux dans lesquels les soins sont dispensés gratuitement, il avait été décidé de ne pas apporter de précisions pour définir ces lieux afin de ne pas influencer les réponses des participants. Ce manque de précision a probablement accentué les difficultés ressenties par les enquêtés pour répondre à cette question.

- **L'accompagnement des structures**

Des différences dans la passation du questionnaire et l'organisation de l'enquête ont pu être mises en évidence entre les structures participantes : certaines accompagnaient physiquement les personnes lors du remplissage du questionnaire, leur expliquant chaque question, d'autres laissaient répondre seules les personnes.

De même, le type de structures accueillant les personnes enquêtées a probablement une influence sur les résultats de cette enquête, les prises en charge proposées n'étant pas identiques d'une structure à l'autre, certaines pouvant proposer un accompagnement social aux personnes qu'elles reçoivent.

Enfin, des structures, du fait du nombre important de personnels, bénévoles ou non, ont rencontré des difficultés pour mettre en place cette enquête, notamment pour communiquer sur les conditions de passation du questionnaire. Les structures ayant peu de personnels ont, quant à elles, avancé la charge importante que leur demandait la mise en place d'une telle enquête.

- **La période d'enquête**

Certaines structures ont regretté la période estivale durant laquelle l'enquête s'est déroulée, le type de public et le nombre de personnes accueillies pouvant être différents entre les campagnes hivernales et les campagnes estivales. C'est notamment le cas des centres de distribution des Restos du cœur qui accueillent en hiver un plus grand nombre de personnes susceptibles de participer à cette enquête.

6. Conclusion

Cette enquête auprès des publics rencontrés dans les structures accueillant des personnes en situation de précarité a permis de repérer et de caractériser le renoncement aux soins en Auvergne. Le très bon taux de retour des structures participantes démontre la préoccupation importante de ces dernières quant à la thématique de l'étude.

Plusieurs constats ont été effectués suite à cette enquête.

- **La population enquêtée : des situations de pauvreté et de précarité**

Pauvreté et précarité caractérisent une grande partie des personnes ayant répondu à l'enquête. Elles vivent souvent seules ou seules avec des enfants à charge. L'isolement, marqueur de pauvreté, fragilise cette population. Deux personnes sur dix déclarent des conditions de logement précaires ou qui peuvent être considérées comme potentiellement sources d'instabilité : hébergement par un tiers, dans un centre, en squat voire sans domicile. Les modes de logement/hébergement sont à mettre en lien avec un accès à l'emploi difficile. Près de la moitié des personnes ayant participé à l'étude sont à la recherche d'un emploi, révélant ainsi une population vulnérable. Celles ayant un emploi sont majoritairement employés ou ouvriers. Enfin, les personnes enquêtées sont, par rapport à la population régionale, plus souvent allocataires de minima sociaux (RSA, AAH) ou de prestations comme l'allocation chômage.

- **Une part élevée de personnes sans complémentaire santé**

Alors qu'une grande majorité des personnes enquêtées déclarent être affiliées à l'assurance maladie, près d'un quart déclarent ne pas avoir de complémentaire santé. En comparaison avec les études existantes, cette part semble particulièrement élevée et traduit la grande vulnérabilité des personnes enquêtées. Pour exemple, l'Odenore, dans le Baromètre du renoncement aux soins du Gard, recense plus de 8 % de personnes sans complémentaire santé. De même, la Drees, dans une étude réalisée auprès des bénéficiaires du RSA, estime que 8 % de ces bénéficiaires déclarent n'avoir aucune complémentaire santé (Moisy, 2014).

L'absence de complémentaire santé est davantage constatée chez les personnes vulnérables : personnes à la recherche d'un emploi, inactives ou ayant un emploi à temps partiel.

Le manque de moyen financier est le principal motif avancé pour expliquer cette absence de complémentaire santé.

Les individus bénéficiant d'une complémentaire santé se répartissent de manière égale entre la CMUC ou une autre complémentaire santé.

- **Une population enquêtée s'estimant globalement en bonne santé**

Dans la majorité des cas, la population enquêtée déclare être en bonne, très bonne voire excellente santé. Un peu moins de deux sur dix s'estiment tout de même en mauvaise santé.

