

RECOURS AUX SOINS À LA RÉUNION



PLATEFORME D'INFORMATION DES ÉTUDES EN SANTÉ (PIES)



Créée en mars 2012, la Plateforme d'Informations des Etudes en Santé regroupe trois organismes œuvrant dans le domaine de la Santé :

L'Agence de Santé Océan Indien (ARS OI)



L'Observatoire Régional de la Santé Océan Indien (ORS OI)



La Cellule d'intervention en région Océan Indien de Santé Publique France (Cire OI)



SES MISSIONS

- Centraliser les demandes d'études et éclairer la Direction Générale sur leur pertinence ;
- Recenser, mettre à disposition et valoriser les informations disponibles (données statistiques, études, diagnostics locaux) ;
- Repérer et analyser les besoins en matière d'observation, d'études et de diagnostic ;
- Organiser les complémentarités nécessaires pour la conduite des travaux prévus au programme de travail partagé ;
- Réaliser ou coordonner les études ;
- Présenter, diffuser et valoriser les travaux.





RECOURS AUX SOINS À LA RÉUNION

EDITO



François MAURY,
Directeur Général de l'Agence
de Santé Océan Indien



Christophe MADIKA,
Directeur de la Caisse Générale de
Sécurité Sociale de La Réunion

Nous avons le plaisir de vous présenter les résultats de l'enquête « recours aux soins » à la Réunion. C'est le fruit d'un travail collectif mené par l'Agence de Santé Océan Indien (ARS OI) et la Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS), en lien avec le Régime Social des Indépendants (RSI), la Direction Régionale du Service Médical de La Réunion (DRSM) et les organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM).

Elle apporte un éclairage sur les comportements des Réunionnais vis-à-vis de notre système de santé. Elle s'inscrit dans les programmes d'accompagnement menés par l'ensemble des composantes de la CGSS (services administratifs, services médicaux et service social) visant à garantir un accès réel aux droits, aux services et aux soins. A l'orée du prochain Projet Régional de Santé, les résultats nourriront nous le souhaitons, la réflexion pour apporter une réponse de proximité adaptée aux attentes de la population.

Bonne lecture.

SOMMAIRE

INTRODUCTION	4	RENONCEMENT AUX SOINS	16
		A. Le renoncement-barrière	16
		B. Le renoncement-refus	19
CONTEXTE DU RECOURS AUX SOINS	5	CONCLUSION	21
A. La couverture maladie complémentaire	5		
B. Etat de santé des Réunionnais	7		
C. L'accessibilité aux soins	8		
LE RECOURS AUX SOINS	11		
A. Le recours au médecin généraliste	11		
B. Le recours au médecin spécialiste	13		
C. Le recours au dépistage	14		

Introduction

« Recours aux soins » est une enquête en population générale menée par l'Agence de Santé Océan Indien et la Caisse Générale de Sécurité Sociale (CGSS), en partenariat avec le Régime Social des Indépendants (RSI), la Direction Régionale du Service Médical de La Réunion (DRSM) et de l'Union Nationale des Organismes Complémentaires d'Assurance Maladie (UNOCAM). Cette enquête découle d'une volonté commune de comprendre le comportement des Réunionnais vis-à-vis du système de santé, dans un contexte de modernisation de la loi de santé et de maîtrise des dépenses.

Contexte économique et social

En 2014, La Réunion compte 843 529 habitants [1]. Sa population, caractérisée auparavant par sa jeunesse, tend à vieillir. D'ici 2030, la part des personnes âgées de 60 ans et plus devrait doubler [2].

La Réunion connaît une situation sociale qui interpelle, où 42 % des habitants vivent en-dessous du seuil de pauvreté défini à 935 € par mois en unité de consommation [3]. Cette pauvreté est davantage accentuée par un taux de chômage près de trois fois supérieur à la métropole : 28,5 % contre 9,8 % au sens du BIT [4]. L'offre de formation se développe mais n'est pas aussi diversifiée qu'en métropole. Elle est le premier rempart contre le chômage. Chez les jeunes, le taux d'illettrisme ne baisse pas [5] et près d'un tiers sort du système scolaire sans diplôme [6]. La structure des ménages réunionnais évolue et tend vers un schéma métropolitain avec de moins en moins de familles nombreuses¹ [7].

Principaux éléments exposés

Dans ce contexte, de transformation de la société réunionnaise, l'enquête « Recours aux soins » s'intéresse à l'usage qu'ont les individus de leur système de santé. Quel est le comportement de la population vis-à-vis de la couverture maladie ? Comment perçoit-elle son état de santé ? Quel problème de santé rencontre-t-elle ? Comment

accède-t-elle aux soins ? Comment recourt-elle aux médecins généralistes ou aux médecins spécialistes ? Comment réagit-elle vis-à-vis du dépistage ? Renonce-t-elle aux soins ?

Méthodologie :

Les interviews ont été effectuées par un prestataire externe, sur la période d'avril à juillet 2014. Ainsi, 1 606 personnes de 18 ans et plus, domiciliées à La Réunion ont été interrogées, pour un taux de réponse de 74%. La passation des questionnaires a été réalisée par entretien téléphonique avec assistance informatique.

La sélection des individus s'est faite sur la base d'un plan de sondage aléatoire stratifié à deux degrés :

1. tout d'abord, une sélection des ménages selon leur type d'équipement téléphonique, avec une strate téléphone fixe a minima d'une part, et, avec une strate mobile exclusive d'autre part ; ce découpage a été retenu au vu des résultats de l'enquête ARCEP [8] sur l'équipement des ménages à La Réunion. (97 % des ménages couverts, dont 11 % avec un téléphone fixe exclusif, 58 % fixe et mobile et 28 % mobile seul) ;
2. puis la sélection d'une personne âgée de 18 ans et plus au sein du ménage par la méthode de Kish.

Les données ont été pondérées et redressées sur la base du recensement de population de l'INSEE en 2012. Le redressement a été effectué en utilisant la macro Calmar [9] en calant sur les marges au regard de l'âge croisé par le sexe, le niveau de diplôme et la taille du ménage [10].

Les résultats présentés prennent en compte les données pondérées et redressées. Les analyses de corrélation entre les variables sont effectuées sur la base du test du Khi-deux, et la mise en évidence de ces relations est appuyée par l'exploitation d'odds ratio (OR) ou rapports de cotes. Des modèles logistiques ont été employés pour déterminer les facteurs associés à la santé perçue, au recours au médecin généraliste et au renoncement aux soins.

A. La couverture maladie complémentaire

La quasi-totalité des Réunionnais dispose d'une couverture maladie

Toutefois, moins d'un Réunionnais sur cent n'est pas affilié à un régime de l'assurance maladie.

Comme en France métropolitaine, le taux de couverture de la complémentaire santé est de 94 % [11]. Au moment de l'enquête, aucun interrogé n'a déclaré bénéficier de l'Aide Médicale d'Etat (AME).

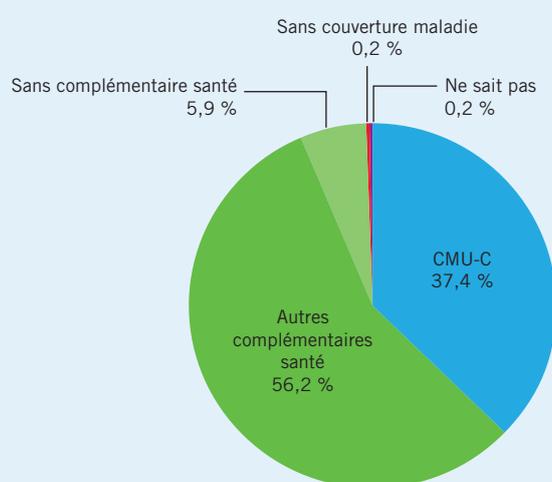
Une proportion de bénéficiaires de la CMU-C cinq fois plus importante qu'en France métropolitaine [12]

La Réunion connaît une situation sociale particulière où 42 % de la population vit en dessous du seuil de pauvreté² [3]. Dans ce contexte, la CMU-C permet de réduire les risques d'exclusion du système de santé. Cette complémentaire s'adresse à une population avec un faible niveau de ressources. Son plafond est fixé à 802 € par mois pour une personne seule au 1^{er} juillet 2015 [13]. Elle couvre les dépenses relevant d'un panier de biens et de services restant à la charge de l'assuré après intervention de l'assurance maladie obligatoire.

Un bénéficiaire sur deux affirme avoir eu connaissance de la CMU-C par le biais d'un proche.

Chez les non-bénéficiaires de la CMU-C (63 % de la population), 15 % pensent remplir les critères d'accès. Ainsi, un tiers d'entre eux affirme avoir formulé une demande d'ouverture de droits.

Figure 1 : Répartition de la population âgée de 18 ans et plus selon le mode de couverture maladie (N=1606)



Source : Enquête «Recours aux soins»
Traitement : ARS OI/DSP/ Etudes et Statistiques

Le dépassement du plafond de revenus est la première cause de non-renouvellement des droits. Les Réunionnais ayant perdu leurs droits au cours de l'année précédant l'enquête,

représentent 7 % des non-bénéficiaires. Après la perte des droits, une personne sur deux reste sans couverture complémentaire.



