

En 2016, 3 % de la population de l'Union européenne des Quinze (l'UE-15) renonce à des soins médicaux et 5 % à des soins dentaires (*graphique 1*). Les difficultés d'accès aux soins dans les pays de l'UE et les motifs sous-jacents sont appréhendés ici par des indicateurs de renoncement disponibles dans les enquêtes **SRCV-UE**, qui reposent sur des données déclaratives. Ces indicateurs permettent de comparer les taux de besoins non satisfaits d'examen et de traitements médicaux ou dentaires, du fait de contraintes financières, de problèmes d'offre (délais d'attente ou éloignement géographique) ou de considérations personnelles.

Les taux de renoncement déclarés aux soins médicaux sont élevés en Grèce (14 %), en Suède (10 %), dans les États membres qui ont rejoint l'UE depuis 2004 (**NM-13**, 9 %), et au Danemark (8 %). Ils sont proches de la moyenne des pays de l'UE-15 en France (4 %), en Irlande et en Belgique (3 %). Ils sont en revanche, très faibles en Allemagne, en Autriche et aux Pays-Bas.

Le renoncement aux soins médicaux est plus souvent dû à des raisons financières

Les raisons financières constituent le principal motif de renoncement à des examens ou à des soins médicaux. Au sein de l'UE-15, quatre personnes sur dix déclarant renoncer à des soins le font en raison de leur coût trop élevé. Cette proportion est de moins d'un tiers dans les NM-13. En Grèce et en Italie, le coût est de loin le principal motif de renoncement (dans huit cas sur dix). En Grèce, le renoncement aux soins pour raisons financières est élevé et n'a cessé d'augmenter depuis 2008 (+8 points). En France, ce motif de renoncement est moins fréquemment avancé qu'en moyenne dans l'UE-15 (deux cas sur dix). Le reste à charge en santé y est en moyenne plus bas (voir fiche 39) et les réformes successives (couverture maladie universelle complémentaire [CMU-C] et aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS]) ont amélioré la couverture santé d'une proportion croissante de personnes aux revenus les plus modestes. En particulier, l'évolution du dispositif ACS du 1^{er} juillet 2015 s'est traduite par une revalorisation du plafond de ressources et a permis aux personnes éligibles de bénéficier du tiers-payant intégral. Aux Pays-Bas (malgré l'existence d'une franchise annuelle obligatoire de 375 euros en 2015) et au

Royaume-Uni (où les soins sont gratuits) le coût n'est quasiment pas évoqué pour expliquer le renoncement aux soins et aux examens médicaux.

De longs délais d'attente peuvent également constituer un problème d'accès aux soins ou entraîner une aggravation de l'état de santé du malade, en raison du traitement différé de la maladie. Les listes d'attente sont citées dans environ deux cas de renoncement sur dix dans l'UE-15 comme dans les NM-13. Ce motif n'est quasiment pas évoqué en Belgique, en Allemagne ou aux Pays-Bas et très peu dans les pays d'Europe du Sud et en France. Il représente le principal motif de renoncement aux soins médicaux en Finlande (huit cas sur dix). Au Royaume-Uni, où la proportion de la population déclarant renoncer aux soins médicaux est plus faible (2 %), elle est due dans la moitié des cas, aux délais des listes d'attente. Si ces listes d'attente ont constitué un problème majeur en Finlande comme au Royaume-Uni jusqu'au début des années 2000, d'importantes mesures ont été prises pendant plusieurs années dans ces deux pays (Siciliani, 2013). Elles ont permis de réduire les délais, en particulier pour les soins hospitaliers en Finlande. Au Royaume-Uni, après l'introduction par le *National Health Service* (NHS) en 2010 d'objectifs de délais maximums d'attente, dont un délai de 18 semaines pour des traitements non urgents, le nombre de patients en attente depuis plus de 52 semaines est passé de 240 000 en 2008 à moins de 500 chaque année pour la période 2012-2014. Il repart toutefois à la hausse en 2015.