La perception de la santé est variable selon le sexe et le mode de cohabitation : les hommes se considèrent davantage en bonne, très bonne ou excellente santé que les femmes alors que les personnes vivant seules ont une vision plus négative de leur santé.

Les personnes percevant leur santé comme mauvaise déclarent plus fréquemment avoir eu leur dernière consultation chez un médecin il y a moins de 6 mois. Les femmes, les personnes les plus âgées, celles déclarant avoir un médecin traitant ou une complémentaire santé ont également consulté un médecin plus récemment.

- **Le renoncement aux soins plus élevé chez les femmes, les personnes vivant seules ou seules avec enfants et les personnes sans complémentaire santé**

Plus de 40 % des personnes enquêtées déclarent avoir renoncé ou reporté des soins au cours des 12 derniers mois précédant l'enquête. Plusieurs enquêtes des dernières années permettent de mesurer le renoncement aux soins. À titre d'illustration, certains résultats peuvent être indiqués⁷ :

- dans le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard de l'Odenore (Warin et Chauveaud, 2014), le taux de renoncement déclarés est estimé à environ 30 % ;
- en 2014, le Réseau de santé et de coordination d'appui (Rescorda) de Médecins du monde situé dans les Combrailles (Rescorda Auvergne, 2015) estime que près de 40 % des personnes reçues ont renoncé à un soin au cours des 12 derniers mois précédent la rencontre de l'équipe Rescorda ;
- en 2010, près de 31 % des habitants de l'agglomération parisienne déclaraient avoir renoncé à au moins un type de soins de santé au cours des douze dernier mois (Chauvin *et al.*, 2012).

Le renoncement aux soins est plus fréquent chez les femmes, les personnes isolées, les familles monoparentales et les personnes n'ayant pas de complémentaire santé. Enfin, le renoncement aux soins concerne davantage les personnes ayant une perception de leur santé négative ou considérant que leur état de santé s'est dégradé depuis un an.

- **Le médecin généraliste et le dentiste : professionnels principalement concernés par le renoncement**

Le renoncement aux soins concerne avant tout le dentiste, avec 25 % des personnes enquêtées déclarant avoir renoncé à une consultation chez ce type de professionnel au cours des 12 derniers mois. Le médecin généraliste est ensuite le plus concerné, avec 20 % de renoncement à une consultation. Que ce soit pour le dentiste ou le médecin généraliste, le renoncement aux soins est plus fréquemment déclaré par les personnes n'ayant pas de complémentaire santé. À titre d'exemple, il est possible de citer certains résultats d'enquêtes réalisées sur le territoire national :

- parmi les personnes de 16 ans ou plus, le renoncement aux soins est de 4 % pour les consultations chez un généraliste et de 7 % pour les consultations chez un dentiste (Chaupain-Guillot *et al.*, 2014) ;
- 18 % des allocataires du RSA déclarent renoncer à consulter un médecin (contre 4 % pour l'ensemble de la population) et 27 % pour le chirurgien-dentiste (contre 11 % pour l'ensemble de la population) (Moisy, 2014).

Suite à une consultation, les personnes enquêtées déclarent principalement avoir renoncé à des soins dentaires (18 %), à des achats de médicaments (10 %) ou encore à des achats de lunettes ou de lentilles adaptées (9 %). Le renoncement à l'achat de lunettes concerne essentiellement les personnes les plus âgées alors que le renoncement à l'achat de médicament concerne davantage les plus jeunes.

- **Les raisons financières : premier motif évoqué pour expliquer le renoncement aux soins**

Pour les différents types de professionnels, hormis le psychiatre, la principale raison évoquée pour expliquer le renoncement aux soins est les raisons financières. Chez le dentiste par exemple, près des deux tiers des personnes ayant renoncé à une consultation l'expliquent par des raisons financières, elles sont plus de la moitié pour le médecin généraliste et l'ophtalmologue. Pour exemple, dans l'Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 de l'Irdes, près de 26 % de la population métropolitaine âgée de 18 à 64 ans déclare avoir renoncé à au moins un soin pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Le renoncement aux soins dentaires pour raisons

⁷ Ces taux de renoncement aux soins ne peuvent pas être directement comparés à ceux de l'étude puisqu'ils portent sur des populations différentes interrogées par des méthodes d'enquête qui ne sont pas nécessairement identiques

financières concerne 18 % des bénéficiaires de l'Assurance maladie (trois principaux régimes) âgés d'au moins 18 ans, 10 % pour les soins d'optique, 5 % pour les consultations de médecins et 4 % pour les autres types de soins (Célant *et al.*, 2014).

