

## Santé

### Moindre recours au médecin généraliste dans l'ouest de la Bretagne et risque de renoncement aux soins plus élevé dans les unités urbaines et sur le littoral

*Renoncer aux soins pour raisons financières et ne pas recourir à un médecin généraliste ne sont pas synonymes, sauf pour les populations les plus précaires. Hormis celles-ci, les populations concernées diffèrent et leur localisation également. Le risque de non recours est ainsi plus élevé en Ille-et-Vilaine alors que celui de renoncer aux soins concerne davantage les zones à fortes disparités sociales comme les grandes unités urbaines et le littoral.*

*Les déterminants sociaux individuellement classiquement utilisés, de même que les facteurs contextuels ne suffisent pas à expliquer la carte du non recours en Bretagne, plus fréquent dans l'ouest de la région.*



L'éloignement au système de soins procède moins d'une distance géographique aux praticiens - accessibles à moins de 10 minutes pour la quasi-totalité des Bretons - que de déterminants sociaux. Selon des études récentes (*Cf. Pour en savoir plus*), les inégalités sociales de recours aux soins ont certes diminué, notamment grâce à l'introduction de la couverture maladie universelle en 2000, mais elles restent cependant significatives. La réduction des inégalités est particulièrement importante concernant le recours au médecin généraliste.

L'absence de consultation d'un médecin généraliste pendant une durée supérieure à 12 mois traduit un comportement de non recours, d'autant que le médecin généraliste est le plus souvent médecin traitant, pivot du parcours de soins. Pour autant, cette situation peut révéler une limitation effective de la consommation de soins, mais également une absence de besoins, notamment chez les personnes en bonne santé. Aussi le renoncement aux soins pour raisons financières offre-t-il une vision complémentaire des inégalités sociales d'accès à des soins adaptés. Ce renoncement peut n'être



## ARS Bretagne – Une démarche d'étude pour mieux structurer son action de réduction des inégalités sociales de santé

Fruits d'un partenariat entre l'ARS Bretagne et l'Insee, deux premières études ont été publiées en 2013 sur les inégalités géographiques d'accès aux soins. Cette nouvelle étude complète ce panorama en abordant la question des inégalités sociales dans l'accès aux soins de premiers recours et fournit des pistes à l'ARS pour cibler ses actions.

La réduction des inégalités d'accès aux soins constitue l'une des priorités de la politique de santé définie par la loi « Hôpital, patients, santé, territoires » de 2009 et par la Stratégie nationale de santé. Elle est déclinée en région par les Agences Régionales de Santé (ARS). Pour répondre au défi complexe de cette priorité, l'ARS continue la démarche d'étude des inégalités sociales de santé tout en déployant des actions pour leur réduction. Ainsi, l'ARS, avec ses partenaires, a élaboré et met en œuvre une nouvelle génération du **Programme régional d'accès à la prévention et aux soins des plus démunis (PRAPS)**, qui constitue un outil fédérateur pour lutter contre les inégalités sociales de santé. En région Bretagne, le PRAPS a permis la pérennisation et l'évolution d'un dense maillage des dispositifs et des actions de prise en charge des publics précaires pour ensuite favoriser leur accès au système de santé de droit commun : des points santé qui sont implantés dans les lieux de vie des publics les plus démunis ; des Permanences d'accès aux soins de santé (PASS) au sein des centres hospitaliers, des équipes mobiles psychiatrie précarité, des dispositifs dans le champ médico-social (Lits halte soins santé, Appartements de coordination thérapeutique), une impulsion dans les projets de création de Maisons de santé pluridisciplinaires à prendre en compte les problématiques des publics précaires, des actions de prévention et promotion de la santé.

Actions	Publics cibles	Localisations cibles
Lutte contre le renoncement aux soins pour motif financier (ex : prises en charge gratuites ou sans avance de frais).	Personnes sans protection complémentaire santé (CMUC ou privée), chômeurs, familles monoparentales, ménages les plus modestes (20 % au bas de l'échelle des revenus), femmes.	La moitié ouest, le littoral et les grandes unités urbaines de la région.
Lutte contre le non recours (ex : sensibilisation dans le cadre professionnel, élargissement de la plage horaire de l'offre de soins).	Personnes sans protection complémentaire santé (CMUC ou privée), agriculteurs, artisans, commerçants, cadres, chômeurs.	La moitié ouest de la région et l'agglomération de Rennes.

que partiel : s'observer pour des consultations de dentistes ou de spécialistes sans se traduire par un renoncement à consulter un médecin généraliste, ou encore se traduire par une limitation du nombre de visites chez ce dernier. Renoncement et non recours n'obéissent donc pas forcément aux mêmes logiques.