² 935 € par mois en unité de consommation



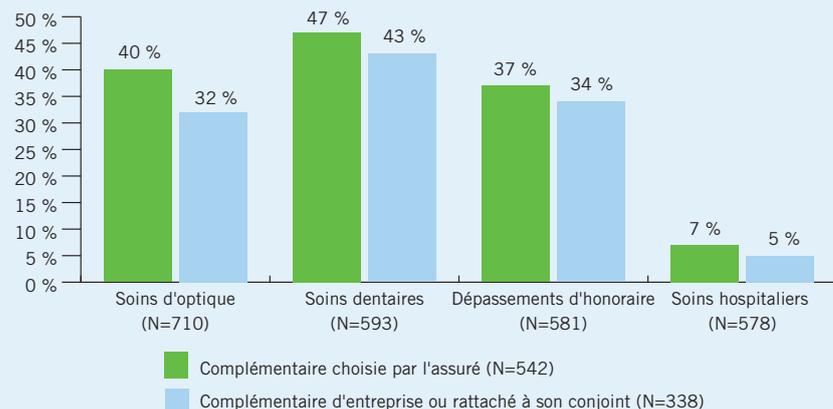
Les montants remboursés pour les prothèses dentaires, les soins d'optiques et les dépassements d'honoraire sont les principales sources d'insatisfaction vis-à-vis de leur complémentaire santé

Les autres complémentaires³ couvrent la grande majorité de la population. Parmi les personnes couvertes par une autre complémentaire santé, deux sur cinq ont une mutuelle d'entreprise, ou sont bénéficiaires du régime de leur conjoint. L'Accord National Interprofessionnel (ANI)⁴ généralise la complémentaire santé d'entreprise aux salariés du secteur privé. Sa mise en place et son financement sont à la charge de l'employeur, au moins à hauteur de 50 %. Il contribuera à réduire la part de la population non couverte par une complémentaire santé. Moins d'un adhérent sur cent souhaite résilier sa complémentaire santé sans en reprendre une nouvelle.

Néanmoins, une personne sur six se dit favorable à un changement de complémentaire. Cette tendance est accentuée pour les assurés ayant choisi leur mutuelle : 19 % contre 11 %. Les écarts de satisfaction se confirment au regard des montants remboursés par type de soins, où quel que soit le type de soins, les assurés, ayant choisi leur mutuelle, sont moins satisfaits des montants remboursés.

Un assuré⁵ sur deux déclare être insatisfait des montants remboursés pour les prothèses dentaires, contre un tiers pour les soins d'optique. Ces soins sont peu remboursés par l'assurance maladie obligatoire (seuls 18 % des coûts des soins d'orthodontie sont pris en charge) et génèrent un reste à charge pour le patient qui varie selon le niveau de remboursement des complémentaires de santé [15]. Selon le baromètre opinion de la DREES, pour tous les soins confondus, deux tiers des Français considèrent que les restes à charge sont trop élevés [16].

Figure 2 : Niveau d'insatisfaction des adhérents d'une complémentaire santé selon les montants remboursés par type de soins et par type de mutuelle (N=880)



Source : Enquête « Recours aux soins »
raitement : ARS OI/DSP/Etudes et Statistiques

Remarque : les réponses « ne sait pas » n'ont pas été considérées dans le traitement des niveaux de satisfaction selon le type de mutuelle.

L'Aide à la Complémentaire Santé (ACS) et les chèques santé sont des dispositifs peu connus des Réunionnais

L'Aide Complémentaire Santé permet de bénéficier du financement d'une complémentaire sans dépassement d'honoraires, ni d'avance de frais pour les personnes dont les ressources sont comprises entre le plafond de la CMU-C et un montant majoré de 35 % de celui-ci [17].

A La Réunion, 6 % de la population bénéficie de l'ACS [12]. Une personne sur dix ne disposant pas de l'ACS pense remplir les conditions d'éligibilité. Toutefois, les deux tiers d'entre elles pointent le manque d'informations lié à ce dispositif avec pour principale cause l'inaccessibilité.

En France métropolitaine, deux personnes sur trois affirment n'avoir jamais entendu parler de l'ACS [18]. Le chèque santé est un dispositif du Conseil Départemental à destination des personnes âgées de 60 ans et plus, ne bénéficiant pas de la CMU-C et sous conditions de ressources. Cette aide permet de disposer d'un chèque de 30 euros par mois sur une période d'engagement de 3 ans afin

de couvrir les dépenses de santé [19]. Les chèques santé peuvent être délivrés sous justificatif de droit à l'ACS ou justificatif de ressources.

Une personne âgée sur sept affirme disposer des chèques santé. Un tiers des personnes âgées ne bénéficiant pas des chèques santé évoque les conditions de ressources et le manque d'informations comme principaux freins d'accès à ce dispositif.



³ Autres complémentaires santé hors CMU-C

⁴ Défini par la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi et mise en application le 1er janvier 2016 [14]

⁵ Assurés ayant répondu à la question suivante : Pour chacun des soins suivants, pensez-vous être bien ou mal remboursé par votre mutuelle? La modalité « Ne sait pas » n'est pas prise en compte dans le calcul et représente un tiers des réponses à la question.

B. Etat de santé déclaré des Réunionnais

Une population qui se sent majoritairement en bonne santé

Les Réunionnais sont 65 % à déclarer être en bonne santé. Ce ressenti est plus fort chez les hommes.

Le vieillissement est un facteur influant sur la santé perçue. Ainsi, neuf jeunes⁶ sur dix estiment être en bonne santé contre un tiers des personnes âgées⁷.

Comparativement aux actifs (avec ou sans emploi), les inactifs sont plus nombreux à se sentir en mauvaise santé : 46 % contre 29 %.

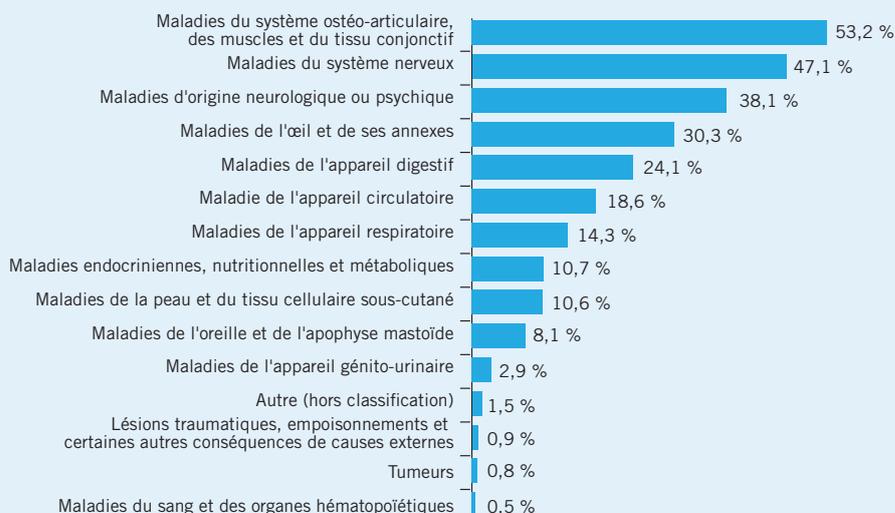
Neuf cadres sur dix déclarent se sentir en bonne santé. En revanche, les exploitants agricoles ne sont que quatre sur dix à le ressentir.

Les problèmes musculaires, de maux de tête, de stress et d'anxiété et de vue sont évoqués par plus d'un tiers des Réunionnais. Pour toutes les pathologies, la proportion de femmes déclarant en souffrir est supérieure à celle des hommes.

La santé perçue des Réunionnais est influencée par les facteurs de morbidité déclarés⁸

Il existe une association significative entre la qualité de l'état de santé de l'individu et les facteurs de morbidité déclarés.

Figure 3 : Répartition des problèmes de santé déclarés par les Réunionnais (N=1606) [20]



Source : Enquête « Recours aux soins »
 Traitement : ARS OI/DSP/Etudes et Statistiques

Note de lecture : plusieurs problèmes de santé peuvent être cités par un même personne d'où un total différent de 100 %

Figure 4 : Table des rapports de côtes ou odds ratio, d'avoir un état de santé altéré selon les problèmes de santé déclarés ajustés sur le sexe et l'âge

Problèmes de santé déclarés	Odds Ratio ajusté	IC ₉₅	P-valeur
Tumeurs	4,3	[1,1 ; 16,4]	**
Maladies endocriniennes et métaboliques	2,8	[1,9 ; 4,1]	***
Maladies de l'appareil circulatoire	2,0	[1,5 ; 2,8]	***
Maladie de la peau	1,9	[1,3 ; 2,8]	***
Maladie de l'appareil respiratoire	1,9	[1,3 ; 2,7]	***
Maladies ostéo-articulaire et des membres inférieurs	1,9	[1,5 ; 2,4]	***
Maladies de l'appareil génito-urinaire	1,8	[0,9 ; 3,8]	ns
Maladie de l'oreille	1,7	[1,1 ; 2,7]	**
Maladie de l'œil et de ses annexes	1,5	[1,2 ; 1,9]	***
Maladies du sang	1,4	[0,3 ; 7,1]	ns
Maladies de l'appareil digestif	1,3	[1 ; 1,7]	**
Maladies du système nerveux	1,3	[1 ; 1,6]	*
Maladies d'origine neurologique ou psychique	1,2	[0,9 ; 1,5]	ns
Lésions traumatiques	0,8	[0,2 ; 2,6]	ns

Modèle logistique d'un état de santé altéré selon les facteurs : sexe, âge et problèmes de santé déclarés

Notes de lecture :

A caractéristiques démographiques identiques, un Réunionnais déclarant avoir une tumeur a plus de risques qu'une personne n'en déclarant pas d'avoir un mauvais état de santé perçue. Plus l'odds ratio ajusté est élevé et plus l'association entre le problème de santé déclaré et le ressenti d'un état de santé altéré est importante ;

IC₉₅ : intervalle de confiance à 95% de l'odds ratio ajusté ;

Intervalles des valeurs de la p-valeur du test de nullité du coefficient du modèle logistique du problème de santé déclaré, ajusté aux facteurs sexe, âge : *0,05 <p-valeur < 0,1 ** 0,001 <p-valeur < 0,05 *** p-valeur < 0,001 ns : non significatif.

⁶ Individu âgé de 18 à 24 ans

⁷ Personnes âgées de 65 ans et plus

⁸ Les pathologies déclarées par la population au moment de l'étude

A caractéristiques démographiques identiques : sexe et âge, les pathologies ayant la plus forte influence sur la qualité de l'état de santé des Réunionnais sont les tumeurs, les maladies endocriniennes comme le diabète et les maladies de l'appareil circulatoire⁹.

