



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra



Hôpitaux
Universitaires
Genève



UNIVERSITÉ
DE GENÈVE

Département fédéral de l'intérieur DFI
Office fédéral de la santé publique OFSP

Renoncement aux soins de santé en Suisse

Prévalence, déterminants et conséquences

Résumé

Carlos de Mestral
Dusan Petrovic
Kailing Marcus
Richard Dubos
Idris Guessous
Silvia Stringhini

HUG Hôpitaux Universitaires de Genève, Service de médecine de premier recours,
Unité d'épidémiologie populationnelle

Informations sur la publication

Éditeur

Office fédéral de la santé publique (OFSP)

Responsables du projet à l'OFSP

Dr Nicole Fasel et Serge Houmard, unité de direction Santé publique, section Égalité face à la santé

Auteurs de l'étude

Dr Carlos de Mestral, Dr Dusan Petrovic, Kailing Marcus, Richard Dubos, Pr Idris Guessous et Pre Silvia Stringhini

Unité d'épidémiologie populationnelle, Service de médecine de premier recours, Hôpitaux Universitaires de Genève

Remerciements

Les auteurs et les responsables du projet à l'OFSP souhaitent remercier l'Office fédéral de la statistique (OFS) et les collaborateurs de l'OFSP pour leurs commentaires et suggestions concernant les versions antérieures du rapport. Les auteurs et l'OFSP sont extrêmement reconnaissants à l'égard des principaux investigateurs des études Bus Santé, CoLaus et SKIPOGH d'avoir permis l'accès à leurs données en vue de ce rapport. Nous remercions également le personnel des enquêtes SILC et IHP pour sa contribution. Enfin, nous remercions les participants de toutes les enquêtes et cohortes, sans lesquels ce travail n'aurait pas été possible.

Citation

De Mestral, C., Petrovic, D., Marcus, K., Dubos, R., Guessous, I. et Stringhini, S. (2022). Renoncement aux soins de santé en Suisse. Prévalence, déterminants et conséquences. Rapport mandaté par l'Office fédéral de la santé publique. Berne : OFSP

Les auteurs sont responsables du contenu de ce rapport mandaté par l'OFSP.

Contact

Office fédéral de la santé publique, Schwarzenburgstrasse 157, CH-3003 Berne,

Tél. +41 58 464 20 74

healthequity@bag.admin.ch, www.miges.admin.ch

Pre Silvia Stringhini, Unité d'épidémiologie populationnelle, Service de médecine de premier recours, Rue Gabrielle-Perret-Gentil 4 CH – 1211 Genève 14

silvia.stringhini@hcuge.ch | T. +41 (0)22 305 58 61 | F. +41 (0)22 372 30 15

Texte original

Rapport final en anglais. Résumé traduit en français, en allemand et en italien.

Traductions : services linguistiques de l'OFSP

Mise en page

Vorlagenbauer, www.vorlagenbauer.ch

Téléchargement du PDF

www.miges.admin.ch > Mesurer l'équité © OFSP 2022

Introduction

La capacité à accéder aux soins de santé en cas de besoin est indispensable pour rester en bonne santé et préserver une bonne qualité de vie. En Suisse, la loi sur l'assurance-maladie obligatoire a pour but de garantir une couverture maladie universelle à tous les résidents. Une analyse systématique de la couverture maladie universelle a récemment classé la Suisse parmi les meilleurs pays au monde en ce qui concerne l'accès aux traitements pour les maladies non transmissibles, notamment le diagnostic et le traitement de la leucémie et des cancers du sein, de l'utérus, du côlon et du rectum [1]. Toutefois, le système de santé nécessite que les personnes paient elles-mêmes leurs primes d'assurance-maladie, ainsi que des franchises et des quotes-parts lorsqu'elles accèdent à des services de santé. Ce système peut entraîner des inégalités dans l'accès aux soins selon la situation socio-économique des personnes, même si des subsides sont disponibles pour les personnes admissibles [2–7]. De même, étant donné que les soins dentaires sont pour la plupart exclus de la couverture d'assurance-maladie obligatoire et coûtent très cher, des inégalités peuvent également exister au niveau de l'accès à ces soins [4,7,8].

L'Office fédéral de la santé publique (OFSP) cherche à améliorer l'équité dans le domaine de la santé en portant un regard éclairé sur les inégalités concernant l'accès au système de santé et la qualité des soins en Suisse. À ce jour, peu d'études ont examiné ces questions au sein de la population suisse, et ont principalement utilisé des données régionales. L'une de ces études a constaté que sur un échantillon représentatif de la population adulte du canton de Genève, pour les années 2007 à 2010, 13,1 % des participants ont indiqué avoir renoncé à recevoir des soins de santé pour des raisons économiques ; le pourcentage variait de 3,7 % chez les personnes ayant un revenu mensuel $\geq 13\,000$ francs à 30,9 % chez les personnes ayant un revenu mensuel $< 3\,000$ francs [3]. Aucune des études existantes n'a évalué les tendances en matière de renoncement aux soins de santé ou dentaires dans l'ensemble de la population suisse en utilisant des sources multiples et en mettant l'accent sur les déterminants démographiques, socio-économiques et sanitaires.

