

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/271-profil-de-consommation-de-soins-et-couverture-complementaire-des-beneficiaires-de-l-allocation-aux-adultes-handicapes.pdf>

Profils de consommation de soins et couverture complémentaire des bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH)

Sylvain Pichetti et Maude Espagnacq (Irdes)

L'Allocation aux adultes handicapés (AAH), minimum social qui assure un revenu de 956 € par mois aux personnes en situation de handicap âgées de plus de 20 ans, compte 1,2 million de bénéficiaires en France. Moins couvertes que la population française (96 %), 87 % de ces personnes ont une complémentaire santé en 2018, mais seulement 11 % en disposent par la Couverture maladie universelle (CMU), et 13 % par l'Aide à la complémentaire santé (ACS) [Cabannes, 2022].

Depuis 2019, la Complémentaire santé solidaire (CSS) a pris le relais de ces dispositifs afin d'accroître la diffusion de la couverture publique et compte tenu de leurs ressources, les bénéficiaires de l'AAH sont le plus souvent éligibles à la CSS avec participation financière. Pour autant, le non-recours persiste. Pour identifier les caractéristiques des personnes ne profitant pas du bénéfice de cette couverture, cette étude se focalise sur la population exhaustive des 35 000 bénéficiaires de l'AAH restés dans le dispositif entre 2014 et 2018 sans jamais bénéficier d'aucune couverture complémentaire. Si cette population ne représente que 3 % de l'ensemble des bénéficiaires de l'AAH, elle a des spécificités et est potentiellement exposée à un risque de reste à charge important.

Une typologie sur les dépenses de santé de ces bénéficiaires sans complémentaire santé a été réalisée pour caractériser leurs profils de consommations de soins. Les restes à charge réels sont comparés à ceux simulés avec une prise en charge par la CSS. Selon les profils, la proportion des personnes pour lesquelles le reste à charge serait inférieur à la participation financière liée à l'adhésion de la CSS varie fortement. Les bénéficiaires de l'AAH sans complémentaire sont très souvent bénéficiaires d'une Affection de longue durée (ALD), ce qui atténue l'intérêt d'une couverture. Par ailleurs, ceux qui ont besoin de dispositifs techniques spécifiques voient leurs besoins mal pris en charge par la CSS, qui ne couvre pas les dépassements de tarifs en dehors du périmètre du 100 % santé. Au total, seules les personnes qui connaissent des épisodes d'hospitalisation, notamment en psychiatrie compte tenu de la durée des séjours, auraient un intérêt évident à payer une participation financière pour bénéficier de la CSS et couvrir les restes à charge hospitaliers. Améliorer *via* la CSS la couverture des besoins spécifiques des bénéficiaires de l'AAH revêt alors un enjeu majeur pour inciter les bénéficiaires à y accéder malgré la participation financière plutôt que de souscrire des assurances individuelles qui pourraient mieux répondre aux besoins spécifiques mais à un coût bien supérieur. Cela permettrait aussi de limiter la proportion de bénéficiaires de l'AAH aujourd'hui sans assurance complémentaire et qui peuvent donc avoir un accès aux soins freiné par leurs ressources financières limitées.



L'Allocation aux adultes handicapés (AAH) est un minimum social qui vise à assurer

un revenu aux personnes en situation de handicap qui ont plus de 20 ans et jusqu'à leur passage à la retraite.

En 2022, 1,2 million de personnes sont bénéficiaires de l'AAH en France (Caisse nationale des allocations fami-

liales-Cnaf). Cette population a des caractéristiques socio-démographiques particulières, les trois quarts d'entre eux étant des adultes isolés, la plupart sans enfant (Mordier, 2013 ; Cabannes et Richet-Mastain, 2020). La majorité des bénéficiaires n'ont jamais travaillé et ne sont donc pas éligibles à une pension d'invalidité. Ces bénéficiaires présentent par ailleurs des profils de santé spécifiques : 46 % d'entre eux qualifient leur état de santé de mauvais ou très mauvais et 88 % déclarent au moins un problème de santé ou une maladie chronique (Calvo, 2021). Les pathologies psychiatriques sont très fréquentes au sein de cette population (45 %), particulièrement les troubles psychotiques (20 %), suivis des troubles dépressifs (15 %) et des troubles de retard mental (8 %) [Cnam, 2019]. Malgré un état de santé dégradé, les bénéficiaires de l'AAH ont un accès moindre aux soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques comparativement à la population générale ainsi qu'un recours moins fréquent aux soins de prévention ou actes de dépistage (cancer du col de l'utérus, du sein et du côlon) (Lengagne *et al.*, 2014 ; Penneau *et al.*, 2015).

Situations des bénéficiaires de l'AAH au regard de la couverture santé

L'AAH n'étant pas attribuée par l'Assurance maladie, aucune exonération du ticket modérateur n'y est spécifiquement associée (encadré 1). Assurés de droit commun, les bénéficiaires de l'AAH doivent s'acquitter des tickets

modérateurs sur les soins ambulatoires et hospitaliers sauf s'ils sont atteints d'une Affection de longue durée (ALD) ou s'ils sont couverts par le régime de la pension d'invalidité quand ils ont travaillé et suffisamment cotisé. L'ALD exonère du ticket modérateur pour les soins en lien avec la pathologie exonérante (figure 1) et la pension d'invalidité est associée à une prise en charge intégrale du ticket modérateur. Au-delà du ticket modérateur, le reste à charge de l'assuré peut être accentué par le forfait journalier hospitalier et les dépassements. Ces derniers comprennent les dépassements d'honoraires pratiqués par les professionnels de santé et les dépassements de tarifs sur l'acquisition de produits relevant de la Liste des produits et prestations remboursables (LPPR) [figure 1]. Ce reste à charge peut être remboursé par une complémentaire santé.

D'après l'enquête de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) sur les bénéficiaires de minima sociaux, les bénéficiaires de l'AAH sont plus souvent couverts par une complémentaire santé que ceux du Revenu de solidarité active (RSA) ou les bénéficiaires de l'Allocation de solidarité spécifique (ASS) [87 % contre 81 %]. Pour autant, ils demeurent moins bien assurés que la population générale (96 %) [Cabannes, 2022]. Ces travaux montrent également que 63 % des bénéficiaires de l'AAH sont couverts par un contrat privé tandis que 24 % seulement ont recours à une couverture publique.