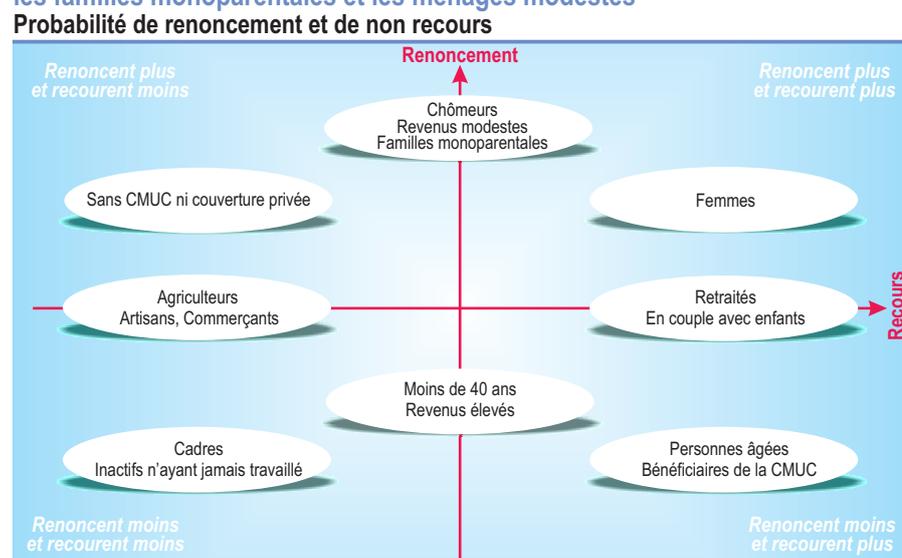
### Ne pas bénéficier d'une couverture complémentaire est le premier facteur d'exclusion des soins

En France, en 2010, 15 % des personnes déclarent avoir renoncé à des soins pour raisons financières au cours des 12 derniers

mois. Dans le même temps, 14 % n'ont pas eu recours à un médecin généraliste.

Ces deux populations ne se recoupent que partiellement. Pour autant, certaines personnes cumulent renoncement aux soins et non recours à un généraliste, majorant ainsi les risques sur leur état de santé, par défaut d'accès au parcours de soins. Parmi celles-ci figurent au premier chef les personnes qui ne bénéficient ni de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), ni d'une complémentaire privée. Près d'une sur trois dit avoir renoncé à des soins, et presque autant ne pas avoir consulté de médecin généraliste dans l'année. Les chômeurs sont également concernés, mais en proportion moindre. Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de renoncer à des soins est supérieure de 6 points pour les chômeurs et de 4,5 points pour les familles monoparentales (figure 1). Pour ces populations, certains besoins de soins ne sont donc pas couverts.

Figure 1 - Plus de renoncement aux soins pour les femmes, les chômeurs, les familles monoparentales et les ménages modestes



Lecture : les cadres ont une probabilité moindre de renoncer aux soins et de recourir à un médecin généraliste.

NB : le schéma synthétise les résultats de la modélisation qui prend comme individu de référence un homme de 40 à moins de 65 ans, actif occupé, de profession intermédiaire, en couple avec enfants, bénéficiaire d'une couverture complémentaire privée et vivant dans une commune rurale.

