

questions

d'économie de la santé

analyse

Repères

Notre étude fait suite aux analyses déjà réalisées sur l'impact sur la consommation de soins des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), notamment par la CNAMTS et la DREES.

Elle permet de les enrichir en comparant l'évolution des consommations sur une période plus longue (depuis 1998) et pour différentes populations de bénéficiaires de la CMUC :

- ceux qui sont entrés dans le dispositif dès le 1^{er} janvier, qui étaient en grande partie des bénéficiaires de l'Aide médicale générale (AMG) ;
- ceux qui sont entrés après le 1^{er} janvier et qui ont pour la plupart effectué une démarche volontaire pour en bénéficier.

Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations de soins

Michel Grignon, Marc Perronnin

Depuis le 1^{er} janvier 2000, la couverture maladie universelle permet, sous conditions de ressources, de disposer d'une couverture maladie complémentaire gratuite (CMUC). Elle vise à supprimer les barrières financières à l'accès aux soins pour les personnes les plus pauvres.

Notre étude analyse l'impact de cette couverture sur les consommations de soins pendant l'année 2000.

Les dépenses des bénéficiaires de la CMUC ont augmenté en 2000, mais elles augmentaient déjà dans la période précédant l'inscription à la CMUC, et on ne constate pas d'accélération, sauf pour le médicament.

Le bénéfice de la CMUC permet à des personnes ne consultant pas antérieurement de le faire, en particulier auprès des spécialistes. La consommation de ce type de soins, on le sait, est très sensible au statut socio-économique et est particulièrement faible chez les plus pauvres. En revanche, l'accès à la CMUC ne se traduit pas par une augmentation de la dépense moyenne pour ceux qui recourent au système.

La hausse des consommations a été la plus forte pour les bénéficiaires non couverts antérieurement par l'Aide médicale générale (AMG). Ceci tend à confirmer que l'inscription à la CMUC se fait souvent à l'occasion d'un besoin de soins.

Enfin, l'effet de la CMUC est plus fort dans les régions à faible ou moyenne densité de médecins que dans les régions à forte densité (Île-de-France et région PACA).

CENTRE DE RECHERCHE, D'ÉTUDE ET DE 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@credes.fr

Web : www.credes.fr

Directrice de la publication :
Dominique Polton

Rédactrice en chef :
Nathalie Meunier

Maquettiste :
Aude Sirvain

ISSN : 1283-4769

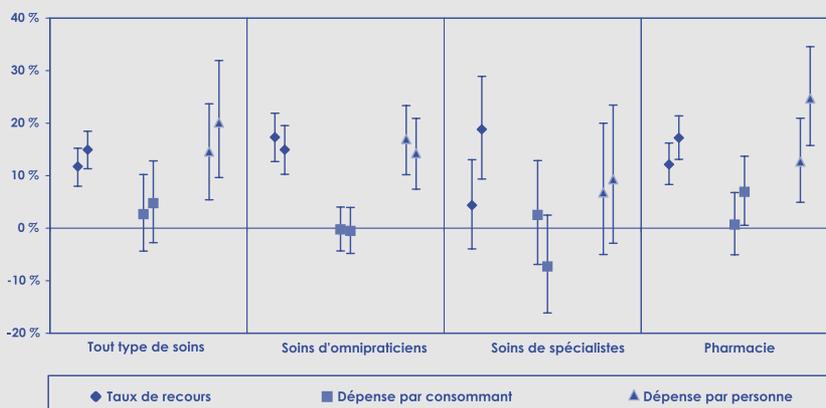
Diffusion par abonnement : 60 euros par an

Prix du numéro : 6 euros

En ligne sur www.credes.fr

10 à 15 numéros par an

Variations de la consommation trimestrielle de soins des bénéficiaires de la CMU entre 1998 et 1999 et entre 1999 et 2000



Guide de lecture : chaque paire d'intervalles donne la zone de confiance à 95 % des variations du taux de recours, de la dépense par consommant (c'est-à-dire calculée uniquement sur les consommateurs) et de la dépense par personne (c'est-à-dire calculée sur l'ensemble de la population), entre 1998 et 1999 (premier intervalle) et entre 1999 et 2000 (deuxième intervalle) ; le point repéré par un losange, un carré ou un triangle donne la valeur estimée de la variation entre les deux périodes. Si les 2 intervalles se chevauchent, cela signifie que la différence entre les deux variations n'est pas significative au seuil de 5 %.

