

Études & Résultats

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



DÉCEMBRE
2015
NUMÉRO
0944

Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins

En 2015, 5,3 millions de personnes bénéficient de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Créée en 2000, cette complémentaire santé gratuite a pour ambition de jouer un rôle protecteur en permettant aux personnes disposant de faibles ressources d'accéder aux soins.

Les bénéficiaires de la CMU-C sont en plus mauvaise santé que les autres assurés et leurs dépenses de santé sont donc plus élevées. En tenant compte des caractéristiques socio-économiques et des écarts d'état de santé, la CMU-C favorise l'accès aux soins dans les mêmes proportions que les autres couvertures complémentaires.

Lorsqu'ils recourent aux soins, les bénéficiaires de la CMU-C ont des dépenses de santé proches de celles des autres assurés, à l'exception des dépenses de généralistes, qui sont plus élevées. La CMU-C réduit également le risque de renoncement aux soins pour raisons financières, au même titre qu'une couverture complémentaire standard.

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) compte 5,3 millions de bénéficiaires, en avril 2015. Elle couvre les dépenses restant à charge après l'intervention de l'Assurance maladie obligatoire. Destinée aux personnes ayant de faibles ressources, son but est de leur faciliter l'accès aux soins. Elle limite les restes à charge en plafonnant les tarifs et en interdisant la pratique des dépassements aux professionnels de santé et elle dispense également de l'avance de frais (encadré 1). Le recours aux soins des bénéficiaires de la CMU-C et son rôle dans l'accès aux soins est étudié à partir de l'enquête Santé et protection sociale appariée aux données de consommations de soins du système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (SNIIRAM) en 2012 (encadré 2).

Des dépenses plus élevées liées à un état de santé plus dégradé

À structure d'âge et de sexe équivalente¹, les dépenses de santé des bénéficiaires de la CMU-C sont nettement supérieures (+65 %) à celles des personnes sans couverture complémentaire et, dans une moindre mesure (+27 %), à celles des personnes bénéficiant d'une complémentaire santé autre que la CMU-C (graphique). L'écart de dépenses avec les autres assurés provient des soins de ville (+23 %) et

1. La structure par âge et par sexe des bénéficiaires de la CMU-C est calée sur celle des personnes possédant une autre couverture complémentaire – qui est proche de la structure de l'ensemble de la population. Le champ de l'étude est celui des personnes de moins de 65 ans, car il y a très peu de retraités parmi les bénéficiaires de la CMU-C (encadré 3).

•••
2. Le champ est toujours celui des personnes de moins de 65 ans.

des soins à l'hôpital (+38 %). Les dépenses sont considérées en base de remboursement, sauf pour les lunettes et les prothèses dentaires. La comparaison des dépenses s'effectue en éliminant les différences de structure démographique, afin de tenir compte du profil particulier des bénéficiaires de la CMU-C, notamment de leur jeunesse

relative. En effet, plus de la moitié des bénéficiaires ont moins de 30 ans et un tiers sont des enfants de moins de 16 ans (encadré 3). Les dépenses de santé sont à mettre en regard des besoins de soins des assurés. Or de nombreux travaux ont décrit le caractère dégradé de l'état de santé des bénéficiaires de la CMU-C, un constat déjà présent à la

création du dispositif. En favorisant l'accès aux soins, la CMU-C cherche à atténuer les inégalités d'état de santé entre ses bénéficiaires et les autres assurés complémentaires. Les bénéficiaires de la CMU-C sont en plus mauvaise santé que le reste de la population. À structure d'âge et de sexe équivalente, 11 % d'entre eux² se déclara-

ENCADRÉ 1

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), cadre réglementaire et panier de soins

Définition

La CMU-C offre une protection maladie complémentaire gratuite aux personnes disposant de faibles ressources. Elle couvre les dépenses restant à charge après l'intervention des régimes de base de la Sécurité sociale. Ce dispositif est distinct de la CMU de base, couverture obligatoire pour les personnes qui ne sont pas couvertes par un autre régime obligatoire de l'Assurance maladie. Entrée en application le 1^{er} janvier 2000, la CMU-C a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins en diminuant les obstacles financiers. Au 31 décembre 2012, 4,5 millions de personnes bénéficiaient de la CMU-C. La revalorisation du plafond de ressources intervenue le 1^{er} juillet 2013 (*infra*) a provoqué une hausse importante des effectifs. Au 30 avril 2015, on comptabilise 5,3 millions de bénéficiaires (8 % de la population).

