

Quand les pauvres ne recourent pas aux soins : les faits

Dr. Silvia Stringhini, PD PhD

Contributions: Dr. Yves Jackson, Prof. Idris Guessous, Dr. Dusan Petrovic, Kailing Marcus, Dr. José Sandoval

Unité d'épidémiologie Populationnelle, Service de Médecine de Premier Recours,

Faculté de Médecine, Université de Genève

Plan

- Introduction
- Déterminants sociaux du renoncement aux soins
- Renoncement aux soins dans les populations précaires
- Conclusions

Introduction

- Renoncement aux soins associé à un risque plus élevé d'hospitalisation, une qualité de vie moindre et un plus mauvais état de santé déclaré
- Plusieurs facteurs expliquent le renoncement aux soins: contraintes professionnelles, obligations familiales, facteurs culturels ou croyances personnelles, facteurs économiques
- Raisons économiques identifiées comme principaux facteurs de renoncement aux soins de santé, principalement en raison des co-paiements obligatoires et d'autres coûts directs et indirects liés à la santé
- Au delà des facteurs économiques qui influencent l'accès aux soins dans les populations assurés, le renoncement aux soins est encore plus problématique dans des populations précaires/non assurés

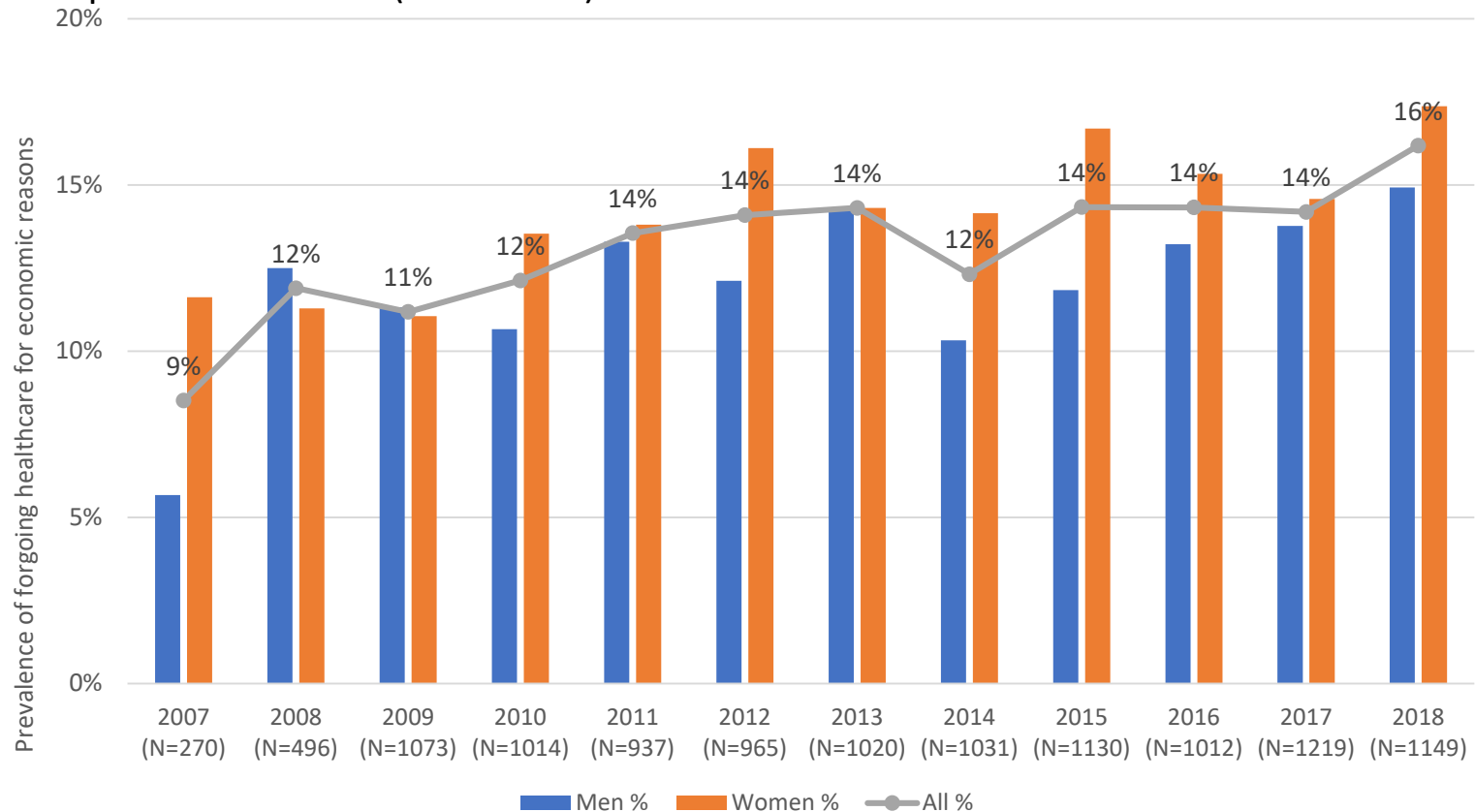
Renoncement aux soins - population générale

- Etude Bus Santé
 - ✓ Échantillon représentatif de la population générale 20-74 du Canton de Genève, transversale (1000 personnes par an), 2008-2019
- Etude ReBus
 - ✓ Étude prospective de participants Bus Santé qui ont déclaré avoir renoncé à des soins
- Etude CHForegoing
 - ✓ Financement OFSP, résultats préliminaires et confidentiels
 - ✓ 6 cohortes Suisse: SILC, SHARE, SHP, Colaus, SKIPOGH, Bus Santé