L'éloignement géographique ne constitue généralement pas un motif de renoncement dans l'UE-15.

Les autres motifs avancés relèvent plus de décisions personnelles, d'un refus ou d'une défiance à l'égard du système de santé que de contraintes liées à l'accès.

Les comparaisons internationales des déclarations de renoncement aux soins doivent être effectuées avec prudence, car la formulation des questions peut varier entre pays. En outre, les résultats peuvent être influencés par des facteurs socioculturels, des attentes différentes, ou refléter le mécontentement de patients en réaction à des réformes du système de santé. Des écarts ou des évolutions de moins de deux points ne peuvent être interprétés comme significatifs.

SRCV-UE (Statistiques sur les revenus et conditions de vie) ou **EU-SILC** (Statistics on Income and Living Conditions): Enquête réalisée dans les pays membres de l'UE. Elle recueille des indicateurs structurels dans les domaines de la répartition des revenus et de la pauvreté et permet de disposer de statistiques sur les ressources et les conditions de vie comparables entre États membres.

Pour en savoir plus

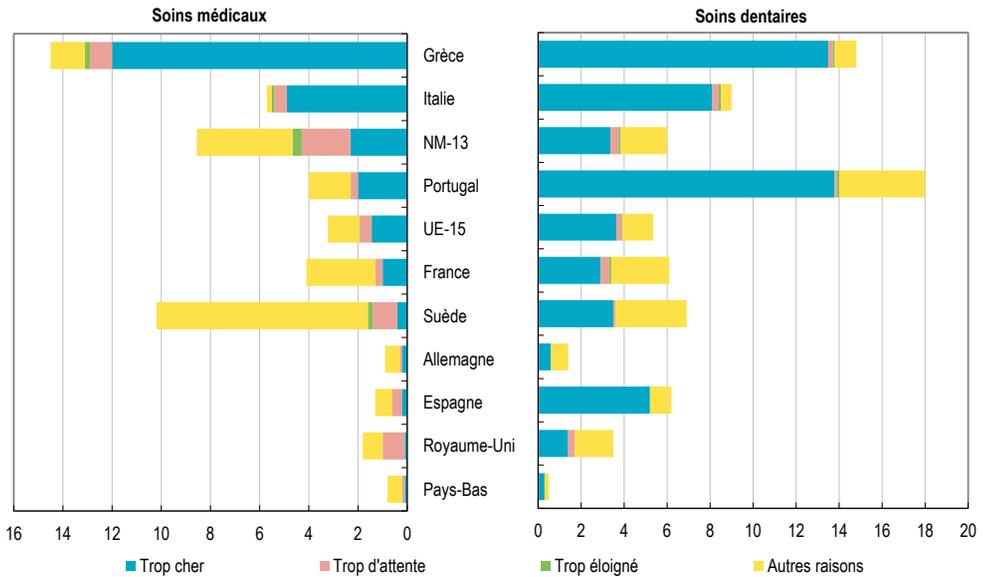
> Eurostat. Base de données « SILC 2004-2015 », consultable sur <http://ec.europa.eu/eurostat/data/database>.

> OCDE (2017). *Besoins en soins de santé non satisfaits en raison de leur coût*, in *Panorama de la santé 2017*, p.96-97: *Les indicateurs de l'OCDE*, OECD Publishing, Paris.

> Siciliani, L., Borowitz, M. and Moran, V. (eds.) (2013). *Waiting Time Policies in the Health Sector: What Works?* OECD Publishing, Paris.

