

N° 229 • mars 2003

Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle (CMU) ont eu, en 2000, des dépenses de soins supérieures de 13 % à celles des personnes non couvertes malgré une structure d'âge plus jeune. À âge et sexe équivalents, cet écart atteint 30 %, mais il s'explique principalement par un état de santé moins bon chez les bénéficiaires de la CMU, et plus particulièrement chez les anciens bénéficiaires de l'aide médicale départementale (AMD). À état de santé égal, les dépenses des bénéficiaires de la CMU apparaissent plus comparables à celles des autres assurés complémentaires, étant supérieures d'environ 14 % pour les dépenses ambulatoires mais pas significativement différentes pour les dépenses hospitalières. Comparée à une situation sans aucune assurance complémentaire, la CMU accroît la probabilité de recourir dans l'année à l'ensemble des soins, y compris aux soins dentaires et optiques, et augmente la dépense totale de soins d'environ 20 %. La CMU permet à cet égard de limiter le renoncement aux soins pour des raisons financières dans une proportion voisine à celle observée pour les autres assurances complémentaires. A la fin 2000, les bénéficiaires de la CMU considéraient plus souvent que les non bénéficiaires que leur état de santé s'était amélioré en une année.

L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins

Depuis le 1^{er} janvier 2000, la couverture maladie universelle (CMU) permet de fournir une couverture complémentaire gratuite à toute personne résidant en France de manière stable et régulière sous condition de ressource (encadré 1). Elle a remplacé l'aide médicale départementale (AMD) dispensée par les conseils généraux dans le cadre de l'aide sociale décentralisée¹ [4]. La CMU permet la prise en charge avec dispense d'avance de frais du ticket modérateur, du forfait journalier et des frais supplémentaires concernant les prothèses dentaires, l'orthopédie dento-faciale et certains dispositifs médicaux à usage individuel (lunettes, audio-prothèses...).

La présente étude a pour objet d'estimer l'influence de la CMU sur les dépenses de santé des personnes vivant en ménages ordinaires, à partir d'un appariement des *Échantillons permanents des assurés sociaux* (EPAS) de la CNAMTS, de la CANAM et de la MSA et de l'enquête *Santé et protection sociale* (SPS) du CREDES, pour l'année 2000 (encadré 2). Les dépenses de soins ici prises en compte sont les dépenses remboursables par l'assurance maladie, exprimées en base de remboursement de la sécurité sociale. En effet, en dehors de forfaits sur certains actes dentaires et optiques, les médecins ont l'obligation d'appliquer les tarifs de convention à tout bénéficiaire de la CMU. On distingue les dépenses liées à l'hospitalisation et les différentes catégories de dé-

Denis RAYNAUD

Ministère des Affaires sociales, du travail et de la solidarité
Ministère de la Santé, de la famille et des personnes handicapées
DREES

1. L'AMD fournissait également une couverture complémentaire gratuite, mais selon des modalités variables entre les départements.



E•1**La couverture maladie universelle**

Instaurée par la loi du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle, la CMU est entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000. Ce dispositif comporte deux volets, la CMU de base et la CMU complémentaire.

L'affiliation à l'assurance maladie sur critère de résidence ou CMU de base

La CMU de base permet d'affilier automatiquement au régime général de l'assurance maladie sur critère de résidence, toute personne résidant en France de façon stable et régulière, si elle n'a pas de droits ouverts à un autre titre à un régime d'assurance maladie (à titre professionnel, d'allocataire ou d'ayant droit d'un assuré).

La CMU complémentaire

La CMU complémentaire permet de fournir une couverture complémentaire gratuite à toute personne résidant en France de manière stable et régulière sous condition de ressource fixée par décret. Elle remplace l'aide médicale dispensée par les conseils généraux dans le cadre de l'aide sociale décentralisée. Les personnes qui bénéficiaient en 1999 de l'aide médicale y compris les titulaires du RMI ont été transférées automatiquement à la CMU complémentaire au 1^{er} janvier 2000.

La CMU complémentaire permet la prise en charge avec dispense d'avance de frais du ticket modérateur, du forfait journalier et des frais supplémentaires concernant les prothèses dentaires, l'orthopédie dento-faciale et certains dispositifs médicaux à usage individuel (lunettes, audio-prothèses...). Le demandeur choisit si les prestations seront gérées par une caisse d'assurance maladie ou un organisme complémentaire (mutuelle, société d'assurance ou institution de prévoyance) ayant indiqué vouloir assurer cette gestion.

L'ouverture des droits est conditionnée par le dépôt d'une demande auprès d'une caisse d'assurance maladie. Le plafond de ressources varie selon la composition du foyer. Il est majoré de 50 % pour la deuxième personne, de 30 % pour les troisième et quatrième personnes, et de 40 % à partir de la cinquième personne. Le foyer CMU se compose du demandeur, de son conjoint et des enfants de moins de 25 ans sous certaines conditions. Le plafond de ressources, fixé à 534 € mensuels pour une personne seule au 1^{er} janvier 2000, est en 2002 de 562 € mensuels. Les droits à la CMU complémentaire sont ouverts pour un an.

Au 30 juin 2002, le nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire s'élevait à 4,7 millions de personnes pour la France entière, dont 4,1 millions pour la France métropolitaine et 600 000 dans les DOM.

penses ambulatoires (pharmaceutiques, médecins omnipraticiens et spécialistes, dentaires, optiques, analyses biologiques et auxiliaires médicaux). Elles donnent lieu à une brève analyse descriptive, ainsi qu'à une modélisation « toutes choses égales par ailleurs », qui porte à la fois sur la probabilité de recourir aux soins et sur les dépenses.

Des dépenses brutes plus élevées pour les bénéficiaires de la CMU à la fois à l'hôpital et en ville

La moyenne annuelle des dépenses totales de soins exprimées en base de remboursement de la Sécurité sociale s'établit pour l'année 2002 à 1 627 € chez les bénéficiaires de la CMU présents dans l'échantillon réalisé pour l'étude, soit 13 % de plus que la dépense moyenne des personnes non couvertes par la CMU (1 443 €) [tableau 1]. Cet écart est inférieur à celui estimé à partir de l'EPAS [8] en raison d'une moindre présence des pathologies les plus lourdes dans l'échantillon apparié (encadré 3). Les dépenses des bénéficiaires de la CMU sont supérieures à celles des non bénéficiaires que l'on considère les dépenses hospitalières (resp. 851 € et 715 €) ou les dépenses ambulatoires (resp. 777 € et 727 €).