Renoncement aux soins

Prévalence dans le temps

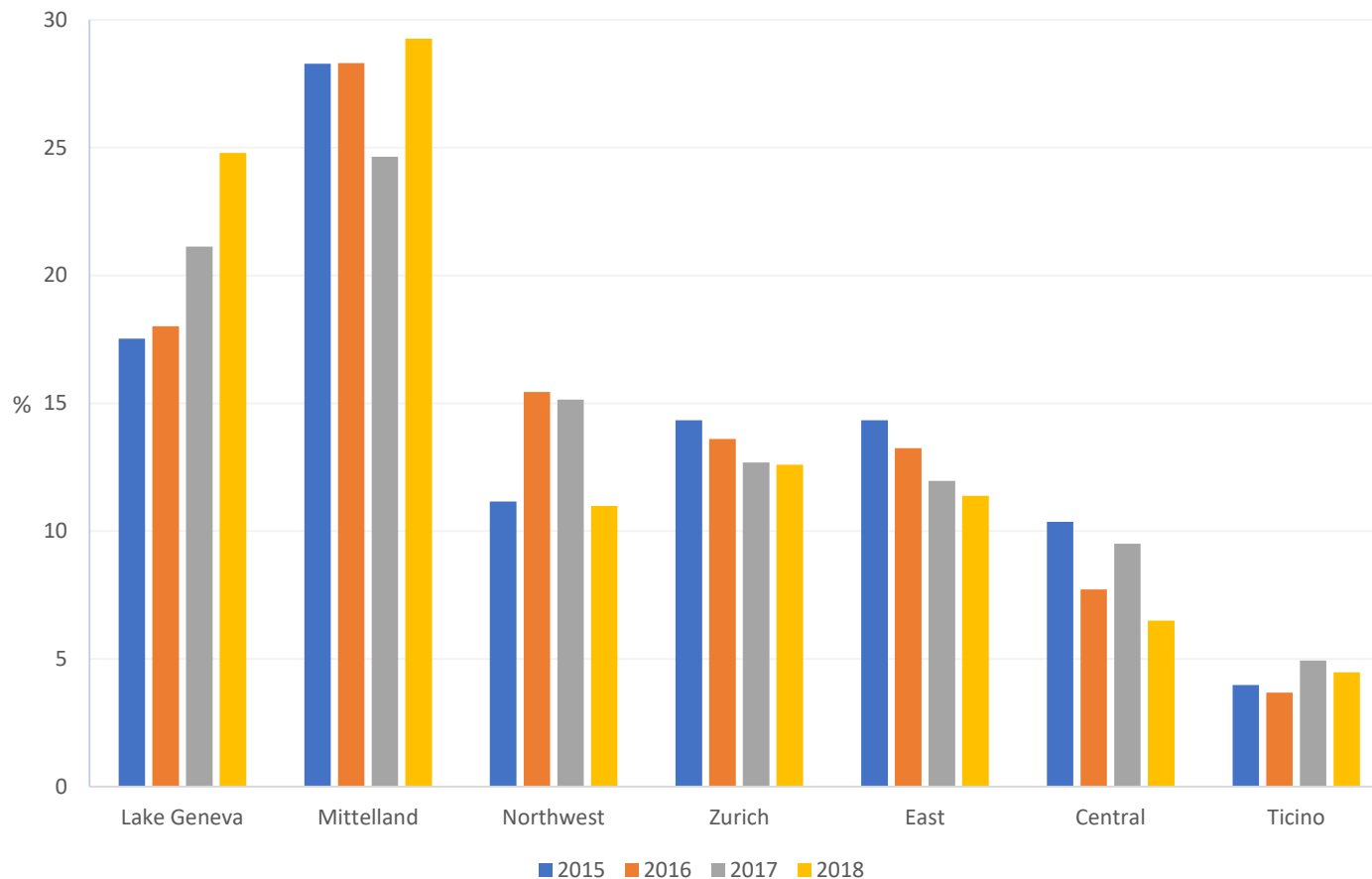
Prévalence du renoncement aux soins de santé pour des raisons économiques chez les participants à Bus Santé (2007-2018)



Renoncement aux soins

Prévalence par région

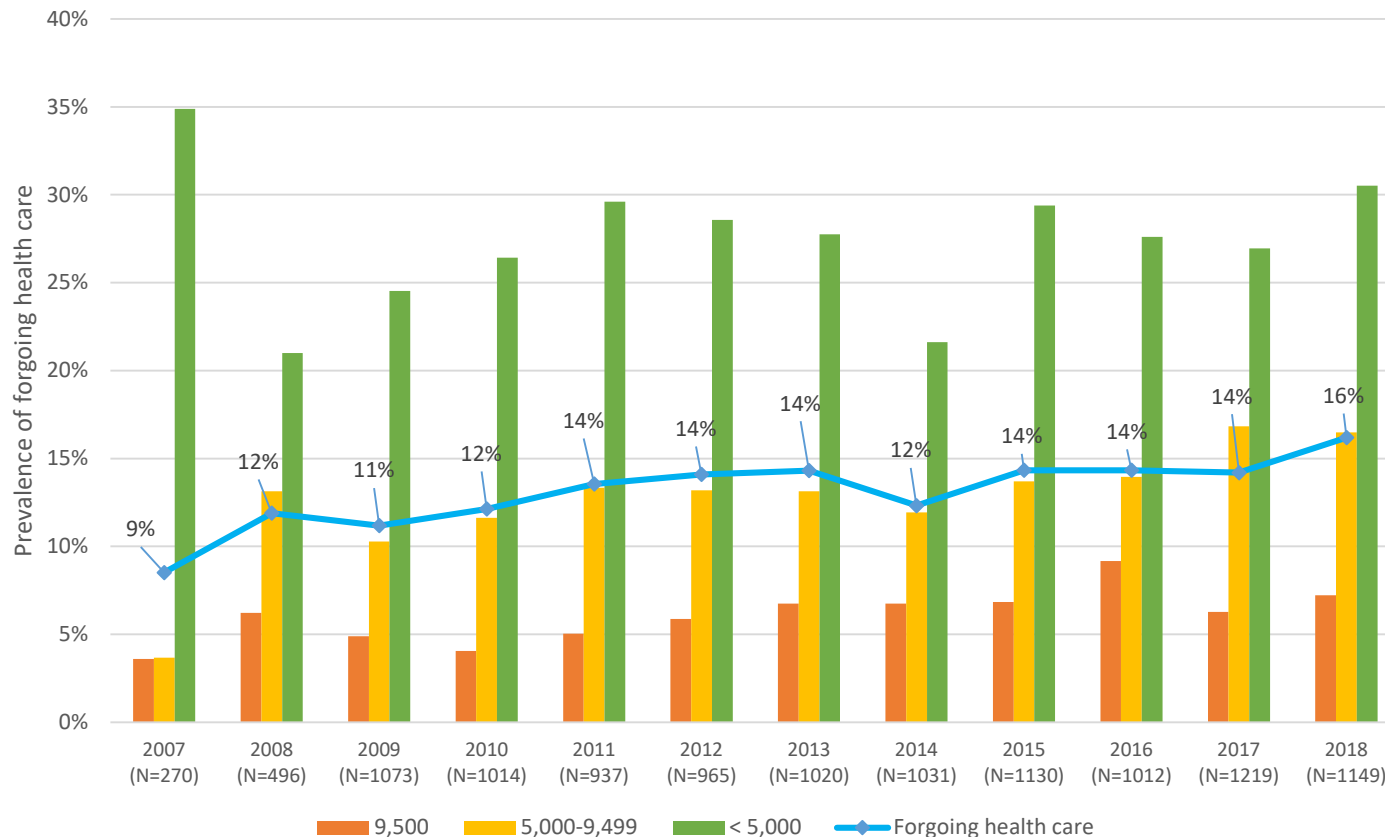
Prevalence of forgoing healthcare in SILC participants by region (2015 – 2018)