Graphique 1 Besoins non satisfaits par type de soins et motifs en 2016

En %

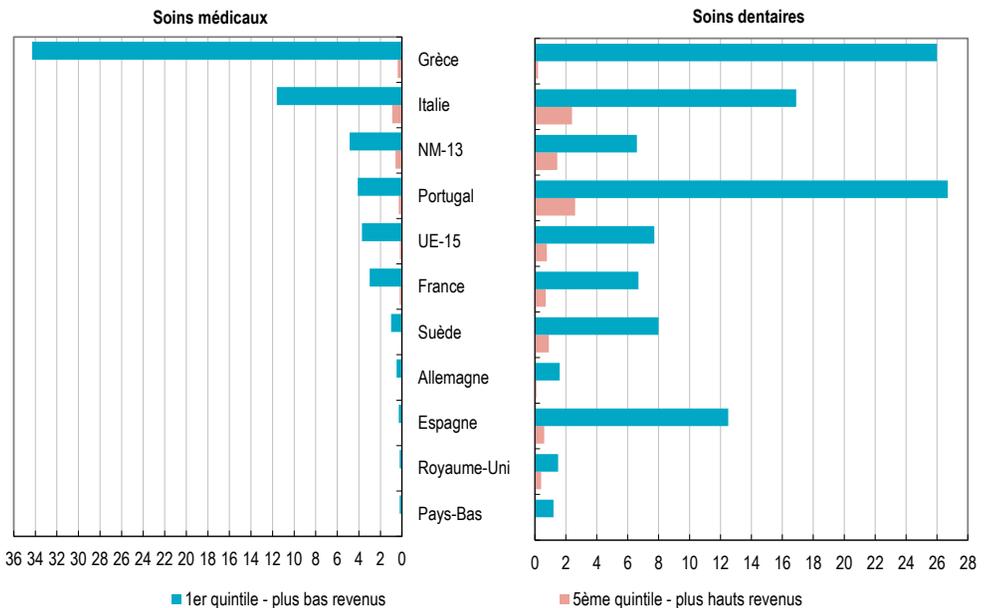


Lecture > Plus de 14 % des Grecs déclarent des besoins d'examen ou de traitement médical non satisfaits en 2016. Le motif de ce renoncement est le coût trop élevé pour 12 % d'entre eux, les listes d'attente pour moins de 1 %, la distance n'intervient quasiment pas et d'autres raisons telles que l'attentisme, la défiance vis-à-vis des médecins etc., pour plus de 1 %.

Source > Eurostat, SRCV-UE 2016, données déclarées sur le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois.

Graphique 2 Besoins non satisfaits pour raisons financières, par type de soins et en fonction du revenu disponible équivalent en 2016

En %



Lecture > En France, en 2016, 7 % des 20 % les plus pauvres et 1 % des 20 % les plus riches déclarent renoncer à des soins dentaires pour des raisons financières.

Source > Eurostat, SRCV-UE 2016, données déclarées sur le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois.

L'attentisme n'est avancé en moyenne par les résidents de l'UE-15 que dans moins de deux cas de renoncement sur dix. En France, en Suède et en Allemagne ce motif de renoncement est toutefois plus fréquent.

Encore plus de renoncement pour raisons financières dans le cas des soins dentaires

Les écarts entre pays sont plus prononcés en matière de soins dentaires non satisfaits et sont révélateurs d'une moindre couverture publique que pour les soins médicaux. Pour ces soins, le taux de renoncement est proche de la moyenne de l'UE-15 (5 %) en Belgique, dans les pays scandinaves, en France et en Espagne (5 % à 7 %). Il est très élevé dans les pays du sud de l'Europe (Portugal 18 %, Grèce 15 % et Italie 9 %), alors qu'il est inférieur à 2 % aux Pays-Bas, en Autriche et en Allemagne.

Le coût élevé des soins dentaires est la principale cause de renoncement évoquée au sein de l'UE-15 (en moyenne sept fois sur dix). C'est le cas en particulier dans les pays du sud de l'Europe. En Italie, où les raisons financières sont évoquées dans neuf cas de renoncement sur dix, les dépenses de prothèses dentaires sont en effet intégralement à la charge du bénéficiaire. C'est également le cas pour les autres soins dentaires, sauf pour les personnes en situation de grande vulnérabilité sociale ou sanitaire ayant accès gratuitement à ces soins. À l'opposé, en Allemagne, les tarifs des soins dentaires sont encadrés et seules les prothèses ne sont pas couvertes à 100 % pour les plus de 18 ans. De plus, le ticket modérateur sur les soins dentaires (10 euros par trimestre et par cabinet) a été supprimé en 2013.

