

Analyse du reste à charge en soins de ville des assurés bénéficiaires de la CMU complémentaire

Contexte

La CMU complémentaire permet à ses bénéficiaires d'obtenir un accès gratuit à la médecine libérale ou à l'hôpital sans dépenses supplémentaires à charge pour le patient et sans avance de frais.

La CMU-C prend effectivement en charge le ticket modérateur des soins réalisés en ville et à l'hôpital, le forfait hospitalier et dans certaines limites, les dépassements tarifaires des prothèses et appareillages (dentaire et optique).

Les soins sont pris en charge à 100% en tiers payant et les professionnels de santé sont tenus d'appliquer les tarifs du secteur 1 à tout bénéficiaire de la CMU-C, sauf en cas d'exigence particulière du patient (visite de nuit alors qu'il n'y a pas d'urgence par exemple).

L'objectif de cette étude est de mesurer les montants restant à la charge des bénéficiaires de la CMU-C sur les principaux postes de dépenses. En effet, de récents travaux, menés notamment par la CNAMTS, ont mis en évidence l'existence de participations financières supplémentaires pour des soins qui n'auraient pas dû en générer. C'est pourquoi, le Fonds CMU a sollicité la caisse des Hauts-de-Seine pour mener un état des lieux détaillé de la situation, au niveau local.

Les restes à charge seront analysés pour plusieurs postes de dépenses :

- les consultations des médecins en distinguant les généralistes et les spécialistes, le secteur 1 et le secteur 2,
- les actes techniques,
- les actes paramédicaux,
- les actes dentaires y compris ceux réalisés hors panier de soins,
- l'optique y compris celle non incluse dans le panier de soins,
- les prothèses de la LPP.

Pour chaque poste de dépense, une comparaison sera effectuée entre le reste à charge d'un bénéficiaire de la CMU-C et celui d'un assuré non bénéficiaire. L'utilisation d'une modélisation permettra de mesurer en outre, l'influence des caractéristiques de la population des bénéficiaires de la CMU-C pour expliquer, toute chose égale par ailleurs, l'existence d'un reste à charge d'une part, et quand il existe, la part qu'il représente dans la dépense annuelle de soins du patient.

Précisions méthodologiques

Cette étude a été réalisée à partir des mandatements de l'année 2010 issus de la base de données ERASME Régional de l'Assurance Maladie. Les soins retenus sont exclusivement ceux qui ont été réalisés pendant la période de couverture de la CMU-C pour un assuré donné. Par exemple, seuls les soins réalisés de septembre à décembre sont pris en compte pour un bénéficiaire ayant souscrit un contrat à compter du 1^{er} septembre 2010.

D'autre part, les actes pris en compte relèvent d'une activité libérale, ou salariée d'un centre de santé. Les actes médicaux réalisés en clinique privée ou à l'hôpital n'ont pas été pris en compte. Seuls les restes à charge concernant des soins réalisés en ville ont donc été mesurés.

D'autre part, ont été exclus tous les soins liés à une maternité, un accident du travail ou une maladie professionnelle.

Enfin, afin de mesurer une dépense réelle, nous avons tenu compte des majorations et des compléments d'acte qui se rajoutent, quand il y en a, au prix de l'acte de base.

1. Qui sont les bénéficiaires de la CMU complémentaire ?

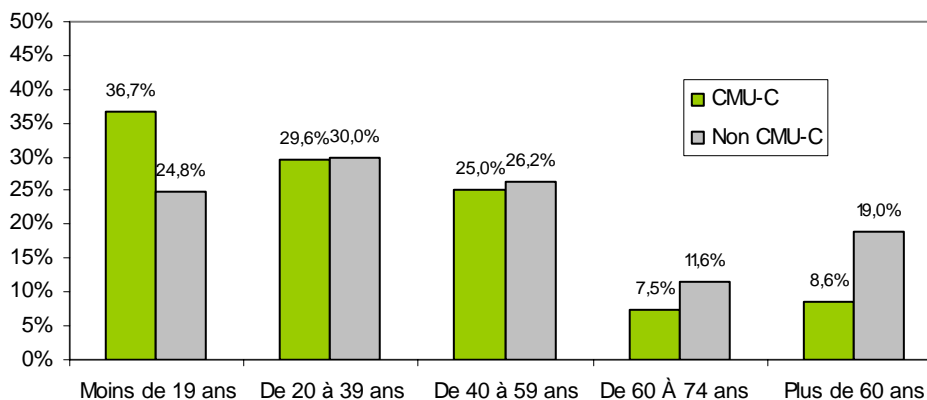
Une population plutôt jeune et féminine

En 2010, 57 900 bénéficiaires de la CMU complémentaire sont dénombrés sur le département des Hauts-de-Seine, soit 4,2% de la population totale.

