

questions

d'économie de la santé

no 100

analyse

Repères

Depuis plusieurs années, l'IRDES cherche à évaluer les niveaux de garanties proposés par les contrats de couverture complémentaire santé et à mesurer leur impact sur les consommations de soins. Une étude menée à partir des Enquêtes sur la santé et la protection sociale 2000 et 2002 a permis de décrire les niveaux de garantie optique et dentaire proposés par ces contrats. En associant ces données avec les informations sur les consommations de soins issues de l'Echantillon permanent des assurés sociaux, nous analysons le lien existant entre niveaux de couverture et achats de lunettes et de prothèses dentaires.

Impact des niveaux de garantie des complémentaires santé sur les consommations de soins peu remboursés par l'Assurance maladie : le cas des lunettes et des prothèses dentaires

Pascale Lengagne, Marc Perronnin

Aujourd'hui, plus de 9 personnes sur 10 vivant en France sont couvertes par un contrat de couverture complémentaire maladie. Cette large diffusion ne doit pas faire oublier que les niveaux de garantie sont variables, notamment en optique et en dentaire. Ainsi, pour les prothèses dentaires et les lunettes, la dépense laissée à la charge de l'assuré après remboursement de la complémentaire peut varier de plusieurs centaines d'euros. Ceci conduit à s'interroger sur l'influence des niveaux de garantie sur le recours à ces soins ainsi que les dépenses s'y rapportant. Deux questions se posent alors : une meilleure prise en charge incite-t-elle les individus à accroître leurs consommations de manière injustifiée ? Participe-t-elle plutôt à la diminution des disparités d'accès aux soins en permettant aux ménages les plus modestes d'acheter des biens auxquels ils auraient renoncé faute de moyen ?

Notre étude ne montre d'effet massif des niveaux de garantie ni sur le recours aux lunettes et aux prothèses dentaires, ni sur la dépense. En revanche, cet effet est plus marqué pour les ménages modestes démontrant une nouvelle fois le rôle de la couverture complémentaire dans l'amélioration de l'accès aux soins peu remboursés par l'Assurance maladie. Enfin, nous mettons en évidence qu'à niveau de garantie donné, le milieu social a une influence modérée sur ces consommations.

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :

10, rue Vauvenargues 75018 Paris

Téléphone : 01 53 93 43 02/17

Télécopie : 01 53 93 43 50

E-mail : document@irdes.fr

Web : www.irdes.fr

Directrice de la publication :
Catherine Sermet

Rédactrice en chef :
Nathalie Meunier

Maquettiste :
Khadija Ben Larbi

ISSN : 1283-4769

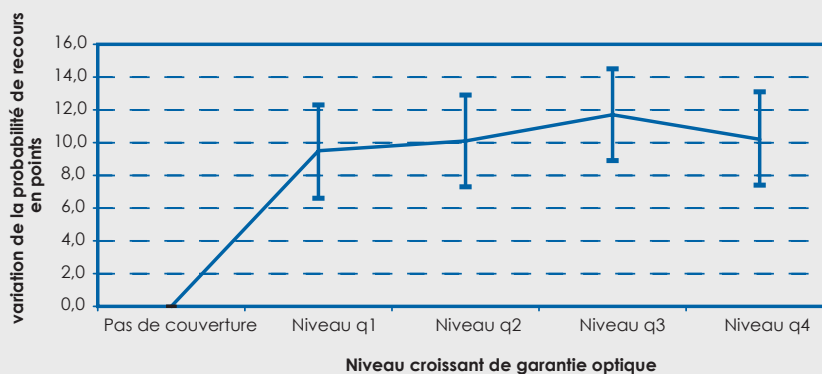
Diffusion par abonnement : 60 euros par an

Prix du numéro : 6 euros

En ligne sur www.irdes.fr

10 à 15 numéros par an

Variation de la probabilité d'acheter des lunettes au cours de l'année selon le niveau de couverture



Grille de lecture : par rapport aux personnes n'ayant pas de couverture complémentaire, les personnes de niveau q1 ont une probabilité de recours qui augmente de 9,5 points, toutes choses égales par ailleurs. Ces évolutions sont assorties d'un intervalle de confiance qui indique le degré de précision avec lequel elles sont mesurées : la valeur exacte de la variation est contenue dans cet intervalle avec une probabilité de 95 %.