Les délais de rendez-vous trop long arrivent en 2^{ème} position pour expliquer le renoncement aux soins, notamment pour les consultations chez un ophtalmologue ou un gynécologue. Ces délais de rendez-vous trop longs sont à mettre en lien avec la démographie médicale et le manque de professionnels de santé sur le territoire.

Le choix personnel de ne pas se faire soigner est une raison avancée de façon non négligeable pour expliquer le renoncement à une consultation chez un psychologue ou un psychiatre.

Dans une moindre mesure, la peur des médecins, du diagnostic est également avancée, tout comme l'absence de transport. L'isolement est en effet un motif parfois avancé pour expliquer le renoncement. À titre d'exemple, dans la population spécifique des actifs précaires (Chauveaud *et al.*, 2008), l'isolement des personnes et la faiblesse de leur support relationnel sont des facteurs du non recours au médecin, au dentiste et du non-suivi gynécologique.

• Les droits et dispositifs existants mal connus

Les prestations relatives à la couverture maladie semblent très peu connues par les personnes enquêtées, ces dernières éprouvant de grandes difficultés à déclarer si elles bénéficient de ces prestations ou non. La part de personnes déclarant bénéficier de la CMU de base semble par exemple élevée dans cette enquête en comparaison avec les données de la littérature. Il est fort probable qu'une confusion ait été faite entre la CMU de base et la CMUC.

Il en est de même pour l'ACS, prestations permettant de faciliter l'accès à une complémentaire santé et pour laquelle près de 17 % des personnes déclarent ne pas savoir si elles en bénéficient. Les personnes n'en bénéficiant pas avancent de plus comme raison principale le fait de ne jamais avoir entendu parler de cette prestation.

La méconnaissance de ces dispositifs est d'autant plus dommageable que, d'après l'Irdes (Després *et al.*, 2011), l'absence de couverture complémentaire est un facteur important du renoncement aux soins alors que la CMUC en facilite l'accès.

Les lieux où les soins sont dispensés gratuitement sont par ailleurs peu fréquentés par les personnes enquêtées, près de deux tiers déclarant ne jamais avoir été dans un de ces lieux. La non-fréquentation de ces lieux est dans la majorité des cas expliquée par un manque d'information sur ces lieux.

Ces différents constats nécessitent un éclairage complémentaire, avec notamment un besoin d'approfondir les raisons du renoncement, d'identifier les problèmes d'information, de communication et ainsi de dégager des leviers et des pistes pour agir en s'appuyant sur les dispositifs existants. C'est pourquoi, il a été décidé de poursuivre cette analyse par une enquête qualitative, constituant ainsi la deuxième phase de cette étude sur le renoncement aux soins des publics précaires en Auvergne.

L'enquête qualitative a consisté à recueillir, par une dizaine d'entretiens collectifs, la parole des personnes en situation de précarité mais également celle des professionnels qui les reçoivent. Réparties dans les quatre départements, les personnes rencontrées ont apporté des éléments de description et de compréhension complémentaires du renoncement aux soins. Des pistes pour faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité et pour améliorer leur prise en charge ont pu être proposées. La phase qualitative fait l'objet d'un rapport ad-hoc.