Ces affections sont les 3 principales causes de mortalité à La Réunion, avec un taux de décès standardisé pour 100 000 habitants de 208 décès pour les tumeurs (contre 235 décès en France métropolitaine), 267 décès pour les maladies de l'appareil circulatoire (contre 193 décès en France métropolitaine) et 68 décès pour les maladies endocriniennes et métaboliques (contre 27 décès en France métropolitaine) sur la période de 2010 à 2012 [21].

La situation financière et l'isolement sont les deux principaux facteurs psychosociaux associés à la santé perçue

Les facteurs psychosociaux caractérisent le ressenti de l'individu vis-à-vis de sa condition de vie. Une personne sur cinq a déjà souffert dans sa vie d'un sentiment d'isolement durable, suite à des événements subis par l'individu ou ses proches. Ces personnes déclarent majoritairement se sentir en mauvaise santé.

Les Réunionnais se sentent davantage isolés face au problème financier. Une personne sur six se dit peu entourée

en cas de problème de santé contre un tiers en cas de problème financier.

Deux tiers des Réunionnais estiment avoir une situation financière difficile. La majorité d'entre eux déclare avoir un état de santé dégradé. A caractéristiques démographiques identiques, une personne ayant une mauvaise situation financière a plus de risques d'avoir un mauvais état santé.



C. L'accessibilité aux soins

91% des Réunionnais déclarent prendre moins de 15 minutes en moyenne pour accéder à un service de soins courants

Les soins courants comprennent l'offre de soins de proximité assurée par : le médecin généraliste, le chirurgien-dentiste et le pharmacien (acteurs du premier recours).

Le véhicule automobile et la moto sont les moyens de locomotion majoritairement utilisés par les Réunionnais pour accéder aux soins courants. Les Réunionnais avec un revenu mensuel déclaré inférieur à 935 € en unité de consommation sont moins nombreux à utiliser la voiture : 40 % contre 80 % pour les Réunionnais avec un revenu mensuel déclaré supérieur à 1 600 €/uc. Le taux d'équipement automobile des ménages à La Réunion est inférieur à celui des ménages métropolitains (70% contre 80%). Cet écart est plus important pour les

ménages au revenu modeste (52 % contre 75 %) [22].

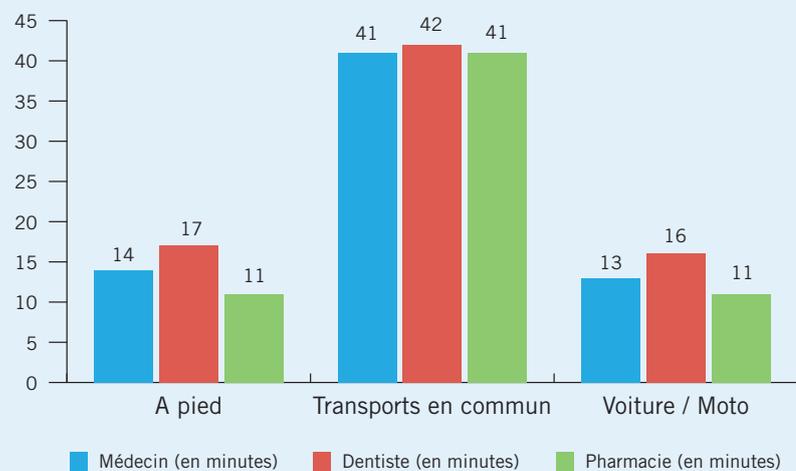
Ainsi, deux tiers des Réunionnais qui accèdent aux soins courants à pied ou via les transports en commun ont un revenu mensuel déclaré inférieur au revenu médian¹⁰.

Moins d'un Réunionnais sur dix utilise les transports en commun.

Comparativement aux autres modes d'accès, le temps de trajet est quatre fois plus long.

Les soins d'urgence regroupent l'urgence hospitalière, les maisons de santé et les pharmacies de garde.

Figure 5 : Temps de trajet moyen par type de soins courants et par type de transport (N=1606)



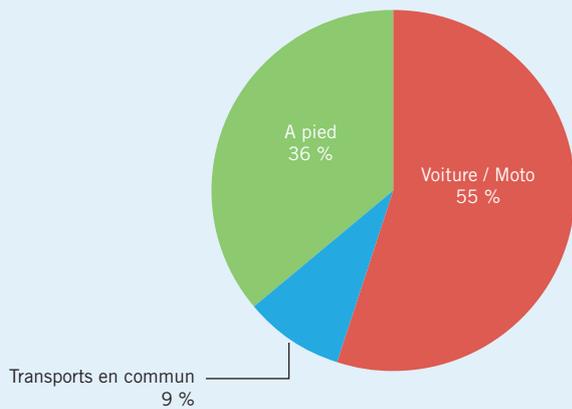
Source : Enquête « Recours aux soins »
Traitement : ARS OI/DSP/Etudes et Statistiques

⁹ Les maladies de l'appareil circulatoire englobent : AVC, Artériopathies chroniques, Insuffisance cardiaque, HTA, Maladie coronaire

¹⁰ 1 050 euros par mois en unité de consommation

LE RECOURS AUX SOINS

Figure 6 : Parts d'utilisation des moyens de locomotion (N=1606)



Source : Enquête « Recours aux soins »
 Traitement : ARS OI/DSP/Etudes et Statistiques



Figure 7 : Un Réunionnais sur dix a eu recours à un service d'urgence au cours des 12 mois précédant l'étude



Une personne sur dix recourt à un service d'urgence hospitalier au moins une fois en 12 mois

Sur l'année 2014, le réseau OSCOUR®¹¹ enregistre 173 381 passages aux urgences avec une activité annuelle en augmentation (+ 4,7 %). La majorité de l'activité se concentre le jour avec des pics d'admissions entre 10 et 11 heures et entre 17 et 18 heures [23].

Les accidents et traumatismes sont les principaux motifs de recours aux soins d'urgence hospitaliers et représentent 50 % des admissions, contre 9 % dus à l'indisponibilité du médecin traitant.

5 % des Réunionnais recourent à une maison médicale de garde au moins une fois en 12 mois

Les maisons médicales de garde assurent des consultations de médecine générale. Quatre consultations sur cinq

sont effectuées pendant les horaires de fermeture des cabinets de médecine générale, c'est-à-dire la nuit (entre 20 h et 8 h) en semaine, les week-end et jours fériés.

Les principaux motifs de recours sont l'absence du médecin traitant (35,8 %) et les accidents ou traumatismes

6 % des Réunionnais recourent à une pharmacie de garde au moins une fois en 12 mois

Les pharmacies de garde assurent une permanence dans l'accessibilité aux traitements des cas les plus urgents. L'accès aux officines de garde se fait les nuits, les week-ends et les jours fériés. Plus de quatre recours sur cinq sont motivés par une prescription médicale. Les maladies de l'appareil digestif sont les causes de recours les plus évoquées. En moyenne, les Réunionnais déclarent mettre 22 minutes entre la consultation du médecin et l'accès à la pharmacie de garde.

Le médecin joue un rôle essentiel dans l'accès aux pharmacies de garde. Dans trois cas sur cinq, les patients ont connaissance de l'officine de garde par l'intermédiaire de l'omnipraticien.

Les Réunionnais accèdent aux services d'urgence davantage avec l'aide d'un proche ou par leurs propres moyens

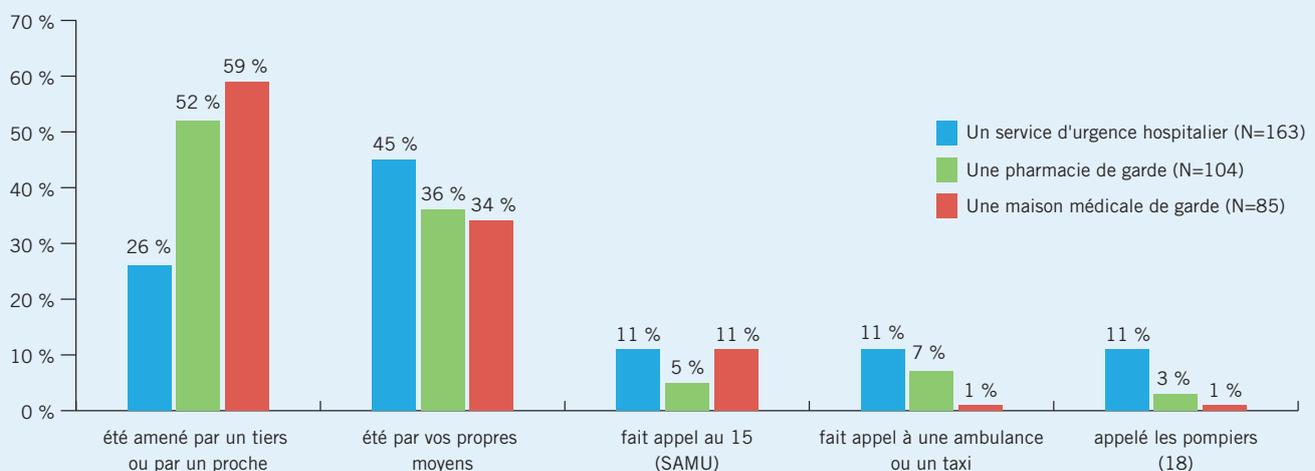
D'un point de vue général, quels que soient les services d'urgence utilisés, plus de sept recours sur dix concernent un nouveau problème de santé rencontré par l'individu.

Pour se rendre à une pharmacie de garde ou à une maison médicale de garde, la majorité des patients demande l'aide d'un proche. En revanche, pour accéder aux soins d'urgence hospitaliers les Réunionnais déclarent davantage s'y rendre par leurs propres moyens.

L'usage de transport d'urgence (SMUR, pompiers) ou des transports médicalisés (ambulance) représente moins d'un recours sur quatre.

Figure 8 : Comportement face au recours aux urgences par type de services utilisés.