Les bénéficiaires de la CMU étant globalement plus jeunes, ces écarts de dépenses, calculés à structures d'âge et de sexe comparables sont amplifiés. Les dépenses totales de soins, en base de remboursement, des bénéficiaires de la CMU deviennent ainsi, à âge et sexe équivalents, supérieures de 30 % à celles des personnes non couvertes par la CMU², ces écarts étant de 34 % pour les dépenses hospitalières et de 27 % pour les dépenses ambulatoires. Au sein des dépenses ambulatoires, les écarts de dépense les plus importants au profit des bénéficiaires de la CMU concernent, à âge et sexe équivalents, les dépenses en omnipraticiens (+ 45 %), et les dépenses pharmaceutiques (+ 29 %). En revanche, les bénéficiaires de la CMU n'ont pas de dépenses significativement différentes de

T•01 les dépenses de santé par tête en 2000

TYPE DE DEPENSE (1)	DEPENSES BRUTES en euros		INDICE DE DEPENSE à âge et sexe équivalents
	Bénéficiaires de la CMU	Non bénéficiaires	Bénéficiaires de la CMU (base 100 en l'absence de CMU)
Dépenses Totales (2)	1627	1443	130
Hospitalisation	851	715	134
Ambulatoire	777	727	127
Omnipraticiens (3)	121	92	145
Spécialistes	87	94	111
Pharmacie	324	320	129
Auxiliaires médicaux	65	73	109
Biologie	35	43	98
Dentaire	49	52	97
Dentaire (y/c dépassements)	63	99	65
Optique	3	3	93
Optique (y/c dépassements)	14	42	41

(1) Les dépenses sont en base de remboursement, sauf précision contraire.

(2) Les dépenses agrégées (dépenses totales, ambulatoires et hospitalières) sont calculées pour les assurés de la Cnamts.

(3) Les dépenses ambulatoires détaillées sont calculées pour les assurés des trois caisses. (Cnamts, Msa, Canam).

Champ : assurés de la Cnamts, Msa et Canam, vivant en ménages ordinaires, France Métropolitaine.

Source : appariement Epas-Sps 2000 - Traitement : Drees.

2. Si on étudie l'ensemble des dépenses, en intégrant les dépassements qui sont interdits (honoraires) ou plafonnés (dentaire et optique) pour les bénéficiaires de la CMU, alors l'écart de dépense à âge et sexe équivalents entre les bénéficiaires de la CMU et les autres assurés sociaux est de 23 %.

celles des non bénéficiaires, toujours à âge et sexe équivalents, en ce qui concerne le recours aux spécialistes (+ 11 %), aux auxiliaires médicaux (+ 9 %), les analyses biologiques (- 2 %), les soins et prothèses dentaires (- 3 %), et enfin l'optique (- 7 %). Ainsi, à âge et sexe équivalents, sur un écart total de dépenses de soins de 30 % entre bénéficiaires et non bénéficiaires de la CMU, 17 % sont expliqués par l'hospitalisation, 6 % par la pharmacie, et 3 % par les honoraires d'omnipraticiens.

Par ailleurs, une différence significative apparaît, au sein des bénéficiaires de la CMU, entre ceux auparavant couverts par l'Aide médicale départementale (AMD), qui ont bénéficié automatiquement de la CMU dès sa mise en place, et les nouveaux bénéficiaires. À âge et sexe équivalents, les dépenses ambulatoires annuelles de ces derniers sont en effet comparables à celles des personnes qui ne bénéficient pas de la CMU, alors que celles des anciens bénéficiaires de l'AMD leur sont supérieures de 40 %. La très forte concentration des dépenses hospitalières et le faible nombre de nouveaux bénéficiaires de la CMU (189) dans SPS 2000 ne permettent toutefois pas de calculer une moyenne de dépense hospitalière ayant un sens pour ces derniers.

Ces constats doivent naturellement être mis en parallèle avec les besoins en soins médicaux évalués grâce au questionnaire santé de l'enquête SPS.

Un état de santé moins bon chez les bénéficiaires de la CMU à sexe et âge donnés

En moyenne, les indicateurs de risque vital et d'invalidité (cf. encadré 2) construits à partir de l'enquête SPS semblent comparables chez les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMU. Mais ce résultat tient à la jeunesse relative des bénéficiaires de la CMU. La prise en compte de leur différence d'âge fait au contraire apparaître une différence très significative d'état de santé à âge égal, les bénéficiaires de la CMU subissant plus fréquemment des risques vitaux ou des invalidités importantes.

À partir des indicateurs d'invalidité, de risque vital, et de l'auto-évaluation de l'état de santé des personnes pour lesquelles le questionnaire santé de l'enquête SPS a pu être entièrement exploité, des indices synthétiques d'état de santé à âge

et sexe équivalents peuvent être construits et normalisés³ (la référence étant un indice 100 pour les non bénéficiaires). Ces indices synthétiques sont tous supérieurs à 100 pour les bénéficiaires de la CMU, ce qui dénote, à âge et sexe équivalents, un plus mauvais état de santé (tableau 2). Les indices synthétiques de risque vital et d'invalidité des bénéficiaires de la CMU sont ainsi respectivement

estimés à 123 et 111. En ce qui concerne l'invalidité, une différence significative apparaît, de même qu'en matière de dépenses, entre ceux qui bénéficiaient auparavant de l'AMD, et les nouveaux bénéficiaires de la CMU. En effet, l'indice synthétique d'invalidité des anciens bénéficiaires de l'AMD est estimé à 123, contre seulement 95 pour les nouveaux bénéficiaires de la CMU. À structures d'âge

T02

indices synthétiques d'état de santé

	INDICES SYNTHÉTIQUES D'ÉTAT DE SANTÉ à âge et sexe équivalents. Base 100 en l'absence de CMU		
	risque vital	Invalidité	Mauvaise santé ressentie
Bénéficiaires de la CMU	123	111	140
Anciens bénéficiaires de l'AMD	126	123	156
Nouveaux bénéficiaires de la CMU	122	95	111
Non bénéficiaires de la CMU	100	100	100

Champ : assurés de la Cnamts, Msa et Canam, vivant en ménages ordinaires, France Métropolitaine.
Source : appariement Epas-Sps 2000 - Traitement : Drees.

