

Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



RÉPUBLIQUE
FRANÇAISE

Liberté
Égalité
Fraternité



Novembre
2020
numéro
1171

Pour 1 % des patients, le reste à charge après assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros annuels

En 2017, le reste à charge des dépenses de santé après assurance maladie obligatoire est inférieur à 240 euros par an pour la moitié des patients ayant consommé des soins remboursables. L'âge est le principal déterminant du reste à charge après assurance maladie obligatoire, qui atteint 1 000 euros annuels en moyenne chez les plus de 85 ans, soit presque trois fois plus que pour les 36-40 ans. Cependant, grâce à l'Assurance maladie, l'augmentation du reste à charge avec l'âge est plus modérée que celle des dépenses de santé : celles-ci sont cinq fois plus élevées pour les plus de 85 ans que pour les 36-40 ans.

1 % des personnes ayant consommé des soins remboursables ont un reste à charge supérieur à 3 700 euros, pour une moyenne de 5 400 euros, dont près de 3 000 euros de liberté tarifaire. Le millième supérieur des personnes exposées aux restes à charge les plus élevés, dépassant 7 600 euros, regroupe plusieurs profils de patients : patients occasionnels de soins de ville confrontés à de forts dépassements, malades ayant une consommation continue de soins en ville et à l'hôpital et personnes âgées en fin de vie.

Raphaële Adjerad et Noémie Courtejoie (DREES)

La Sécurité sociale, l'État et les organismes de base gérant la couverture maladie universelle complémentaire¹ (CMU-C) prennent en charge 79 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en 2017 (Gonzalez, *et al.*, 2018). Le reste à charge (RAC) après assurance maladie obligatoire (AMO) est le montant de la participation financière du patient aux prestations de soins après remboursement par l'AMO (*encadré 1*) et avant prise en charge par une assurance maladie complémentaire (AMC), à laquelle 96 % des assurés ont accès (Fouquet, 2020)². En moyenne par habitant, le RAC après AMO est d'environ 620 euros en 2017³ et le RAC après AMO et AMC d'environ 220 euros. Le RAC AMO mesure donc le risque auquel les patients peuvent être exposés en l'absence d'assurance complémentaire. Leur participation financière aux soins dépendra, *in fine*, de leur couverture par un organisme complémentaire et du niveau de prise en charge du contrat auquel ils ont souscrit.

Le RAC AMO se distingue en une part dite « opposable », c'est-à-dire liée aux tarifs de base de remboursement de la Sécurité sociale et prise en charge en quasi-totalité par les contrats complémentaires, et une part dite de « dépassements » ou de « liberté tarifaire » dont la prise en charge, tout en étant encadrée par la loi, est très variable d'un contrat à l'autre.

•••

1. Depuis le 1^{er} novembre 2019, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS) ont été remplacées par la complémentaire santé solidaire (loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019).

2. Dont 7 % au titre de la CMU-C.

3. Ces montants sont calculés à partir des agrégats des comptes de la santé en rapportant la somme de la participation des ménages à la consommation de soins et de biens médicaux et du financement des organismes complémentaires (Gonzalez, *et al.*, 2018), à la population au 1^{er} janvier 2017 (Insee). Sur un champ plus restreint, réduit aux dépenses remboursables et présentées au remboursement, le reste à charge moyen après AMO est de 510 euros environ (*encadré 1*).

Dans le contexte de la réforme du « 100 % santé », progressivement mise en œuvre depuis janvier 2019, il est intéressant de dresser un bilan de la distribution des RAC AMO et de la composition en biens et services médicaux des RAC les plus élevés. En effet, cette réforme vise à limiter les dépassements en optique, dentaire et aides auditives pour les biens compris dans les paniers « 100 % santé », parce que ces postes de soins sont ceux où la liberté tarifaire est la plus fréquente et qui pèsent le plus dans le RAC AMO des patients en France (encadré 2). En pratique, la part du RAC AMO qui relève de la liberté tarifaire constitue une bonne approximation du RAC individuel maximal après intervention de la couverture d'un organisme complémentaire.

Les plus de 65 ans ont des dépenses de santé trois fois plus élevées que le reste de la population

Mis à part les premiers mois de vie, les dépenses de santé augmentent avec l'âge (graphique 1). Elles passent de 800 à 1 900 euros par patient et par an entre les classes d'âge 6-10 ans et 41-45 ans ; elles atteignent 4 500 euros en moyenne pour les 66-70 ans, et 8 700 euros pour les plus de 85 ans, soit près de 5 fois le montant engagé par un patient de 36-40 ans et près de 11 fois celui engagé par un enfant de 6-10 ans (encadré 3). Cet écart de consommation de soins entre jeunes et personnes âgées s'explique par plusieurs phénomènes : la dégradation de l'état de santé global avec l'âge, une augmentation de la prévalence des pathologies lourdes aux traitements coûteux et un suivi médical rapproché des personnes âgées (dépistage, consultations fréquentes des généralistes) et des coûts accrus avec la proximité de la fin de vie (Gastaldi-Ménager, et al., 2016).

Le RAC AMO moyen des plus de 65 ans est seulement deux fois supérieur à celui du reste de la population

Le montant du RAC AMO par patient croît lui aussi avec l'âge, mais de façon plus modérée. Il passe ainsi de 200 euros par an chez les 6-10 ans, à 450 euros chez les 41-45 ans, puis à un peu plus de 1 000 euros chez les plus de 85 ans (graphique 1). Par ailleurs, il reste très inférieur au montant initial des dépenses.