Conditions d'éligibilité

La CMU-C est accordée pour un an et doit être renouvelée chaque année. Pour bénéficier du dispositif, il faut être en situation régulière et stable sur le territoire français et disposer de ressources inférieures à 720 euros mensuels (pour une personne seule en France métropolitaine depuis le 1^{er} juillet 2014). Depuis la création de la CMU-C, ce plafond de ressources se situe en deçà du seuil de pauvreté. Avec l'augmentation plus rapide de ce dernier entre 2000 et 2012, le plafond de ressources de la CMU-C s'est retrouvé de 33 % inférieur au seuil de pauvreté en 2012. La revalorisation (de 8 %) intervenue le 1^{er} juillet 2013 a partiellement compensé cette évolution.

Pour limiter l'effet de seuil lié au plafond de ressources, une aide à la complémentaire santé (ACS) a été mise en place en 2005. Cette aide financière est destinée à l'acquisition d'un contrat d'Assurance maladie complémentaire individuel pour les personnes dont les revenus se situent jusqu'à 35 % au-dessus du plafond de la CMU-C. En février 2015, 942 000 personnes bénéficient du dispositif.

Dépenses prises en charge par la CMU-C

La CMU-C complète la prise en charge de l'Assurance maladie à hauteur de 100 % des tarifs de base de la Sécurité sociale pour les soins de ville et hospitaliers (ticket modérateur). Elle couvre également le forfait journalier hospitalier. Pour les soins dentaires prothétiques et l'orthopédie dento-faciale, l'optique et les autres dispositifs médicaux à usage individuel (comme les audioprothèses), des forfaits spécifiques de prise en charge sont définis par arrêté. Ces arrêtés fixent la liste des prestations admises au remboursement et leurs montants, qui constituent le panier de soins de la CMU-C. En juillet 2014, les plafonds de tarifs des lunettes ont été augmentés d'environ 40 % pour prendre en charge les frais d'amincissement des verres en cas de forte correction. Ceux des audioprothèses ont été doublés, en contrepartie d'une prise en charge d'un équipement complet renouvelé tous les quatre ans et non tous les deux ans.

Les tarifs du panier de soins de la CMU-C sont opposables. Cela signifie que les dépassements d'honoraires sont interdits et, pour les dispositifs médicaux, que les professionnels doivent présenter des équipements à des prix inférieurs ou égaux à ces tarifs. Des exceptions sont possibles en cas d'exigence particulière du patient (montures hors forfaits par exemple), de consultation en dehors du parcours de soins coordonnés ou, pour les soins dentaires, de certains actes pouvant bénéficier de l'alternative thérapeutique. Le bénéfice de la CMU-C s'accompagne du tiers payant intégral, c'est-à-dire de la dispense d'avance de frais pour les dépenses couvertes au titre de l'Assurance maladie obligatoire et au titre de la CMU-C.

ENCADRÉ 2

Enquête et données

Enquête Santé et protection sociale (ESPS)

Réalisée par l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé, l'enquête SPSS a interrogé, en 2012, 8 400 ménages soit 23 000 personnes. Elle est représentative des ménages ordinaires dont au moins un membre est couvert par l'un des trois principaux régimes de sécurité sociale (Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés, Mutualité sociale agricole, Régime social des indépendants), soit environ 95 % de la population métropolitaine. Afin de disposer d'effectifs plus importants pour étudier leurs caractéristiques, les bénéficiaires de la CMU-C sont suréchantillonnés dans l'enquête.

Appariement ESPS-SNIIRAM

Les données de l'enquête SPSS sont appariées avec les données de consommation de soins du système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie [SNIIRAM]. Les personnes pour lesquelles ces données sont disponibles sont les bénéficiaires majeurs issus de l'échantillon généraliste des bénéficiaires de l'Assurance maladie (EGB) ainsi que leurs ayants droit et ouvreurs de droit. Ainsi, les données de consommations de soins ne sont complétées que pour un peu plus de la moitié des répondants de l'enquête SPSS (58 %).

