

## Comment expliquer les fortes disparités de clientèle CMUC des praticiens libéraux ?

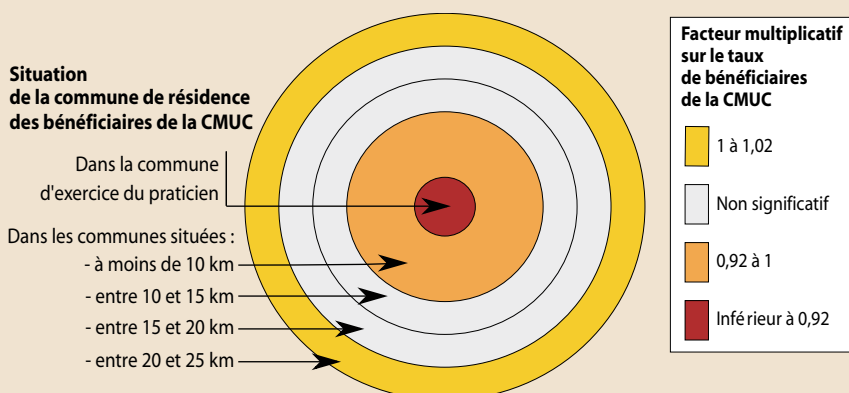
Chantal Cases, Véronique Lucas-Gabrielli, Marc Perronnin, Maxime To

La proportion de bénéficiaires de la CMU complémentaire (CMUC) dans la clientèle des médecins généralistes, spécialistes ou dentistes, varie fortement d'un praticien à l'autre. En dehors de la répartition des bénéficiaires de la CMUC sur le territoire, cette variabilité s'explique en partie par la nature des besoins de soins de cette population. Elle est en effet jeune, plutôt féminine et caractérisée par des problèmes de santé spécifiques (troubles mentaux et du sommeil, maladies du système nerveux et de l'oreille...). L'environnement socio-économique des communes d'exercice des médecins joue également, notamment le niveau de revenu moyen des communes. On constate une « spécialisation » relative des médecins des communes les plus défavorisées, celles-ci attirant les bénéficiaires CMUC des communes avoisinantes plus riches.

L'existence d'une certaine discrimination vis-à-vis des patients CMUC de la part de certains professionnels n'est pas à exclure : les patients CMUC sont en effet moins présents chez les médecins du secteur à honoraires libres et les dentistes. Il est toutefois difficile de faire la part des choses entre un choix délibéré du patient CMUC (lié à ses caractéristiques et à ses préférences) et un choix contraint suite à un refus de soins de la part du praticien.

Depuis la mise en place de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) en 2000 (cf. encadré p. 5), plusieurs études ont montré que la consommation annuelle de soins des bénéficiaires de ce dispositif est équivalente ou un peu supérieure à celle des personnes couvertes par une complémentaire santé hors CMUC, à âge et état de santé comparables. Elle est même supérieure à celle des personnes couvertes seulement par l'Assurance maladie obligatoire (Raynaud, 2005). D'autres études, réalisées auprès des bénéficiaires ou par « testing » auprès de praticiens, ont mis en évidence des refus de soins de la part de certains professionnels de santé (Desprès et Naiditch, 2006). Ces deux résultats semblent *a priori* contradictoires. Comment les bénéficiaires de la CMUC peuvent-ils consommer autant de soins que les autres si on les leur refuse de manière non anecdotique ? Plusieurs hypothèses peuvent expliquer cette apparente contradiction. Tout d'abord, on peut penser que les bénéficiaires de la CMUC ayant essuyé un refus finissent par trouver un autre professionnel pour les soigner, en libéral ou à l'hôpital, ce qui ne ferait qu'allonger leurs délais de recours sans diminuer les volumes de soins consommés<sup>1</sup>. Une autre hypothèse, liée à la précédente, peut être avancée : celle

### Effet d'une augmentation de 10 % du revenu moyen des communes sur le taux de clientèle CMUC



**Guide de lecture :** toutes choses égales par ailleurs et notamment à taux de bénéficiaires CMUC comparable, une augmentation de 10 % du revenu des communes situées entre 20 et 25 km de la commune d'exercice des praticiens accroît leur taux de clients CMUC par un facteur 1,02 (un facteur supérieur à 1 indique une augmentation, un facteur inférieur à 1 indique une diminution).