ENCADRÉ 1

Définitions et mesure de la dépense et du reste à charge

La dépense de santé considérée dans cette étude est la dépense remboursable et présentée au remboursement à l'assurance maladie obligatoire (AMO). Ainsi, les dépenses de santé non remboursables ou non présentées au remboursement sont exclues (par exemple, les médicaments non remboursables ou les consultations chez un médecin non conventionné). Le montant de la dépense ici considéré est cohérent avec celui présenté dans les comptes de la santé (Gonzalez, et al., 2018) pour le champ des dépenses de santé remboursables et présentées au remboursement, hors contrats des médecins et en prenant en compte les recettes pour le secteur public hospitalier et non le coût des facteurs (encadré 3).

Toute dépense remboursable et présentée au remboursement se compose d'une part remboursée par l'AMO et d'un reste à charge après AMO facturé au patient et/ou à son organisme complémentaire. La participation de l'AMO ici définie inclut la part légale prise en charge par l'AMO en fonction des tarifs de conventionnement ainsi que les parts supplémentaires prises en charge par les pouvoirs publics (Sécurité sociale, État ou organismes assurant les remboursements au titre de la couverture maladie universelle complémentaire [CMU-C] pour les bénéficiaires de la CMU-C, de l'aide médicale d'État, des soins urgents, ainsi que pour les détenus). Le RAC AMO se compose d'une part dite « opposable » comprenant les participations financières instaurées par la Sécurité sociale (le ticket modérateur et les participations forfaitaires, dont le montant cumulé correspond à l'écart entre la base des tarifs de conventionnement et le remboursement de l'AMO) et d'une part de « liberté tarifaire », composée des dépassements d'honoraires et des tarifs libres sur certains produits ou actes (notamment en optique, pour les aides auditives et pour les soins prothétiques dentaires).

En 2017, 96 % des assurés disposaient d'une couverture complémentaire (Fouquet, 2020). La quasi-totalité des contrats proposés par les organismes complémentaires santé sont dits « responsables » et prennent en charge le RAC opposable, sauf pour les frais de cures thermales, l'homéopathie et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour les franchises et participations forfaitaires¹. En revanche, le remboursement des dépassements d'honoraires est variable d'un contrat à l'autre, même s'il est encadré pour certaines dépenses de soins. Ainsi, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée² est limitée à 100 % du tarif de la Sécurité sociale et doit nécessairement être au moins inférieure de 20 points à celle des dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à ces dispositifs. Dans la même logique, la prise en charge des dépenses d'optique est encadrée depuis 2015 par des plafonds et des planchers qui varient en fonction du niveau de correction nécessaire.

1. Hors participation forfaitaire pour actes médicaux lourds à l'hôpital qui, elle, peut être prise en charge par l'AMC.

2. Ces dispositifs sont ceux prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale (option pratique tarifaire maîtrisée – Optam – et option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique – Optam-CO – depuis la convention médicale du 25 août 2016).

ENCADRÉ 2

La réforme « 100 % santé » en optique, audiologie et dentaire

La réforme « 100 % santé » se déploie progressivement depuis le 1^{er} janvier 2019 et sera totalement entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2021. Elle vise à garantir l'accès à une offre sans reste à charge après l'intervention combinée de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et de l'assurance maladie complémentaire (AMC). Les paniers de soins « 100 % santé » en optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, composés d'équipements répondant aux besoins de santé des assurés et à des exigences de qualité, ont des tarifs encadrés par des prix limites de vente applicables aux professionnels. Les équipements du « 100 % santé » bénéficieront d'une prise en charge accrue par l'AMO (et sont inclus dans le panier associé à la complémentaire santé solidaire). Les contrats responsables devront, en outre, couvrir intégralement les prix des équipements « 100 % santé » afin de garantir l'absence de reste à charge.

La dépense et, dans une moindre mesure, le reste à charge sont concentrés chez les plus âgés (graphique 2) : les plus de 70 ans représentent moins de 10 % de la population des patients et concentrent plus de 25 % des dépenses et près de 20 % du RAC AMO.

Le RAC AMO augmente moins vite avec l'âge que les dépenses de santé du fait d'une plus grande prise en charge des dépenses des plus âgés par l'AMO. La part des dépenses prises en charge par l'AMO passe de moins de 80 % chez les 41-45 ans à près de 90 % chez les plus de 85 ans.

Cela s'explique par le nombre plus élevé d'assurés en affections de longue durée⁴ (ALD) parmi les personnes âgées, dont les soins en lien avec l'ALD sont pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale. Ces patients représentent 11 % de la population des 41-45 ans et 66 % des plus de 85 ans⁵. Cette meilleure prise en charge par l'AMO provient également de l'évolution de la structure de la consommation de soins avec l'âge : la part de la consommation dédiée aux soins hospitaliers est plus importante chez les plus âgés ; or ces soins sont mieux remboursés par l'AMO que les soins de ville.

L'AMO, et plus spécifiquement le dispositif ALD, qui a pour rôle d'assurer une solidarité horizontale entre les bien-portants et les malades, effectue donc, *de facto*, une redistribution du coût des dépenses de santé entre générations (les malades étant concentrés parmi les plus âgés).