Le champ des dépenses couvertes comprend les soins de ville et les courts séjours à l'hôpital public et en cliniques privées. Sont exclus les séjours en psychiatrie et en soins de suite et de réadaptation, l'hospitalisation à domicile, le médico-social, mais également les consommations non prescrites, non remboursables (notamment l'automédication) et non présentées au remboursement.

Mesure des dépenses de santé

Les dépenses n'incluent que la base de remboursement de la Sécurité sociale, c'est-à-dire sans les dépassements d'honoraires, afin de comparer les bénéficiaires de la CMU-C et les autres assurés sur une base identique. En effet, les professionnels de santé qui soignent les bénéficiaires de la CMU-C doivent pratiquer des tarifs opposables. Toutefois, pour l'optique et les prothèses dentaires, les dépenses sont analysées en incluant les dépassements d'honoraires. En effet, en raison des forfaits de prise en charge au-delà des tarifs de base définis dans le cadre du panier de soins de la CMU-C, les bases de remboursement ne sont pas les mêmes.

rent en mauvaise ou très mauvaise santé, soit près de quatre fois plus que les autres assurés et autant que les personnes sans complémentaire santé. Un écart du même ordre était déjà observé, en 2006, entre les bénéficiaires de la CMU-C et les autres assurés. Les bénéficiaires de la CMU-C indiquent également plus souvent être limi-

tés dans leur vie quotidienne à cause d'un problème de santé (27 % contre 15 % des autres assurés et 21 % des personnes sans complémentaire). Différents indicateurs confirment ce ressenti. Ainsi, 14 % des bénéficiaires de la CMU-C souffrent d'une affection de longue durée (ALD), contre 9 % des autres assurés, à âge et sexe équiva-

lents. Ils sont également plus touchés par certaines affections : dépression, diabète, hypertension, asthme ou obésité. Ces différences d'état de santé influent fortement sur les écarts de dépense.

Comparée à l'absence de couverture, la CMU-C favorise l'accès aux soins

Par rapport aux personnes qui n'ont pas de couverture complémentaire et qui présentent un profil socio-économique et un état de santé équivalent (encadré 4), les bénéficiaires de la CMU-C ont une probabilité plus forte de recourir à des soins dans l'année. S'ils étaient dépourvus de couverture complémentaire, ils seraient donc moins nombreux à recourir aux soins. Le bénéfice de la CMU-C a une incidence pour l'ensemble des postes de soins, à l'exception des courts séjours à l'hôpital (tableau 1). Largement pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire, ils sont aussi relativement contraints. À l'inverse, pour l'optique et les soins dentaires, qui sont faiblement pris en charge, l'effet de la CMU-C est marqué : la probabilité de recourir à ces soins augmente respectivement de 12 points et de 13 points. La probabilité est également nettement augmentée pour les soins de généralistes et de spécialistes.

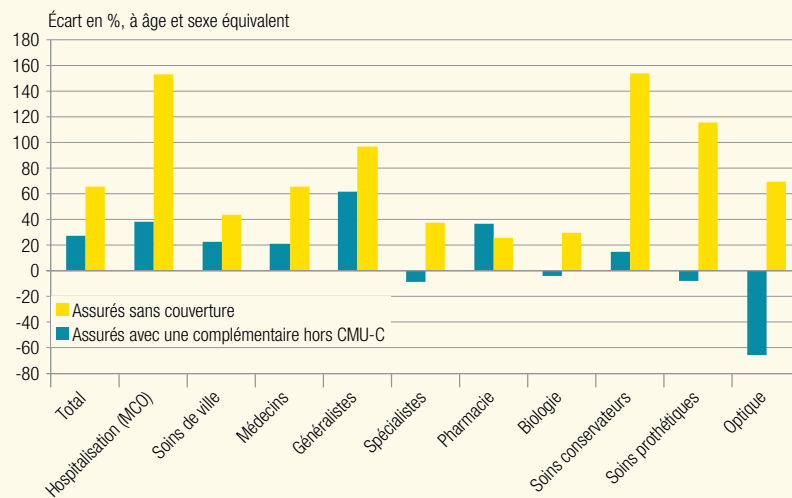
Parmi les personnes qui recourent aux soins, les dépenses de santé des assurés bénéficiaires de la CMU-C sont, toutes choses égales par ailleurs, plus élevées que celles des personnes qui n'ont pas de couverture complémentaire. L'écart de dépenses provient des soins de ville (+34 %) : la dépense des bénéficiaires de la CMU-C est en effet plus élevée de 43 % en pharmacie, de 38 % en médecins et de 67 % en dentaire (dépassements inclus) que celle des personnes sans couverture. Le bénéfice de la CMU-C n'influe pas sur la dépense liée aux hospitalisations, pour les mêmes raisons qu'il n'a pas d'effet sur la probabilité de recourir à ces soins.