Question : Avant de vous rendre aux urgences, vous avez ... (Plusieurs réponses possibles)



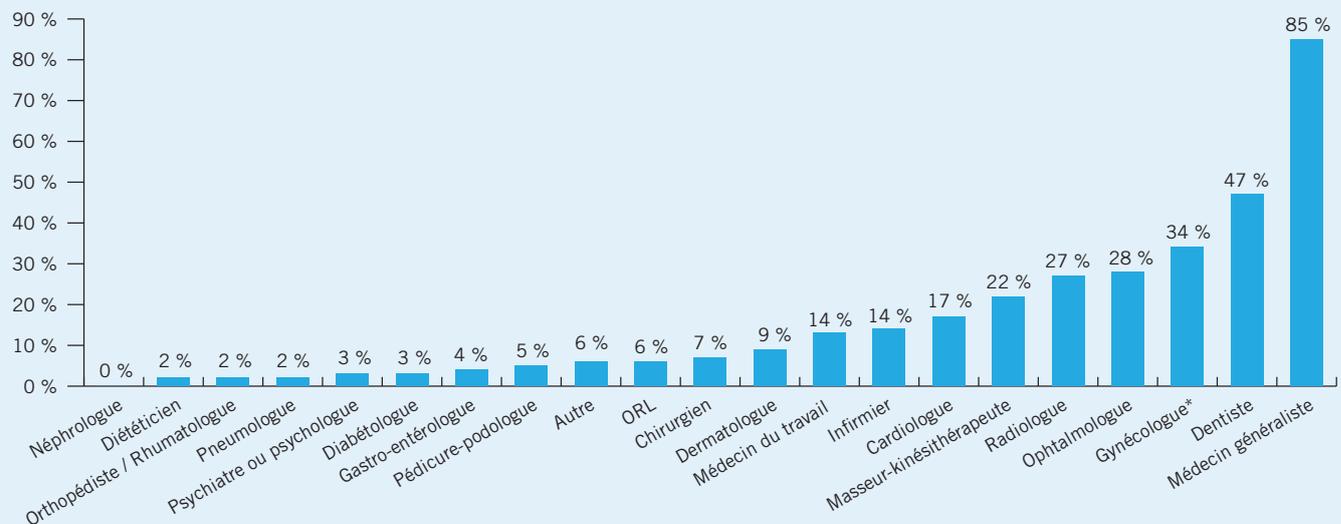
Source : Enquête « Recours aux soins »
Réalisation : ARS OI/DSP/Etudes et Statistiques



LE RECOURS AUX SOINS

85 % des Réunionnais consultent un médecin généraliste au moins une fois par an

Figure 9 : Taux de recours des Réunionnais âgés de 18 ans et plus par professionnel de santé (N=1606)



Source : Enquête « Recours aux soins »
Réalisation : ARS OI/DSP/Etudes et Statistiques

* Taux recours calculé sur la population des femmes âgées de 18 ans et plus

Une personne sur deux qui consulte un médecin généraliste, un infirmier ou un psychologue renouvelle sa visite au moins 4 fois au cours de l'année. Pour les consultations chez le masseur kinésithérapeute, la fréquence passe à 10 fois en douze mois.

A. Le recours au médecin généraliste

Le médecin traitant s'inscrit dans un rôle de suivi du patient, il est le premier référent et constitue un élément clé du premier recours

Le médecin traitant représente 92 % des visites faites aux médecins généralistes. Ce dernier, dans son rôle de proximité aux patients, jouit d'une

bonne disponibilité. Moins d'un patient sur cinq prend un rendez-vous pour le consulter. Le délai d'attente médian est inférieur à 2 jours.

En moyenne, les Réunionnais patientent 40 minutes dans la salle d'attente pour une durée de consultation d'une quinzaine de minutes.

Lors de cette visite, seules trois personnes sur cent estiment ne pas avoir eu le temps de discuter de leurs problèmes de santé. De même, une personne sur cent confie ne pas avoir compris les explications de l'omnipraticien.

Trois quarts des consultations se concluent par la prescription de médicaments remboursés par l'assurance maladie obligatoire.

Les analyses complémentaires, les antibiotiques, les régimes alimentaires et les médicaments non remboursés sont respectivement prescrits dans 35 %, 18 %, 17 % et 16 % des cas.

Quatre patients sur cinq respectent les prescriptions, sauf pour les régimes alimentaires où cette part passe à trois patients sur cinq.

Comme en France métropolitaine, les femmes semblent être plus attentives à leur santé. Ainsi, elles sont plus enclines à consulter le médecin généraliste [24]. En vieillissant, les tendances à y recourir augmentent. Au-delà de 65 ans, plus de neuf personnes sur dix consultent le médecin généraliste au moins une fois par an.

En comparaison aux bénéficiaires de la CMU-C, les assurés des autres complémentaires santé consultent davantage le généraliste. Les personnes sans couverture complémentaire ont un taux de recours faible 64 %. Cette situation est un facteur favorisant le non recours.

Les maladies de la peau, les maladies de l'appareil circulatoire et les maladies d'origine neurologique ou psychique comme le stress ou l'anxiété sont les problèmes de santé déclarés, les plus significativement associés au recours au médecin généraliste. A contrario, les maladies de l'oreille influent négativement sur la décision de recours.

Figure 10 : Table des rapports de côtes d'un recours au médecin généraliste ajusté selon les caractéristiques des individus

Catégorie	Modalité	Taux de recours	Odds ratios	P-valeur
	Recours au médecin généraliste	85%		
Etat de santé perçu	Mauvais (N=561)	93%	2,057	***
	Bon (N=1045)	80%	réf	
Couverture maladie	Aucune complémentaire (N=95)	64%	0,564	**
	Autres complémentaires santé (N=903)	89%	1,806	***
	NSP (N=3)	100%	>999,999	ns
	Sans couverture (N=4)	40%	0,196	ns
	CMU-C (N=601)	82%	réf	
Sexe	Féminin (N=849)	92%	2,999	***
	Masculin (N=757)	77%	réf	
Tranche d'âge	65 ans et plus (N=206)	95%	2,985	***
	De 40 à 64 ans (N=721)	86%	1,276	*
	De 25 à 39 ans (N=454)	84%	1,474	ns
	de 18 à 24 ans (N=225)	73%	réf	
Problèmes de santé déclarés	Maladie de la peau (N=170)	96%	3,829	***
	Maladies de l'appareil circulatoire (N=299)	96%	3,236	***
	Maladie de l'oreille (N=130)	84%	0,516	**
	Maladies d'origine neurologique ou psychique (N=612)	91%	1,66	***

Modèle logistique du recours au médecin généraliste selon les facteurs : sexe, âge, santé perçue, problèmes de santé déclaré et couverture maladie.

Note de lecture :

A modalités de facteurs identiques ou « toutes choses égales par ailleurs », une personne âgée de 65 ans et plus, a plus tendance, qu'une personne de 18 ans à 24 ans (catégorie de référence (réf)), à consulter un médecin généraliste.

Intervalle des valeurs de la p-valeur du test de nullité du coefficient du modèle logistique du facteur étudié, ajusté aux autres facteurs : *0,05 < p-valeur < 0,1 ** 0,001 < p-valeur < 0,05 *** p-valeur < 0,001 ns : non significatif.



B. Le recours au médecin spécialiste

Pour consulter un médecin spécialiste, les délais d'attente avant un rendez-vous varient d'une semaine à deux mois en moyenne

Conformément à la réglementation du parcours de soins [25], les Réunionnais recourent davantage aux médecins

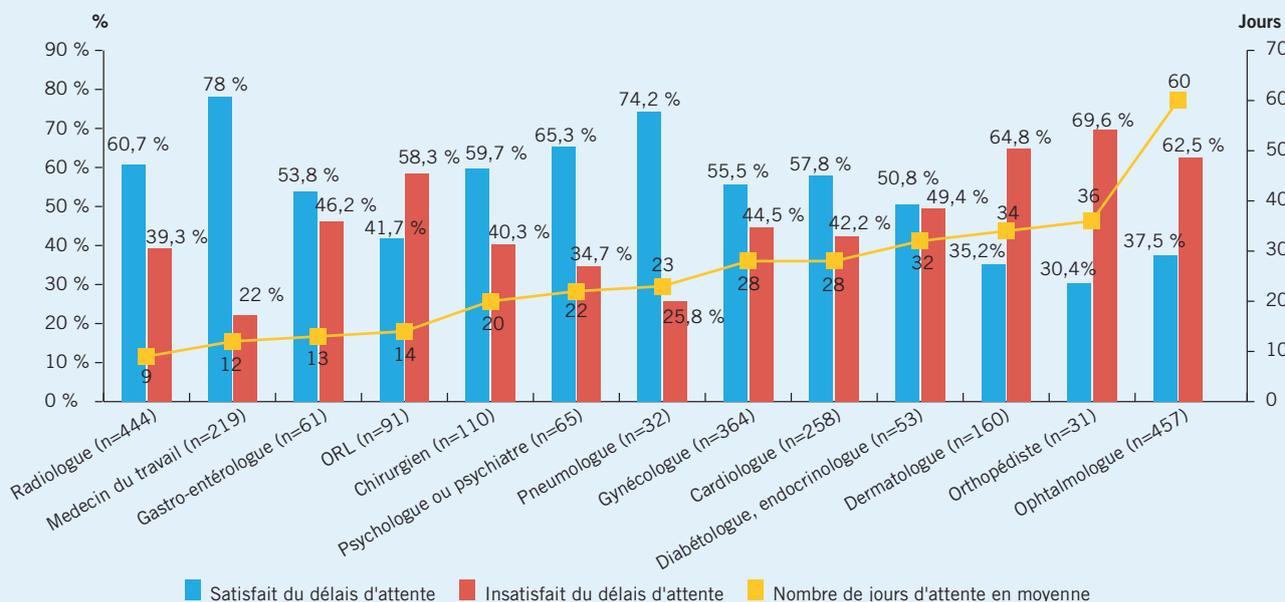
spécialistes suite aux recommandations du médecin traitant, à l'exception du gynécologue, du dermatologue et de l'ophtalmologue où plus d'une personne sur deux déclarent les avoir consultés suite à une décision personnelle.

Les gynécologues, les psychiatres, les neuropsychiatres, les stomatologues et les ophtalmologues sont des spécialistes en accès direct spécifique. Par conséquent, une personne peut avoir

recours à ces spécialistes dans le cadre d'un parcours de soins coordonné, sans l'avis préalable de son médecin traitant.