Source : Irdes, enquête ESPS 2010

**Figure 2 - Un accès aux soins moins aisé pour ceux qui ne bénéficient ni de la CMUC ni d'une complémentaire privée**

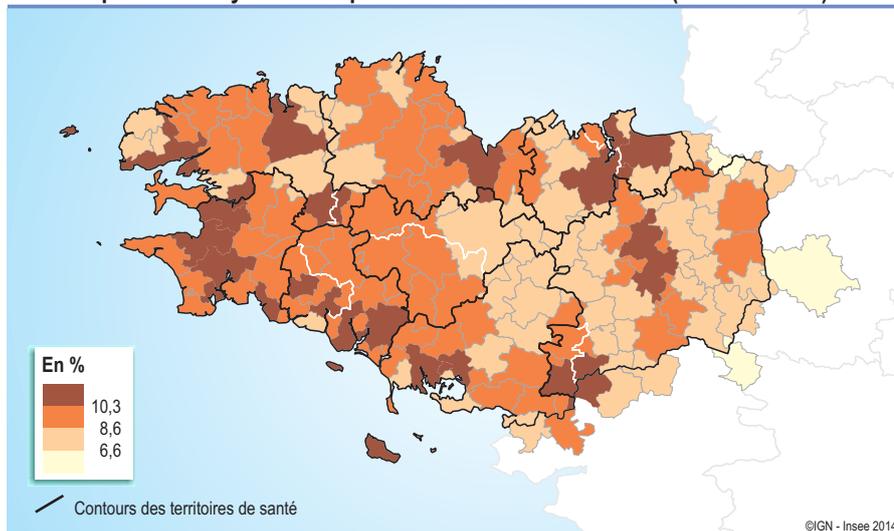
Taux de non recours et de renoncement par type de population (en %)

	Part dans l'enquête Irdes	Déclarent avoir renoncé pour raisons financières	N'ont pas eu recours à un omnipraticien
Hommes	49,75	11,6	18,5
Femmes	50,25	18,2	9,7
Moins de 40 ans	38,4	14,9	17,6
De 40 à moins de 65 ans	41,3	17,0	15,2
65 ans ou plus	20,3	10,9	5,3
Actifs occupés	59,3	14,1	17,3
Chômeurs	6,9	28,6	17,6
Retraités	24,4	11,9	5,9
Agriculteurs	3,0	11,0	16,1
Artisans, commerçants	6,7	11,8	19,7
Cadres	13,2	8,6	18,6
Professions intermédiaires	18,3	14,8	13,1
Employés	26,7	19,3	9,9
Ouvriers	26,7	15,4	14,8
Inactifs n'ayant jamais travaillé	5,3	12,9	15,7
En couple avec enfants	49,8	14,9	17,1
En couple sans enfant	24,4	10,3	9,5
Familles monoparentales	7,1	25,2	12,2
Revenus inférieurs au 1 <sup>er</sup> quintile	16,0	25,3	14,4
Revenus compris entre les 1 <sup>er</sup> et 2 <sup>e</sup> quintiles	15,3	18,7	10,9
Revenus compris entre les 2 <sup>e</sup> et 3 <sup>e</sup> quintiles	16,7	15,6	14,7
Revenus supérieurs au 3 <sup>e</sup> quintile	31,7	9,1	14,6
Bénéficiaires de la CMUC	4,9	21,1	11,1
Ne bénéficiant ni de la CMUC ni d'une couverture complémentaire privée	4,3	34,0	32,6
Bénéficiaires d'une couverture complémentaire privée	88,6	13,7	13,3
<b>Ensemble</b>		<b>14,9</b>	<b>14,1</b>

Source : Irdes, enquête ESPS 2010

**Figure 3 - Un risque de renoncement plus élevé le long du littoral et dans les grandes unités urbaines**

Part des personnes ayant un risque de renoncement très élevé (dernier décile)



Source : Insee, recensement de la population 2010

ouvrant accès à la CMUC, elles peuvent être amenées à se priver de soins, faute de pouvoir supporter un coût supplémentaire lié au reste à charge.

### Davantage de renoncement mais moins de non recours pour les femmes

Les femmes déclarent renoncer plus souvent aux soins (figure 2) que les hommes (18,2 % contre 11,6 %) alors qu'elles sont plus nombreuses à avoir recours à un médecin généraliste dans l'année (90,3 % contre 81,5 %). Plusieurs hypothèses peuvent expliquer ce résultat : soit elles renoncent à des soins de spécialistes, par exemple ceux d'un gynécologue, en les substituant par des soins de médecine générale, soit il subsiste pour elles un besoin non satisfait de soins généralistes ou spécialistes, tels les soins dentaires.