E1

L'Allocation aux adultes handicapés (AAH)

L'Allocation aux adultes handicapés (AAH) est un minimum social dont le montant est de 956 € en 2022 qui vise à assurer un revenu pour les personnes en situation de handicap. Elle est versée par les caisses d'allocation familiale sur décision de la Commission des droits et de l'autonomie des personnes handicapées (CDAPH). Les conditions pour en bénéficier reposent sur des critères d'incapacité, d'âge – plus de 20 ans et jusqu'à l'âge de la retraite – et de ressources. L'AAH est accordée aux personnes qui ont un taux d'incapacité d'au moins 80 % ou d'un taux compris entre 50 % et 79 % assorti d'une « restriction substantielle et durable pour l'accès à l'emploi ». Votée en juillet 2022 et applicable à compter de 2023, la réforme de la déconjugalisation, en faisant sortir les revenus du conjoint, va permettre à plus de personnes de bénéficier de la prestation. En revanche, ces nouveaux bénéficiaires de l'AAH risquent de ne pas être éligibles à la Couverture santé solidaire (CSS) payante qui prend en compte l'ensemble des revenus du ménage.

Bien que le niveau de revenu issu de l'AAH (956 € par mois en 2022) place ces bénéficiaires dans la cible de l'Aide à la complémentaire santé (ACS) payante [encadré 2] et non de celle de la Couverture maladie universelle (CMU), certaines configurations familiales peuvent permettre un accès à la CMU. Ainsi, en 2018, les bénéficiaires de l'AAH sont 13 % à être couverts par l'ACS et 11 % à déclarer bénéficiaire de la CMU (Cabannes, 2022).

Cette faible proportion de bénéficiaires de l'AAH protégés par une couverture complémentaire publique interroge. Le nouveau dispositif de la Complémentaire santé solidaire (CSS), qui remplace l'ACS et la CMU depuis

F1

Restes à charge (Rac) sanitaires et exonérations en fonction du statut de l'assuré

Composantes du reste à charge	Assurés de droit commun	Affection de longue durée (ALD)	Aide à la Complémentaire santé (ACS)	Complémentaire santé solidaire (CSS)
Ticket modérateur ambulatoire	30 %	0 % pour les soins en lien avec la pathologie exonérante, 30 % sinon	0 % pour tous les soins	
Ticket modérateur hospitalier	20 % de la base de remboursement ou forfait de 24 € en cas d'acte diagnostique et thérapeutique coûteux exonérant (supérieur à 120 €)	0 % si l'hospitalisation est en lien avec la pathologie chronique	0 % pour tous les soins	
Forfait journalier hospitalier	20 € par jour en médecine et en Chirurgie. 15 € par jour en psychiatrie	20 € par jour en médecine et en chirurgie 15 € par jour en psychiatrie	Remboursement illimité ^a	
Dépassements d'honoraires	Oui	Oui		Non ^b
Dépassements de tarifs	Oui	Oui		Oui

^a Depuis 2015, après la mise en place des contrats responsables en France ; ^b Sauf sur demande spécifique de l'assuré.

Sources : Cnam et *Rapport annuel sur l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS)* [2019].

E2

fin 2019 (encadré 2) – en poursuivant la logique de couverture et en répliquant le périmètre de prise en charge tout en simplifiant les démarches –, ambitionne d'accroître la diffusion de la couverture publique. Dans le même temps, la réforme du 100 % santé – qui vise à proposer une offre accessible sans reste à charge pour les soins prothétiques dentaires, l'optique et les aides auditives – incite les assurés à acquérir une couverture complémentaire car elle conditionne l'accès à la gratuité de ces paniers de soins. Déployée de façon progressive entre 2019 et 2021, la réforme du 100 % santé a déjà amélioré le recours aux soins, notamment pour les soins prothétiques dentaires et pour les aides auditives pour lesquels les parts de marché des offres 100 % santé atteignent respectivement 55 % et 39 % (Cnam, 2022).

Caractéristiques des bénéficiaires de l'AAH sans complémentaire santé de 2014 à 2018

Cette étude, pour mieux connaître les bénéficiaires de l'AAH qui ne bénéficient pas de ces réformes (CSS et 100 % santé), se focalise sur la population exhaustive des 35 000 bénéficiaires de l'AAH qui sont entrés dans le dispositif en 2014 et y sont demeurés pendant cinq ans sans jamais bénéficier d'une couverture complémentaire, ni privée ni publique. Si cette population ne représente que 3 % de l'ensemble des bénéficiaires de l'AAH, elle est potentiellement exposée à un risque de reste à charge important. Comparée à la population générale des bénéficiaires de l'AAH, cette population sans complémentaire santé est plus masculine (59 % *versus* 50 %) et plus souvent admise en ALD (87 % *versus* 71 %), mais avec des profils de pathologies qui diffèrent peu de ceux des bénéficiaires de l'AAH couverts en 2014 (tableau 1). Comme l'ensemble des bénéficiaires de l'AAH, c'est une population relativement jeune, qui a 45 ans en moyenne (tableau 2). Elle est exposée à une dépense en ville légèrement plus importante que celle de la population en AAH qui est déjà couverte par une complémentaire santé, en lien avec la proportion plus importante d'ALD parmi les bénéficiaires de l'AAH sans complémentaire (tableau 2). Si la part des personnes hospitalisées

Aide à la complémentaire santé (ACS) et Complémentaire santé solidaire (CSS)

Mise en place en 2005 et réformée en 2015, l'Aide à la complémentaire santé (ACS) est une aide financière destinée aux personnes modestes (revenus mensuels inférieurs à 1 007 € pour une personne vivant seule en France métropolitaine au 1^{er} avril 2019) permettant d'acquies un contrat individuel de complémentaire santé. L'attestation permet de bénéficier d'un chèque dont le montant varie en fonction de l'âge du bénéficiaire : 100 € pour les moins de 16 ans, 200 € pour les 16-49 ans, 350 € pour les 50-59 ans et 550 € pour les personnes de plus de 60 ans. En 2018, après cette aide au financement, le montant moyen d'un contrat ACS s'élevait à environ 209 € par personne et par an (ACS, 2019). La couverture octroyée par l'ACS comprend à la fois une exonération du ticket modérateur sur l'ensemble des soins ambulatoires et hospitaliers et également une prise en charge intégrale des forfaits journaliers hospitaliers par la complémentaire santé (ACS, 2019). L'ACS limite également les dépassements d'honoraires des médecins (Verniolle, 2016) ainsi que les restes à charge dentaires

et optiques. En revanche, les dépassements de tarifs des produits de la Liste des prestations et produits remboursables (LPPR) ne sont pas pris en charge (ACS, 2019).