Renoncement aux soins

Differences socio-économiques

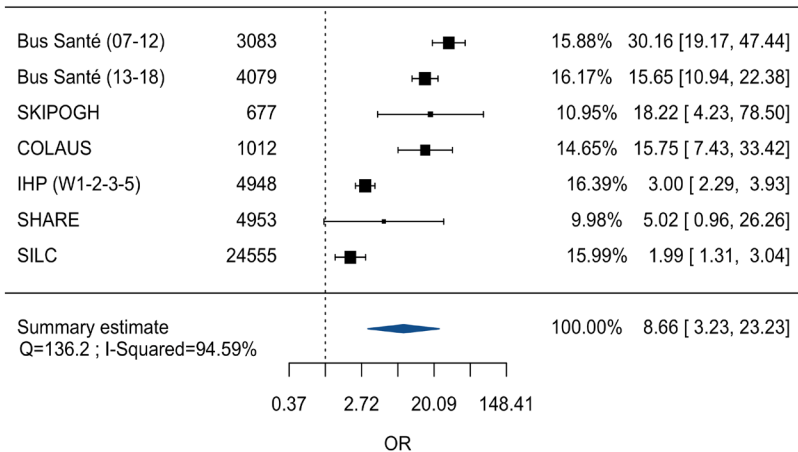
Prévalence du renoncement aux soins de santé pour des raisons économiques chez les participants à Bus Santé (2007-2018), stratifié par revenus



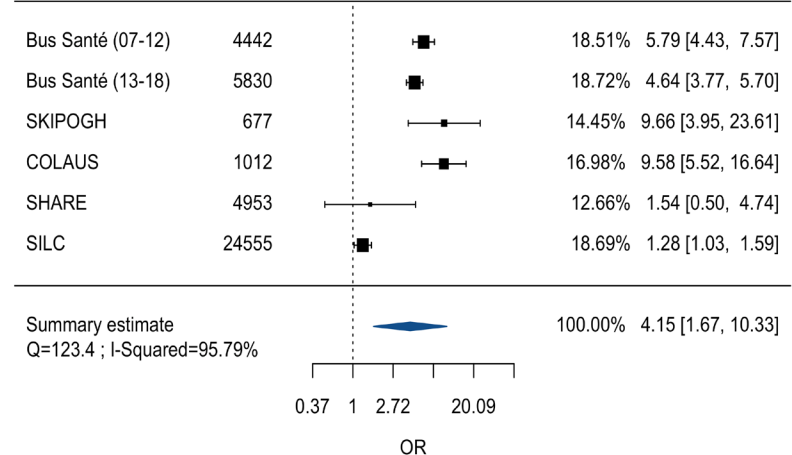
Renoncement aux soins

Déterminants socio-économiques

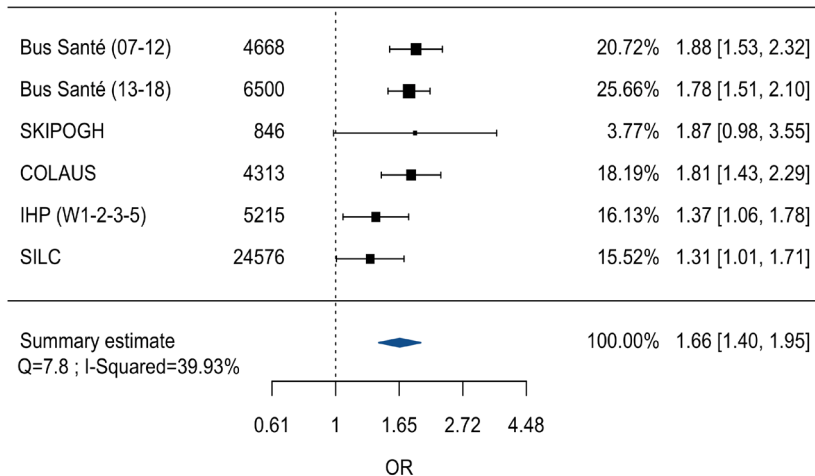
Household income (lowest versus highest)