Pour combler cette lacune, l'OFSP a chargé les Hôpitaux Universitaires de Genève d'utiliser les données de plusieurs enquêtes régionales et nationales auprès de la population afin d'examiner les tendances concernant la prévalence du renoncement aux soins de santé et aux soins dentaires parmi la population suisse. Malgré les différences importantes concernant la méthode utilisée pour mesurer le renoncement aux soins de santé ou dentaires, la plupart des enquêtes visaient à déterminer si les participants avaient ou non renoncé à tout type de soins de santé en raison de leur coût au cours des douze mois précédents.

Nous avons examiné les tendances générales, ainsi que celles liées à plusieurs indicateurs démographiques, socio-économiques et sanitaires. Nous avons également évalué les liens transversaux et longitudinaux entre les indicateurs démographiques, socio-économiques et sanitaires et le renoncement aux soins de santé et dentaires qui en découlait. De plus, nous avons exploré les raisons du renoncement aux soins selon les indicateurs démographiques, socio-économiques et sanitaires. Enfin, nous avons examiné les effets du renoncement aux soins de santé observé en début d'étude sur l'état de santé futur, évalué objectivement et subjectivement.

Principaux résultats

La prévalence du renoncement aux soins de santé et dentaires a varié entre les enquêtes

Les différences de méthodologie pour mesurer le renoncement aux soins de santé et dentaires dans l'ensemble des enquêtes nous ont empêchés d'estimer la prévalence nationale. En raison de l'utilisation d'une définition différente, la prévalence du renoncement aux soins de santé varie en effet considérablement entre les enquêtes nationales, allant de 2,1 % dans l'enquête sur les revenus et les conditions de vie (SILC) à 20,2 % dans l'enquête internationale sur les politiques de santé (IHP) en 2016.¹ Parmi les enquêtes régionales menées en 2015, la prévalence du renoncement aux soins de santé allait de 11,2 % dans l'étude Swiss Kidney Project on Genes in Hypertension (SKIPOGH) à 14,3 % dans l'étude Bus Santé.

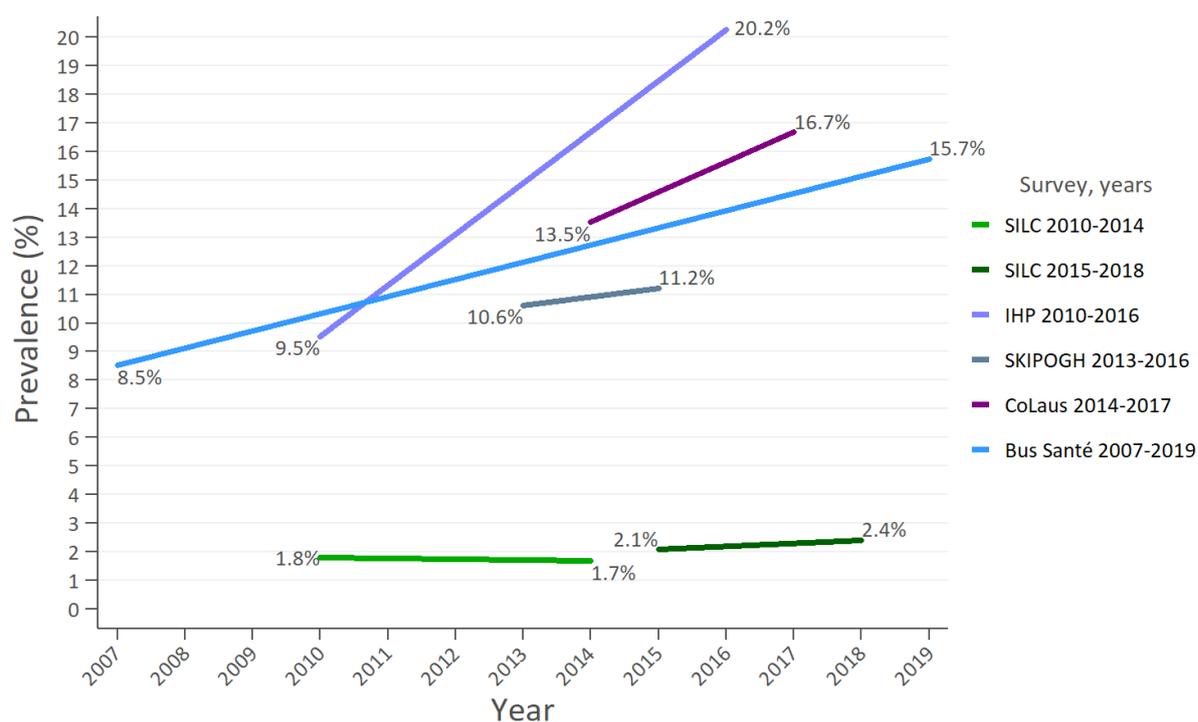
Globalement, seuls deux ensembles de données ont révélé une augmentation statistiquement significative dans le temps de la prévalence du renoncement aux soins de santé. Dans l'étude Bus Santé, la prévalence a augmenté sur une période de 13 ans, passant de 8,5 % en 2007 à 15,7 % en 2019. Dans l'enquête IHP, elle a augmenté de façon considérable sur une période de 7 ans, passant de 9,5 % en 2010 à 20,2 % en 2016.