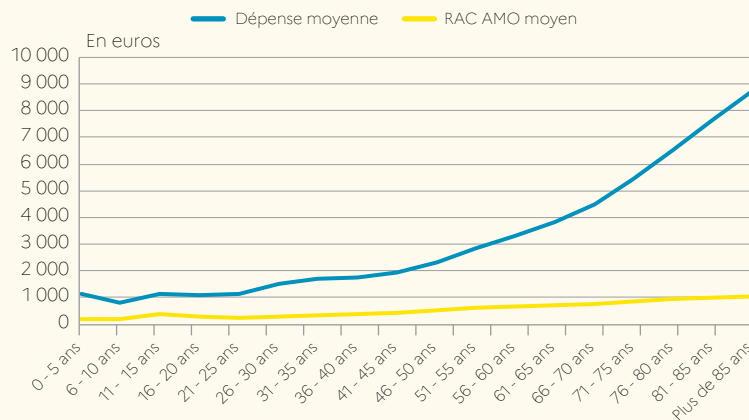
Les postes du « 100 % santé » constituent un dixième de la dépense et pèsent pour plus d'un tiers dans le RAC AMO

La part que représentent les différents postes de soins dans la dépense et celle qu'ils représentent dans le RAC AMO divergent car ces derniers sont inégalement pris en charge par l'AMO (*graphique 3*). Ainsi, certains postes de dépenses importants pèsent peu dans le reste à charge et inversement. Les soins hospitaliers représentent la moitié des dépenses des plus de 85 ans et moins d'un tiers de leur reste à charge. Inversement, les soins en optique, dentaire et aides auditives, qui sont ceux ciblés par le « 100 % santé », représentent 3 % des dépenses de santé des plus de 85 ans, mais 22 % de leur reste à charge. Sur l'ensemble de la population des personnes consommant des soins remboursables, ces postes constituent près d'un dixième de la dépense, mais pèsent pour plus d'un tiers dans le RAC AMO.

Ces écarts s'expliquent par la moins bonne prise en charge des soins de ville par rapport à l'hôpital (meilleure prise en charge des soins hospitaliers par l'AMO, existence de nombreux motifs d'exonération à l'hôpital, plus forte proportion de patients en ALD parmi les patients hospitalisés à l'âge donné). La liberté tarifaire plus répandue dans certains postes de soins (dentaire, optique et aides auditives notamment) peut également être un élément d'explication de ces écarts.

GRAPHIQUE 1

Augmentation de la dépense et du RAC AMO moyens avec l'âge



Note • La dépense moyenne est calculée en prenant pour dénominateur la population des consommateurs (i.e. des bénéficiaires qui ont consommé des soins ou biens médicaux en 2017) de chaque catégorie d'âge.

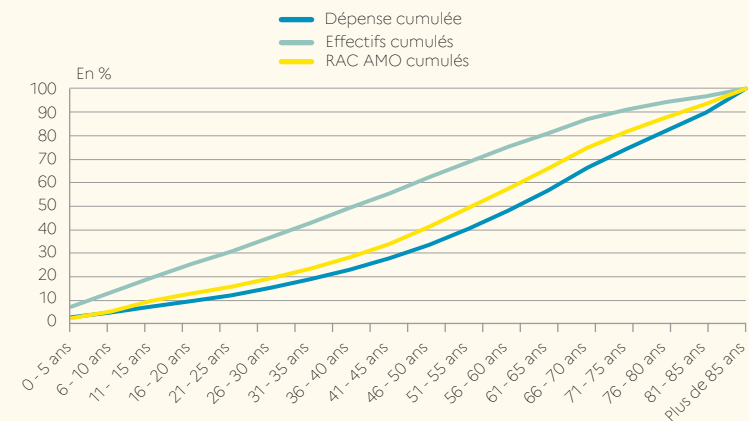
Lecture • En 2017, les 76-80 ans ont en moyenne une dépense de santé de 6 500 euros et un reste à charge après assurance maladie obligatoire de 900 euros.

Champ • Population des consommateurs affiliés à l'ensemble des régimes (exceptés Sénat et Assemblée nationale) ; champ hospitalier complet (MCO, HAD, SSR, PSY) dans le privé et le public ; dépenses en ville et à l'hôpital directement individualisables, remboursables et présentées au remboursement ; hors médico-social.

Sources • DCIRS (CNAM) et PMSI (ATIH) 2017. Calculs DREES.

GRAPHIQUE 2

Effectifs, dépenses et RAC AMO cumulés dans la population



Lecture • Les moins de 30 ans représentent 37 % de la population, mais seulement 15 % de la dépense de santé et 19 % du RAC AMO. Les plus de 55 ans représentent 25 % de la population, concentrent plus de 50 % des dépenses de santé et plus de 40 % du RAC AMO. Les plus de 75 ans représentent 6 % de la population, concentrent 18 % des dépenses de santé et 12 % du RAC AMO.

Champ • Population des consommateurs affiliés à l'ensemble des régimes (exceptés Sénat et Assemblée nationale) ; champ hospitalier complet (MCO, HAD, SSR, PSY) dans le privé et le public ; dépenses en ville et à l'hôpital directement individualisables, remboursables et présentées au remboursement ; hors médico-social.