Source : EPAS 1998-1999-2000

De nombreux travaux ont montré que la consommation de soins augmente avec le niveau de couverture maladie. En France, les personnes n'ayant pas de couverture complémentaire ont des recours aux soins plus faibles que les autres, et elles sont plus nombreuses parmi celles qui ont des revenus modestes. Elles renoncent d'ailleurs plus souvent à des soins pour raisons financières (Auvray *et al.*, 2001).

C'est pour réduire cette inégalité et faciliter l'accès aux soins des plus pauvres que la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) a été créée¹. Cependant, certains ont exprimé la crainte que cette gratuité ne conduise à des surconsommations et à des gaspillages. Les premières données disponibles, montrant une forte augmentation de la consommation de soins des bénéficiaires et des niveaux de dépenses supérieurs à ceux de la population générale, ont pu sembler aller dans ce sens.

² La présente étude vise à apporter, par rapport aux éléments d'évaluation déjà disponibles, quelques éclairages complémentaires pour tenter de mieux apprécier l'impact de la CMUC sur les consommations de soins. Elle concerne la première année d'impact du dispositif, l'année 2000.

Principaux résultats déjà publiés

Les deux principales études de l'impact de la CMUC sur la consommation de soins sont issues de la CNAMTS et de la DREES.

La CNAMTS (Girard-Le Gallo, 2002) relève les dépenses de soins de ville d'une cohorte d'assurés, bénéficiaires ou non de la CMUC et ayant consommé des soins durant les années 1999, 2000 et 2001. Selon cette étude, entre 1999 et 2000, la dépense des bénéficiaires de la CMUC a plus augmenté que celle des autres assurés du régime général

(+ 19 % contre + 10 %). En revanche, entre 2000 et 2001, les rythmes d'évolution se rapprochent (+ 8 % contre + 7 %). Au total, la consommation de soins de ville des bénéficiaires de la CMUC est supérieure d'environ un tiers à celle du reste de la population, à âge et sexe comparables.

L'étude de la DREES (Raynaud, 2003) apporte des éléments complémentaires en montrant que si les bénéficiaires de la CMUC ont, en 2000, des dépenses de santé plus élevées que les autres bénéficiaires de l'Assurance maladie, cette différence s'explique par leur moins bon état de santé. A état de santé donné, ils ne consomment pas plus que les autres bénéficiaires de l'Assurance maladie titulaires d'une couverture complémentaire.

Nous apportons des compléments d'analyse à ces travaux. Ainsi, l'évolution de la dépense après inscription à la CMUC est comparée, pour chaque bénéficiaire, à l'évolution tendancielle antérieure de sa consommation, afin de discerner si la CMUC a effectivement introduit une rupture dans le rythme d'évolution de ses dépenses de soins.

A partir des données utilisées (voir encadré ci-contre), cette évolution a été analysée en distinguant :

- le taux de recours, c'est-à-dire la proportion de personnes ayant eu recours au moins une fois à l'ensemble des soins (hôpital compris), et en particulier aux médecins généralistes, aux médecins spécialistes et aux médicaments²,
- la dépense de ceux qui consomment, que nous appelons par la suite « dépense par consommant »,
- enfin, la dépense moyenne de la population des bénéficiaires, que nous appelons par la suite « dépense par personne » et qui est le produit des deux éléments précédents (le taux de recours et la dépense par consommant).

Sources des données L'Echantillon permanent des assurés sociaux (EPAS).

L'Echantillon permanent d'assurés sociaux (EPAS) est une extraction d'assurés du régime général et de leurs ayants droit. Cette extraction est constituée par un sondage en grappe : le tirage au sort porte sur les assurés principaux, leurs ayants droit étant incorporés à l'échantillon ensuite. La base qui contenait environ 50 000 individus jusqu'en 1999 (soit un taux de sondage de 1/1 200) a été doublée depuis (le taux de sondage a été porté à 1/600). Du fait du mode de tirage (individus nés une année paire, un mois d'octobre...), un même assuré principal est tiré d'une année sur l'autre et la base a donc une structure de panel. Ce mode de tirage permet également de remplacer les assurés principaux sortant du Régime général (pour cause de décès par exemple) par de nouveaux assurés principaux. L'EPAS contient pour chaque bénéficiaire des données administratives : âge, sexe, département de résidence... et un relevé exhaustif des consommations de soins présentées au remboursement de l'Assurance maladie.

