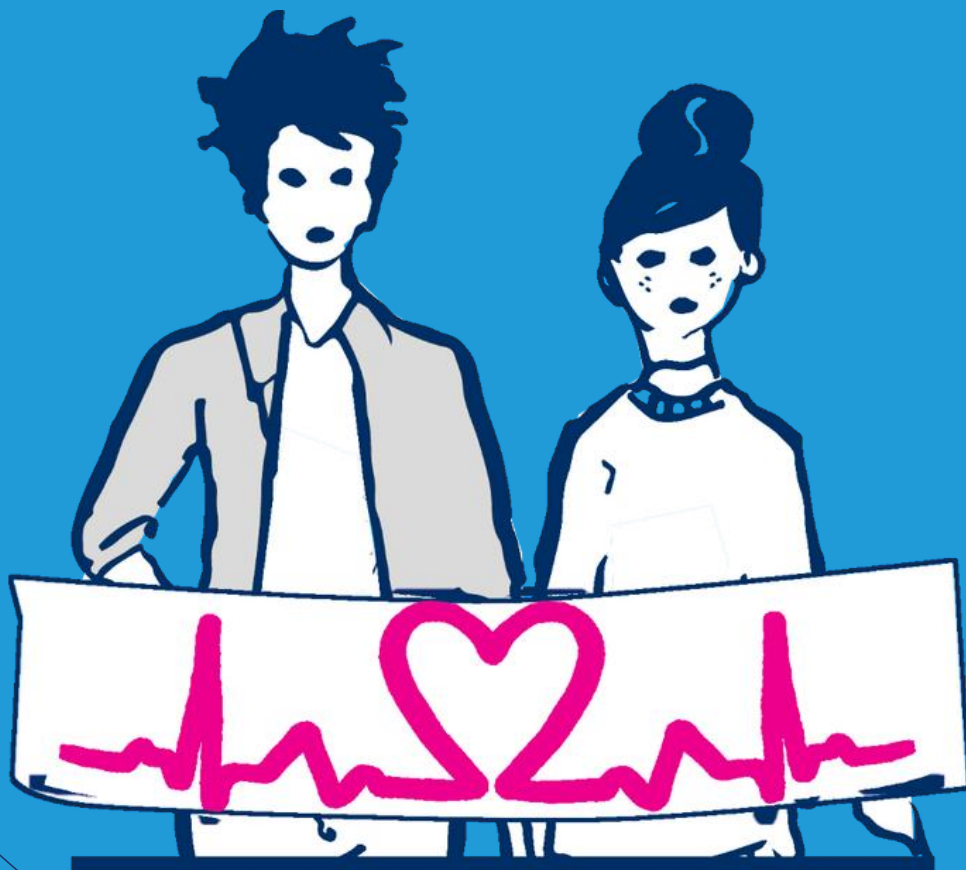


Les populations éligibles à la CMU-C et à l'ACS en 2019

Qui sont-elles ?

Quel est leur interlocuteur privilégié en cas de préoccupation pour leur santé et
quelles sont leurs pratiques en matière d'automédication ?



Etude réalisée à la demande du Fonds CMU-C

Solen BERHUET
Patricia CROUTTE

Table des matières

Préambule	3
I – La CMU-C et l’ACS : deux systèmes de couverture santé complémentaire pour les plus modestes .	5
1.1 Les personnes éligibles et le (non) recours à la CMU-C et à l’ACS	5
1.2 Des populations plus souvent allocataires de prestations sociales	7
1.3 Des niveaux de chômage deux à trois fois plus élevés qu’en population générale.....	8
1.4 Des situations d’emploi plus précaires chez les actifs occupés	9
1.5 Les personnes éligibles à la CMU-C sont plus jeunes.....	11
1.6 Des configurations familiales différentes.....	12
II – Les personnes éligibles à la CMU-C et à l’ACS jugent leur état de santé moins bon que le reste des Français	13
2.1 Le sentiment partagé d’être en moins bonne santé que les gens de son âge.....	13
2.2 Un quotidien plus souvent marqué par des douleurs et un sentiment de mal être.....	14
2.3 Des populations davantage en prise avec un handicap ou une maladie chronique.....	14
2.4 Et qui s’imposent plus de restrictions budgétaires, y compris en matière de santé	16
2.5 Des restrictions dans un contexte de hausse des dépenses contraintes.....	21
2.6 Des exigences de plus en plus fortes en matière de santé	22
III – Les bénéficiaires de l’ACS et de la CMU-C privilégient moins la visite chez un médecin lorsqu’ils sont préoccupés par un problème de santé	25
3.1 Le médecin et le pharmacien sont les deux interlocuteurs de préférence.....	25
3.2 Le médecin est beaucoup moins cité en première intention par les populations éligibles aux deux complémentaires santé	26
3.3 Les bénéficiaires de la CMU-C citent plus que les autres le pharmacien comme premier interlocuteur à contacter	28
3.4 L’hôpital est cité entre 2 et 2,5 fois plus souvent qu’en population générale par les populations éligibles aux deux dispositifs.....	29
3.5 Des choix avant tout dictés par le souci de la confiance et la proximité du domicile	31
IV – Les personnes éligibles à la CMU-C recourent moins souvent à l’automédication que l’ensemble de la population	34
4.1 Un peu plus de la moitié des Français ont eu recours à l’automédication en 2018.....	35
4.2 Le recours à l’automédication : une pratique justifiée par le fait que les conseils donnés en pharmacie semblent suffisants et la volonté de gagner du temps.....	36
4.3 Pour ceux qui n’ont pas recours à l’automédication : le souhait de limiter la consommation de médicaments et la préférence de consulter un médecin	38
V – Des populations qui nourrissent de fortes attentes à l’égard des pouvoirs publics	41
5.1 La pauvreté est le premier sujet de préoccupation des populations éligibles à l’une des deux complémentaires santé.....	41

5.2 Un désir d'actions renforcées de la part des pouvoirs publics en faveur des plus démunis	41
5.3 Une demande de redistribution du haut de l'échelle des revenus vers le reste de la population un peu plus forte	42
Annexe 1 – Fiche technique de l'enquête	44
Annexe 2 - Questionnaire	45

Préambule

La **Couverture Maladie Universelle complémentaire (CMU-C)** a été mise en place dans le cadre de la **loi du 27 juillet 1999**. Cette couverture maladie garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie, et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais¹. La CMU-C offre à ses bénéficiaires une protection complémentaire santé gratuite ainsi que d'autres avantages destinés à faciliter l'accès aux soins : prise en charge du ticket modérateur, couverture de certains dépassements pour les frais les plus coûteux, exonération des franchises médicales et de la participation forfaitaire de 1 euro². En 1999, le plafond de ressources de la CMU-C était fixé à 50 % du revenu médian (correspondant à un seuil de pauvreté défini par l'Insee). Au 1^{er} avril 2019, le montant du plafond de revenus à ne pas dépasser pour l'accès à la CMU-C est de 746 euros par mois pour une personne seule vivant en métropole³.

La **loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie a instauré une aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) pour les ménages disposant de faibles ressources et qui ne remplissaient pas les conditions d'éligibilité à la CMU-C**. L'ACS s'adresse aux personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond de ressources de la CMU-C et ce même plafond majoré de 35% (soit 991 euros par mois pour une personne seule résidant en métropole)⁴. **Le souci du législateur était de limiter les effets de seuil propres aux conditions d'accès de la CMU-C, amenant à exclure de la prise en charge des personnes aux situations très proches**. A la différence de la CMU-C, l'ACS est une aide financière à la souscription d'un contrat de complémentaire santé privé.

De nombreuses réformes ont été adoptées depuis la création de ces deux dispositifs dans le souci d'étendre le champ des populations éligibles. Les effectifs éligibles à l'ACS ont aussi été étendus de manière plus spécifique par relèvement du seuil d'éligibilité, qui a successivement été porté de +15 % par rapport au plafond CMU-C à sa création, à +20 % en 2007, +26 % en 2011 et enfin +35 % depuis 2012. Depuis le 1^{er} juillet 2015, en application de l'article 56 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2014, l'ACS est réservée à des contrats de complémentaire santé sélectionnés par l'Etat dans le cadre d'une procédure de mise en concurrence afin de faire baisser les prix des contrats et d'améliorer les niveaux de prise en charge des assurés.

Ces différentes réformes ont eu pour effet d'augmenter significativement la population éligible mais aussi bénéficiaire des deux dispositifs, sans que le taux de recours atteigne des niveaux importants. La prochaine réforme est à venir le 1^{er} novembre 2019 avec l'extension de la CMU-C aux bénéficiaires de l'ACS (pour lesquels une participation financière subsistera). « Cette extension bénéficiera à des publics qui cumulent des facteurs de vulnérabilité et de sur-morbidité (handicap, précarité, vieillissement), mais ne remplissent pas les conditions de ressources pour accéder à la CMU-C (la majorité des titulaires de l'AAH, retraités modestes qui perçoivent l'ASPA, etc.) »⁵. **A compter de novembre 2019, il n'y aura plus qu'un seul dispositif, la Complémentaire santé solidaire⁶. Pour les personnes bénéficiaires de l'actuelle**

¹ Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle

² Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, 2016, 6^{ème} rapport d'évaluation, p.8, http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/RAPPORT_EVALUATION_2016.pdf

³ Fonds CMU, Les plafonds d'attribution de la CMU-C et de l'ACS au 1^{er} avril 2019, <https://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Plafonds.pdf>

⁴ Ibid.

⁵ Fonds CMU-C, 2018, Rapport d'activité, p.4

⁶ Fonds CMU, juillet 2019, Références n°76, La Lettre du Fonds de financement de la Couverture Maladie Universelle, <http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/ReferencesCMU76.pdf>

ACS, la réforme permettra d'accéder au panier de soins de la CMU-C sans restes à charge alors que ces bénéficiaires subissent aujourd'hui des restes à charge potentiellement importants sur certains soins (prothèses dentaires, audioprothèses, soins optiques mais aussi d'autres dispositifs médicaux)⁷. L'accès à une protection complémentaire santé sera également facilité (il n'y aura plus de choix de garanties à effectuer entre les contrats A, B ou C).

Dans ce contexte de changement, à la demande du Fonds CMU-C, le Crédoc s'est intéressé aux bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. Le Fonds CMU-C souhaitait, en effet, disposer d'éléments permettant de caractériser ces populations, tant du point de vue de leurs caractéristiques socio-démographiques que de leurs pratiques et opinions.

Pour ce faire, le Crédoc a mobilisé son dispositif permanent d'enquêtes sur les Conditions de vie et les aspirations des Français.

Encadré n°1 : L'enquête sur les Conditions de vie et les aspirations des Français

Il s'agit d'une **enquête multithématique** destinée à connaître les modes de vie, les valeurs et les aspirations de la population française. Menée chaque année, en hiver et au printemps, l'enquête permet de connaître les évolutions de l'opinion sur plusieurs grands thèmes (famille, environnement, logement, santé, loisirs et vie sociale, moral économique, valeurs ...) et repérer les tendances émergentes. Tout souscripteur peut y insérer les questions de son choix. L'enquête « Conditions de vie et aspirations » intègre donc à la fois des questions propres à chaque client et des questions qui sont mutualisées à l'intention de tous, parmi lesquelles les critères sociodémographiques, mais aussi de nombreuses interrogations portant sur les conditions de vie, l'équipement du foyer ainsi que des variables d'opinions sur les valeurs ou les inquiétudes, par exemple.

Créé en 1979, le dispositif d'enquêtes « Conditions de vie et aspirations des Français » a reposé jusqu'en 2015 sur un recueil **en face-à-face** auprès d'un échantillon de 2.000 personnes de 18 ans et plus résidant en France métropolitaine hors Corse. En 2016, le dispositif a donc basculé vers **une collecte online**, auprès d'un échantillon élargi : 3 000 personnes de 15 ans et plus résidant en France (y compris Corse et Dom).

⁷ Fonds CMU-C, 2018, Rapport d'activité, p.4

I – La CMU-C et l'ACS : deux systèmes de couverture santé complémentaire pour les plus modestes

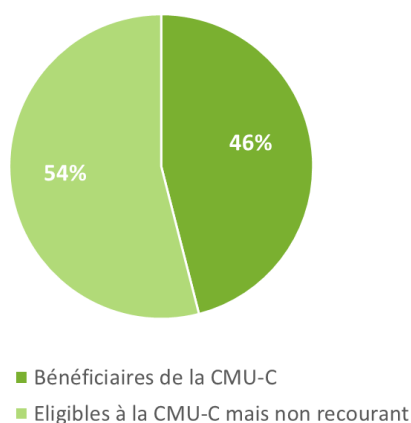
1.1 Les personnes éligibles et le (non) recours à la CMU-C et à l'ACS

Le premier objectif était de recenser le nombre de personnes bénéficiant d'une des deux complémentaires santé et d'estimer la part des personnes éligibles mais n'ayant pas à priori fait valoir leurs droits.

Pour recenser le nombre de personnes éligibles à la CMU-C mais qui n'y recourent pas, le Crédoc s'est basé sur les plafonds d'attribution publiés par le Fonds CMU-C et en cours de validité au 1^{er} avril 2018. Sur la base de ces plafonds, le Crédoc a recherché, parmi les répondants au questionnaire de l'enquête sur les conditions de vie et aspirations, les personnes potentiellement éligibles à la CMU-C et à l'ACS (montant des ressources déclarées du foyer, nombre de personnes composant le foyer et statut d'occupation du logement) mais n'ayant pas indiqué recourir à l'une ou l'autre de ces deux complémentaires. De cette manière, il est donc possible de reconstituer la population éligible à la CMU-C et à l'ACS et de distinguer ceux qui sont bénéficiaires de ceux qui indiquent ne pas disposer de cette couverture (Graphique 1).

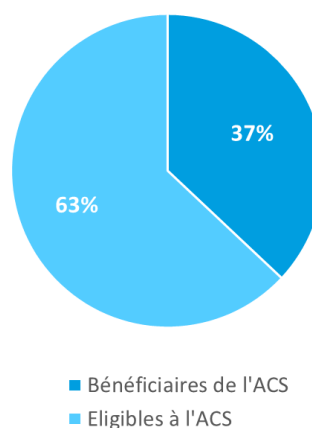
Graphique 1 – Eligibilité et recours à la CMU-C et à l'ACS

« Vous personnellement, êtes-vous actuellement bénéficiaire de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C) ? » (en %)



Champ : population de 15 ans et plus éligible à la CMU-C, 352 personnes

« Vous personnellement, êtes-vous actuellement bénéficiaire d'une couverture complémentaire santé souscrite avec l'Aide au Paiement d'une Complémentaire Santé (ACS) ? » (en %)



Champ : population de 15 ans et plus éligible à l'ACS, 320 personnes

Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019

La DREES évalue pour le compte du Fonds CMU-C et de la Direction de la sécurité sociale la population éligible à la CMU-C et à l'ACS vivant dans un ménage ordinaire et en métropole. Des corrections ont été apportées en 2018 sur les critères pris en compte pour le calcul du recours aux deux dispositifs. Les changements opérés concernent « la part des ménages ordinaires au sein des personnes couvertes par la CMU-C »⁸. Ce mode de calcul a un « effet à la baisse de 5 à 6 points » sur le taux de recours à la CMU-

⁸ Fonds CMU-C, 2018, Rapport d'activité, p.68

C pour 2017 évalué en 2018 par la DREES. En 2017, « la population éligible à la CMU-C en métropole est comprise entre 6,6 et 7,9 millions de personnes, chiffres parfaitement stables par rapport à 2016. Avec une moyenne de 4,4 millions de bénéficiaires, le taux de recours au dispositif se situe entre 55 % et 66 %, avec un milieu d'intervalle à hauteur de 60 % »⁹.

Tableau 1 – Populations éligibles et taux de recours à la CMU-C entre 2015 et 2017

	2015	2016	2017
Taux de recours inférieur	56%	57%	55%
Taux de recours supérieur	67%	68%	66%

Source : DREES, Champ : métropole, ménages ordinaires

Des modifications ont également été apportées en 2018 sur les critères pris en compte pour le calcul du recours à l'ACS. Les changements opérés concernent aussi pour l'ACS la part des ménages ordinaires avec un « effet à la baisse sur le taux de recours de 2 à 3 points pour l'ACS »¹⁰. Pour l'ACS, l'autre modification du calcul concerne « la part des personnes couvertes par un contrat collectif obligatoire d'entreprise »¹¹ avec une incidence « à la hausse sur les taux de recours 2016 et 2017 de l'ACS »¹². « Ainsi, en 2017, le nombre de personnes éligibles à l'ACS se situe entre 2,9 et 4,2 millions de personnes en 2017, stable par rapport à 2016 (entre 3,0 et 4,3 millions). Parmi ces personnes éligibles, on estime qu'une proportion de 20 % dispose d'un contrat collectif obligatoire d'entreprise en 2016 et 2017 (vs. 16 % en 2015). Ils ne sont pas considérés ici comme éligibles à l'ACS¹³ et leur nombre est retranché de la population cible pour estimer le taux de recours. Avec une moyenne de 1,4 million de bénéficiaires d'attestations ACS en 2017, le taux de recours au dispositif se situe ainsi entre 41 % et 59 %, avec un milieu d'intervalle à hauteur de 50 %. C'est la première fois que ce seuil est atteint s'agissant de l'estimation du taux de recours à l'ACS »¹⁴.

Tableau 2 – Populations éligibles à l'ACS entre 2015 et 2017

	2015	2016	2017
Taux de recours inférieur	29%	36%	41%
Taux de recours supérieur	42%	52%	59%

Source : DREES, Champ : métropole, ménages ordinaires

Les taux de recours calculés par la Drees sont plus élevés que ceux identifiés dans la présente enquête par le Crédoc début 2019. Précisons que les deux estimations se font sur des années différentes, des bases différentes (population totale pour la Drees, population de 15 ans et plus pour le Crédoc) et avec des méthodes différentes (estimation par micro-simulation pour la Drees, estimation à partir de données individuelles déclaratives dans le cas du Crédoc).

⁹ Ibid, p.68

¹⁰ Ibid, p.68

¹¹ Depuis le 1^{er} janvier 2016, la complémentaire santé d'entreprise a été généralisée à l'ensemble des salariés du secteur privé. Une couverture complémentaire santé doit ainsi être proposée aux salariés avec l'obligation pour l'employeur de prendre à sa charge au moins 50% de la cotisation.

¹² Fonds CMU-C, 2018, Rapport d'activité, p.68

¹³ En droit, ces personnes sont cependant éligibles à l'ACS puisqu'elles ont la possibilité de déroger à leur contrat collectif d'entreprise pour souscrire un contrat ACS, ou encore de cumuler leur contrat collectif d'entreprise avec un contrat ACS.

¹⁴ Fonds CMU-C, 2018, Rapport d'activité, p.68

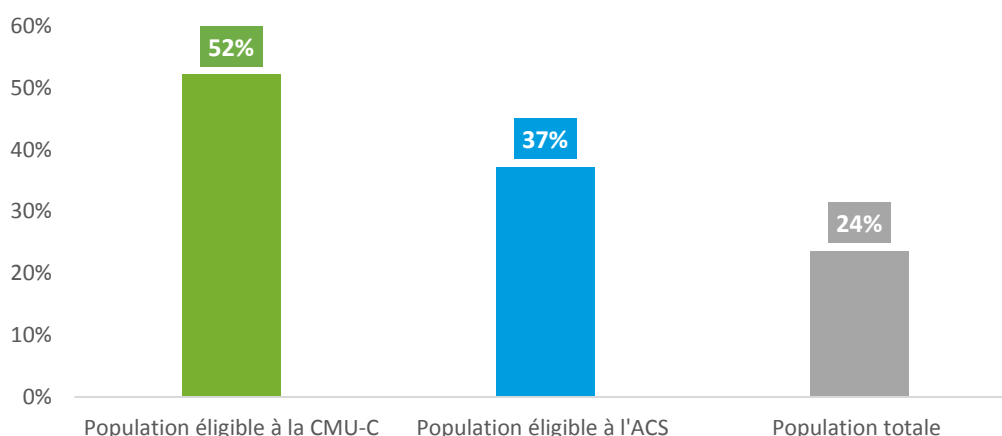
1.2 Des populations plus souvent allocataires de prestations sociales

La CMU-C et l'ACS sont attribuées aux ménages disposant d'un niveau de revenu particulièrement bas, qui définit leur éligibilité au dispositif. **Les personnes éligibles aux deux dispositifs et qui ont répondu à l'enquête Conditions de vie et aspirations relèvent toutes exclusivement de la catégorie des bas revenus¹⁵** (vs 27% en population générale).