Un effet comparable aux autres complémentaires et un recours plus important aux généralistes

La CMU-C favorise l'accès aux soins de ses bénéficiaires, qui recourraient moins souvent et moins intensément au système

GRAPHIQUE

Écart entre la dépense moyenne des bénéficiaires de la CMU-C et celle des autres assurés avec ou sans complémentaire



Note • La dépense moyenne par bénéficiaire est calculée à partir de la base de remboursement, sauf pour l'optique et les soins dentaires prothétiques où les dépassements sont inclus.

Lecture • La dépense moyenne totale des bénéficiaires de la CMU-C, une fois neutralisées les différences d'âge et de sexe, est supérieure de 27 % à celle des bénéficiaires d'une autre couverture complémentaire, et de 65 % à celle des personnes ne disposant pas de couverture complémentaire. Pour l'hospitalisation en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), les écarts ne sont pas significatifs.

Champ • Personnes de moins de 65 ans.

Sources • Appariement ESPS-SNIRAM 2012, traitements DREES.

ENCADRÉ 3

Les bénéficiaires de la CMU-C : jeunes et vivant plus souvent dans une famille monoparentale

Les bénéficiaires de la CMU-C sont nettement plus jeunes que le reste de la population : en 2012, 55 % d'entre eux ont moins de 30 ans, contre 34 % pour le reste de la population (d'après l'enquête Santé et protection sociale). Un tiers sont des enfants de moins de 16 ans. À l'opposé, seuls 6 % des bénéficiaires de la CMU-C ont 60 ans ou plus, alors que cette tranche d'âges représente 26 % de la population. Le montant de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA), aussi appelé minimum vieillesse, est supérieur au plafond de ressources de la CMU-C, ce qui explique la faible représentation des personnes âgées.

Les familles avec enfants sont surreprésentées, et plus encore les familles monoparentales : la moitié des bénéficiaires de la CMU-C vivent dans une famille monoparentale, contre 12 % des autres assurés. En 2012, 77 % d'entre eux appartiennent à des ménages d'ouvriers ou d'employés, contre 48 % des autres assurés. Les ménages des bénéficiaires de la CMU-C sont moins souvent en emploi. En 2012, 38 % d'entre eux appartiennent à un ménage dont la personne de référence est au chômage, contre 4 % pour les autres assurés complémentaires. Parmi ceux qui occupent un emploi salarié, 60 % ont un contrat précaire (contrat à durée déterminée [CDD], intérimaire, vacataire, emploi aidé), soit cinq fois plus que dans le reste de la population. La majorité d'entre eux travaillent à temps partiel (58 %), et ce temps partiel est deux fois plus souvent subi chez les bénéficiaires de la CMU-C que chez les autres salariés. Enfin, les bénéficiaires de la CMU-C sont deux fois moins nombreux à avoir le baccalauréat ou un diplôme de l'enseignement supérieur que les autres assurés. En 2012, 35 % d'entre eux n'ont aucun diplôme (contre 13 % dans le reste de la population).

