

# questions

## d'économie de la santé

analyses

### Repères

De nombreuses études empiriques ont montré que les personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire maladie ont des dépenses de santé plus élevées que les autres. En France, ces travaux comparent simplement des individus selon qu'ils sont ou non couverts. Or, un précédent travail du CREDES a montré que les garanties offertes par les contrats complémentaires sont très variables et que les personnes plus favorisées sont plus susceptibles d'avoir accès à des garanties élevées. Dans le prolongement de ce travail, nous cherchons ici à déterminer, sur la base de l'enquête Santé et Protection sociale (ESPS 1998), si les dépenses de santé augmentent quand les personnes sont mieux couvertes.

Ce travail a été en partie réalisé par deux étudiants de l'ENSAE (Perronnin, Szwarcensztein, 2001) pour un mémoire de fin d'études encadré par des chercheurs du CREDES.

CENTRE DE RECHERCHE, D'ÉTUDE ET DE DOCUMENTATION  
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :  
1, rue Paul-Cézanne 75008 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

Secrétaire-maquettiste :  
Khadidja Ben Larbi

ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 50 euros par an

Prix du numéro : 5 euros

Environ 10 numéros par an

### Consulter un généraliste ou un spécialiste : influence des couvertures complémentaires sur le recours aux soins

Tom Buchmueller, Agnès Couffinhall, Michel Grignon,  
Marc Perronnin, Karine Szwarcensztein

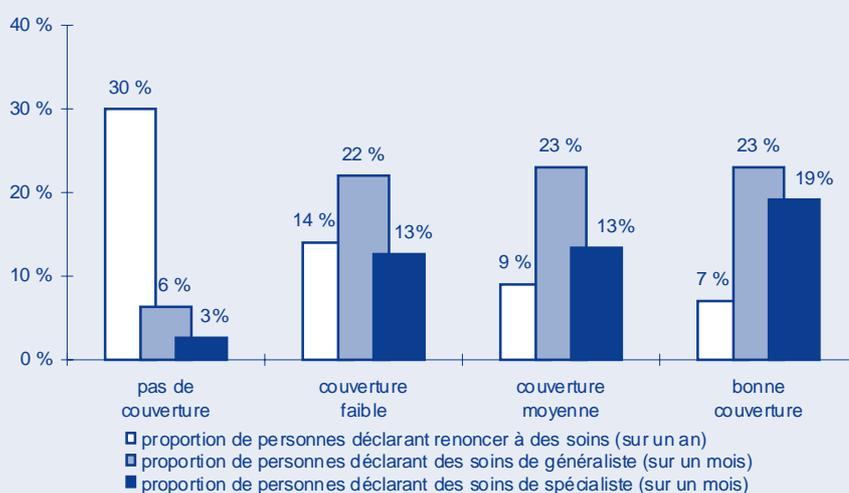
Les personnes couvertes par une complémentaire santé ont-elles des dépenses de soins plus élevées que les personnes non couvertes ? Si oui, cette augmentation est-elle proportionnelle à la qualité des contrats ? Traduit-elle un recours plus fréquent au système de santé ou un mode d'accès différent ?

L'enquête périodique sur la santé et la protection sociale (ESPS), menée en 1998 a fourni pour la première fois des informations sur la qualité objective des couvertures complémentaires maladie.

L'étude présentée ici évalue l'impact du niveau de couverture complémentaire sur le recours au généraliste et au spécialiste. Nous pensons en effet que la décision de consommer l'un ou l'autre de ces soins peut relever largement d'un choix individuel, et que cet arbitrage est influencé par la somme restant à la charge du patient, donc indirectement par le niveau de couverture complémentaire.

Nous montrons que les individus les mieux couverts dépensent plus pour les séances sur un mois, et cela parce qu'ils vont plus souvent chez le médecin et qu'ils ont plus recours à un spécialiste. Nous observons un impact significatif de la qualité de la complémentaire, mais l'essentiel des disparités de recours apparaît entre individus couverts et non couverts.

#### Indicateurs du recours aux soins selon le niveau de couverture complémentaire



Source : ESPS 1998

Grille de lecture : en 1998, parmi les personnes qui n'ont pas de couverture complémentaire, 30 % déclarent renoncer à des soins sur l'année, 6 % vont (au moins une fois) chez le généraliste en un mois et 3 % chez le spécialiste.

## Hypothèses et méthode d'analyse

Les trois quarts du financement des biens et services médicaux en France sont pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire. Le reste est financé par les ménages, qui peuvent souscrire des contrats auprès d'organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) en vue de rembourser une partie de cette dépense. En 1998, 84 % des personnes interrogées, dans le cadre de l'enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS), sont protégées par une complémentaire (voir encadré ci-contre).

### L'hypothèse du risque moral : une meilleure couverture complémentaire incite à dépenser plus

L'analyse théorique suggère que la couverture complémentaire modifie le comportement des assurés. En effet, les économistes considèrent que les individus consomment des soins en fonction de leur état de santé, mais aussi en tenant compte d'autres éléments comme leur revenu ou le prix des soins. La couverture complémentaire, en réduisant le prix apparent du recours, va inciter les assurés, toutes choses égales par ailleurs<sup>1</sup>, à dépenser d'autant plus que le niveau de couverture est élevé.