De même, la prévalence du renoncement aux soins dentaires a aussi grandement varié entre les enquêtes. En 2013, elle était de 2,5 % dans le Panel suisse de ménages (PSM), de 5,5 % dans l'enquête SILC et de 9,7 % dans l'enquête IHP. L'étude Bus Santé, seule enquête régionale mettant à disposition des données sur le renoncement aux soins dentaires, faisait état d'une prévalence de 6,2 % pour la même année. Globalement, la prévalence du renoncement aux soins dentaires est restée relativement stable dans le temps parmi toutes les cohortes, à l'exception de l'enquête IHP, où elle est passée de 9,7 % en 2013 à 21,9 % en 2016.

Même si nous mentionnons les variations de la prévalence entre les études, il est important de noter que nous ne pouvons pas comparer correctement ces variations en raison des différentes méthodologies utilisées pour mesurer le renoncement aux soins.

¹ En raison des différentes méthodes de calcul, des écarts par rapport aux données publiées précédemment sont possibles.

Figure 1. Tendances concernant le renoncement aux soins de santé en Suisse



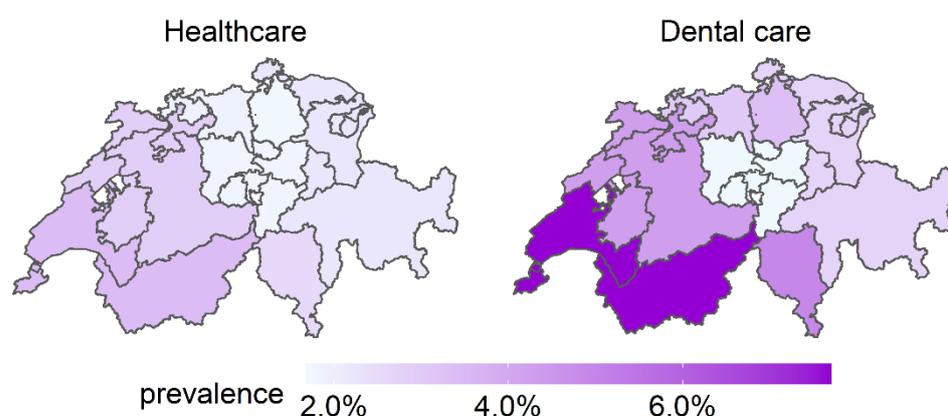
Remarque : les pourcentages de prévalence sont tirés de modèles de régression logistique, corrigés pour tenir compte de l'âge, du sexe et, dans le cas de l'enquête SILC, de la région. En raison de différences méthodologiques, des écarts par rapport aux données publiées précédemment sont possibles. *Ce graphique a été créé à des fins descriptives ; la définition du renoncement aux soins de santé varie entre les enquêtes, et les données ne sont pas directement comparables.*

Observations géographiques

La prévalence du renoncement aux soins de santé et dentaires a été plus élevée dans la région lémanique

La prévalence du renoncement aux soins de santé et dentaires était tendanciellement plus élevée parmi la population de l'arc lémanique s'étendant sur les cantons du Valais, de Vaud et Genève, que parmi le reste de la population.

Figure 2. Prévalence du renoncement aux soins de santé et dentaires, enquête SILC 2018



Remarque : les pourcentages de prévalence sont tirés de modèles de régression logistique, corrigés pour tenir compte de l'âge, du sexe et de la région.

Renoncement aux soins de santé et dentaires

1. Différences d'âge : les jeunes ont davantage renoncé à des soins de santé que les personnes âgées

En général, la prévalence du renoncement aux soins de santé a été plus élevée chez les jeunes que chez les personnes âgées. Cette tendance a été observée dans tous les ensembles de données au fil du temps. Par exemple, dans l'enquête SILC 2018, la prévalence du renoncement aux soins de santé était de 3,2 % chez les personnes de 18 à 34 ans, et de 1,3 % chez les personnes de 65 ans et plus. Dans l'étude Bus Santé 2019, elle s'élevait à 20,5 % chez les personnes de 18 à 34 ans, et à 7,1 % chez les personnes de 65 ans et plus. Ces résultats peuvent refléter le fait que les personnes âgées ont tendance à choisir des modèles d'assurance-maladie avec une franchise moins élevée. Malheureusement, nous n'avons pas été en mesure d'évaluer cet aspect à l'aide des données disponibles.

Dans la plupart des enquêtes, il n'y avait pas de différences majeures entre les hommes et les femmes en ce qui concerne la prévalence du renoncement aux soins de santé ou dentaires.