Les publics éligibles à la CMU-C et à l'ACS sont en outre plus nombreux à bénéficier d'allocations versées par la CAF (Graphique 2).

Graphique 2 – Des ressources plus souvent issues des prestations sociales

« Vous, ou votre foyer, touchez-vous actuellement une prestation versée par la Caisse d'Allocations Familiales (prestations familiales, allocations logement, RSA, RSA majoré pour parent isolé...) ? » (en %)



Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019
Champ : ensemble de la population de 15 ans et plus, 2 976 individus

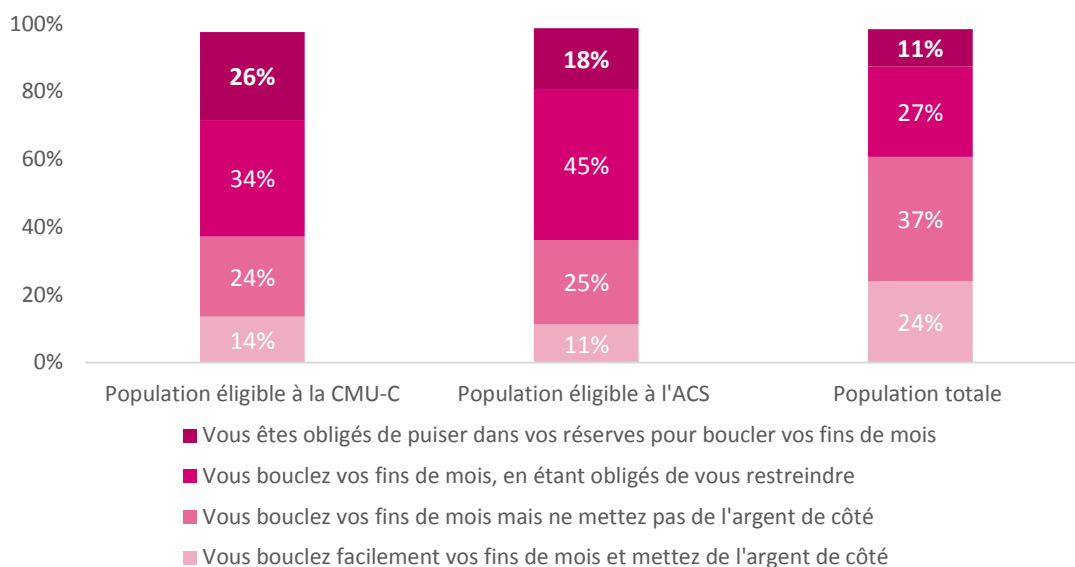
Des différences apparaissent entre les populations éligibles à la CMU-C et à l'ACS quant à la gestion déclarée du budget. Ainsi, **26% des personnes éligibles à la CMU-C indiquent ainsi être obligées de puiser dans leurs économies pour boucler la fin du mois, contre 18% des personnes éligibles à l'ACS (soit un écart de 8 points)** et 11% en population générale (Graphique 3).

En revanche, la part de ceux qui sont obligés de puiser dans leurs réserves ou de se restreindre pour boucler les fins de mois est identique pour les personnes éligibles à la CMU-C et à l'ACS : 60% sont concernées.

¹⁵ Le niveau de vie d'un individu (ensemble des revenus disponibles dans le foyer rapporté à la racine carrée de la taille du ménage) est comparé au niveau de vie médian de l'ensemble de la population. Les bas revenus rassemblent les individus dont le niveau de vie est inférieur à 70% du niveau de vie médian ; les classes moyennes inférieures les individus dont le niveau de vie est compris entre 70% et 100% du niveau de vie médian ; les classes moyennes supérieures les individus dont le niveau de vie est compris entre 100 et 150% du niveau de vie médian ; enfin, les classes moyennes supérieures ont un niveau de vie supérieur à 150% du niveau de vie médian.

Graphique 3 – Les personnes éligibles à la CMU-C et à l'ACS puisent davantage dans leurs réserves à la fin du mois

« Quelle phrase correspond le mieux à votre situation financière ? » (en %)

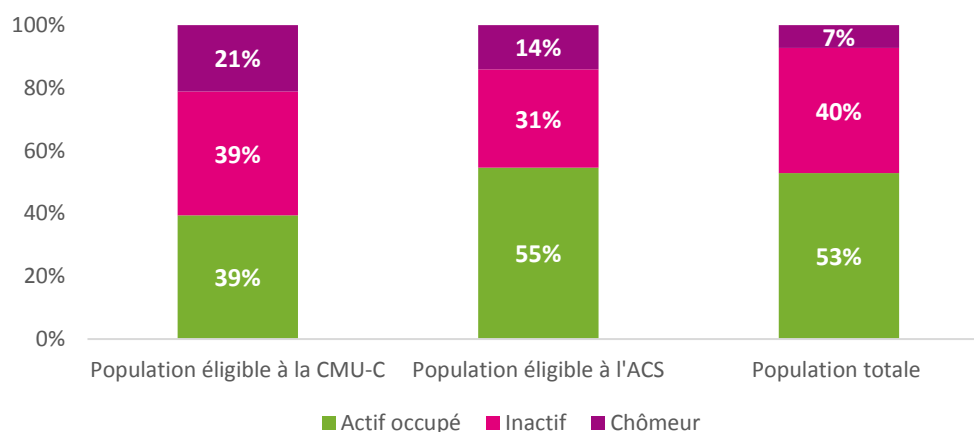


Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019
Champ : ensemble de la population de 15 ans et plus, 2 976 individus

1.3 Des niveaux de chômage deux à trois fois plus élevés qu'en population générale

Les personnes éligibles à la CMU-C sont plus souvent que le reste de la population au chômage avec **21% d'entre elles concernées**. 14% des personnes éligibles à l'ACS sont également au chômage, soit 7 points de plus que la population générale début 2019 (Graphique 4). **Une situation qui s'explique en partie par le fait que les bénéficiaires du RSA socle ont accès de plein droit à la CMU-C, sans étude complémentaire de leurs ressources par la CPAM si elles en font la demande**. Dans un souci de simplification et d'amélioration de l'accès aux soins, la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019 a instauré le renouvellement automatique de la CMU-C pour les allocataires du RSA (mis en place depuis le 1^{er} avril 2019).

Graphique 4 – Les publics éligibles à la CMU-C et à l'ACS sont beaucoup plus exposés au chômage
« Quelle est votre situation ? » (en %)



Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019
Champ : ensemble de la population de 15 ans et plus, 2 976 individus

Concernant les inactifs, 10% des personnes éligibles à la CMU-C déclarent être au foyer sans rechercher d'emploi (vs 6% pour l'ACS et 4% dans la population totale) ; 15% sont des étudiants ou des élèves sans activité professionnelle (vs 9% pour l'ACS et 7% en population générale).

Tandis que les retraités représentent le quart de la population française (27%), ils sont moins nombreux parmi les publics cibles de la CMU-C (11%) et de l'ACS (10%) qui ont été interrogés dans le cadre de cette vague de l'enquête Conditions de vie et aspirations.

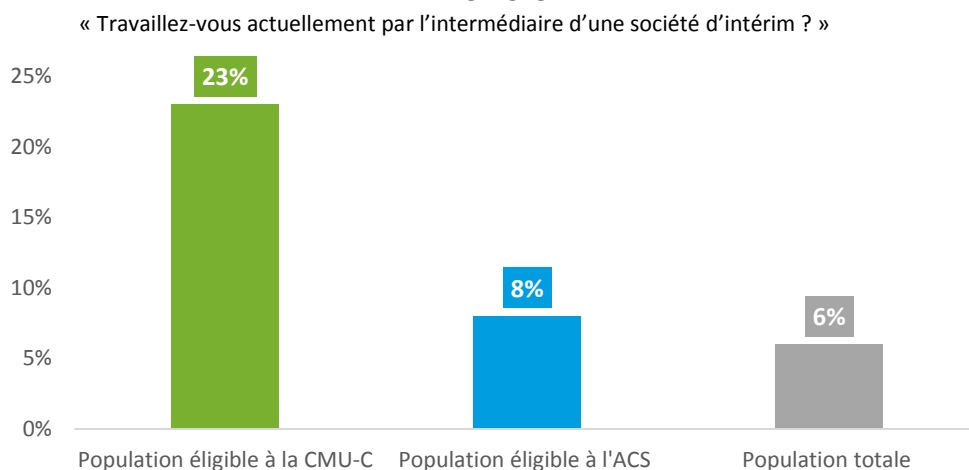
1.4 Des situations d'emploi plus précaires chez les actifs occupés

Lorsqu'elles sont en emploi, les populations éligibles à l'ACS et plus encore à la CMU-C sont plus souvent en intérim (Graphique 5), recrutées en CDD et employées à temps partiel (Graphique 6). Rappelons que, selon la DARES¹⁶, le nombre d'entrées en CDD a fortement augmenté entre 2001 et 2017. Il a été multiplié par 2,5. 87% des embauches en 2017 se font en CDD. Dans le même temps **la durée moyenne des CDD est divisée par deux, passant de 112 jours en 2001 à 46 jours en 2017. Au sein de ces CDD, 83% durent moins d'un mois et 30% de ces CDD ne durent qu'une seule journée.**

Les personnes éligibles à l'ACS et à la CMU-C exercent en outre plus souvent une activité professionnelle à temps partiel.

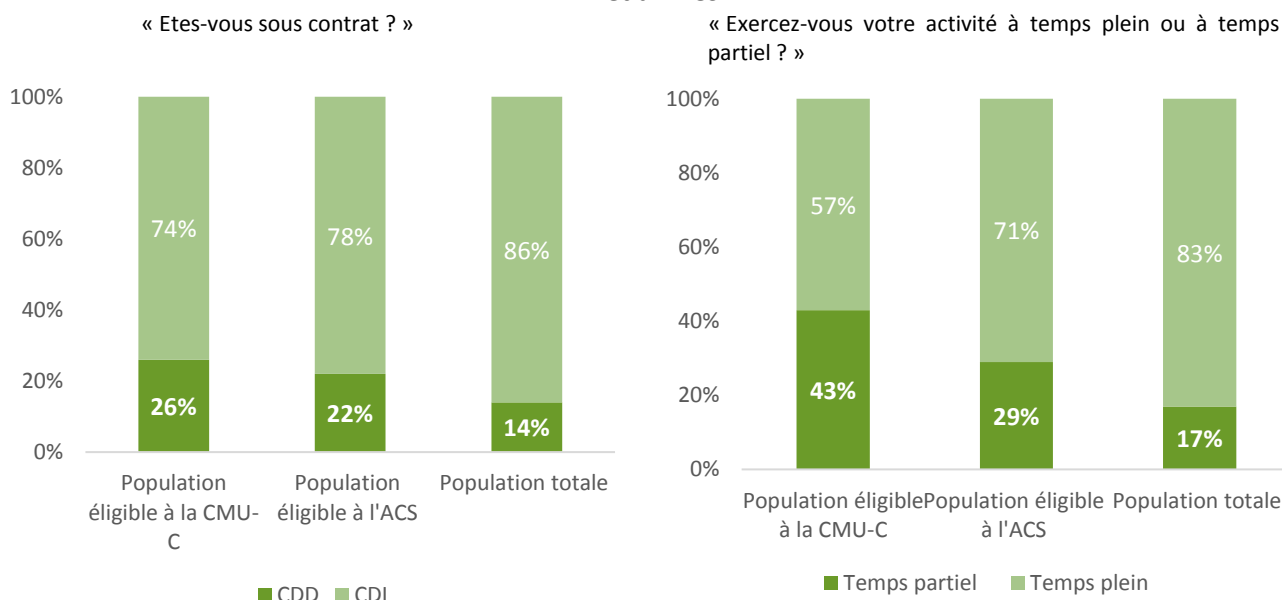
¹⁶ CDD, CDI : comment évoluent les embauches et les ruptures depuis 25 ans ? Dares analyses n°26, juin 2018

Graphique 5 – Une plus forte proportion d’interimaires, notamment chez les publics éligibles à la CMU-C



Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019
 Champ : ensemble des actifs occupés, 1 574 personnes

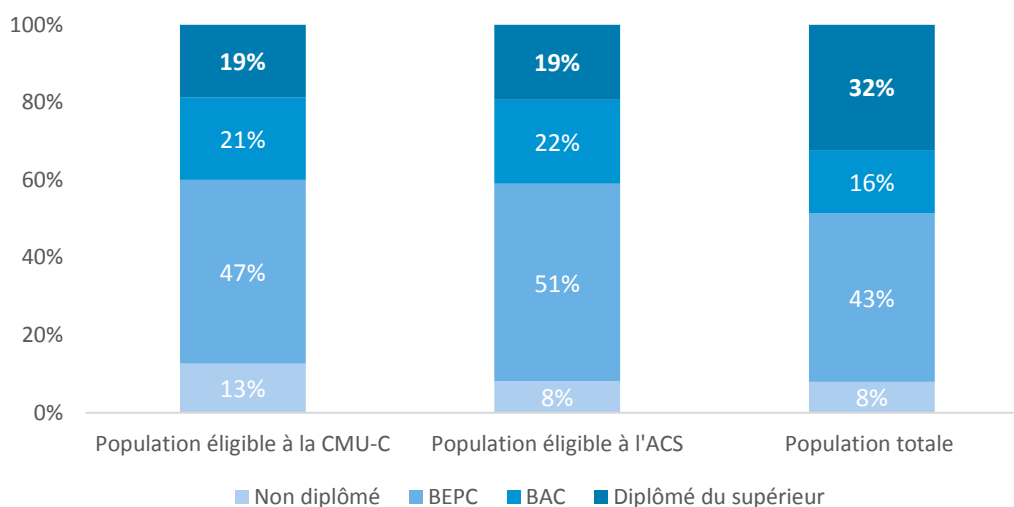
Graphique 6 – Davantage de salariés en CDD et à temps partiel chez les publics éligibles à la CMU-C et à l’ACS



Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019
 Champ : ensemble des actifs occupés, 1 574 personnes

Les publics éligibles à l’ACS et à la CMU-C se distinguent également du reste de la population par des niveaux de formation moins élevés. Moins de 20% d’entre eux disposent d’un diplôme supérieur au Baccalauréat (vs 32% des personnes interrogées dans l’échantillon total, voir Graphique 7).

Graphique 7 – Concernant la CMU-C et l'ACS : six personnes éligibles sur dix n'ont pas le baccalauréat
 « Quel est le diplôme le plus élevé que vous avez obtenu ? »



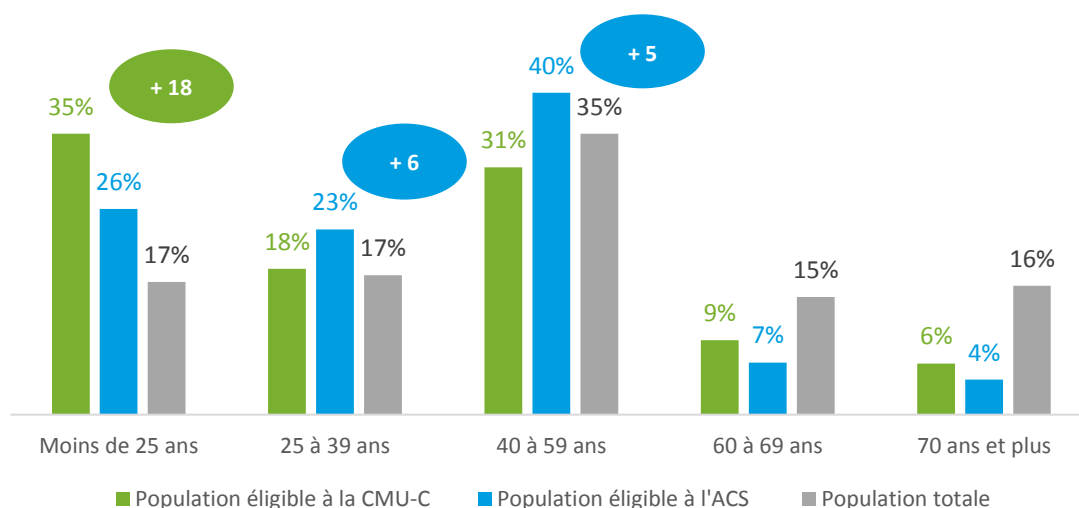
Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019
 Champ : ensemble de la population de 15 ans et plus, 2 976 individus

1.5 Les personnes éligibles à la CMU-C sont plus jeunes

La population éligible à la CMU-C se caractérise par son jeune âge avec 35% de personnes de moins de 25 ans (vs 17% en population générale, et 26% pour l'ACS, Graphique 8). Les femmes de moins de 40 ans sont en outre plus représentées avec 31% de la population éligible à la CMU-C (vs 19% en population générale).

Du côté de l'ACS, la population éligible se situe plutôt dans la tranche d'âge des 40-59 ans (40% vs 35% dans la population française).

Graphique 8 – La moitié de la population éligible à la CMU-C a moins de 40 ans
 « Quel est votre âge ? »



Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019
 Champ : ensemble de la population de 15 ans et plus, 2 976 individus

1.6 Des configurations familiales différentes

Les personnes éligibles à la CMU-C vivent plus souvent **seules** que le reste de la population (32% vs 22% en population générale). Les foyers **monoparentaux** sont également plus représentés que dans le reste de la population (9% vs 3%).



Les couples avec enfants sont quant à eux davantage représentés dans la population éligible à l'ACS (29% vs 23% en France entière et 19% seulement dans la population éligible à la CMU-C).

Les statuts d'occupation du logement divergent également selon les populations concernées (Tableau 3). 42% des personnes interrogées sont propriétaires de leur logement (ayant remboursé leur emprunt), soit 22 points de plus que les personnes éligibles à la CMU-C et 13 points de plus que les personnes éligibles à l'ACS. Ces dernières sont plus souvent locataires de leur logement (dans le parc social ou privé) et plus souvent logées à titre gratuit. Au sein des personnes éligibles à la CMU-C, le taux de résidents dans le parc social atteint 26%, soit plus du double du taux mesuré dans l'ensemble de la population.