L'existence de ce phénomène, qualifié de "risque moral" par les économistes, semble confirmée par de nombreuses études empiriques, même si des débats persistent sur le fait de savoir si c'est une bonne ou une mauvaise chose (cf. Bardey, Couffinhal, Grignon, 2001).

Aux Etats-Unis, l'expérience de la Rand (Newhouse, 1993) a montré qu'un accroissement du niveau de couverture entraîne une consommation plus élevée.

<sup>1</sup> Cette expression signifie que l'impact des autres variables susceptibles d'avoir une influence sur la dépense (revenu, âge, état de santé...) a déjà été pris en compte.

## La couverture complémentaire maladie en France

Souscrire une couverture complémentaire maladie relève d'une décision largement privée, même si certains salariés se voient imposer une couverture par leur entreprise. En 1998, 84 % des personnes interrogées, dans le cadre de l'enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS 1998), sont protégées par une complémentaire, ce chiffre étant nettement plus élevé parmi les personnes qui ont un emploi (89 %) que parmi les chômeurs et les inactifs (respectivement 58 % et 64 %).

La couverture complémentaire finance 12 % des dépenses de santé et intervient principalement dans deux domaines : la part des dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale ainsi que les biens ou services peu couverts par les régimes obligatoires (lunettes ou prothèses dentaires, etc.).

En ce qui concerne les soins médicaux par exemple, la Sécurité sociale fonde son remboursement sur un tarif fixé appelé tarif de convention (égal en 1998 à 115 F pour une consultation de généraliste et 150 F pour un spécialiste). Elle laisse à la charge du patient un ticket modérateur égal à 30 % de ce tarif. En outre, 15 % des généralistes et 38 % des spécialistes ont la possibilité de facturer un dépassement d'honoraires. Cette dépense, non reconnue par la Sécurité sociale, reste également à la charge du patient. Dans le cas de soins de médecin, la couverture complémentaire peut donc prendre en charge le ticket modérateur et une proportion plus ou moins grande d'un éventuel dépassement. A l'heure actuelle, la couverture complémentaire finance 19 % des dépenses liées aux honoraires médicaux.

Dans le cas français, les études portant sur les dépenses ambulatoires globales (Caussat et Glaude, 1993 ; Genier, 1998) montrent que les personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire consomment plus de soins, une fois contrôlés les effets revenu, catégorie sociale et état de santé.

Depuis 1995, les études du CREDES issues de l'enquête ESPS (Grandfils et al., 1995 ; Auvray et al., 2001) mettent en évidence qu'au-delà de différences de dépense totale, les individus couverts recouraient à des soins différents de ceux des individus sans couverture, notamment en consommant plus souvent des soins de spécialiste. Mais ces études, jusqu'à une période récente, ne distinguaient pas l'effet propre de la couverture complémentaire des effets revenu, éducation ou catégorie sociale.

### Enjeu de cette étude : analyser pour la première fois l'impact de la qualité de la couverture complémentaire sur le recours aux soins

Si elles confirment que la couverture complémentaire influence les choix de consommation médicale, les études françaises antérieures étaient toutes

réduites à comparer les personnes avec assurance complémentaire aux personnes sans assurance complémentaire. Cette limitation devenait d'autant plus gênante que la couverture complémentaire se généralisait et que dès lors, c'était la qualité des contrats qui était le plus susceptible d'influencer et d'expliquer d'éventuelles différences de recours.

En 1998, l'enquête ESPS, réalisée en population générale par le CREDES, a été enrichie par de nouvelles questions sur les contrats de couverture complémentaire dont bénéficient les ménages. Grâce à ces informations, le CREDES a pu, pour la première fois, classer les contrats selon le degré de couverture qu'ils proposent. Bocognano et al. (2000) montrent que les niveaux de remboursement varient fortement d'un contrat à l'autre et que l'accès à un niveau de garantie dépend fortement du milieu social.

Dans le prolongement de ce travail, nous nous interrogeons pour savoir si le niveau de garantie de la couverture complémentaire influence la consommation de soins. Nous examinons ici le mode de recours au médecin.

Dans le cadre du système français, trois hypothèses peuvent être faites pour expliquer une éventuelle corrélation positive entre dépenses en séances de médecin et assurance :

- un effet “ quantité ” : on recourt plus souvent parce qu’on paie moins ;
- un effet “ substitution ” : on consulte un spécialiste plutôt qu’un généraliste. Cet effet est propre au système français. En effet, dans la plupart des autres pays, le généraliste décide d’adresser ou non le patient à un spécialiste. En France, les patients ont le choix, et l’organisation du système de soins ambulatoires offre un accès facile aux spécialistes. Ces derniers sont d’une certaine manière en concurrence avec les généralistes ;
- un effet “ prix ” : on accepte de payer un dépassement d’honoraire parce qu’on est mieux couvert. Si nous supposons que le dépassement augmente avec la notoriété du médecin et la qualité du service, cette augmentation du prix peut témoigner du fait que la couverture complémentaire permet l’accès à des soins de meilleure qualité.