Sources • DCIRS (CNAM) et PMSI (ATIH) 2017. Calculs DREES.

La composition du RAC AMO évolue, en effet, avec l'âge en raison des besoins spécifiques à chaque population : le dentaire représente ainsi plus de la moitié du RAC des 11-15 ans, du fait d'un fort recours à l'orthodontie ; la dépense pour

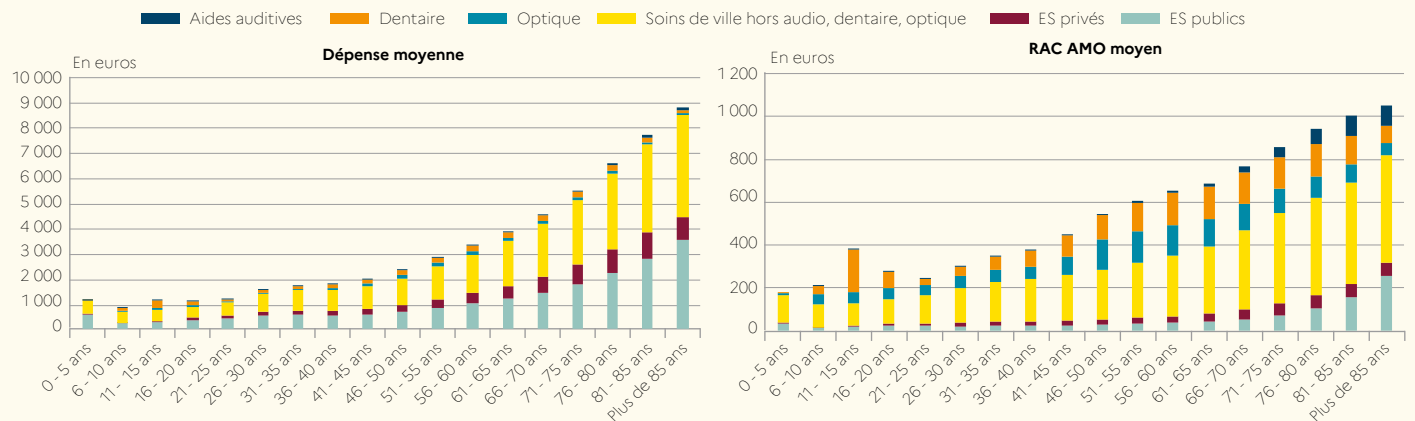
les aides auditives commence à augmenter à partir de 50 ans et atteint plus de 100 euros par an en moyenne chez les plus de 85 ans ; l'hôpital représente quant à lui 12 % du RAC AMO des 36-40 ans et 30 % de celui des plus de 85 ans.

4. Il s'agit de pathologies invalidantes dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitent un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Les assurés en ALD bénéficient d'une limitation ou d'une suppression de la participation aux soins en lien avec l'affection considérée.

5. Il convient de souligner que les analyses sont effectuées sur l'année 2017 et non de manière longitudinale sur une cohorte d'individus. Les tendances observées sont donc le résultat d'un effet d'âge et d'un effet de génération, sans qu'on puisse distinguer les deux.

GRAPHIQUE 3

Décomposition de la dépense et du RAC AMO par poste de soins pour chaque classe d'âge



ES : Établissements de santé.

Notes • Les dépenses en établissements de santé privés incluent les frais de séjours et les honoraires des professionnels de santé.

Le poste aides auditives rassemble aussi bien les achats d'appareils auditifs et d'implants cochléaires, que l'entretien et la réparation des appareils ainsi que des processeurs pour les implants. Le poste dentaire rassemble toutes les dépenses en lien avec le dentaire : les soins dentaires et la prophylaxie bucco-dentaire, les actes de chirurgie, de stomatologie, d'endodontie, de parodontologie, d'orthodontie et d'imagerie, ainsi que l'achat de prothèses et l'implantologie. Le poste optique rassemble l'achat de montures, de verres et de lentilles remboursables.

Lecture • Le RAC AMO des 51-55 ans s'élève en moyenne à 600 euros, dont 290 euros en optique, dentaire et aides auditives.

Champ • Population des consommateurs affiliés à l'ensemble des régimes (exceptés Sénat et Assemblée nationale) ; champ hospitalier complet (MCO, HAD, SSR, PSY) dans le privé et le public ; dépenses en ville et à l'hôpital directement individualisables, remboursables et présentées au remboursement ; hors médico-social.

Sources • DCIRS (CNAM) et PMSI (ATIH) 2017. Calculs DREES.

Les RAC extrêmes après remboursement AMO s'expliquent pour plus de la moitié par les dépassements

Le RAC AMO est inférieur à 240 euros par an pour la moitié des patients. Il dépasse 760 euros pour 20 % d'entre eux (9^e et 10^e dixièmes) [graphique 4] et il dépasse 1 200 euros, pour atteindre plus de

2 200 euros en moyenne, pour les 10 % de ceux ayant les RAC les plus élevés (dernier dixième). Pour 1 % des patients (dernier centième), le RAC AMO dépasse 3 700 euros et se situe en moyenne à 5 400 euros. Il dépasse 7 600 euros, pour atteindre plus de 10 000 euros pour 0,1 % d'entre eux (dernier millième, soit environ 66 700 patients)⁶. Ainsi, si la majorité

des RAC AMO restent modérés, il existe des RAC AMO extrêmes qui ne sont pas neutralisés par la redistribution opérée par l'AMO. Le RAC opposable représente un peu plus de la moitié du RAC AMO total pour l'ensemble des patients. Cependant, il constitue environ 85 % du RAC AMO pour la moitié de ceux ayant

6. La moyenne sur le millième supérieur est calculée en excluant les patients dont le RAC AMO est supérieur au quantile 99,5 des RAC AMO dans ce millième.