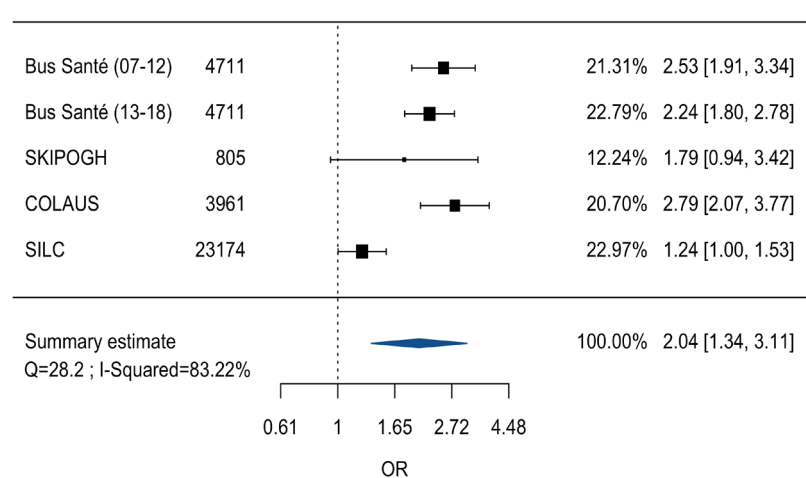
Tertile household income (lowest versus highest)



Education (lowest versus highest)



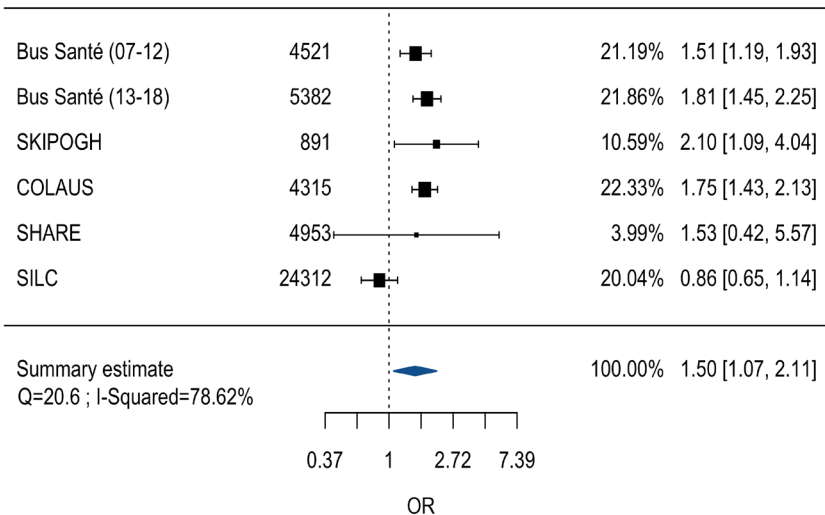
Occupation (lowest versus highest)