Après avoir présenté les données de l’enquête, nous analysons l’impact du niveau de couverture complémentaire sur les dépenses en médecin sur un mois, et nous tentons de décomposer cet impact selon les effets “ quantité ”, “ substitution ” et “ prix ”. Pour finir, nous présentons une modélisation générale d’arbitrage entre non-recours, recours à des soins de généraliste et recours à des soins de spécialiste.

### Méthode d’analyse et présentation des données

L’enquête ESPS 1998 a été réalisée sur un échantillon de 23 036 individus constitué à partir des fichiers des régimes obligatoires d’Assurance maladie

### Détermination du niveau de couverture complémentaire

A l’occasion de l’enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS 1998), les personnes interrogées ont recopié la partie de leur(s) contrat(s) de couverture complémentaire concernant les remboursements dentaires et optiques. Nous considérons que ces niveaux de garantie reflètent la qualité globale des contrats et nous les utilisons pour construire un indicateur du niveau de couverture. Une fois ces informations retraitées, une classification permet de distinguer quatre groupes de contrats : les contrats faibles en optique et en dentaire (1<sup>er</sup> groupe), les contrats moyens en dentaire et faibles ou moyens en optique (2<sup>ème</sup> groupe), les contrats forts en optique et faibles ou moyens en dentaire (3<sup>ème</sup> groupe) et les contrats forts en dentaire et variables en optique (4<sup>ème</sup> groupe). Pour plus de détails sur la méthode de classification, voir Bocognano et al. (2000).

Les contrats du 1<sup>er</sup> groupe apparaissent comme étant ceux fournissant les garanties les plus faibles, ceux du quatrième groupe comme étant ceux qui offrent les garanties les plus fortes alors que ceux des deuxième et troisième groupes sont intermédiaires et plus difficiles à hiérarchiser l’un par rapport à l’autre. Nous avons donc choisi de les regrouper dans le présent travail.

Ce choix est corroboré par le fait que la proportion de personnes déclarant être remboursées pour les dépassements de spécialiste est proche dans les deux catégories intermédiaires (46 % pour les titulaires des contrats du 2<sup>ème</sup> groupe, 49 % pour le 3<sup>ème</sup> groupe), plus élevée que dans le premier groupe (31 %) et plus faible que dans le 4<sup>ème</sup> (64 %). Les groupes obtenus donnent ainsi une bonne indication sur la qualité globale des contrats (notamment pour le recours au médecin).

Le présent travail distingue donc 3 types de contrats :

- ceux offrant une couverture faible (groupe 1),
- ceux offrant une couverture moyenne (groupes 2 et 3),
- ceux offrant une bonne couverture (groupe 4).

Il arrive qu’une personne soit couverte par plusieurs contrats. Dans ce cas, nous lui attribuons le niveau de couverture qui correspond à son meilleur contrat.

Une quatrième modalité est créée pour les personnes non couvertes.

Enfin, nous avons exclu de l’analyse les bénéficiaires de l’Aide médicale générale (AMG), couverture complémentaire publique dont le niveau est variable d’un département à l’autre.

(CNAMTS, CANAM et MSA). Cette enquête fournit pour chaque personne interrogée des informations sur son état de santé, ses recours aux soins sur un mois, ses caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, revenu...), sa couverture maladie obligatoire et complémentaire, le cas échéant.

A partir des déclarations des enquêtés, le CREDES a construit un indicateur du niveau de couverture complémentaire dont bénéficie chaque individu (cf. encadré ci-dessus). Ce niveau est exprimé sur une échelle allant de 0, pour les personnes sans couverture, à 3, pour les personnes bénéficiant du meilleur niveau de couverture.

Certains individus déclarent avoir une

couverture complémentaire, mais n’ont pas répondu aux questions qui permettent de déterminer son niveau. Nous leur attribuons un niveau “ inconnu ” de couverture complémentaire et nous les prenons en compte. L’alternative aurait consisté à les écarter de l’analyse mais les effectifs auraient été plus faibles et n’auraient pas permis de tester avec finesse les effets d’autres variables que la couverture complémentaire. En outre, ce choix nous permet de déterminer si le comportement des personnes qui connaissent le niveau de leur couverture complémentaire diffère de celui des autres personnes couvertes (test d’un biais de sélection).

Nous cherchons à savoir si, comme

le graphique de la première page le suggère, le niveau de couverture complémentaire (variable explicative) a un impact sur le recours aux soins (variable expliquée).

Cependant, nous savons que ce recours est loin d'être seulement déterminé par le niveau de couverture. Par exemple, nous pourrions penser que les individus plus riches sont à la fois mieux couverts et vont plus souvent chez le médecin. Dans ce cas, le lien observé n'indiquerait pas l'effet propre de la couverture sur le recours. Il faut donc mettre en oeuvre des méthodes d'estimation économétrique qui permettent de prendre en compte simultanément plusieurs variables explicatives et d'isoler l'impact de la couverture complémentaire " toutes choses égales par ailleurs ". Plus précisément nous prenons en compte :

- 4 - des variables socio-démographiques : le revenu par unité de consommation<sup>2</sup>, l'âge, le sexe, le lieu de résidence, le niveau d'éducation de la personne de référence du ménage et une variable décrivant son activité professionnelle qui combine le statut d'activité et la profession ;
- des informations caractérisant le recours aux soins : motif de recours et type de praticien consulté, somme payée au moment de la consultation (débours) en francs ;
- l'état de santé subjectif : une note de 0 à 10 que s'attribue chaque enquêté.