Source : CNAMTS - Données : SNIIRAM 2006

<sup>1</sup> C'est ce que semblait indiquer l'enquête réalisée par la DREES en 2002 (Boisguérin, 2004) : parmi les 14 % des bénéficiaires CMU ayant déclaré avoir subi un tel refus, trois sur quatre disaient avoir finalement trouvé un professionnel à qui s'adresser.

d'une relative « spécialisation » d'une partie des professionnels auprès des patients CMUC. Un taux de recours plus faible que la moyenne chez certains professionnels pourrait alors être compensé par un taux plus élevé chez d'autres, sans laisser apparaître de différences au total. Pour apporter un éclairage sur ces hypothèses, nous allons analyser les déterminants de la variabilité de la clientèle CMUC entre praticiens (médecins généralistes, spécialistes et dentistes) en fonction de leurs caractéristiques, de leur environnement socio-économique d'exercice et de l'offre de soins environnante, à l'aide de données issues des fichiers de remboursement de l'Assurance maladie (cf. encadré p. 4).

### Fortes disparités de clientèle CMUC selon les professionnels : les facteurs explicatifs possibles

Selon la base de données SNIIRAM de l'Assurance maladie, il existe de fortes disparités dans la structure de clientèle des médecins et des dentistes. Si la part de clientèle CMUC chez les praticiens libéraux est en moyenne de 8,2% en 2006<sup>2</sup>, elle est supérieure à 10% pour un quart d'entre eux, inférieure à 5,6% pour la moitié d'entre eux et inférieure à 3,1% pour un quart d'entre eux. Ces différences doivent bien évidemment être mises en regard avec les disparités de répartition des bénéficiaires de la CMUC sur le territoire. Ainsi, la part de population bénéficiant de la CMUC

varie fortement, de 3,3% en Haute-Savoie à 12,7% en Seine-Saint-Denis, et cette diversité s'observe également à des niveaux géographiques plus fins. Un médecin exerçant dans une zone où résident peu de bénéficiaires de la CMUC a naturellement moins d'occasions d'en recevoir dans son cabinet qu'un professionnel exerçant dans une zone où les bénéficiaires de la CMUC sont nombreux.

Par ailleurs, les bénéficiaires de la CMUC sont en plus mauvaise santé que le reste de la population et déclarent souffrir plus fréquemment de certaines pathologies, notamment de troubles mentaux, du sommeil ou du système nerveux, de maladies de l'oreille, de maladies infectieuses, de maladies de l'appareil respiratoire et de problèmes bucco-dentaires (Le Fur et Perronnin, 2003). En conséquence, même sans opposer de refus particulier, certains praticiens peuvent ne prendre en charge que peu de patients CMUC tout simplement parce que les patients ne s'adressent pas à eux, en raison des pathologies spécifiques dont ils souffrent.

Cependant des éléments illustrent de possibles refus de soins de la part des professionnels. Ainsi, la loi instituant le dispositif de la CMUC impose à tous les praticiens, quel que soit leur secteur conventionnel, de pratiquer pour les soins qu'ils dispensent aux bénéficiaires de la CMUC le tarif conventionnel de la Sécurité sociale, sans dépassement d'honoraire. Pour les praticiens à honoraires libres (secteur 2), soigner un patient CMUC entraîne donc un manque à gagner correspondant aux dépassements d'honoraires qu'il aurait pu appli-

A la suite du rapport sur le refus de soins remis au ministre de la Santé en novembre 2006 (Chadelat, 2006), cette recherche a été réalisée dans le cadre d'un groupe de travail portant sur l'analyse de la distribution des clientèles de bénéficiaires CMU en médecine de ville, réunissant la CNAMTS, la DREES (Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques) du ministère de la Santé et des Solidarités et l'IRDES. Dans ce cadre, la DREES a publié une étude décrivant les disparités de prise en charge des bénéficiaires de la CMUC par les praticiens libéraux (Boisguérin et Pichetti, 2008), que complète ici l'IRDES par une analyse des facteurs expliquant ces disparités.

quer si, à la place, il avait pris en charge un patient non titulaire de la CMUC (cf. encadré p. 5). Cette perte financière est considérée par certains praticiens à honoraires libres comme d'autant plus injuste qu'ils bénéficient du droit à dépassement en contrepartie de la non-prise en charge d'une partie de leurs cotisations sociales. Il faut cependant préciser que les praticiens en secteur 2 ont l'obligation de pratiquer une fraction de leur activité au tarif conventionnel, fraction qu'ils peuvent utiliser pour prendre en charge les bénéficiaires de la CMUC.