Tableau 3 – Les populations éligibles à la CMU-C et à l'ACS sont plus souvent locataires de leur logement

« Occupez-vous ce logement, vous ou votre foyer, en tant que ? » (en %)

	Population éligible à la CMU-C		Population éligible à l'ACS		Population totale
Accédant à la propriété	10%	-6 points	13%	- 3 points	16%
Propriétaire	20%	- 22 points	29%	- 13 points	42%
Locataire du parc privé	30%	+ 9 points	32%	+ 11 points	21%
Locataire du parc social	26%	+ 14 points	16%	+ 4 points	12%
Logé gratuitement	14%	+ 6 points	10%	+ 2 points	8%

Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019
 Champ : ensemble de la population de 15 ans et plus, 2 976 individus

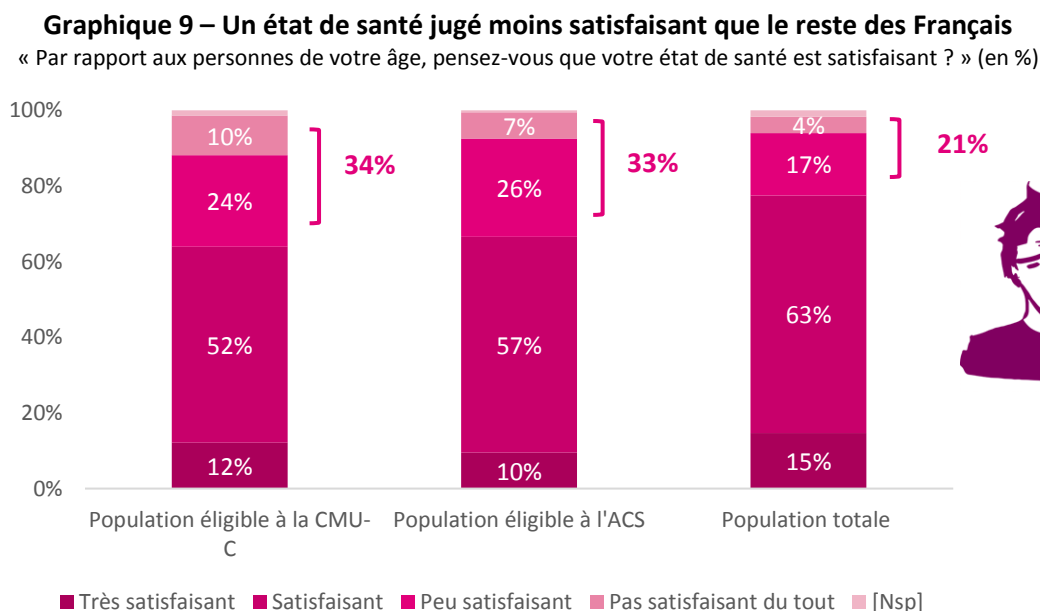
II – Les personnes éligibles à la CMU-C et à l'ACS jugent leur état de santé moins bon que le reste des Français

2.1 Le sentiment partagé d'être en moins bonne santé que les gens de son âge

L'enquête Conditions de vie et aspirations du Crédoc interroge les Français sur leur état de santé ressenti par rapport aux personnes de leur âge. Début 2019, 78% des Français jugent que leur état de santé est « satisfaisant » ou « très satisfaisant ». Ce chiffre contraste avec les réponses données par les personnes éligibles à la CMU-C et à l'ACS. Elles sont moins nombreuses à juger leur état de santé « satisfaisant » ou « très satisfaisant » (respectivement 14 et 11 points de moins). 10% des personnes éligibles à la CMU-C et 7% des personnes éligibles à l'ACS estiment même que leur état de santé n'est « pas satisfaisant du tout » comparativement aux personnes de leur âge (vs 4% en population générale, Graphique 9).

Ces résultats convergent avec les données de la Drees publiées en 2015 sur l'état de santé ressenti des bénéficiaires de la CMU-C. Ces données indiquent qu'« à structure d'âge et de sexe équivalente, 11 % d'entre eux se déclarent en mauvaise ou très mauvaise santé, soit près de quatre fois plus que les autres assurés et autant que les personnes sans complémentaire santé. Les bénéficiaires de la CMU-C indiquent également plus souvent être limités dans leur vie quotidienne à cause d'un problème de santé (27 % contre 15 % des autres assurés et 21 % des personnes sans complémentaire) »¹⁷.

Les données de la Drees concernent les personnes ayant ouvert leurs droits à la CMU-C et ne permettent pas de comparaisons avec les populations éligibles à la CMU-C sans y recourir et les populations éligibles à l'ACS.



Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019
Champ : ensemble de la population de 15 ans et plus, 2 976 individus

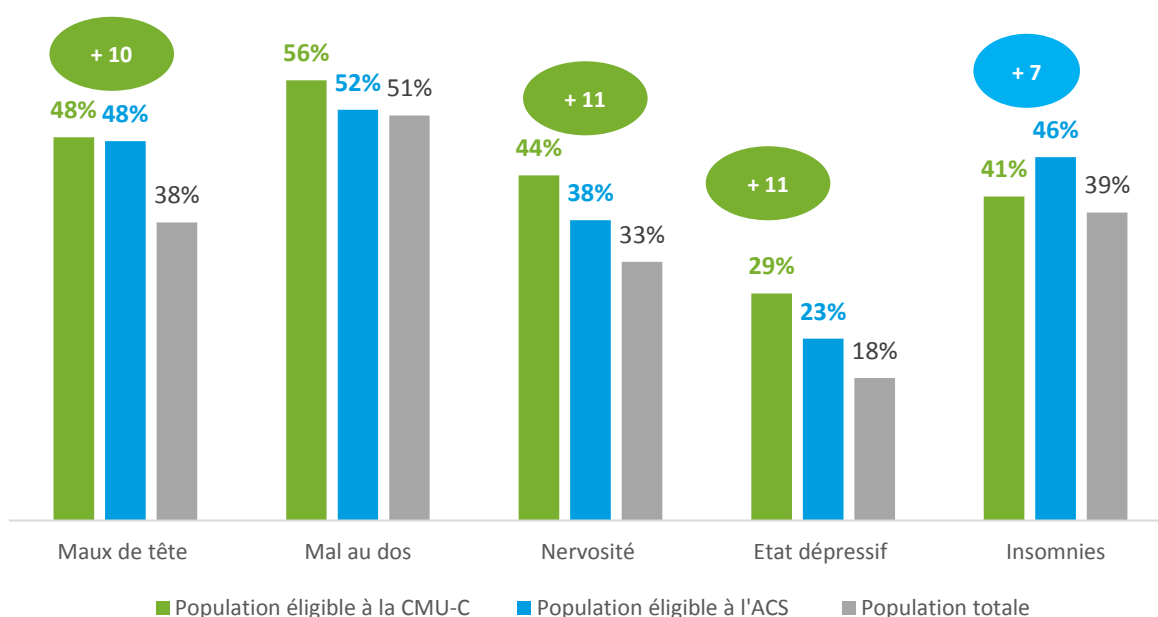
¹⁷ Noémie Jess, 2015, « Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins », *Drees Etudes et Résultats*, décembre 2015, n°0944

2.2 Un quotidien plus souvent marqué par des douleurs et un sentiment de mal être

Ce sentiment d'être en moins bonne santé que les personnes de son âge se traduit de manière tout aussi concrète quand on interroge les Français sur les douleurs ou maux dont ils ont souffert au cours du mois précédent (Graphique 10). **Les personnes éligibles à la CMU-C et à l'ACS indiquent davantage que le reste de la population avoir souffert de maux de tête, de douleurs aux dos. Elles sont également plus nombreuses à faire état de nervosité ou d'un état dépressif au regard du reste de la population. Les insomnies sont, en revanche, plus souvent citées par la population éligible à l'ACS.**

Graphique 10 – Des douleurs et des maux plus souvent déclarés qu'en population générale

« En dehors des longues maladies ou infirmités, les gens souffrent de temps en temps d'affections courantes. Avez-vous souffert au cours des quatre dernières semaines... ? » (en % de « oui »)



Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019

Champ : ensemble de la population de 15 ans et plus, 2 976 individus

2.3 Des populations davantage en prise avec un handicap ou une maladie chronique

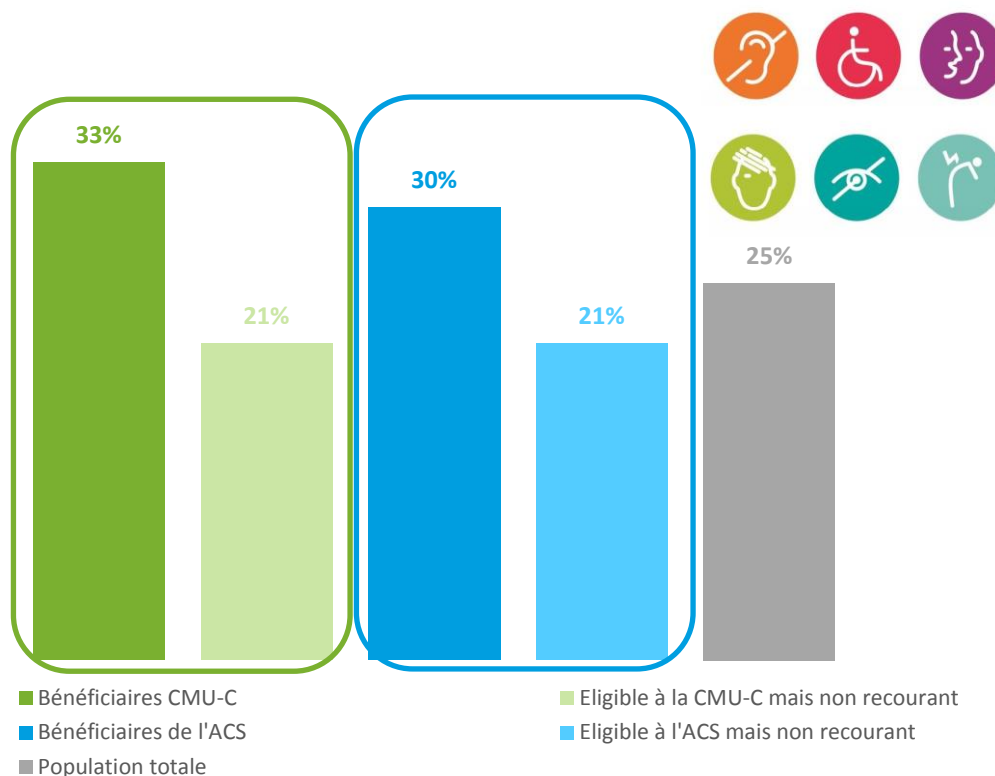
En population générale, c'est un quart des concitoyens qui déclare être concerné par un problème de maladie chronique ou un handicap. Ce taux est sensiblement le même au sein des personnes éligibles à la CMU-C et à l'ACS. **Comparativement au reste des Français, les personnes ayant ouvert leurs droits à la CMU-C ou à l'ACS sont plus nombreuses à faire état d'une maladie chronique ou d'un handicap** (Graphique 11). **On peut suggérer que cette plus forte proportion est précisément liée à leur état de santé qui nécessite un suivi médical régulier et donc des « dépenses de santé généralement plus élevées que le reste de la population »¹⁸.** Dans ces conditions, l'ouverture des droits s'avère nécessaire pour couvrir des dépenses de soins potentiellement significatives. Les professionnels de santé peuvent d'ailleurs être des interlocuteurs privilégiés pour informer leurs patients sur les conditions d'accès aux droits à une complémentaire santé.

¹⁸ Antoine Sireyjol, 2016, « La CMU-C et l'ACS réduisent les inégalités en soutenant le pouvoir d'achat des plus modestes », *Les dossiers de la Drees*, octobre 2016, n°17

Les travaux réalisés sur les bénéficiaires de la CMU-C montrent que ces derniers ont une « exposition plus importante à certains risques comme la dépression, le diabète, l’hypertension, l’asthme ou l’obésité¹⁹. Un récent rapport de l’Institut de Recherche et Documentation en Economie de la Santé (Irdes) montre que « les bénéficiaires de la CMU-C sont également beaucoup plus souvent en Affection de Longue Durée (ALD) que le reste de la population (proportion de 77 % plus élevée) »²⁰.

Graphique 11 – Les bénéficiaires de la CMU-C et de l’ACS sont davantage concernés par la maladie chronique ou le handicap

« Souffrez-vous d’une infirmité physique, d’un handicap ou d’une maladie chronique qui continuera à vous affecter dans l’avenir ? » (en % de « oui »)



¹⁹ Noémie Jess, 2015, « Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins », *Drees Etudes et Résultats*, décembre 2015, n°0944, p.3

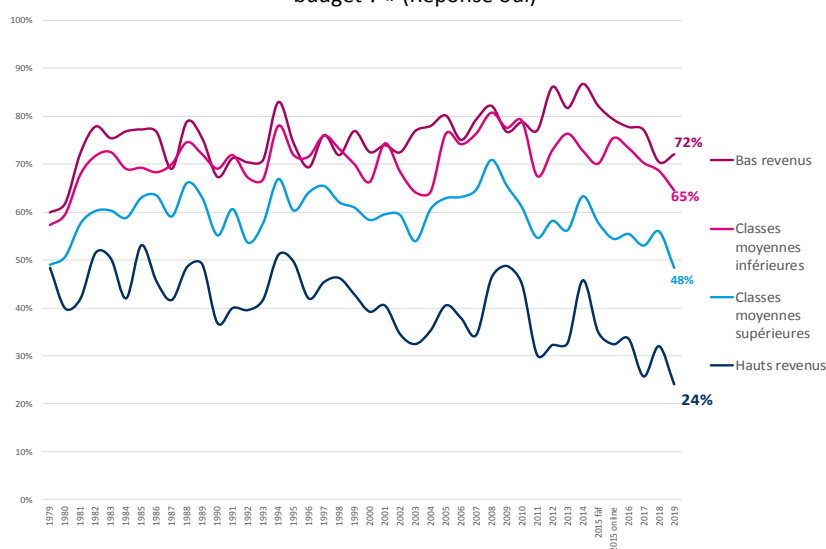
²⁰ Benoît Carré, Marc Perronnin, 2018, « Évolution de la dépense en part de complémentaire santé des bénéficiaires de la CMU-C : analyse et prévision », Rapport de l’Irdes n°569, novembre 2018, p.15

2.4 Et qui s'imposent plus de restrictions budgétaires, y compris en matière de santé

Près des trois quarts des populations éligibles à la CMU-C et à l'ACS indiquent s'imposer des restrictions sur certains postes du budget (71%). C'est 16 points de plus qu'en population générale où un peu plus de la moitié des Français indiquent limiter leurs dépenses. Depuis cinq ans, la part des concitoyens qui déclarent s'imposer des restrictions budgétaires est en nette diminution passant de 64% en 2015 à 55% en 2019, soit une diminution cumulée de 9 points. Mais cette amélioration n'est pas homogène dans la population et les bas revenus ont toujours autant le sentiment de se « serrer la ceinture », tandis que les hauts revenus voient leur situation s'améliorer²¹.

Graphique 12 – L'écart de perception du sentiment de restriction se creuse dans le temps

« Est-ce que vous (ou votre foyer) êtes obligé de vous imposer régulièrement des restrictions sur certains postes de votre budget ? » (Réponse oui)



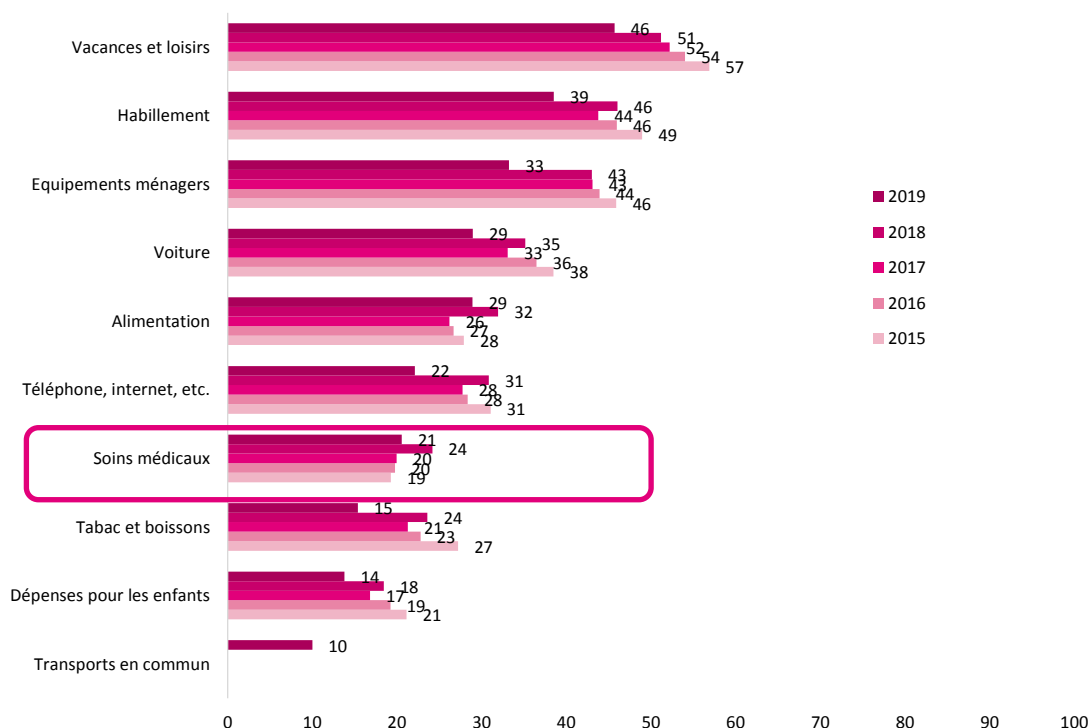
Source : CRÉDOC, Enquêtes « Conditions de vie et aspirations »
Champ : ensemble de la population de 15 ans et plus

La plupart des postes de consommation considérés dans l'enquête connaissent une baisse du sentiment de restriction entre 2015 et 2019 (Graphique 13). C'est le cas des dépenses liées aux vacances et aux loisirs, l'habillement ou encore les équipements ménagers. Seules les dépenses en matière de soins médicaux font exception à ce mouvement et ce dans l'ensemble de la population.

²¹ Sandra Hoibian, Charlotte Millot, Solen Berhuet, Jörg Müller, 2019, « Liberté, égalité, individualité », *Note de Conjoncture Sociétale du Crédoc*,

Graphique 13 – La baisse des restrictions concerne la plupart des postes de dépenses

Postes de dépenses sur lesquels les répondants déclarent être obligés de s'imposer régulièrement des restrictions



Source : CRÉDOC, Enquêtes « Conditions de vie et aspirations », 2015 à 2019

Début 2019, un Français sur cinq déclare être obligé de s'imposer des restrictions budgétaires sur les dépenses médicales, alors qu'ils n'étaient que 3% en 1979.²² Dans le même temps, le sentiment général de devoir s'imposer des restrictions sur certains postes de dépenses n'a progressé que de trois points, de 52% à 55%. **Si les réformes successives de l'assurance maladie et les déremboursements de plus en plus nombreux peuvent en partie expliquer cette évolution, elle traduit aussi une volonté de dépenser plus pour entretenir sa santé et optimiser son bien-être.**

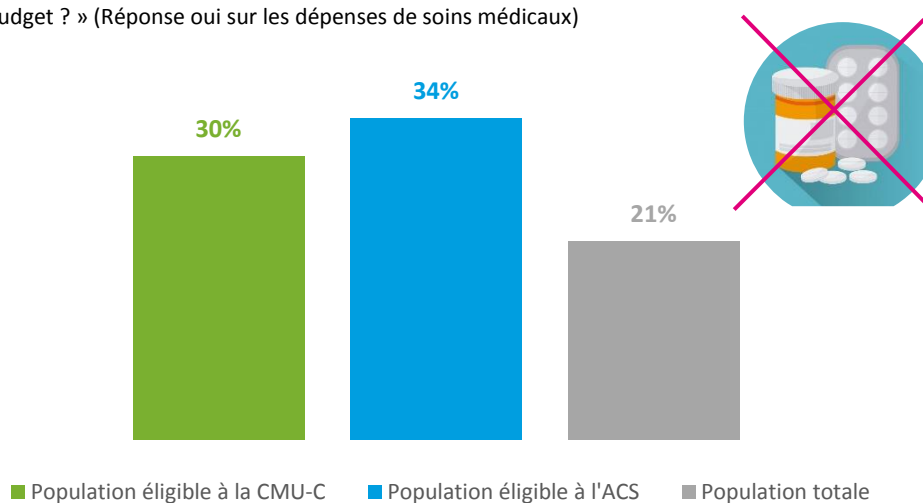
Les personnes éligibles aux deux complémentaires santé affichent des taux de restriction sur les soins médicaux nettement supérieurs à la moyenne des personnes interrogées (30% pour les éligibles à la CMU-C et 34% pour les éligibles à l'ACS, contre 21% dans l'ensemble de la population, Graphique 14). Des restrictions en matière de santé plus fortes, mais qui sont probablement minimisées pour ceux qui bénéficient effectivement d'une complémentaire santé, notamment la CMU-C. Les travaux de la Drees montrent en ce sens que « détenir la CMU-C réduit de moitié le risque de renoncer à des soins par rapport à des personnes sans complémentaire santé présentant les mêmes caractéristiques socio-économiques et un état de santé comparable » soulignant ainsi le « rôle protecteur de la CMU-C »²³.