Nous prenons aussi en compte le fait que l'individu déclare ou non avoir renoncé à des soins dans l'année précédant l'enquête.

<sup>2</sup> Calculée à partir du revenu et de la taille du ménage, cette variable reflète les ressources disponibles pour la consommation de chaque personne.

Impact du niveau de couverture complémentaire sur la dépense mensuelle en soins de généraliste et de spécialiste, toutes choses égales par ailleurs	
Niveau de couverture complémentaire	Variation de la dépense mensuelle par rapport à une personne non couverte
Couverture faible	+ 34 Francs
Couverture moyenne	+ 40 Francs
Couverture élevée	+ 54 Francs
Niveau de couverture inconnu	+ 20 Francs

*Guide de lecture : toutes choses égales par ailleurs, les individus qui ont une couverture faible dépensent 34 francs de plus par mois que les non-couverts, ceux qui ont une couverture moyenne dépensent 40 francs de plus que les non-couverts, etc.*

### Impact de la couverture complémentaire sur la dépense en séances de médecin

Nous avons tout d'abord tenté d'expliquer la dépense totale<sup>3</sup> de chaque individu en séances de médecin (généraliste et spécialiste) sur un mois. Pour tous les individus de l'enquête, nous avons sommé les dépenses occasionnées par chaque consultation et nous avons expliqué<sup>4</sup> la dépense totale par le niveau de couverture complémentaire, des variables socio-démographiques (âge, sexe, revenu par unité de consommation, lieu de résidence, activité et niveau d'étude de la personne de référence du ménage) et d'état de santé.

Le tableau ci-dessus, montre que, toutes choses égales par ailleurs, la dépense totale est significativement plus élevée chez les personnes couvertes que chez les personnes non couvertes. En outre, cette dépense augmente avec le niveau de couverture complémentaire parmi

<sup>3</sup> En ce qui concerne la dépense, l'enquête permet de travailler à partir des sommes que les individus déclarent avoir déboursées, ce qui pose deux problèmes. Premièrement, ces sommes, appelées les débours, ne représentent pas forcément la totalité de la dépense. En effet, certains individus bénéficient du tiers payant (dispense d'avance de frais). Nous les avons écartés de l'analyse. En second lieu, le débours peut varier d'un individu à l'autre, indépendamment du niveau de dépassement pratiqué par le médecin. Ainsi, celui-ci peut réaliser pendant la consultation un acte technique qu'il inclut dans la facture. Nous ne pouvons donc pas comparer le montant déboursé lors des séances avec ou sans acte technique et nous écartons les premières de l'analyse.

les personnes couvertes. Cette augmentation n'est pas significative entre les niveaux faible et moyen, mais elle l'est entre les niveaux moyen et fort.

Nous constatons également que les individus qui n'ont pas indiqué leur niveau de couverture dépensent plus que les non-couverts mais moins que les autres individus couverts. Il y a donc un biais de sélection lié au fait de répondre aux questions sur le contenu de la couverture complémentaire. Ce biais pourrait s'expliquer de différentes manières : soit les personnes qui consomment beaucoup sont plus amenées à s'interroger sur le contenu de leur contrat et sont donc plus à même de répondre à des questions dans l'enquête ; soit les personnes qui ne répondent pas attachent moins d'importance à leur santé, ce qui se traduit à la fois par un moins grand nombre de recours et par un manque d'intérêt pour le contenu de la complémentaire. Ce biais de sélection compromet la généralisation de nos résultats à l'ensemble de la population, mais nous n'avons pas les moyens d'explorer cette question plus avant.

<sup>4</sup> Pour tenir compte du grand nombre de dépenses nulles, nous utilisons un modèle TOBIT. Ce modèle présente le défaut majeur de supposer que les déterminants de la dépense sont les mêmes que ceux de la non dépense et on lui préfère en général des modèles plus complexes (Duan et al., 1983). Dans le présent travail, cette équation sur la dépense a plutôt une visée descriptive et c'est pourquoi on se contente de cette forme d'estimation.

La couverture complémentaire a donc bien un impact sur la dépense totale même si cet impact est surtout sensible entre couverts et non-couverts. Cet impact peut être dû, de la part des individus mieux couverts, à un plus grand nombre de consultations de médecins, à une proportion supérieure de recours au spécialiste ou au recours à des spécialistes plus chers. Nous étudions donc, dans la partie suivante, ces trois effets séparément.

### Impact de la couverture complémentaire sur le nombre, le type et le prix des séances de médecin

La décomposition de la dépense totale que nous proposons dans ce premier modèle (dit séquentiel) revient implicitement à considérer que l'individu prend une série de décisions : aller ou non chez le médecin, puis chez le spécialiste plutôt que chez le généraliste, puis chez un spécialiste qui pratique des honoraires plus ou moins élevés. Nous présentons ci-après les résultats des analyses successives de ces trois étapes.