D'autres explications ont été avancées pour expliquer la réticence, voire le refus, de certains médecins à soigner des patients CMUC. Certains praticiens estiment que la prise en charge des plus défavorisés incombe à l'État dans le cadre d'une politique de solidarité et doit donc être accomplie par les structures publiques de santé et non par les praticiens libéraux. Comme le souligne l'enquête du DIES (Desprès et Naiditch, 2006), ces argumentaires sont souvent accompagnés d'*a priori* négatifs des praticiens envers les bénéficiaires de la CMUC, parfois décrits comme des exclus ou des fraudeurs.

Deux types d'explications, refus de soins ou choix négatifs des patients, peuvent donc être avancés pour expliquer les disparités constatées de clientèles entre praticiens. C'est pourquoi il est nécessaire de pousser plus loin l'analyse en recherchant les facteurs explicatifs des disparités de clientèle constatées. Pour cela, nous utilisons un modèle économétrique prenant en

<sup>2</sup> Le taux de titulaires de la CMU complémentaire dans la population est de 7,5%. La différence entre les deux taux peut en partie être expliquée par le moins bon état de santé des titulaires de la CMU et donc leur plus grande consommation de soins.

### Les praticiens sans clientèle CMUC : un profil atypique

Les praticiens n'ayant soigné aucun titulaire de la CMUC au cours de l'année 2006 sont rares (0,8% de la population totale des praticiens libéraux, soit 1 014 praticiens) et présentent des caractéristiques très particulières.

De manière générale, ils exercent dans des villes où résident peu de bénéficiaires de la CMUC : pour la moitié d'entre eux, leur commune d'exercice

compte moins de 5% de bénéficiaires (contre 8% pour les praticiens prenant en charge des bénéficiaires de la CMUC). D'autre part, les professionnels sans patient CMUC n'ont qu'une très faible activité libérale : en moyenne seulement 112 patients dans l'année, contre 1 310 pour le reste des praticiens libéraux. Ces résultats, qui restent vrais toutes choses égales par ailleurs, laissent penser que les profession-

nels sans patient CMUC n'ont tout simplement pas eu d'occasion d'en prendre en charge, ou qu'à tout le moins, d'éventuels refus de soins systématiques seraient exceptionnels.

Cependant, la forte variabilité des taux de clients CMUC parmi la clientèle annuelle des praticiens nécessite d'inclure ce groupe dans une analyse plus complète (cf. encadré p. 4).

compte les caractéristiques du médecin, de son activité et de l'environnement socio-économique de sa commune d'exercice (cf. encadré p. 4).

Seule une infime minorité de praticiens (0,8 %) n'a pris en charge aucun bénéficiaire de la CMUC au cours de l'année 2006, cette minorité étant constituée pour l'essentiel de praticiens ayant une faible activité et exerçant dans des communes où la proportion de bénéficiaires de la CMUC est basse (cf. encadré p. 2). Notre analyse ne se concentrera donc pas sur cette catégorie particulière et portera, de manière générale, sur les disparités de taux de patients bénéficiaires de la CMUC dans la clientèle des praticiens et leurs facteurs explicatifs.

### Des recours en partie cohérents avec les besoins de soins des bénéficiaires

Le jeune âge et les pathologies des bénéficiaires de la CMUC permettent de comprendre leur recours plus fréquent à certains spécialistes. Ainsi, les pédiatres ont un taux de bénéficiaires de la CMUC

1,18 fois plus élevé par rapport aux praticiens généralistes, toutes choses égales par ailleurs<sup>3</sup>. De même, l'importance des pathologies psychiatriques ou auditives chez les bénéficiaires de la CMUC explique sans doute leur forte présence chez les psychiatres et chez les ORL. Le taux de bénéficiaires de la CMUC est respectivement 1,09 fois et 1,11 fois plus élevé chez ces médecins que chez les généralistes. À l'inverse, on constate une part de clientèle CMUC relativement moins élevée chez certains spécialistes qui soignent plus spécifiquement des pathologies liées à l'âge notamment les cardiologues (1,93 fois moins élevée que chez les généralistes), les rhumatologues (1,42 fois moins élevée), les ophtalmologues (1,4 fois moins élevée). Cependant, une partie de la disparité des clientèles ne correspond pas à cette interprétation en termes de besoins, bien au contraire. Ainsi, les gynécologues ont des parts de bénéficiaires de la CMUC 1,2 fois moins élevées toutes choses égales par ailleurs que les généralistes alors que la population des bénéficiaires de la CMUC est plutôt féminine; il en est de même pour les dentistes alors que les pathologies bucco-dentaires sont fréquentes chez les bénéficiaires de la CMUC. Pour les soins de gynécologie, il est possible que les