Au sujet des dépassements d'honoraires, les Réunionnais estiment être peu informés. Sur dix consultations, quel que soit le spécialiste, huit personnes affirment ne pas savoir si le praticien applique un dépassement d'honoraires.

Figure 11 : Taux de satisfaction et d'insatisfaction lié aux délais d'attente avant un rendez-vous, par spécialiste



Source : Enquête « Recours aux soins »
Réalisation : ARS OI/DSP/Etudes et Statistiques

Pour avoir recours à un spécialiste (hors médecin du travail), plus de 80 % des Réunionnais ont pris un rendez-vous ; démarche nécessaire qui génère un temps d'attente.

En moyenne, le radiologue, le médecin du travail, le gastro-entérologue et l'oto-rhino-laryngologiste (ORL) sont les spécialistes dont les délais pour avoir un rendez-vous sont moindres, moins de deux semaines environ. A l'inverse, le délai d'attente pour obtenir un rendez-vous chez le cardiologue, le diabétologue, le dermatologue, l'orthopédiste et l'ophtalmologue est en moyenne de plus d'un mois. Le seuil des 30 jours semble être le délai de tolérance ; au-delà, la majorité des patients se dit insatisfaite.



C. Le recours au dépistage

Les dépistages des cancers colorectal et du sein font l'objet d'une organisation nationale. A La Réunion, l'organisme gestionnaire de la campagne est « Run Dépistages ».

Deux personnes âgées de 50 à 74 ans sur cinq déclarent avoir participé au dépistage du cancer colorectal au cours des deux années précédant l'enquête

Le dépistage du cancer colorectal consiste à rechercher des traces de sang dans les selles, afin de détecter des polypes ou des lésions pouvant évoluer en tumeurs malignes [26].

Il n'y a pas de distinction entre le comportement des femmes et des hommes à la participation au test de dépistage.

En 2011 selon le registre des cancers de La Réunion, les taux d'incidence standardisés¹² du cancer colorectal étaient, à La Réunion de 28,5 pour les hommes et 24,4 pour les femmes (contre respectivement 38,4 et 23,7 en métropole en 2012 (source : Institut de Veille Sanitaire)) [27].

Trois femmes âgées de 50 à 74 ans sur cinq déclarent avoir participé à une mammographie au cours des deux années précédant l'enquête

Le dépistage du cancer du sein consiste à inviter les femmes âgées entre 50 ans et 74 ans à effectuer une mammographie.

Neuf femmes sur dix ont reçu l'invitation au dépistage du cancer du sein. L'incidence du cancer du sein est plus faible dans l'île. En 2011, le taux d'incidence standardisé est environ de 60, contre 88¹³ en 2012, en France métropolitaine (source : Institut de Veille Sanitaire) [27].

Sept femmes sur dix âgées de 25 à 65 ans déclarent avoir effectué un frottis au cours des 3 années précédant l'enquête

En 2014, le dépistage du cancer du col de l'utérus est encore au stade expérimental dans les territoires de l'Isère, de l'Alsace, de la Martinique, du Val-de-Marne, du Maine-et-Loire, de l'Indre-et-Loire, de l'Auvergne et de La Réunion.

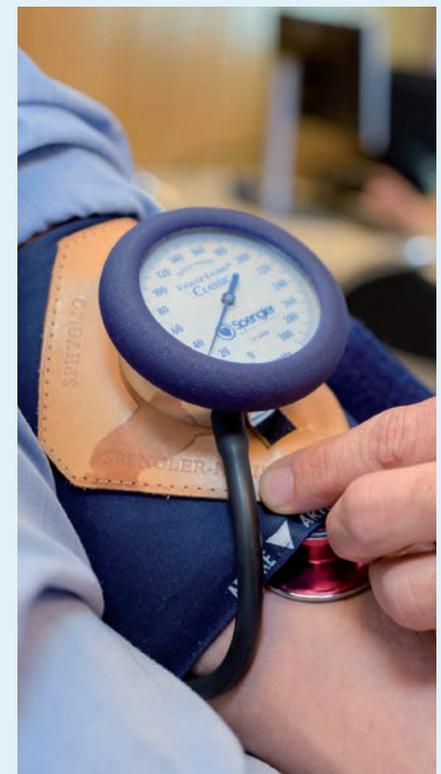
Il consiste à inviter les femmes âgées de 25 à 65 ans, qui n'ont pas réalisé de frottis depuis 3 ans, à l'effectuer afin de détecter les lésions précancéreuses et cancéreuses ; cet acte est pris en charge au taux habituel de l'Assurance Maladie.

Une femme sur trois affirme avoir reçu l'invitation au dépistage. Toutefois, sept femmes sur dix déclarent avoir réalisé un frottis au cours des trois années précédant l'enquête.

En 2011 selon le registre des cancers de La Réunion, le taux d'incidence standardisé du cancer du col de l'utérus à La Réunion est supérieur à celui de la France métropolitaine, étant de 10,5 contre 6,7¹⁴ en 2012 [27]. Aussi ce dépistage fait l'objet d'un suivi.

Le refus de participer aux dépistages est davantage lié à une méconnaissance de la pathologie

Quel que soit le type de dépistage, les deux principaux motifs de non-participation sont le sentiment de ne pas être concerné par le problème et le manque de temps. L'enquête Baromètre Santé Dom a révélé un niveau d'information vis-à-vis du cancer plus faible à La Réunion qu'en France métropolitaine [28].



¹² Taux d'incidence standardisé (population mondiale) pour 100 000 personnes années

¹³ Taux d'incidence standardisé (population mondiale) pour 100 000 personnes années

¹⁴ Taux d'incidence standardisé (population mondiale) pour 100 000 personnes années

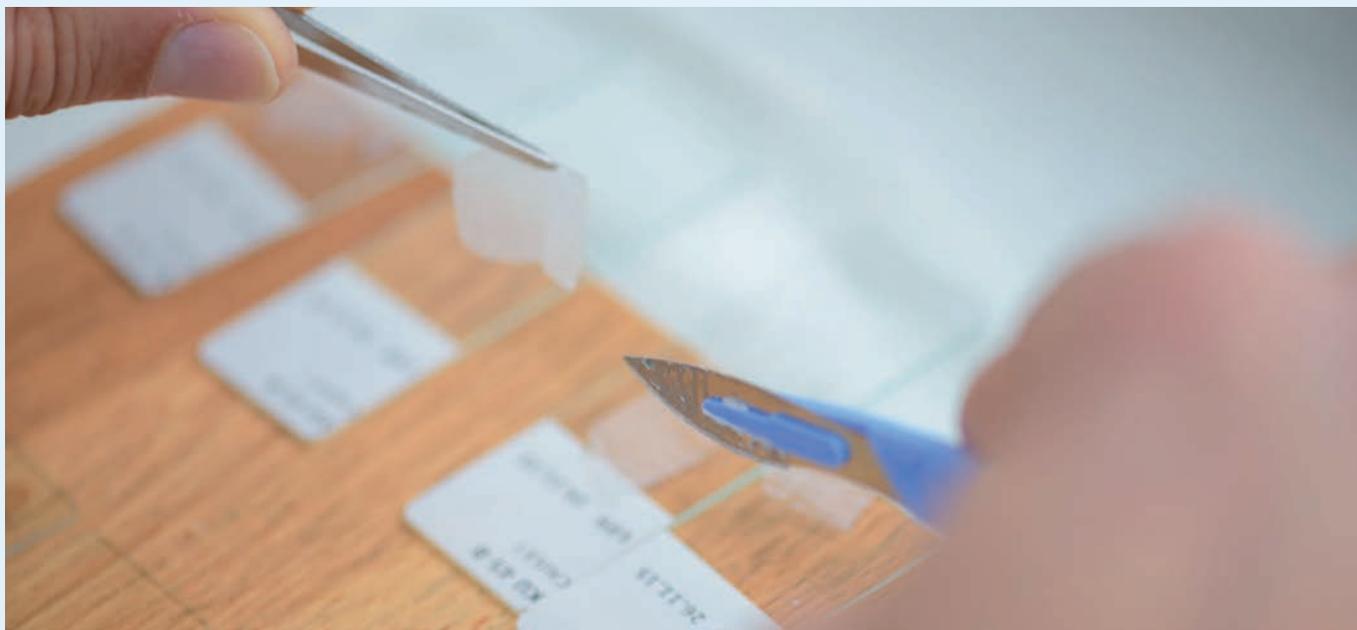
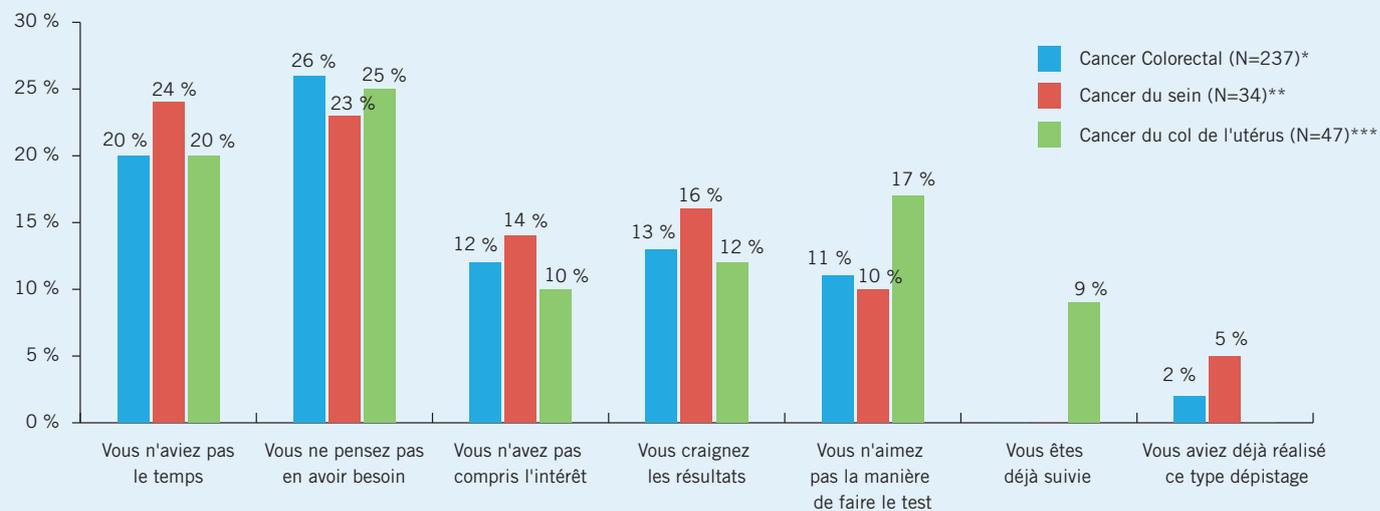


Figure 12 : Répartition des Réunionnais n'ayant pas effectué de dépistage par motif de non recours et type de dépistage



Source : Enquête « Recours aux soins »

Réalisation : ARS OI/DSP/Etudes et Statistiques

* Personnes âgées de 65 à 74 ans ** Femmes âgées de 50 à 74 ans *** Femmes âgées de 25 à 65 ans

Plus d'une personne sur dix, n'ayant jamais participé au dépistage, affirme ne pas comprendre l'intérêt de faire ces tests.