TABLEAU 1

Effet de la complémentaire sur la probabilité de recourir aux soins et sur la dépense en cas de recours, par rapport à la non-couverture

Poste de soins	Effet sur la probabilité de recourir aux soins dans l'année (en points de %)		Probabilité moyenne de recourir aux soins dans l'année pour les personnes sans complémentaire (en %)	Effet sur la dépense annuelle moyenne en cas de recours (en %)	
	Complémentaires hors CMU-C	CMU-C		Complémentaires hors CMU-C	CMU-C
Hospitalisation (MCO)	ns	ns	10	ns	ns
Ambulatoire	+4	+5	85	+24	+34
Médecins	+6	+9	80	+19	+38
Généralistes	+8	+12	74	ns (*)	+43 (*)
Spécialistes	+10	+13	51	+32	+31
Pharmacie	+9	+11	76	+27	+43
Biologie	+9	+9	35	ns	ns
Optique	+12	+12	8	ns (*)	-66 (*)
Dentaire	+14	+13	28	+58	+57
Dentaire (y c. dépassements)				+72	+67
Soins conservateurs				+34	+36
Soins conservateur (y c. dépassements)	+13	+11	28	+35	+37
Soins prothétiques				ns	ns
Soins prothétiques (y c. dépassements)	ns	ns	5	ns	ns
Tous	+5	+6	85		

ns : non significatif ; MCO : médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie ; y c. : y compris.

(*) Effet de la CMU-C statistiquement différent de celui des autres couvertures complémentaires.

Note • Les variables de contrôle de la régression sont précisées dans l'encadré 4. Le tableau reporte les effets marginaux de la couverture complémentaire sur le recours aux soins et la dépense (montant annuel moyen) en cas de recours pour un individu moyen dans toutes les autres caractéristiques.

Lecture • Par rapport aux personnes sans couverture 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 6 points de pourcentage chez les bénéficiaires de la CMU-C. Cet effet n'est pas significativement différent de celui observé chez les autres assurés complémentaires hors CMU-C (+5 points). Les dépenses des bénéficiaires de la CMU-C ayant vu un généraliste dans l'année sont, toutes choses égales par ailleurs, plus élevées de 43 % que celles des personnes sans couverture complémentaire qui en ont vu un dans l'année.

Champ • Personnes de moins de 65 ans.

Sources • Appariement ESPS-SNIRAM 2012, traitements DREES.

ENCADRÉ 4

Évaluer le rôle de la CMU-C dans l'accès aux soins

La modélisation des dépenses de santé : le modèle Tobit généralisé

Les dépenses de santé des bénéficiaires de la CMU-C sont comparées à celles des personnes disposant d'une autre couverture complémentaire ainsi qu'à celles des personnes n'en ayant aucune. L'effet de la couverture complémentaire et de la CMU-C sur la consommation de soins est étudié dans une approche multivariée permettant de neutraliser les différences liées aux caractéristiques socio-économiques particulières des bénéficiaires de la CMU-C et à l'état de santé, donc aux besoins de soins.

Modéliser les dépenses de santé uniquement à partir des personnes ayant recouru aux soins, pour lesquelles une dépense est observée, ne permet d'estimer le rôle de chaque variable dans la formation de ces dépenses que pour ces « consommateurs ». Or, la probabilité de recourir aux soins est, en général, corrélée à l'intensité de la consommation si bien que cette sélection n'est pas sans effet sur l'estimation des déterminants de la dépense. Une solution est d'estimer un modèle à deux équations de type Tobit généralisé. Dans une première équation, la probabilité de recourir ou non à des soins dans l'année est modélisée. La deuxième équation modélise l'effet des variables sur le montant des dépenses (en logarithme). Le mécanisme de sélection est pris en compte en autorisant les résidus de chacune des deux équations à être corrélés entre eux. Pour cela, l'hypothèse retenue est qu'ils suivent une loi normale bivariable. L'estimation est réalisée par maximum de vraisemblance.

$$y_i = \begin{cases} y_i^* & \text{si } D = 1 \\ 0 & \text{sinon} \end{cases}, \quad \text{où } y_i \text{ est la dépense de soins observée pour l'individu } i$$

$$\begin{cases} D = \mathbb{1}\{X_i' \cdot \gamma + \mu_i \geq 0\}, & \text{équation de recours} \\ \ln(y_i^*) = X_i' \cdot \beta + \varepsilon_i, & \text{équation dépense} \end{cases} \quad \text{où } \begin{pmatrix} \mu_i \\ \varepsilon_i \end{pmatrix} \text{ suit une loi Normale } \begin{bmatrix} 0 \\ 0 \end{bmatrix}; \begin{pmatrix} 1 & \rho\sigma \\ \rho\sigma & \sigma^2 \end{pmatrix}$$