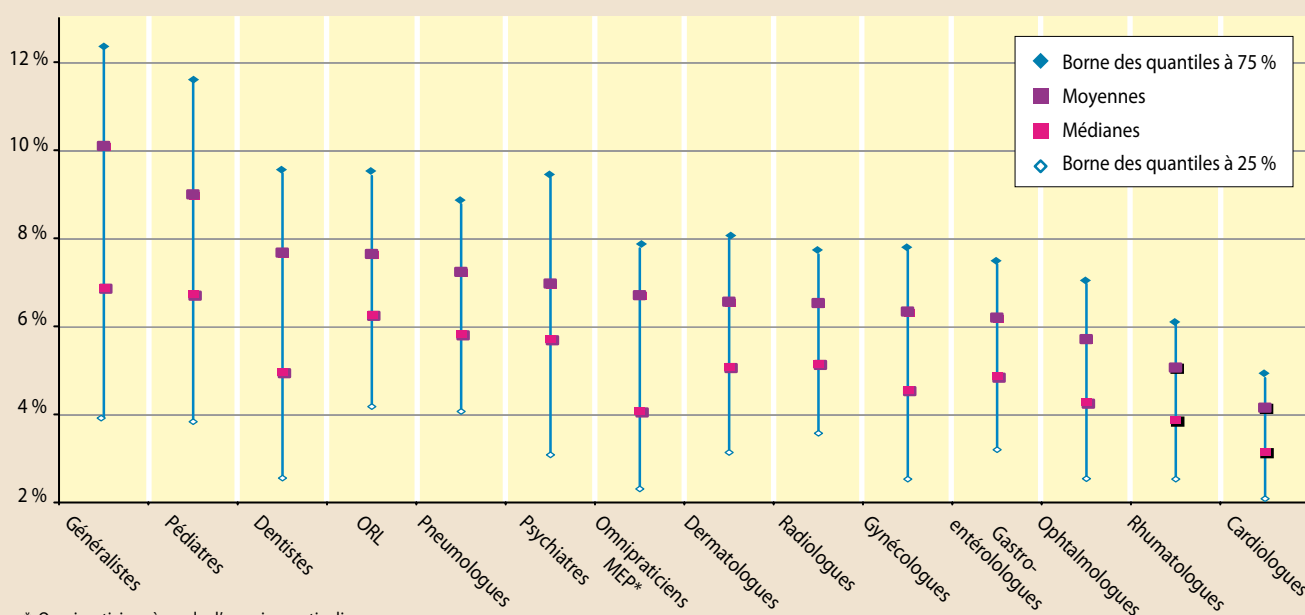
femmes bénéficiaires de la CMUC consultent davantage des médecins généralistes et aient plus fréquemment recours aux consultations hospitalières que le reste de la population féminine. Cette explication n'est cependant pas vérifiée pour le recours aux pédiatres que les Cmuistes consultent plus fréquemment pour leurs enfants. La faible part des bénéficiaires de la CMUC dans la clientèle des dentistes, que les généralistes ne peuvent remplacer, est encore plus surprenante, compte tenu du mauvais état de santé bucco-dentaire déclaré par cette population.

### La composition des clientèles reflète en partie l'environnement social d'exercice des praticiens

Le taux de bénéficiaires de la CMUC dans la clientèle est corrélé de manière positive avec le taux de bénéficiaires de la CMUC dans la commune d'exercice du praticien : une multiplication par 1,1 du taux de titulaires de la CMUC dans la commune d'exercice s'accompagne en moyenne d'une multiplication par 1,2 de la proportion de bénéficiaires dans la clientèle des médecins de cette commune. Ce résultat est cohérent avec l'idée selon laquelle les patients se présentent en priorité à l'offre de soins de proximité et que la composi-

<sup>3</sup> Notre modèle permet d'isoler les effets de chaque variable tout en contrôlant des autres caractéristiques du médecin (âge, sexe, activité) ainsi que du contexte socio-économique dans lequel il exerce. Il ne tient pas compte des différences d'âge et de sexe des patients. Nos résultats doivent donc être interprétés à la lumière de ces différences.

Distribution des taux de clientèle CMUC selon les professionnels



\* Omnipraticiens à mode d'exercice particulier.

**Guide de lecture** : la part moyenne des bénéficiaires de la CMU chez les médecins généralistes est de 10,1 %, pour un quart d'entre eux cette part est inférieure à 3,9 %, pour la moitié d'entre eux, elle est inférieure à 6,9 % et pour un quart d'entre eux, elle est supérieure à 12,4 %.