Bibliographie

- Caisse nationale de l'Assurance maladie des travailleurs salariés. Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses : propositions de l'Assurance maladie pour 2016. Paris : Cnamts ; juillet 2015.
- Célant N, Guillaume S, Rochereau T. Enquête sur la santé et la protection sociale 2012. Paris : Irdes ; juin 2014. (Les rapports de l'Irdes ; 556).
- Célant N, Dourgnon P, Guillaume S, Pierre A, Rochereau T, Sermet C. Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012 : premiers résultats. Questions d'économie de la santé 2014 ; 198 : 1-6.
- Chauveaud C, Rode A, Warin P, Chatain C, Gutton S, Labbe E, Moulin JJ, Sass C. Le non recours aux soins des actifs précaires (Nosap) : rapport scientifique final. Grenoble : Odenore, Saint-Étienne : Cetaf ; novembre 2008.
- Chauvin P, Renahy E, Parizot I, Vallée J. Le renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne : déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010. Paris : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé ; mars 2012. (Document de travail - Série études et recherche ; 120).
- Chaupain-Guillot S, Guillot O, Jankeliowitch-Laval E. Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV. Économie et statistique 2014 ; 469-470 : 169-197.
- Culture et santé asbl. Accès aux soins et précarité. Bruxelles : Culture et santé ; février 2014. (Dossier thématique ; 12).
- Després C. Significations du renoncement aux soins : une analyse anthropologique. Sciences sociales et santé 2013 ; 31(2) : 71-96.
- Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. Questions d'économie de la santé 2011 ; 170 : 1-6.
- Després C, Renaud T, Coldefy M, Lucas-Gabrielli V, Dely R, Wiechert M. Analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre. Paris : Irdes ; mai 2012.
- Direction des missions France de Médecins du monde. Observatoire de l'accès aux droits et aux soins de la mission France : rapport 2014. Paris : Médecins du Monde ; octobre 2015.
- Ferley JP, Roche-Bigas B. Les obstacles à l'accès aux soins en Limousin : enquête en population générale. Limoges : ORS Limousin ; mai 2013. (Rapport ; 259).
- Legal R, Vicard A. Renoncement aux soins pour raisons financières. Dossiers solidarité et santé 2015 ; 66 : 1-28.
- Moisy M. État de santé et renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA. Études et résultats 2014 ; 882 : 1-6.
- Plate-forme de l'observation sanitaire et sociale Auvergne. Les bénéficiaires du RSA en Auvergne. Focus de la PFoss 2013 ; 1 : 1-10.
- Plate-forme de l'observation sanitaire et sociale Auvergne. Les jeunes en milieu rural en Auvergne : synthèse. Focus de la PFoss 2015 ; 8 : 1-4.
- Renoncement aux soins : actes du colloque. Paris : Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé ; 2012. (Collection études et statistiques).
- Rescorda Auvergne. Rapport d'activités 2014 : accès aux soins en milieu rural. Saint-Éloy-les-Mines : Médecins du monde ; 2015.
- Rode A. Le « non-recours » aux soins des populations précaires : constructions et réceptions des normes [thèse pour le doctorat de science politique]. Grenoble : Université de Grenoble, Institut d'Études Politiques, École doctorale Sciences de l'homme du politique et du territoire ; mai 2010.
- UFC Que choisir. Distribution de l'optique : examen à la loupe d'un marché juteux. Paris : UFC Que choisir ; avril 2013.
- Warin P, Chauveaud C. Le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard (BRSG) : rapport d'étude. Grenoble : Odenore ; septembre 2014.

Liste des sigles

AAH	Allocation aux adultes handicapés
ACS	Aide pour une complémentaire santé
AME	Aide médicale d'État
ARS	Agence régionale de santé
BRSg	Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard
Carsat	Caisse d'assurance retraite et de la santé au travail
CCAS	Centre communal d'action sociale
CHRS	Centre d'hébergement et de réinsertion sociale
CISS	Collectif interassociatif sur la santé
CMU	Couverture maladie universelle
CMUC	Couverture maladie universelle complémentaire
Cnamts	Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés
Cpam	Caisse primaire d'assurance maladie
DDCS	Direction départementale de la cohésion sociale
DDCSPP	Direction départementale de la cohésion sociale et de la protection des populations
Drees	Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques
DRDJSCS	Direction régionale et départementale de la jeunesse, des sports et de la cohésion sociale
EMPP	Équipe mobile psychiatrie précarité
ESPE	École supérieure du professorat et de l'éducation
ESPS	Enquête sur la santé et protection sociale
Insee	Institut national de la statistique et des études économiques
MSA	Mutualité sociale agricole
Odenore	Observatoire des non-recours aux droits et services
ORS	Observatoire régional de la santé
PASS	Permanence d'accès aux soins de santé
PFoss	Plate-forme de l'observation sanitaire et sociale Auvergne-Rhône-Alpes
Rescorda	Réseau de santé et de coordination d'appui
RSA	Revenu de solidarité active
SRCV	Statistiques sur les ressources et les conditions de vie
UC	Unité de consommation

Annexe : Questionnaire

Enquête sur le renoncement aux soins en Auvergne

Si vous avez déjà répondu à ce questionnaire dans une autre structure ou à un autre moment, merci de ne pas le remplir une seconde fois.