#### Les personnes mieux couvertes vont plus souvent chez le médecin

La première question que nous posons est de savoir si les personnes qui sont mieux couvertes vont plus souvent chez le médecin. Pour tester cette hypothèse,

nous comptons le nombre de consultations et de visites de généraliste et de spécialiste que chaque individu déclare sur un mois. Ensuite, grâce à un modèle économétrique<sup>5</sup>, nous expliquons ce nombre de consultations par des caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, revenu par unité de consommation, lieu de résidence, diplôme et activité de la personne de référence du ménage), d'état de santé et par le niveau de couverture complémentaire de chaque individu.

Le tableau ci-dessous montre tout d'abord que les personnes couvertes recourent plus souvent au médecin que les personnes non couvertes. Les quatre effets relevés dans le tableau sont significatifs au seuil de 1 %<sup>6</sup>. Le nombre de séances augmente aussi légèrement avec le niveau de la couverture complémentaire. Cependant, cette différence n'est significative qu'entre les niveaux faible et élevé.

Par ailleurs, les individus qui ne connaissent pas leur niveau de couverture complémentaire recourent plus que les non-couverts, mais moins que ceux qui ont répondu ; nous retrouvons donc le biais de sélection mis en évidence à propos de la dépense totale.

En ce qui concerne l'effet des autres variables explicatives, nous pouvons noter que les individus en meilleur état de santé subjectif recourent moins que les autres, et les hommes moins que les

femmes. En outre, le nombre de séances augmente avec le revenu (surtout au-delà de 5 000 francs mensuels par unité de consommation). A revenu donné, un niveau d'études élevé pousse à plus recourir. En revanche, les Parisiens ne recourent pas plus souvent que les provinciaux.

#### Les personnes couvertes ont plus souvent recours à un spécialiste que les non-couverts

Nous cherchons ensuite à savoir si les personnes mieux couvertes ont plus souvent recours à des spécialistes quand elles consultent, c'est-à-dire si elles substituent des soins de spécialiste à des soins de généraliste. Pour cela, nous utilisons un modèle qui permet de prévoir la probabilité qu'une séance se déroule chez un spécialiste plutôt que chez un généraliste<sup>7</sup>. Comme précédemment, nous prenons en compte les caractéristiques socio-démographiques (âge, sexe, lieu de résidence et activité du chef de famille), l'état de santé subjectif et le niveau de couverture complémentaire. Nous tenons compte aussi du motif (pathologie ou trouble) indiqué par l'enquête pour chaque recours. Nous excluons de l'analyse les pathologies pour lesquelles plus de 70 % des recours ont lieu soit chez le généraliste soit chez le spécialiste (cf. encadré page suivante). Pour ces maladies en effet, nous considérons qu'aller voir un type de médecin plutôt qu'un autre est avant tout dicté par des raisons médicales et non par le degré de couverture.

Les recours des individus ayant une complémentaire ont lieu plus souvent chez un spécialiste que les recours des individus non couverts (cette différence est significative). En revanche, parmi les titulaires d'une complémentaire, la pro-

<sup>5</sup> Formalisation de Poisson qui permet de modéliser une variable de compte.

<sup>6</sup> Nous avons 99 % de chance qu'ils soient différents de zéro.

<sup>7</sup> Régression logistique.

#### Impact du niveau de couverture complémentaire sur le nombre de séances de médecin, toutes choses égales par ailleurs

Niveau de couverture complémentaire	Augmentation par rapport à une personne non couverte
Couverture faible	2,1 fois plus
Couverture moyenne	2,3 fois plus
Couverture élevée	2,7 fois plus
Niveau de couverture inconnu	1,9 fois plus

Guide de lecture : toutes choses égales par ailleurs, les individus qui ont une couverture faible recourent 2,1 fois plus souvent au médecin que les non-couverts, ceux qui ont une couverture moyenne recourent 2,3 fois plus souvent au médecin que les non-couverts, etc. (les non-couverts consomment en moyenne 0,1 séance par mois en 1998).

**Impact du niveau de couverture complémentaire sur le recours au spécialiste pour des motifs de recours "à substitution possible" toutes choses égales par ailleurs**

Niveau de couverture complémentaire	Augmentation par rapport à une personne non couverte
Couverture faible	1,9 fois plus
Couverture moyenne	1,8 fois plus
Couverture élevée	1,8 fois plus
Niveau de couverture inconnu	1,5 fois plus

Guide de lecture : toutes choses égales par ailleurs et pour des pathologies dans lesquelles la substitution généraliste / spécialiste est constatée, les individus qui ont une couverture faible recourent 1,9 fois plus souvent au spécialiste que les non-couverts, ceux qui ont une couverture moyenne 1,8 fois plus que les non-couverts, etc.

babilité de recourir au spécialiste ne varie pas significativement avec le niveau de cette couverture (cf. tableau ci-dessus).

L'étude des autres variables explicatives permet de constater, toutes choses égales par ailleurs, que les recours des individus appartenant à un ménage dont la personne de référence est cadre se font plus souvent chez un spécialiste. En outre, les recours des hommes, des provinciaux et des plus de 80 ans ont lieu moins souvent chez le spécialiste.