2. Nationalité ou lieu de naissance : la prévalence du renoncement aux soins de santé et dentaires a été plus élevée chez les personnes non suisses ou nées à l'étranger

En général, la prévalence du renoncement aux soins de santé a été plus élevée chez les personnes n'ayant pas la nationalité suisse, pendant la plupart des années étudiées. Dans l'enquête SILC, la prévalence la plus élevée a été observée chez les personnes n'ayant ni la nationalité suisse ni une nationalité de l'Union européenne (UE), puis chez les ressortissants de l'UE. La prévalence la plus faible a été observée chez les personnes de nationalité suisse. La même tendance est ressortie pour le renoncement aux soins dentaires. Il est important de noter que ces observations excluent les demandeurs d'asile, les réfugiés et les étrangers sans papiers, qui n'ont pas été inclus dans les enquêtes.

Dans l'enquête IHP 2016, la prévalence du renoncement aux soins de santé atteignait 23,6 % chez les personnes nées à l'étranger, et 18,6 % chez les personnes nées en Suisse. La même tendance est ressortie pour le renoncement aux soins dentaires.

Dans l'étude Bus Santé, on a observé une tendance similaire : la prévalence du renoncement aux soins de santé a été plus élevée chez les personnes n'ayant pas la nationalité suisse, pendant toutes les années étudiées. En 2018 et 2019, cette même prévalence, chez les personnes d'une « autre » nationalité, était de 24,3 %, contre 14,2 % chez les personnes de nationalité suisse et 17,0 % chez les personnes ayant une nationalité de l'UE. Au fil du temps, la prévalence a eu tendance à augmenter dans ces deux derniers groupes. La même tendance est ressortie pour le renoncement aux soins dentaires.

3. Revenus des ménages : la prévalence du renoncement aux soins de santé et dentaires a grandement varié selon le niveau de revenu des ménages

La prévalence du renoncement aux soins de santé a varié selon le niveau de revenu des ménages dans chaque enquête et dans le temps. Un gradient est clairement apparu : la prévalence a été plus élevée – parfois 2 ou 3 fois plus élevée – chez les personnes dont le ménage avait des revenus mensuels < 5000 francs que chez les personnes dont les revenus se situaient entre 5000 et 9499 francs, lesquelles présentaient à leur tour une prévalence plus élevée que les personnes dont les revenus étaient \geq 9500 francs. On a constaté des tendances similaires pour le renoncement aux soins dentaires.

Dans l'enquête SILC 2018, la prévalence du renoncement aux soins de santé était de 2,7 % chez les personnes ayant le niveau de revenu le plus faible, contre 1,7 % chez celles bénéficiant du revenu le plus élevé. Dans l'étude Bus Santé de 2018 à 2019, elle s'élevait à 27,4 % chez les personnes à revenus < 5000 francs, contre 16,9 % et 8,3 % chez celles à revenus moyens (5000 à 9499 francs) et élevés (\geq 9500 francs).

Soins de santé : déterminants

1. Facteurs socio-économiques et démographiques

Dans les méta-analyses étudiant le lien entre le renoncement aux soins de santé et les indicateurs démographiques, socio-économiques et sanitaires, la plupart des indicateurs ont été mis en lien avec le renoncement aux soins de santé. Selon l'estimation globale, les personnes ayant un faible niveau de formation étaient 51 % plus susceptibles de renoncer à des soins de santé que celles ayant un niveau de formation supérieur.

Parmi tous les indicateurs socio-économiques, le revenu par ménage établit la corrélation la plus forte et la plus constante avec le renoncement aux soins de santé. Selon l'estimation globale, les personnes dont le ménage avait des revenus mensuels faibles (< 5000 francs) étaient plus de quatre fois plus susceptibles de renoncer à des soins de santé que celles dont le ménage avait des revenus élevés (≥ 9500 francs).

Comme les analyses descriptives l'ont démontré, il existe également une corrélation entre la nationalité ou le pays de naissance et le renoncement aux soins de santé. L'estimation globale a révélé que les personnes n'ayant pas la nationalité suisse ou nées en dehors de la Suisse étaient 35 % plus susceptibles de renoncer à des soins de santé. Il est important de noter que cette corrélation a persisté même après avoir pris en compte le niveau de revenu du ménage.

2. Maladies cardiométaboliques

Lors des méta-analyses, les maladies chroniques ont également été associées au renoncement aux soins de santé. Les personnes atteintes d'obésité étaient globalement 66 % plus susceptibles de renoncer à des soins de santé que les personnes non obèses. Parallèlement, par rapport aux personnes non diabétiques, les personnes atteintes de diabète étaient dans l'ensemble 53 % plus à même de renoncer à des soins de santé.

En outre, les personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire étaient 55 % plus susceptibles de renoncer à des soins de santé que celles n'ayant aucune maladie cardiovasculaire. Cette corrélation était présente dans toutes les enquêtes sauf une. Aucun lien n'a été mis en évidence entre l'hypertension et le renoncement aux soins de santé.