E2

Les données

Les données proviennent de l'appariement de deux sources différentes, l'échantillon Permanent des Assurés Sociaux (EPAS), et l'enquête Santé et Protection Sociale (SPS) du CREDES pour l'année 2000.

L'EPAS est un échantillon représentatif au 1/600ème des assurés de la Cnamts, de la MSA, de la Canam, et de leurs ayants droit. Cet échantillon a été doublé en 1999. Il contient deux types de données : d'une part, des données se rapportant aux personnes protégées par l'assurance maladie pendant une période donnée, à savoir âge, sexe, exonération éventuelle du ticket modérateur, et d'autre part, des données relatives à l'ensemble des remboursements d'assurance maladie versés aux personnes présentes dans l'EPAS. Toutefois, certaines consommations de santé échappent à l'EPAS, c'est le cas des consommations non prescrites ou non remboursables ainsi que des consommations remboursables mais non présentées au remboursement.

L'enquête SPS est une enquête auprès des ménages présents dans l'EPAS, elle est représentative d'environ 95 % des ménages français. Jusqu'en 1998, le CREDES a enquêté annuellement un quart des ménages présents dans ces échantillons. Depuis 2000, l'enquête est biennale avec un échantillon doublé. Sur dix ménages contactés, six acceptent de participer à l'enquête, ce qui représente environ 7 000 ménages. L'enquête SPS se déroule en deux vagues, l'une au printemps, l'autre à l'automne. Les informations recueillies sont de trois ordres : des informations sociodémographiques, des informations sur la protection sociale, et des données de morbidité. Ces dernières permettent de calculer des indicateurs de risque vital et d'invalidité, qui sont des notes synthétiques attribuées par les médecins du CREDES au vu des pathologies, handicaps, traitements et risques (tabac, alcool, obésité) déclarés par l'enquêté. Le risque vital est un indicateur de la probabilité de décès à horizon de cinq à dix ans et l'invalidité est un indicateur de niveau de gêne lié à l'état de santé. Enfin, une auto-évaluation de l'état de santé, sous la forme d'une note allant de zéro à dix, est également recueillie par l'enquête SPS.

Le fichier des données issues de l'enquête SPS est apparié par le CREDES aux informations de l'EPAS disponibles sur les ménages échantillonnés. L'échantillon apparié comprend au final environ 9 000 personnes, dont 500 bénéficiaires de la CMU.

Les dépenses de soins ici prises en compte sont les dépenses remboursables par l'assurance maladie, exprimées en base de remboursement de la sécurité sociale (ou « dépense reconnue »), pour pouvoir comparer les dépenses des bénéficiaires de la CMU à celles des non bénéficiaires sur une base identique. En effet, en dehors de forfaits sur certains actes dentaires et optiques, les médecins ont l'obligation d'appliquer les tarifs du secteur I à tout bénéficiaire de la CMU. On distingue les dépenses liées à l'hospitalisation et les différentes catégories de dépenses ambulatoires (pharmaceutiques, médecins généralistes et spécialistes, dentaires, optiques, analyses biologiques et auxiliaires médicaux).

3. Les pondérations utilisées, définies par le CREDES pour le risque vital et l'invalidité, se basent sur les taux de pensions octroyées par l'assurance invalidité du régime général de la Sécurité sociale.

et de sexe comparables, les anciens bénéficiaires de l'AMD souffrent donc plus souvent d'invalidités que les personnes ne bénéficiant pas de la CMU, contrairement aux nouveaux bénéficiaires de la CMU qui ne s'en distinguent pas. Leurs indices synthétiques de risque vital ne sont en revanche pas significativement différents (respectivement 126 et 122). Ces résultats sont confirmés par une régression multivariée : « toutes choses égales par ailleurs » la probabilité d'avoir un indicateur de risque vital correspondant au moins à l'existence d'un risque possible est plus élevée de 27 % chez les bénéficiaires de la CMU que chez les non bénéficiaires. La probabilité de souffrir d'une invalidité gênante ou d'une invalidité plus importante est quant à elle plus élevée de 23 % chez les anciens bénéficiaires de l'AMD que chez les personnes ne bénéficiant pas de la CMU mais aussi que chez les nouveaux bénéficiaires de la CMU. En outre, les anciens bénéficiaires de l'AMD déclarent plus souvent être exonérés du ticket modérateur en raison d'une affection de longue durée.

Au vu des indicateurs synthétiques de risque vital et d'invalidité, il semble donc logique que la perception que les bénéficiaires de la CMU ont de leur état de santé soit également plus mauvaise.

Leur indicateur synthétique d'état de santé ressenti est estimé à 140, avec là encore une différence entre les nouveaux bénéficiaires (111) et les anciens bénéficiaires de l'AMD (156). Ces derniers déclarent en outre plus fréquemment souffrir de douleurs très importantes. Toutefois, l'ampleur de ces différences de perception ne s'explique pas entièrement par les indicateurs d'état de santé. En effet, toutes choses égales par ailleurs, et en particulier à risque vital, invalidité et exonération du ticket modérateur donnés, les anciens bénéficiaires de l'AMD évaluent près de deux fois plus souvent leur état de santé par une note inférieure ou égale à 5 sur 10 que les personnes ne bénéficiant pas de la CMU, les nouveaux bénéficiaires de la CMU, quant à eux, ne se distinguant pas des non bénéficiaires.

Au bout du compte, les bénéficiaires de la CMU apparaissent donc en plus mauvaise santé que les non bénéficiaires, mais c'est surtout le cas pour les anciens bénéficiaires de l'AMD. En effet, avant la mise en place de la CMU, l'éligibilité à l'AMD pouvait, dans certains départements, être conditionnée à des critères d'état de santé au dessus des seuils de revenus fixés. En outre, les bénéficiaires de l'AMD ne faisaient souvent jouer leurs droits qu'en cas de besoins de soins, et donc de difficultés de santé avérées.