Introduite en novembre 2019, la Complémentaire santé solidaire (CSS) fusionne les anciens dispositifs de la Couverture maladie universelle (CMU) et de l'ACS et propose un nouveau dispositif simplifié. La CSS est gérée, au choix du bénéficiaire, soit par l'organisme d'assurance maladie en charge de sa protection obligatoire, soit par un organisme complémentaire agréé inscrit sur la liste nationale des organismes gestionnaires. La couverture est accessible gratuitement jusqu'aux plafonds de ressources des personnes anciennement éligibles à la CMU (ressources inférieures à 753 € par mois pour une personne seule) et s'obtient moyennant une participation financière pour les personnes disposant de revenus compris entre les anciens plafonds de la CMU et de l'ACS (depuis le 1^{er} juillet 2022, entre 798 € et 1 077 € par mois pour une personne seule). La participation financière des personnes est variable

en fonction de l'âge : elle varie de 96 € par an pour une personne de 29 ans et moins à 360 € pour une personne de 70 ans et plus.

Le niveau de couverture de la complémentaire santé solidaire s'inscrit dans la continuité de ce qui était proposé par l'ACS : il correspond à celui de la CMU et les paniers de soins en dentaire, optique et pour les aides auditives ont été mis en cohérence avec les paniers de soins 100 % santé (mis en place en 2019 également).

Déployée de 2019 à 2021, la réforme du 100 % santé propose une offre sans reste à charge pour les soins prothétiques dentaires, l'optique et les aides auditives.

Fin 2018, 5,63 millions de personnes bénéficiaient de la CMU et 1,27 million de personnes avaient souscrit un contrat ACS (Cabannes et Richet-Mastain, 2020). Fin 2019, 6,9 millions de personnes bénéficiaient de la CSS, dont 5,7 millions sans participation financière et 1,2 million avec. En mai 2022, 7,2 millions de personnes étaient couvertes par la CSS, dont 5,7 millions sans participation financière et 1,5 million avec (DSS, 2022).

est légèrement supérieure chez les bénéficiaires de l'AAH couverts par une complémentaire (30 % *versus* 25 %), les dépenses sont beaucoup moins importantes chez les non couverts, en particulier en psychiatrie mais plus élevées en Soins de suite et de réadaptation (SSR) et en MCO.

Ce constat d'une population non couverte ayant une dépense de ville relativement similaire à celle des autres bénéficiaires de l'AAH, mais avec des dépenses hospitalières plus faibles, engage à mieux connaître leurs profils de consommation de soins.

Une classification réalisée sur la dépense de santé des individus a permis de construire une typologie en dix classes que l'on regroupe ensuite en trois grandes catégories de consommateurs de soins :

T1

Fréquence des pathologies des bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH)

CS : complémentaire santé	Bénéficiaires de l'AAH	
	couverts par une CS en 2014	non couverts par une CS
Maladies cardiovasculaires	8,8	10,5
Traitement du risque vasculaire	14,7	11,2
Diabète	9,3	11,4
Cancers	4,7	4,3
Maladies psychiatriques	44,1	47,2
Traitements psychotropes	16,5	14,8
Maladies neurologiques ou dégénératives	13,1	15,4
Maladies respiratoires chroniques	9,5	8,8
Maladies inflammatoires ou rares ou VIH	5,3	8,8
Insuffisance rénale chronique terminale	1	1,6
Maladies du foie ou du pancréas	3,3	4,9
Autres affections de longue durée	11,3	14,1
Maternité	1	0,5
Sans pathologie identifiée	15,4	8,6

Lecture : 44,1 % des bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) couverts par une complémentaire santé publique ou privée ont une maladie psychiatrique tandis que 47,2 % des bénéficiaires de l'AAH sans couverture complémentaire sont dans cette situation.

Sources : DCIR 2014-2018, calculs Irdes. [Télécharger les données](#)

les soins courants, les dépenses hospitalières dominantes et les soins liés aux pathologies invalidantes (encadré Données et Méthode).

T2

Près de 40 % des bénéficiaires de l'AAH sans complémentaire santé ont un profil caractérisé par des dépenses hospitalières dominantes

Les bénéficiaires qui ont un profil majoritairement composé de soins courants se retrouvent dans les classes « *Médecin généraliste (MG), spécialiste et médicament* », « *MG, médicament, spécialiste, dentiste et optique* » et « *Médicament* ». Ces bénéficiaires représentent une proportion élevée de l'échantillon (45,5 % de l'ensemble) [tableau 3]. Dans ces classes, la consommation de soins est principalement associée à des consultations de médecins généralistes et de spécialistes. Les dépenses de médicaments pèsent plus lourdement dans la classe « *MG, médicament, spécialiste, dentiste et optique* » et dans la classe « *Médicament* ». Les personnes qui ont un profil majoritairement composé de soins courants sont un peu moins souvent en ALD que celles qui ont un autre profil.

Les bénéficiaires de l'AAH qui ont un profil avec dépenses hospitalières dominantes (39,6 % de la population) sont principalement regroupés dans quatre classes : classe « *MCO et médicament* », classe « *MCO, hospitalisations en psychiatrie, spécialiste et médicament* »,

Comparaison des bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) sans complémentaire santé avec les bénéficiaires de l'AAH couverts par une complémentaire en 2014

	Bénéficiaires de l'AAH couverts par une complémentaire santé en 2014			Bénéficiaires de l'AAH non couverts par une complémentaire santé entre 2014 et 2018		
	ALD ^a (71 %)	Non ALD (29 %)	Ensemble	ALD (87 %)	Non ALD (13 %)	Ensemble
Age moyen	45	44	45	45	42	45
Pourcentage de femmes	49	51	50	40	46	41
Dépense totale annuelle	10 713	2 828	8 458	7 911	2 533	7 213
Dépense ville annuelle	4 302	1 491	3 498	3 853	1 407	3 535
Sans hospitalisation (%)	59,9	78,1	64,8	68,7	82,3	70,4
Hospitalisation MCO ^b (%)	30,1	19,6	26,9	24,6	15,9	23,5
Dépense MCO ^c annuelle	5 057	2 453	4 518	5 674	3 393	5 473
Hospitalisation en psychiatrie (%)	13,3	2,7	10,2	8,4	2,0	7,6
Dépense en psychiatrie ^c annuelle	33 204	26 666	32 715	28 643	25 623	28 536
Hospitalisation SSR ^d (%)	4,7	1,8	3,8	2,6	1,0	2,4
Dépense SSR ^c annuelle	10 129	8 029	9 854	10 324	6 186	10 107

^a ALD : Affection de longue durée ; ^b MCO : Médecine, chirurgie et obstétrique ; ^c Les dépenses hospitalières moyennes sont calculées pour les personnes qui ont effectivement recouru à l'hospitalisation ; ^d SSR : Soins de suite et de réadaptation.