Source : IRDES ; Données : enquête ESPS 2000 et 2002 ; EPAS 2000 et 2002

Une grande partie de la population est concernée à un moment ou un autre par l'achat de lunettes ou de prothèses dentaires, deux types de soins onéreux et peu remboursés par l'Assurance maladie. D'après l'Enquête sur la santé et la protection sociale 2002, 55 % des personnes interrogées déclarent porter une paire de lunettes ou des lentilles, 33 % une prothèse dentaire fixe et 20 % une prothèse dentaire amovible (Auvray *et al.*, 2003). Les données de cette enquête, appariées aux données de remboursement des trois grands régimes d'Assurance maladie (cf. encadré ci-contre), montrent également que, parmi les adultes, environ 11 % ont acheté une ou plusieurs paires de lunettes en 2002 et que 10 % se sont fait poser une prothèse dentaire. Pour ces soins, les sommes restant à la charge des patients après remboursement de l'Assurance maladie peuvent être très élevées et obérer le budget des ménages modestes. Bénéficier d'une couverture complémentaire santé permet de couvrir tout ou partie de ces dépenses.

La couverture complémentaire maladie est aujourd'hui très répandue dans la population française. Plus de neuf personnes sur dix en bénéficient (Auvray *et al.*, 2003). Son influence sur les consommations de soins a fait l'objet de plusieurs études, notamment sur les consommations dentaires et optiques. Ces analyses mettent en évidence une différence nette de consommation en faveur des personnes couvertes (Caussat et Glaude, 1993 ; Raynaud, 2005). Toutefois, ces travaux ne tiennent pas compte des différences de niveaux de garantie. Or, ceux-ci sont très variables, en particulier pour les lunettes et les prothèses dentaires : certains contrats ne remboursent que le ticket modérateur, ce qui représente une somme très faible pour ces soins, alors que d'autres remboursent la quasi-totalité de la dépense (Couffinhal et Perronin, 2004). A l'instar des différences observées entre personnes couvertes et non couvertes, nous pouvons penser que la variabilité des niveaux de garantie parmi les individus couverts se reflète sur les consommations, les bénéficiaires de garanties élevées achetant des produits plus chers et en plus

Source des données : l'Echantillon permanent des assurés sociaux et l'Enquête sur la santé et la protection sociale

La présente étude exploite deux sources de données appariées : l'Echantillon permanent des assurés sociaux (EPAS) et l'Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS).

- Au sens strict, l'EPAS est une extraction d'environ 80 000 individus dans les bases de remboursement du Régime général, obtenue en tirant un échantillon d'assurés ainsi que l'ensemble de leurs ayants droit. Des fichiers ayant un contenu équivalent existent pour la CANAM et la MSA, chacun de ces fichiers comprenant 2 600 individus. On appelle EPAS élargi, ou tout simplement EPAS, la réunion de ces trois fichiers. Ces fichiers contiennent, sur plusieurs années et pour chaque bénéficiaire, un relevé exhaustif des consommations de soins présentées au remboursement de l'Assurance maladie. En revanche, ils ne contiennent pas d'informations sur les consommations de soins non prises en charge par l'Assurance maladie. Parmi ces soins, nous pouvons citer les actes médicaux qui concernent la chirurgie réfractive et la pose d'implants dentaires. En outre, cette base ne comporte que très peu de variables socio-économiques et doit donc être appariée aux données de l'enquête ESPS pour une étude précise des déterminants des consommations de soins.
- L'enquête ESPS recueille tous les deux ans des données auprès d'un peu plus de 7 000 assurés présents dans l'EPAS ainsi que les membres de leur ménage. Elle est représentative des ménages dont un des membres au moins est assuré à un des trois principaux régimes d'Assurance maladie, ce qui représente environ 95 % de la population française. Ainsi, lors d'une même année, l'enquête permet de relever auprès d'environ 20 000 individus des données sur leur état de santé, leurs consommations de soins sur un mois, l'hospitalisation, leur couverture obligatoire et complémentaire en santé ainsi que de nombreuses caractéristiques sociodémographiques (âge, sexe, occupation professionnelle, niveau d'études, revenu...).