### Situation inverse pour les agriculteurs, les cadres et les indépendants

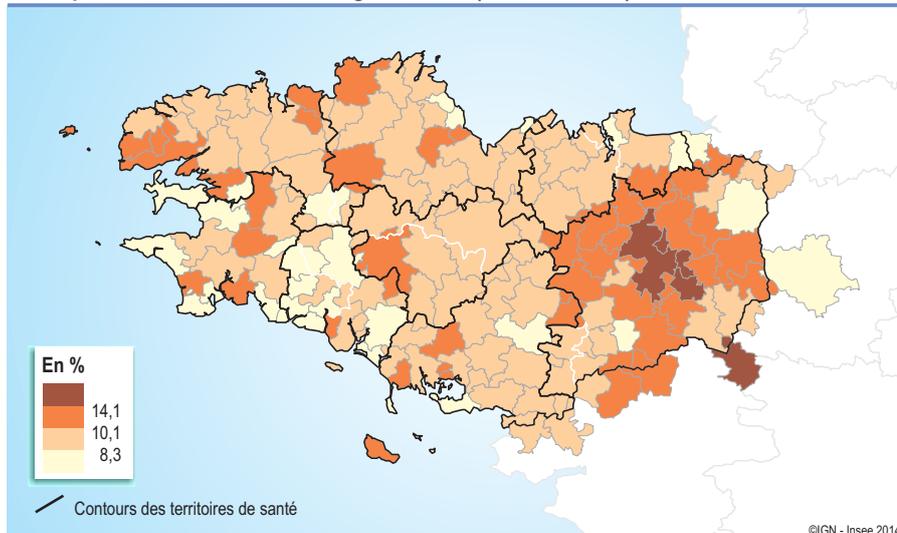
L'activité principale de la personne est par ailleurs également déterminante de son comportement de soins. Les agriculteurs, les artisans, les commerçants et les inactifs n'ayant jamais travaillé recourent moins aux soins, tout en déclarant moins souvent y renoncer, tout comme les cadres. Toutes choses égales par ailleurs, les cadres ont une probabilité de renoncer aux soins inférieure de 3,7 points. Cette situation peut soit traduire une meilleure santé, soit un parcours de santé les amenant à consulter directement les spécialistes, soit une moindre sensibilisation à leurs problèmes de santé, soit encore une moindre disponibilité en termes de temps pour consulter.

Enfin, le recours augmente avec l'âge, les personnes âgées étant logiquement plus consommatrices de soins.

### Un risque de renoncement plus important à l'ouest, où les indicateurs de santé sont dégradés

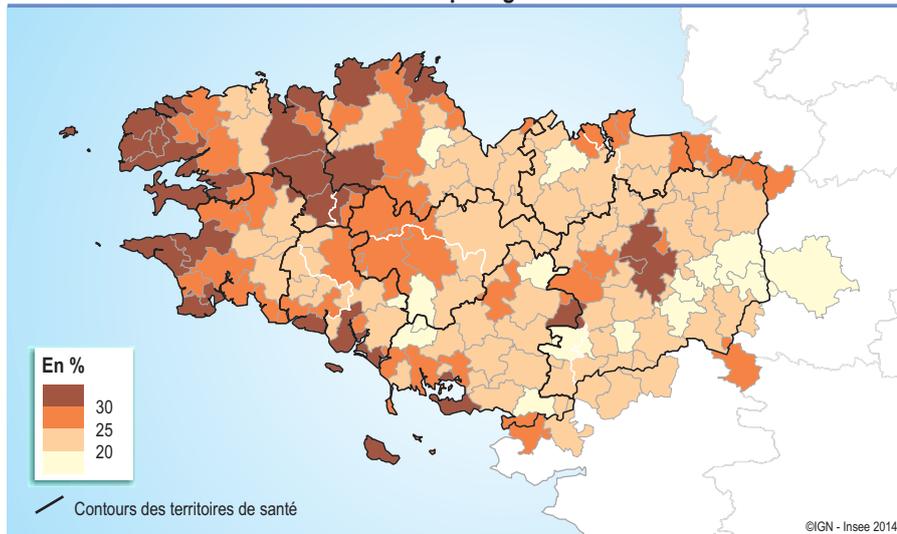
En supposant que ces constats nationaux s'appliquent également dans les territoires et pour chacun des déterminants sociaux, le risque moyen estimé de renoncement aux soins serait en Bretagne de 13,2 %. Il serait inférieur au niveau national (14,9 %) en raison d'une présence plus importante dans la région de populations qui renoncent peu, comme les personnes âgées, mais

**Figure 4 - Un risque de ne pas recourir aux soins plus élevé en Ile-et-Vilaine**  
Part des personnes ayant un risque très élevé de ne pas recourir à un médecin généraliste (dernier décile)



Sources : Insee, recensement de la population 2010 - Irdes, enquête ESPS 2010

**Figure 5 - Plus de non recours dans l'ouest de la région**  
Taux de non recours observé standardisé par âge



Sources : Insee, Recensement de la population 2010 - Cartosanté 2010

également d'une plus faible part de personnes plus exposées au renoncement : chômeurs, familles monoparentales.