Lecture : Les bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) sans couverture complémentaire santé exposent une dépense annuelle totale de 7 266 €, moins élevée que celle des bénéficiaires de l'AAH couverts, soit 8 458 €.

Sources : DCIR 2014-2018, calculs Irdes.

[Télécharger les données](#)

classe « *Hospitalisations en psychiatrie* » et classe « *SSR et kinésithérapie* ». Sans surprise, les dépenses d'hospitalisation représentent une forte proportion de la consommation de soins dans ces classes, de même que les consultations de spécialistes dans la classe « *MCO, hospitalisations en psychiatrie, spécialiste et médicament* ». Une partie majoritaire des bénéficiaires de l'AAH appartenant à ces classes est en ALD.

Les bénéficiaires de l'AAH avec des profils de soins liés aux pathologies invalidantes (15 %) apparaissent dans trois classes : classe « *Soins infirmiers et médicaments* », classe « *Prothèse, appareils pour traitements et équipement* » et classe « *Appareils pour traitement et équipement, médicament et MCO* ». Ces bénéficiaires de l'AAH se distinguent par des consommations spécifiques, soit avec une dominante de soins infirmiers

DONNÉES ET MÉTHODE

Données

Les données exhaustives de l'Assurance maladie (DCIR) ont été utilisées sur la période 2014-2018. Elles permettent d'identifier les personnes qui sont exclusivement au régime de l'AAH par le code petit régime. Les bénéficiaires de l'AAH qui ont d'autres ouvertures de droit à l'assurance maladie, comme une pension d'invalidité ou une activité professionnelle ne sont pas identifiées par cette source (Verboux *et al.*, 2020). Les bénéficiaires de l'AAH âgés de 20 à 65 ans identifiés en 2014, qui demeurent dans ce régime sur une période de cinq ans et qui ne sont jamais couverts par une complémentaire santé, constituent la population d'étude. Cette information relative à l'absence de couverture complémentaire est reconstituée à partir des données de la Cnam en croisant la variable sur l'historique des affiliations à un organisme complémentaire et le type de contrat complémentaire. Les données sur les dépenses de santé, remboursements par l'Assurance maladie obligatoire et sur les restes à charge portent sur le périmètre ambulatoire et hospitalier. Trois types de séjours hospitaliers sont considérés : Médecine et chirurgie (MC), Soins de suite et de réadaptation (SSR) et hospitalisations en psychiatrie.

La population étudiée se compose de l'exhaustivité des bénéficiaires de l'AAH entrés dans le dispositif en 2014 et qui y restent pendant cinq ans sans jamais bénéficier d'une couverture complémentaire, soit 34 898 individus.

Méthode

La méthode utilisée est une Classification hiérarchique ascendante (CHA) appliquée aux dimensions d'une Analyse en composantes principales (ACP). Les individus sont regroupés selon le critère Ward qui, à chaque étape de l'agrégation, minimise la perte d'inertie inter-classe. La classification est réalisée sur la dépense de santé des individus.

Pour chaque individu, la dépense totale est reconstituée sur le champ ambulatoire et hospitalier sur l'ensemble de la période 2014-2018. La proportion de chaque poste de dépense est ensuite calculée : médicament, médecin généraliste, médecin spécialiste, biologie, optique, prothèses dentaires, orthèses et prothèses, appareils et équipement pour traitement, kinésithérapie, actes médicaux infirmiers, autres dépenses ambulatoires, hospitalisation en Médecine, chirurgie et obstétrique (MCO), hospitalisation en psychiatrie, hospitalisation en SSR, transports. La classification est donc réalisée sur la structure de la consommation de soins des individus.

La CHA introduit 16 variables continues, *i.e.* 16 axes factoriels. Dix classes permettent de distinguer des profils variés de consommation de soins (Tableau 1), qui peuvent être regroupés en trois catégories :

- Les soins courants.
- Les profils associés aux dépenses hospitalières dominantes.

- Les profils liés aux pathologies invalidantes.

Les restes à charge « réels » annuels sont calculés après remboursement par l'assurance maladie obligatoire. Les restes à charge après CSS sont simulés à partir des dépenses réelles des individus en tenant compte des règles d'exonération et de prise en charge associées à la CSS et du 100 % santé (exonération du ticket modérateur complète, sauf pour les médicaments remboursés à 15 %, absence de dépassements d'honoraires, prise en charge des forfaits journaliers hospitaliers, Rac zéro pour les soins dentaires, optique et auditif). Les bénéfices de la CSS sont calculés comme la différence entre les restes à charge réels et les restes à charge CSS simulés. On attribue ensuite à chaque individu une participation financière qui dépend de son âge en conformité avec les règles de tarification de la CSS participative (96 € pour les personnes âgées de 29 ans et moins, 168 € pour les personnes âgées de 30 à 49 ans, 253 € pour les personnes âgées de 50 à 59 ans, 300 € pour les personnes âgées de 60 à 69 ans et 360 € pour les personnes âgées de 70 ans et plus). Le pourcentage de bénéficiaires pour lesquels le bénéfice de la CSS est plus important que la participation financière est ensuite calculé dans chacune des dix classes.

On fait donc ici l'hypothèse que la CSS fonctionne parfaitement, ce qui implique qu'il n'y a pas de problème administratif de remboursement et qu'aucun dépassement n'est jamais appliqué aux prestations des bénéficiaires.