ρ capture la corrélation entre les résidus des 2 équations, i.e. la significativité de l'effet de sélection

Les variables explicatives retenues sont des variables sociodémographiques (âge, sexe, diplôme, revenu, situation d'emploi, type de ménage, catégorie socioprofessionnelle du ménage, résidence dans une commune rurale isolée), le type de couverture complémentaire, CMU-C ou complémentaire hors CMU-C (référence : non-couverture), une indicatrice d'affiliation au régime obligatoire d'Alsace-Moselle et des indicateurs d'état de santé (état de santé déclaré, inscription en affection longue durée, maladie chronique, limitations fonctionnelles, nombre de pathologies déclarées, problèmes de vue et d'audition, être ou non fumeur, appareillage optique ou dentaire). Le type de couverture est repéré à travers les réponses des enquêtés au moment de l'enquête.

La modélisation du renoncement aux soins pour raisons financières

Renoncer à des soins pour raisons financières suppose au préalable l'identification d'un besoin de soins, un processus qui ne repose pas seulement sur l'appréhension de l'état de santé. Des travaux antérieurs ont montré que le renoncement aux soins dépend également fortement de l'origine sociale, du niveau d'éducation, du niveau de revenu, mais aussi du caractère plus ou moins précaire de la situation sociale présente, passée et anticipée ainsi que de l'histoire de vie. Pour évaluer l'effet net de la CMU-C sur le renoncement aux soins de ses bénéficiaires, la probabilité de renoncer à des soins pour raisons financières est comparée à celle des personnes sans couverture et à celle des autres assurés, à état de santé et à situation socio-économique comparables, à l'aide d'une régression logistique. Les variables explicatives retenues sont les mêmes que celles pour la modélisation de la dépense.

•••

3. Le nombre de consultations de généralistes dans l'année, toutes choses égales par ailleurs, est multiplié par 1,7.

4. Si cet écart n'apparaît pas significatif dans le modèle, il le devient lorsque l'on compare directement les bénéficiaires de la CMU-C avec les autres assurés.

5. Le niveau de couverture offert par la complémentaire n'est pas observé. Pour le remboursement des lunettes, les niveaux de garanties sont très variables entre les complémentaires ; un lien supposé entre dépenses optiques et niveau de garanties ne peut donc pas être mis en évidence ici.

de santé s'ils n'étaient pas couverts par une complémentaire. De plus, elle agit comme une couverture complémentaire classique. En effet, la probabilité de recourir à des soins, toutes choses égales par ailleurs, augmente dans les mêmes proportions, qu'il s'agisse de la CMU-C ou d'une autre complémentaire.

Parmi les personnes qui recourent aux soins, l'effet de la CMU-C sur la dépense présentée au remboursement est équivalent à celui des autres couvertures complémentaires pour l'ensemble des postes de soins, sauf pour les médecins généralistes et l'optique (tableau 1). Les dépenses auprès des généralistes sont, toutes choses égales par ailleurs, plus élevées de 43 %³ pour les bénéficiaires de la CMU-C, par rapport aux dépenses des personnes sans assurance complémentaire, alors qu'elles sont équivalentes pour les assurés ayant une autre couverture que la CMU-C. Le recours plus important aux consultations de généralistes est donc confirmé, même lorsque l'on tient compte des différences d'état de santé. Ce résultat est conforme à d'autres travaux ayant montré que si la CMU-C ne joue pas sur la probabilité de recourir aux médecins, elle a un effet significatif sur le nombre de consultations de généralistes (Guthmuller et Wittwer, 2012).

Pour autant, les bénéficiaires de la CMU-C ont des dépenses de spécialistes (consultations en ville ou à l'hôpital) comparables à celles des autres assurés complémentaires (respectivement +31 % et +32 % par rapport aux personnes sans couverture complémentaire). Malgré le bénéfice des tarifs opposables interdisant des dépassements d'honoraires qui sont fréquents chez les spécialistes mais rares chez les généralistes (42 % des spécialistes contre 10 % des généralistes ont des honoraires libres), les bénéficiaires de la CMU-C privilégient le recours aux médecins généralistes. Au total, les dépenses de médecins (généralistes et spécialistes confondus) sont donc plus élevées pour les bénéficiaires de la CMU-C (+38 % par rapport aux personnes sans complémentaire) que pour ceux ayant une complémentaire hors CMU-C (+19 %).