Il est important de distinguer ces éléments car on peut penser – et des travaux antérieurs l'ont montré – qu'ils n'obéissent pas à la même logique. Le premier contact avec le système de soins reflète la demande du patient. En revanche, une fois qu'il est entré en contact avec un généraliste ou un spécialiste, le nombre de consultations, la fréquence du suivi médical ou le montant des prescriptions sont largement déterminés par le professionnel.

En outre, deux populations ont été étudiées :

- la population ayant bénéficié de la CMUC dès le 1^{er} janvier : composée principalement de personnes couvertes par l'AMG³ auparavant et bascu-

¹ Le bénéfice de la CMU est ouvert, sous conditions de ressources, à toute personne résidant en France de façon stable et régulière. Les informations sur les modalités d'attribution, et sur les droits offerts par la CMU sont disponibles sur le site de la CNAMTS (www.ameli.fr). Au 31 décembre 2002, 4,5 millions de personnes étaient couvertes par la CMUC soit 7,5 % de la population française (Boisguérin, 2003).

² L'hôpital et les soins de dentistes n'ont pu être retenus séparément pour des raisons d'effectifs.

³ Avant la CMU, l'AMG permettait principalement aux bénéficiaires du RMI de disposer d'une couverture maladie gratuite. Prise en charge par les départements elle couvrait au minimum le ticket modérateur et le forfait hospitalier. Dans les faits, peu de départements sont allés au-delà de ces obligations minimales.

Méthode : suivre l'évolution des dépenses et du recours aux soins des bénéficiaires de la CMUC, trimestre par trimestre, avant et après l'entrée en vigueur de la CMUC

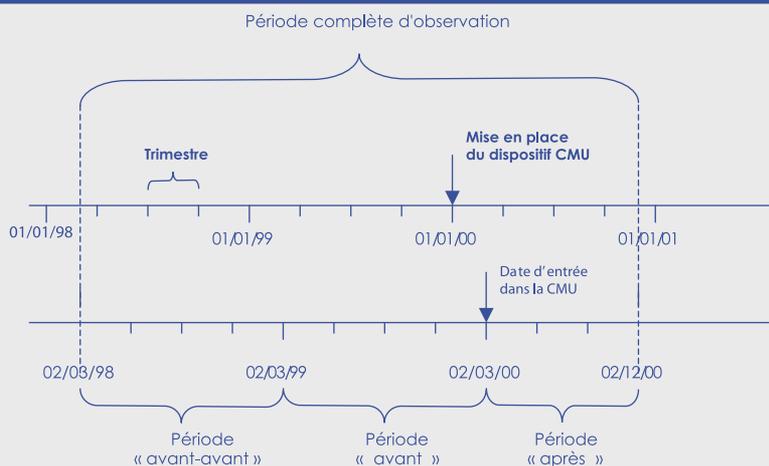
La méthode utilisée est largement inspirée d'une évaluation d'un dispositif d'extension de l'Assurance maladie à destination des pauvres aux USA (Medicaid), dispositif dit Maryland Access to Care et analysé par Evans, Schoenman et Schur (1997).

Elle consiste à suivre le recours et les dépenses individuelles trimestrielles d'une cohorte de bénéficiaires de la CMUC issus de l'échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS), avant et après leur entrée dans le dispositif CMUC. Etudier ainsi les bénéficiaires de la CMUC sur plusieurs trimestres permet d'une part de comparer le rythme de croissance du recours et de la dépense avant et après l'entrée dans la CMUC et d'autre part d'appréhender la propension individuelle au recours et à la dépense. La prise en compte de ces propensions individuelles à la consommation

via des modèles économétriques dits « à effet fixe » va permettre de s'affranchir du biais d'inscription.

La période d'observation antérieure à l'entrée dans la CMUC s'étale sur 2 ans (8 trimestres) et la période postérieure à l'entrée dans la CMUC est variable, limitée par le fait que les données n'étaient pas disponibles au-delà de l'année 2000 (cf. schéma ci-dessous). Elle va de 4 trimestres pour les personnes entrées au 1^{er} janvier 2000 à 1 trimestre pour les personnes entrées après le 1^{er} juillet. Les personnes entrées après le 1^{er} octobre 2000 ont été retirées de l'échantillon car la période d'observation, alors inférieure à 1 trimestre, était jugée trop courte. On a d'autre part retiré les individus dont la dépense trimestrielle moyenne excédait les 2 500 € (soit environ 3 % de notre échantillon), leur consommation de soins étant considérée comme atypique.