²² Source CRÉDOC, enquête Conditions de vie et aspirations.

²³ Noémie Jess, 2015, op. cit.

Graphique 14 – Les populations éligibles à la CMU-C et à l'ACS s'imposent plus de restrictions budgétaires en matière de santé

« Est-ce que vous (ou votre foyer) êtes obligé de vous imposer régulièrement des **restrictions** sur certains postes de votre budget ? » (Réponse oui sur les dépenses de soins médicaux)

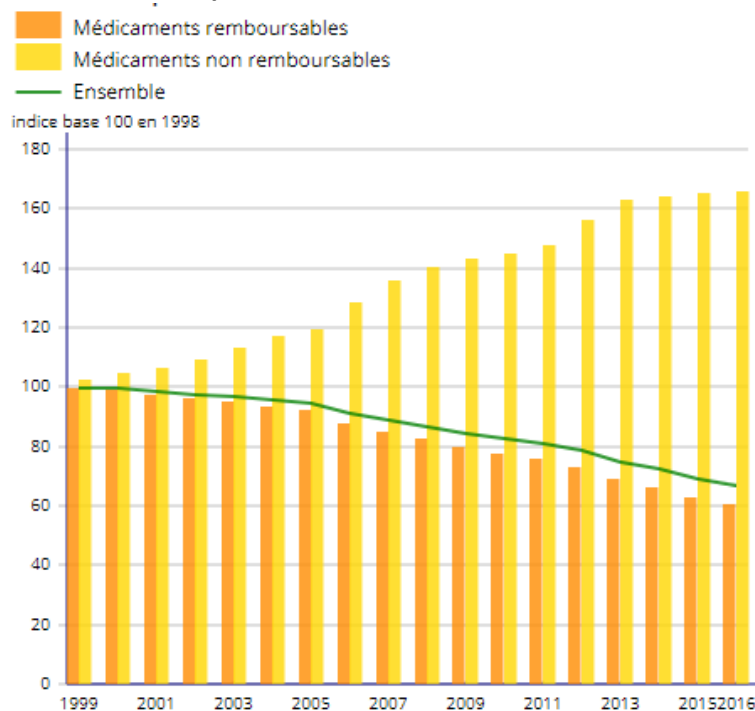


Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019
Champ : ensemble de la population de 15 ans et plus, 2 976 individus

Les données de l'Insee sur l'évolution des tarifs des médicaments peuvent également éclairer les taux de restriction des populations éligibles aux deux complémentaires santé. Entre 1999 et 2016, l'Insee montre une évolution très différenciée entre le prix des médicaments remboursables qui diminue sensiblement tandis que le prix des médicaments non remboursables a progressé de manière conséquente (Graphique 15)²⁴.

²⁴Insee Références, édition 2018, « Santé – Handicap – Dépendance : Dépenses de santé », p.93, <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3303480?sommaire=3353488>

Graphique 15 – Une hausse des prix des médicaments non remboursables entre 1999 et 2016



Source : Insee, Indices des prix à la consommation

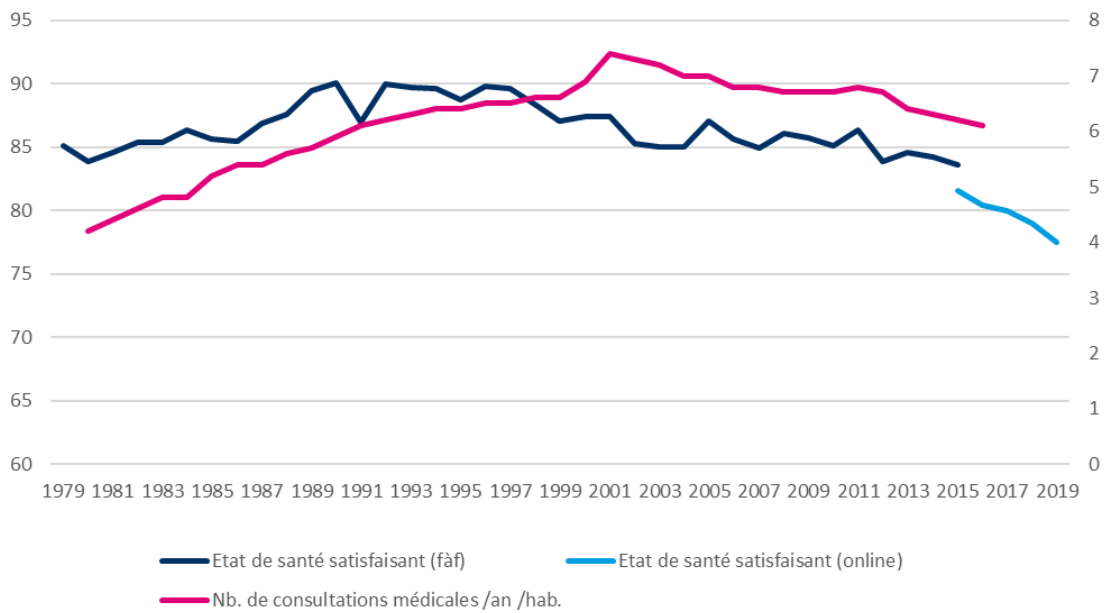
Un autre indice de la préoccupation des Français en matière de santé se lit au travers de l'évolution du nombre de consultations médicales.

Si le nombre de consultations médicales a légèrement reculé depuis le début des années 2000, à la suite de la mise en place des dispositifs du médecin référent (1998), puis du médecin traitant et du parcours de soins coordonné (2004), il avait auparavant fortement augmenté entre 1980 et 2001, passant de 4,2 consultations annuelles à 7,2. En 2016, le chiffre atteint 6,1 consultations par an, malgré les réformes du système de santé qui ont encadré les parcours de soins en limitant les remboursements des consultations. Des consultations médicales plus nombreuses, qui peuvent s'expliquer par le fait que sur le long terme, le sentiment d'être en bonne santé recule chez les Français. En 1997, 90% des Français considéraient que leur état de santé était « satisfaisant » ou « très satisfaisant ». Début 2019, ils ne sont plus que 78% à partager ce point de vue. Pourtant, depuis quarante ans, l'espérance de vie à la naissance en France progresse de manière continue et sensible : entre 1979 et 2016, elle est passée de 74 ans à 83 ans. Mais si les Français vivent plus longtemps, leur espérance de vie en bonne santé c'est-à-dire sans souffrir d'incapacités limitant les gestes de la vie quotidienne, reste stable depuis dix ans. En 2016, elle est évaluée à 64,1 ans pour les femmes et 62,7 ans pour les hommes²⁵.

²⁵ Muriel Moisy, 2018, « Les Français vivent de plus en plus longtemps, mais leur espérance de vie en bonne santé reste stable », *Drees Etudes et Résultats*, n°1046, janvier 2018

Graphique 16 – Les Français n’ont jamais été aussi peu satisfaits de leur état de santé et consultent davantage de médecins qu’il y a 40 ans

« Par rapport aux personnes de votre âge, pensez-vous que votre état de santé est satisfaisant ? » (total des modalités « très satisfaisant » et « satisfaisant », en %).



Sources : CRÉDOC, Enquêtes Conditions de vie et Aspirations, recueil en face-à-face de 1979 à 2015 et online depuis 2015 /Statistiques de l’OCDE sur la santé, Consultations médicales (indicateur en nombre de consultations médicales par an et par habitant)

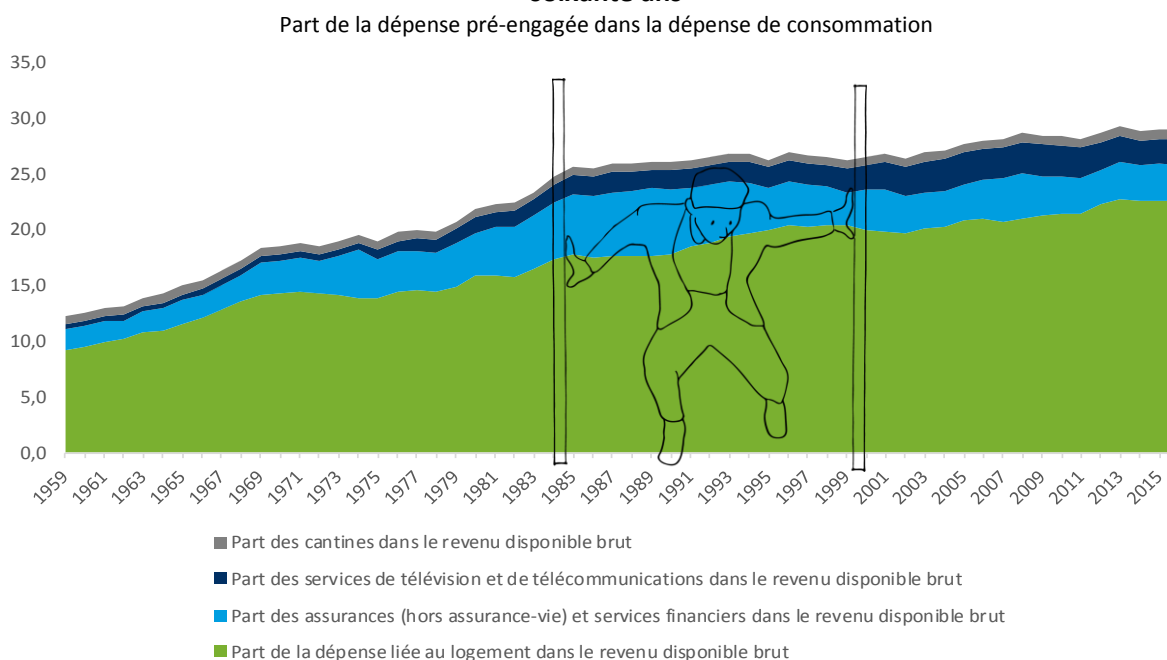
2.5 Des restrictions dans un contexte de hausse des dépenses contraintes

Les restrictions budgétaires chez les ménages les plus modestes se comprennent aussi dans un contexte global de hausse des dépenses pré-engagées. « Si le revenu disponible est un concept usuel et bien défini, il peut exister un décalage entre la définition du pouvoir d'achat, notion macroéconomique, et la perception que les ménages en ont. Les ménages peuvent en effet considérer qu'ils ont peu de prise face à certaines de leurs dépenses et qu'il convient d'appréhender leur pouvoir d'achat sur un champ plus étroit, là où il leur reste des marges de manœuvre pour effectuer librement des choix de consommation ou d'épargne (...). Une partie de la consommation des ménages résulte d'engagements contractuels difficilement renégociables à brève échéance et auxquels un ménage ne peut finalement se soustraire. Cette consommation est dite pré-engagée. Cinq grands postes composent l'ensemble de la consommation pré engagée selon le rapport Quinet (Cnis, 2008) sur le pouvoir d'achat des ménages :

- le loyer, les charges et les dépenses d'eau, gaz, électricité et autres combustibles ;
- les services de télécommunication (abonnements téléphonique et internet) ;
- les services de télévision (redevance télévisuelle et abonnements à des chaînes payantes) ;
- les frais de cantine scolaire ;
- les assurances et les services financiers »²⁶.

Les dépenses contraintes ont ainsi grimpé de 12 % à la fin des années 1950 à 29 % en 2015.

Graphique 17 – Loyer, factures, charges : les dépenses pré-engagées ont grimpé de 12 % à 29 % en soixante ans

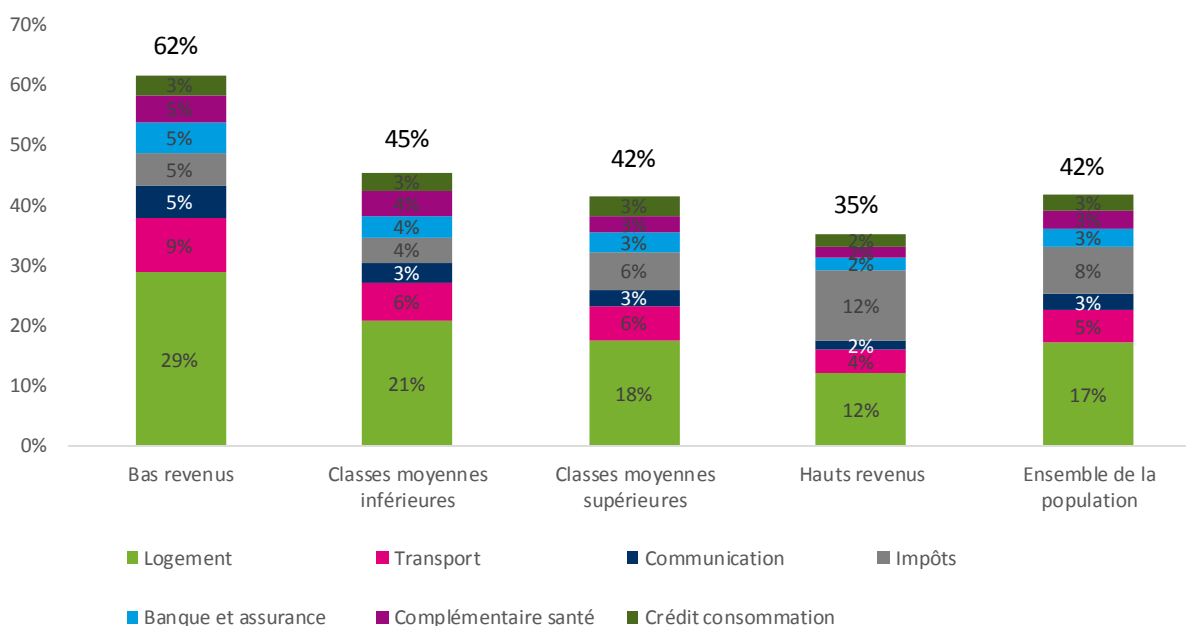


Source : INSEE, Comptes nationaux, Base 2010

²⁶ Michèle Lelièvre, Nathan Rémila, 2018, « Dépenses pré-engagées : quel poids dans le budget des ménages ? », *Dossiers de la Drees*, n°25, mars 2018

Si l'on considère une **version plus extensive de ces dépenses** sur lesquelles les ménages n'ont pas de marge de manœuvre réelle chaque mois, en intégrant non seulement le logement et les télécommunication et dépenses bancaires mais aussi le transport, les impôts, on arrive à un poids de **42% des ressources en moyenne, qui grimpe à 62% chez les bas revenus** (Graphique 18). « Selon la Drees, les 10 % les plus modestes doivent ainsi se contenter en moyenne de 180 euros par mois pour financer transport, équipement, loisir ou habillement, alors que les 10 % les plus riches disposent en moyenne de 1 890 euros, c'est-à-dire au moins dix fois plus²⁷.

Graphique 18 – Part des dépenses contraintes dans les ressources selon le niveau de vie



Source : CRÉDOC à partir de l'enquête Budget des familles 2011

Nota les dépenses de logement intègrent ici celles des accédants à la propriété (dans la littérature la plupart du temps elles sont considérées comme des investissements et non pas des dépenses)

2.6 Des exigences de plus en plus fortes en matière de santé

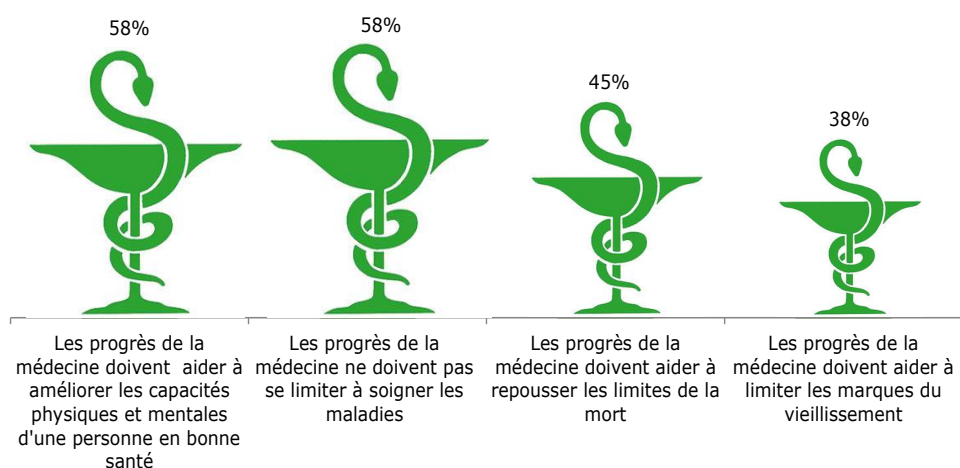
Une autre piste d'explication de la hausse de la perception de restriction en matière de santé est sans doute à rechercher du côté des exigences des Français en matière de santé. « Être en bonne santé ne serait plus seulement ne pas être malade, mais être « en pleine forme », au maximum de ses capacités. (...) En 2014, plus de la moitié d'entre eux estimait que les progrès de la médecine ne devaient pas avoir pour seule finalité de soigner les maladies et devaient aider à améliorer les capacités physiques et mentales des personnes en bonne santé²⁸. Et quatre sur dix estimaient que la médecine devait aider à limiter les marques du vieillissement »²⁹.

²⁷ Anne-Aël Durand, 14 novembre 2018, « Que reste-t-il après avoir payé les factures ? Les dépenses contraintes minent le pouvoir d'achat » *Le Monde*

²⁸ Régis Bigot, Sandra Hoibian, « L'homme augmenté : l'opinion oscille entre peur et désir », CREDOC, Note de synthèse n°14, octobre 2014.

²⁹ Solen Berhuet, Lucie Brice, Patricia Crouette, Radmila Datsenko, Nelly Guisse, Sandra Hoibian, Charlotte Millot, Jörg Müller, 2018, « Être l'entrepreneur de son bien-être », *Note de conjoncture sociétale du Crédoc*

Graphique 19 - L'attente pour une médecine améliorative (% oui)

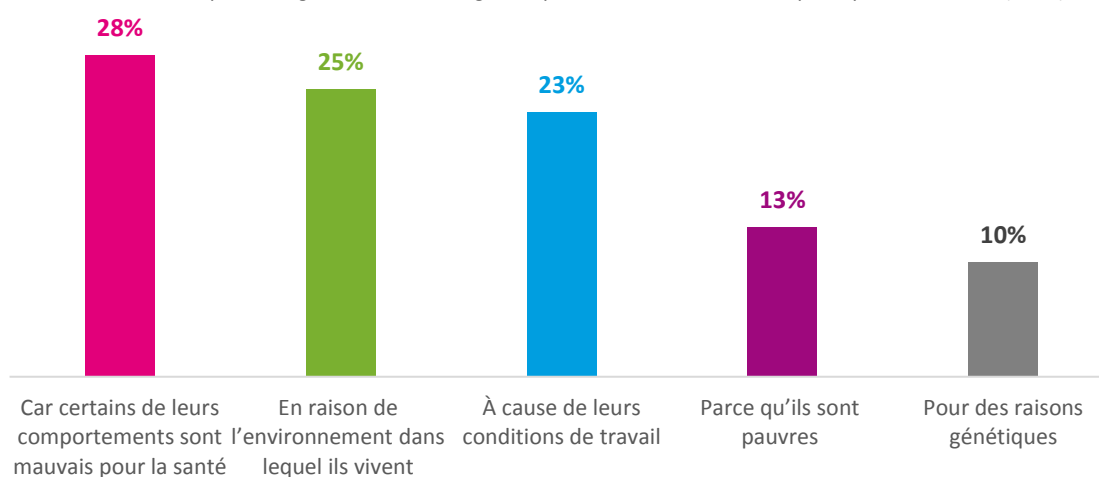


Source : CREDOC, Enquête Conditions de vie et aspirations des Français, Janvier 2014

En 2017, la Drees a interrogé les Français sur les motifs qui peuvent expliquer de graves problèmes de santé. Près de 30% d'entre eux jugent que ces maladies sont liées à de mauvais comportements (28%) et le quart estime que c'est l'environnement qui est en cause. Ce sont donc les comportements individuels des personnes qui seraient le plus souvent à l'origine de l'apparition de maladies graves (Graphique 20).