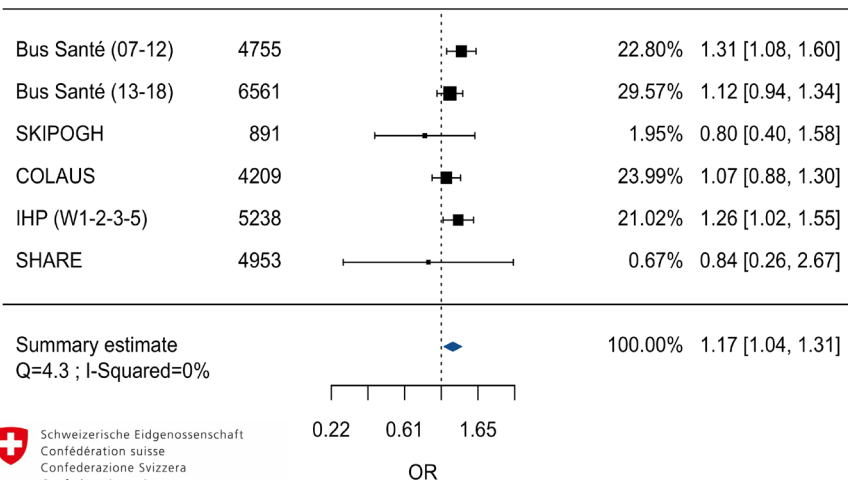
Renoncement aux soins

Autres déterminants

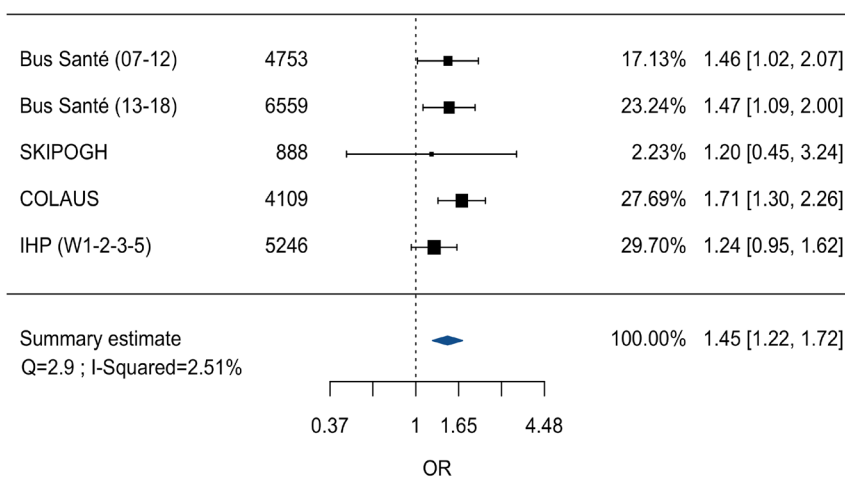
Obesity



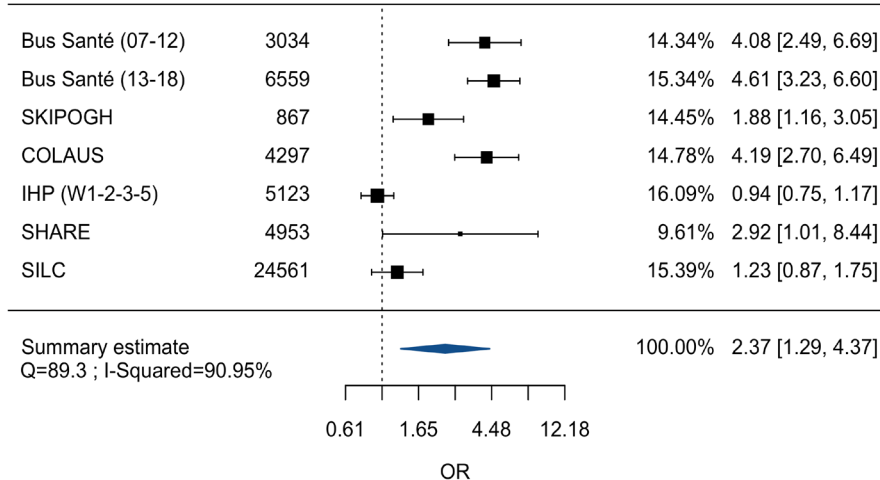
Hypertension



Diabetes



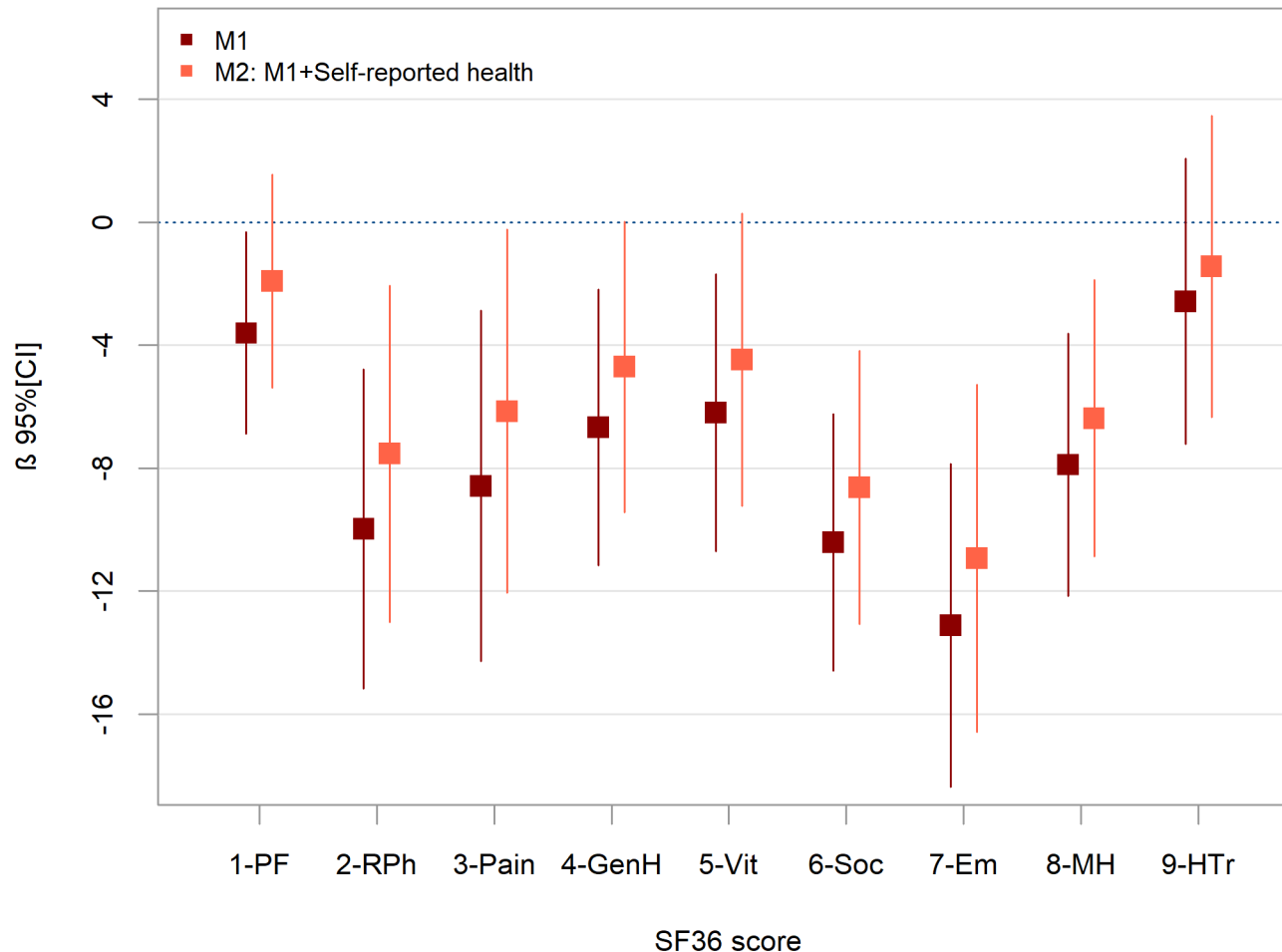
Self-rated health (bad versus good)



Renoncement aux soins

Conséquences sur la santé

Association entre le renoncement aux soins de santé en 2008-2013 et les scores de santé du SF-36 au suivi en 2014-2016, N=400