Exemple de constitution des périodes, pour un individu entré dans la CMUC au 2 mars 2000



Guide de lecture : le 1^{er} axe temporel représente les trimestres calendaires et celui du dessous les trimestres construits. Exemple d'un individu entré le 2 mars 1998 dans le dispositif CMUC et observé au cours de 8 trimestres avant (du 2 mars 1998 au 2 mars 1999 et du 2 mars 1999 au 2 mars 2000) et 3 trimestres après (du 2 mars 2000 au 2 décembre 2000).

Modélisation des consommations trimestrielles

Nous avons modélisé le comportement de consommation des bénéficiaires de la CMU en deux étapes (Duan *et al.*, 1983). La première explique la probabilité de recourir aux soins puis, pour ceux qui ont recouru au moins une fois dans le trimestre, la deuxième étape explique le logarithme de la dépense des consommateurs en fonction des mêmes variables. A l'aide de ces deux étapes, on peut ensuite reconstituer la dépense individuelle attendue (dépense non conditionnelle). Pour les deux étapes, nous avons utilisé des régressions par les moindres carrés ordinaires avec effet fixe. Cette technique qui peut sembler inadaptée pour la première étape, nous a permis de reconstituer ensuite plus facilement la dépense non conditionnelle. Elle donne des estimations correctes lorsque la probabilité de recours est comprise entre 0,2 et 0,8.

Pour tenir compte d'effets de saisonnalité sur la dépense de soins médicaux (épidémies liées aux conditions climatiques), nous avons contrôlé la variation par la position du trimestre dans l'année civile. Plus précisément, cette variable « position du trimestre » indique la proportion du trimestre se trouvant entre le 1^{er} avril et le 31 septembre, semestre durant lequel la consommation est la plus faible. Pour tenir compte du fait que le vieillissement (de deux ans) est différent selon l'âge de départ, nous avons contrôlé aussi (et simultanément) la variation par l'âge et l'âge au carré de l'individu. L'effet fixe permet quant à lui de contrôler des caractéristiques de l'individu fixes dans le temps : revenu, catégorie socio-professionnelle... et propension individuelle à consommer.

lées automatiquement dans le dispositif lors de sa mise en place ;

- la population inscrite à la CMUC après le 1^{er} janvier, constituée de personnes ayant réalisé une démarche volontaire.

Ceci peut permettre notamment de détecter un « biais d'inscription », c'est-à-dire le fait que les individus ont tendance à s'inscrire parce qu'ils ont besoin de consommer des soins (à l'occasion d'un épisode de maladie). Si c'est le cas, les résultats observés sur les bénéficiaires peuvent être surévalués par rapport à la population éligible à la CMUC, du fait même que les non-consommateurs ou faibles consommateurs ne s'inscrivent pas.

Méthode

Notre objectif étant de comparer l'évolution des consommations avant et après CMUC à l'évolution tendancielle antérieure, nous avons défini, pour chaque bénéficiaire de la CMUC de notre échantillon, trois périodes :

- deux périodes d'observation de quatre trimestres avant l'entrée dans la CMUC : la période se situant entre un et deux ans avant l'entrée dans la CMUC, et l'année précédant l'entrée dans la CMUC. Nous appelons respectivement par la suite ces deux périodes « période avant-avant » et « avant » ;
- une période d'au maximum quatre trimestres après l'entrée dans la CMUC, appelée par la suite « période après ».

Nous avons évalué l'impact propre de la CMUC en comparant l'évolution des consommations entre les différentes périodes définies ci-dessus. Par exemple, pour un individu entré dans le dispositif au 1^{er} mars 2000, nous modélisons sa consommation de soins trimestrielle sur les périodes allant de mars 1998 à mars 1999 (« avant-avant »), de mars 1999 à mars 2000 (« avant ») et de mars 2000 à novembre 2000 (« après ») ;

nous calculons le taux de croissance de cette consommation entre les périodes « avant-avant » et « avant » puis entre les périodes « avant » et « après » ; enfin, nous comparons les deux taux de croissance obtenus (voir encadré ci-contre).

Si nous constatons que le rythme d'évolution des dépenses avant et après CMUC se modifie par rapport au rythme d'évolution antérieur, nous concluons à un impact du dispositif⁴.

Résultats

Le taux de recours sur un an de la population bénéficiaire de la CMUC en 2000 était, au cours de la période « avant-avant » (qui correspond pour la majorité à l'année 1998), de 76 %. Ce taux passe à 81 % dans l'année précédant l'entrée dans la CMUC (période « avant ») et à 88 % dans la période après CMUC, c'est-à-dire en 2000.