À état de santé égal, les dépenses des bénéficiaires de la CMU apparaissent plus comparables à celles des autres assurés complémentaires...

L'instauration de la CMU visait à permettre aux plus démunis d'accéder à des soins gratuits tout en les dispensant d'avancer les frais médicaux. Ses bénéficiaires forment effectivement une population particulière, d'origine sociale modeste ou le chômage et l'inactivité sont fortement présents, et dont l'état de santé est moins bon que celui du reste de la population (encadré 4). Ces caractéristiques influant également sur les dépenses de santé [2], l'effet propre de la CMU sur la consommation de soins médicaux doit être évalué à l'aide d'un modèle Tobit généralisé (encadré 5) tenant compte des caractéristiques sociodémographiques, des différences d'état de santé, et du bénéfice d'une exonération du ticket modérateur pour affection de longue durée. Les dépenses de santé des bénéficiaires de la CMU peuvent alors être comparées « toutes choses égales par ailleurs » à celles des personnes sans assurance complémentaire (situation de référence des régressions) ou bénéficiant d'une couverture complémentaire autre que la CMU.

« Toutes choses égales par ailleurs », et donc à indicateurs d'état de santé donnés, les dépenses ambulatoires exprimées en base de remboursement de la Sécurité sociale sont supérieures de 40 % à la situation de référence chez les bénéficiaires de la CMU, et de 26 % chez les assurés complémentaires hors CMU. L'écart entre ces deux effets est significatif au sens statistique avec un niveau de confiance de 90 %. En revanche, il n'apparaît pas d'influence significative de la CMU ou d'une assurance complémentaire traditionnelle sur les dépenses hospitalières. En effet, les dépenses hospitalières étant financées à 91 % par le régime de base de la Sécurité sociale [1], les restrictions d'accès aux soins pour des raisons financières en l'absence d'assurance complémentaire concernent plutôt les dépenses ambulatoires. C'est pourquoi la gratuité des soins sans avance de frais permise par la CMU peut conduire à un meilleur accès aux soins ambulatoires sans influencer significativement sur les dépenses hospitalières. Au total, quand on considère l'ensemble des soins

E-3

Comparaison avec les dépenses moyennes des bénéficiaires de la CMU de l'EPAS non apparié

Les résultats de la présente étude, à partir de l'appariement EPAS-SPS 2000, ne sont pas entièrement comparables avec ceux publiés par la CNAMTS à partir de l'EPAS 2000 sur la consommation médicale des bénéficiaires de la CMU en 2000 (Point Stat n°35). Premièrement, l'enquête SPS concerne les ménages ordinaires, ce qui exclut les personnes hébergées en institution qui sont présentes dans l'EPAS. De plus, le refus de participer à l'enquête SPS est plus élevé dans les ménages comprenant une personne en mauvaise santé. Une pondération des données sur la base de la répartition des dépenses hospitalières de l'EPAS complet permet toutefois de limiter ce biais. Ensuite, l'étude de la CNAMTS exclut les personnes qui n'ont présenté aucun soin au remboursement en 2000, alors qu'elles sont incluses dans l'appariement EPAS-SPS si elles ont répondu à l'enquête SPS. Enfin, il existe des différences de champ sur la répartition ville/hôpital concernant principalement les consultations externes et les honoraires relevant du secteur privé hospitalier.

À partir de l'EPAS de la CNAMTS, les dépenses des bénéficiaires de la CMU sont en moyenne supérieures de 30 % à celles des non bénéficiaires [8]. Une analyse par décile montre que sur les 9 premiers déciles, l'écart de dépense est de 10 % [9]. C'est donc une très grande concentration des dépenses extrêmes, évoquant une sur-représentation de pathologies lourdes chez les bénéficiaires de la CMU, qui semble expliquer principalement l'écart observé.

Dans l'appariement EPAS-SPS 2000, en se restreignant aux assurés de la CNAMTS ayant présenté au moins un soin au remboursement dans l'année, les dépenses des bénéficiaires de la CMU sont en moyenne supérieures de 13 % à celles des non bénéficiaires. En se restreignant aux neuf premiers déciles, cet écart est, comme dans l'EPAS, de 10 %. Par rapport à l'EPAS, les bénéficiaires de la CMU de l'appariement EPAS-SPS sont donc en nombre moins important parmi les individus ayant des dépenses extrêmes.

ambulatoires ou hospitaliers, les dépenses de santé des bénéficiaires de la CMU exprimées en base de remboursement de la Sécurité sociale sont « toutes choses égales par ailleurs » supérieures de 21 % à celles des personnes sans assurance complémentaire, ce qui est légèrement supérieur mais n'est pas significativement différent au sens statistique du surplus de dépenses estimé pour les assurés complémentaires hors CMU, qui s'élève à 13 % (tableau 3). Si on considère l'ensemble des dépenses de santé en incluant les dépassements qui sont interdits (honoraires) ou plafonnés (prothèses dentaires et optiques) pour les bénéficiaires de la CMU, le résultat ne change pas de manière significative, l'effet de la CMU (+ 19 %) restant comparable à l'effet d'une assurance complémentaire traditionnelle (+ 20 %).

...mais leurs dépenses d'omnipraticiens et de pharmacie sont plus élevées

L'analyse « toutes choses égales par ailleurs » confirme, à état de santé donné, les dépenses élevées constatées en base de remboursement pour les bénéficiaires de la CMU, en ce qui concerne les médecins omnipraticiens et la pharmacie. Les dépenses d'omnipraticiens des bénéficiaires de la CMU sont ainsi, « toutes choses égales par ailleurs », supérieures de 12 % à celles des personnes sans couverture complémentaire, alors que le bénéfice d'une assurance complémentaire hors CMU n'a pas d'influence significative (- 3 %) sur la dépense en omnipraticien en raison d'une substitution vers les médecins spécialistes.

Quant aux dépenses pharmaceutiques des bénéficiaires de la CMU, elles sont, « toutes choses égales par ailleurs », plus élevées de 32 % par rapport à la situation de référence sans assurance complémentaire, cet écart étant significativement plus fort, avec un niveau de confiance de 90 %, que celui de 16 % estimé pour les assurés complémentaires hors CMU.

Les anciens bénéficiaires de l'AMD sont plus nombreux à recourir aux médecins omnipraticiens et à la pharmacie...