**Les personnes couvertes ne vont pas chez les spécialistes pratiquant des honoraires plus élevés**

Nous cherchons ici à savoir si, parmi les personnes qui ont recours au spécialiste, celles qui sont mieux couvertes vont consulter des médecins dont les honoraires sont plus élevés. Nous ne prenons en compte que les recours au spécialiste car les généralistes sont peu nombreux à pratiquer des dépassements d'honoraires.

Nous menons une analyse économétrique, la variable expliquée ici étant la somme déboursée lors de la séance<sup>8</sup>.

Nous prenons en compte les mêmes variables socio-démographiques et d'état de santé que précédemment. De même que le motif de recours était une

variable importante pour expliquer le choix "généraliste ou spécialiste", la spécialité explique vraisemblablement une part importante du prix de la séance. Nous isolons les 4 types de praticiens les plus consultés (pédiatres, dermatologues, ophtalmologues et gynécologues) et regroupons les autres dans une même classe.

Ce travail montre tout d'abord, de façon assez intuitive, que les séances de spécialiste des provinciaux sont nettement moins chères que celles des Parisiens (- 56 francs), toutes choses égales par ailleurs. En outre, nous voyons que les dépenses chez les spécialistes les plus consultés ne sont pas significativement différentes entre elles. En revanche, les séances auprès des "autres spécialités" sont significativement plus chères (+ 73 francs). Deux explications sont possibles : soit on va voir ces spécialistes moins souvent parce que cela coûte plus cher, soit ils ont une marge de manœuvre plus grande pour pratiquer des tarifs élevés (parce qu'ils sont moins nombreux ou parce que le besoin d'avoir

<sup>8</sup> Comme lorsque nous étudions la dépense totale, nous excluons les séances sans avance de frais et celles pour lesquelles un acte technique est déclaré. Pour tenir compte du fait que les tarifs sont tous supérieurs au tarif de convention (150 F.), nous utilisons un Tobit.

**Détermination des motifs de recours « à substitution possible »**

La décision de consulter un généraliste ou un spécialiste peut certes dépendre du niveau de couverture complémentaire, mais elle est aussi et probablement avant tout dictée par le type de maladie.

Tout d'abord, certaines pathologies sont traitées de manière quasi-exclusive soit par des généralistes (maladie infectieuse simple des adultes) soit par des spécialistes (strabisme par exemple). Les personnes qui désirent consulter pour ce type de pathologie auront donc peu, voire pas le choix entre généraliste et spécialiste. En revanche, pour d'autres pathologies, nous constatons que certains individus recourent à des généralistes et d'autres à des spécialistes (pédiatrie). C'est pour ces motifs de recours "à substitution possible" que le niveau de couverture complémentaire pourrait avoir un impact sur le mode de recours.

Nous avons donc cherché à caractériser le degré de substitution possible de chaque motif de recours. A l'occasion de chaque consultation, l'enquêté a déclaré ce qui motivait sa visite. Par la suite, des médecins ont codé ces motifs de recours selon la Classification internationale des maladies (CIM) de l'Organisation mondiale de la santé.

Le nombre de motifs recodés étant trop élevé pour procéder à une expertise au cas par cas, nous avons choisi d'inférer le degré de substitution possible à partir des comportements observés. Pour cela, nous utilisons les 17 000 séances de médecin relevées dans les enquêtes ESPS de la période 92-95, pour lesquelles nous connaissons le motif de recours et le type de praticien consulté (généraliste ou spécialiste). Nous commençons par regrouper les motifs de recours selon une classification proche des sous-chapitres de la CIM. Nous calculons ensuite, pour chaque sous-chapitre, la part de séances effectuées chez un spécialiste et réalisons une classification simple en 4 catégories : les sous-chapitres occasionnant moins de 30 % de recours chez le spécialiste, ceux occasionnant entre 30 % et 70 % de recours chez un spécialiste, ceux pour lesquels 70 % des recours au moins ont lieu chez un spécialiste. Enfin, une dernière catégorie regroupe les sous-chapitres pour lesquels le nombre de recours observé n'est pas suffisant pour qu'on puisse statuer avec certitude sur le degré de substitution.

Les résultats que nous présentons ici portent sur la deuxième catégorie des motifs de recours dits "à substitution possible".

recours à leurs services est plus important).

En revanche, la dépense n'est influencée ni par le fait d'être ou de ne pas être couvert, ni par le niveau de garantie.

Au terme de ces trois étapes, nous cer-nons mieux l'impact du niveau de cou-verture complémentaire parmi les per-sonnes qui ont effectivement recours au médecin : le fait d'être couvert incite à aller plus souvent chez le médecin, et plus souvent chez le spécialiste. Parmi les personnes couvertes, la fréquence des consultations augmente légèrement avec le niveau de la complémentaire. Pour finir, il apparaît qu'il n'y a pas de lien entre le degré de couverture et le niveau de dépassement d'honoraires du spécialiste consulté. Au total, toutes choses égales par ailleurs, les personnes non couvertes dépensent moins en séances de médecin, et la dépense augmente légèrement avec le niveau de couver-ture.