Le fait que les généralistes soient les premiers prescripteurs pourrait expliquer une dépense de médicaments plus élevée des



TABLEAU 2

Effet de la complémentaire sur la probabilité de renoncer aux soins par rapport à la non-couverture

Poste de soins	Complémentaire hors CMU-C (en points de %)	CMU-C (en points de %)	Probabilité moyenne de renoncer à des soins pour les personnes sans couverture complémentaire (en %)
Tous soins confondus	-20	-28	53
Médecins	-4	-6	13
Généralistes	-3	-5	10
Spécialistes	-3	-5	8
Optique	-9	-11	25
Dentaire	-14	-21	40
Soins conservateurs	-3	-5	14
Soins prothétiques	-10	-16	26

Note • L'effet de la CMU-C n'est sur aucun poste statistiquement différent de celui des autres couvertures complémentaires. Les variables explicatives retenues sont les mêmes que dans le modèle Tobit généralisé de la dépense de santé (encadré 4). Le tableau reporte les effets marginaux de la couverture complémentaire sur la probabilité de renoncer aux soins pour raisons financières pour un individu moyen dans toutes les autres caractéristiques.

Lecture • Toutes choses égales par ailleurs, les bénéficiaires de la CMU-C ont une probabilité de renoncer aux soins dentaires pour raisons financières inférieure de 21 points à celles des personnes sans complémentaire.

Champ • Personnes de 18 à 64 ans.

Sources • Appariement ESPS 2012, traitements DREES.

bénéficiaires de la CMU-C (+43 % par rapport aux personnes sans complémentaire, contre +27 % pour les autres assurés)⁴.

Le panier de soins de la CMU-C limite la dépense en optique, pas en dentaire

Toutes choses égales par ailleurs, les bénéficiaires de la CMU-C qui ont recours aux soins d'optique dépensent 66 % de moins que les personnes sans couverture (dépassements inclus), alors que les autres assurés complémentaires ont une dépense comparable à celle des personnes non couvertes⁵ (tableau 1). L'obligation pour les opticiens de proposer des lunettes et des lentilles respectant les tarifs maximaux du panier de soins de la CMU-C est probablement un facteur d'explication essentiel de cette dépense plus faible. Il est toutefois difficile de l'estimer. En effet, une dépense moindre peut également se traduire par un niveau de prestation inférieur. Les bénéficiaires de la CMU-C ayant eu un reste à charge en optique évoquent d'ailleurs, le plus souvent, outre le manque de choix, la solidité de la monture et la qualité des verres (traitement antirayures, verres incassables, verres progressifs) [Gilles *et alii*, 2011].

En dentaire, à l'inverse, les dépenses des bénéficiaires de la CMU-C sont équivalentes à celles des autres assurés. Pourtant,

des tarifs plafonnés s'appliquent également à ces soins. Mais les bénéficiaires de la CMU-C peuvent recourir à des soins prothétiques et d'orthodontie qui ne font pas partie du panier de soins. Ils sont alors pris en charge à hauteur du plafond s'appliquant aux soins alternatifs inclus dans ce panier, ce qui peut générer un reste à charge important. De plus, jusqu'en juillet 2014, les bridges ne faisaient pas l'objet de tarifs plafonnés.

Le renoncement aux soins est divisé par deux

La CMU-C limite le renoncement aux soins pour raisons financières par rapport à l'absence de couverture. L'étude du renoncement aux soins complète la description de l'accès aux soins, car les dépenses effectivement mesurées rendent compte des inégalités de recours mais pas des besoins de soins non satisfaits. Le renoncement aux soins est divisé par deux grâce à la CMU-C (tableau 2) : par rapport aux personnes sans complémentaire et présentant les mêmes caractéristiques socio-économiques et un état de santé comparable, ses bénéficiaires ont un risque presque deux fois plus faible de renoncer à des soins dans l'année. Le rôle protecteur de la CMU-C est particulièrement marqué pour les soins dentaires, notamment prothétiques et l'optique.