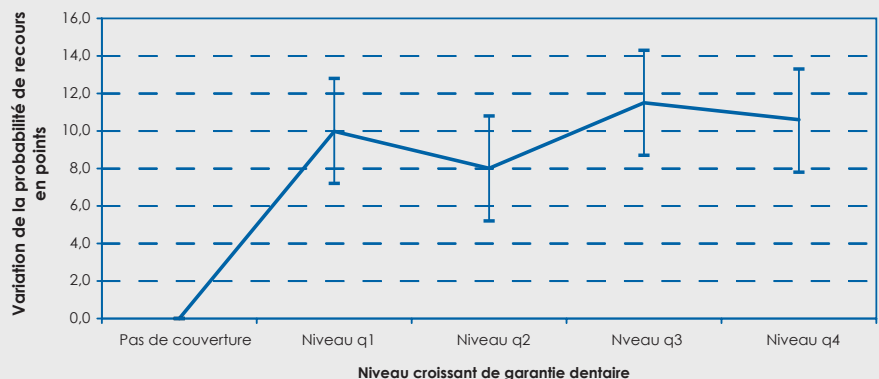
grande quantité que les bénéficiaires de garanties basses. Trois phénomènes peuvent être attendus :

- l'autosélection : elle concerne les individus qui anticipent de fortes dépenses et qui en conséquence choisissent de mieux se couvrir ;
- l'amélioration de l'accès aux soins : l'assurance maladie complémentaire peut permettre aux ménages modestes

d'accéder à des biens auxquels ils auraient renoncé compte tenu du faible remboursement de l'Assurance maladie ;

- le risque moral : l'assurance maladie complémentaire, en réduisant le prix apparent des biens couverts, incite les individus à accroître leur consommation, au détriment d'autres biens qui seraient plus utiles.

Variation de la probabilité d'acheter des prothèses dentaires au cours de l'année selon le niveau de couverture



Grille de lecture : par rapport aux personnes n'ayant pas de couverture complémentaire, les personnes de niveau q1 ont une probabilité de recours qui augmente de 10 points, toutes choses égales par ailleurs. Ces évolutions sont assorties d'un intervalle de confiance qui indique le degré de précision avec lequel elles sont mesurées : la valeur exacte de la variation est contenue dans cet intervalle avec une probabilité de 95 %.

Source : IRDES ; Données : enquête ESPS 2000 et 2002 ; EPAS 2000 et 2002

Dans cette étude, nous rappelons tout d'abord la teneur des débats entre économistes à propos des effets de l'assurance santé sur le comportement des individus. Ensuite, à partir des recours et des dépenses réalisés en 2000/2002, nous étudions si le lien entre niveau de couverture et consommations de lunettes et de prothèses dentaires traduit plutôt du risque moral ou plutôt une amélioration de l'accès aux soins. Enfin, nous examinons dans quelle mesure, à niveau de couverture donné, la somme laissée à la charge des individus par les contrats de couvertures complémentaires laisse subsister des disparités de consommations de soins.

Risque moral ou accès aux soins : la hausse des consommations liée à l'assurance est-elle néfaste ?

Dans quelle mesure la hausse des consommations engendrées par l'assurance est-elle bénéfique ou néfaste ? Cette question a alimenté de vifs débats entre économistes, parmi lesquels on peut citer Pauly (1968) et Nyman (2003). Une publication de l'IRDES (Bardey *et al.*, 2002) a fait la synthèse de ces débats. Voici les points que nous avons retenus dans notre étude :

- la hausse des consommations induite par une meilleure couverture peut traduire une amélioration de l'accès à des soins peu remboursés par l'Assurance maladie, notamment pour les ménages modestes : grâce à cette couverture, l'individu peut s'acheter des soins répondant à ses besoins, qu'il n'aurait pu obtenir s'il avait eu à payer l'intégralité de la somme. Ainsi, une récente étude de l'IRDES (Azogui-Levy et Rochereau, 2005) a montré que le renoncement aux soins dentaires est beaucoup plus fréquent chez les individus ne bénéficiant pas de couverture complémentaire que chez les individus couverts. Le rôle des couvertures complémentaires dans l'accès aux soins a par ailleurs été souligné dans le texte de loi portant création d'une couverture maladie universelle ;
- mais en réduisant le prix à payer, les couvertures complémentaires peu-

vent également inciter les individus à effectuer des dépenses qu'ils n'auraient pas jugées utiles s'ils avaient eu à payer la totalité du tarif. On peut en particulier penser au choix de montures chères ou de prothèses dentaires fabriquées dans des matériaux onéreux. Ces dépenses se répercutent sur le budget de l'ensemble des ménages par l'intermédiaire d'une hausse des primes des contrats, les privant de ressources pour d'autres consommations qu'ils auraient considérées comme plus importantes. On

parle alors de risque moral. Celui-ci est aggravé si les offreurs profitent de l'attractivité que génèrent les couvertures complémentaires pour proposer des biens de plus en plus chers. Il peut alors se produire une spirale haussière entre augmentation des dépenses, augmentation des niveaux de garantie et augmentation des primes. Ainsi, ce phénomène entraîne des problèmes d'allocation des ressources collectives et de régulation des dépenses de santé.