Graphique 20 – L'importance des comportements individuels et de l'environnement dans l'apparition de maladies graves

« Pensez-vous que si les gens souffrent de graves problèmes de santé, c'est principalement... ? » (en %)



Source : Baromètre DREES 2017

Les liens entre santé et alimentation équilibrée semblent de plus en plus nets dans l'opinion des concitoyens. Une très large majorité de Français approuve l'idée selon laquelle il y a un lien entre la manière dont ils se nourrissent et leur santé (91% en 2016 contre 75% en 1997)³⁰. L'expression « bien

³⁰ CREDOC, 2016, enquête « Comportements et Consommation Alimentaire en France »

manger » est avant tout synonyme de « manger équilibré »³¹. L'enquête Conditions de vie mesure ainsi en 2018 que 35% des Français limitent leur consommation de produits d'origine animale et 19% envisagent de le faire. Notons que la santé est la principale motivation de ce comportement « avant le souci de protéger la planète et celui d'éviter les souffrances animales pourtant de plus en plus médiatisées par différents films en caméra cachée dans des abattoirs. Parmi les personnes concernées, 37% le font ou le feraient d'abord parce que c'est bon pour la santé »³².

³¹ Diane Beldame, Pascale Hebel, Thierry Mathe, Evolution des représentations sociales du bien manger, CRÉDOC, 2014, Cahier de recherche n°316

³² Ibid.

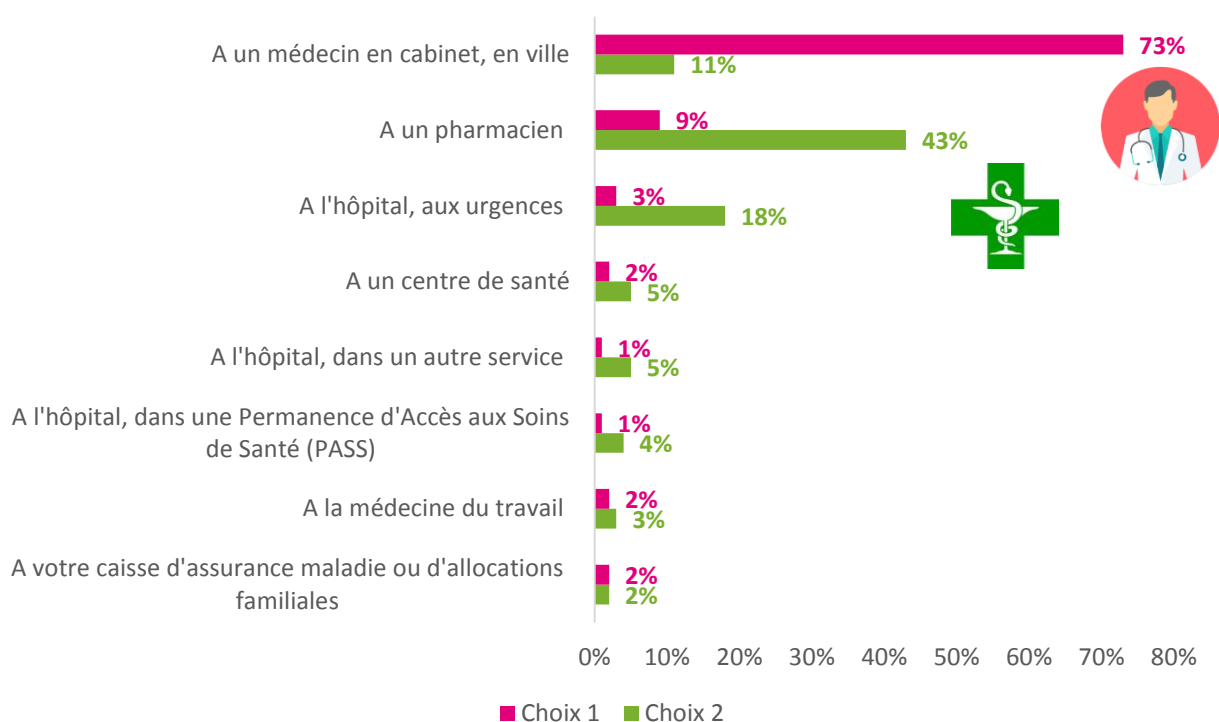
III – Les bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C privilégient moins la visite chez un médecin lorsqu'ils sont préoccupés par un problème de santé

3.1 Le médecin et le pharmacien sont les deux interlocuteurs de préférence

Lorsqu'un problème de santé les préoccupe personnellement, les trois quarts des Français indiquent s'adresser de préférence à un médecin (Graphique 21). Près de 10% des Français indiquent s'orienter plus volontiers vers le pharmacien en premier choix (42% en deuxième choix). L'ensemble des six autres interlocuteurs proposés rassemblent, en premier choix un peu plus de 10% des suffrages, dont la moitié pour les différents services hospitaliers (urgences et Permanences d'Accès aux Soins de Santé, PASS, ou un autre service de l'hôpital).

Graphique 21 – Le médecin et le pharmacien sont cités en première intention par la très grande majorité des concitoyens

« Quand vous avez un problème de santé qui vous préoccupe personnellement, quels sont les deux interlocuteurs auxquels vous vous adressez de préférence ? », choix 1 et 2 (en %)



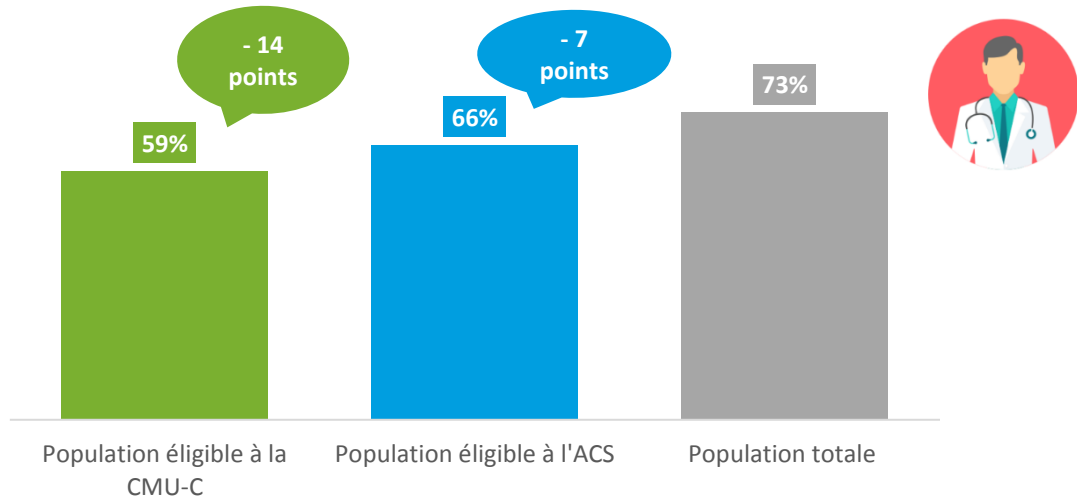
Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019
Champ : ensemble de la population de 15 ans et plus, 2 976 individus

3.2 Le médecin est beaucoup moins cité en première intention par les populations éligibles aux deux complémentaires santé

Comparativement à l'ensemble des concitoyens, les populations éligibles aux deux complémentaires santé mentionnent moins souvent le médecin comme interlocuteur privilégié en premier lieu en cas de problème de santé (Graphique 22).

Graphique 22 – Le médecin est beaucoup moins cité par les populations éligibles aux deux complémentaires santé

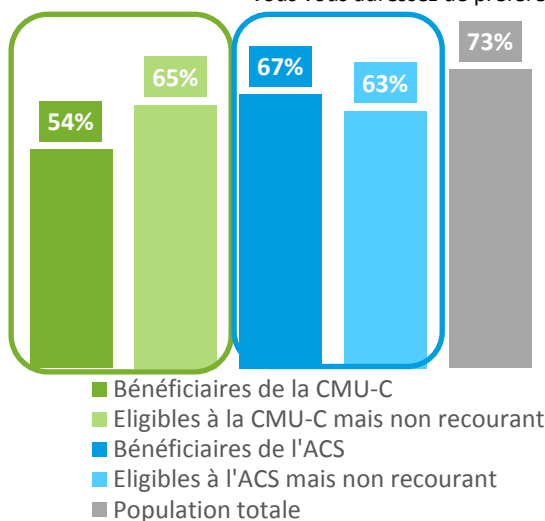
« Quand vous avez un problème de santé qui vous préoccupe personnellement, quels sont les deux interlocuteurs auxquels vous vous adressez de préférence ? », choix du médecin en 1^{er}



Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019
 Champ : ensemble de la population de 15 ans et plus, 2 976 individus

Graphique 23 – Les bénéficiaires de la CMU-C sont ceux qui citent le moins le médecin comme interlocuteur privilégié

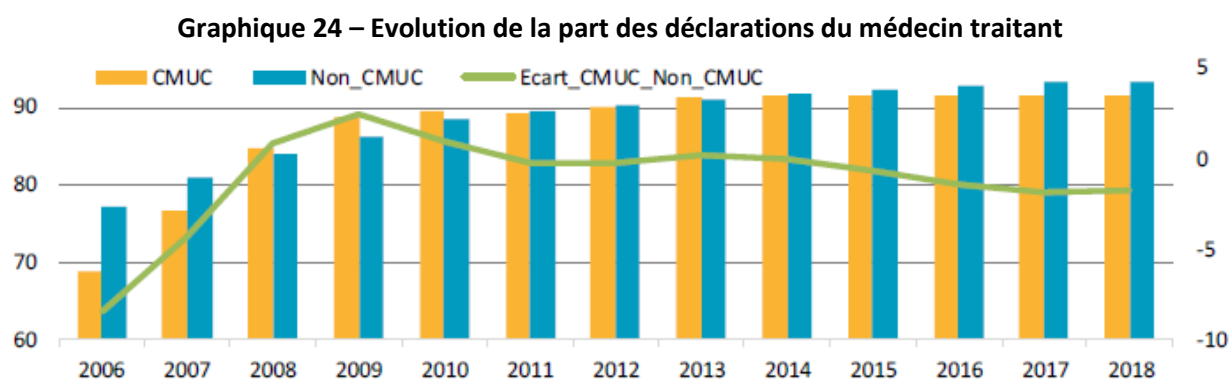
« Quand vous avez un problème de santé qui vous préoccupe personnellement, quels sont les deux interlocuteurs auxquels vous vous adressez de préférence ? », choix du médecin en 1^{er}



Ce constat est d'autant plus notable chez les bénéficiaires de la CMU-C (19 points de moins) et les personnes éligibles à l'ACS mais n'ayant pas déclaré y recourir (10 points de moins). Notons qu'il s'agit de l'opinion des Français sur leur supposé comportement en cas de problème de santé, et pas de leur attitude effective. Des résultats qui contrastent avec l'état de santé déclaré moins bon par les personnes concernées et la couverture complémentaire santé dont elles disposent censée faciliter leur recours aux soins et notamment aux consultations des médecins.

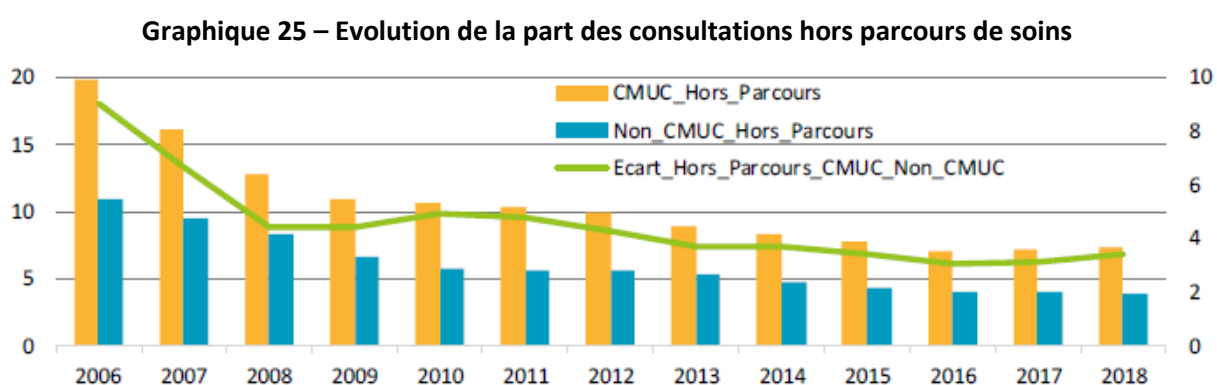
Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019
 Champ : ensemble de la population de 15 ans et plus, 2 976 individus

Une première hypothèse d'explication est à rechercher du côté des « difficultés croissantes à accéder à un médecin traitant pour les personnes en situation de précarité, dans un contexte de baisse de la densité de médecins généralistes sur certains territoires, notamment les plus défavorisés. Ainsi, fin 2018, le taux de déclaration d'un médecin traitant est de 91,7 % pour les bénéficiaires de la CMU-C contre 93,4 % pour les non bénéficiaires, en données redressées sur l'âge des bénéficiaires³³.



Source : CNAM, SNIIR-AM EGB (échantillon au 1/100e), en pourcentage
 Champ : Régime général, hors SLM, hors DOM, patients âgés de 16 ans et plus

Outre la désignation d'un médecin traitant, le parcours de soins coordonnés concerne également tous les usagers de l'Assurance maladie. Il consiste à consulter en priorité le médecin traitant. Après une diminution sensible de la part des soins hors parcours depuis 2006, le taux de soins hors parcours pour les bénéficiaires de la CMU-C est légèrement remonté depuis 2016. En 2018, il est de 7,3 %, alors que le résultat pour les non bénéficiaires n'est que de 3,9 %. Ces évolutions sont à rapprocher de l'écart qui se creuse entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU-C pour la déclaration du médecin traitant.



Source : CNAM, SNIIR-AM DCIR, en pourcentage
 Champ : Régime général, hors SLM, France entière, patients couverts au titre du risque maladie

³³ Fonds CMU, 2018, Rapport d'activité, p.83, données CNAM.

Une autre hypothèse d'explication pourrait être à rechercher du côté des difficultés spécifiques d'accès aux soins pour ces publics. Saisi par plusieurs associations, le Défenseur des droits a ouvert plusieurs enquêtes sur **les refus de soins pour les bénéficiaires de complémentaires santé (CMU-C, ACS et Aide Médicale d'Etat, AME).** Des situations de refus de soins qui peuvent lourdement ternir l'image du corps médical chez ces populations. « L'article L.1110-3 du code de la santé publique qualifie le caractère illégal de tels refus, aucune personne ne pouvant faire l'objet de discriminations dans l'accès à la prévention ou aux soins (...) même en réorientant [les personnes] vers les hôpitaux publics (...). Cette pratique est ainsi susceptible de caractériser une discrimination en raison du statut, de l'état de santé ou éventuellement de la vulnérabilité économique des patients concernés »³⁴. Dans un rapport remis au Premier Ministre en mars 2014, **le Défenseur des droits fait état de « refus de soins illégaux attestés à plusieurs reprises par des tests de situation réalisés auprès de professionnels de santé ».** **Le rapport souligne que « les taux de refus varient selon les enquêtes [mais que] les situations de refus de soins persistent à un niveau élevé »**³⁵. Au-delà des différents taux de refus affichés par les différentes enquêtes³⁶, les travaux menés corroborent « la persistance de refus de soins même si existent des **disparités territoriales** (les refus de soins apparaissent de manière plus marquée dans les grandes villes), **des disparités selon les secteurs dont relèvent les praticiens** (les refus de soins sont plus importants pour les médecins exerçant en secteur 2 que pour ceux du secteur 1) et des **disparités selon les catégories des professionnels de santé** (les refus de soins sont plus fréquents chez les dentistes que chez les médecins. S'agissant des médecins, les refus de soins sont plus élevés pour les médecins spécialistes que pour les médecins généralistes) »³⁷.

3.3 Les bénéficiaires de la CMU-C citent plus que les autres le pharmacien comme premier interlocuteur à contacter

Près de 10% des Français indiquent qu'ils iraient à la pharmacie en première intention si un problème de santé les préoccupait. Les réponses des populations éligibles à la CMU-C et à l'ACS ne diffèrent pas beaucoup de celles des concitoyens (respectivement 11% et 12%). En revanche, des écarts sont à noter si l'on s'intéresse aux bénéficiaires de la CMU-C. 15% d'entre eux privilégient le pharmacien en cas de problème de santé, c'est 6 points de plus que l'ensemble de la population (Graphique 26).

Une disposition légale récente pourrait faciliter le recours au pharmacien en première intention en cas de problème de santé. Un amendement au code la santé publique a été voté le 8 mars 2019 dans le cadre de la loi santé au sujet de la délivrance de médicaments par les pharmaciens en-dehors de toute prescription médicale. Dans la lignée du « Net Care » Suisse, il s'agit d'autoriser les pharmaciens à délivrer certains « produits de santé de premier recours pour des situations simples en suivant des arbres de décision bâtis entre pharmaciens et médecins ». Les contours du dispositif doivent être précisés, mais ce dernier permettra aux « pharmaciens d'officine, dans le cadre de démarches inscrites dans le cadre

³⁴ Défenseur des droits, 2017, « Refus de soins pour les bénéficiaires de protection sociale (CMU / ACS / AME) : le Défenseur des droits ouvre plusieurs enquêtes », article en ligne du 27 janvier 2017

³⁵ Rapport du Défenseur des droits, mars 2004, « L'accès aux soins pour les publics précaires : une ambition affirmée, des obstacles avérés », p.13

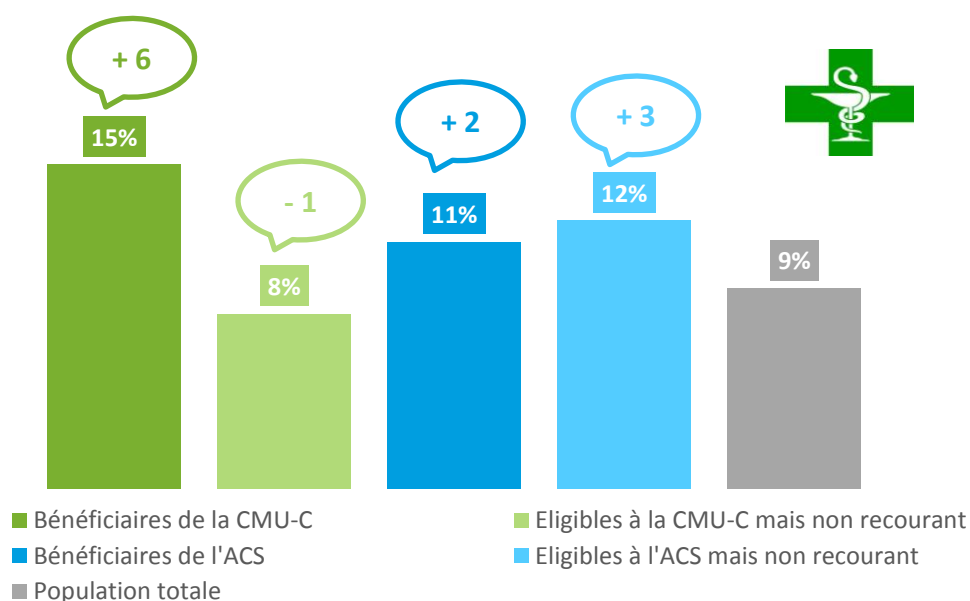
³⁶ L'étude commandée par le Fonds CMU-C en 2006 a permis de montrer des taux de refus de soins allant de 16,7% chez les médecins généralistes exerçant en secteur 2 à 41% chez les médecins spécialistes (33,3% chez les ophtalmologues ; 40,9% chez les pédiatres ; 50% chez les psychiatres ; 44,4% chez les gynécologues). S'agissant des dentistes, le taux s'élevait à 39,1%. Une autre étude menée par l'Irdes pour le Fonds CMU-C en 2009 fait état de 19,4% de refus de soins opposés aux bénéficiaires de la CMU-C par les généralistes

³⁷ Rapport du Défenseur des droits, mars 2004, op. cit, p.14-15

d'un exercice coordonné, de délivrer certains médicaments, selon des protocoles établis par la Haute Autorité de Santé (HAS). Il s'agirait notamment du traitement des cystites aiguës ou certaines angines »³⁸. Les motifs de cette disposition reprennent une préconisation formulée par une commission d'enquête de l'Assemblée Nationale sur l'égal accès aux soins sur l'ensemble du territoire³⁹ (...) et le souci d'éviter aux patients de se rendre aux urgences pour des affections qui ne le nécessitent pas »⁴⁰.