La peur d'un résultat positif est davantage évoquée dans le cadre d'une mammographie.

Une femme sur six, n'ayant jamais réalisé de frottis, confie craindre la manière dont le test est effectué.

Quels que soient les motifs de non-participation aux dépistages organisés du cancer, il est important de rappeler qu'un dépistage précoce augmente considérablement les chances de survie et réduit la lourdeur des traitements.

La campagne nationale de dépistage des cancers cible des cancers ayant un bon pronostic de survie. La majorité des décès liés à ces cancers peut être évitée si chaque personne se fait dépister [29].



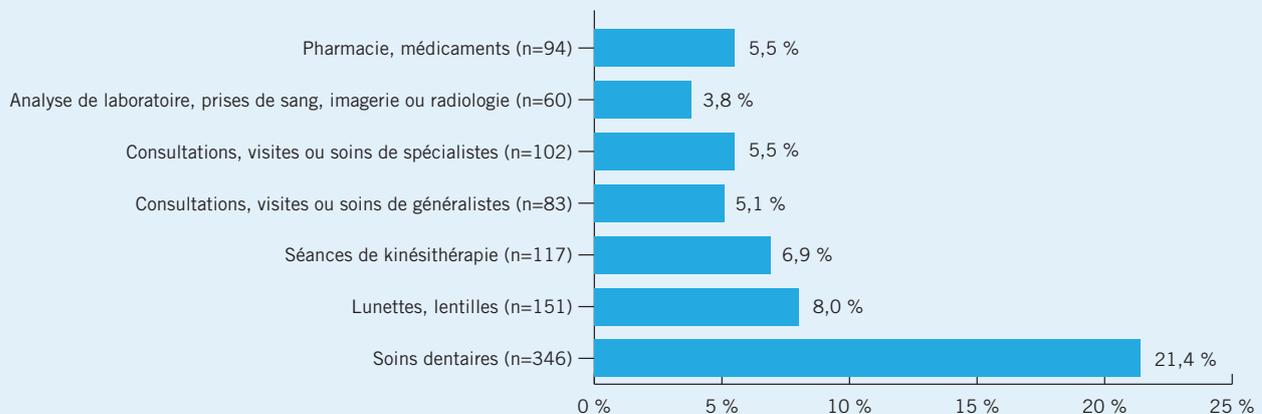
A. Le renoncement-barrière

Le renoncement-barrière traduit le comportement de l'individu confronté à un environnement de contraintes qui ne lui permet pas d'accéder aux soins. Autrement dit, il ne sollicite pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'il éprouve un trouble, constate un désordre corporel ou psychique ou quand il n'accède pas à la totalité du soin prescrit [30]. Dans ce cas, l'individu est contraint de renoncer aux soins. La contrainte peut être liée au budget, au temps d'attente, à la disponibilité de l'individu ou à une incapacité d'accès liée aux transports [30].

Un tiers des Réunionnais renoncent aux soins au moins une fois par an, tous soins confondus. Ils renoncent davantage aux soins dentaires ; c'est le cas d'une personne sur quatre.



Figure 13 : Taux de renoncement par type de soins et pour tous motifs confondus (N=1606)



Source : Enquête « Recours aux soins »
Réalisation : ARS OI/DSP/Etudes et Statistiques

Une personne sur six renonce à se soigner pour des raisons financières

Pour des raisons financières, 10 % des Réunionnais déclarent avoir renoncé à des soins dentaires contre 5 % à des soins d'optique, ce qui est comparable à la France métropolitaine [31].

Comparativement aux bénéficiaires de la CMU-C, à caractéristiques socio-démographiques identiques, une personne couverte par une autre complémentaire a plus de risques de renoncer aux soins. Ainsi, quatre personnes sur cinq ne pouvant pas accéder à des soins dentaires pour des motifs financiers sont couvertes par une autre complémentaire santé que la CMU-C.

Comme en France métropolitaine, la CMU-C diminue le risque de renoncer aux soins pour des raisons financières face à l'absence de couverture [32].



Les individus déclarant un revenu mensuel compris entre 935 € et 1 050 €¹⁵ sont les plus exposés au renoncement pour raison financière. Compte tenu de leur situation financière, une personne sur cinq se déclarant être en mauvaise santé ne sollicite pas le système de soins, comparativement aux personnes en bonne santé, le risque de renoncement aux soins est élevé pour les personnes en mauvaise santé.

Ce constat démontre que renoncer pour des raisons financières est une décision subie par l'individu. Dans cette démarche, les individus renoncent à des soins ayant pour but d'améliorer leur état de santé au sens curatif.

Le renoncement aux soins pour des raisons financières concerne davantage les soins dentaires et d'optique. Ces soins sont peu remboursés par l'Assurance Maladie et font l'objet d'un reste à charge¹⁶ élevé pour le patient. L'analyse des facteurs associés au renoncement met en évidence l'efficacité du dispositif de la CMU-C à faciliter l'accès aux soins des populations à faibles ressources. En effet, au travers de ce dispositif solidaire, financé majoritairement par les organismes complémentaires de santé et sur une fraction du produit du droit de consommation sur les tabacs, les bénéficiaires de la CMU-C ont l'assurance de la gratuité des soins et de la dispense d'avance de frais : tiers payant tout au long du parcours de soins coordonnés, prise en charge à 100% (médecin, pharmacie, laboratoire, hospitalisation, infirmiers), pas de dépassement d'honoraires. Concernant les frais d'optique, d'audition et dentaires, des garanties minimales ont été fixées dans le cadre d'un panier de soins et de services définis par arrêté. Les résultats obtenus sont en cohérence avec les autres études menées en France métropolitaine montrant l'effet de la CMU-C sur le renoncement aux soins pour des raisons financières [31, 32, 33].

Figure 14 : Le renoncement aux soins pour motifs financiers selon les caractéristiques sociodémographiques et d'état de santé perçue de l'individu

Catégorie	Modalité	Taux de renoncement	Odds ratios ajustés	P-valeur
Renoncement	Motifs financiers (N=1606)	16%		
Niveau de revenu	Revenu élevé (N=315)	11%	0,5	***
	Revenu moyen (N=234)	18%	0,9	ns
	Inférieur au revenu médian (N=60)	36%	2,3	***
	Faible revenu (N=661)	17%	réf	
Couverture maladie	Aucune complémentaire (N=95)	17%	2,1	**
	Complémentaire (N=903)	19%	2,4	***
	Sans couverture maladie (N=4)	8%	0,9	ns
	CMU-C (N=610)	12%	réf	
Sexe	Masculin (N=757)	14%	0,8	*
	Féminin (N=849)	18%	réf	
Tranche d'âge	65 ans et plus (N=206)	15%	0,9	ns
	De 40 à 64 ans (N=721)	19%	réf	
	De 25 à 39 ans (N=454)	16%	0,9	ns
	de 18 à 24 ans (N=225)	9%	0,5	**
Activité	Chômeur (N=414)	19%	1,6	**
	Etudiant (N=87)	9%	1,2	ns
	Inactif (N=210)	15%	0,8	ns
	Retraité (N=252)	14%	0,6	ns
	Actif (N=638)	16%	réf	
Etat de santé perçue	Mauvais (N=561)	22%	1,8	***
	Bon (N=1045)	13%	réf	

Modèle logistique du renoncement aux soins pour motifs financiers selon les facteurs : niveau de revenu, couverture maladie, sexe, âge, activité et état de santé perçue.

Note de lecture :

A modalités de facteurs identiques ou « toutes choses égales par ailleurs », un Réunionnais couvert par une autre complémentaire santé que la CMU-C (catégorie de référence (réf)) a un risque accru de renoncer aux soins, pour des raisons financières.

Intervalles des valeurs de la p-valeur du test de nullité du coefficient du modèle logistique du facteur étudié, ajusté aux autres facteurs : *0,05 < p-valeur < 0,1 ** 0,001 < p-valeur < 0,05 *** p-valeur < 0,001 ns : non significatif .

¹⁵ En unité de consommation

¹⁶ Somme restant à la charge de l'assuré après intervention de l'assurance maladie obligatoire

15 % des Réunionnais renoncent aux soins par manque de temps

Le renoncement par manque de temps est le deuxième motif le plus évoqué par les Réunionnais. Ce renoncement peut-être lié à un délai d'attente trop élevé avant d'accéder à un service de soins ou d'une indisponibilité liée à l'emploi du temps de l'individu.

Renoncer à une séance de kinésithérapie ou à des analyses complémentaires est lié exclusivement à l'indisponibilité de l'individu, tandis que, pour la consultation des médecins généralistes ou spécialistes, le motif est davantage lié aux délais d'attente.

Par manque de temps, un actif¹⁷ sur cinq renonce aux soins.