Méthode de construction des indicateurs du niveau de garantie en optique et en dentaire

Dans le questionnaire sur la protection complémentaire de l'Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) il est demandé aux enquêtés de recopier les lignes de garanties de leurs contrats de couverture complémentaire concernant les lunettes et les prothèses dentaires. Ceci a permis de construire un indicateur du niveau de garantie pour chacun de ces soins (Bocognano *et al.*, 2000 ; Couffinal et Perronnin, 2004). En dentaire, l'indicateur représente ce que les contrats remboursent pour l'achat d'une prothèse dentaire fixe céramo-métallique, coûtant 750 €. En optique, l'indicateur représente ce qui est remboursé pour une paire de lunettes avec

verres progressifs, coûtant 250 € chacun et avec une monture coûtant 100 €.

Dans notre étude, ces indicateurs de niveaux de couverture ne sont pas utilisés sous forme continue mais sous forme de variables en classes. Nous avons pour cela défini, en dentaire et en optique, quatre niveaux correspondant aux quartiles de la variable continue : q1, q2, q3 et q4 et une classe à part pour les individus couverts qui n'ont pas donné d'éléments suffisamment précis sur leurs niveaux de couverture optique ou dentaire. Cela nous a permis de conserver des effectifs suffisants dans nos analyses.

	Effectifs
Découpage des niveaux de garanties optiques	
Individus non couverts	1 197 (*)
Premier quartile (q1) : Individus disposant d'une garantie inférieure à 78 €	1 286
Second quartile (q2) : Individus disposant d'une garantie comprise entre 78 € et 157 €	1 258
Troisième quartile (q3) : Individus disposant d'une garantie comprise entre 157 € et 278 €	1 235
Quatrième quartile (q4) : Individus disposant d'une garantie supérieure à 278 €	1 244
Individus bénéficiant d'une couverture complémentaire mais n'ayant pas répondu ou ayant répondu partiellement aux questions sur la couverture complémentaire	6 926
Découpage des niveaux de garanties dentaires	
Individus non couverts	1 209 (*)
Premier quartile (q1) : individus disposant d'une garantie inférieure à 107,5 €	1 079
Second quartile (q2) : Individus disposant d'une garantie comprise entre 107,5 € et 150,5 €	1 334
Troisième quartile (q3) : Individus disposant d'une garantie comprise entre 150,5 € et 247,5 €	1 069
Quatrième quartile (q4) : Individus disposant d'une garantie supérieure à 247,5 €	1 469
Individus n'ayant pas répondu ou ayant répondu partiellement aux questions sur la couverture complémentaire	6 986

(*) L'effectif des individus non couverts pour les lunettes et pour les prothèses dentaires est légèrement différent. Si la quasi-totalité de cet effectif concerne des personnes ne bénéficiant pas de couverture complémentaire, quelques cas concernent des individus couverts mais ayant un contrat ne prévoyant pas le remboursement soit des lunettes, soit des prothèses dentaires.

Dans le premier cas, la couverture agit comme un transfert de revenu qui finance une demande que le consommateur juge comme primordiale alors que dans le second cas, elle modifie les préférences du consommateur en rendant plus attractif le bien couvert par réduction de son prix apparent. Concrètement, si l'individu avait pu utiliser la somme ayant servi à couvrir ses lunettes ou sa prothèse dentaire pour d'autres achats, dans le premier cas, son choix se serait tout de même porté vers les lunettes et prothèses dentaires alors que dans le second, il se serait porté vers d'autres biens ou services. L'augmentation de la consommation induite par une amélioration de l'accès aux soins va concerner plus fortement les ménages modestes car ce sont eux qui sont le plus susceptibles d'être limités dans leur consommation pour des raisons financières ; l'augmentation de la consommation induite par du risque moral touche *a priori* l'ensemble de la population de manière identique. C'est donc en étudiant l'effet des niveaux de garantie sur les consommations de l'ensemble de la population puis spécifiquement parmi les bas revenus que l'on peut déterminer si cet effet relève plutôt du risque moral ou d'un meilleur accès aux soins¹.

De meilleurs niveaux de garantie génèrent-ils du risque moral ?