Source : CNAMTS - Données : SNIIRAM 2006

tion des clientèles des médecins reflète la composition de leur environnement social. Il est également conforme avec les travaux réalisés par ailleurs sur les mêmes données en termes d'indices de concentration (Boisguérin et Pichetti, 2008).

Toutefois, la hausse de la part de clientèle CMUC est en moyenne plus forte que l'augmentation des taux de bénéficiai-

res dans les communes d'exercice. Tout se passe comme si les bénéficiaires de la CMUC se dirigeaient principalement vers les praticiens jugés (ou réputés) plus susceptibles de les accepter, car installés dans des communes où réside une part plus importante de population bénéficiaire de la CMUC que dans leur propre commune.

Toutes choses égales par ailleurs et notamment à taux de bénéficiaires CMUC comparable, une augmentation du revenu des communes situées entre 20 et 25 km de la commune d'exercice des praticiens a un impact positif sur leur taux de clients CMUC (cf. graphique p. 1). Cet effet est significatif pour toutes les spécialités mais pas pour les dentistes. Il est plus faible pour les généralistes. Ces résultats vont dans le



## SOURCE ET MÉTHODE

Les données utilisées pour cette étude proviennent du fichier SNIIRAM fourni par la CNAMTS, regroupant l'ensemble des soins portés au remboursement de l'Assurance maladie (Régime général) pour l'ensemble des praticiens libéraux en 2006, ainsi que le genre, l'âge, les lieux d'exercice et nombre de clients annuels de ces praticiens. Le SNIIRAM a fait l'objet d'une autorisation de la CNIL.

Dans le cadre de cette étude, nous avons fait le choix d'exclure de l'analyse l'ensemble des praticiens non conventionnés. Ceux-ci n'ont en effet aucune obligation

autre que morale vis-à-vis des patients titulaires de la CMUC et peuvent pratiquer les honoraires qu'ils souhaitent.

Nous avons par ailleurs choisi de regrouper l'ensemble des praticiens du secteur 1 avec droit permanent à dépassement et les praticiens du secteur 2. Ces deux catégories de praticiens présentent en effet de grandes similitudes notamment dans leur mode de tarification. Par ailleurs, nous avons retiré de l'analyse les patients bénéficiant de l'Aide médicale d'État, dispositif concernant les étrangers en situation irrégu-

lière dont le mode de gestion et les prestations sont différents de ceux de la CMUC.

La base obtenue comporte au total 134 265 praticiens et 174 793 051 patients (un même individu est compté plusieurs fois s'il a consulté différents médecins dans l'année). L'offre de soins alternative est décrite à partir de l'information issue des fichiers des établissements sanitaires et sociaux pour les centres de santé, et de la Statistique annuelle des établissements (SAE), pour les effectifs hospitaliers. Ces deux sources de données ont été fournies

par la DREES. Les données géographiques (revenus communaux 1998, classement des communes en Zones d'attraction urbaines) proviennent de l'INSEE.

Les données utilisées ne comportaient pas de détails sur les caractéristiques sociodémographiques des bénéficiaires de la CMUC. Le modèle ne rend donc pas compte des écarts de structure par sexe et âge de cette population dans les zones géographiques concernées. Il serait souhaitable de prolonger cette étude en y ajoutant de telles données.

## Source des données

## Méthode

Les modèles que nous cherchons à estimer s'écrivent de la manière suivante :  $y = a + Xb + Zc$  où  $y$  correspond au taux de bénéficiaires de la CMUC dans la clientèle du praticien,  $X$  à un ensemble de caractéristiques individuelles du praticien et  $Z$  à un ensemble de variables explicatives décrivant l'environnement dans lequel le praticien exerce.  $a$ ,  $b$  et  $c$  sont les paramètres que nous souhaitons estimer.

Le modèle est estimé par la méthode Tobit qui présente l'avantage de prendre en compte dans l'analyse les praticiens n'ayant soigné aucun titulaire de la CMUC. Le choix de ce modèle est justifié par la très grande particularité de ces praticiens. Un modèle multi-niveaux aurait été naturellement adapté aux données comportant à la fois des caractéristiques individuelles des médecins et des caractéristiques d'environnement. Mais ce type de méthode

s'est révélé peu applicable car il nécessite la définition de zones géographiques disjointes considérées comme homogènes en termes d'offre et de demande de soins. Or, il n'est pas possible de définir des zones qui soient suffisamment restreintes pour être homogènes et contenant un nombre satisfaisant d'unités pour l'analyse statistique. Les bassins de vie ont par exemple été rejetés du fait du grand nombre de bassins de vie où n'exerce qu'un seul praticien, ce qui rend impossible toute réflexion en niveaux.