Premier constat, cette population recourait moins aux soins que la population générale. Il n'existe pas de sources directement comparables mais selon Aligon *et al.* (2001), le taux de recours moyen sur l'ensemble de la population était de 90 % en 1997.

Deuxième constat, on observe un effet de rattrapage entre 1998 et 2000 sur le

taux de recours annuel qui rejoint celui de la population générale. Le rythme d'évolution n'a pas été modifié par la CMUC.

Dans la suite de notre étude, pour estimer l'effet propre de la CMUC, nous comparons les taux de recours et les dépenses d'un trimestre moyen. Ces résultats trimestriels et leurs évolutions ne sont pas directement comparables aux données annuelles (citées ci-dessus). Ils permettent de s'intéresser à la variation dans le rythme d'évolution et donc à l'impact propre de la CMUC.

Un impact fort sur la consommation de médicaments, un accroissement très net du recours au spécialiste, mais peu d'effet sur la dépense moyenne

Tout d'abord, nous nous intéressons à l'impact de la CMUC sur les dépenses de soins et le recours aux soins de l'ensemble de la population bénéficiaire, quelle que soit la date d'entrée ou la couverture antérieure.

Pour l'ensemble des soins, la dépense par personne augmente plus rapidement entre la période précédant juste l'entrée dans la CMUC et la période après CMUC (+ 20,1 %), qu'entre les périodes antérieures (+ 14,6 %), soit un effet de + 5,5 % imputable à la CMUC. Cette

évolution est due à une augmentation plus forte à la fois du recours aux soins et de la dépense par consommant. Par type de soins, il apparaît que la CMUC a eu un impact sur deux consommations : les médicaments et les soins de spécialistes. Si pour les médicaments, l'impact est fort à la fois sur le taux de recours et la dépense ; pour les spécialistes, il est important sur le recours seulement, sans avoir de répercussions sur la dépense. En revanche, on n'observe pas d'effet sur le recours et la dépense en soins de généralistes.

Dans le détail, on note, après l'entrée dans le dispositif CMUC (voir tableau ci-dessous) :

- pour la pharmacie, une hausse plus forte de la dépense par personne qui s'explique à la fois par une augmentation du recours et par une augmentation de la dépense par consommant ;
- pour les soins de spécialistes, une stagnation de la dépense par personne qui masque à la fois une hausse beaucoup plus forte du recours à ce type de praticien et une diminution de la progression de la dépense par consommant ;
- pour les soins de généralistes, un ralentissement de la dépense par personne qui résulte d'une croissance moins forte du recours aux généralistes et d'une stagnation de la dépense par consommant.

Le fort accroissement du recours aux spécialistes peut s'expliquer par un moins fort renoncement à ce type de praticien et à la réorientation d'une partie de la demande autrefois adressée aux généralistes vers les spécialistes. En effet, rappelons que les bénéficiaires de la CMUC ont désormais un débours nul pour la plupart des consultations de

Effet de la CMUC sur le taux de recours aux soins et la dépense des bénéficiaires

	Taux de recours			Dépense moyenne par consommant			Dépense moyenne par personne		
	Variation entre		Impact CMUC	Variation entre		Impact CMUC	Variation entre		Impact CMUC
	« avant-avant » et « avant »	« avant » et « après CMUC »		« avant-avant » et « avant »	« avant » et « après CMUC »		« avant-avant » et « avant »	« avant » et « après CMUC »	
Généralistes	+ 17,3 %	+ 14,9 %	- 2,4 %	- 0,2 %	- 0,5 %	- 0,3 %	+ 17,0 %	+ 14,3 %	- 2,7 %
Spécialistes	+ 4,4 %	+ 18,8 %	+ 14,5 %	+ 2,5 %	- 7,3 %	- 9,8 %	+ 6,8 %	+ 9,3 %	+ 2,5 %
Médicaments	+ 12,1 %	+ 17,2 %	+ 5,1 %	+ 0,7 %	+ 6,9 %	+ 6,3 %	+ 12,7 %	+ 24,7 %	+ 12,0 %
Tous soins	+ 11,8 %	+ 14,9 %	+ 3,2 %	+ 2,7 %	+ 4,8 %	+ 2,1 %	+ 14,6 %	+ 20,1 %	+ 5,5 %

Guide de lecture : Le taux de recours aux généralistes a augmenté de 14,9 % entre la période juste avant la CMUC et la période juste après ; comme, dans la période antérieure, la tendance « naturelle » était de + 17,3 %, on en déduit que l'impact propre de la CMUC est de -2,4 points sur le taux de recours aux généralistes.