À une échelle plus locale toutefois, ce risque moyen estimé de renoncement aux soins est plus élevé dans de nombreux bassins de vie situés à l'ouest de la région, bassins de vie dans lesquels les indicateurs de mortalité et de morbidité sont aussi plus dégradés.

Le risque moyen estimé de renoncement est également important dans les bassins de vie les plus urbains et ceux du littoral (figure 3) qui présentent des profils sociaux masquant de fortes disparités (Cf. Pour en savoir plus). Des ménages aisés y cohabitent avec des populations en difficulté. C'est le cas des

bassins de vie de Brest, Quimper, Lorient, Hennebont, Vannes, Rennes, Saint-Malo et Saint-Brieuc.

Enfin, d'autres bassins de vie, bien que présentant des fragilités sociales, accueillent des populations plus rurales et âgées, et sont de ce fait peu touchés par le renoncement aux soins : parmi ceux-ci, les bassins de vie de Callac, Plouaret, Saint-Brice-en-Coglès, Retiers, Louvigné-du-Désert, et Guémené-Penfao.

### Un risque de non recours plus élevé en Ile-et-Vilaine

S'agissant du non recours à un généraliste, le risque moyen estimé serait de 12,7 % en

Bretagne, également inférieur au niveau national qui se situe à 14 %. La structure de la population régionale explique également cette légère différence. Même si la présence plus importante d'agriculteurs en Bretagne va dans le sens d'un non recours plus élevé, la surreprésentation des personnes âgées et la moindre présence des cadres contrebalancent cet effet.

Sans surprise, le risque de non recours ne se calque pas sur le risque de renoncement à l'échelon local. Il est plus élevé en Ile-et-Vilaine (figure 4), en particulier dans le bassin rennais. Dans cette zone, les catégories de population en bonne santé, tels les jeunes et les cadres, sont bien représentées et l'accès à l'offre spécialiste y est plus développé.

### Un taux de non recours observé plus important à l'ouest de la région

S'agissant du non recours au médecin généraliste, les données de l'assurance maladie permettent d'apporter un éclairage sur les consommations locales en fournissant des données, non plus transposées d'hypothèses nationales, mais observées. Elle peuvent être rapprochées du risque de non recours sans toutefois être comparées directement. En effet, ces données comptabilisent les consultations<sup>1</sup> des patients relevant des trois principaux régimes de l'assurance maladie (régime général, régime agricole et régime social des indépendants) et conduisent à une surestimation du non recours en n'intégrant pas les consultations des personnes couvertes par les régimes spéciaux (marins, militaires, etc.). La part des marins et militaires dans la population peut en effet dépasser 5 % dans les bassins de vie suivants qui sont donc à analyser avec prudence : Guer, Crozon, Brest, Landivisiau, Guilers, Plélan-le-Grand, Penmarch, Le Faou, Guidel, Landerneau, Plabennec, Saint-Aubin-du-Cormier, Plouguerneau - Lannilis, Lorient, Erquy, Lesneven et Quiberon.

En Bretagne, le taux de non recours observé, après prise en compte des effets de structure par âge, s'établit à 26,2 % pour les personnes de 15 ans ou plus. Ce taux est standardisé par âge pour appliquer à chaque bassin de vie la structure par âge bretonne et ainsi comparer les territoires entre eux à structure d'âge identique.

<sup>1</sup> Consultations réalisées en cabinet, dans le cadre de visites au domicile des patients ou dans les services de consultations externes des hôpitaux et des cliniques.

Les taux de non recours observés les plus élevés se situent dans les bassins de vie de l'ouest de la région (figure 5) mais également dans les bassins de Rennes et du Rheu. Ces zones coïncident avec celles où le risque de renoncement est le plus fort. En revanche, la pointe du sud Finistère a un risque de ne pas recourir faible et un taux observé élevé, mais certainement surestimé par la non prise en compte des bénéficiaires des régimes spéciaux. À l'inverse, la couronne de Rennes a un taux de non recours observé faible, malgré un risque moyen estimé élevé.

