



de la Mayenne

CÉAS de la Mayenne  
Centre d'étude et d'action sociale29 rue de la Rouillère  
53000 Laval  
Tél. 02 43 66 94 34  
Mél. ceas53@orange.fr  
Site Internet : www.ceas53.org  
Facebook : @ceasmayenne

CÉAS-point-com

Bulletin hebdomadaire à destination des adhérents



## Santé publique

1,6 million de personnes renoncent à des soins médicaux (2017)

## Les personnes pauvres sont nettement plus exposées

**D**ans *Études & Résultats* n° 1200 de juillet 2021, Aude Lapinte et Blandine Legendre (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – Drees) étudient le renoncement aux soins médicaux <sup>(1)</sup>.

En 2017, 83,8 % des personnes de 16 ans ou plus résidant en France métropolitaine déclarent avoir eu besoin de voir un médecin, au cours des douze mois écoulés, pour des examens ou des soins médicaux. Parmi celles-ci, 3,1 %, soit 1,6 million de personnes, n'ont pas pu voir un médecin ou recevoir des soins médicaux chaque fois qu'elles en ont eu besoin. Les difficultés d'accès aux soins représentent un « enjeu central » dans la stratégie nationale de santé. En effet, elles risquent de « générer ou d'aggraver les inégalités entre les groupes sociaux et les territoires ».

L'étude tient compte d'un certain nombre de caractéristiques : l'âge, le sexe, le type de ménage, la situation professionnelle, le niveau de diplôme, la couverture en complémentaire santé, l'accessibilité géographique aux soins, la satisfaction des relations avec la famille et avec les amis, les limitations fonctionnelles dans la vie quotidienne... Le fait de renoncer à des soins est associé à plusieurs facteurs. Comme il y a un effet cumulatif, le motif principal déclaré par les répondants n'est pas suffisant pour déterminer les causes de ces renoncements aux soins.

La pauvreté en conditions de vie <sup>(2)</sup> multiplie par trois le risque de renoncer à des soins et les personnes pauvres en conditions de vie ont jusqu'à huit fois plus de risques de renoncer à des soins dans les zones très sous-dotées en médecins généralistes.

Les difficultés d'accessibilité ont davantage de conséquences sur le renoncement aux soins des personnes marginalisées par leurs conditions d'existence que sur celui des populations ne l'étant pas mais étant concernées par la pauvreté monétaire. En outre, la notion de « besoin de soin » formulée dans le questionnaire induit une dimension subjective : « Une personne qui a le sentiment de se priver d'un certain nombre de biens essentiels (...) aura donc tendance à déclarer des privations et des ressources insuffisantes qui sont constitutives de la pauvreté en conditions de vie, et à renoncer à des soins ».

## L'impact de l'isolement social

Par ailleurs, le fait d'être couvert par une complémentaire santé préserve du renoncement aux soins. Cela est d'autant plus significatif pour les bénéficiaires de la CMU-C <sup>(3)</sup> qui renoncent quatre fois et demie moins aux soins médicaux que les personnes sans complémentaire santé. Toutefois, une partie des personnes éligibles à ce dispositif n'y ont pas recours, « soit pas manque d'infor-



(1) – « Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres » (8 pages). Les données proviennent de l'enquête annuelle Statistiques sur les ressources et conditions de vie des ménages (SRCV) que l'Insee a réalisée en 2017 avec un module supplémentaire portant sur la santé. Environ 11 000 ménages, soit 20 500 individus, ont répondu à cette enquête.

(2) – La pauvreté en conditions de vie (ou pauvreté matérielle) se mesure à partir d'une trentaine de questions concernant l'insuffisance des ressources, des privations matérielles quotidiennes et des difficultés de logement. Une personne est dite pauvre en conditions de vie si elle cumule huit difficultés parmi les vingt-sept listées (insuffisance de ressources, retards de paiement, restrictions de consommation, difficultés de logement...).

(3) – Mise en place en 2000, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) offre une couverture santé gratuite aux plus démunis. Elle est remplacée par la complémentaire santé solidaire (CSS) depuis le 1<sup>er</sup> novembre 2019.

## CÉAS-point-com

Bulletin hebdomadaire diffusé par  
messagerie électronique aux seuls  
adhérents du CÉAS.Contributeurs pour ce numéro :  
Virginie Amirbacasse.  
Claude Guioillier.  
Nathalie Houdayer.

## Les médecins généralistes et la prévention

Dans le *CÉAS-point-com* n° 963 du 5 novembre 2021, nous avons présenté une étude sur les « opinions et pratiques des médecins généralistes en matière de prévention ». Cette étude souligne que les médecins exerçant en Maison de santé pluri-professionnelle (MSP) participent plus souvent à l'organisation d'actions de prévention collective qu'entre autres ceux exerçant seuls.