Soins dentaires : déterminants

1. Facteurs socio-économiques et démographiques

En général, on a observé les mêmes corrélations pour le renoncement aux soins dentaires dans la plupart des enquêtes et pendant toutes les années considérées. Par exemple, la méta-analyse a révélé que les personnes ayant un faible niveau de formation étaient 96 % plus susceptibles de renoncer à des soins dentaires que celles ayant un haut niveau de formation. Les personnes occupant une position professionnelle peu élevée étaient dans l'ensemble deux fois plus susceptibles de renoncer à des soins dentaires que celles occupant une position professionnelle élevée.

Les personnes dont les revenus du ménage étaient faibles étaient près de huit fois plus susceptibles de renoncer à des soins dentaires que les personnes ayant des revenus élevés. Les personnes non suisses ou nées à l'étranger étaient 90 % plus à même de renoncer à des soins dentaires que les personnes suisses ou nées en Suisse.

2. Facteurs sanitaires

Les méta-analyses ont également révélé que les personnes ayant une « mauvaise ou très mauvaise » santé autoévaluée étaient presque quatre fois plus susceptibles de renoncer à des soins dentaires que les personnes ayant une « très bonne ou bonne » santé autoévaluée. Les personnes atteintes d'obésité étaient 80 % plus à même de renoncer à des soins dentaires que les personnes non obèses.

Les personnes atteintes de diabète étaient 54 % plus susceptibles de renoncer à des soins dentaires que les personnes non diabétiques. De même, les personnes atteintes d'une maladie cardiovasculaire étaient globalement 36 % plus susceptibles de renoncer à des soins dentaires que celles n'ayant aucune maladie cardiovasculaire.

Observations générales

1. Les facteurs prédictifs du renoncement aux soins de santé et dentaires : facteurs démographiques, socio-économiques et sanitaires

Afin de déterminer si un lien peut être établi entre un facteur individuel précis et le renoncement ultérieur aux soins de santé, nous avons effectué des analyses longitudinales fondées sur l'ensemble des données de l'enquête SILC. Dans les méta-analyses de ces corrélations longitudinales, même après avoir pris en compte le niveau de formation, la nationalité et la santé autoévaluée, les personnes dont les revenus du ménage étaient faibles au départ étaient globalement 90 % plus susceptibles de renoncer à des soins de santé, au cours de la période observée, que les personnes ayant des revenus élevés. Les personnes n'ayant pas la nationalité suisse étaient 58 % plus à même de renoncer à des soins de santé, pendant la période observée, que les personnes de nationalité suisse, même après avoir pris en compte les revenus, la formation et la santé autoévaluée.

Concernant les soins dentaires, les personnes ayant un faible niveau de formation étaient 34 % plus susceptibles de renoncer à de tels soins, et celles dont le revenu mensuel du ménage était inférieur à 5000 francs étaient environ 10 fois plus susceptibles d'y renoncer, pendant la période d'observation, que les personnes plus privilégiées sur le plan socio-économique. Les personnes n'ayant pas la nationalité suisse étaient 2,3 fois plus à même de renoncer à des soins dentaires que les personnes ayant la nationalité suisse, même après avoir pris en compte les revenus et la formation.

2. Les principales raisons du renoncement aux soins de santé : les finances et le comportement attentiste

Alors que toutes les autres enquêtes ont mesuré le renoncement aux soins de santé uniquement du point de vue financier, l'enquête SILC a recueilli des informations sur les autres raisons de renoncer à ces soins. En 2018, les raisons les plus fréquentes du renoncement aux soins de santé étaient l'attente de voir si le problème se résout ou s'améliore de lui-même (34,9 %), une raison autre (21,4 %), une raison financière (20,5 %) et le manque de temps (16,3 %) ; les raisons restantes étaient beaucoup moins courantes.

En général, les personnes âgées ont eu plus souvent tendance à renoncer à des soins de santé pour d'autres raisons que les jeunes. Parallèlement, les jeunes ont eu tendance à renoncer à des soins de santé plus fréquemment en raison d'un manque de temps ; en 2018, par exemple, 24,1 % des personnes de moins de 50 ans ont indiqué avoir renoncé à des soins de santé par manque de temps, contre seulement 6,6 % des personnes de 50 ans et plus.

3. Le renoncement aux soins de santé peut avoir des conséquences délétères

Afin de déterminer si le renoncement aux soins de santé à un moment donné a des conséquences sur l'état de santé futur, nous avons effectué des analyses longitudinales à l'aide des données de l'étude ReBus. Après avoir apporté des corrections pour tenir compte de l'âge, du sexe, du niveau de formation, des revenus du ménage et de la position professionnelle, le renoncement aux soins de santé pour des raisons économiques observé en début d'étude a été associé à une augmentation de la glycémie pendant la période de suivi. Cette corrélation n'a diminué que légèrement après avoir pris en compte les maladies cardiométaboliques et la santé autoévaluée. Le renoncement aux soins de santé observé en début d'étude a également été associé à une baisse du cholestérol HDL. Cette corrélation a persisté après avoir pris en compte les maladies cardiométaboliques et la santé autoévaluée en début d'étude.