Nous nous proposons maintenant d'étu-dier un schéma à décisions simultanées où l'individu choisit en une seule fois le comportement qu'il va adopter, parmi l'ensemble des possibilités qui s'offrent à lui. Contrairement au modèle séquen-tiel que nous venons de présenter, son choix est l'aboutissement d'une seule étape et non de plusieurs.

### Couverture complémentaire et recours ambulatoire : un modèle à décisions simultanées

Nous cherchons à représenter le choix auquel fait face un individu ressentant un besoin de consulter un médecin. Il hésite entre trois options - consulter un spécialiste, consulter un généraliste ou ne consulter personne - et prend sa dé-

cision en fonction des sommes qu'il doit payer, qui sont conditionnées par son niveau de couverture complémentaire.

Nous classons donc les individus en trois catégories, suivant leur comportement en termes de consommation de soins de généraliste et de spécialiste durant le mois que dure l'enquête : les individus n'ayant recours ni à un généraliste, ni à un spécialiste, les individus ayant recours uniquement à des soins de généraliste, et les individus ayant recours au moins une fois dans le mois à des soins de spé-cialiste. Nous expliquons le comporte-ment de chaque individu en fonction des variables socio-démographiques (âge, sexe, revenu par unité de consomma-tion, lieu de résidence, diplôme et acti-vité de la personne de référence du ménage), d'état de santé et par le ni-veau de couverture complémentaire<sup>9</sup>.

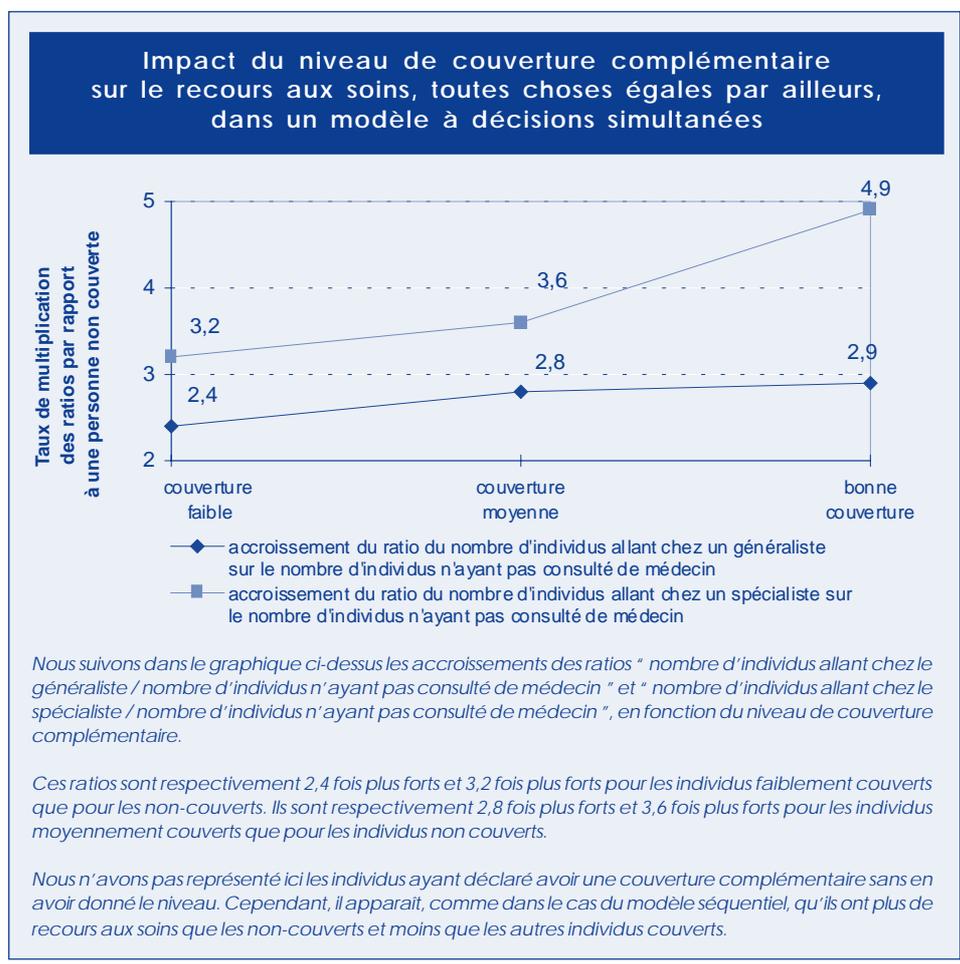
Rappelons que le modèle statistique sous-jacent aux résultats présentés ci-dessous étudie bien toutes les décisions

simultanément, alors que dans la partie précédente, nous comparions des sous-populations deux à deux.

### Le niveau de couverture complémentaire a un impact plus fort sur les soins de spécialiste que sur les soins de généraliste

Nous remarquons tout d'abord qu'il y a toujours une différence entre les non-couverts et les couverts : les premiers consomment significativement moins que les seconds. Ensuite, l'impact du niveau de couverture est plus fort pour les soins de spécialiste que pour les soins de généraliste. Enfin, nous observons une légère gradation avec le niveau de couverture complémentaire pour les deux types de recours. Ceci dit, les différences d'un niveau de couver-ture complémentaire à l'autre ne sont significatives qu'entre couverture moyenne et couverture élevée pour

<sup>9</sup> Logit multinomial



les soins de spécialiste.