L'éloignement et les listes d'attentes sont peu évoqués en Europe comme motifs de renoncement à des soins ou à des examens dentaires. Le Royaume-Uni fait exception : ce dernier motif est avancé par une personne sur dix qui déclare renoncer à ces soins. En effet, au Royaume-Uni, alors que les coûts des soins dentaires du NHS sont limités (participations forfaitaires plafonnées), la forte demande conduit à des listes d'attente parfois très longues. L'alternative reste le recours aux traitements effectués dans le secteur privé qui sont très coûteux, ce qui peut également expliquer le taux de renoncement pour raisons financières.

En revanche, en Europe, la peur est plus fréquemment mentionnée comme motif de renoncement aux soins dentaires que pour les soins médicaux, et l'attentisme l'est moins souvent.

Des taux de renoncement pour raisons financières très différenciés selon les revenus et les pays

En moyenne, dans l'UE-15, le taux de renoncement aux soins médicaux en raison de leur coût atteint 4 % pour les personnes à plus bas revenus (1^{er} quintile), tandis qu'il est

quasiment nul pour celles qui disposent des revenus les plus élevés (5^e quintile). Pour les soins dentaires, le taux de renoncement aux deux extrémités de la distribution des revenus et l'écart entre le 1^{er} et le 5^e quintile est plus élevé que pour les soins médicaux (respectivement 8 % et 1 %) [graphique 2].

Parmi les pays analysés ici, les plus grandes disparités entre les bas et les hauts revenus sont observées dans les pays du Sud : la Grèce et l'Italie affichent de très grandes disparités pour ces deux types de soins, alors que celles-ci sont importantes seulement pour les soins dentaires en Espagne et au Portugal. Les personnes à bas revenus renoncent fréquemment aux soins dentaires au Portugal (27 %), en Grèce (26 %), en Italie (17 %) et en Espagne (13 %). Pourtant, des populations bien identifiées, dont les plus jeunes et les plus démunis, bénéficient d'une prise en charge des prothèses dentaires, partielle en Espagne ou totale en Grèce. En Suède comme en France, le taux de renoncement des plus démunis est inférieur à la moyenne de l'UE-15 pour les soins médicaux et proche de la moyenne pour les soins dentaires. Les Pays-Bas et le Royaume-Uni sont les seuls pays où le renoncement aux soins médicaux est faible aux deux extrémités de la distribution de revenus. La gratuité des soins au Royaume-Uni pourrait expliquer cette absence d'écart. Aux Pays-Bas, une franchise annuelle s'applique à toute personne de plus de 18 ans, pour les soins médicaux et certains médicaments, sans toutefois que cela semble affecter le niveau de recours aux soins.

Le statut d'activité, corrélé aux ressources, affecte les motifs de renoncement

Au sein de l'UE-15, l'écart de taux de renoncement aux soins médicaux pour raisons financières est en moyenne très faible entre les chômeurs et les personnes qui occupent un emploi, les retraités et les autres inactifs (graphique 3).

Les disparités entre chômeurs et personnes en emploi sont particulièrement importantes en Grèce (tableau 1). Dans ce pays, la proportion des chômeurs déclarant des besoins non satisfaits en raison du coût excède de 13 points celle des personnes occupées. Dans les pays de l'UE-15 analysés ici, les retraités ne déclarent pas plus de difficultés d'accès aux soins au motif de coûts élevés que les personnes occupant un emploi, sauf en Grèce et en Italie. Parmi les NM-13, le renoncement aux soins médicaux pour raisons financières est surtout le fait des chômeurs et des retraités.

Les disparités sont plus marquées encore pour les soins dentaires : 8 % des chômeurs de l'UE-15, 7 % dans les NM-13, déclarent y renoncer pour des raisons financières, alors que ce renoncement concerne 4 % du reste de la population aussi bien dans l'UE-15 que dans les NM-13.