Au sein des bénéficiaires de la CMU, une différence de comportement de consommation apparaît entre les

anciens bénéficiaires de l'AMD et les nouveaux bénéficiaires de la CMU, en ce qui concerne la probabilité de recourir au moins une fois dans l'année aux médecins omnipraticiens ou à des consommations pharmaceutiques, bien qu'il n'y ait pas de différence significative sur les dépenses.

En effet, « toutes choses égales par ailleurs », les anciens bénéficiaires de l'AMD ont une probabilité de recourir dans l'année à un médecin omnipraticien et une probabilité de présenter au remboursement de la Sécurité sociale des produits pharmaceutiques plus élevées que les nouveaux bénéficiaires de la

T 03 influence de la CMU sur la dépense de soins

TYPES DE DÉPENSES (1)	Bénéficiaires de la CMU	Assurés complémentaires hors CMU
Dépenses Totales (2)	+ 21 %	+ 13 %
Hospitalisation (2)	ns	ns
Ambulatoire	+ 40 %	+ 26 %
Omnipraticiens	+ 12 %	ns
Spécialistes	- 6 % (ex-amd) + 16 % (nouv. cmu)	+ 22 %
Pharmacie	+ 32 %	+ 16 %
Auxiliaires médicaux	ns	ns
Biologie	ns	ns
Dentaire	ns	ns
Dentaire (y/c dépassements)	ns	+ 22 %
Optique	ns	ns
Optique (y/c dépassements)	- 60 %	+ 28 %

Lecture : Par rapport à une situation de référence sans assurance complémentaire, les dépenses totales de soins des bénéficiaires de la CMU sont, toutes choses égales par ailleurs, plus élevées de 21 %.

ns : non significativement différent de zéro.

(1) Les dépenses sont en base de remboursement, sauf précision contraire.

(2) Les estimations sur les dépenses totales et hospitalières sont calculées pour les assurés de la Cnamts.

Champ : assurés de la Cnamts, Msa et Canam, vivant en ménages ordinaires, France Métropolitaine.

Source : appariement Epas-Sps 2000 - Traitement : Drees

E.4

Caractéristiques des bénéficiaires de la CMU de l'appariement EPAS-SPS 2000

Les caractéristiques sociodémographiques des 500 bénéficiaires de la CMU de l'appariement EPAS-SPS 2000 sont globalement comparables à celles observées dans l'enquête auprès des bénéficiaires de la CMU réalisée par la DREES de novembre 2000 à janvier 2001 à partir d'un échantillon de 3 000 ménages bénéficiaires de la CMU complémentaire (voir Études et résultats n°152).

Une population jeune, féminine et urbaine, avec un poids élevé de la monoparentalité

Les bénéficiaires de la CMU sont nettement plus jeunes que les autres personnes de l'appariement EPAS-SPS. 40 % ont moins de 20 ans, contre 25 % chez les non bénéficiaires, et seulement 8 % ont 60 ans ou plus (contre 21 %), le minimum vieillesse versé aux personnes âgées démunies se situant au dessus du seuil de la CMU. Ils forment une population à majorité féminine (58 %, contre 51 % chez les non bénéficiaires). Cette sur-représentation des femmes semble en partie liée au poids des familles monoparentales le plus souvent organisées autour des mères, qui représentent un quart des ménages bénéficiaires de la CMU. Les adultes bénéficiaires de la CMU déclarent en effet plus souvent être divorcés ou séparés (15 % contre 5 %) ou célibataires (35 % contre 20 %) que les adultes non couverts par la CMU. Les familles nombreuses sont également plus fréquentes parmi les ménages bénéficiaires de la CMU, 8 % des ménages comptant 6 personnes ou plus (contre 2 %). Les bénéficiaires de la CMU vivent essentiellement en milieu urbain, 75 % appartenant à des unités urbaines de plus de 20 000 habitants (contre 53 %).

Des milieux sociaux ouvriers ou employés où le chômage et l'inactivité sont importants

La personne de référence des ménages bénéficiaires de la CMU est moins souvent un actif occupé (34 %) que dans les ménages non bénéficiaires de la CMU (62 %), mais plus souvent au chômage (36 % contre 4 %) ou personne au foyer (17 % contre 3 %). Les ménages bénéficiaires de la CMU sont essentiellement issus des milieux ouvriers (50 % contre 37 %) et employés (26 % contre 13 %). La personne de référence est aussi plus fréquemment un inactif n'ayant jamais travaillé (7 % contre 1 %). Enfin, seulement 9 % des adultes bénéficiaires de la CMU ont un niveau d'études supérieures (contre 22 %).

CMU, qui, pour leur part, ne se distinguent pas des autres assurés complémentaires. Comparée à une situation de référence sans assurance complémentaire, la probabilité de recourir à un omnipraticien dans l'année est plus élevée de 49 % pour les anciens bénéficiaires de l'AMD, alors que cet écart est estimé à seulement 26 % pour les nouveaux bénéficiaires de la CMU, et à 23 % pour les assurés complémentaires traditionnels. Sur la probabilité de recourir à la pharmacie dans l'année, ces effets sont estimés respectivement à 33 % (ex-AMD), 20 % (nouveaux CMU) et 17 % (assurés complémentaires hors CMU).

Les médecins omnipraticiens étant souvent une porte d'entrée vers le système de soins, ces écarts contribuent vraisemblablement à expliquer que seuls 4 % des anciens bénéficiaires de l'AMD présents dans l'échantillon EPAS-SPS n'ont présenté aucun soin au remboursement de la Sécurité sociale durant l'année 2000, alors que cette proportion est de 12 % pour les nouveaux bénéficiaires de la CMU. En outre, les prescriptions de médicaments étant principalement effectuées par les médecins omnipraticiens, le taux de recours plus élevé aux consommations pharmaceutiques des anciens bénéficiaires de l'AMD apparaît comme une conséquence de leur recours plus élevé aux omnipraticiens.