T3

Profils de consommation de soins des bénéficiaires de l'AAH sans complémentaire obtenus à partir de la classification

	Soins courants			Hospitalisation				Pathologies invalidantes		
	Classes MG ^a , spécialiste et médicament	MG, médicament, spécialiste, dentiste et optique	Médi- cament	MCO ^b et médica- ment	MCO, hospitali- sations en psychiatrie, spécialiste et médicament	Hospitali- sations en psychiatrie	SSR ^c et kinési- thérapie	Soins infirmiers et médica- ments	Prothèse, appareils pour traite- ments et équipement	Appareils pour traite- ments et équipement, médicament et MCO
N	8 236	5 022	2 620	4 650	4 564	2 743	1 876	2 519	1 578	1 090
Poids dans la population	24 %	14 %	8 %	13 %	13 %	8 %	5 %	7 %	5 %	3 %
Affection de longue durée (%)	89 %	69 %	93 %	87 %	87 %	96 %	92 %	95 %	86 %	94 %
Age moyen	47	43	44	46	45	41	43	48	40	43
Dépense annuelle moyenne (€)	2 446	1 211	4 259	12 079	4 992	27 640	8 134	13 128	2 896	7 807
Composition de la classe										
Appareil pour traitement	5,5	1,4	0,8	4,5	3	0,3	4,3	7,2	11,5	61,1
Biologie	5,1	8	1,4	3	4,4	0,5	2,1	1,4	2,1	1,6
Dentiste	2,5	9,3	0,5	1	2,7	0,6	1,2	0,6	1,7	0,7
Prothèses dentaires	0,2	0,6	0	0,1	0,2	0	0,1	0	0,1	0
Médecin généraliste	13	21,7	4,3	4,1	7,8	1,1	4,1	3,3	4,7	4
Médecin spécialiste	9,1	19,5	2	5,7	10,9	1,6	4,6	2,5	4,7	2,4
Infirmiers	1,2	1,1	0,3	2	2	1,9	1,4	52,3	1	2
Optique	1,1	4,7	0,2	0,5	1,4	0,2	0,8	0,3	1,5	0,4
Autres soins	0,6	5,4	0,1	0,4	0,4	0,1	1,1	0,4	0,5	0,3
Médicament	53,9	18,9	87,8	12	26,1	8,1	10,6	13,4	8,6	8,3
Kinésithérapie	0,9	3,9	0,2	1,4	1,1	0,2	24,3	3,7	4,8	5,1
Prothèses et orthèses	1,3	1,7	0,2	2,6	1,1	0,2	4,3	1,3	48,8	3,7
MCO	4,1	2,6	1,3	55	24,1	2,2	7,4	7	6,1	7,3
Hospitalisations en psychiatrie	0,3	0,1	0,2	0,5	10,7	80,9	0,2	3,1	0	0
Hospitalisations en SSR	0,1	0,1	0	2,3	1,4	0,2	13,1	1	0,7	0,7
Transports	1,2	0,8	0,6	4,9	2,8	1,8	20,3	2,5	3,2	2,4

^a MG : Médecin généraliste ; ^b MCO : Médecine, chirurgie et obstétrique ; ^c SSR : Soins de suite et de réadaptation.

Lecture : Les cases surlignées indiquent les variables qui contribuent le plus à la classe. Dans la classe 1, le poste médicament représente en moyenne 53,9 % de la dépense tandis que les consultations chez les généralistes constituent 13 % de la dépense et les consultations de spécialistes 9,1 %.

Sources : DCIR 2014-2018, calculs Irdes.

[Télécharger les données](#)

ou une forte consommation consacrée aux appareils pour traitements et équipements. Les personnes qui sont associées à ces classes sont plus souvent en ALD que celles qui ont un profil composé de soins courants.

Dans toutes les classes, les bénéficiaires de l'AAH sans exonération ont des dépenses plus faibles que celles des bénéficiaires en ALD, mais des restes à charge plus élevés.

Le panier de soins fourni par la CSS ne permettrait pas de réduire les dépenses d'aides techniques

Enfin, nous cherchons à évaluer le reste à charge lié à l'absence de couverture complémentaire et à vérifier si leurs dépenses seraient bien couvertes par une complémentaire santé publique. Pour ce faire, nous comparons leur niveau de reste à charge actuel avec le

reste à charge auquel ils devraient faire face s'ils avaient souscrit une assurance complémentaire publique – la plupart y étant éligible – en simulant les remboursements de la CSS et du 100 % santé en appliquant les règles en vigueur en 2022.

Les bénéficiaires de l'AAH sans couverture complémentaire qui ont des dépenses occasionnées par des pathologies invalidantes ont des restes à charge compris entre 352 et 500 € annuels en moyenne, y compris lorsqu'ils sont associés à des acquisitions d'aides techniques (entre 352 € et 500 € annuels en moyenne dans la classe « Prothèse, appareils pour traitements et équipement », tableau 4). Ces restes à charge sont principalement composés de dépassements de tarifs sur les acquisitions d'aides techniques (371 € en moyenne pour l'ensemble de la classe « Prothèse, appareils pour traitements et équipement »).

Ces personnes sans aucune assurance complémentaire qui figurent dans la catégorie « Prothèse, appareils pour traitements et équipement » verraient, si elles étaient couvertes par la CSS, leurs restes à charge diminuer en moyenne de 164 €, pour celles qui sont en ALD et de 365 € pour celles qui n'y sont pas, notamment sur les dépassements de tarifs qui incluent les aides techniques. Pour autant, ce résultat dissimule des disparités. En effet, compte tenu de l'exonération du ticket modérateur et de la possibilité de choisir des modèles basiques sans dépassement du tarif de la sécurité sociale, les usagers de fauteuils roulants peuvent acquérir cette aide technique sans reste à charge. Ainsi, la majorité des allocataires de l'AAH qui ont cet usage n'ont pas de reste à charge, il n'y aurait donc aucun effet de la CSS pour eux. Pour ceux qui ont un reste à charge en raison d'un état de santé nécessitant l'achat d'un fauteuil roulant avec dépassement de tarif, celui-ci est de 1 500 € en moyenne. Comme le

T4

Restes à charge (Rac) réels annuels des bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH) et restes à charge simulés avec la Complémentaire santé solidaire (CSS), diminution moyenne du Rac obtenue avec la CSS (en euros)