Le modèle Tobit retenu est estimé en deux étapes, selon la méthode d'Heckman. Dans une première étape, la probabilité de soigner au moins un bénéficiaire CMUC est estimée par un modèle Probit. Dans une seconde étape, le logarithme du taux de clientèle CMUC est estimé en fonction des variables  $X$  et  $Z$  (exprimées

en logarithmes lorsqu'il s'agit de variables continues).

Les variables  $Z$  d'environnement du praticien décrivent le contexte social d'exercice, le contexte urbain et géographique, l'offre de soins alternative. Ce sont, pour le contexte social : le taux de non-titulaires de la CMUC dans la commune, le revenu par foyer des communes ; pour le contexte urbain : la taille de la commune d'exercice du praticien et la classification dans la nomenclature Insee en Zonage en aires urbaines (ZAU), qui repère la position des communes dans le tissu urbain ; pour le contexte de l'offre alternative de soins : le nombre d'Équivalents temps pleins (ETP) hospitaliers par habitant dans la même spécialité, le nombre d'ETP d'urgentistes par habitant et le nombre de centres de soins (publics ou privés), la densité de praticiens libéraux de même spécialité par habitant.

Les caractéristiques d'urbanisme sont envisagées pour la commune d'exercice du praticien, la composition sociale est prise en compte pour la commune d'exercice, les communes situées à moins de 10 km de celle-ci et celles situées entre 10 et 15, entre 15 et 20, et entre 20 et 25 km. Enfin, les offres alternatives de soins ont été envisagées de manière plus homogène. Chacune d'elle a été prise en compte dans un rayon de 25 km autour du lieu d'exercice du praticien.

Les caractéristiques  $X$  du praticien comprennent son genre, son âge, sa spécialité et son secteur conventionnel.

Nous n'avons, par contre, pas pu tenir compte des différences de structure âge-sexe entre les patients qui bénéficient de la CMUC et ceux qui n'en bénéficient pas.

sens d'un effet multiplicateur pour les praticiens des communes les plus pauvres. Ils laissent à penser que les bénéficiaires de la CMUC se déplacent lorsque leur propre commune de résidence est plus riche que les communes environnantes, où il est plus probable de trouver des praticiens disposés à les soigner. Ce résultat peut être interprété comme une « attraction » exercée sur les bénéficiaires de la CMUC résidant dans les communes plus aisées par les praticiens des communes les plus modestes. L'effet d'attraction de ces praticiens est surtout vérifié lorsque la part des bénéficiaires de la CMUC dans leur commune d'exercice est importante. Dans les autres communes, l'attraction s'exerce moins loin, jusqu'à 10 km seulement. De plus, cet effet d'attraction s'observe aussi bien pour les praticiens du secteur 1 que pour ceux du secteur 2, peut-être parce que les dépassements d'honoraires des médecins du secteur 2 sont d'un montant moindre dans les communes les moins aisées.

### Une clientèle CMUC significativement plus rare chez les médecins à honoraires libres et les dentistes

En moyenne, les dentistes présentent des taux de clients CMUC 1,3 fois moins élevés que ceux des généralistes. Cette différence s'inscrit en contradiction avec le fait que les bénéficiaires de la CMUC déclarent plus souvent un mauvais état dentaire que les autres patients. Contrairement à certains médecins spécialistes, la substituableté avec le généraliste ne peut être ici évoquée. En revanche, ce résultat recoupe la fréquence des refus de soins rapportés pour ces professionnels, expliqués par des tarifs applicables aux assurés CMUC jugés trop bas (Desprès et Naiditch, 2006)<sup>4</sup>.

Toutes choses égales par ailleurs, pour ce qui concerne les médecins, les compositions de clientèles diffèrent fortement selon le secteur conventionnel. Les praticiens à honoraires libres (secteur 2) ont en moyenne des taux de bénéficiaires de la CMUC 1,4 fois moins élevés par rapport aux praticiens à honoraires conventionnés

### La Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC)

La Couverture maladie universelle complémentaire a été créée par la loi du 27 juillet 1999 et est entrée en vigueur au 1<sup>er</sup> janvier 2000. Elle octroie la prise en charge gratuite des dépenses de santé avec dispense d'avance de frais pour le patient à toute personne résidant en France de manière stable et régulière, sous conditions de ressources : pour bénéficiaire de ce droit, le revenu sur les douze mois précédant la

demande, effectuée auprès de l'Assurance maladie, doit être inférieur à un certain plafond. Au 1<sup>er</sup> juillet 2005, celui s'élevait à 587 € mensuels pour une personne seule. 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.