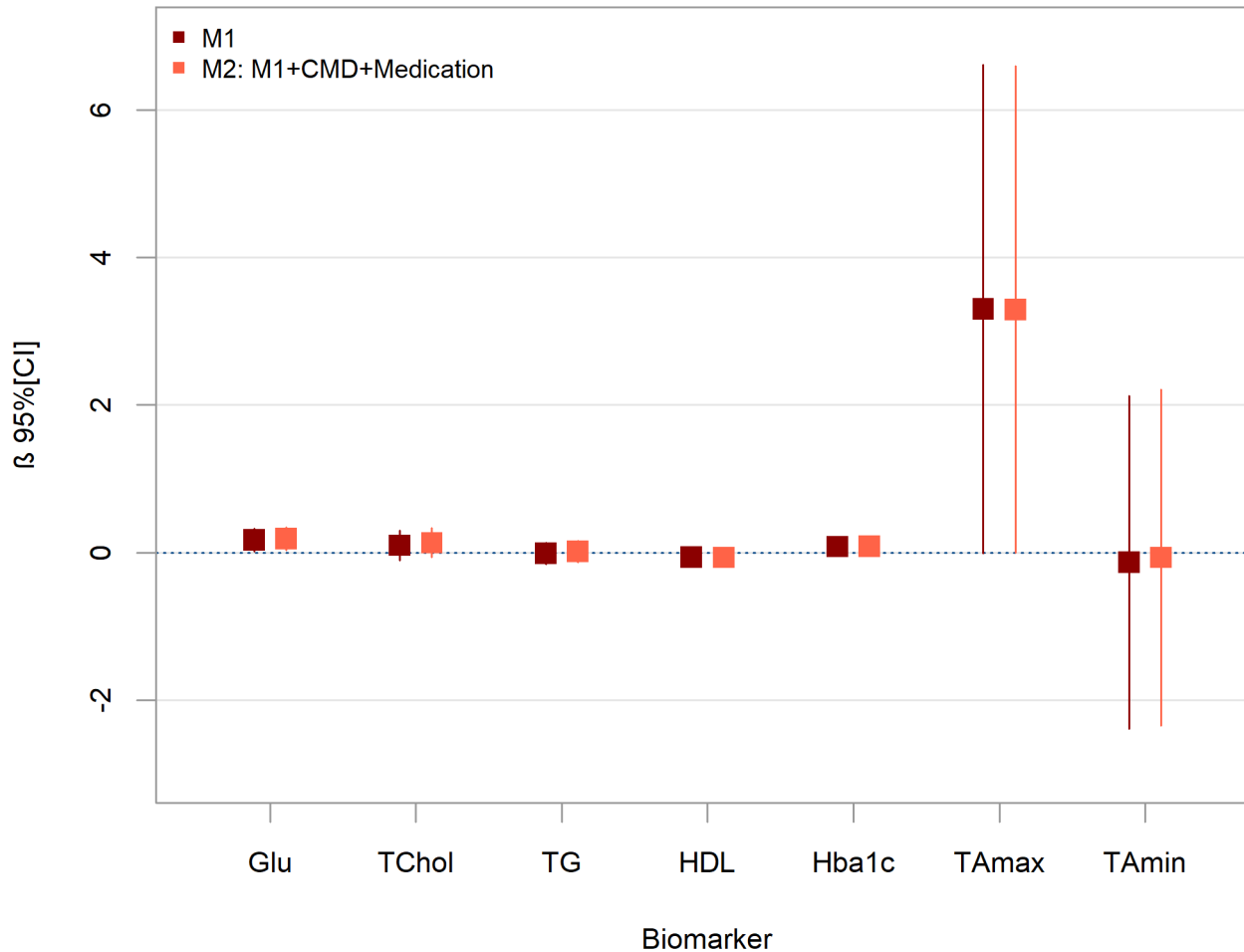


PF, physical functioning; RPh, role-physical; Pain, body pain; GenH, general health; Vit, vitality; Soc, social functioning; Em, role-emotional; MH, mental health; HTr, health transition

Renoncement aux soins

Conséquences sur la santé

Association entre le renoncement aux soins de santé en 2008-2013 et différents biomarqueurs au suivi en 2014-2016, N=400



Glu, glucose; TChol, total cholesterol, TG, triglycerides, HDL, HDL cholesterol; Hba1c, glycated hemoglobin; TAmx, maximum average blood pressure difference, TAmin, minimum average BP difference

Renoncement aux soins – populations précaires

- Données de santé et administratives des patients ambulatoires diabétiques de type 2 – HUG
- Etudes Parchemins
 - ✓ Cohorte initiée en 2018 qui vise à suivre au cours du temps une population de migrants en voie de régularisation
 - ✓ Invités à répondre à un questionnaire en ligne entre fin avril et début mai 2020
- SEROCOV-VULN: participants cliniquement et socialement vulnérables recrutés dans les ambulatoires des HUG en juin 2020
- Etude COVIQUEST; adultes dans la file d'attente de la distribution alimentaire durant le semi-confinement (mai 2020)
- Renoncement aux soins durant la crise COVID19 dans les populations précaires

Renoncement aux soins – populations précaires

Données ambulatoires HUG

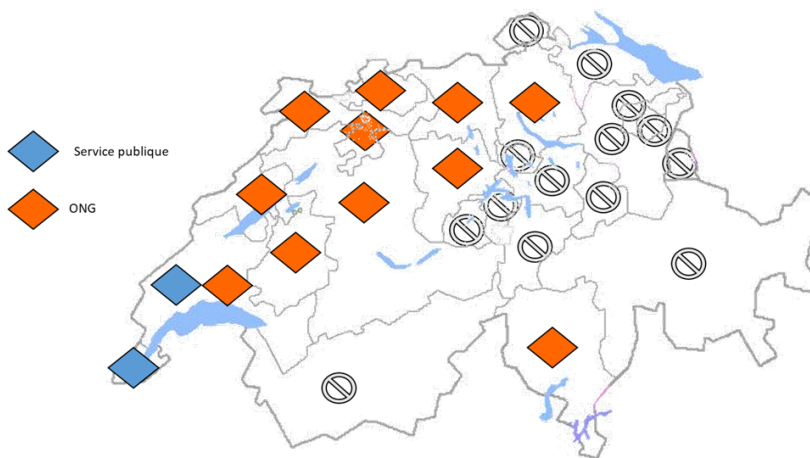
Qualité des soins et l'utilisation des soins de santé

	All cases N (%) or mean (SD)	Insured (n = 118) N (%) or mean (SD)	Uninsured (n = 80) (%) or mean (SD)	p-value*
HbA1c tests (n)	2 (2)	2 (3)	2 (2)	0.4809
Annual HbA1c testing	180 (90.9 %)	105 (89 %)	75 (93.8 %)	0.3718
Annual cholesterol testing	170 (85.6 %)	102 (86.4 %)	68 (85 %)	0.9381
Annual kidney function testing	165 (83.3 %)	99 (83.9 %)	66 (82.5 %)	0.9484
Outpatient visits (n)	19.2 (18.1)	20.8 (21.6)	16.9 (10.9)	0.5330