ENCADRÉ 3

Sources et champ de l'étude

Les données utilisées pour cette étude concernent l'année 2017 et proviennent du système national des données de santé (SNDS). Elles sont issues d'une exploitation inédite de l'appariement entre le Datamart de consommation inter-régime simplifié (DCIRS), géré par la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), et le programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), géré par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH).

Le DCIRS contient des informations sur les soins présentés au remboursement en ville ou en établissement de santé privé, pour l'ensemble des bénéficiaires des différents régimes d'assurance maladie (hors Sénat et Assemblée nationale). Le PMSI fournit une description médico-économique des soins hospitaliers en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), hospitalisation à domicile (HAD), soins de suite et de réadaptation (SSR) et psychiatrie (PSY). Dans cette étude, les informations sur les soins à l'hôpital public ont été extraites du PMSI, celles sur les soins en établissements de santé privés du DCIRS.

Le champ retenu pour les postes de soins est le plus exhaustif possible. Il s'agit des dépenses remboursables et présentées au remboursement, réalisées en 2017, en ville, au cours d'un séjour à l'hôpital public ou en établissement de santé privé. Ainsi, la population d'étude est limitée aux assurés ayant consommé au moins une fois des soins sur le territoire français en 2017 : les « patients ». Les statistiques présentées sont individuelles, c'est-à-dire calculées à partir des données de chaque patient ayant consommé des soins remboursables au moins une fois au cours de l'année, et non « par tête » où un montant agrégé serait divisé par une population totale, comprenant des

personnes consommant des soins remboursés et des personnes qui n'en consomment pas.

Les dépenses et les restes à charge sont analysés pour une année donnée, pour les différentes classes d'âge. L'analyse par âge comprend donc également des différences entre générations et ne peut s'interpréter directement comme une évolution sur le cycle de vie.

Les dépenses non directement individualisables sont exclues de l'analyse. Il s'agit notamment de celles associées à la rémunération des médecins libéraux sur objectifs de santé publique, qui ne peuvent pas être directement affectées à un bénéficiaire spécifique. Pour les patients du champ médico-social, qui incluent notamment les personnes handicapées ou âgées vivant en établissement spécialisé, les dépenses incluses dans les forfaits de soins de ces établissements médico-sociaux ne sont pas prises en compte car elles ne sont que partiellement renseignées dans le SNDS. Les montants des dépenses dans cette base appariée sont comparables à ceux présentés dans les comptes de la santé (sur le champ du « remboursable et présenté au remboursement » et des « dépenses directement individualisables ») pour les soins de ville et les soins en établissement privé mais pas pour les soins hospitaliers publics. En effet, les comptes de la santé suivent les règles de comptabilité nationale harmonisée au niveau européen qui précisent que les services non marchands, tels que les soins hospitaliers publics, sont à valoriser aux coûts des facteurs (masse salariale, achat de médicaments, etc.). Cette valorisation diffère de la valorisation enregistrée par l'AMO, qui correspond aux recettes des établissements.

les RAC AMO les plus faibles, mais environ 50 % pour l'autre moitié, ayant les RAC AMO les plus élevés, plus fortement exposée aux dépassements d'honoraires. Pour le centième supérieur (les 1 % des patients aux RAC AMO les plus élevés), les dépassements représentent 3 000 euros en moyenne, soit plus de la moitié du RAC AMO [graphique 4], dont 1 400 euros de dépassements en soins dentaires.

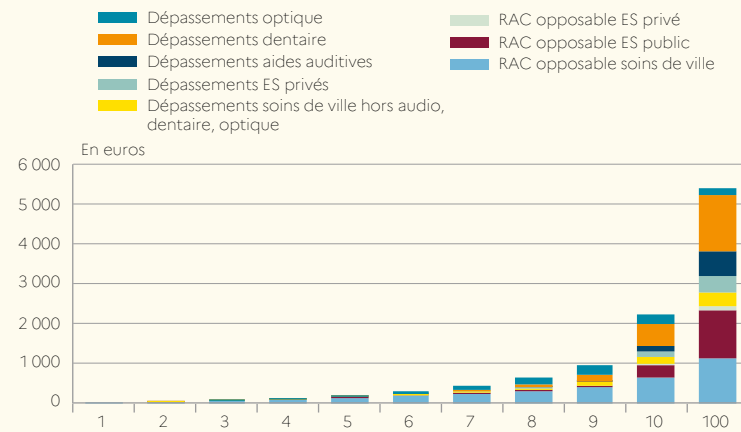
Au sein de ce « top 1 % », le niveau de participation financière des personnes après AMO et AMC dépend des postes de soins qui composent le RAC AMO, de la répartition de ce RAC entre part opposable et dépassements ainsi que du niveau de prise en charge des dépassements par l'AMC. Pour les personnes couvertes par un contrat responsable, la part opposable du RAC AMO est systématiquement prise en charge par l'AMC (sauf exceptions [encadré 1]), soit un peu moins de la moitié du RAC de 5 400 euros.