Graphique 26 – Le pharmacien est plus cité par les bénéficiaires de la CMU-C

« Quand vous avez un problème de santé qui vous préoccupe personnellement, quels sont les deux interlocuteurs auxquels vous vous adressez de préférence ? », choix du pharmacien en 1^{er}



Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019
 Champ : ensemble de la population de 15 ans et plus, 2 976 individus

3.4 L'hôpital est cité entre 2 et 2,5 fois plus souvent qu'en population générale par les populations éligibles aux deux dispositifs

12% des personnes éligibles à l'ACS indiquent l'hôpital comme interlocuteur privilégié en cas de problème de santé et 10% des personnes éligibles à la CMU-C (Graphique 27). C'est donc respectivement 2 à 2,5 fois plus que le reste de la population (5%). Précisons que les propositions énoncées faisaient mention de trois items : les urgences, les Permanences d'Accès aux Soins de Santé ou un autre service de l'hôpital. Les effectifs concernés sont faibles : on ne peut présenter que les données agrégées sur les trois items et on ne peut distinguer les résultats selon bénéficiaires et éligibles ne recourant pas à l'une ou l'autre des deux complémentaires santé.

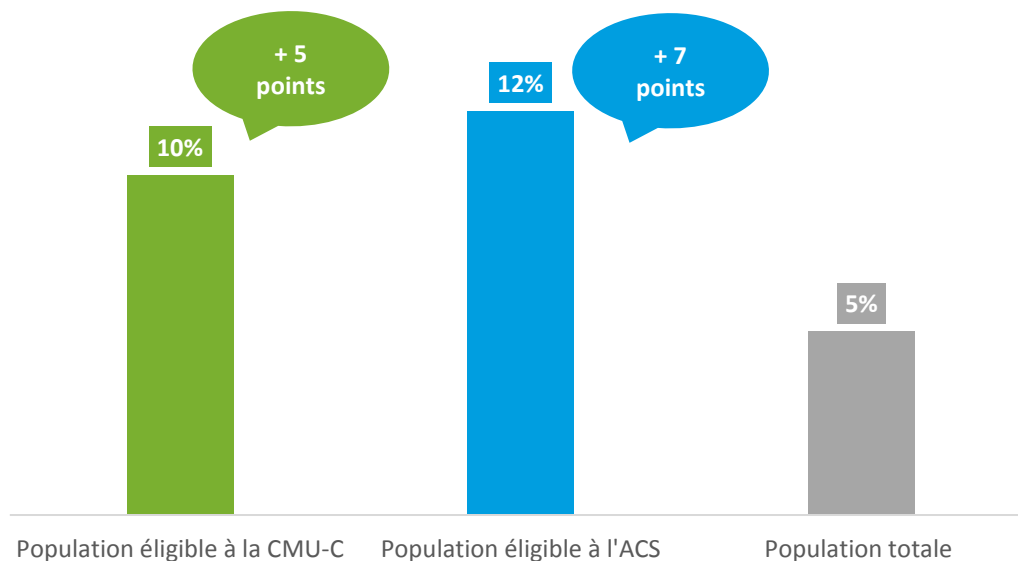
³⁸Assemblée Nationale, 8 mars 2019, amendement n°AS1487, <http://www.assemblee-nationale.fr/dyn/15/amendements/1681/CIION-SOC/AS1487.pdf>

³⁹ Rapport d'enquête n° 1185 de M. Philippe Vigier sur l'égal accès aux soins des Français sur l'ensemble du territoire et sur l'efficacité des politiques publiques mises en œuvre pour lutter contre la désertification médicale en milieu rural et urbain, 18 juillet 2018.

⁴⁰Sénat, Projet de loi relatif à l'organisation et à la transformation du système de santé, <http://www.senat.fr/rap/l18-524/l18-52414.html#toc139>

Graphique 27 – L'hôpital est plus cité par les populations éligibles à la CMU-C et à l'ACS

« Quand vous avez un problème de santé qui vous préoccupe personnellement, quels sont les deux interlocuteurs auxquels vous vous adressez de préférence ? », choix de l'hôpital en 1^{er}. Somme des réponses « A l'hôpital, aux urgences » ; « A l'hôpital dans une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS) » et « A l'hôpital dans un autre service »



Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019
Champ : ensemble de la population de 15 ans et plus, 2 976 individus

Encadré n°2 : Les Permanences d'Accès aux Soins (PASS)

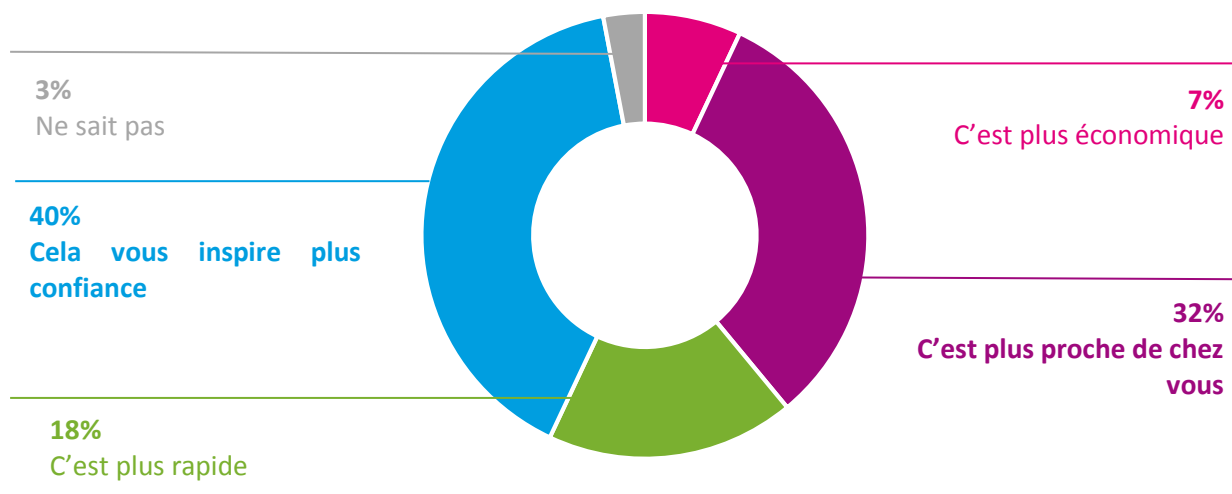
Les PASS proposent un accueil inconditionnel et un accompagnement dans l'accès au système de santé des personnes sans couverture médicale ou avec une couverture partielle. Leur rôle est de faciliter l'accès aux soins des personnes démunies et de les accompagner dans les démarches nécessaires à la reconnaissance de leurs droits. (Source : site internet de l'Agence Régionale de Santé (ARS))

3.5 Des choix avant tout dictés par le souci de la confiance et la proximité du domicile

Outre l'interlocuteur privilégié, les résultats de l'enquête permettent d'identifier les registres de justification concernant l'interlocuteur cité en première intention. **40% des Français avancent l'importance accordée à la confiance dans leurs choix, 32% évoquent la question de la proximité avec leur domicile.**

Graphique 28 – La confiance et la proximité guident le choix des Français

« Pour quelle raison vous adressez-vous de préférence à cet interlocuteur ? » (choix 1 en %)



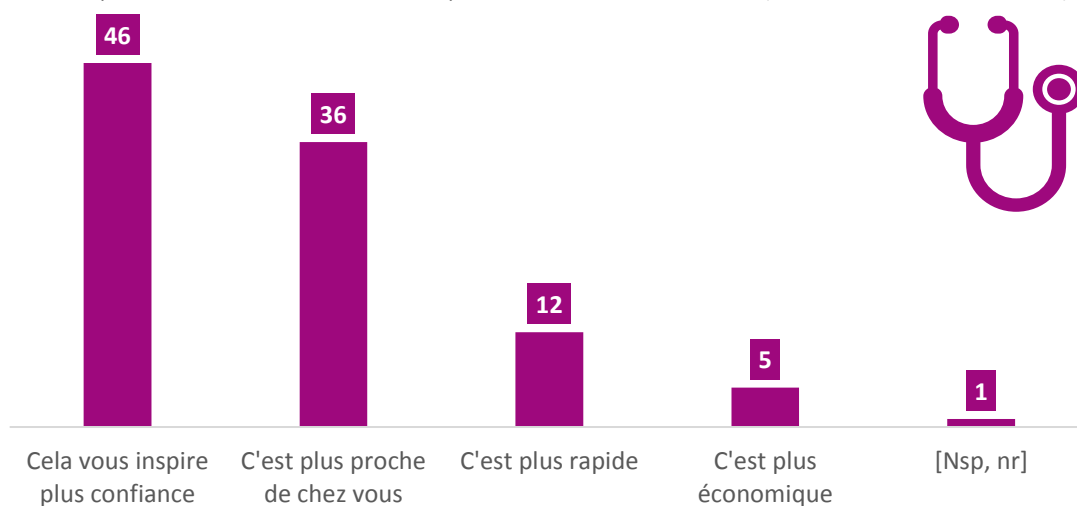
Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019
Champ : ensemble de la population de 15 ans et plus, 2 976 individus

3.5.1 Près de la moitié des Français qui citent le médecin comme interlocuteur privilégié le justifie par la confiance

Parmi les Français qui indiquent qu'ils contacteraient le médecin de manière privilégiée, près de la moitié d'entre eux (46%) justifient ce choix parce que cela leur inspire plus confiance.

Graphique 29 – 46% des Français citent le médecin comme interlocuteur par souci de confiance

« Pour quelle raison vous adressez-vous de préférence à cet interlocuteur ? (choix du médecin en 1^{er}, en %) »



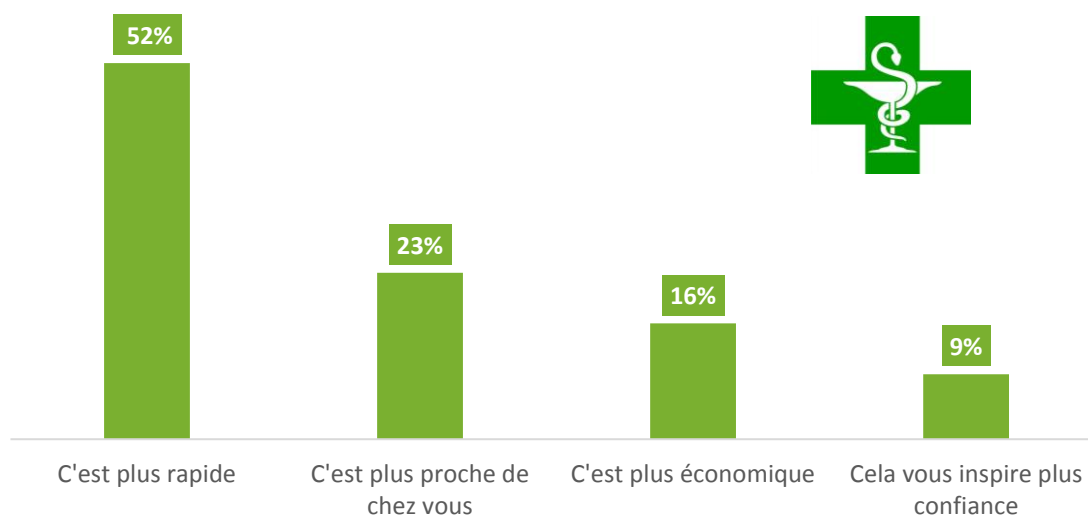
Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019
Champ : personnes qui privilégient le médecin en cabinet, en ville en 1^{er} choix, 2 179 personnes

3.5.2 Le choix de la pharmacie avant tout pour la rapidité

La moitié des Français qui font le choix de la pharmacie l'expliquent par un souci de la rapidité (52%).

Graphique 30 – La pharmacie davantage citée dans un souci de rapidité

« Pour quelle raison vous adressez-vous de préférence à cet interlocuteur ? (choix de la pharmacie en 1^{er}, en %) »



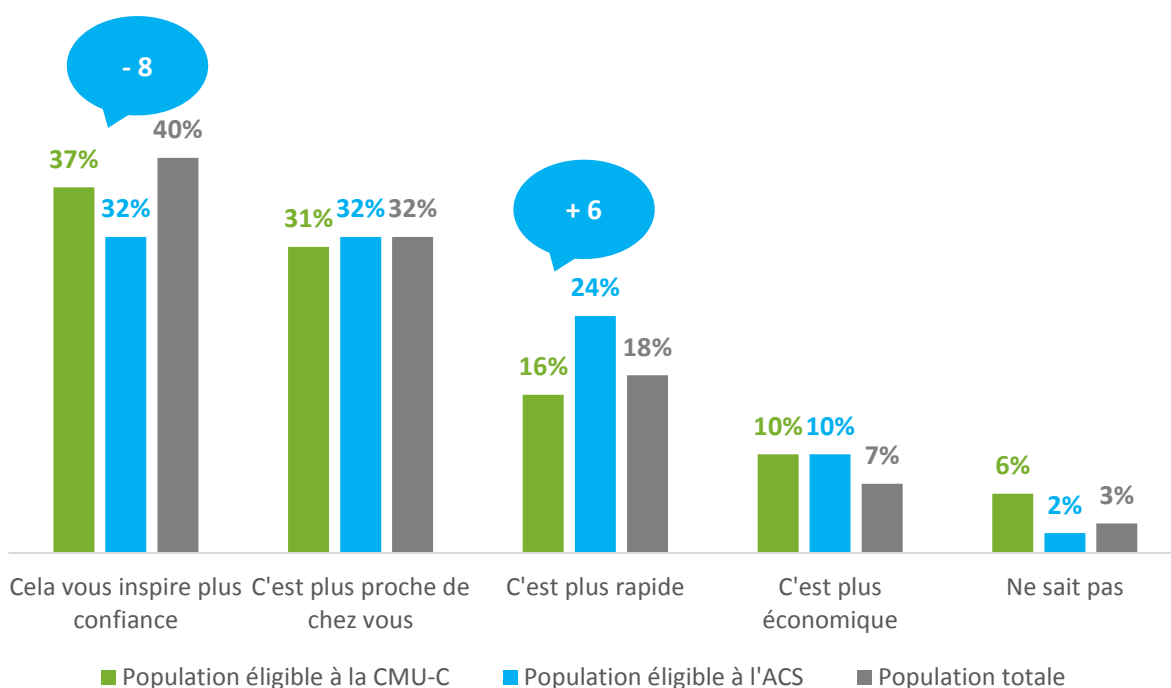
Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019
Champ : personnes qui privilégient le pharmacien en 1^{er} choix, 270 personnes

3.5.3 Les personnes éligibles à l'ACS évoquent moins souvent la confiance pour expliquer leur choix

En population générale, la confiance qu'inspire l'interlocuteur cité prime sur le critère de proximité (40% contre 32%). Chez les éligibles à l'ACS, les deux motivations se valent (32%, voir Graphique 31). Ce déficit de citations de la confiance se retrouve dans d'autres questions qui sont posées dans le dispositif d'enquête : assez souvent, les personnes éligibles à l'ACS se démarquent par un niveau de défiance élevé. Prenons l'exemple du sentiment exprimé vis-à-vis du gouvernement en place : 73% de la population relevant de la CMU-C et 76% la population relevant de l'ACS n'a pas confiance, contre 70% de la population en moyenne.

Graphique 31 – Les populations éligibles à l'ACS citent plus le motif de la rapidité, moins la confiance

« Pour quelle raison vous adressez-vous de préférence à cet interlocuteur ? (choix 1 en %)



Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019
Champ : ensemble de la population de 15 ans et plus, 2 976 individus

IV – Les personnes éligibles à la CMU-C recourent moins souvent à l'automédication que l'ensemble de la population

Encadré n°3 : L'automédication : définition, variables d'influence et spécificité de la France

Définition : L'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) définit l'automédication comme le « comportement qui consiste pour les individus, à soigner leurs maladies grâce à des médicaments autorisés, accessibles sans ordonnance, sûrs et efficaces dans les conditions d'utilisation indiquées, avec le conseil du pharmacien ».

Les contours de l'automédication : La notion d'automédication est souvent confondue avec d'autres, non strictement identiques, telles que la médication familiale, la pharmacie non remboursable, la vente libre de médicaments... « Un produit est qualifié de médicament s'il est présenté comme possédant des propriétés curatives ou préventives à l'égard des maladies humaines ou animales, ou s'il peut être utilisé ou administré en vue d'établir un diagnostic médical ». L'Agence Nationale de Sécurité du Médicament (ANSM) intervient dès la phase des essais cliniques et autorise ensuite au niveau national sa mise sur le marché. En France, la vente de médicaments, qu'elle intervienne avec ou sans prescription médicale, ne peut se faire qu'en pharmacie qui détient le monopole de la distribution des médicaments (à la différence de ce que l'on observe notamment dans les pays anglo-saxons (Over the Counter, OTC, c'est-à-dire au-delà du comptoir). Les autres produits (non médicamenteux) achetés dans les officines avec les conseils d'un pharmacien (les compléments alimentaires, les vitamines, etc.) ne rentrent donc pas dans le champ strict de l'automédication, même lorsqu'ils sont achetés en pharmacie ou parapharmacie.