En outre, après avoir apporté des corrections pour tenir compte de l'âge, du sexe et des facteurs socio-économiques, le renoncement aux soins de santé observé en début d'étude a été fortement associé à l'ensemble des 8 scores du SF-36 évaluant le comportement physique, psychique et social ainsi que la santé. Les personnes qui ont indiqué avoir renoncé à des soins de santé en début d'étude ont systématiquement obtenu des scores inférieurs (scores moyens inférieurs de 7 à 17 %) par rapport aux personnes n'ayant pas fait ce constat. Ces corrélations ont diminué, mais sont restées significatives, après avoir pris en compte la santé autoévaluée au début de l'étude.

Points forts du rapport sur le plan de la recherche

Les principaux points forts du présent rapport comprennent :

- l'examen complet de la prévalence (et des tendances) du renoncement aux soins de santé et dentaires parmi la population suisse ;
- la prise en compte de plusieurs grands échantillons représentatifs de l'ensemble de la population résidant en Suisse ;
- la prise en compte d'informations essentielles concernant les indicateurs démographiques, socio-économiques et sanitaires, qui nous ont permis d'effectuer des analyses stratifiées et d'explorer les inégalités. Il est important de noter que ces informations nous ont également permis de déterminer si certaines corrélations pouvaient être expliquées par les revenus du ménage ou par d'autres facteurs ;
- la prise en compte de données longitudinales, qui nous ont permis d'évaluer les corrélations longitudinales entre les indicateurs démographiques, socio-économiques et sanitaires observés en début d'étude et le renoncement ultérieur aux soins de santé, tout en tenant compte des facteurs démographiques, socio-économiques et sanitaires importants ;
- évaluation de la corrélation longitudinale entre le renoncement aux soins de santé observé en début d'étude et l'état de santé ultérieur grâce à des biomarqueurs mesurés objectivement et à des scores de santé psychique et physique largement validés, tout en tenant compte des indicateurs démographiques, socio-économiques et sanitaires de départ. Ces résultats fournissent de nouvelles données importantes qui établissent un lien entre le renoncement aux soins de santé et les effets néfastes qui s'en suivent sur la santé physique et psychique.

Limites du rapport sur le plan de la recherche

Le présent rapport comprend d'importantes limites à considérer :

- Premièrement, bien que la plupart des enquêtes aient utilisé des échantillons aléatoires de la population générale, les demandeurs d'asile et les étrangers sans papiers ne figurent pas sur les listes de résidents et n'ont donc pas été inclus dans les enquêtes ; il s'agit de populations qui font face à des obstacles importants en matière d'accès aux soins de santé.
- Deuxièmement, l'hétérogénéité des méthodes utilisées par les enquêtes pour mesurer le renoncement aux soins nous a empêchés d'estimer la prévalence nationale du renoncement aux soins de santé et aux soins dentaires.
- Troisièmement et comme c'est le cas dans quasiment toutes les études menées auprès de la population, que ce soit en Suisse ou ailleurs, malgré l'échantillonnage aléatoire des participants parmi la population générale, les personnes privilégiées sur le plan socio-économique sont plus susceptibles de participer à des enquêtes. Cette situation peut avoir engendré une sous-estimation de la prévalence et de l'importance des corrélations dans nos résultats.
- Quatrièmement, la taille des échantillons a limité nos analyses. Bien que les ensembles de données nationales de l'enquête SILC aient porté sur des milliers de participants pendant

chaque année visée par l'enquête, la prévalence du renoncement aux soins de santé a été assez faible en raison de sa définition restrictive, ce qui a mené à une puissance statistique réduite dans les analyses stratifiées et les analyses de régression à variables multiples. Dans les enquêtes régionales, même si la prévalence du renoncement aux soins de santé a été beaucoup plus élevée en raison d'une définition différente, la petite taille des échantillons a probablement causé des problèmes de puissance statistique, lesquels ont pu empêcher de détecter certaines corrélations. Cela a été notamment le cas dans les analyses des raisons du renoncement aux soins de santé, ainsi que dans les analyses longitudinales utilisant les données de l'étude ReBus.

- Cinquièmement, dans l'enquête SILC, les participants ne pouvaient indiquer qu'une seule raison de renoncer à des soins de santé. Bien qu'il s'agisse d'une pratique courante dans la plupart des enquêtes, cette approche méthodologique a introduit une limite dans les données recueillies, ce qui a probablement offert un portrait seulement partiel des raisons du renoncement aux soins de santé.
- Enfin, la façon dont les questions étaient posées dans toutes les enquêtes supposait une parfaite compréhension par les participants du phénomène de renoncement aux soins de santé. Or, il est possible que ces questions n'aient pas été interprétées de manière uniforme par tous les participants, en particulier si l'on tient compte des inégalités socio-économiques et démographiques fréquemment constatées en rapport avec les connaissances en matière de santé, tant en Suisse que dans d'autres pays. Cette situation peut avoir engendré une sous-estimation ou une surestimation de la prévalence du renoncement aux soins et de l'importance des corrélations.