Nous nous intéressons dans cette partie aux recours aux lunettes et aux prothèses dentaires réalisés dans l'année. Rappelons que, dans cette étude, nous analysons les recours des personnes enquêtées en 2000 et en 2002 et les dépenses s'y rapportant. Nous mesurons le lien entre ces consommations et les niveaux de garantie au moyen d'une analyse économétrique (cf. encadré page 5).

Pour les lunettes, les personnes couvertes par des garanties élevées ne consomment pas plus que celles bénéficiant de garanties inférieures

Nous mettons en évidence, à l'instar de plusieurs autres études, que le fait de posséder une couverture complémentaire est positivement lié à la consommation de

soins. En effet, par rapport aux personnes non couvertes, la probabilité de recourir aux lunettes pour les personnes couvertes est, selon le niveau de garantie, de 9,5 à 11,7 points plus élevée (cf. graphique première page), et leur dépense est de 42,2 % à 55,6 % plus élevée.

Ces différences de consommation entre personnes couvertes et non couvertes reflètent un effet de la couverture sur les consommations de lunettes : le fait d'être couvert explique l'augmentation du recours et de la dépense. L'effet inverse, dit « d'autosélection », c'est-à-dire le fait que les individus, vont choisir de se couvrir parce qu'ils prévoient de consommer plus, n'a pas été démontré par nos données².

D'autre part, nous ne constatons aucun effet net des niveaux de garantie sur les consommations de lunettes. La probabilité d'acheter des lunettes au cours de l'année a certes tendance à augmenter en fonction du niveau de garantie, mais ces différences sont trop faibles pour être interprétées. Par ailleurs, les dépenses réalisées par les personnes couvertes sont comparables quel que soit le niveau de garantie en optique. Au total, les effets observés semblent écarter l'hypothèse de risque moral, c'est-à-dire d'une consommation qui croît continuellement avec le niveau de garantie.

L'influence des niveaux de garantie sur les achats de prothèses dentaires est également faible

Les personnes possédant une couverture complémentaire sont plus nombreuses que les non couvertes à acheter des prothèses dentaires. Ainsi, leur probabilité d'achat est de 8 à 11,5 points plus élevée (cf. graphique p. 2). En outre, le fait d'être couvert n'a pas d'influence sur leur dépense.

Un test d'autosélection analogue à celui mené dans le cas des lunettes montre que ces différences de recours reflètent bien un effet de la couverture sur la consommation et non l'inverse. Comme pour les lunettes, nous ne mettons pas en évidence d'effet du niveau de garantie. La probabilité d'acheter

des prothèses dentaires au cours de l'année et les dépenses réalisées ne présentent pas de variations significatives suivant le niveau de garantie. Ces résultats semblent une fois de plus exclure la présence de risque moral.

La couverture complémentaire permet-elle d'améliorer l'accès des ménages les plus modestes ?

Une précédente étude de l'IRDES (Azogui-Levy, Rochereau, 2005) a, rappelons-le, montré que la probabilité de renoncer aux soins dentaires est moins élevée pour une personne couverte, mettant en évidence un impact bénéfique de la couverture complémentaire en termes d'accès aux soins. Afin de préciser le rôle des niveaux de garantie dans l'accès aux soins, nous avons mesuré l'effet de la complémentaire sur le taux de recours aux prothèses dentaires et aux lunettes³ de trois populations : une population à faible revenu (moins de 550 € par mois et par unité de consommation⁴), à revenu moyen (entre 550 € et 1 300 €) et à revenu élevé (> à 1 300 €). On peut ainsi déterminer si les niveaux de couverture ont un effet plus marqué parmi les individus les plus pauvres qui sont ceux qui ont *a priori* le plus de difficulté à accéder aux soins.

Un meilleur niveau de couverture améliore l'accès aux lunettes et prothèses dentaires des bas revenus

Dans chacune des trois populations, le taux de recours augmente nettement en-

¹ Cette analyse de l'effet des niveaux de garantie sur les consommations selon le revenu a été suggérée par Nyman (2003).

² Pour vérifier cela, nous avons utilisé le test d'autosélection proposé dans un article sur l'impact des couvertures complémentaires santé sur les épisodes de soins (Genier, 1998).

³ Nous n'avons pu faire cette analyse pour la dépense, les effectifs de consommation par tranche de revenu étant trop faibles.