Détenir une couverture complémentaire réduit la probabilité de renoncer à des soins pour raisons financières. Toutes choses égales par ailleurs, la CMU-C protège autant contre le renoncement pour raisons financières que la moyenne des autres couvertures complémentaires. Ce résultat est cohérent avec d'autres travaux selon lesquels la CMU-C diminue la probabilité de renoncer à des soins aussi fortement qu'une assurance

complémentaire avec de bons niveaux de garanties (Després *et alii*, 2011). Quelle que soit la situation en matière de couverture complémentaire (CMU-C, autre couverture, aucune complémentaire), les soins dentaires, notamment prothétiques, sont le premier poste de renoncement aux soins pour raisons financières. L'optique est le deuxième soin auxquels les patients renoncent le plus. Pour ce poste, l'écart

entre les prix pratiqués et les tarifs définis dans le panier de soins de la CMU-C peut entraîner des restes à charge (après remboursements complémentaires) fréquents et élevés. C'était le cas pour 38 % des bénéficiaires de la CMU-C ayant consommé un soin d'optique en 2010, qui ont eu un reste à charge s'élevant en moyenne à 165 euros (Ricci, 2011). En revanche, le renoncement aux soins de médecins est marginal. ■

POUR EN SAVOIR PLUS

- **Allonier C., Boisguérin B., Le Fur P.**, 2012, « Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus de pathologies que le reste de la population. Résultats des enquêtes EPS 2006-2008 », *Études et Résultats*, DREES, n° 793, mars.
- **Boisguérin B.**, 2009, « Quelles caractéristiques sociales et quel recours aux soins pour les bénéficiaires de la CMUC en 2006 ? », *Études et Résultats*, DREES, n° 675, janvier.
- **Dourgnon P., Després C., Jusot F., Fantin R.**, 2011, « Dépense de santé et accès financier aux services de santé : une étude du renoncement aux soins », dans Les comptes nationaux de la santé 2010, *Document de travail*, DREES, n° 161.
- **Gilles L., Lautié S.**, 2012, « Garantir l'accès aux soins des catégories modestes : l'exemple de l'optique », *Consommation et modes de vie*, CREDOC, n° 247, février.
- **Guthmuller S., Wittwer J.**, 2012, « L'effet de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) sur le nombre de visites chez le médecin : une analyse par régression sur discontinuités », *Économie Publique*, n° 28-29.
- **Lefur P., Perronin M.**, 2003, « L'état de santé des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire en 2002 », *Questions d'économie de la santé*, IRDES, n° 76, décembre.
- **Legal R. et Pilorge C.**, 2013, « Coût de l'ordonnance des médecins généralistes », *Dossiers Solidarité Santé*, DREES, n° 44, septembre.
- **Païta M., Ricordeau P., de Roquefeuille L., Studer A., Vallier N. et Weill A.**, 2007, « Les affections de longue durée des bénéficiaires de la CMU complémentaire », *Points de Repère*, CNAMTS, n° 8, août.
- **Raynaud D.**, 2003, « L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins », *Études et Résultats*, DREES, n° 229, mars.
- **Ricci P.**, 2011, « Reste à charge des personnes bénéficiant de la CMU-C en 2010 », *Points de Repère*, CNAMTS, n° 35, septembre.
- *Renoncement aux soins, actes du colloque*, DREES, 2011.
- « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses – Propositions de l'Assurance maladie pour 2016 », Rapport au ministre chargé de la Sécurité sociale et au Parlement sur l'évolution des charges et des produits de l'Assurance maladie au titre de 2016 (loi du 13 août 2004), CNAMTS, juillet.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site

www.drees.sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur

www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution

www.drees.sante.gouv.fr/les-avis-de-parution,2052.html

Directeur de la publication : Franck von Lennep

Responsable d'édition : Carmela Riposa

Secrétaires de rédaction : Sabine Boulanger et Laurence Grivet

Composition et mise en pages : Stéphane Jeandet

Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin

Imprimeur : Imprimerie centrale de Lens

Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN papier 1292-6876 • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384