Enseignements et défis

Les résultats du présent rapport montrent que le renoncement aux soins de santé et aux soins dentaires est un phénomène présent et persistant au sein de la population suisse. Il est important de noter que des inégalités liées aux facteurs démographiques, socio-économiques et liés à la santé étaient systématiquement présents dans toutes les enquêtes nationales et régionales. Ces résultats confirment les nombreuses données d'autres pays selon lesquelles les désavantages socio-économiques ont un lien avec le renoncement aux soins de santé et dentaires.

Plus particulièrement, nos résultats montrent de manière consistante que les personnes dont les revenus du ménage sont faibles sont beaucoup plus susceptibles de renoncer à des soins de santé, de même que les personnes n'ayant pas la nationalité suisse ou nées à l'étranger et celles atteintes de maladies chroniques (telles qu'obésité, diabète, maladie cardiovasculaire).

Bien que les gouvernements cantonaux disposent de mesures pour soutenir les personnes et les familles incapables de payer leurs primes d'assurance-maladie, de telles aides s'appliquent seulement dans des conditions précises et varient considérablement d'un canton à l'autre [6,9,10]. En conséquence, il est probable que certaines personnes et familles qui ne répondent pas aux critères d'octroi de subsides soient tout de même vulnérables financièrement et ne donnent donc pas la priorité aux soins de santé par rapport aux autres dépenses du ménage [11–16].

Même si les résultats du présent rapport mettent en avant la nécessité d'approfondir la recherche afin de mieux comprendre le phénomène du renoncement aux soins, cela n'éluide en rien que ces résultats démontrent clairement qu'il existe des inégalités dans l'accès aux soins de santé, face auxquelles des solutions spécifiques peuvent déjà être mises en œuvre.

Nous résumons les résultats les plus importants, leurs implications et nos recommandations dans les messages clés ci-dessous.

- Les personnes défavorisées sur le plan socio-économique sont particulièrement à risque de renoncer à des soins. Partant de ce constat, les autorités compétentes et les décideurs à l'échelle fédérale, cantonale, régionale ou locale devraient évaluer soigneusement la situation socio-économique des personnes (évaluer la difficulté à payer les factures des services publics, l'insécurité alimentaire, le risque de dépenses de santé catastrophiques, etc.) et envisager, le cas échéant, d'élargir l'admissibilité aux mesures sociales existantes (p. ex. subsides aux primes d'assurance-maladie, assurance-invalidité et assistance sociale). En outre, les autorités à tous les niveaux pourraient envisager et explorer d'autres mesures visant à éliminer les obstacles socio-économiques à l'accès aux soins de santé.
- Les personnes n'ayant pas la nationalité suisse et nées à l'étranger sont beaucoup plus susceptibles de renoncer à des soins, même après avoir pris en compte les facteurs socio-économiques. Des recherches plus poussées sont nécessaires afin de comprendre les raisons de ce lien. Il s'agit notamment de recueillir et analyser des informations détaillées sur l'historicité et le statut migratoire actuel (type de permis de séjour), les compétences linguistiques, le degré d'assimilation et d'acculturation, la littéracie en matière de santé et l'historique de l'accès aux soins de santé dans le pays d'origine.
- Les personnes atteintes d'une maladie chronique (obésité, diabète, maladie cardiovasculaire) sont plus susceptibles de renoncer à des soins de santé. Étant donné l'importance de la gestion des maladies chroniques pour améliorer le pronostic et prévenir les effets néfastes sur la santé, les prestataires de santé devraient chercher à connaître de façon plus systématique les conditions de travail et de vie de leurs patients afin d'adapter les soins de santé à leurs besoins, d'améliorer leur observance du traitement et de favoriser leur accès continu aux soins.
- Le renoncement aux soins de santé est susceptible d'avoir des effets néfastes sur la santé psychique et physique future. Par conséquent, il est essentiel que les parties prenantes du domaine de la santé publique, tant à l'échelle cantonale que fédérale, envisagent des stratégies permettant aux personnes d'accéder aux soins nécessaires, en particulier les personnes défavorisées sur le plan socio-économique, celles issues de l'immigration et celles atteintes de maladies chroniques.
- Au vu des nombreuses données qui établissent un lien entre la littéracie en santé et la situation socio-économique, il est probable que cette dernière joue un rôle dans le renoncement aux soins en Suisse. L'amélioration des compétences en matière de santé pourrait contribuer à la diminution de la prévalence du renoncement aux soins de santé et dentaires, en permettant aux personnes de prendre des décisions plus éclairées concernant le recours à un service de santé particulier. Les interventions visant à améliorer les compétences en santé de la population doivent être adaptées aux besoins spécifiques des différents groupes démographiques et socio-économiques.
- Les futures recherches et le suivi en matière de santé à l'échelle nationale et cantonale doivent recueillir des informations plus détaillées sur les caractéristiques sociales, économiques, culturelles, environnementales, familiales et professionnelles des personnes afin de mieux comprendre les facteurs qui leur font renoncer aux soins de santé.