⁴ Le revenu par unité de consommation reflète les ressources financières disponibles par personne du ménage. Pour tenir compte des économies d'échelle, toutes les personnes du ménage ne comptent pas comme une unité à taux plein : le premier adulte compte pour 1, chaque individu supplémentaire de plus de 14 ans compte pour 0,7 et chaque enfant de moins de 14 ans compte pour 0,5. Ainsi, un couple avec deux enfants est compté pour 2,7 unités de consommation.

tre les personnes couvertes et non couvertes (cf. graphiques page 6). Toutefois, les tendances diffèrent lorsqu'on analyse le taux de recours selon le niveau de garantie. Pour les personnes aux revenus modestes, le taux de recours augmente avec le niveau de couverture complémentaire, pour les lunettes comme pour les prothèses dentaires. Ceci n'est pas vérifié pour les personnes à niveau de revenu intermédiaire puisque l'on ne constate pas de différence marquée du taux de recours entre les différents niveaux de garantie. Pour les revenus les plus élevés, le taux de recours varie de manière irrégulière en fonction du niveau de garantie mais on peut tout de même relever une tendance croissante dans le cas des prothèses dentaires.

En conclusion, plus le niveau de garantie est important et plus l'accessibilité aux lunettes et aux prothèses dentaires des ménages les plus pauvres s'accroît. Si les disparités d'accès aux lunettes semblent diminuer avec le niveau de couverture complémentaire, elles persistent dans le cas des prothèses dentaires, la probabilité de recours des plus modestes restant plus faible que celle des revenus les plus élevés.

A niveau de couverture donné, subsiste-t-il des disparités de consommations selon le milieu social ?

Le niveau de garantie n'explique pas à lui seul la consommation de lunettes et de prothèses dentaires. Nous avons donc étudié, pour un même niveau de garantie, l'impact du revenu, de la catégorie socio-professionnelle du chef du ménage et de son niveau d'études.

En optique, le recours et la dépense augmentent modérément avec le niveau social

A niveau de garantie donné, on constate de légères différences de consommations de lunettes selon le milieu social. Ainsi, par rapport à une personne dont le revenu est inférieur à 550 €, la probabilité d'achat de lunettes augmente de

Méthode d'analyse des consommations de lunettes et de prothèses dentaires

En nous appuyant sur les enquêtes ESPS 2000 et 2002 appariées aux données de remboursement de l'EPAS (cf. encadré page 2), nous avons pu constituer un échantillon de 13 146 individus enquêtés soit en 2000, soit en 2002. Les personnes inscrites auprès de mutuelles décompteuses, c'est-à-dire gérant la part obligatoire et complémentaire, ont été exclues car on ne dispose pas d'informations sur leurs remboursements. De plus, cet échantillon ne comprend que des individus de 18 ans et plus, car le besoin en prothèses dentaires touche majoritairement les adultes et les bases de remboursement des verres et des montures sont plus élevées en deçà de 18 ans. Enfin, il ne comprend pas les bénéficiaires de la CMU complémentaire car les titulaires de ce dispositif bénéficient de la gratuité des soins sur des produits ne dépassant pas les prix fixés conventionnellement.

A partir de cet échantillon, nous cherchons à savoir si, au cours d'une année, les individus recourent plus ou moins fréquemment aux lunettes ou aux prothèses dentaires selon leur niveau de garantie et si lorsqu'ils achètent l'un de ces biens, la dépense restant à leur charge après remboursement de l'Assurance maladie est plus ou moins élevée. Le recours et la dépense sont modélisées conjointement au moyen d'un modèle économétrique TOBIT, ce qui permet de tenir compte du fait qu'un individu peut choisir d'effectuer ou non un achat en fonction de la dépense à laquelle il doit faire face. Ce modèle prend également en compte le lien entre la propension à recourir plus souvent et la propension à acheter des biens plus chers.

Notre estimation de l'influence du niveau de garantie sur les consommations de lunettes et de prothèses dentaires a été réalisée à caractéristiques sociodémographiques et d'état de santé comparables. Nous contrôlons ainsi du milieu social au travers de trois variables :

- le revenu par unité de consommation qui reflète les ressources financières disponibles par personne du ménage. Pour tenir compte des économies d'échelle, toutes les personnes du ménage ne comptent pas comme une unité à taux plein : le premier adulte compte pour 1, chaque individu supplémentaire de plus de 14 ans compte pour 0,7 et chaque enfant de moins de 14 ans compte pour 0,5. Ainsi, un

couple avec deux enfants est compté pour 2,7 unités de consommation ;

- le niveau d'études du chef de ménage ;
- la catégorie socioprofessionnelle du chef de ménage.