...mais leurs dépenses de spécialistes sont inférieures à celles des nouveaux bénéficiaires de la CMU

« Toutes choses égales par ailleurs », les dépenses de spécialistes des anciens bénéficiaires de l'AMD, exprimées en base de remboursement de la Sécurité sociale, sont inférieures à celles des nouveaux bénéficiaires de la CMU. Alors que les premières sont comparables à celles des personnes sans assurance complémentaire (- 6 %), les dépenses de spécialistes des nouveaux bénéficiaires de la CMU (+ 17 %) sont, quant à elles, plus élevées et proches de celles des assurés complémentaires traditionnels (+ 22 %).

Les bénéficiaires de la CMU qui bénéficiaient de l'AMD en 1999 ont, probablement, pour des raisons d'habitude une plus grande propension que les nouveaux bénéficiaires à consulter un médecin omnipraticien plutôt qu'un spécialiste (encadré 6). En effet, contrairement à la CMU, l'AMD n'interdisait pas les dépassements d'honoraires pour ses bénéficiaires, ce qui les incitait à privilégier les médecins ne pratiquant pas de dépassements, c'est-à-dire plutôt les omnipraticiens. Ainsi, en base de remboursement, la part des dépenses de spécialistes dans l'ensemble des dépenses de médecins est de 42 % pour les anciens

bénéficiaires de l'AMD et de 47 % pour les nouveaux bénéficiaires de la CMU.

Quand on considère l'ensemble des dépenses de médecins (spécialistes et omnipraticiens), il n'y a par contre plus de différence significative de dépense entre les anciens bénéficiaires de l'AMD (+ 15 % par rapport à la situation de référence), les nouveaux bénéficiaires de la CMU (+ 25 %), et les assurés complémentaires hors CMU (+ 14 %). En revanche, les anciens bénéficiaires de l'AMD sont significativement plus nombreux à consulter au moins une fois un médecin dans l'année, ce qui s'explique par leur taux de recours plus élevé aux omnipraticiens.

Dentaire :

la CMU accroît le recours aux soins mais pas la dépense effectuée par chaque individu

Les bases de remboursement de la Sécurité sociale étant limitées en matière de soins dentaires et optiques, il existe des forfaits CMU qui leur sont supérieurs. Toutefois, ceux-ci restent généralement inférieurs aux prix que doivent payer les personnes non couvertes par la CMU. Pour étudier l'impact de la CMU sur la consommation, il semble donc intéressant d'étudier les dépenses totales encourues par les individus pour ces deux types de soins.

« Toutes choses égales par ailleurs », et en particulier à état de santé bucco-dentaire déclaré donné, la probabilité de recourir à des soins dentaires dans une année augmente de 50 % avec le bénéfice de la CMU par rapport à une situation de référence sans assurance complémentaire (tableau 4). Cet effet est comparable, quoi qu'un peu plus élevé, à celui d'une assurance complémentaire hors CMU (+ 38 %). Toutefois, les bénéficiaires de la CMU continuent à déclarer avoir moins souvent effectué une visite préventive chez le dentiste au cours des douze derniers mois que les autres assurés complémentaires⁴.

En revanche, « toutes choses égales par ailleurs », il n'y a pas d'effet significatif de la CMU sur les dépenses dentaires effectuées par chaque individu (+ 5 % par rapport à la situation de référence), que

4. Cela peut refléter un effort de prévention réellement moindre, ou simplement une sous-déclaration de visites préventives de la part des bénéficiaires de la CMU.

E•5

La modélisation des dépenses de santé : le modèle Tobit généralisé

Soit y_2 le montant annuel des dépenses de santé.

$$y_2 = \begin{cases} >0 & \text{si } y_1^* \geq 0 \\ 0 & \text{si } y_1^* < 0 \end{cases} \quad \text{avec : } \begin{cases} y_1^* = x_1 \alpha + u_1 & (1) \\ \log(y_2) = x_2 \beta + u_2 & (2) \end{cases} \quad \text{où } \begin{pmatrix} u_1 \\ u_2 \end{pmatrix} \approx N \left[\begin{pmatrix} 0 \\ 0 \end{pmatrix}, \begin{pmatrix} 1 & \rho\sigma \\ \rho\sigma & \sigma^2 \end{pmatrix} \right]$$

Les dépenses de santé présentées au remboursement de l'assurance maladie sont estimées à partir d'un modèle à deux équations de type Tobit généralisé. La première équation modélise la probabilité d'engager des dépenses de santé dans une année, et la deuxième équation modélise le montant de dépense annuelle de l'ensemble des individus. X_1 et X_2 sont des matrices de variables explicatives incluant les indicateurs d'état de santé, les caractéristiques socio-économiques et démographiques des individus, ainsi que le fait d'être couvert ou non par la CMU.

L'objectif du modèle est d'estimer l'impact des variables explicatives, dont le bénéfice de la CMU, sur la consommation de soins de l'ensemble des individus, qu'ils aient eu ou pas une consommation dans l'année. Dans la deuxième équation, seules les dépenses des individus qui ont effectivement consommé des soins dans l'année sont observées, ce qui introduirait un biais de sélection si l'on se contentait d'estimer la deuxième équation indépendamment de la première. Celui-ci peut être corrigé en tenant compte de la corrélation des résidus dans l'estimation des paramètres de la deuxième équation, en incluant l'inverse du ratio de Mills, estimé à l'aide de la première équation, dans les variables explicatives de la deuxième équation (Méthode de Heckman). Les effets estimés des différentes variables explicatives du modèle sur les dépenses de santé s'interprètent alors comme des effets théoriques sur la dépense dans le cas où décision de consommer et dépense engagée seraient indépendantes. Cette forme de modélisation permet donc de distinguer l'effet des différentes variables sur la probabilité de consommer des soins de leur effet sur la dépense.

l'on considère l'ensemble des dépenses ou seulement les dépenses exprimées en base de remboursement. Le bénéfice d'une assurance complémentaire hors CMU sur les dépenses dentaires exprimées en base de remboursement n'est pas non plus significativement différent de zéro (+ 10 %). En revanche, quand on intègre les dépassements des tarifs de la Sécurité sociale, l'impact de l'assurance complémentaire augmente et devient significativement positif (+ 22 %, il n'est toutefois toujours pas significativement différent de l'effet de 5 % estimé pour la CMU).

