

Femmes et hommes face au renoncement aux soins

Hélène Revil,

chercheuse en science politique, Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore), université Grenoble-Alpes.

Il existe peu de travaux en sciences humaines et sociales sur le renoncement aux soins dans une perspective de genre. Toutefois, des études récentes conduites par l'Observatoire des non-recours aux droits et services (Odenore), dans le cadre des baromètres du renoncement aux soins (BRS) mis en place avec l'assurance maladie, pointent des différences notables en fonction du sexe. Les entretiens qualitatifs menés auprès de personnes qui renoncent à se soigner laissent notamment entrevoir comment des processus contribuent à expliquer le renoncement aux soins. Il s'agit de processus différenciés de socialisation à la question de la santé, des attentes en matière de soins adressées aux femmes et aux hommes dès leur plus jeune âge et tout au long de leur vie, de la manière de leur parler de santé en général, de leur santé en particulier, et de les amener – ou non – à y prêter attention et à la prendre en charge.

Le renoncement diffère du non-recours aux soins : la première notion renvoie à des soins non pris en charge alors que les personnes en déclarent le besoin ; la seconde correspond à des situations où les besoins de soins non satisfaits sont avérés par des professionnels de la santé. En théorie, les deux phénomènes ne se recoupent pas nécessairement. Menée dans le département du Gard en 2014, la vague initiale du

BRS qui a impliqué des médecins a toutefois permis de montrer la forte homologie entre les deux phénomènes : dans 94 % des cas, les besoins de soins auxquels les personnes ont déclaré avoir renoncé ont été confirmés par les professionnels de la santé [1].

Les données collectées au travers des BRS, depuis plusieurs années, n'ont pas été spécifiquement exploitées dans une perspective de genre. Dans cet article et à partir d'une analyse secondaire de certaines données quantitatives issues des baromètres¹, nous proposons toutefois quelques pistes de réflexion pour une approche du renoncement tenant compte du sexe des personnes qui expriment des difficultés à se soigner.

Les femmes renoncent davantage aux soins

En 2012, l'équipe de Pierre Chauvin (directeur de recherche à l'Institut national de la santé et de la recherche médicale - Inserm) indique que « *les femmes ont tendance à plus renoncer aux soins que les hommes [...], mais [que] la différence n'est significative qu'à un seuil de 10 % [2]* ». Les auteurs en concluent que, toutes choses égales par ailleurs, le risque, pour les femmes, de renoncer à des soins est donc supérieur à celui des hommes. En ce qui concerne la dernière vague du BRS, réalisée en 2016, auprès d'environ 29 000 personnes, dans 18 territoires métropolitains [3], les femmes apparaissent également un peu plus « exposées » au renoncement que les hommes. Alors que les répondants à l'enquête sont pour 58,6 % des femmes et pour 41,4 % des hommes, 64,3 % des personnes qui ont déclaré au moins un renoncement sont des femmes ; 35,7 % sont des hommes. Cette plus forte probabilité de renoncer (ou de le déclarer) pour les femmes

par rapport aux hommes se vérifie dans tous les territoires pris en compte dans l'étude. La surreprésentation des femmes par rapport aux hommes et parmi les « renonçants » est toutefois plus marquée dans certains territoires ; c'est le cas des Alpes-Maritimes, de la Drôme, des Flandres, du Hainaut, de la Haute-Garonne et de la Moselle. C'est dans ce dernier département, ainsi que dans la Manche que la surreprésentation des femmes parmi les renonçants est la plus forte.

Paradoxe : elles consultent davantage le médecin

Si les femmes apparaissent plus « touchées » par le renoncement que les hommes, elles sont en revanche plus nombreuses que ceux-ci à avoir consulté un professionnel de la santé au cours des six derniers mois. Il est important de rappeler que renoncer à des soins ne signifie pas n'en recevoir aucun. Pour 88,1 % des 16 389 femmes ayant répondu au BRS, la dernière consultation chez un médecin date de moins de six mois. C'est le cas de 79,6 % des 11 571 hommes ayant répondu à l'enquête. 4 % de ceux-ci ont, en outre, déclaré que leur dernière consultation date de plus de deux ans *versus* 1,2 % des femmes [3]. Nous rejoignons ici des constats faits par Alexis Montaut (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques – Drees, ministère du Travail) qui précise que 91 % des femmes et 84 % des hommes déclarent avoir consulté au moins une fois un médecin généraliste au cours des 12 derniers mois [4].

Des différences en fonction de la nature des soins

Porter le regard sur la nature des soins auxquels ont renoncé les hommes et les femmes peut apporter,

L'ESSENTIEL

▣ **Qu'est-ce qui différencie les femmes des hommes dans le renoncement de chacun aux soins de santé ?**

▣ **Une enquête suggère quelques pistes. La construction sociale et culturelle des identités féminine et masculine apparaît comme un élément majeur de différenciation.**

en parallèle, un éclairage intéressant. D'après l'enquête *Statistiques sur les ressources et les conditions de vie*, réalisée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) en 2007, le renoncement aux soins médicaux est supérieur chez les hommes [5]. La vague du BRS conduite en 2016 rejoint, pour partie, ce constat : 15,1 % des hommes qui ont déclaré renoncer aux soins ont ainsi évoqué un renoncement à une consultation chez un généraliste, alors que c'est le cas de 12,3 % des femmes. Parmi ces dernières, 27,2 % ont, en revanche, déclaré renoncer à une consultation chez un spécialiste (hors gynécologie²), versus 26 % des hommes. S'agissant des consultations en ophtalmologie et de l'achat de matériel optique (lunettes en particulier), les taux de renoncement entre les femmes et les hommes sont assez proches. Concernant les soins dentaires, nos résultats diffèrent quelque peu de ceux issus de l'enquête de l'Insee qui indique des taux de renoncement équivalents entre les femmes et les hommes pour ce type de soins ; dans le BRS, le renoncement aux soins dentaires apparaît un peu plus prégnant chez les hommes que chez les femmes. Ainsi, 36,4 % des hommes qui ont déclaré renoncer disent être concernés par le renoncement à des soins dentaires conservateurs – ce taux est de 32,3 % chez les femmes – et 40,4 % à des soins prothétiques – 37,7 % pour les femmes.