D'autres variables de contrôle ont été introduites. Il s'agit :

- de l'âge, du sexe de l'individu et de l'occupation principale du chef de ménage ;
- de la densité d'ophtalmologues ou de dentistes libéraux pour 100 000 habitants, ce qui nous permet de tenir compte de l'offre locale de soins ;
- d'un indicateur d'état de santé général : le risque vital attribué à chaque enquêté par un médecin codeur sur la base des réponses données en autoquestionnaire (six niveaux de risque allant de « aucun risque sur le plan vital » à « pronostic sûrement mauvais » signifiant 80 % de probabilité de décès dans les 5 ans) ;
- des problèmes visuels déclarés (dans le cas des lunettes) : myopie, presbytie, astigmatie, hypermétropie, combinaison d'une myopie et d'une presbytie, myopie et astigmatie, autres défauts visuels, ou aucun problème ;
- de l'état général des dents (dans le cas des prothèses dentaires) : avoir toutes ses dents intactes ; en bon état ; avoir toutes ses dents, dont certaines ont dû être traitées ou remplacées ; avoir perdu une partie des dents, mais il en reste assez pour mastiquer les aliments sans nécessité de prothèses dentaires ; ou avoir perdu toutes ou presque toutes ses dents.

Notons que ces deux dernières variables d'état de santé ne mesurent qu'imparfaitement le besoin en lunettes et prothèses dentaires : elles ne mesurent pas de dégradation de l'état de santé optique et dentaire qui susciterait l'achat de ces biens. Dans le cas des prothèses dentaires, nous introduisons également des indicateurs du poids et de la consommation de tabac : ce sont des facteurs de risque pour la santé bucco-dentaire et qui permettent d'appréhender l'hygiène de vie.

3,5 points lorsque le revenu est compris entre 840 € et 1 300 € et de 2,7 points lorsque le revenu dépasse 1 300 € ; de même, elle est plus forte lorsque le chef de ménage a un niveau d'études secondaires (+2,8 points) ou supérieur (+2,0

points) que lorsqu'il a un niveau d'études primaires.

Pour les lunettes, nous notons seulement que, par rapport aux employés qui sont pris comme référence, les agriculteurs et

les ouvriers qualifiés dépensent moins (respectivement -31% et -13%) à niveau de garantie donné.

En dentaire, l'influence du milieu social sur le recours et la dépense est faible

Dans le cas des prothèses dentaires, le milieu social des individus a, à niveau de garantie donné, peu d'influence sur leur recours. Nous pouvons tout juste observer que la probabilité de recourir est plus forte pour les individus dont le revenu est supérieur à 1 300 € que pour les individus gagnant moins de 550 € (+2,6 points).

Pour la dépense, à niveau de garantie donné, on note seulement une différence pour deux catégories socioprofessionnelles : les agriculteurs et les cadres. Ainsi, par rapport aux personnes vivant dans un ménage d'employé, celles vivant dans un ménage d'agriculteur ont une dépense moins élevée (-35%) et celles vivant dans un ménage de cadre une dépense plus élevée ($+29\%$).

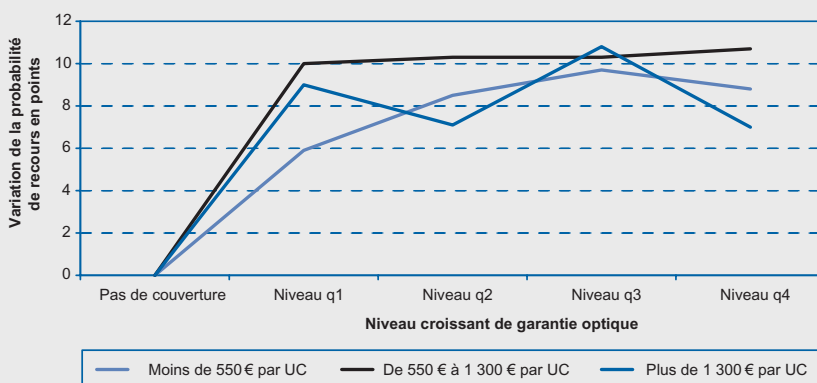
Au total, en dentaire comme en optique, peu de caractéristiques sociales influent sur les consommations.