La loi instituant le dispositif de la CMUC impose à tous les praticiens, quel que soit

leur secteur conventionnel, à pratiquer un tarif opposable pour les soins qu'ils dispensent aux bénéficiaires de la CMUC; ces soins couvrent l'ensemble des biens et services remboursables par l'Assurance maladie.

Notre analyse porte ici sur les bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2006. Fin 2006, on comptait 4,842 millions de bénéficiaires de la CMUC.

(secteur 1). Ces résultats sont cohérents avec une plus grande réticence des médecins du secteur 2 à accepter de soigner des patients CMUC aux tarifs opposables, donc sans dépassement d'honoraire; ils peuvent aussi provenir d'une plus grande réserve de ces patients à recourir à des soins de médecins du secteur 2 ou même indépendamment de celui-ci, du fait d'habitudes de recours spécifiques aux praticiens ne pratiquant pas de dépassement d'honoraire.

Une analyse plus détaillée des écarts entre secteurs de conventionnement permet d'observer que, toutes choses égales par ailleurs, l'écart entre secteur 1 et secteur 2 varie beaucoup selon la spécialité du praticien.

Par spécialité, les taux de clientèle CMUC des praticiens du secteur 2 sont globalement 1,1 fois à 1,2 fois moins élevés que ceux de leurs confrères du secteur 1. Certaines spécialités enregistrent des écarts plus élevés : ainsi, la proportion de patients titulaires de la CMUC est, toutes choses égales par ailleurs, de 1,3 fois moins élevée chez les ophtalmologues, les pédiatres et les gynécologues, et 1,5 fois moins élevée chez les psychiatres.

Ces différences peuvent être mises en relation avec les différences de coût d'opportunité entre les spécialités : ainsi la proportion de praticiens en secteur 2 et le niveau moyen de leurs dépassements était faible parmi les radiologues pendant les années précédant la mise en place de la CMUC,

contrairement aux spécialités où la différenciation entre secteurs est très forte comme les ophtalmologues (CNAMTS, 2006).

### L'effet de l'offre de soins environnante

Les patients CMUC consultent de préférence dans les zones où l'offre libérale est plus dense : toutes choses égales par ailleurs, une multiplication par deux du nombre de médecins pour 1 000 habitants pour une spécialité donnée s'accompagne d'une multiplication par 1,1 de la part de clientèle CMUC par rapport à la situation de référence.

La plus forte concurrence entre les médecins dans ces zones peut expliquer cette situation : les praticiens y ont moins la possibilité de sélectionner leur clientèle que dans les zones où l'offre est plus rare. Par ailleurs, les patients ont davantage de choix de praticiens. Cette hypothèse est renforcée par le fait que si on teste cette relation statistique dans une analyse différenciée par secteur conventionnel, elle n'est vérifiée que chez les praticiens du secteur 1. Ceux-ci sont davantage soumis à la concurrence que leurs confrères à honoraires libres, qui peuvent pratiquer une différenciation *via* le montant de leurs dépassements. Ce résultat est cohérent avec d'autres travaux mettant en évidence une suspicion de demande induite chez les généralistes du secteur 1 (Delattre et Dormont, 1999).

<sup>4</sup> Pour répondre à cette critique des dentistes, les tarifs opposables des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale ont été revalorisés le 1<sup>er</sup> juin 2006.

La substitution de l'offre hospitalière à l'offre libérale, qui se traduit globalement par les fortes consommations de soins hospitaliers par les bénéficiaires de la CMUC, est également sensible en termes géographiques : plus les équivalents temps plein hospitaliers dans la même discipline et dans la même zone que le praticien considéré sont nombreux, moins la clientèle CMUC de ce dernier est importante. Une multiplication par deux du nombre d'équivalents temps plein médical hospitalier s'accompagne d'une division par 1,2 de la proportion de patients CMUC en libéral. Même si nos données ne nous permettent pas de le mettre directement en évidence, on peut supposer que les patients CMUC substituent une partie des consultations en libéral par des consultations externes à l'hôpital. De même, l'existence d'un centre de santé public s'accompagne d'un taux significativement plus bas de bénéficiaires CMUC chez les médecins libéraux environnants.

La présence d'une offre hospitalière se ressent sur les compositions de clientèle principalement dans les communes les plus aisées, ce qui suggère que l'accès aux soins de ville est certainement plus difficile ou moins naturel pour les bénéficiaires de la CMUC dans ce type de communes.