Renseignements personnels

1. Vous êtes : Un homme Une femme
2. Quelle est votre année de naissance ? | 1 | 9 | ____ | ____ |
3. Vivez-vous ?
 - Seul(e) En couple avec enfant(s) à charge
 - Seul(e) avec enfant(s) à charge ou à naître Avec vos parents
 - En couple sans enfant à charge Autre (ex : personne âgée chez ses enfants)
4. Êtes-vous ?
 - Propriétaire, locataire Sans domicile
 - Hébergé par un tiers En squat
 - En établissement d'hébergement Autre(s), précisez | _____ |
5. Quelle est votre situation professionnelle ?
 - J'ai un emploi Je suis élève, étudiant, apprenti
 - Je suis à la recherche d'un emploi → *Passez à la question 8* Je suis inactif/au foyer → *Passez à la question 10*
 - Je suis à la retraite → *Passez à la question 8*
6. Si vous avez un emploi, vous êtes : à temps complet à temps partiel
7. Êtes-vous ?
 - En contrat à durée indéterminée (CDI) En emploi aidé
 - En contrat à durée déterminée (CDD) En apprentissage, stage
 - En contrat d'insertion Non salarié
 - En intérim Non concerné
8. Quelle est votre catégorie socioprofessionnelle ?
 - Agriculteurs, exploitants Professions intermédiaires (infirmiers, professeurs des écoles, techniciens, agents de maîtrise...)
 - Artisans, commerçants, chefs d'entreprises Cadres et professions intellectuelles supérieures
 - Ouvriers Autre(s), précisez | _____ |
 - Employés

9. Êtes-vous bénéficiaire d'une allocation chômage ?

Oui Non Je ne sais pas

10. Êtes-vous bénéficiaire du Revenu de solidarité active (RSA) ?

Oui Non Je ne sais pas

11. Êtes-vous bénéficiaire de l'Allocation adulte handicapé (AAH) ?

Oui Non Je ne sais pas

12. Êtes-vous bénéficiaire d'une autre allocation ?

Oui, précisez laquelle | _____ | Non Je ne sais pas

13. Quelle est votre commune de résidence ?

| _____ |

Couverture maladie

14. Avez-vous une carte vitale (êtes-vous affilié à l'assurance maladie) ?

Oui Non Je ne sais pas

15. Êtes-vous bénéficiaire de la Couverture maladie universelle (CMU) de base ?

Oui Non Je ne sais pas

16. Êtes-vous bénéficiaire de l'Aide médicale d'état (AME) ?

Oui Non Je ne sais pas

17. Êtes-vous bénéficiaire de l'aide pour une complémentaire santé (ACS) ?

Oui Non Je ne sais pas

18. Avez-vous une complémentaire santé (mutuelle) ?

Oui, la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUc) Non
 Oui, une autre complémentaire santé Je ne sais pas

19. Si vous n'avez pas de complémentaire santé, quelles en sont les raisons ?

(Plusieurs réponses possibles)

Je n'en ai pas besoin Je trouve les démarches pour accéder à la complémentaire santé trop compliquées
 Je n'en ai pas les moyens financiers Je suis pris en charge à 100 %
 Je manque d'information J'ai d'autres priorités
 Ma complémentaire santé est en cours d'obtention Autre(s), précisez | _____ |
 Le remboursement ne serait pas suffisant _____ |

Consommation de soins

20. Avez-vous un médecin traitant (médecin généraliste) ?

- Oui Non Je ne sais pas

21. Quand a eu lieu votre dernière consultation chez un médecin ?

- Au cours des 6 derniers mois Depuis plus de 2 ans
 Entre 6 mois et un an Je ne sais pas
 Entre plus d'1 an et 2 ans

22. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été hospitalisé au moins une nuit ?