Des profils de consommation hétérogènes pour les patients aux RAC AMO les plus élevés

Le top 0,1 % des individus qui supportent les RAC AMO les plus élevés ont un RAC AMO supérieur à 7 600 euros en 2017. Il est possible de dégager cinq profils au sein de cette population en fonction du parcours de soins au cours de l'année

GRAPHIQUE 4

Distribution et décomposition des RAC AMO moyens dans la population par décile de RAC AMO



ES : Établissements de santé.

Note • Les bornes arrondies des déciles sont les suivantes : 15, 45, 90, 150, 240, 360, 520, 760, 1200 euros. La borne inférieure du centile supérieure est environ de 3 700 euros.

Lecture • Pour le top 10 % des RAC AMO les plus élevés, le RAC s'élève en moyenne à 2 200 euros en 2017. Pour le top 1 % des RAC AMO les plus élevés, le RAC s'élève en moyenne à 5 400 euros, dont 2 500 euros de RAC opposable (ville et établissements de santé publics et privés).

Champ • Population des consommateurs affiliés à l'ensemble des régimes (exceptés Sénat et Assemblée nationale) ; champ hospitalier complet (MCO, HAD, SSR, PSY) dans le privé et le public ; dépenses en ville et à l'hôpital directement individualisables, remboursables et présentées au remboursement ; hors médico-social.

Sources • DCIRS (CNAM) et PMSI (ATIH) 2017. Calculs DREES.

(encadré 4 et graphique 5). Les montants moyens de RAC AMO sont du même ordre de grandeur dans chacun de ces profils, atteignant plus de 10 000 euros, mais ils s'expliquent par des structures de dépenses différentes.

Le profil majoritaire (environ 40 % du top 0,1 % des patients aux RAC AMO les plus élevés) regroupe principalement des patients entre 55 et 85 ans, exposés à des dépenses fréquentes et diverses en ville et à l'hôpital.

ENCADRÉ 4

Typologie des parcours des individus qui supportent des RAC AMO élevés

La construction de profils de consommation de soins a été réalisée par appariement optimal (*optimal matching*) à partir d'environ 66 300 individus (un millième de la population) aux RAC AMO les plus élevés. Les individus aux RAC AMO supérieurs au quantile 99,5 du dernier millième (soit environ 330 individus) ont été exclus pour limiter l'impact de valeurs potentiellement aberrantes sur la typologie.

La première étape consiste à reconstruire la séquence de soins des individus sur les douze derniers mois. Chaque mois, l'individu peut être dans l'un des 7 états considérés et sa séquence sur l'année est la succession des 12 états par lesquels il est passé.

Les 7 états considérés sont les suivants :

- 2 profils de consommation sans hospitalisation :
 - Avoir consommé des aides auditives, du dentaire, de l'optique avec éventuellement d'autres soins de ville dans le mois.
 - Avoir consommé une fois en ville dans le mois (mais sans aides auditives, sans dentaire et sans optique).
- 3 profils de consommation avec hospitalisation :
 - Avoir une hospitalisation en établissement de santé public ou privé au moins une fois dans le mois.
 - Avoir une hospitalisation (public ou privé) au moins une fois dans le mois et avoir consommé au moins une fois dans le mois des soins de ville.
 - Avoir une hospitalisation (public ou privé) ou une consommation en ville et décéder dans le mois.

- 2 profils sans consommation :
 - Ne rien consommer dans le mois, ni en ville, ni à l'hôpital.
 - Être décédé.

La méthode d'appariement optimal utilisée nécessite d'être parcimonieux dans le nombre d'états, d'où le regroupement de plusieurs postes de consommation en un seul état. Le choix a été fait de distinguer les postes du « 100 % santé » dans les soins de ville, mais de regrouper les établissements de santé publics et privés en un même état.

Une fois les séquences construites, elles ont été comparées par la méthode d'appariement optimal, qui consiste à calculer les dissimilarités entre paires de séquences en comptant le nombre minimal de modifications (substitutions, suppressions, insertions) qu'il faut faire subir à l'une des séquences pour obtenir l'autre. Chaque modification n'est pas considérée comme équivalente, car les distances entre les différents états n'ont pas toutes la même « coût » de transition. Par exemple, le passage entre l'état « avoir une hospitalisation ou une consommation en ville et décéder dans le mois » au mois M-1 et l'état « être décédé » au mois M aura un « coût » très faible. Une matrice des coûts de substitution a donc été construite pour assigner des coûts distincts aux transitions entre états, ce qui a permis de calculer une matrice de distance contenant les dissimilarités entre toutes les paires de séquences.

Cette matrice a ensuite été utilisée pour une classification ascendante hiérarchique (méthode de Ward), qui a permis de regrouper les individus en cinq profils de consommation de soins en fonction de la proximité de leurs séquences d'états.