Source : EPAS 1998-1999-2000

⁴ En toute rigueur, il faudrait tenir compte d'éventuelles variations dans l'indice relatif des prix médicaux, car elles interviennent aussi dans l'évolution des taux de croissance, et tout ramener, via cet indice à une même base en volume.

médecins. La diminution de la dépense par consommant en soins de spécialistes peut quant à elle se justifier par l'obligation faite à ces praticiens d'appliquer les tarifs opposables et par un plus fort recours à des spécialistes moins chers dont les soins peuvent également être assurés par des généralistes, les pédiatres par exemple.

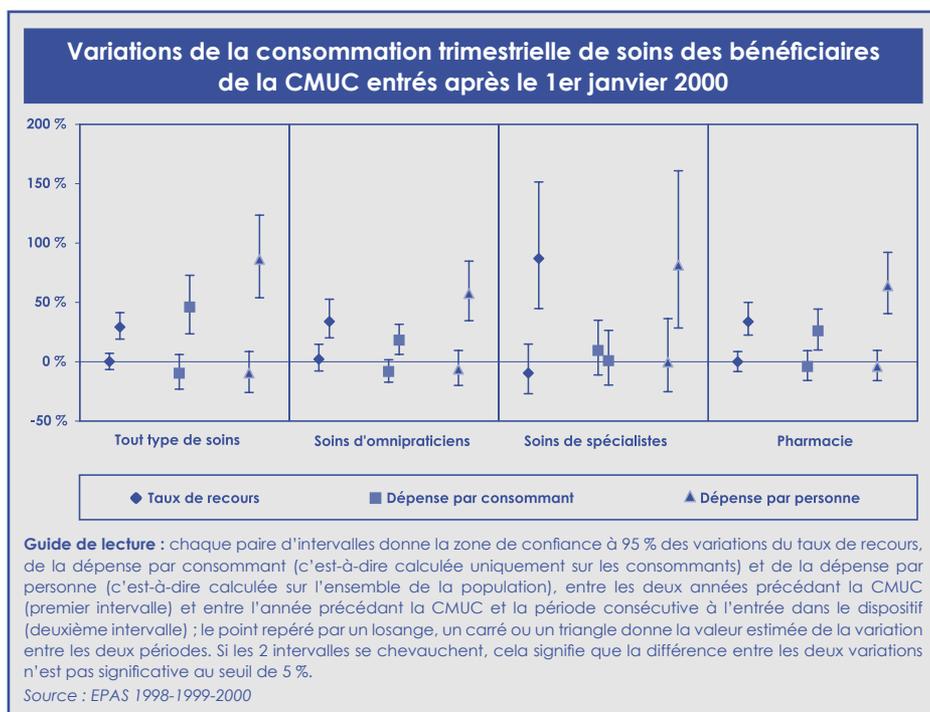
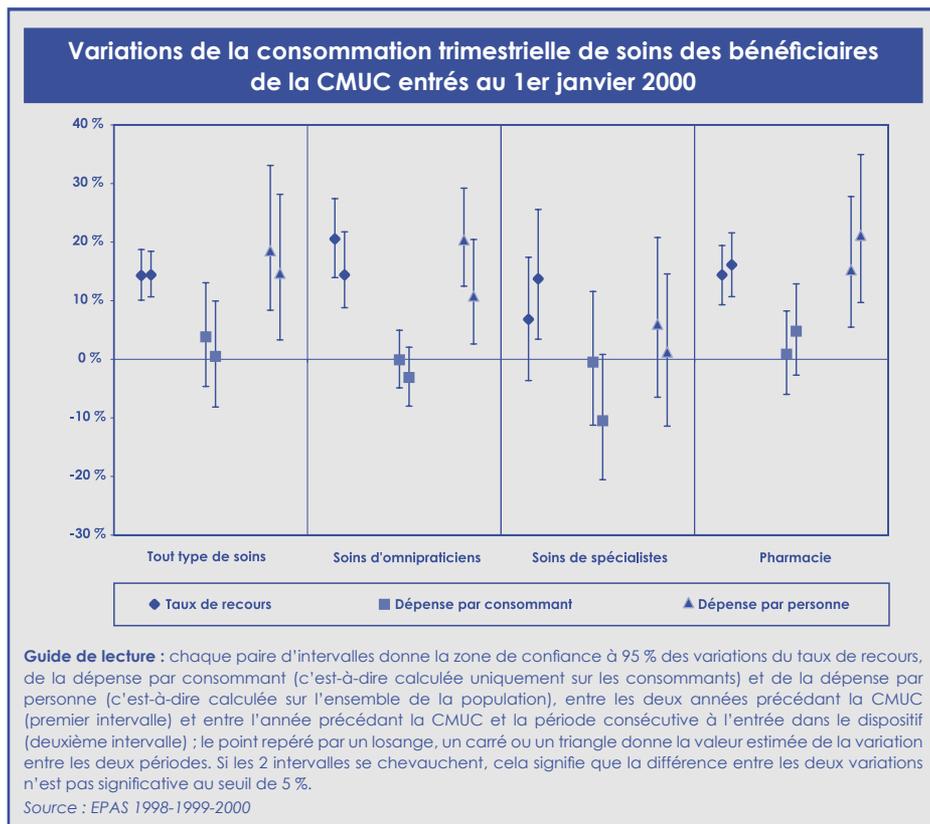
Il est important de noter qu'aucune des variations observées n'est significative au seuil de 5 %. L'entrée dans le dispositif de la CMUC n'a donc pas eu un effet d'emballlement des dépenses.