- Oui Non Je ne sais pas

23. En général, diriez-vous que votre santé est : (cocher ce que vous ressentez)

- Excellente Satisfaisante
 Très bonne Mauvaise
 Bonne

24. Par comparaison avec il y a un an, que diriez-vous sur votre santé aujourd'hui ?

- Mieux qu'il y a un an À peu près comme il y a un an Moins bonne qu'il y a un an

Renoncement aux soins

25. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé ou reporté des soins ?

- Oui Non → *Passez à la question 39* Je ne sais pas

26. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à une consultation chez un médecin généraliste ?

- Oui Non Je ne sais pas

27. Si oui, quelles étaient les raisons du renoncement ? (3 raisons maximum)

- Raisons financières Refus de soins de la part du médecin généraliste
 Délais de rendez-vous trop longs Choix personnel de ne pas se faire soigner
 Absence de transport, horaires non adaptés Peur des médecins, du diagnostic
 Coût du transport Autre(s), précisez : | _____
| _____

28. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à une consultation chez un dentiste ?

- Oui Non Je ne sais pas

29. Si oui, quelles étaient les raisons du renoncement ? (3 raisons maximum)

- Raisons financières Refus de soins de la part du dentiste
 Délais de rendez-vous trop longs Choix personnel de ne pas se faire soigner
 Absence de transport, horaires non adaptés Peur des médecins, du diagnostic
 Coût du transport Autre(s), précisez : | _____
| _____

30. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à une consultation chez un ophtalmologiste ? Oui Non Je ne sais pas

31. Si oui, quelles étaient les raisons du renoncement ? (3 raisons maximum)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Raisons financières | <input type="checkbox"/> Refus de soins de la part de l'ophtalmologiste |
| <input type="checkbox"/> Délais de rendez-vous trop longs | <input type="checkbox"/> Choix personnel de ne pas se faire soigner |
| <input type="checkbox"/> Absence de transport, horaires non adaptés | <input type="checkbox"/> Peur des médecins, du diagnostic |
| <input type="checkbox"/> Coût du transport | <input type="checkbox"/> Autre(s), précisez : _____
 _____ |

32. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à une consultation chez un gynécologue ? Oui Non Je ne sais pas

33. Si oui, quelles étaient les raisons du renoncement ? (3 raisons maximum)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Raisons financières | <input type="checkbox"/> Refus de soins de la part du gynécologue |
| <input type="checkbox"/> Délais de rendez-vous trop longs | <input type="checkbox"/> Choix personnel de ne pas se faire soigner |
| <input type="checkbox"/> Absence de transport, horaires non adaptés | <input type="checkbox"/> Peur des médecins, du diagnostic |
| <input type="checkbox"/> Coût du transport | <input type="checkbox"/> Autre(s), précisez : _____
 _____ |

34. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à une consultation chez un psychiatre ? Oui Non Je ne sais pas

35. Si oui, quelles étaient les raisons du renoncement ? (3 raisons maximum)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Raisons financières | <input type="checkbox"/> Refus de soins de la part du psychiatre |
| <input type="checkbox"/> Délais de rendez-vous trop longs | <input type="checkbox"/> Choix personnel de ne pas se faire soigner |
| <input type="checkbox"/> Absence de transport, horaires non adaptés | <input type="checkbox"/> Peur des médecins, du diagnostic |
| <input type="checkbox"/> Coût du transport | <input type="checkbox"/> Autre(s), précisez : _____
 _____ |

36. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé à une consultation chez un psychologue ? Oui Non Je ne sais pas

37. Si oui, quelles étaient les raisons du renoncement ? (3 raisons maximum)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Raisons financières | <input type="checkbox"/> Refus de soins de la part du psychologue |
| <input type="checkbox"/> Délais de rendez-vous trop longs | <input type="checkbox"/> Choix personnel de ne pas se faire soigner |
| <input type="checkbox"/> Absence de transport, horaires non adaptés | <input type="checkbox"/> Peur des médecins, du diagnostic |
| <input type="checkbox"/> Coût du transport | <input type="checkbox"/> Autre(s), précisez : _____
 _____ |

38. Au cours des 12 derniers mois, suite à une consultation, avez-vous renoncé à :
(Plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Des soins dentaires | <input type="checkbox"/> Des achats de lunettes ou lentilles adaptées |
| <input type="checkbox"/> Des actes chirurgicaux | <input type="checkbox"/> Des arrêts maladie |
| <input type="checkbox"/> Des achats de médicaments | <input type="checkbox"/> Des séances de kiné |
| <input type="checkbox"/> Des appareillages auditifs | <input type="checkbox"/> Autre(s), précisez : _____ |
| <input type="checkbox"/> Des analyses ou examens médicaux | _____ |

39. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous renoncé ou reporté des soins pour une autre personne de votre foyer ?