### A niveau de couverture complémentaire égal, d'autres variables expliquent un recours aux soins plus important

D'autres variables explicatives ont un impact intéressant sur le recours aux soins dans le cadre de ce modèle. Nous pouvons ainsi noter que le fait d'avoir renoncé à aller chez un médecin dans l'année précédente entraîne une consommation supérieure de soins de spécialiste. Ceci peut s'expliquer par un phénomène de rattrapage (les individus, qui ont été contraints de renoncer pour raison financière, consomment plus lorsque cette contrainte se desserre) mais aussi par le fait que certains gros consommateurs de soins se sentent "rationnés" bien que consommant plus, parce que leur consommation n'est pas à la hauteur de leur besoin. Cette seconde hypothèse semble confirmée par le fait que la probabilité de renoncer au

8 cours des douze derniers mois précédant l'enquête est liée positivement, toutes choses égales par ailleurs, à un état de santé dégradé.

Enfin, plus les personnes ont un revenu élevé, plus leur probabilité d'être consommatrices de soins de généraliste ou de spécialiste plutôt que non-consommatrices augmente. Les hommes recourent moins souvent aux soins de généraliste, moins souvent encore aux soins de spécialiste. Par contre, nous remarquons que les provinciaux vont plus souvent chez le généraliste que les Parisiens et que, comme on pouvait s'y attendre, les personnes en meilleure santé vont moins souvent chez le généraliste et le spécialiste.

Au total, nous avons présenté des modélisations qui correspondent à deux schémas de prise de décision différents : d'un côté, le modèle à décisions simultanées et de l'autre, le modèle à décisions séquentielles. Pour

finir, nous cherchons si l'une des hypothèses (et donc l'un des modèles) rend mieux compte des comportements observés. Le critère de comparaison est le nombre d'individus pour lesquels le choix a été correctement prévu. Il s'avère que les deux modèles ont quasiment la même qualité de prévision (à peu près 80 % des choix correctement prévus).

\* \* \*

Nous avons pu mettre en évidence un impact positif de la couverture complémentaire sur les recours aux soins ambulatoires : les individus couverts dépensent plus pour ces soins sur un mois, et cela parce qu'ils vont plus souvent chez le médecin et qu'ils ont plus recours à un spécialiste. Les honoraires des spécialistes consultés ne semblent en re-

vanche pas influencés par la couverture complémentaire.

Nous remarquons de plus que dans le premier modèle, la couverture complémentaire a un impact essentiellement sur le nombre de recours au médecin alors que le second modèle souligne un effet du niveau de couverture sur le choix entre généraliste et spécialiste. Il n'a pas été possible pour l'instant de trancher entre ces deux modèles.

Une prochaine étape consistera à travailler sur les recours aux soins d'optique et aux soins dentaires, recours pour lesquels nous pouvons nous attendre à un fort impact de la qualité de la couverture complémentaire, étant donné leur faible remboursement par la Sécurité sociale.

#### Bibliographie :

**Auvray L., Dumesnil S., Le Fur P.** (2001) ; " Santé, soins et protection sociale en 2000 ", rapport CREDES n° 1364.

**Bardey D., Couffinal A., Grignon M.** (à paraître, 2002) ; " Le risque moral ex post en santé est-il si néfaste ? ", document de travail CREDES.

**Bocognano A., Dumesnil S., Frérot L., Grandfils N., Le Fur P., Sermet C.** (1999) ; " Santé, soins et protection sociale en 1998 ", rapport CREDES n° 1282.

**Bocognano A., Couffinal A., Dumesnil S., Grignon M.** (2000) ; " La complémentaire maladie en France : qui bénéficie de quels remboursements ", rapport CREDES n° 1317.

**Caussat L., Glaude M.** (1993), " Dépenses médicales et couverture sociale ", *Economie et Statistiques*, n° 265, pp. 31-43.

**Duan N., Manning W.-G, Morris C., Newhouse J.-P.** (1983) ; " A comparison of alternative models for the demand of medical care ", *Journal of Business & Econometric Statistics*, vol 1, n° 2, pp. 115-126.

**Genier P.** (1995) ; " Assurance et recours aux soins. Une analyse microéconomique à partir de l'enquête santé 1991-1992 de l'INSEE ", *Revue économique*, vol 49, pp. 809-819.

**Grandfils N., Le Fur P., Mizrahi An, Mizrahi Ar** (1995) ; " Santé, soins et protection sociale en 1994 ", rapport CREDES n° 1103.

**Newhouse J.-P. and the Insurance Experiment Group, Cambridge, Mass** (1993) ; " Free for All ? Lessons from the Rand Insurance Experiment ", Harvard University Press.

**Perronin M., Szwarcensztein K.** (2001) ; " Généralistes versus spécialistes : une étude de l'influence des couvertures complémentaires santé sur les comportements de consommation à partir de l'enquête Santé et Protection Sociale 1998 ". Groupe de travail ENSAE.