Les jeunes sont davantage exposés au renoncement. A caractéristiques sociodémographiques identiques, la tranche d'âge de 18 à 25 ans a plus de risques de renoncer aux soins que les personnes âgées de 40 à 64 ans.

Figure 15 : Le renoncement aux soins par manque de temps selon les caractéristiques sociodémographiques et d'état de santé perçu de l'individu

Catégorie	Modalité	Taux de renoncement	Odds ratios ajustés	P-valeur
Renoncement	Par manque de temps (N=1606)	15%		
Niveau de revenu	Revenu élevé (N=315)	17%	1,1	ns
	Revenu moyen (N=234)	20%	1,3	ns
	Inférieur au revenu médian (N=60)	13%	0,9	ns
	Faible revenu (N=661)	14%	réf	
Couverture maladie	Aucune complémentaire (N=95)	13%	0,9	ns
	Complémentaire (N=903)	16%	1,3	ns
	Sans couverture maladie(N=4)	36%	3,0	ns
	CMU-C (N=610)	14%	réf	
Sexe	Masculin (N=757)	14%	0,7	**
	Féminin (N=849)	16%	réf	
Tranche d'âge	65 ans et plus (N=206)	5%	0,9	ns
	De 40 à 64 ans (N=721)	14%	réf	
	De 25 à 39 ans (N=454)	18%	1,3	ns
	de 18 à 24 ans (N=225)	21%	2,0	***
Activité	Chômeur (N=414)	16%	0,8	ns
	Etudiant (N=87)	17%	0,6	ns
	Inactif (N=210)	12%	0,6	**
	Retraité (N=252)	3%	0,1	***
	Actif (N=638)	20%	réf	
Etat de santé perçu	Mauvais (N=561)	14%	1,2	ns
	Bon (N=1045)	16%	réf	

Modèle logistique du renoncement aux soins par manque de temps selon les facteurs : niveau de revenu, couverture maladie, sexe, âge, activité et état de santé perçu.

Note de lecture :

Comparativement à un retraité, à modalités de facteurs identiques ou « toutes choses égales par ailleurs », un actif (catégorie de référence (réf)), a plus tendance à renoncer aux soins par manque de temps.

Intervalles des valeurs de la p-valeur du test de nullité du coefficient du modèle logistique du facteur étudié, ajusté aux autres facteurs : *0,05 < p-valeur < 0,1 ** 0,001 < p-valeur < 0,05 *** p-valeur < 0,001 ns : non significatif.

Par rapport au renoncement pour des raisons financières, ce type de renoncement peut-être qualifié de choisi. En effet, les personnes renonçant aux soins pour des motifs financiers sont davantage en mauvaise santé que celles renonçant par manque de temps (22 % contre 14 %). Ces dernières se placent dans une démarche où le besoin de soins est davantage préventif et où les troubles ressentis n'influent que

modérément sur la qualité de leur état de santé [31].

Renoncer aux soins par manque de temps est un comportement qui touche plus particulièrement une population jeune, active et en bonne santé. Toutefois, cette analyse ne donne qu'une tendance qu'il est nécessaire de relativiser.



B. Le renoncement-refus

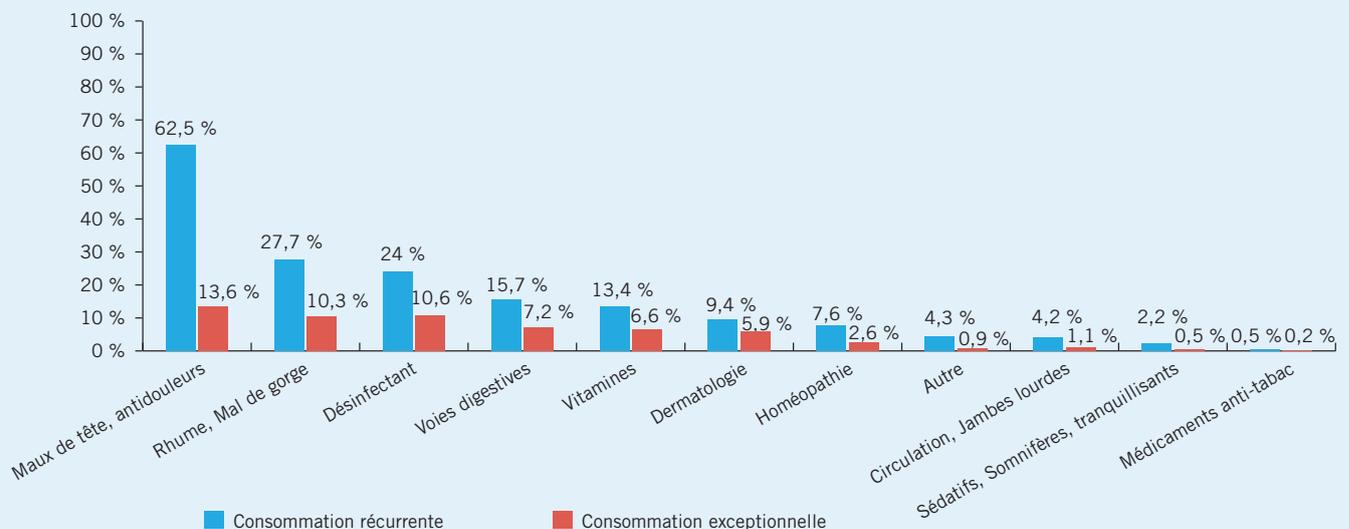
« Le renoncement-refus témoigne de l'expression d'un choix, se traiter par soi-même ou solliciter des formes de soins du secteur non conventionnel. Il est l'expression d'un refus des soins par rapport au système de santé et constitue à cet égard un acte d'autonomie au regard de la médecine. » [30]

Une personne sur trois déclare se soigner elle-même, en automédication, lorsqu'elle ressent un trouble

L'automédication est l'acte de consommer des traitements médicamenteux sans prescription ni avis d'un médecin. Cette dernière est caractéristique d'un renoncement-refus, car elle est sous-jacente à un souhait d'émancipation de l'individu vis-à-vis du système de santé.

Les médicaments préconisés dans le traitement de maux de tête et les antidouleurs (type paracétamol, anti-inflammatoires) sont consommés par trois personnes sur quatre sans avis médical.

Figure 16 : Consommation de médicaments sans avis d'un médecin généraliste au préalable par type de médicaments (N=1606)



Source : Enquête « Recours aux soins »
Réalisation : ARS OI/DSP/Etudes et Statistiques



A contrario, les médicaments anti-tabac et les sédatifs sont peu consommés sans prescription. Ainsi, moins de 3 % des Réunionnais ont recours à ces traitements sans un avis médical.

Parmi les personnes ayant pour habitude de consommer des médicaments sans consulter un médecin au préalable, sept sur dix ne demandent pas conseil au pharmacien. Parmi elles, un quart n'a pas besoin de se rendre en pharmacie pour se procurer les traitements.

En effet, sept personnes sur dix stockent les médicaments qu'elles n'ont pas consommés.

En ce qui concerne les médicaments génériques, quatre Réunionnais sur cinq en consomment.

Selon le niveau d'instruction, le comportement des Réunionnais vis-à-vis du générique diffère. Les individus ayant un diplôme inférieur au baccalauréat sont davantage opposés à la consommation de médicaments génériques. Parmi eux, seule une personne sur deux consomme des médicaments génériques. En revanche, chez les Réunionnais diplômés de l'enseignement supérieur, quatre sur cinq affirment consommer les médicaments génériques qui leur sont prescrits.

Un quart des Réunionnais juge les médicaments génériques inefficaces. Ce comportement de refus face aux génériques n'est pas lié à l'âge, puisque les jeunes et les personnes âgées partagent le même avis.

Deux personnes sur cinq consomment des remèdes alternatifs pour soigner leurs problèmes de santé

L'usage de remèdes alternatifs est une forme de renoncement-refus, dans la mesure où les patients se tournent vers une forme de médecine non conventionnelle pour traiter leurs maux. L'usage des tisanes à La Réunion revêt davantage un aspect culturel qu'un effet de génération. En effet, quelle que soit la tranche d'âge, la proportion de Réunionnais consommant des tisanes afin de traiter un trouble rencontré varie très peu. Ainsi, parmi les moins de 25 ans, 13 % consomment régulièrement des tisanes et 35 % en consomment occasionnellement contre 10 % et 31 % chez les plus de 65 ans.

Le renoncement-refus est une notion difficilement quantifiable. Elle peut naître d'une relation compliquée avec son médecin, d'un sentiment de non prise en compte de ses problèmes de santé, ou tout simplement d'un aspect culturel, poussant l'individu à user d'une autre forme de médecine [34].



Conclusion

L'enquête offre un éclairage sur le comportement de la population vis-à-vis du système de santé.

Sur l'île, la proportion de personnes n'ayant aucune couverture maladie est marginale (0,2 %). Compte tenu de son contexte économique et social, le département compte 5 fois plus de bénéficiaires de la CMU-C qu'en France métropolitaine. Les montants remboursés pour les prothèses dentaires, les soins d'optiques sont les principales sources d'insatisfaction pour les personnes couvertes par d'autres complémentaires de santé que la CMU-C.

Les dispositifs d'aides complémentaires (ACS et chèques santé) existent, mais sont peu connus de la population.

En termes de santé perçue, les Réunionnais déclarent majoritairement se sentir en bonne santé. Les problèmes de santé les plus évoqués sont pour la plupart liés à l'évolution du mode de vie. Toutefois, les tumeurs, le diabète et les maladies de l'appareil circulatoire sont les facteurs de morbidités déclarées les plus associés à un état de santé altérée des individus.

Les hommes et les femmes adoptent un comportement différent vis-à-vis de leur santé. Les hommes semblent avoir tendance à minimiser les problèmes de santé. Quelles que soient les pathologies, les femmes sont plus nombreuses à déclarer en souffrir et, dans le même temps, elles sont plus nombreuses à recourir aux soins.

L'isolement est un sentiment partagé par une personne sur cinq. Face aux problèmes de santé, une personne sur six s'estime peu entourée, contre un tiers face aux problèmes financiers. Deux personnes sur trois affirment avoir une situation financière difficile. Ces personnes déclarent à 80 % se sentir en mauvaise santé.