La progression des consommations des personnes ayant fait une demande volontaire de CMUC est plus forte que celle des bénéficiaires automatiques

Nous avons ensuite mené l'évaluation sur deux sous-populations : les individus entrés dans le dispositif en cours de l'année 2000 (13 % de l'échantillon) et ceux inscrits dès le 1^{er} janvier ; parmi ces derniers, se trouvent principalement des ex-bénéficiaires de l'Aide médicale générale (AMG), inscrits automatiquement à la CMUC. Par contre, les personnes inscrites après le 1^{er} janvier 2000 sont généralement des personnes ayant effectué une démarche volontaire pour bénéficier de la CMUC.

L'impact de la CMUC est très fort sur la consommation des personnes entrées après le 1^{er} janvier. En revanche, il est faible pour les personnes entrées au 1^{er} janvier (voir graphiques ci-contre). Ces personnes, inscrites automatiquement car antérieurement couvertes par l'AMG, ont donc peu modifié leur comportement de consommation, même si leur niveau de couverture a augmenté.

Pour les personnes entrées après le 1^{er} janvier, la hausse du recours aux soins est significativement plus forte au seuil de 5 % après l'entrée dans le dispositif, et ce sur l'ensemble des soins. On observe le même phénomène sur la dé-



pense par personne, excepté pour celle en soins de spécialistes. Ceci confirme la présence d'un biais d'inscription. Parmi les personnes qui ont droit à la CMUC mais qui ne sont pas automatiquement basculées dans le dispositif, s'inscrivent celles qui ont un fort besoin de soins. On peut penser que le comportement

de ces personnes n'est que transitoire et que lorsqu'elles auront comblé leurs besoins de santé, elles retrouveront un rythme de croissance de consommation comparable aux autres.

L'idée que la CMUC n'a eu d'impact fort en 2000 que sur les individus sans

AMG auparavant semble confirmée par des analyses supplémentaires. Ces analyses ont été menées sur un sous-échantillon de 450 individus dont on connaît précisément la couverture maladie en 1998 grâce à l'enquête Santé et Protection sociale. L'échantillon étant différent et de taille réduite, nous ne présentons pas les résultats des analyses car ils méritent d'être approfondis mais il apparaît que l'effet CMUC est beaucoup plus fort chez ceux qui n'avaient pas de couverture en 1998 (ni AMG, ni couverture complémentaire classique).

L'impact de la CMUC sur le recours aux soins est plus marqué dans les régions à faible densité médicale

Dans le débat qui a accompagné la mise en place de la CMUC, un argument avancé par certains a été « l'effet d'aubaine » que pouvait représenter, pour les médecins, une population dispensée de toute participation financière et de toute avance de frais, pouvant les inciter à « pousser à la consommation ».