Causes et les conséquences du renoncement : des pistes à creuser

Si l'on se penche sur les causes, nous ne notons pas de différence entre les hommes et les femmes concernant le renoncement pour raisons financières. 59,4 % des hommes qui renoncent évoquent les « restes à charge » ; c'est le cas de 58,8 % des femmes. 32,8 % des hommes parlent de l'avance de frais, versus 32,7 % des femmes. Les taux de renoncement liés à des difficultés géographiques d'accès à l'offre de soins et/ou de mobilité sont également homogènes : 9,1 % des hommes et 10,1 % des femmes évoquent ce type de difficultés. En revanche, les taux diffèrent sensiblement sur la disponibilité temporelle de l'offre de soins et des personnes elles-mêmes : les délais pour obtenir un rendez-vous sont ainsi cités comme cause de renoncement par 10,3 % des hommes et par 13,3 % des

femmes. 9,7 % des hommes évoquent un problème de disponibilité personnelle, ce taux atteint 12,1 % chez les femmes.

Les BRS de l'Odenore apportent des informations intéressantes sur les conséquences du renoncement telles qu'elles sont perçues ou vécues par les personnes concernées. Ils indiquent notamment que les femmes craignent un peu plus l'impact de l'absence de soins sur leur état de santé que les hommes (74,3 % versus 70,8 %). C'est également le cas des conséquences sur la vie familiale (17,5 % des femmes en parlent versus 15,6 % des hommes). Les hommes sont quant à eux plus inquiets que les femmes s'agissant des conséquences de l'absence de soins sur leur vie professionnelle (23,3 % versus 19,5 %).

Ces résultats sont à considérer avec précaution, tant les pourcentages sont, pour certains, voisins. Ils permettent surtout de percevoir les pistes à creuser dans le cadre d'enquêtes qualitatives. C'est tout l'intérêt des baromètres du renoncement aux soins (BRS) que de donner des « tendances quantitatives » qui peuvent ensuite être décryptées au travers d'enquêtes complémentaires.

Le genre, processus de construction sociale et culturelle

Ces quelques constats suggèrent des différences s'agissant du renoncement aux soins selon le sexe des personnes concernées. Ils gagneraient désormais à être affinés et, surtout, à être travaillés dans une perspective compréhensive, de manière à saisir précisément en quoi le

genre – entendu comme un processus de construction sociale et culturelle des identités féminine et masculine, et des rapports sociaux entre les sexes – peut contribuer à expliquer ces différences. Dans quelle mesure les représentations sociales liées aux genres influent-elles par exemple sur le fait d'oser faire état à un tiers d'un éventuel renoncement ? Peut-on expliquer certains résultats – la surreprésentation des femmes parmi les « renonçants » notamment – par des attitudes et/ou des comportements différenciés entre les femmes et les hommes quant à la perception des besoins de soins et la façon de les « mettre en mots » ? Dans quelle mesure les rôles sociaux attribués aux femmes et aux hommes peuvent-ils, en outre, contribuer à expliquer les légères différences en ce qui concerne les causes et les conséquences du renoncement ? Répondre à ces questions pourrait être utile à l'heure où des acteurs sociaux et sanitaires développent des dispositifs de repérage du renoncement et d'action visant à limiter, en France, les difficultés d'accès aux soins³. ■

Contact : helena.revil@sciencespo-grenoble.fr

1. Données collectées dans le cadre du diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés sociaux de 18 caisses primaires d'assurance maladie (CPAM).

2. 17,2 % des femmes ont quant à elles parlé d'un renoncement à une consultation ou à un soin en gynécologie.

3. Nous pensons par exemple au dispositif Plateforme d'intervention pour l'accès aux soins et à la santé (Pfidass), mis en œuvre par le réseau de l'assurance maladie.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

[1] Warin P., Chauveaud C. (coll.) *Le Baromètre du renoncement aux soins dans le Gard (BRSG)*. [Rapport à la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) du Gard], Odenore, septembre 2014 : 105 p. En ligne : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01099989/document>

[2] Chauvin P., Renahy E., Parizot I., Vallée J. *Le Renoncement aux soins pour raisons financières dans l'agglomération parisienne. Déterminants sociaux et évolution entre 2005 et 2010*. [Document de travail], Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees), mars 2012, n° 120 : 72 p. En ligne : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serieetud120.pdf>

[3] Revil H., en coll. avec Casagran A. et Chauveaud C. *Diagnostic quantitatif du renoncement aux soins des assurés sociaux de 18 caisses primaires d'assurance maladie (CPAM)*. [Rapport au régime général de l'assurance maladie], Odenore, juin 2016 : 78 p. En ligne : http://www.posmip.fr/files/pdocument/public/r640_19_analyse_diagnostic_quantitatif_-_odenore_-_vf.pdf

[4] Montaut A. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. Premiers résultats de l'enquête Handicap-Santé 2008, *Études et Résultats*, février 2010, n° 717. En ligne : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er717-2.pdf>

[5] Chaupain-Guillot S., Guillot O., Janke-liowitch-Laval E. Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV, *Économie et Statistique*, 2014, n°s 469-470. En ligne : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2122367?sommaire=1377989>