SD standard deviation

*Comparison between insured and uninsured groups

Accès aux soins non urgents pour les migrants non assurés en Suisse

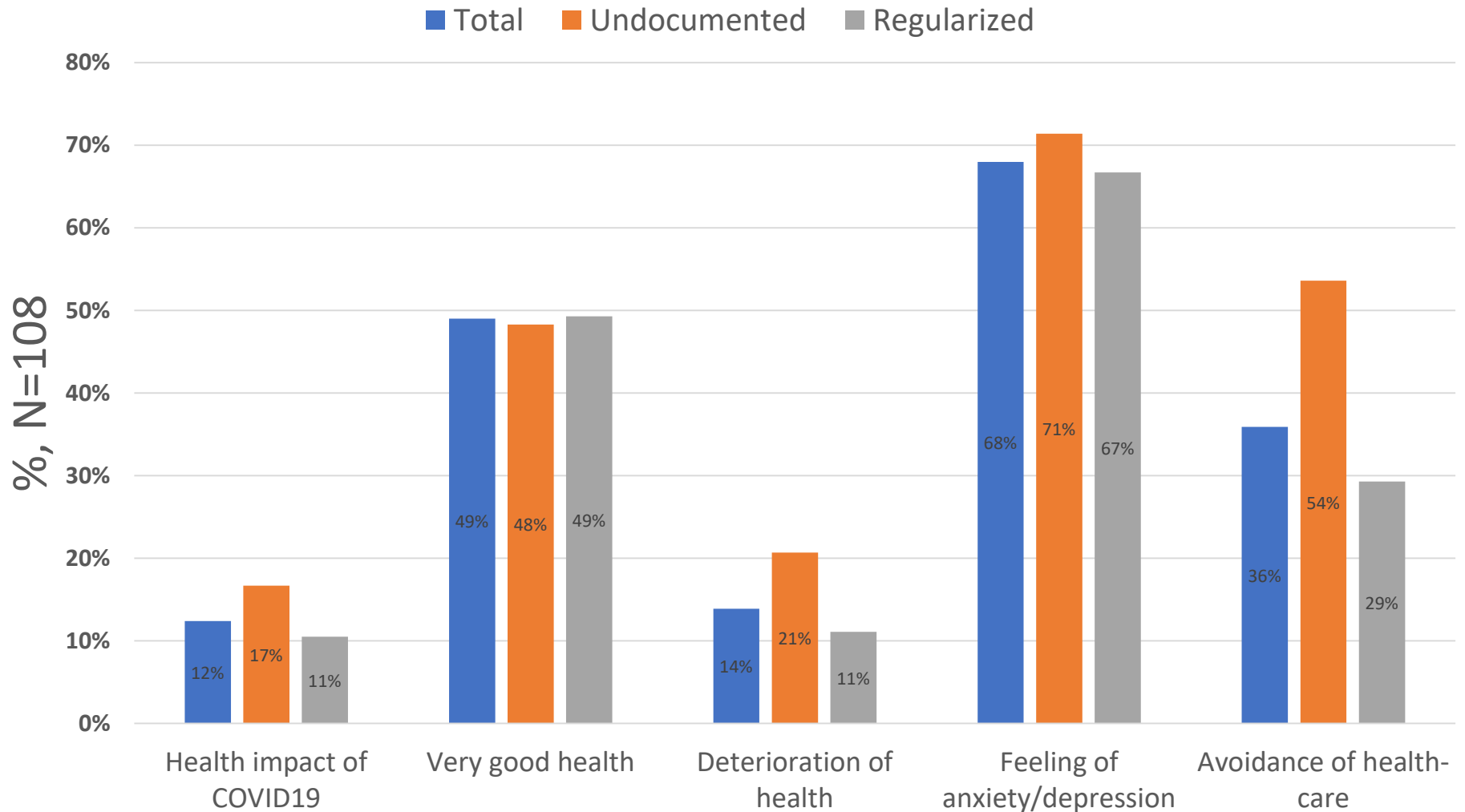


Jackson et al. BMC Health Services Research (2016) 16:540

Plateforme nationale d'accès aux soins des sans-papiers 2017

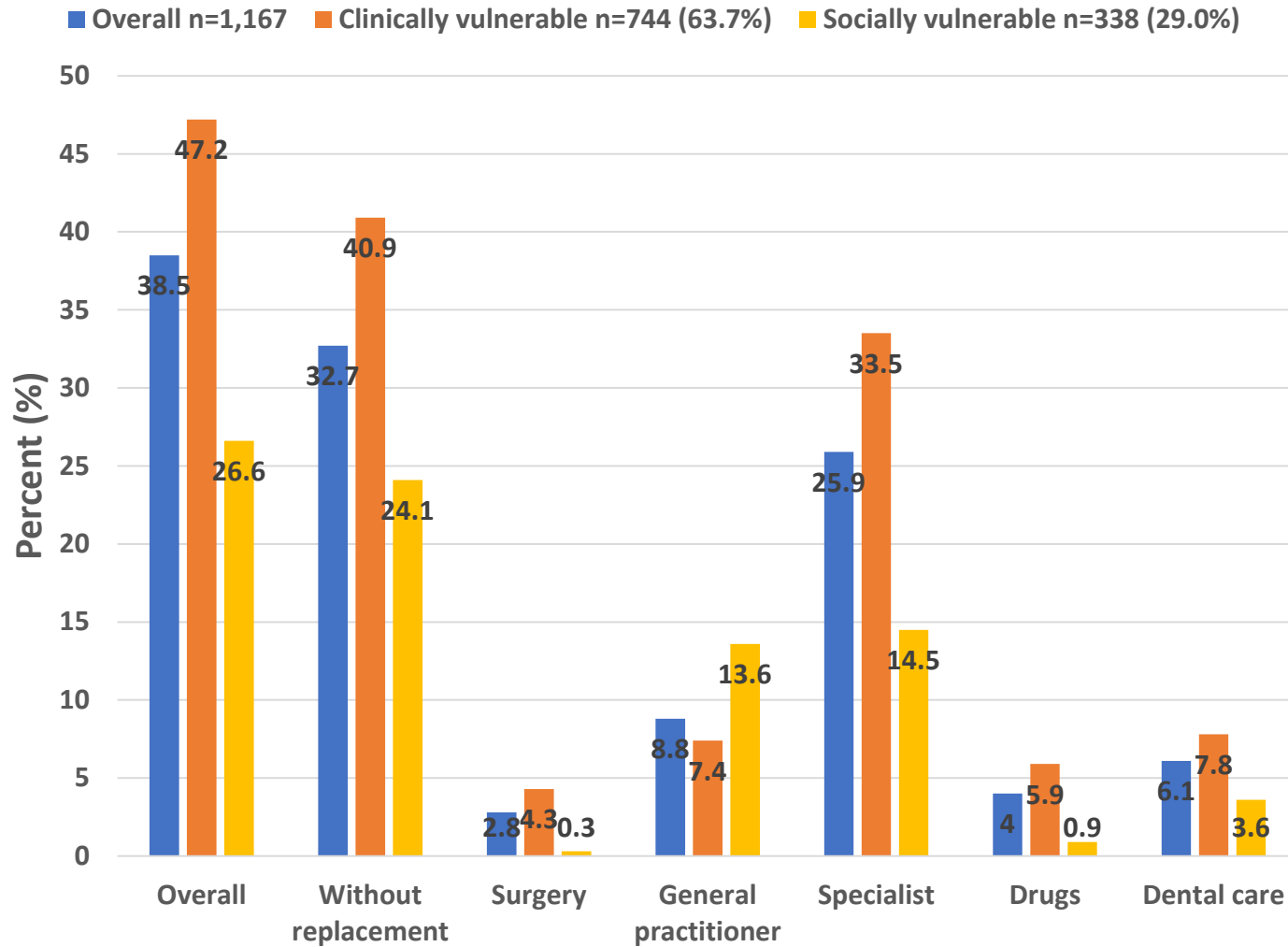
Renoncement aux soins – impact de la pandémie