Pour en savoir plus

> DREES (2012). Renoncement aux soins : Actes du colloque du 22 novembre 2011, à Paris.

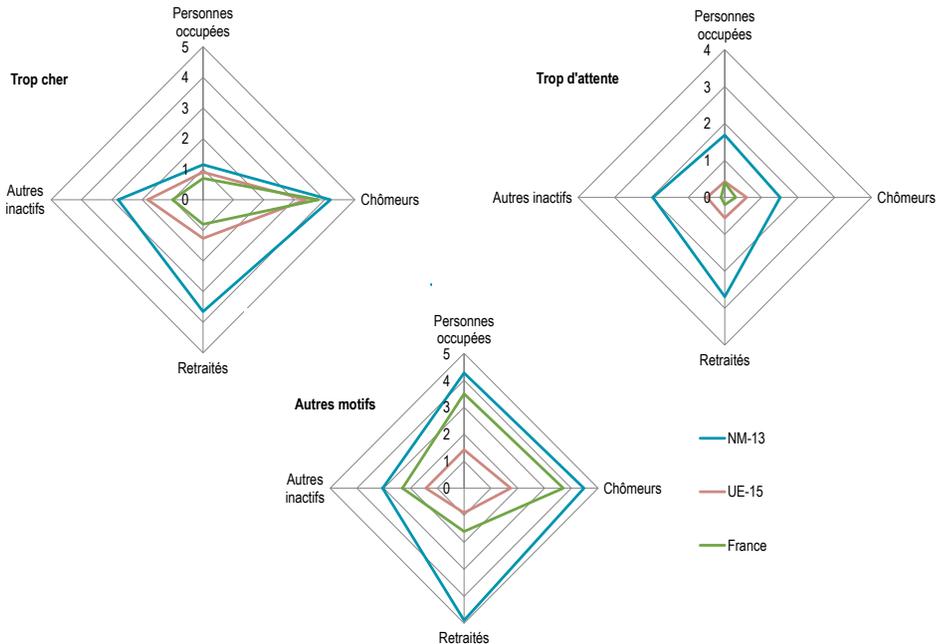
> OCDE (2017). Besoins de soins en santé non satisfaits en raison de leur coût in *Panorama de la santé 2017*, p.96-97: *Les indicateurs de l'OCDE*, OECD Publishing, Paris.

> Sireyjol, A. (2016, octobre). La CMU-C et l'ACS réduisent les inégalités en soutenant le pouvoir d'achat des plus modestes - Impact redistributif de deux dispositifs d'aide à la couverture complémentaire santé. DREES, *Les Dossiers de la Drees*, 7.

Tableau 1 Besoins autodéclarés d'exams ou de soins médicaux non satisfaits, par statut d'activité en 2016

	Statut d'activité				Ensemble de la population
	Personnes occupées	Chômeurs	Retraités	Autres inactifs	
Grèce	10	23	15	17	14
NM-13	7	10	11	8	9
Suède	11	17	6	13	10
Italie	4	11	6	8	6
Royaume-Uni	2	2	2	2	2
Portugal	4	5	4	4	4
UE-15	3	6	3	4	3
France	5	8	3	3	4
Espagne	1	2	1	1	1
Allemagne	1	2	1	1	1
Pays-Bas	1	2	1	1	1

Source > Eurostat, SRCV-UE 2016, données déclarées sur le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois.

Graphique 3 Besoins autodéclarés d'exams ou de soins médicaux non satisfaits, par motif et par statut d'activité en 2016

Note > En moyenne au sein des NM-13, 4 % des chômeurs et 1 % des personnes occupées renoncent à des soins ou des examens médicaux pour des raisons financières. Dans ces pays, les retraités renoncent plus à des soins médicaux en raison des listes d'attente que les autres personnes inactives (3 % contre 2 %).

Source > Eurostat, SRCV-UE 2016, données déclarées sur le renoncement aux soins au cours des douze derniers mois.