Ces écarts entre risque moyen estimé de non recours et taux observé peuvent trouver plusieurs explications. D'abord, pour le taux de recours observé, l'effet de l'âge est neutralisé par la standardisation. Ensuite, la modélisation individuelle du non recours aux soins n'inclut pas certaines variables déterminantes (présence d'une couverture complémentaire, ...). Enfin, d'autres facteurs d'environnement peuvent influencer sur le non recours tels l'offre de soins, les temps d'accès au médecin généraliste, l'état de santé de la population, ainsi que d'éventuelles spécificités comportementales de la population.

### Le taux de non recours augmente avec la part des cadres et des familles monoparentales dans les bassins de vie

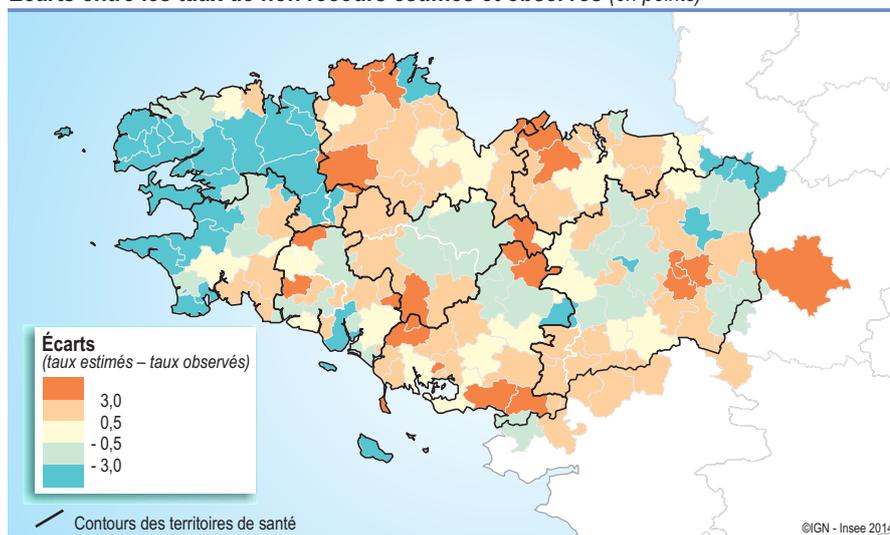
Dès lors, une autre modélisation basée non plus sur des données individuelles mais agrégées à l'échelle des bassins de vie permet de prendre en compte ces facteurs contextuels. A l'échelle des territoires, des niveaux élevés de la part des personnes âgées (65 ans ou plus), du taux d'activité, du revenu médian, de la densité standardisée de médecins généralistes et de la part de bénéficiaires de la CMUC, vont de pair avec un faible taux de non recours aux soins. Au contraire, la part de familles monoparentales et celle de cadres parmi les actifs occupés jouent en sens inverse.

Le modèle ainsi obtenu explique plus de 60 % des écarts observés entre bassins de vie sur le non recours. Il ne parvient pas en revanche à expliquer l'importance du non recours aux soins dans le Finistère nord (figure 6), ni dans des bassins de vie qui présentent des inégalités sociales fortes (Carhaix, Lanmeur, Morlaix, Pont-l'Abbé) ou des revenus assez faibles (Huelgoat, Louvigné-du-désert), mais aussi plus préservés comme Le Rheu. A noter que dans certains de ces bassins (Carhaix, Morlaix, Pont-l'Abbé et Le Rheu) le risque de renoncement aux soins est en outre important.

■ Valérie Molina (Insee),  
Carole Rieu (ARS)

Figure 6 - Les variables contextuelles n'expliquent pas la situation du nord Finistère

Écarts entre les taux de non recours estimés et observés (en points)



Sources : Insee, Recensement de la population 2010 - Cartosanté 2010

## Méthodologie

La méthode utilisée pour mettre en évidence les différents déterminants du renoncement aux soins et du non recours aux soins au niveau national est la régression logistique. La source des variables est l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) 2010 de l'Irdes (Institut de recherche et documentation en économie de la santé). Pour le renoncement aux soins, la variable modélisée est la réponse « oui » à la question « Au cours des 12 derniers mois, vous est-il déjà arrivé de renoncer, pour vous-même, à certains soins pour des raisons financières ? ». Pour le non recours la variable modélisée est la consultation auprès d'un omnipraticien en 2010, issue de l'appariement des données de l'enquête ESPS et de celles de la CNAMTS. On entend par omnipraticien les médecins généralistes ainsi que les médecins d'exercice particulier comme les homéopathes et les acupuncteurs. Pour faciliter la lecture, le terme de généraliste est substitué au terme d'omnipraticien dans l'article.