Un lecteur analyse cette situation en évoquant les financements de l'Agence régionale de santé (ARS) : ils permettent d'y mener plus facilement des actions de prévention. Mais ce serait au risque de redondances. De nombreux acteurs institutionnels font de la prévention, avec des moyens issus des mêmes financeurs, mais « souvent sans aucune coordination ni évaluation a posteriori ». Dès lors, les pôles de santé et maisons de santé pluri-professionnelles dépensent des crédits et doivent créer de nouvelles actions pour bénéficier de nouveaux financements. Et les postes de coordinateur servent en partie à chercher des financements pour... pouvoir les conserver !

### La pensée hebdomadaire

« Alors que les médias de service public véritablement indépendants n'ont jamais été aussi précieux pour les démocraties du monde entier, il est primordial que les décideurs et la classe politique soutiennent et défendent l'indépendance des médias publics et du journalisme en général. C'est d'autant plus vrai dans un contexte où les journalistes sont de plus en plus l'objet de menaces et d'attaques partout dans le monde. Des médias publics en bonne santé constituent une force pour les démocraties du monde. L'heure est venue de faire preuve de courage et de leadership. Les gouvernements démocratiques doivent démontrer leur engagement à soutenir les médias publics et les principes qui les sous-tendent, car l'expérience nous a appris que ceux-ci rendent nos sociétés plus fortes, plus prospères et plus harmonieuses. »

David Anderson (Australie), Thomas Bellut (Allemagne), Delphine Ernotte Cunci (France), Tony Hall (Grande-Bretagne), Jim Mather (Nouvelle-Zélande), Hanna Stjärne (Suède), Yang Sung-dong (Corée du Sud) et Catherine Tait (Canada), dirigeants mondiaux de l'audiovisuel public, « Des médias publics en bonne santé sont une force pour les démocraties », *Le Monde* du 31 juillet 2020.

mation, soit en raison de la complexité de la procédure administrative, ou pour éviter le stigmate qui pourrait y être associé ».

Le mauvais état de santé, en particulier le handicap, est un autre facteur de risque identifié. Les personnes qui déclarent des limitations légères ou fortes dans les activités courantes depuis au moins six mois sont plus nombreuses à exprimer des besoins non satisfaits, par rapport aux personnes n'ayant aucune limitation. Néanmoins, les personnes en affection de longue durée (ALD), prises en charge à 100 % par l'assurance maladie pour les soins en lien avec cette pathologie, renoncent deux fois et demie moins que les autres.

L'isolement social augmente la propension à renoncer aux soins : « Les personnes qui ont renoncé à des soins sont moins satisfaites de leurs relations amicales : seulement 74 % d'entre elles sont bonnes, contre 86 % des personnes qui ont pu répondre à l'ensemble de leurs besoins de soins ». En outre, plus les relations sociales, surtout familiales, sont bonnes, plus le risque de renoncer à des soins est réduit. Enfin, les personnes sans diplôme et les plus diplômés ont moins de risques de renoncer aux soins.

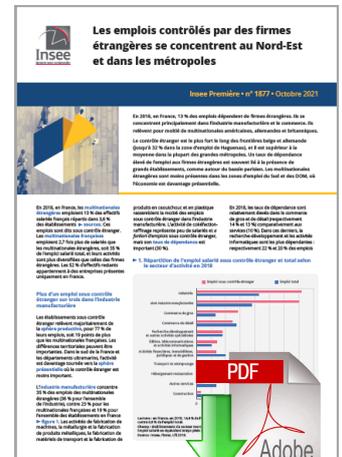


## Emploi

### 13 % des emplois en France dépendent de firmes étrangères

En 2018, en France, sur 100 salariés français en équivalents temps plein (EQTP), hors secteurs agricoles et administration publique, hors également les intérimaires, 13 le sont dans des multinationales étrangères ; 35 dans des multinationales françaises ; 52 dans des entreprises présentes uniquement en France.

Les 13 % des emplois dépendant de firmes étrangères se concentrent principalement dans l'industrie manufacturière et le commerce. Ils relèvent pour moitié de multinationales américaines, allemandes et britanniques. Les autres pays de l'Union européenne en rassemblent un tiers. Au premier rang des pays émergents, la Chine contrôle 20 000 emplois en France.



**Source** : Samuel Balmand, Grégoire Borey, Laurent Lefèvre, Thibaut Martini, Olivaso Razafindramanana et Sébastien Samyn (Insee), « Les emplois contrôlés par des firmes étrangères se concentrent au Nord-Est et dans les métropoles », *Insee Première* n° 1877 d'octobre 2021 (4 pages).