	Affection(s) de longue durée	Dépense moyenne annuelle	Ticket modérateur (TM) réel annuel/ TM CSS (1)	Dépassements* réels annuels/ CSS (2)	Forfaits hospitaliers réels annuels/ CSS (3)	Reste à charge (Rac) réel annuel / Rac CSS (1)+(2)+(3)	Remboursement CSS simulé moyen	3 ^e quartile de remboursement CSS simulé	% de personnes pour lesquelles le remboursement CSS serait supérieur à la participation financière à la CSS payante
			€	€	€	€	€	€	€
Médecin généraliste (MG), spécialiste et médicament	Avec 89 %	2 590	89/5	58/6	5/0	153/11	142	179	40 %
	Sans 11 %	1 251	170/8	40/3	2/0	212/11	201	263	60 %
MG, médicament, spécialiste, dentiste et optique	Avec 69 %	1 499	88/4	117/9	3/0	208/13	195	238	48 %
	Sans 31 %	583	124/4	94/3	1/0	218/7	210	254	60 %
Médicament	Avec 93 %	4 333	64/2	20/2	4/0	88/4	84	84	23 %
	Sans 7 %	3 286	159/6	7/2	2/0	168/8	160	151	39 %
Médecine, chirurgie et obstétrique (MCO) et médicament	Avec 87 %	13 123	156/4	76/20	122/0	354/24	330	404	71 %
	Sans 13 %	5 141	258/4	54/9	47/0	359/13	346	406	75 %
MCO, hospitalisations en psychiatrie, spécialiste et médicament	Avec 87 %	5 422	157/6	92/8	71/0	320/14	306	390	47 %
	Sans 13 %	2 138	238/8	95/3	20/0	353/12	341	447	61 %
Hospitalisations en psychiatrie	Avec 96 %	27 907	167/4	72/3	582/0	821/7	814	1 085	88 %
	Sans 4 %	21 063	419/4	60/7	469/0	949/11	938	1 144	83 %
Soins de suite et de réadaptation (SSR) et kinésithérapie	Avec 92 %	8 447	115/4	111/47	158/0	384/51	333	358	56 %
	Sans 8 %	4 553	245/4	94/40	83/0	422/44	378	423	62 %
Soins infirmiers et médicaments	Avec 95 %	13 350	173/6	86/33	63/0	321/38	283	350	57 %
	Sans 5 %	8 685	328/6	57/8	30/0	415/14	401	342	59 %
Prothèse, appareils pour traitements et équipement	Avec 86 %	3 060	73/3	252/185	27/0	352/188	164	186	41 %
	Sans 14 %	1 898	145/4	348/131	7/0	500/135	365	518	72 %
Appareils pour traitements et équipement, médicament et MCO	Avec 94 %	8 037	113/3	128/88	36/0	278/91	187	205	43 %
	Sans 6 %	4 359	265/6	55/36	10/0	330/41	289	177	38 %

* La catégorie des dépassements inclut à la fois les dépassements d'honoraires des médecins et les dépassements de tarifs pour l'acquisition des aides techniques, par exemple.

Lecture : Dans la première classe, la dépense moyenne des personnes en Allocation aux adultes handicapés (AAH) avec une Affection de longue durée (ALD) s'élève à 2 590 € par an. Dans cette classe, le reste à charge moyen pour les personnes en ALD s'établit à 153 € par an. Le reste à charge actuel est principalement composé de tickets modérateurs (89 €) et de dépassements d'honoraires (58 €). À consommation inchangée, la CSS permettrait de réduire le reste à charge moyen à 6 € pour les personnes en ALD. Le bénéfice moyen apporté par la CSS est de 142 € pour les personnes dans cette classe. Dans cette classe, la proportion de personnes pour lesquelles les bénéfices de la CSS dépassent le montant de la participation financière est de 40 %.

Sources : DCIR 2014-2018, calculs Irdes.

[Télécharger les données](#)

panier de soins proposé par la CSS ne couvre pas les besoins en aide technique au-dessus du tarif LPPR et que le 100 % santé ne prend en charge parmi les aides techniques que les audioprothèses, ce reste à charge moyen n'est pas réduit. Inversement, les utilisateurs d'audioprothèses ne pouvaient pas bénéficier d'une prise en charge intégrale avant la réforme. Sous l'hypothèse de comportements inchangés, celle-ci aurait permis, d'une part, à un quart d'entre eux de choisir des audioprothèses sans reste à charge et, d'autre part, de faire passer le reste à charge moyen de l'ensemble des usagers de 2 000 € à 500 €. Mais la réforme semble avoir modifié les comportements, notamment en orientant le marché vers le panier sans reste à charge

(Cnam, 2022), si bien que le bénéfice réel serait probablement plus élevé encore.

Dans la catégorie « *Prothèse, appareils pour traitements et équipement* », 72 % des titulaires de l'AAH non exonérés au titre de l'ALD bénéficieraient d'un remboursement CSS supérieur au montant de leur participation financière. Ce remboursement CSS permettrait d'absorber une partie des dépassements de tarifs pour les aides techniques qui sont dans le périmètre du 100 % santé mais aussi les tickets modérateurs associés aux consultations de spécialistes. Au contraire, les bénéficiaires de l'AAH exonérés par l'ALD de cette classe sont seulement 41 % à bénéficier d'un rem-

boursement CSS supérieur à leur participation financière, ce qui s'explique notamment par un gain plus faible sur le ticket modérateur déjà pris en charge par l'ALD.

Les personnes qui ont un profil de consommation associé à la classe « *Soins infirmiers et médicaments* » sont confrontées à des tickets modérateurs en moyenne élevés (181 € dans cette classe) alors que les dépassements de tarifs sont plus modérés. Le bénéficiaire de la couverture CSS permettrait donc une prise en charge de ces tickets modérateurs (le remboursement CSS simulé serait en moyenne de 289 €). En adhérant à la CSS, 60 % des personnes de cette classe bénéficieraient d'une réduction de reste

à charge plus importante que le montant de leur participation financière.

Les bénéficiaires de l'AAH avec un profil de soins courants font face aux plus faibles restes à charge (155 € en moyenne par an). Parmi ces profils de soins courants, les restes à charge sont les plus faibles dans la classe « *Médicament* » (88 € pour les personnes en ALD et 168 € pour les non exonérés), intermédiaires dans la classe « *MG, spécialiste et médicament* », et plus élevés dans la classe « *MG, médicament, spécialiste, dentiste et optique* » (208 € et 218 €).