- Les futures recherches et le suivi en matière de santé à l'échelle nationale et cantonale doivent mieux évaluer les facteurs de renoncement aux soins de santé et dentaires et les raisons qui les sous-tendent. Ceci implique un recueil systématique d'informations permettant une meilleure comparaison au niveau des individus, des familles et des ménages. Cela devrait inclure des informations sur plus d'un seul critère de renoncement, sur l'accès ultérieur aux soins ou le renoncement définitif, sur l'état de santé sous-jacent ayant nécessité des soins et sur les dépenses ou services qui pourraient avoir eu priorité sur les soins (p. ex. paiement du loyer ou des factures de services publics, achat de nourriture).
- Un meilleur équilibre entre vie professionnelle et vie privée peut contribuer au développement de comportements plus appropriés en terme de recherche d'accès aux soins. Une plus grande flexibilité des horaires de travail ainsi que des services de garde d'enfants plus étendus pourraient contribuer à faciliter l'accès aux soins.
- Le renoncement aux soins dentaires demeure un problème en Suisse. Pour améliorer l'accès à ces soins, il faudrait envisager d'inclure les soins dentaires préventifs et de base dans la couverture d'assurance-maladie obligatoire, à l'échelle fédérale ou cantonale.

Bibliographie

- [1] Lozano R, Fullman N, Mumford JE, Knight M, Barthelemy CM, Abbafati C, et al. Measuring universal health coverage based on an index of effective coverage of health services in 204 countries and territories, 1990–2019: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2019. *The Lancet*. 2020 Oct 17;396(10258):1250–84.
- [2] Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Healthcare renunciation: A socio-anthropological approach. *Health Econ*. 2011;169:1–7.
- [3] Guessous I, Gaspoz JM, Theler JM, Wolff H. High prevalence of forgoing healthcare for economic reasons in Switzerland: A population-based study in a region with universal health insurance coverage. *Preventive Medicine*. 2012 Nov 1;55(5):521–7.
- [4] Guessous I, Theler J-M, Durosier Izart C, Stringhini S, Bodenmann P, Gaspoz J-M, et al. Forgoing dental care for economic reasons in Switzerland: a six-year cross-sectional population-based study. *BMC Oral Health*. 2014 Sep 30;14:121.
- [5] Bodenmann P, Favrat B, Wolff H, Guessous I, Panese F, Herzig L, et al. Screening Primary-Care Patients Forgoing Health Care for Economic Reasons. *PLOS ONE*. 2014 avr;9(4):e94006.
- [6] Kreier R, Zweifel P. Health insurance in Switzerland: a closer look at a system often offered as a model for the United States. *Hofstra L Rev*. 2010;39:89.
- [7] Chaupain-Guillot S, Guillot O. Health system characteristics and unmet care needs in Europe: an analysis based on EU-SILC data. *Eur J Health Econ*. 2015 Sep 1;16(7):781–96.
- [8] Schneider C, Zemp E, Zitzmann NU. Dental care behaviour in Switzerland. *Swiss Dent J*. 2019;129(6):466–78.
- [9] Vaidya S. The impact of premium subsidies on health plan choices in Switzerland: Who responds to the incentives set by in-kind as opposed to cash transfers? *Health Policy*. 2021 Jun 1;125(6):675–84.
- [10] Kaufmann C, Schmid C, Boes S. Health insurance subsidies and deductible choice: Evidence from regional variation in subsidy schemes. *Journal of Health Economics*. 2017 Sep 1;55:262–73.
- [11] Hawks L, Himmelstein DU, Woolhandler S, Bor DH, Gaffney A, McCormick D. Trends in Unmet Need for Physician and Preventive Services in the United States, 1998-2017. *JAMA Internal Medicine*. 2020 Mar 1;180(3):439–48.
- [12] Fiorillo D. Reasons for unmet needs for health care: the role of social capital and social support in some western EU countries. *Int J Health Econ Manag*. 2020 Mar 1;20(1):79–98.
- [13] Hoebel J, Rommel A, Schröder SL, Fuchs J, Nowossadeck E, Lampert T. Socioeconomic Inequalities in Health and Perceived Unmet Needs for Healthcare among the Elderly in Germany. *International Journal of Environmental Research and Public Health*. 2017 Oct;14(10):1127.
- [14] Schokkaert E, Steel J, Van de Voorde C. Out-of-Pocket Payments and Subjective Unmet Need of Healthcare. *Appl Health Econ Health Policy*. 2017 Oct 1;15(5):545–55.

- [15] Arsenijevic J, Pavlova M, Rechel B, Groot W. Catastrophic Health Care Expenditure among Older People with Chronic Diseases in 15 European Countries. PLOS ONE. 2016 juil;11(7):e0157765.
- [16] Paulus A, Sutherland H, Tsakloglou P. The distributional impact of in-kind public benefits in European countries. Journal of Policy Analysis and Management. 2010;29(2):243–66.