### Un taux plus élevé de patients CMUC chez les médecins à forte activité

Enfin, le taux de bénéficiaires de la CMUC parmi la clientèle est très positivement corrélié à l'activité des praticiens. Une multiplication par deux de la taille de la clientèle totale s'accompagne, toutes choses égales par ailleurs, d'une multiplication par 3,7 du taux de patients CMUC. Ce résultat semble plutôt paradoxal si l'on suppose que le praticien raisonne principalement en fonction de la baisse de revenu associée au fait de recevoir un patient CMUC. La taille de la clientèle ne devrait alors avoir aucun effet sur les praticiens n'ayant pas de perte de revenu à soigner des patients CMUC (par exemple les médecins du secteur 1), mais par contre un effet négatif sur

ceux qui en ont un (par exemple les dentistes ou ceux qui pratiquent des dépassements d'honoraires).

Cependant, ce résultat peut être cohérent avec l'hypothèse d'un revenu cible que se fixeraient les praticiens. Une activité élevée refléterait alors un revenu cible également élevé, laissant peu de possibilité de refuser un patient, même si le gain marginal qu'il apporte est plus faible qu'un autre. Un revenu cible faible permettrait au contraire au praticien, toutes choses égales par ailleurs, une plus grande sélectivité dans le type de patients, le cas échéant au détriment des patients CMUC. Il se peut également que la concentration des bénéficiaires de la CMUC sur certains praticiens qui acceptent de les prendre en charge occasionne chez ces praticiens un surcroît d'activité.



**L'absence totale de patients CMUC est très rare et correspond à des profils de médecins à très faible clientèle libérale. Au-delà de ce résultat, on constate une grande variabilité dans la proportion de bénéficiaires de la CMUC parmi l'ensemble des patients des médecins généralistes, spécialistes ou dentistes. Bien sûr, cette variabilité s'explique en partie par la nature des besoins de soins de cette population et les caractéristiques de l'environnement socio-économique des communes d'exercice des médecins concernés, notamment le revenu moyen dans la commune. Cependant, un résultat fort de cette étude est qu'il existe bel et bien une « spécialisation » relative des médecins des communes les plus défavorisées dans la clientèle CMUC, qui se déplace en provenance des communes avoisinantes plus riches. Notre étude ne permet pas de réfuter l'existence d'une discrimination des patients CMUC de la part de certains médecins libéraux. Certains enseignements du modèle pourraient même étayer cette hypothèse : toutes choses égales par ailleurs, les patients CMUC sont moins présents chez les médecins de secteur 2**

**et les dentistes, pour lesquels « soigner un Cmuiste » coïncide avec une potentielle perte de revenus ; ils sont plus présents parmi la clientèle des médecins soumis à une plus forte concurrence. La « spécialisation » avérée de certains praticiens vers les clientèles CMUC peut également s'expliquer par des préférences spécifiques des bénéficiaires de la CMUC, en dehors de refus qui leur seraient spécifiquement adressés. Ceux-ci préféreraient ainsi fréquenter des structures de soins publiques ou des praticiens dans des zones géographiques plus populaires, pensant qu'avec ces médecins ils se sentiraient plus à l'aise, soit parce que d'autres bénéficiaires de la CMUC les leur auraient recommandés, soit parce qu'ils seraient rassurés par leur expérience auprès d'une clientèle du même milieu social.**



### POUR EN SAVOIR PLUS

- Boisguérin B., Pichetti S. (2008), Panorama de l'accès aux soins de ville des bénéficiaires de la CMU complémentaire en 2006, DREES, *Études et résultats*. À paraître.
- Boisguérin B. (2004), Enquête auprès des bénéficiaires de la CMU (mars 2003). Principaux résultats, DREES, *Série statistique* (63).
- Chadelat J.-F. (2006), *Les refus de soins aux bénéficiaires de la CMU*, Fonds CMU.
- CNAMTS (2006), *Le secteur libéral des professions de santé au 31 décembre 2004. Résultats du SNIR 2004*. Carnets statistiques n° 112.
- Delattre E., Dormont B. (1999), *Induction de la demande par les médecins libéraux français. Étude micro-économique sur données de panel*. Working paper.
- Desprès C., Naiditch M. (2006), *Analyse des attitudes de médecins et de dentistes à l'égard des patients bénéficiant de la couverture maladie universelle : une étude par testing dans six villes du Val-de-Marne*. DIES, Rapport pour le fonds CMU.
- Le Fur P., Perronnin M. (2003), L'état de santé des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire en 2002, *Questions d'économie de la santé* (76).
- Raynaud D. (2005), Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire, DREES, *Études et résultats* (378), 12 p.