Dans ces classes associées à une consommation de soins courants, le reste à charge s'explique principalement par des tickets modérateurs et des dépassements d'honoraires. Les dépassements sont plus importants dans chaque classe pour les bénéficiaires en ALD que pour les bénéficiaires sans exonération, ce qui s'explique par des consultations de spécialistes plus fréquentes pour les patients chroniques que pour les autres assurés. Par ailleurs, les dépassements pèsent plus lourdement sur le reste à charge dans la classe « *MG, médicament, spécialiste, dentiste et optique* » plus souvent concernée par des soins avec dépassements.

Comme nous faisons l'hypothèse que la CSS supprimerait les tickets modérateurs et les dépassements d'honoraires pour les consultations – et le 100% santé supprimerait les dépassements sur l'optique et le dentaire – les restes à charge seraient réduits, pour les bénéficiaires de l'AAH avec ou sans exonération par l'ALD. Toutefois, les restes à charge réels étant initialement modérés, la CSS et le 100 % santé permettent une faible diminution de reste à charge (entre 89 € dans la classe « *Médicament* » et 148 € dans la classe « *MG, spécialiste et médicament* »). Dans ces classes, la diminution du reste à charge permise par la CSS dépasse rarement le montant de la participation financière pour obtenir la couverture CSS ; dans la classe « *Médicament* », seuls 23 % des bénéficiaires en ALD et 39 % des bénéficiaires sans exonération seraient dans ce cas.

Ces remboursements CSS simulés sont à mettre en regard du remboursement moyen de la CSS par bénéficiaire estimé en 2019 à 420 €. Ainsi, pour les bénéficiaires de l'AAH sans assurance

complémentaire, le bénéfice de la CSS serait relativement réduit en l'absence de soins hospitaliers.

Le bénéfice de la complémentaire publique serait le plus important pour les personnes fréquemment hospitalisées

Les bénéficiaires de l'AAH qui ont un profil avec dépenses hospitalières dominantes présentent des restes à charge beaucoup plus élevés, de 320 € dans la classe « *MCO, hospitalisations en psychiatrie, spécialiste et médicament* » pour les bénéficiaires en ALD à 949 € pour les bénéficiaires sans exonération de la classe « *Hospitalisations en psychiatrie* ». Dans ces classes, les forfaits hospitaliers journaliers représentent un montant significatif des restes à charge, et plus particulièrement pour les bénéficiaires en ALD, jusqu'à 582 € dans la classe « *Hospitalisations en psychiatrie* ». Ces montants élevés s'expliquent par de longs séjours hospitaliers, 20 jours en moyenne dans la classe « *SSR et kinésithérapie* » et 36 jours dans la classe « *Hospitalisations en psychiatrie* ». Les assurés ont également des tickets modérateurs élevés et des dépassements d'honoraires conséquents dans les classes « *MCO, hospitalisations en psychiatrie, spécialiste et médicament* » et « *SSR et kinésithérapie* ».

Comme le bénéfice de la CSS supprimerait les tickets modérateurs, les dépassements d'honoraires et les forfaits journaliers hospitaliers, les diminutions de restes à charge qu'elle induirait sont élevées en moyenne, de 316 € dans la classe « *MCO, hospitalisations en psychiatrie, spécialiste et médicament* » à 819 € dans la classe « *Hospitalisations en psychiatrie* ». Dans cette classe « *Hospitalisations en psychiatrie* », 83 % des bénéficiaires en ALD et 88 % des bénéficiaires sans exonération bénéficieraient d'une diminution de reste à charge plus importante que le montant de leur participation financière pour obtenir la CSS.

La population des bénéficiaires de l'AAH sans couverture, qui fait l'objet de cette étude, ne doit pas faire oublier les bénéficiaires de l'AAH qui sont déjà majoritairement couverts par une cou-

verture privée (63 %) sans généralement avoir connaissance de la possibilité de souscrire à une couverture publique. En effet, 68 % des bénéficiaires de l'AAH ne connaissaient pas le dispositif de l'ACS fin 2018 (Cabannes, 2022).

Pour les bénéficiaires de l'AAH avec une couverture privée dont les profils de consommations de soins sont bien couverts par la CSS (dentaire, optique, hospitalisation, soins infirmiers...), il y a sans doute un enjeu à accélérer leur transition vers la CSS qui leur garantirait l'accès à une couverture étendue en contrepartie d'une contribution financière sans doute inférieure à la prime qu'ils acquittent actuellement. En effet, généralement sortis du marché du travail, les bénéficiaires de l'AAH qui veulent acquérir une couverture complémentaire doivent opter pour un contrat individuel assorti d'une prime plus élevée que celle qu'ils acquitteraient dans le cadre d'un contrat collectif obtenu par le biais d'un employeur. Par ailleurs, les bénéficiaires de l'AAH sont jeunes en moyenne (45 ans), ce qui les expose à une participation financière limitée s'ils optent pour la CSS (168 € pour les personnes âgées de 30 à 49 ans et même 96 € pour les personnes âgées de 29 ans et moins).

Pour autant, le panier de soins de la complémentaire santé publique n'est actuellement pas toujours adapté aux besoins de tous les bénéficiaires de l'AAH, notamment ceux qui sont consommateurs d'aides techniques. En effet, le panier de soins restreint peut obliger les personnes à besoins spécifiques à se tourner vers une complémentaire privée qui leur assurera une meilleure prise en charge. La doctrine de financement des aides techniques qui prévalait jusqu'ici, et qui était soumise à une prise en charge des dispositifs à hauteur du tarif LPP, a connu récemment une exception notable avec la mise en place de la réforme du 100 % santé sur la prise en charge des audioprothèses. Les audioprothésistes ont désormais l'obligation de proposer des appareils intégralement financés par les complémentaires santé, et un montant de 800 € est accordé si le choix porte sur un appareil plus coûteux, ce qui favorise l'accès aux soins au regard des autres aides techniques qui ne bénéficient pas des mêmes dispositifs de financement. La réforme du 100 % santé sur les prothèses auditives a per-

mis une amélioration très significative du recours aux aides auditives, avec un accroissement du nombre de patients équipés de 73 % entre 2019 et 2021, principalement expliqué par l'augmentation du nombre de bénéficiaires d'aides auditives 100 % santé (Cnam, 2022). Des études récentes sur les aides techniques actuellement mal couvertes et pourtant massivement utilisées permettent d'alimenter une réflexion sur une extension du 100 % santé aux dispositifs techniques qui rendrait sans doute la CSS plus adaptée aux besoins des personnes en situation de handicap (Espagnacq *et al.*, 2022).