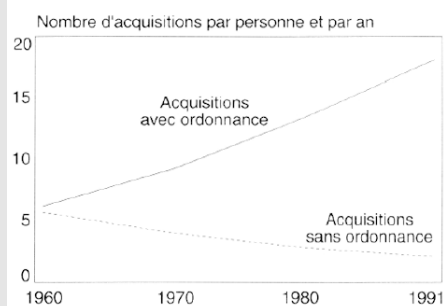
Les facteurs qui influencent la pratique de l'automédication :

- La densité de médecins selon les territoires
- Les dispositions législatives en matière de dépenses médicales
- Les incitations relatives aux pratiques de prescription des médicaments sur ordonnance par les médecins
- La pratique de délistage ou « switch » consistant à exclure des médicaments figurant sur la liste 1 ou 2 (substances vénéneuses)

La pratique de l'automédication a beaucoup évolué en France entre 1960 et 1990

« Selon les enquêtes auprès des ménages (Insee-Credoc-Credes), en 1960, près de la moitié des acquisitions étaient faites sans ordonnance. En 1991, il n'y en a plus que 10% dans ce cas. La progression de la consommation de médicaments, pourtant forte au cours de cette période, ne s'est faite qu'au bénéfice de la pharmacie prescrite ». Deux raisons majeures expliquent cette évolution au cours de ces 30 années : « la généralisation de l'assurance maladie à la quasi-totalité de la population et le recours au médecin facilité par l'augmentation de la densité médicale ».

Acquisitions* de médicaments avec et sans ordonnance de 1960 à 1991



* L'unité « acquisition » correspond à une ligne de la facture du pharmacien, à savoir l'acquisition d'un produit dans une présentation déterminée, un jour donné, pour une même personne, dans une même officine, quel que soit le nombre de conditionnements acquis.

Source : enquêtes Insee-Credoc.

Source : Thérèse Lecomte, 1998, « La faiblesse de l'automédication en France », *Economie et statistique*, n°312-313, mars 1998

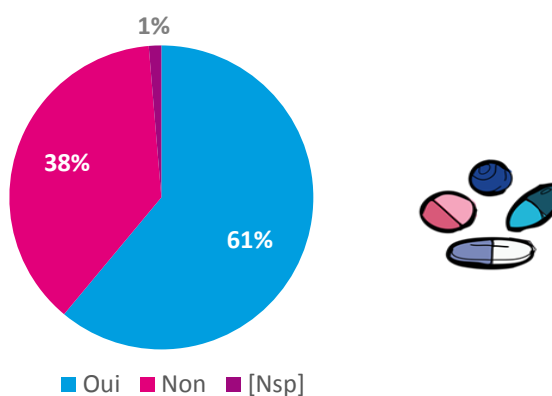
4.1 Un peu plus de la moitié des Français ont eu recours à l'automédication en 2018

En moyenne, 6 personnes sur 10 disent avoir acheté, au cours des douze derniers mois, des médicaments en pharmacie sans prescription médicale.

Les résultats de l'enquête du Crédoc montrent que le recours à l'automédication est une pratique un peu plus féminine. 58 % des personnes qui ont déclaré avoir acheté des médicaments en-dehors de toute prescription médicale sont des femmes (elles représentent 52% de la population Française, soit + 6 points). Les actifs occupés tendent également à être un peu plus nombreux (56% vs 53% des concitoyens).

Graphique 32 – Six Français sur dix ont eu recours à l'automédication en 2018

« Les médicaments accessibles sans prescription médicale sont destinés à soigner des symptômes courants, pendant une courte période, sans l'intervention d'un médecin, mais avec les conseils du pharmacien. Au cours des 12 derniers mois, avez-vous été à la pharmacie pour acheter des médicaments, en dehors de toute prescription médicale ? » (en %)



Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019
Champ : ensemble de la population de 15 ans et plus, 2 976 individus

4.1.1 La population éligible à la CMU-C recourt moins à l'automédication

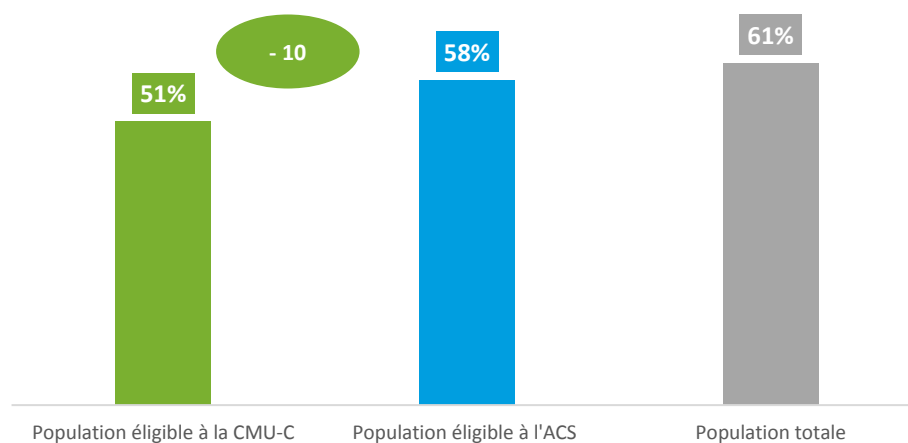
Les résultats montrent en revanche que les populations éligibles à la CMU-C achètent moins que le reste des Français des médicaments en-dehors de toute prescription médicale. Ce moindre recours à l'automédication pourrait s'expliquer par un nombre plus fréquent de consultations chez le généraliste, en tout cas chez les bénéficiaires de la CMU-C. Les travaux de Guthmuller et Wittwer (2012) repris par la Drees montrent que « les dépenses auprès des généralistes sont, toutes choses égales par ailleurs, plus élevées de 43 % (...) pour les bénéficiaires de la CMU-C (...) »⁴¹. L'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C (mais aussi de l'ACS) est moins bon que celui du reste de la population. Ces dépenses plus élevées sont donc sans doute à mettre en lien avec l'existence d'un suivi médical régulier pour ces populations « plus fréquemment atteintes de pathologies lourdes et chroniques » (cancer, diabète, maladies cardio-neurovasculaires, etc.)⁴². Cet écart suggère que « les dépenses des soins (...) reflètent les seules dépenses correspondant à leurs réels besoins en santé, et infirment l'hypothèse d'une

⁴¹ Noémie Jess, 2015, « Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins », *Drees Etudes et Résultats*, décembre 2015, n°0944

⁴² Caisse Nationale d'Assurance Maladie, 2015, « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses », p.49, https://assurance-maladie.ameli.fr/sites/default/files/rapport-activite-charges-produits-16_assurance-maladie.pdf

surconsommation de soins »⁴³ induite par leur gratuité. L'hypothèse d'une « substitution des séances de médecins spécialistes par des séances chez les généralistes » est également avancée par l'IRDES pour expliquer ces écarts dans les dépenses de soins⁴⁴.

Graphique 33 – La moitié seulement de la population éligible à la CMU-C recourt à l'automédication



Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019
Champ : ensemble de la population de 15 ans et plus, 2 976 individus

4.2 Le recours à l'automédication : une pratique justifiée par le fait que les conseils donnés en pharmacie semblent suffisants et la volonté de gagner du temps

4.2.1 Les Français mettent en avant les dimensions pratiques et économiques de l'automédication

Lorsqu'on les interroge sur les motifs ayant participé au choix de l'automédication (Graphique 34), les Français évoquent le fait que les conseils donnés en pharmacie semblent suffisants (45%) et que cette solution est jugée « plus rapide » parce qu'elle évite de prendre rendez-vous chez le médecin (43%). Ces résultats convergent avec les travaux de la littérature médicale et sociologique sur le sujet qui soulignent les « dimensions pratiques et économiques de l'automédication ». L'achat de médicaments en pharmacie sans ordonnance médicale permettrait ainsi des économies de temps et d'argent. L'automédication est « fréquemment employée pour traiter des problèmes de santé jugés bénins pour lesquels le patient juge superflu d'aller consulter le médecin et pour des problèmes chroniques que les individus ont appris à gérer de manière autonome, et qu'elle est appréhendée à ce titre comme un gain de temps et d'argent. Il s'agit de réduire le délai dans lequel le sujet pourrait obtenir un rendez-vous ou de limiter le temps d'attente qu'impliquerait une consultation (...). On parle parfois de « patients impatientes » pour rendre compte de cet aspect de l'automédication »⁴⁵. **La pratique de l'automédication peut en outre être renforcée dans les territoires qualifiés de « déserts médicaux »,**

⁴³ Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie, 2016, 6^{ème} rapport d'évaluation, p.9, http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/RAPPORT_EVALUATION_2016.pdf

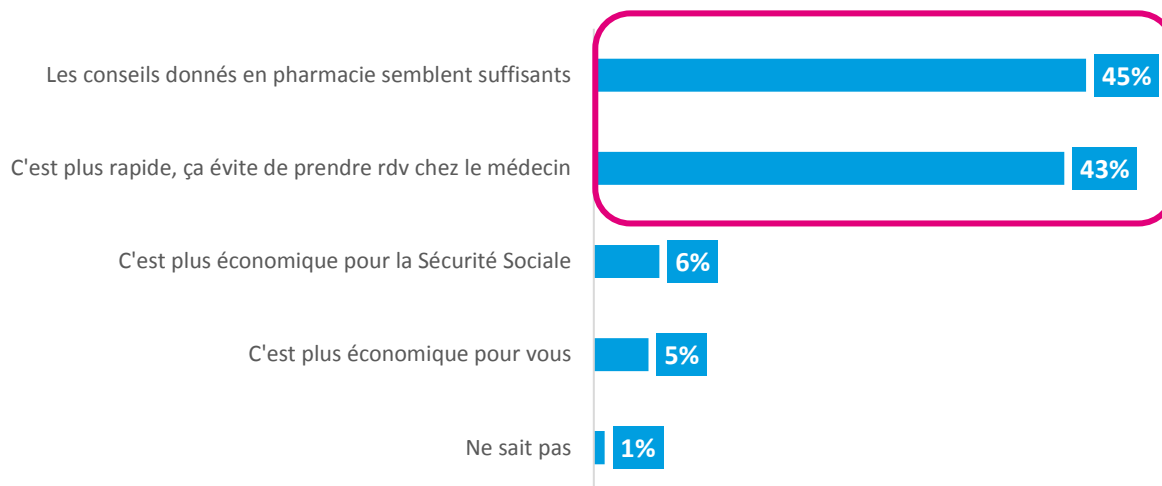
⁴⁴ Benoît Carré, Marc Perronnin, 2018, « Evolution de la dépense en part complémentaire santé des bénéficiaires de la CMU-C : analyse et prévision », Rapport de l'Irdes n°569, p. 9

⁴⁵ Fainzang Sylvie, « Raisons pratiques et raisons culturelles », in *L'automédication ou les mirages de l'autonomie*. Sous la direction de Fainzang Sylvie, Presses Universitaires de France, « Hors collection », 2012, p. 71-89. URL : <https://www.cairn.info/l-automedication-ou-les-mirage-de-l-autonomie--9782130606550-page-71.htm>

mais aussi par les politiques publiques et les pratiques des professionnels (déremboursement de médicaments ou encore dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins)⁴⁶.

Graphique 34 – Le choix de l'automédication pour des raisons de temps et d'argent

« Au cours des douze derniers mois, avez-vous été à la pharmacie pour acheter des médicaments, en dehors de toute prescription médicale ? Si oui, pour quelle raison principalement ? » (en %)



Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019
Champ : population ayant eu recours à l'automédication, 1 817 personnes

4.2.2 Une hiérarchie identique des arguments mobilisés par les bénéficiaires des complémentaires santé pour les plus modestes

La hiérarchie des arguments mobilisés est identique, quelle que soit la population concernée (éligible à la CMU-C et à l'ACS). Dans les mêmes proportions que le reste des Français, les personnes éligibles à une des deux complémentaires santé sont d'accord avec l'idée que « c'est plus rapide, ça évite de prendre rendez-vous chez le médecin » (Graphique 35). Bien qu'il reste minoritaire, le critère économique est davantage cité par les personnes éligibles à l'ACS pour expliquer le recours à l'automédication. Le baromètre d'opinion de la Drees (2016) rappelle que « six Français sur dix jugent trop élevées les dépenses de soins restant à leur charge (...) et que ce sentiment est encore plus marqué chez les personnes à la santé fragile, sans complémentaire santé ou disposant de faibles ressources »⁴⁷. A la différence de la CMU-C qui constitue une couverture complémentaire santé gratuite, l'aide octroyée par l'ACS se matérialise par un chèque utilisable uniquement pour l'acquisition d'une complémentaire santé individuelle et dont le montant varie en fonction de l'âge. **Dans son rapport d'activité, le Fonds souligne l'existence de restes à charge importants pour les bénéficiaires de l'ACS.** Ainsi, « la dépense de santé restant à [leur] charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire et de l'assurance complémentaire représente 5 % de leur dépense totale pour les soins réalisés en 2017 »⁴⁸. Il est également à noter que les bénéficiaires de l'ACS, sont remboursés à hauteur de 15% par l'Assurance

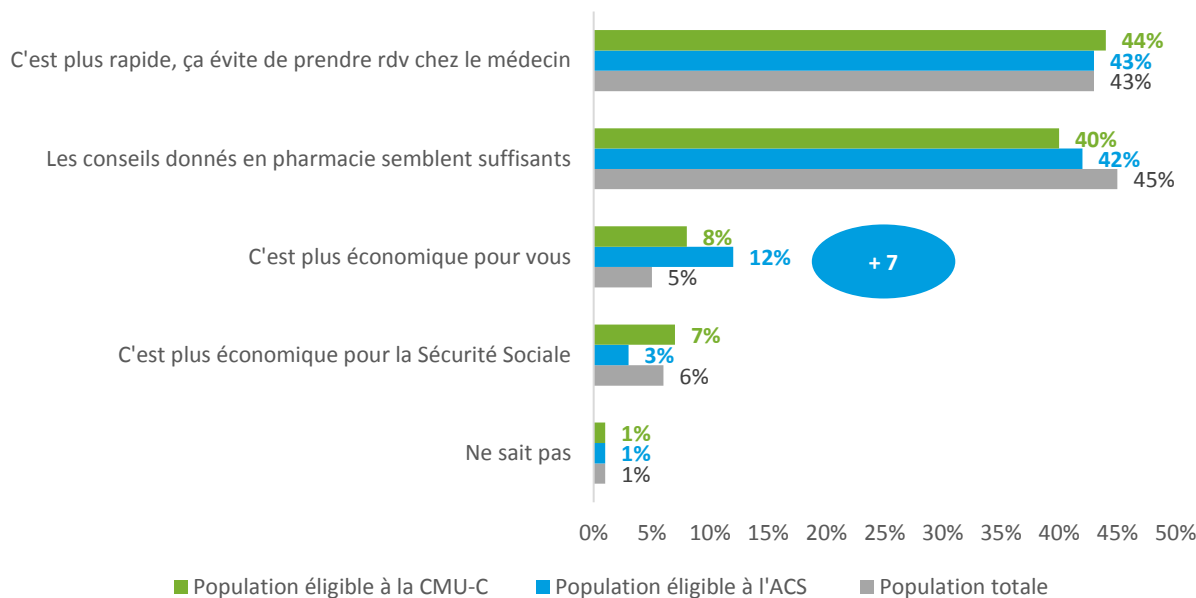
⁴⁶ Fainzang Sylvie, op. cit.

⁴⁷ Raphaëlle Verniolle, 2016, « L'accès à la complémentaire santé pour les personnes disposant de faibles ressources : la CMU-C et l'ACS », Regards, 2016/1, n°49, p.122

⁴⁸ Fonds CMU, 2018, Rapport d'activité, p.72

Maladie pour les médicaments dont le Service Médical Rendu est faible⁴⁹, au même titre que le reste de la population quand les bénéficiaires de la CMU-C sont quant à eux remboursés à hauteur de 100%.

Graphique 35 – Les arguments relatifs à la pratique de l’automédication ne diffèrent pas selon les populations concernées



Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019
 Champ : population ayant eu recours à l’automédication, 1 817 personnes

L’extension à venir en novembre 2019 de la CMU-C aux personnes éligibles à l’ACS vise à réduire le montant des restes à charges pour les bénéficiaires de l’ACS, notamment via le bénéfice du panier de soins des bénéficiaires de la CMU-C.

4.3 Pour ceux qui n’ont pas recours à l’automédication : le souhait de limiter la consommation de médicaments et la préférence de consulter un médecin

4.3.1 Le souci de limiter la consommation de médicaments et les inquiétudes liées aux risques sanitaires

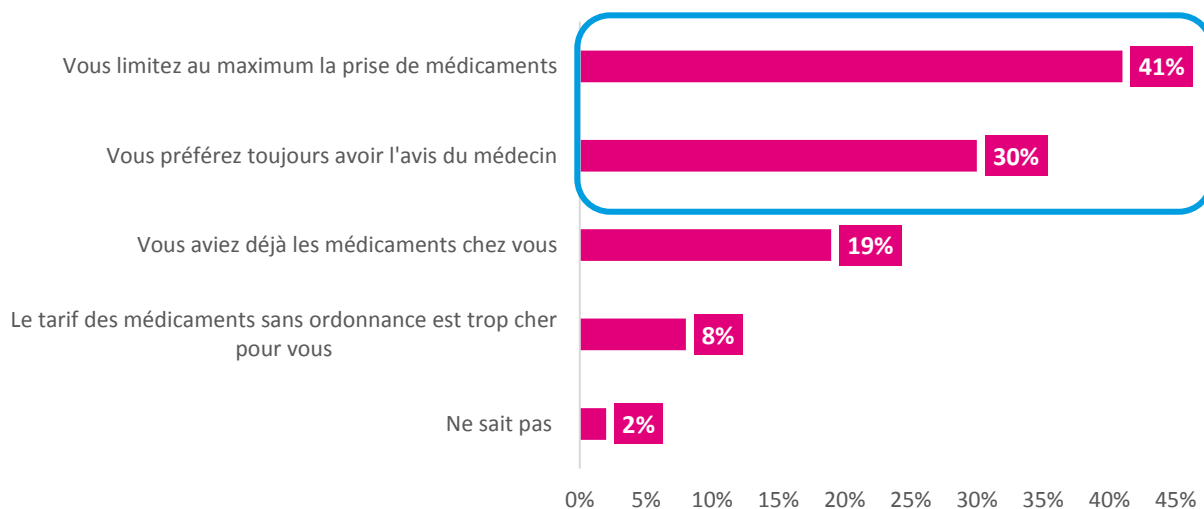
Le premier argument avancé par les Français qui ne pratiquent pas l’automédication est celui de limiter le plus possible la prise de médicaments (41%, Graphique 36). Le souci de limiter la consommation de médicaments fait probablement écho aux inquiétudes des concitoyens sur les risques sanitaires largement relayés dans la presse (les effets secondaires liés au changement dans la formule du médicament Levothyrox, le médicament Dépakine en cause dans les malformations d’enfants, ou encore le Médiator, etc.). Des risques sanitaires qui concernent directement le champ

⁴⁹ Le Service Médical Rendu (SMR) est une mesure de l’efficacité et de l’utilité des médicaments vendus en France. L’évaluation prend en compte plusieurs éléments dont la gravité de la maladie pour laquelle le médicament est indiqué, son efficacité pour prévenir ou soigner cette maladie, son intérêt pour la santé publique et ses effets indésirables. Selon les résultats de cette comparaison, le médicament est soit non remboursé par la Sécurité Sociale et les complémentaires santé, soit plus ou moins remboursé ». Site internet du Ministère des Solidarités et de la Santé, 2019, <https://sante.fr/quoi-correspond-le-service-medical-rendu-smr-des-medicaments>

médical en lien avec la prise de médicaments, mais plus largement toute une série de produits ou milieux (l'eau, l'air extérieur ou celui du logement, les jouets, les aliments, les produits d'hygiène, etc.).