Au niveau de l'accessibilité aux soins, neuf personnes sur dix déclarent être à une quinzaine de minutes d'un service de soins courants. Les ménages ayant un revenu modeste accèdent aux soins davantage à pied ou par les transports en commun.

Chaque année, 10% de la population de 18 ans ou plus ont recours au moins une fois à un service d'urgence hospitalier contre 5 % aux maisons médicales de garde et 6 % aux pharmacies de garde. Parmi elles, plus d'une personne sur deux accède aux services d'urgences par leurs propres moyens ou avec l'aide d'un proche.

Le médecin généraliste est le professionnel de santé le plus consulté. Dans l'ensemble, les Réunionnais affirment être satisfaits de la relation qu'ils entretiennent avec l'omnipraticien. Pour consulter un spécialiste, les Réunionnais respectent le parcours de soins coordonné en demandant l'accord du médecin traitant au préalable, à l'exception des visites chez les spécialistes en accès direct spécifique.

En moyenne, selon la spécialité, les délais d'attente avant un rendez-vous chez un spécialiste varient d'une semaine à deux mois. Excédant un mois d'attente, plus d'une personne sur deux se dit insatisfaite du délai d'obtention d'un rendez-vous.

Concernant le dépistage, les hommes déclarent participer autant que les femmes. Le principal motif de non-recours au dépistage est le sentiment de ne pas être concerné suivi par l'incompréhension de l'utilité du test, qui peut s'interpréter par une méconnaissance des cancers.

En douze mois, un tiers des Réunionnais renonce aux soins au moins une fois. Les raisons financières et le manque de temps sont les deux principaux motifs associés à ce comportement.

Face au renoncement lié à des raisons financières, la CMU-C remplit son rôle protecteur et facilite l'accès aux soins des populations les plus précaires. Les bénéficiaires de la CMU-C ont un meilleur accès aux soins dentaires et d'optique que les personnes couvertes par les autres complémentaires de santé.

Renoncer par manque de temps est un comportement caractéristique d'une population jeune et active. Comparativement aux personnes ne pouvant accéder aux soins par manque de temps, les personnes renonçant aux soins pour des raisons financières sont plus nombreuses à s'estimer en mauvaise santé.

Concernant le renoncement-refus, un tiers de la population déclarent se soigner elle-même par automédication. Ce comportement est accentué par une tendance à stocker les médicaments non-consommés. Les médicaments génériques font l'objet d'une méfiance. Ainsi, une personne sur cinq refuse catégoriquement d'en consommer.

Enfin, deux personnes sur cinq affirment consommer des remèdes alternatifs, type tisanes, pour soigner leurs maux. Ce comportement est davantage culturel que générationnel, car il n'y a pas de distinction entre le niveau de consommation des jeunes et celui des personnes âgées.



SOURCES BIBLIOGRAPHIQUES

- [1] Insee - Estimations de population (résultats provisoires arrêtés fin 2015).
Données disponibles sous : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=99&ref_id=estim-pop
- [2] Personnes âgées dépendantes. Deux fois plus de personnes âgées dépendantes en 2030 à La Réunion. Insee partenaires, mai 2014, n°29, 6p.
En ligne : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/themes/insee_partenaires/ip29/ip29.pdf
- [3] Indicateurs sociaux départementaux. Une situation sociale hors norme. Insee partenaires, août 2013, n° 25 : 4 p. En ligne : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/themes/insee_partenaires/ip25/ip25.pdf
- [4] Enquête Emploi. Un taux de chômage de 26,8 % en moyenne en 2014. Insee Flash, juin 2015, n°32, 2p.
En ligne : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/themes/insee-flash/re_inf_32/re_inf_32.pdf
- [5] Enquête Information et Vie Quotidienne. 116 000 personnes en situation d'illettrisme en 2011. Insee partenaires, octobre 2013, n°27, 4p.
En ligne : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/themes/insee_partenaires/ip27/ip27.pdf
- [6] Insee. Le portrait de la jeunesse réunionnaise. Insee dossier. Décembre 2014, n°2, 24p.
En ligne : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/themes/insee-dossier/re_ind_02.pdf
- [7] Insee. Des ménages toujours plus petits. Insee flash. Septembre 2015, n°40, 2p.
En ligne : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/themes/insee-flash/re_inf_40/re_inf_40.pdf
- [8] Arcep – LH2 DOM. Etude sur les équipements en communications électroniques et audiovisuels des ménages et individus des DOM. Les actes de l'Arcep, juillet 2013, 158p.
- [9] Insee. Macro CALMAR.
Disponible sous : http://www.insee.fr/fr/methodes/default.asp?page=outils/calmar/accueil_calmar.htm
- [10] Insee. Base de tableaux détaillés ; population et lieu de résidence antérieure en 2012. Rp 2012.
Données en ligne : http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=99&ref_id=base-cc-couples-familles-menages-2012
- [11] ESPS. Données générales sur la couverture complémentaire santé en 2010. IRDES, septembre 2013. En ligne : <http://www.irdes.fr/EspaceEnseignement/ChiffresGraphiques/CouvertureComplementaire/DonneesGnles.html>
- [12] Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Rapport d'activité 2014. Paris : Fonds CMU, 2015, 152p.
En ligne : http://www.cmu.fr/rapports_activite.php
- [13] Pour plus d'informations : <http://www.cmu.fr/cmu-complementaire.php>
- [14] Extrait de la loi du 14 juin 2013. LOI n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi. Légifrance.
En ligne : <https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000027546648>
- [15] Cour des comptes. Les relations conventionnelles entre l'assurance maladie et les professions libérales de santé. Communication à la commission des affaires sociales du Sénat. Juin 2014, 193 p.
- [16] Drees. Synthèse des résultats : Baromètre d'opinion Drees 2015. Drees - BVA, février 2016, 14 p.
En ligne : http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/synthese_barometre_donnees_2015_vf2.pdf
- [17] Pour plus d'informations : <http://www.cmu.fr/acs.php>

- [18] Baromètre opinion Drees. Prestations sociales : les personnes éligibles sont-elles mieux informées ? Drees, mars 2016, n° 0954, 6p.
En ligne : <http://drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/etudes-et-resultats/article/prestations-sociales-les-personnes-eligibles-sont-elles-les-mieux-informees>
- [19] Chèque santé du Conseil Départemental.
Pour plus d'informations : <http://www.cg974.fr/index.php/Le-cheque-sante.html>
- [20] INSERM. Classification CIM 10.
En ligne : <http://apps.who.int/classifications/icd10/browse/2008/fr>
- [21] ARS Océan indien. La mortalité à La Réunion. Source Inserm Cepidc – Insee. En ligne : à venir
- [22] Enquête budget famille. L'équipement des ménages progresse. Insee Flash, août 2014, n°3, 2p.
En ligne : http://www.insee.fr/fr/insee_regions/reunion/themes/insee-flash/inf_03/inf_03.pdf
- [23] Cire océan indien. Rapport annuel du réseau de surveillance syndromique à La Réunion et à Mayotte. Oscour, septembre 2014, 50p.
- [24] Drees. Santé et recours aux soins des femmes et des hommes. Etudes et résultats, février 2010, n°717, p8.
En ligne : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er717-2.pdf>
- [25] Améli. Parcours de soins coordonné.
Pour en savoir plus : <http://www.ameli.fr/assures/soins-et-remboursements/comment-etre-rembourse/le-parcours-de-soins-coordonnes/objectif-des-soins-coordonnes.php>
- [26] ARS Océan indien. Le dépistage organisé du cancer à La Réunion. Source Run Dépistage.
En ligne : <http://www.arsoi-notresante.fr/organisation-des-acteurs-en-sante-prevention-et-promotion/le-depistage-organise-du-cancer>
- [27] ORS Océan indien. Le cancer à La Réunion. Tableau de bord, novembre 2015, 26p.
En ligne : http://www.ors-reunion.org/IMG/file/tableaux_bord/TDB_Cancer_2015%281%29.pdf
- [28] J.B Richard, J.Balicchi, E.Mariotti, N.Pradines, F.Beck. Résultats du Baromètre santé Dom, La Réunion. INPES, ARS OI, DREES, OFDT. 2015, 12p.
En ligne : http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/fileadmin/OceanIndien/Internet/Actualites/Barometre_Sante/3-La_Reunion.pdf
- [29] Pour en savoir plus : <http://www.rundepistages.re/>
- [30] Irdes. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. Question d'économie de la santé, octobre 2011, n°169, 8p.
En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes169.pdf>
- [31] Irdes. Le renoncement aux soins pour raisons financière : une approche économétrique. Question d'économie de la santé, novembre 2011, n°170, 6p.
En ligne : <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>
- [32] Drees. Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins. Etudes et résultats, décembre 2015, n°0944, 6p.
En ligne : <http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er944.pdf>
- [33] Drees. Renoncement aux soins. Actes du colloque, 2012, 150p.
En ligne : http://drees.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/actes_renoncement_soins_2012.pdf
- [34] DESPRES. Caroline. Soigner par la nature à La Réunion : l'usage des plantes médicinales comme recours thérapeutique dans la prise en charge du cancer. Anthropologie & Santé, 2011.
En ligne : <http://anthropologiesante.revues.org/710> ; DOI : 10.4000/anthropologiesante.710.

Retrouvez toutes les publications des membres de la plateforme sur leur site internet :

ARS OI :

<http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/Etudes-et-publications.101406.0.html>

ORS Océan Indien :

<http://www.ors-ocean-indien.org/>

Cire OI :

<http://www.ars.ocean-indien.sante.fr/Cire-Ocean-Indien.97246.0.html>

Directeur de la publication :

François Maury

Responsable de la rédaction :

Eric Mariotti

Comité de rédaction :

ARS OI DSP

Auteur :

Patrice Boulevart

Contributeurs :

Mélissa Bardot, Mohamed Quarch, Eric Mariotti

Comité de relecture :

ARS OI, CGSS, RSI, DRSM, UNOCAM

Conception et réalisation :

Design System