* * *

Pour la première fois, nous avons analysé l'impact des niveaux de garantie des couvertures complémentaires sur les achats de lunettes et de prothèses dentaires. D'après nos données, cet impact est faible. Ainsi, de plus hauts niveaux de couverture complémentaire n'entraînent pas de surconsommation de soins, ce qui semble exclure le phénomène de risque moral. Par contre, cette étude confirme l'importance de la prise en charge des couvertures complémentaires pour les ménages les plus modestes, pour lesquels on constate une augmentation du recours avec le niveau de garantie.

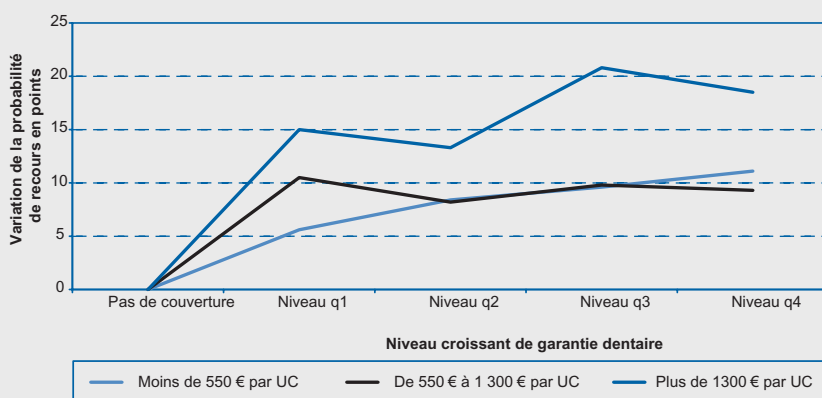
Globalement, on peut conclure que la couverture complémentaire atténue les disparités d'accès aux soins selon le milieu social, puisqu'à niveau de couverture donné, il subsiste assez peu de différences de consommation de lunettes et de prothèses dentaires.

Variation de la probabilité d'acheter des lunettes ou des prothèses dentaires en fonction du niveau de couverture complémentaire, selon le revenu par unité de consommation



Grille de lecture : le fait de passer d'un niveau nul à un niveau q1 de couverture en optique augmente la probabilité de recours de 5,9 points, de 10 points et de 9 points pour les individus gagnant respectivement moins de 550€, de 550€ à 1300€ et plus de 1 300€ par unité de consommation.

Source : IRDES ; Données : enquête ESPS 2000 et 2002 ; EPAS 2000 et 2002



Grille de lecture : le fait de passer d'un niveau nul à un niveau q1 de couverture en dentaire augmente la probabilité de recours de 5,6 points, de 10,5 points et de 15 points pour les individus gagnant respectivement moins de 550€, de 550€ à 1300€ et plus de 1300€ par unité de consommation

Source : IRDES ; Données : enquête ESPS 2000 et 2002 ; EPAS 2000 et 2002

Pour en savoir plus

- Auvray L., Doussin A., Le Fur P. (2003), *Santé, soins et protection sociale en 2002*, IRDES, n° 1509, 181 p.
- Azogui-Levy S., Rochereau T. (2005) Comportements de recours aux soins et santé bucco-dentaire : exploitation de l'enquête Santé et protection sociale 2000, *Questions d'économie de la santé* n° 94, 8 p.
- Bardey D., Couffinal A., Grignon M. (2002), Trop d'assurance peut-il être néfaste ? Théorie du risque moral ex post en santé, *Questions d'économie de la santé* n° 53, 8 p.
- Bocognano A., Couffinal A., Dumesnil S., Grignon M. (2000), *La complémentaire maladie en France : qui bénéficie de quels remboursements ? Résultats de l'enquête Santé Protection Sociale 1998*, IRDES, n° 1317, 150 p.
- Caussat L., Glaude M. (1993), Dépenses médicales et couverture sociale, In : Les dépenses de santé des Français, *Economie et Statistique* n° 265, pp. 31-43
- Couffinal A., Perronin M. (2004), *Accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursement. Enquête ESPS 2000-2002*, IRDES n° 1521, 110 p.
- Genier P. (1998), Assurance et recours aux soins. Une analyse microéconomique à partir de l'enquête Santé 1991-1992 de l'INSEE, *Revue économique*, Vol 49, N°3, pp 809-819.
- Nyman J.-A. (2003), *The theory of demand for health insurance*, Stanford University Press, 224 p.
- Pauly M. V. (1968), The Economics of Moral Hazard: Comment, *American Economic Review*, 58, pp. 531-537.
- Raynaud D. (2005), Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire, *DREES, Etudes et résultats*, n° 378, 12 p.