Pour les bénéficiaires de l'AAH qui ne sont couverts par aucune couverture complémentaire, la participation financière exigée pour acquérir la CSS participative leur semble peut-être trop élevée pour un bénéfice de la couverture jugé insuffisant, surtout s'ils sont consommateurs de soins courants (médecins généralistes, médicaments, soins infirmiers...) déjà très bien pris en charge par l'assurance maladie obligatoire par le biais de l'ALD qui exonère du ticket modérateur. Comme d'autres ménages pauvres, la faiblesse de leurs revenus ainsi que le poids des dépenses pré-engagées (loyers, remboursements d'emprunts, assurances, abonnements téléphone et Internet...) leur laissent peu de marge pour réaliser de nouvelles dépenses (Cusset, Prada-Aranguren et Trannoy, 2021). En maintenant à un niveau trop bas ce seuil d'éligibilité à la CSS gratuite, une partie des bénéficiaires de l'AAH est exclue de la couverture, ce qui peut freiner leur accès aux soins, notamment dans le contexte du 100 % santé qui conditionne l'écrêtement des restes à charge au fait d'avoir souscrit préalablement à une complémentaire santé.

L'étude met également en évidence le niveau élevé des restes à charge hospitaliers d'une partie des bénéficiaires de l'AAH, notamment ceux qui sont hospitalisés en psychiatrie pour de longues périodes. Contrairement aux autres montants de reste à charge, qui sont réellement payés par les usagers, les forfaits hospitaliers ne sont pas toujours nécessairement payés par le patient. En

effet, les niveaux de restes à charge mis en évidence dans cette étude sont tels que les bénéficiaires de l'AAH sans couverture complémentaire ne seront certainement pas en situation de les payer une fois sortis de l'hôpital ; ces débits se transformeront dès lors en créances irrécouvrables pour les établissements hospitaliers qui les ont accueillis.

Une limite de cette étude est qu'elle est réduite au périmètre sanitaire, seul accessible à partir des données de l'Assurance maladie, sans visibilité sur les autres financements complétant la prise en charge de certains dispositifs inclus dans la LPPR (Prestation de compensation du handicap (PCH), Association de gestion du fonds pour l'insertion professionnelle des personnes handicapées-Agefiph...). Une autre limite est que les bénéfices de la CSS sont calculés en considérant que les profils de consommation restent inchangés après l'obtention de la couverture. On peut supposer

que le bénéfice d'une couverture santé plus large et qui prend intégralement en charge certains soins courants pourrait inciter les nouveaux entrants dans le dispositif de l'ACS à consommer davantage certains soins, notamment de prévention, des soins dentaires et optiques par exemple. Dans ce cas, le « gain » en termes de reste à charge serait encore plus important pour les individus qui augmentent leurs consommations de soins et une part plus importante de bénéficiaires « gagneraient » à obtenir la couverture.

Les résultats de cette première étude sur les bénéficiaires de l'AAH sans couverture complémentaire, réalisée sur une période d'observation antérieure à la mise en place de la CSS, seront prochainement complétés par une autre étude. Celle-ci s'intéressera aux bénéficiaires de l'AAH qui décident d'acquérir la couverture CSS et sur l'évolution de leur profil de consommation de soins qui en résulte. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- ACS (2019). *Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé. Bilan du dispositif.*
- Cabannes P-Y et Richet-Mastain L. (2020). « Minima sociaux et prestations sociales. Ménages aux revenus modestes et redistribution. Edition 2021 ». Panoramas de la Drees (social).
- Cabannes P-Y et Richet-Mastain L. (2021). « Minima sociaux et prestations sociales. Ménages aux revenus modestes et redistribution. Edition 2020 ». Panoramas de la Drees (social).
- Cabannes P-Y. (2022). « Fin 2018, un bénéficiaire de minima sociaux sur six n'avait pas de complémentaire santé ». Drees, *Études et Résultats*, n° 1 232.
- Calvo M. (2021). « Bénéficiaires de minima sociaux : un état de santé général et psychologique dégradé ». Drees, *Études et résultats*, n° 1 194.
- Cnam (2019). « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2020 ». *Rapport charges et produits.*
- Cnam (2022). « Améliorer la qualité du système de santé et maîtriser les dépenses. Propositions de l'Assurance maladie pour 2023 ». *Rapport charges et produits.*
- Cusset P-Y, Prada-Aranguren A-G, Trannoy A. (2021). « Les dépenses pré-engagées : près d'un tiers des dépenses des ménages en 2017 ». France Stratégie *La Note d'Analyse*, n° 102.
- DSS (2022). « La complémentaire santé solidaire et l'accès aux soins », *Revue de la complémentaire santé solidaire*, n° 5.
- Espagnacq M., Daniel F., Regaert C. (2022). *Questions d'économie de la santé* à paraître sur le repérage des personnes en fauteuils roulants et sur leurs dépenses.
- Lengagne P, Penneau A., Pichetti S., Sermet C. (2014). L'accès aux soins dentaires, ophtalmologiques et gynécologiques des personnes en situation de handicap en France. Une exploitation de l'enquête Handicap-Santé Ménages. Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 197.
- Mordier B. (2013). « L'allocation aux adultes handicapés attribuée dans les départements. Des disparités liées au contexte sociodémographique des territoires ». Irdes, *Dossiers Solidarité et Santé*, n° 49.
- Penneau A., Pichetti S., Sermet C. (2015). « Les personnes en situation de handicap vivant à domicile ont un moindre accès aux soins de prévention que celles sans handicap. Une exploitation de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 208.
- Penneau A., Pichetti S., Espagnacq M. (2019). « Dépenses et restes à charge sanitaires des personnes en situation de handicap avant et après 60 ans ». Rapports de l'Irdes, n° 571.
- Verboux D., Colinet N., Thomas M., Chevalier S., Gastaldi-Ménager C., Rachas A. (2020). « Pathologies et recours aux soins des personnes ayant un handicap repérable dans le Système national des données de santé ». *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, n° 68.
- Verniolle R. (2016). « L'accès à la complémentaire santé pour les personnes disposant de faibles ressources : la CMU-C et l'ACS ». *Regards*, 2016(1), n° 49, p. 121-136.