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Votre conjoint, concubin | <input type="checkbox"/> Un autre membre de votre famille |
| <input type="checkbox"/> Vos enfants | <input type="checkbox"/> Non concerné |

Connaissance des droits et dispositifs existants

40. Si vous avez la Couverture maladie universelle (CMU) de base, comment avez-vous jugé l'accès à cette prestation ?

- Très facile Assez facile Assez difficile Très difficile

41. Si vous n'avez pas la Couverture maladie universelle (CMU) de base, pourquoi ?
(Plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Je n'en ai pas besoin | <input type="checkbox"/> J'en ai déjà entendu parler mais personne ne m'a expliqué |
| <input type="checkbox"/> Je n'y ai pas droit, mon dossier a été refusé | <input type="checkbox"/> Je n'en ai jamais entendu parler |
| <input type="checkbox"/> Je pense ne pas y avoir droit | <input type="checkbox"/> Autre(s) raison(s), précisez :
 _____ |
| <input type="checkbox"/> Les démarches pour y accéder sont trop compliquées, trop longues | _____ |

42. Si vous avez la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), comment avez-vous jugé l'accès à cette prestation ?

- Très facile Assez facile Assez difficile Très difficile

43. Si vous n'avez pas la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), pourquoi ?
(Plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Je n'en ai pas besoin | <input type="checkbox"/> J'en ai déjà entendu parler mais personne ne m'a expliqué |
| <input type="checkbox"/> Je n'y ai pas droit, mon dossier a été refusé | <input type="checkbox"/> Je n'en ai jamais entendu parler |
| <input type="checkbox"/> Je pense ne pas y avoir droit | <input type="checkbox"/> Autre(s) raison(s), précisez :
 _____ |
| <input type="checkbox"/> Les démarches pour y accéder sont trop compliquées, trop longues | _____ |

44. Si vous avez l'Aide pour une complémentaire santé (ACS), comment avez-vous jugé l'accès à cette prestation ?

- Très facile Assez facile Assez difficile Très difficile

45. Si vous n'avez pas l'Aide pour une complémentaire santé (ACS), pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Je n'en ai pas besoin | <input type="checkbox"/> J'en ai déjà entendu parler mais personne ne m'a expliqué |
| <input type="checkbox"/> Je n'y ai pas droit, mon dossier a été refusé | <input type="checkbox"/> Je n'en ai jamais entendu parler |
| <input type="checkbox"/> Je pense ne pas y avoir droit | <input type="checkbox"/> Autre(s) raison(s), précisez :

 _____ |
| <input type="checkbox"/> Les démarches pour y accéder sont trop compliquées, trop longues | |

46. Avez-vous déjà été dans un lieu où les soins sont dispensés gratuitement ?

- Oui Non Je ne sais pas

47. Si vous n'avez jamais été dans un de ces lieux, pourquoi ? (Plusieurs réponses possibles)

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Je n'en ai pas besoin | <input type="checkbox"/> J'en ai déjà entendu parler mais personne ne m'a expliqué |
| <input type="checkbox"/> Je pense ne pas y avoir droit | <input type="checkbox"/> Je n'en ai jamais entendu parler |
| <input type="checkbox"/> Je ne sais pas où ces centres se trouvent | <input type="checkbox"/> Autre(s) raison(s), précisez :

 _____ |
| <input type="checkbox"/> J'éprouve des difficultés pour accéder à ces lieux (absence de transport, coût du transport, impossibilité physique de se déplacer...) | |

48. Avez-vous des commentaires supplémentaires à ajouter ?

| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |
| _____ |

Nous vous remercions pour votre précieuse collaboration à cette enquête