L'existence de comportements différents de l'offre de soins vis-à-vis de la population des bénéficiaires de la CMUC pourrait être vérifiée plus directement sur des données concernant les professionnels eux-mêmes, alors que cette étude est menée sur un échantillon de bénéficiaires. Nous avons néanmoins tenté un éclairage indirect en comparant l'impact de la CMUC dans les régions à forte densité de médecins (Paris et PACA) et dans les autres régions. On pourrait en effet s'attendre, si de tels comportements existent, à ce qu'ils soient plus fréquents dans les zones fortement médicalisées où la pression de la concurrence est plus vive. Les résultats trouvés semblent aller à l'encontre de cette hypothèse⁵, que ce soit pour le taux de recours ou pour la dépense. En effet :

- le taux de croissance du recours aux soins est quasiment stable dans les régions à forte densité de médecins alors

qu'il est en hausse après l'entrée dans le dispositif dans les régions à faible densité. Pour les soins de spécialistes, il est, après l'entrée dans le dispositif, nettement plus fort dans les régions à densité de médecins faible ou moyenne que dans les régions à forte densité. Pour les soins de généralistes, il est stable dans les régions à densité faible ou moyenne alors qu'il croît légèrement dans les régions à forte densité de médecins ;

- les dépenses par consommant sont stables d'une année sur l'autre. La seule exception concerne les soins de spécialistes dans les régions à forte densité de médecins où l'on observe une baisse de la dépense après l'entrée dans le dispositif alors que l'on observait une hausse avant l'entrée. Cette baisse assez forte peut s'expliquer par la plus forte proportion de spécialistes en secteur 2 dans les régions à forte densité de médecins, lesquels ont dû appliquer les tarifs opposables, donc un tarif plus bas que celui qu'ils pratiquent habituellement.

* * *

La CMUC a consisté d'une part, à améliorer la couverture proposée par l'AMG en l'étendant aux prothèses dentaires et à l'optique tout en introduisant des tarifs opposables et d'autre part, à couvrir des populations non éligibles à l'AMG.

L'amélioration de la couverture n'a pas modifié substantiellement les comportements des bénéficiaires de l'AMG : ils avaient commencé à rattraper la consommation du reste de la population et ont continué au même rythme en 2000. En revanche, la CMUC a permis aux personnes qui ne bénéficiaient pas de l'AMG d'entamer ce rattrapage en 2000. Ce rattrapage concerne le recours aux spécialistes et la dépense en médicaments. Il est sensible principalement dans les régions à moyenne ou faible densité.

Nous prévoyons de répliquer cette analyse sur la consommation de 2001, qu'on peut qualifier d'année en rythme de croisière de la CMUC. On abordera aussi à cette occasion l'impact de la CMUC sur les prothèses dentaires et optiques. Enfin, signalons que notre étude met d'ores et déjà en lumière un biais d'inscription (les individus optent pour la CMUC quand ils anticipent des dépenses) qui conduit à surestimer l'impact du dispositif sur la dépense. Il conviendrait en fait d'estimer un effet de la CMUC sur la population éligible et non sur la seule population ayant recours à la prestation, ce d'autant que la population éligible mais n'ayant pas recours à la CMUC présente un profil socio-démographique et sanitaire particulier (Le Fur *et al.*, à paraître).

⁵ Une autre hypothèse a été testée sans toutefois être vérifiée. Elle concerne le fait que les anciens bénéficiaires de l'AMG, pour qui on n'observe pas d'accélération du recours aux soins après l'entrée dans la CMUC, seraient plus nombreux dans la région parisienne et la région PACA.

Pour en savoir plus

Aligon A. *et al.* (2001), *La consommation médicale en 1997 selon les caractéristiques individuelles*, CREDES, biblio n° 1345.

Auvray L. *et al.* (2001), *Santé soins et protection sociale en 2000*, CREDES, biblio n° 1364.

Boisguerin B. (2003), *La CMU au 31 décembre 2002*, DREES, *Etudes et résultats*, n° 239, 4 pages.

Evans W.N., Schoenman J.A., Schur L.C. (1997), *Primary Care Case Management for Medicaid Recipients : Evaluation of the Maryland Access to Care Program*, *Inquiry*, 34, pp. 155-70.

Girard - Le Gallo I. (2002), *Evolution des dépenses de soins de ville entre 1999 et 2001 des premiers bénéficiaires de la couverture maladie universelle*, CNAMTS, *Point Stat*, n° 36, 8 pages.

Le Fur Ph., Perronnin M. (à paraître), *L'état de santé des bénéficiaires de la CMU*, CREDES.

Raynaud D. (2003), *Impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins*, DREES, *Etudes et résultats*, n° 229.