Les variables explicatives retenues dans les modèles sont les suivantes : sexe, classe d'âge, occupation principale, profession, niveau d'études, couverture complémentaire, taille du ménage, type de ménage, tranche d'unité urbaine et quintile de revenu.

Les variables déterminantes pour les deux analyses sont : le sexe, l'âge, l'occupation principale, l'existence ou non d'une couverture complémentaire, le type de ménage, et pour le renoncement les revenus et le milieu urbain/rural.

Le calcul de la probabilité individuelle des individus bretons à renoncer aux soins ou ne pas recourir à un omnipraticien résulte d'une régression logistique modélisant les mêmes variables, sauf les revenus et le fait qu'une personne dispose ou pas d'une complémentaire privée, information non connue au niveau individuel pour la Bretagne à partir du recensement de la population. La comparaison des deux modèles appliqués à la base nationale montre qu'ils sont très proches.

La modélisation réalisée sur les bassins de vie est une régression linéaire utilisée pour mettre en évidence les différents déterminants du non recours aux soins au niveau des bassins de vie bretons. La variable modélisée est le taux de non recours standardisé par âge issu des données de l'Assurance maladie (base Cartosanté). Les variables explicatives retenues dans le modèle sont : la part des femmes, la part des personnes de 40 à 64 ans, la part des retraités, la part des inactifs, la part des agriculteurs, la part des artisans, la part des cadres, la part des bénéficiaires de la CMUC, la part des couples avec enfants, la densité standardisée de médecins généralistes, la part des chômeurs, la part des personnes en affections de longue durée (ALD), le temps d'accès moyen à un médecin généraliste, le revenu médian et la part de ménages imposables. Les données sont issues du recensement de l'Insee et de l'Assurance Maladie.

## Pour en savoir plus

- [Portrait social des bassins de vie bretons : moins de fragilités dans le périurbain proche](#) / Sylvain Dajoux ; Insee Bretagne. - Dans : *Octant Analyse* ; n° 54 (2013, oct.). - 9 p.
- [Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution](#). - Dans : *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*. - Vol 61 - Supplément 3 - (2013, août). - P. S163-S169.
- [Une offre de soins de premier recours à moins de 10 minutes pour 97 % des Bretons](#) / Christelle Diodat, Frédéric Pellet ; ARS Bretagne ; Insee Bretagne. - Dans : *Octant Analyse* ; n° 45 (2013, fév.). - 6 p.
- [Soins hospitaliers en Bretagne : des conditions d'accès et d'usage différenciées selon les spécialités et les pratiques réelles des patients](#) / Enguerrand Lootvoet, Frédéric Pellet ; ARS Bretagne ; Insee Bretagne. - Dans : *Octant Analyse* ; n° 44 (2013, fév.). - 7p.
- [Comment les soins primaires peuvent-ils contribuer à réduire les inégalités de santé ?](#) / Irdes. - Dans : *Questions d'économie de la santé* ; n° 179 (2012, sept.). - 8 p.
- [Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique](#) / Irdes. - Dans : *Questions d'économie de la santé* ; n° 170 (2011, nov.). - 6 p.
- [Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique](#) / Irdes. - Dans : *Questions d'économie de la santé* ; n° 169 (2011, oct.). - 8 p.
- [Enquête sur la santé et la protection sociale \(ESPS\)](#) / Irdes
- Drees (<http://www.drees.sante.gouv.fr/>)
- ORS Bretagne ([http://orsbretagne.typepad.fr/ors\\_bretagne/](http://orsbretagne.typepad.fr/ors_bretagne/))
- ARS Bretagne (<http://ars.bretagne.sante.fr/Internet.bretagne.0.html>)
- Irdes (<http://www.irdes.fr/>)
- Insee Bretagne ([www.insee.fr/fr/regions/bretagne](http://www.insee.fr/fr/regions/bretagne))
- Insee ([www.insee.fr](http://www.insee.fr))

Directeur de la Publication : Michel Guillemet

Rédacteur en chef : Jean-Marc Lardoux

Composition : Jean-Paul Mer

ISSN 2105-1151 - © Insee 2014 - Dépôt légal : 2<sup>e</sup> trimestre 2014

INSEE Bretagne

36, place du Colombier  
CS 94439

35044 RENNES Cedex

Pour tout renseignement statistique :  
09 72 72 40 00 (tarification appel local)