En définitive, comparé à une situation de référence sans assurance complémentaire, le bénéfice de la CMU accroît la probabilité de recourir à des soins dentaires, mais n'accroît pas significativement la dépense. Cette influence de la CMU sur les dépenses dentaires apparaît peu (en incluant les dépassements des tarifs de convention) ou pas (en base de remboursement) différente de l'influence d'une assurance complémentaire traditionnelle, peut-être parce que la CMU offre une couverture dentaire significative, qui peut être considérée comme meilleure que ce qu'offraient en 1998 au moins 40 % des contrats d'assurance complémentaire (enquête SPS) [7].

Optique :
la CMU augmente le recours aux soins, mais induit des dépenses individuelles moins élevées du fait des plafonds de remboursement

En raison d'une faible prise en charge par la Sécurité sociale, la base de remboursement des dépenses optiques représente moins de 10 % de l'ensemble des dépenses optiques encourues par les personnes qui ne bénéficient pas de la CMU, et un quart de celles des bénéficiaires de la CMU.

« Toutes choses égales par ailleurs », le bénéfice d'une assurance complémentaire, CMU ou assurance traditionnelle, conduit à un quasi doublement (+ 84 %) de la probabilité de consommation par rapport à la situation de référence⁵. En ce qui concerne l'ensemble des dépenses optiques, c'est-à-dire en incluant les dépassements du tarif de convention, les dépenses des bénéficiaires de la CMU apparaissent toutefois très réduites, en raison des plafonds de remboursement de la CMU, au regard des frais engagés

par les personnes sans couverture complémentaire ou couvertes par une assurance complémentaire hors CMU. « Toutes choses égales par ailleurs », les bénéficiaires de la CMU ont des dépenses optiques même inférieures de moitié (- 60 %) à celles engagées par les personnes sans assurance complémentaire, alors que les dépenses des assurés complémentaires sont les plus élevées (+ 28%). « Toutes choses égales par ailleurs », les dépenses optiques des bénéficiaires de la CMU sont donc trois fois moins élevées que celles des assurés complémentaires. En revanche, si l'on se restreint aux dépenses optiques exprimées en base de remboursement de la Sécurité sociale, les assurances complémentaires, CMU ou assurance traditionnelle, n'ont plus aucune influence sur la dépense.

La CMU permet donc un recours accru aux soins optiques, mais avec des dépenses réduites du fait des forfaits optiques CMU, qui fonctionnent comme des tarifs opposables. La faiblesse des dépenses ne signifie pas pour autant que le prix des lunettes soit à ce point moins élevé pour les bénéficiaires de la CMU. Il est vraisemblable que les tarifs optiques définis pour la CMU ne permettent pas d'accéder à des verres et à des montures de qualités équivalentes à celles choisies par les autres assurés. En effet, ces derniers peuvent payer un reste à charge au-delà des remboursements de leur assu-

rance complémentaire, qui sont souvent plus généreux que les forfaits CMU. Selon l'enquête SPS 1998, la garantie optique offerte par la CMU peut être considérée meilleure que celle offerte par au moins 30 % de l'ensemble des contrats d'assurance complémentaire de l'échantillon. Mais ce sont les personnes qui portent des lunettes ou des lentilles, soit la moitié de l'échantillon, qui engagent le plus souvent des dépenses optiques, et elles bénéficient vraisemblablement des couvertures offrant les meilleures garanties.

Un recours également accru aux auxiliaires médicaux et aux analyses biologiques, mais sans effet sur la dépense par individu

L'influence de la CMU sur les consommations de soins d'auxiliaires médicaux et sur les analyses biologiques est comparable à l'influence d'une assurance complémentaire hors CMU : la probabilité de recours en une année augmente, mais il n'y a pas d'effet significatif sur la dépense effectuée par chaque individu.

« Toutes choses égales par ailleurs », la probabilité de recourir à des soins d'auxiliaires médicaux est plus élevée de 40 % avec la CMU par rapport à une situation de référence sans couverture complémentaire, la probabilité de recourir à des analyses biologiques étant quant à elle plus

T 04 influence de la CMU sur la probabilité de recourir aux soins

TYPES DE SOINS	Bénéficiaires de la CMU	Assurés complémentaires hors CMU
Tous	+ 25 % (ex-AMD) + 9 % (nouv. cmu)	+ 14 %
Hospitalisation (1)	+ 26 %	+ 25 %
Ambulatoire	+ 25 % (ex-AMD) + 9 % (nouv. cmu)	+ 14 %
Omnipraticiens	+ 49 % (ex-AMD) + 26 % (nouv. cmu)	+ 23 %
Spécialistes	+ 65 %	+ 51 %
Pharmacie	+ 33 % (ex-AMD) + 20 % (nouv. cmu)	+ 17 %
Auxiliaires médicaux	+ 40 %	+ 29 %
Biologie	+ 35 %	+ 33 %
Dentaire	+ 50 %	+ 38 %
Optique	+ 84 %	+ 83 %

Lecture : Par rapport à une situation de référence sans assurance complémentaire, la probabilité de présenter au moins un soin au remboursement de l'assurance maladie dans l'année est, toutes choses égales par ailleurs, plus élevée de 25 % chez les anciens bénéficiaires de l'AMD.

ns : non significativement différent de zéro.

(1) Les estimations sur le recours à l'hospitalisation sont calculées pour les assurés de la Cnamts. Champ : assurés de la Cnamts, Msa et Canam, vivant en ménages ordinaires, France Métropolitaine.

Source : appariement Epas-Sps 2000 - Traitement : Drees

5. La personne de référence, qui est sans assurance complémentaire, déclare porter des lunettes.

élevée de 35 %. Cet impact est comparable à celui des autres assurances complémentaires, qui conduisent à des probabilités de recours respectivement plus élevées de 29 % (auxiliaires médicaux) et 33 % (analyses biologiques).