Il s'agit de patients ayant une consommation continue de soins de ville et plusieurs épisodes d'hospitalisation relativement courts par rapport aux deux profils suivants (en moyenne huit jours d'hospitalisation à temps complet⁷ sur l'année). Le RAC AMO se répartit équitablement entre ville et hôpital. Ce sont ceux dont la consommation est la plus diversifiée en termes de postes de soins. La moitié d'entre eux ne sont pas en ALD, ce qui souligne l'importance des RAC supportés par les patients souffrant de pathologies sans être en ALD.

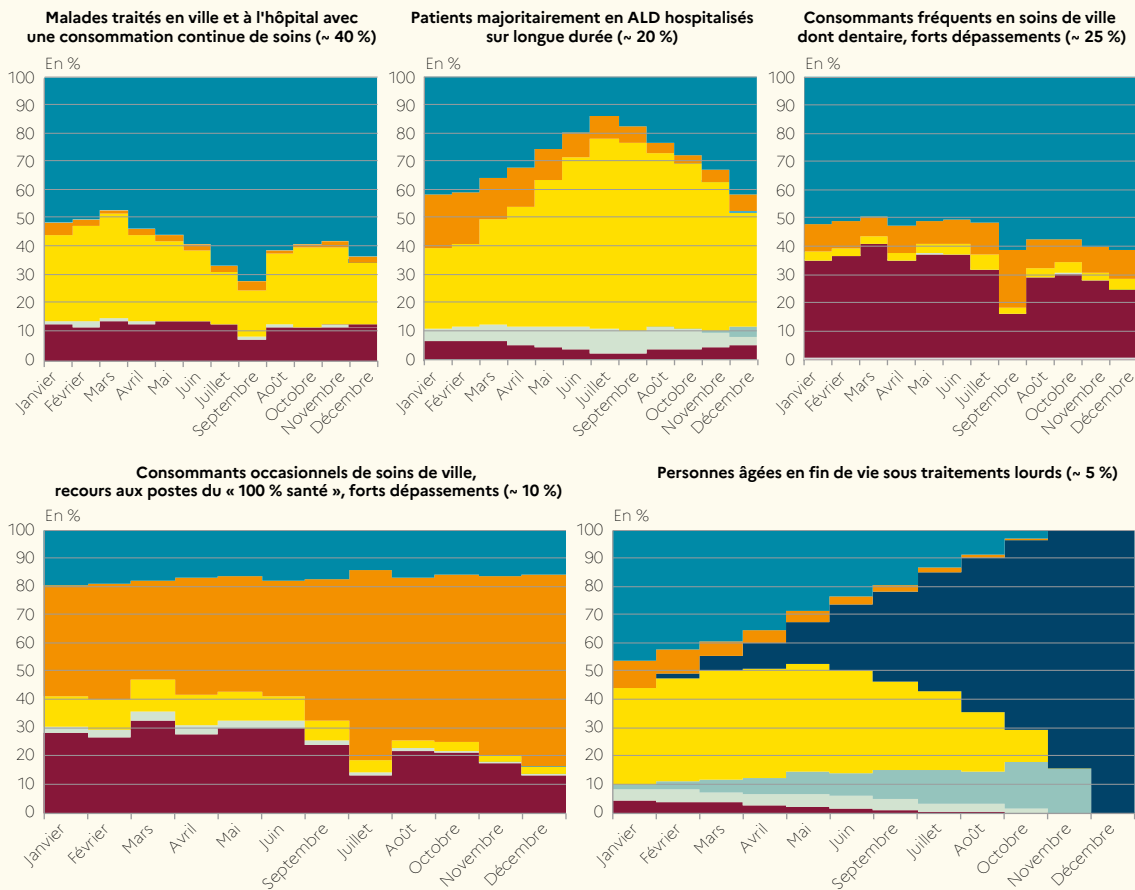
Dans ce groupe, environ 30 % des personnes en ALD sont en poly-ALD, avec une majorité de tumeurs malignes, d'insuffisances cardiaques et de diabète. Les patients du deuxième profil sont majoritairement en ALD, hospitalisés pendant de longues périodes (environ 20 % du top 0,1 %). Ils sont âgés en moyenne de 63 ans et passent un peu moins d'un mois en hospitalisation à temps complet au cours de l'année. Ils reçoivent des soins en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), mais également en soins de suite

et réadaptation (SSR) et en psychiatrie (PSY). La part des dépassements en pourcentage de leur dépense est faible. Bien que la majorité d'entre eux soient en ALD (environ 60 %, contre 18 % dans la population des personnes consommant des soins), ils restent exposés à des RAC AMO importants à l'hôpital. Les ALD les plus représentées dans ce groupe sont les tumeurs malignes, les accidents vasculaires cérébraux invalidants, les affections psychiatriques de longue durée et le diabète. Le dispositif ALD à l'hôpital permet de limiter ou

7. L'hospitalisation complète désigne les hospitalisations avec hébergement de nuit. L'hospitalisation partielle comprend les séjours en ambulatoire ainsi que les séjours de plusieurs jours sans nuitée.

GRAPHIQUE 5

Distribution des états dans chaque profil de consommation parmi le top 0,1 % des patients qui supportent les RAC AMO les plus élevés



Lecture • Parmi les personnes âgées en fin de vie sous traitement lourd, l'ensemble de celles-ci décèdent avant la fin de l'année. Parmi les malades traités en ville et à l'hôpital à la consommation continue de soins, le premier mois de l'année, la moitié consomme uniquement des soins de ville, 6 % ne consomment pas, 12 % consomment des aides auditives, du dentaire ou de l'optique avec éventuellement d'autres dépenses en ville, 2 % sont hospitalisés (privé ou public) mais ne consomment pas en ville et 31 % ont des dépenses à la fois à l'hôpital et en ville.