Graphique 36 – Le souci de limiter la consommation de médicaments est le premier argument cité

« Au cours des douze derniers mois, avez-vous été à la pharmacie pour acheter des médicaments, en dehors de toute prescription médicale ? Si non, pour quelle raison principalement ? »

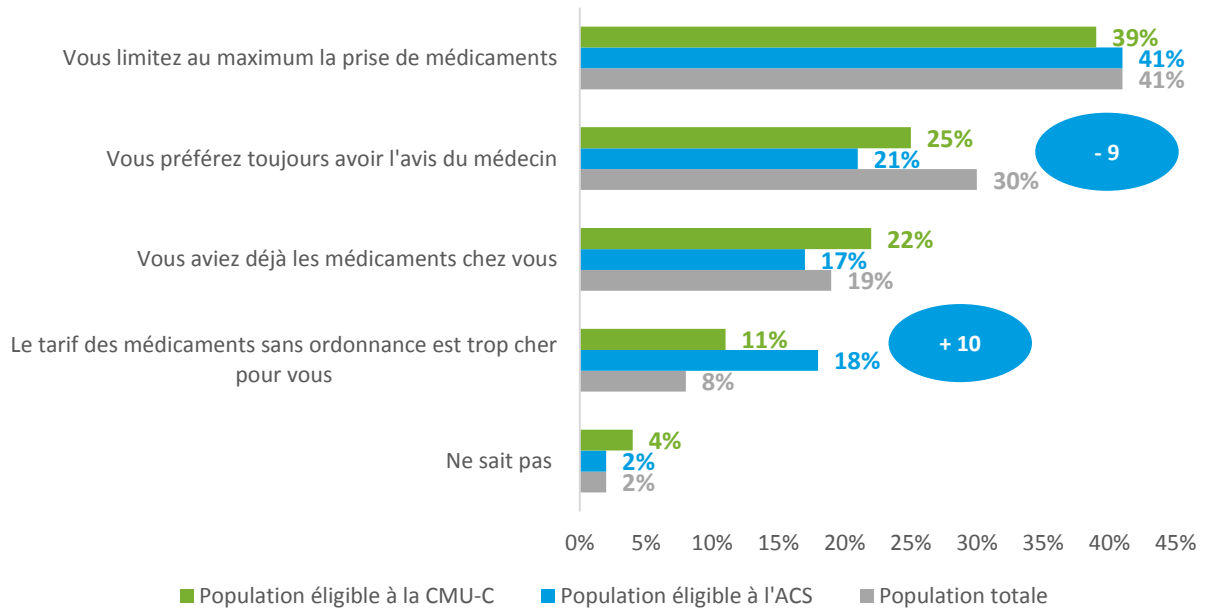


Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019
Champ : population n'ayant pas eu recours à l'automédication, 1 120 personnes

4.3.2 Le tarif des médicaments est davantage cité par les populations éligibles à l'ACS pour expliquer l'absence d'automédication

A l'instar de l'ensemble des Français, les personnes éligibles à la CMU-C et à l'ACS citent comme principale raison la limitation de la prise de médicaments pour expliquer l'absence d'achats de médicaments en officine en-dehors de toute prescription médicale. 18% des populations éligibles à l'ACS évoquent le coût trop élevé du tarif des médicaments pour justifier l'absence d'automédication, soit 10 points de plus qu'en population générale. Un argument économique qui entre en résonance avec les restes à charges plus élevés pour les bénéficiaires de l'ACS.

Graphique 37 – L'argument économique est davantage avancé par les personnes éligibles à l'ACS



Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019
 Champ : population n'ayant pas eu recours à l'automédication, 1 120 personnes

L'autre enseignement des résultats réside dans le fait que les populations éligibles à l'ACS citent moins souvent que l'ensemble des Français le souci d'avoir « toujours l'avis du médecin ». On peut suggérer qu'il s'agit d'une forme de mise à distance du diagnostic systématique des médecins. Une forme de retrait en lien avec le fait que les généralistes sont moins cités en première intention comme interlocuteur privilégié en cas de problème de santé.

V – Des populations qui nourrissent de fortes attentes à l'égard des pouvoirs publics

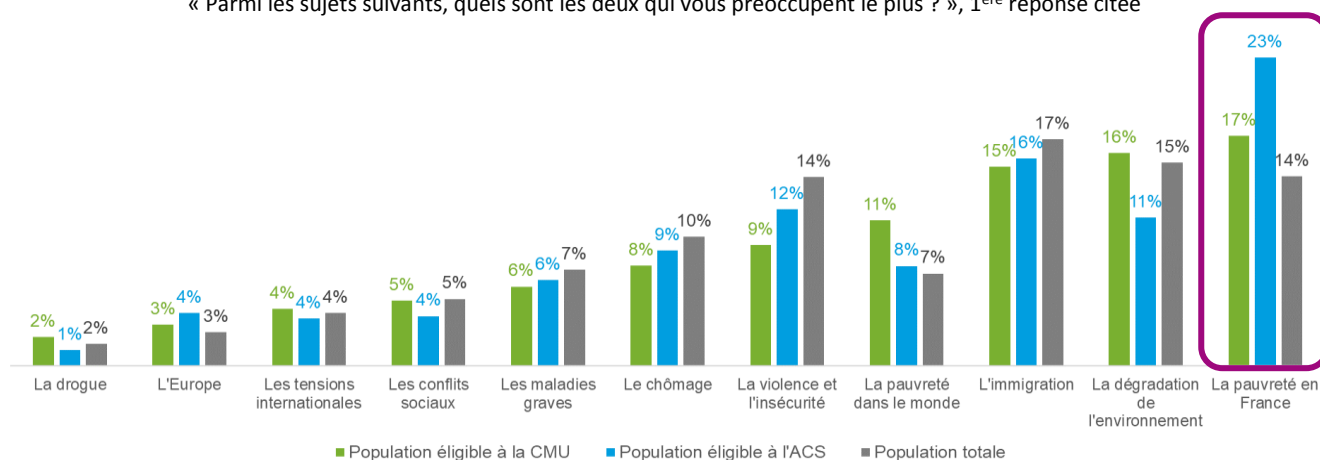
5.1 La pauvreté est le premier sujet de préoccupation des populations éligibles à l'une des deux complémentaires santé

Les principaux motifs de préoccupation, à choisir dans une liste de onze sujets possibles, restent, cette année, les mêmes que l'an dernier en population générale. Quatre sujets se démarquent en particulier, à savoir : l'immigration, la violence et l'insécurité, la pauvreté en France ainsi que la dégradation de l'environnement. Si ces sujets apparaissent également en tête des priorités des populations éligibles à la CMU-C et à l'ACS, l'ordre est quelque peu différent. **Et la pauvreté en France s'avère leur préoccupation majeure** (Graphique 38). **Elle est davantage citée par ces deux populations et en particulier par les personnes éligibles à l'ACS (23% vs 14% en population générale).** La pauvreté dans le monde tend à être plus citée par les personnes éligibles à la CMU-C, tandis que la violence et l'insécurité est plus en retrait.

D'autres écarts sont à noter du côté de la dégradation de l'environnement, moins citée comme enjeu de société par les populations éligibles à l'ACS. Sur le plan de l'immigration en revanche, les niveaux de préoccupation affichés sont comparables, quelle que soit la population concernée.

Graphique 38 – La pauvreté est le premier sujet de préoccupation des populations éligibles à l'une des deux complémentaires santé

« Parmi les sujets suivants, quels sont les deux qui vous préoccupent le plus ? », 1^{ère} réponse citée



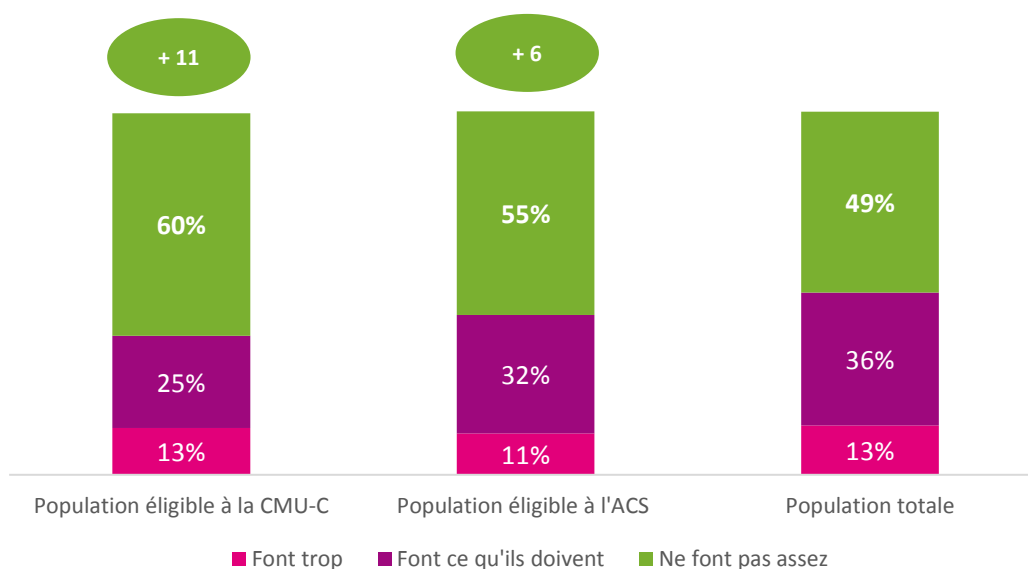
Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019

Champ : ensemble de la population de 15 ans et plus, 2 976 individus

5.2 Un désir d'actions renforcées de la part des pouvoirs publics en faveur des plus démunis

Les populations éligibles à la CMU-C et à l'ACS sont fragilisées dans leur vie quotidienne à différents titres : faiblesse des revenus, précarité sur le marché du travail (chômage et exercice d'emplois précaires), sentiment d'être en moins bonne santé que le reste de la population et déclaration plus importante de maladies chroniques ou de handicap, **elles sont en attente d'actions renforcées de la part des pouvoirs publics** (Graphique 39).

Graphique 39 – Le souci de renforcer les actions pour les plus démunis est plus marqué
 « Estimez-vous que les pouvoirs publics font ce qu'ils doivent ou ne font pas assez pour les plus démunis ? »



Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019
 Champ : ensemble de la population de 15 ans et plus, 2 976 individus

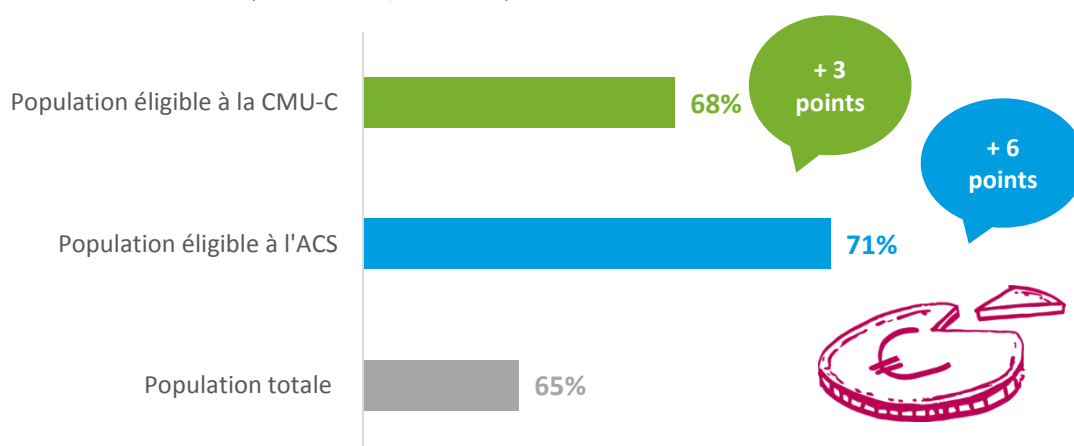
5.3 Une demande de redistribution du haut de l'échelle des revenus vers le reste de la population un peu plus forte

La France est un pays où les inégalités de revenu après redistribution (impôts, cotisations et prestations) sont relativement faibles par rapport à ses voisins européens. « Pourtant quelles que soient les enquêtes, les formulations des questions, les Français sont toujours très fortement convaincus que les inégalités sont trop grandes. Ce sentiment semble s'exacerber : 78% des Français considèrent que les inégalités ont augmenté au cours des 5 dernières années en 2017 (baromètre Drees, en augmentation sur longue période : au plus bas seuls « 60% » étaient de cet avis en 2001 – période de croissance) »⁵⁰. **La demande de redistribution du haut de l'échelle des revenus vers le reste de la population est très élevée, elle l'est un peu plus encore chez les populations éligibles à la CMU-C et à l'ACS (respectivement + 3 et + 6 points, Graphique 40).**

⁵⁰ Sandra Hoibian, Charlotte Millot, Solen Berhuet, Jörg Müller, 2019, « Liberté, égalité, individualité », *Note de Conjoncture Sociétale du Crédoc*, p.31

Graphique 40 – 65% des Français considèrent qu’il faut prendre aux riches pour donner aux pauvres

« Etes-vous d’accord ou pas avec l’affirmation suivante : « Pour établir la justice sociale, il faudrait prendre aux riches pour donner aux pauvres » » ? (total des réponses « Tout à fait d’accord » et « Plutôt d’accord », en %)

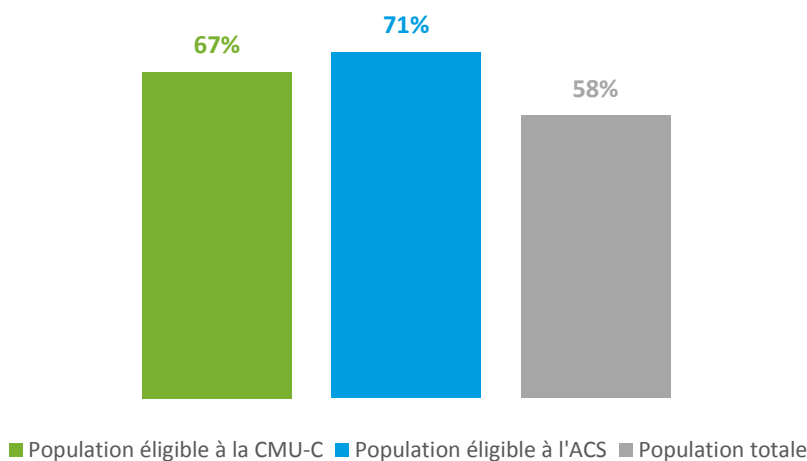


Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019
Champ : ensemble de la population de 15 ans et plus, 2 976 individus

Les populations éligibles à la CMU-C et à l’ACS partagent également plus souvent qu’en population générale, le sentiment d’être confrontées à des difficultés importantes que les pouvoirs publics ou les médias ne voient pas vraiment (Graphique 41).

Graphique 41 – Un sentiment d’invisibilité plus fort qu’en moyenne

« Avez-vous le sentiment d’être confronté personnellement à des difficultés importantes que les pouvoirs publics ou les médias ne voient pas vraiment ? » (total des réponses « Très souvent » et « Assez souvent », en %)



Source : CRÉDOC, Enquête « Conditions de vie et aspirations », Janvier 2019
Champ : ensemble de la population de 15 ans et plus, 2 976 individus

Un sentiment d’invisibilité qui trouve probablement son origine dans le cumul des difficultés auxquelles ces populations font face et qui ont en partie été exposées dans ce document. Parmi les éléments évoqués figurent des plus forts taux de chômage, une plus grande précarité en emploi, mais aussi un état de santé moins bon, dans un contexte où l’accès aux soins peut être rendu complexe, en lien notamment avec les déserts médicaux.

Annexe 1 – Fiche technique de l'enquête

- **Un dispositif unique dédié à l'analyse des modes de vie et des opinions des Français**, qui existe depuis plus de 40 ans, et qui sert de support à de nombreux baromètres (CNAF, ANDRA, ANSES, Baromètre du numérique ...)
- **Une enquête en ligne, réalisée courant janvier 2019**
- **Auprès de 2 976 interviewés** habitant sur le territoire français (France métropolitaine, Corse et DOM-TOM) âgés de 15 ans et plus
- **Selon la méthode des quotas**
 - Quotas : ZEAT, taille d'agglomération, âge, sexe, catégorie socio-professionnelle et type d'habitat
 - Redressement, notamment sur la variable croisée âge x diplôme
- **Des questions propres à chaque client et d'autres mutualisées**
 - Une vingtaine de critères socio-démographiques
 - De très nombreuses questions portant sur les modes de vie et les opinions de la population, les inquiétudes, les préoccupations, la famille, la santé, l'environnement, les loisirs, les pratiques culturelles, le moral économique, l'opinion sur le fonctionnement de la société, les politiques sociales, etc.

Annexe 2 - Questionnaire

[A tous]	* FONDS CMU *	MUTUELLE
Pour vos soins médicaux, bénéficiez-vous d'une couverture maladie complémentaire (mutuelle, assurance, institution de prévoyance ...) en plus des prestations de base de votre régime de Sécurité Sociale ?		
. Oui		1
. Non		2
. Ne sait pas		3

[A tous]	* FONDS CMU *	BENEFCMU - BENEFACS
Vous personnellement, êtes-vous actuellement bénéficiaire de ... (Une réponse par ligne)		

	Oui	Non
. de la Couverture Maladie Universelle Complémentaire (CMU-C)	1	2
. d'une couverture complémentaire santé souscrite avec l'Aide au paiement d'une Complémentaire Santé (ACS) ..	1	2

[A tous]	* FONDS CMU *	MEDICOTT
Les médicaments accessibles sans prescription médicale sont destinés à soigner des symptômes courants, pendant une courte période, sans l'intervention d'un médecin mais avec les conseils du pharmacien.		
Au cours des douze derniers mois, avez-vous été à la pharmacie pour acheter des médicaments, en dehors de toute prescription médicale ?		
. Oui		1
. Non		2

[Si MEDICOTT = 1]	* FONDS CMU *	WHYOTT
Si oui, pour quelle raison principalement ? (Une seule réponse)		

. C'est plus rapide, cela évite de prendre rendez-vous chez le médecin	1
. Les conseils donnés en pharmacie vous semblent suffisants pour les affections les plus courantes (rhume, maux de gorge, etc.)	2
. C'est plus économique pour vous	3
. C'est plus économique pour la Sécurité Sociale	4
. Ne sait pas	5

[Si MEDICOTT = 2]	* FONDS CMU *	WHYNOOTT
Si non, pour quelle raison principalement ? (Une seule réponse)		

. Vous disposiez déjà des médicaments chez vous	1
. Le tarif des médicaments accessibles sans ordonnance est trop cher pour vous	2
. Vous limitez le plus possible la prise de médicaments ...	3
. Vous estimez qu'il est toujours préférable d'avoir l'avis de votre médecin	4
. Ne sait pas	5

Quand vous avez un problème de santé qui vous préoccupe personnellement, quels sont les deux interlocuteurs auxquels vous vous adressez de préférence ?

(Rotation aléatoire des items – avec bloc hôpital « items 5 à 7 » à conserver intact dans l'aléa - Classez les deux réponses)

	1 ^{ère} réponse citée	2 ^{ème} réponse citée
. A un médecin en cabinet médical, en ville	1	1
. A la médecine du travail	2	2
. A un pharmacien	3	3
. A un centre de santé	4	4
. A l'hôpital, aux urgences	5	5
. A l'hôpital, dans une Permanence d'Accès aux Soins de Santé (PASS)	6	6
. A l'hôpital, dans un autre service	7	7
. A votre caisse d'assurance maladie ou d'allocations familiales	8	8
. Autre, préciser : _ _ _ _ _	9	9
. Ne sait pas	10	10

Pour quelle raison vous adressez-vous de préférence à [INTERSA1] ?

(Une seule réponse)

. C'est plus économique	1
. C'est plus proche de chez vous	2
. C'est plus rapide	3
. Cela vous inspire plus confiance	4
. Ne sait pas	5



CRÉDOC

CENTRE DE RECHERCHE POUR L'ÉTUDE ET
L'OBSERVATION DES CONDITIONS DE VIE

142, rue du Chevaleret 75013 Paris

Sandra HOIBIAN, Directrice du pôle Evaluation et Société, hoibian@credoc.fr - 01 40 77 85 52