Etude Parchemins



Renoncement aux soins – populations précaires

SEROCOV-VULN



Renoncement aux soins – populations précaires

CENTRE DE TESTING HUG

	Participants			
	All (n=3299), mean (SD) or n (%)	Underserved (n=215), mean (SD) or n (%)	General (n=3084), mean (SD) or n (%)	P-value
Sociodemographics and clinical characteristics				
Age	42.3 (14.9)	39.8 (12.7)	42.5 (15.0)	.012
Gender (female)	1764 (53.5)	111 (51.6)	1653 (53.6)	.575
Clinical risk factors				
> 1 chronic disease	1116 (33.8)	64 (29.8)	1052 (34.1)	.194
Multimorbidity (≥ 2 chronic diseases)	284 (8.6)	15 (7.0)	269 (8.7)	.379
Exposure to COVID-19				
Return from a highly endemic region	251 (7.6)	11 (5.1)	240 (7.8)	.157
Contact with a confirmed case	954 (28.9)	63 (29.3)	891 (891)	.898
Access to and uptake of testing				
Testing within 3 days after first symptoms' occurrence*	1401 (45.5)	79 (40.5)	1322 (45.8)	.149
Number of symptoms	4.3 (2.2)	4.2 (2.4)	4.3 (2.2)	.409
Testing during the first month of the program	1684 (51.0)	112 (52.1)	1512 (51.0)	.751
SARS-CoV-2 nucleic acid testing				
Positive	797 (24.2)	69 (32.1)	728 (23.6)	.005

Renoncement aux soins – populations précaires

COVIQUEST, N=532



Affiliation à une assurance maladie

- 40% des répondants
- Sans-papier: 10% (dont 4% en rupture de couverture car retard paiement).

Renonciation à des soins médicaux lors des **2 derniers mois**:

- 10% des répondants -> 58.6% pour des raisons économiques/absence d'assurance

Dégradation de la santé depuis le début de l'épidémie de Covid-19

- 15.6% des répondants (citoyens suisses étant particulièrement affectés)

94% des enfant avaient un pédiatre référent

- enfants sans-papiers: 80 %

Renoncements multiples

Stress majeur : impact santé mentale > somatique

- Double fardeau ici et au pays

Exposition fréquente au virus par incapacité à mettre en place mesures de protection

Epuisement ressources individuelles, proches: frugalité

Priorisation de l'allocation des ressources au détriment alim et soins; multiples renoncements

"Food was not my main concern. It was more critical for me to pay the rent than to care for food." (Brazilian woman, 50 years old, regularized). "

"I am diabetic but I didn't go to the hospital because I am afraid of the COVID." (Brazilian woman, 30y, undocumented).

Renoncement à l'aide (honte, peurs, manque de temps)

"I know I could ask for the recognition of my rights [to be paid by the employer]. But this takes time and I have my rent to pay, my food, my phone... It is always the same story: either you fight for your rights, or you eat! I need to work, that's it." (Brazilian woman, 28y, regularized).

Conclusions

- Prévalence du renoncement aux soins de santé est élevée et semble avoir augmenté au fil du temps
- Il existe des différences régionales dans la proportion de personnes qui déclarent renoncer à des soins de santé, potentiellement en raison de la composition de la population, de facteurs culturels et de l'interprétation de la question
- On observe de grandes différences socio-économiques dans la proportion de la population qui renonce aux soins de santé, en général et pour des raisons économiques en particulier
- Pour ce qui concerne les populations en situation de précarité, dans les régions suisses qui assurent l'accès aux soins avec des programmes étatiques, accès aux soins et leur qualité sont similaire entre les assurés et les non assurés
- Le statut juridique semble également influencer l'accès aux soins de santé et le renoncement aux soins de santé en relation avec la pandémie de COVID19
- Les populations précaires ne semblent pas avoir été affectées par la pandémie en termes d'accès aux soins
- Des populations très précaires ont été confrontées à de multiples renoncements et ont dû privilégier le paiement du loyer aux dépenses de nourriture et de santé

Remerciements



**UNIVERSITÉ
DE GENÈVE**
FACULTÉ DE MÉDECINE



Schweizerische Eidgenossenschaft
Confédération suisse
Confederazione Svizzera
Confederaziun svizra

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

Prof. Idris Guessous
Dr. Yves Jackson
Dr. Stéphanie Baggio
Dr. Dusan Pretrovic
Kailing Marcus
Dr. José Sandoval

Dr. Nicole Fasel
Dr. Serge Houmard