Champ • Population des consommateurs affiliés à l'ensemble des régimes (exceptés Sénat et Assemblée Nationale) ; champ hospitalier complet (MCO, HAD, SSR, PSY) dans le privé et le public ; dépenses en ville et à l'hôpital directement individualisables, remboursables et présentées au remboursement ; hors médico-social. Top 0,1 % des consommateurs, en excluant les restes à charge au-delà du 99,5^e quantile du dernier millième.

Sources • DCIRS (CNAM) et PMSI (ATIH) 2017. Calculs DREES.

de supprimer le ticket modérateur pour les soins en rapport avec l'ALD, mais ne dispense pas de payer le forfait journalier (frais d'hébergement), ce qui génère une hausse du RAC en cas d'hospitalisation de longue durée. L'essentiel du RAC AMO supporté par cette population est opposable, donc majoritairement pris en charge par les organismes complémentaires si le patient dispose d'une assurance complémentaire.

Le troisième profil est majoritairement constitué de personnes âgées de 50 à 75 ans dont la consommation continue en soins de ville est ponctuée par des actes prothétiques dentaires ou des achats d'audioprothèses avec des dépassements élevés (environ un quart du top 0,1 %). Il s'agit de patients qui consomment des soins de ville de manière très récurrente avec de forts dépassements. Le triptyque aides auditives, dentaire et optique contribue à hauteur de 70 % à leur RAC AMO, dont près de deux tiers pour le dentaire. Les dépassements en dentaire représentent à eux seuls 6 900 euros en moyenne. Ce profil, comme le suivant,

présente une moindre proportion de patients avec des maladies chroniques que dans les autres groupes (moins d'un tiers d'ALD).

Au sein du quatrième profil, les patients sont plus jeunes, majoritairement de 40 à 65 ans, et consomment occasionnellement des soins de ville avec de forts dépassements (environ 10 % du top 0,1 %). Il s'agit surtout d'hommes (environ 60 %), sans maladies chroniques (environ un dixième d'ALD), dont la consommation annuelle est plus concentrée que pour ceux du profil précédent, avec plusieurs mois sans aucun événement de soins. Ils consomment ponctuellement des soins très onéreux en dentaire et en biens médicaux, hors optique, avec de forts dépassements. Le triptyque aides auditives, dentaire et optique contribue à leur RAC AMO à hauteur de 70 %. Les dépassements en dentaire représentent 8 400 euros en moyenne. Ils se distinguent aussi par des périodes d'hospitalisation dans le privé ou le public, avec des dépenses en honoraires de spécialistes.

La réforme du « 100 % santé » pourrait avoir un net impact sur les personnes de ces deux derniers profils en limitant le niveau de dépassements et en améliorant la prise en charge après AMO, si ces patients optent pour des soins du panier « 100 % santé ».

Le cinquième profil regroupe majoritairement les personnes âgées (plus de 75 ans) en fin de vie et sous traitements lourds (5 % du top 0,1 %). Il s'agit de personnes âgées qui meurent toutes en cours d'année, après avoir reçu des traitements lourds en ville ou à l'hôpital. Environ la moitié d'entre elles sont en ALD, dont plus du tiers au titre de plusieurs pathologies, avec pour ALD majoritaire la tumeur maligne. Elles ont en moyenne 25 jours d'hospitalisation à temps complet au cours de l'année, majoritairement en MCO. Cette population n'est exposée qu'à de très faibles dépassements d'honoraires en pourcentage de leur dépense. La majorité de leur RAC AMO est un RAC opposable à l'hôpital public. Les postes d'optique, d'aides auditives et de dentaire représentent moins de 5 % de leur RAC AMO. ■

POUR EN SAVOIR PLUS

- **Barlet, M., et al. (dir), Lapinte, A., Pollak, C. (coord)** (2019, avril). *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.
- **Fouquet, M.** (2020, octobre). Une hausse modérée de la couverture de la population suite à la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. DREES, *Études et Résultats*, 1166.
- **Franc, C., Pierre, A.** (2016, avril). Restes à charge élevés : profils d'assurés et persistance dans le temps. Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 217.
- **Gastaldi-Ménager, C., Geoffard, P.-Y., de Lagasnerie, G.** (2016). Medical Spending in France: Concentration, Persistence and Evolution before Death. *Fiscal Studies*, Wiley, 37 (3-4), pp. 499-526.
- **Gonzalez, L., et al.** (2018, septembre). *Les dépenses de santé en 2017*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.
- **Irdes** (2020, février). Les restes à charge ou les dépenses de santé catastrophiques en France et à l'étranger. *Synthèses & Bibliographies*.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication :
Fabrice Lenglard

Responsable d'édition :
Souphaphone Douangdara

Rédactrice en chef technique :
Sabine Boulanger

Secrétaire de rédaction :
Élisabeth Castaing

Composition et mise en pages :
NDBD

Conception graphique :
Julie Hiet et Philippe Brulin

Pour toute information :
drees-infos@sante.gouv.fr
Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384



La DREES fait partie du Service statistique public piloté par l'Insee.