La CMU permet de limiter le renoncement aux soins dans la même proportion que les autres assurances complémentaires

26 % des bénéficiaires de la CMU déclarent en 2000 avoir déjà dû renoncer, pour eux-mêmes, à certains soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois, alors que cette proportion est seulement de 16 % chez les personnes ne bénéficiant pas de la CMU. Cependant, le renoncement aux soins des bénéficiaires de la CMU est moins fréquent que celui des personnes sans aucune couverture complémentaire et disposant d'un revenu mensuel par unité de consommation inférieur à 686 €, pour lesquelles il s'élève à 38 %. Ce renoncement peut remonter à une période antérieure à la mise en place de la CMU. Parmi les personnes ayant déjà renoncé à des soins, deux tiers ont renoncé à des soins ou prothèses dentaires et un quart à des lunettes, lentilles ou montures⁶. Ce renoncement aux soins dans le passé, plus élevé de la part des bénéficiaires de la CMU, est principalement dû à leur situation économique et sociale et, notamment, à la fréquence des situations de chômage. Une analyse « toutes choses égales par ailleurs » permet en effet d'estimer que la probabilité d'avoir dû renoncer à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois est comparable, chez les bénéficiaires de la CMU, à celle des personnes ne bénéficiant d'une autre assurance complémentaire, et inférieure d'un tiers à celle des personnes sans aucune assurance complémentaire.

Davantage de bénéficiaires de la CMU estiment à la fin 2000 que leur santé s'est améliorée en une année

Parmi les personnes interrogées lors de la première vague de l'enquête SPS (printemps 2000), les bénéficiaires de la CMU étaient 8 % à considérer que leur état de santé s'est amélioré en une année,

cette proportion étant identique chez les personnes ne bénéficiant pas de la CMU. En revanche, dans la deuxième vague de l'enquête (automne 2000), 20 % des bénéficiaires de la CMU déclarent que leur état de santé s'est amélioré en un an, alors que cette proportion est toujours de 8 % chez les personnes non couvertes par la CMU. Ces résultats sont confirmés « toutes choses égales par ailleurs ». Les bénéficiaires de la CMU interrogés à l'automne 2000 (deuxième vague) déclarent deux fois plus souvent que les non bénéficiaires une amélioration de leur état de santé. Cette analyse toutes choses égales par ailleurs permet de s'assurer que ce résultat ne dépend pas de différences d'état de santé, ni de différences dans la perception de l'état de santé au moment de l'enquête⁷ entre les individus. Cela ne signifie pas pour autant que leur état de santé réel se soit amélioré, puisqu'on ne dispose pas pour l'année 1999 des indicateurs plus objectifs d'état de santé, comme le risque vital ou l'invalidité.

Les différences de résultats entre les deux vagues sont probablement à mettre en lien avec la montée en charge de la CMU. Au printemps, l'instauration de la CMU était toute récente, et les anciens bénéficiaires de l'AMD étaient nombreux

à ne pas savoir que le dispositif avait changé ni quels étaient leurs droits[3]. Lors de la deuxième vague, la connaissance de la CMU était meilleure, et ses bénéficiaires avaient eu plus de temps pour accéder aux soins, ce qui les a peut-être plus souvent conduit à déclarer que leur état de santé s'était amélioré par rapport à l'année précédente. ●

Bibliographie

- [1] « Les Comptes de la santé 2001 », *Études et résultats* n° 187.
- [2] « Les déterminants individuels des dépenses de santé », *Études et résultats* n° 182.
- [3] « L'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU - Résultats d'une enquête réalisée en novembre 2000 », *Études et résultats* n° 152.
- [4] « L'aide médicale départementale : bilan 1996-1999 », *Études et résultats* n° 126.
- [5] « L'effet de l'aide médicale départementale sur la consommation de soins », *Raynaud, Solidarité santé 2002* n° 1.
- [6] « Santé, soins et protection sociale en 2000 », *Auvray et al., Credes 2001*.
- [7] « La complémentaire maladie en France, qui bénéficie de quels remboursements ? », *Bocognano et al., Credes, 2000*.
- [8] « La consommation médicale des bénéficiaires de la CMU en 2000 », *Point Stat* n° 35, *CNAMTS*.
- [9] « Les dépenses des bénéficiaires de la CMU », *Références* n° 8, *Fonds CMU*.

E•6

Comparée à l'AMD, la CMU permet un meilleur accès aux consultations de spécialistes et aux soins dentaires et optiques

L'influence de l'AMD sur la consommation de soin avait été étudiée par la DREES à partir des enquêtes SPS 1992, 1995 et 1997 appariées avec l'EPAS (Solidarité santé 2002 n°1) en utilisant la même méthodologie. La comparaison des effets estimés de l'AMD et de la CMU sur la consommation de soins indique que l'influence de la CMU est largement supérieure à celle de l'AMD.

Par rapport à une situation de référence sans assurance complémentaire, la CMU conduit à une probabilité de recours plus élevée pour l'ensemble des soins alors que seuls les recours aux médecins omnipraticiens, à la pharmacie, et aux analyses biologiques étaient accrues du fait de l'AMD. Les dépenses totales de santé (incluant les dépassements) des bénéficiaires de l'AMD étaient ensuite estimées, toutes choses égales par ailleurs, inférieures à celles des personnes sans assurance, et inférieures de un tiers à celles des assurés complémentaires traditionnels. Au contraire, les dépenses de santé des bénéficiaires de la CMU sont comparables à celles des assurés complémentaires traditionnels.

Contrairement à l'AMD, la CMU permet donc à ses bénéficiaires de consommer des soins sur un mode comparable à celui des autres assurés complémentaires. La CMU permet en particulier un bien meilleur accès aux consultations de spécialistes et aux soins dentaires et optiques. En effet, contrairement à la CMU, l'AMD n'interdisait pas les dépassements d'honoraires, ce qui limitait l'accès aux spécialistes pour des personnes ayant de faibles ressources. Les tarifs des prothèses dentaires et des lunettes et montures n'étaient en outre pas plafonnés, ce qui induisait plus fréquemment des renoncements à ce type de soins pour des raisons financières, bien que ceux-ci restent, avec la CMU, à un niveau encore élevé (un quart des bénéficiaires de la CMU environ).

6. L'enquête auprès des bénéficiaires de la CMU réalisée par la DREES comprend également une partie sur le renoncement aux soins. *Études et résultats* n° 152.

7. Les différences de perception de l'état de santé, au moment de l'enquête, à état de santé donné sont mesurées par les résidus $\hat{\varepsilon}$ de l'équation $Z = \alpha X + \beta Y + \varepsilon$ où Z est l'auto-évaluation de l'état de santé (note de 0 à 10), X une matrice de variables sociodémographiques, et Y une matrice d'indicateurs objectifs d'état de santé.