La population des bénéficiaires de la CMU complémentaire est plutôt féminine : on observe 52,9% de femmes, soit un peu plus que pour les autres bénéficiaires des Hauts-de-Seine composés de 51,5% de femmes.

L'analyse de la population par classe d'âge laisse apparaître, chez les bénéficiaires de la CMUC, une population plus jeune que les autres bénéficiaires. A ce phénomène, deux raisons peuvent être évoquées : les jeunes adultes, davantage exposés au risque de précarité, sont les premiers à bénéficier de la CMU. En outre, on compte un nombre important d'enfants couverts par l'intermédiaire de leurs parents. (cf. "La CMU : un an après le bilan" CNAMTS avril 2001).

Graphique 1 - Répartition des bénéficiaires par âge



Un état de santé plus précaire chez les bénéficiaires de la CMUC de moins de 60 ans

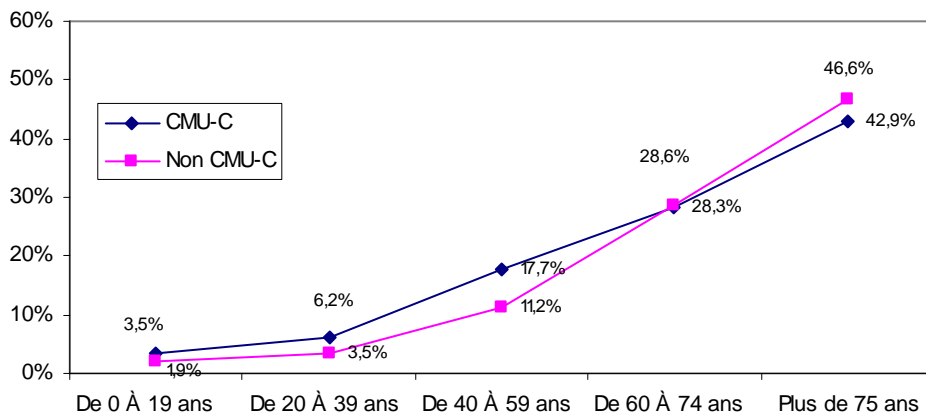
La part des bénéficiaires atteints d'une affection de longue durée (ALD) au 31 décembre 2010 est de 10,2% chez les bénéficiaires de la CMU complémentaire, tandis qu'elle atteint 11,2% chez les autres bénéficiaires du département.

Cependant, en regardant la part de bénéficiaires atteints d'une ALD selon l'âge des bénéficiaires, on s'aperçoit qu'elle est supérieure chez les bénéficiaires de la CMU complémentaire en dessous de 60 ans.

Cette constatation rejoint celle d'autres études concernant la consommation de soins des bénéficiaires de la CMUC notamment le point stat n° 31 réalisé par la CNAMTS.

Les bénéficiaires de la CMU complémentaire sont en moins bonne santé que les autres bénéficiaires. L'analyse des taux de prévalence par maladie des bénéficiaires en ALD le démontre (cf. Points de repère n° 8. CNAMTS - août 2007) de même que la morbidité déclarée des bénéficiaires de la CMUC dans l'enquête santé protection sociale réalisée par l'IRDES en 2002.

Graphique 2 - Répartition des bénéficiaires de l'ALD par âge

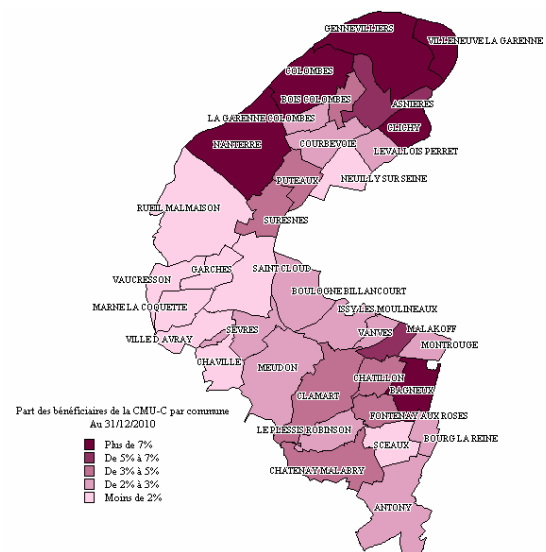


Une plus grande proportion de bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les communes les plus défavorisées

Les communes où l'on trouve le plus de bénéficiaires de la CMU complémentaire sont également les moins aisées financièrement.

Ainsi, à Nanterre et à Gennevilliers, on observe 10% de la population qui bénéficient de la CMU complémentaire. Une commune très aisée comme Marnes-La-Coquette, présente un taux de CMU complémentaire de 0,4%.

Part des bénéficiaires de la CMU-C par commune Au 31/12/2010



2. Plus d'un bénéficiaire de la CMU-C sur deux n'a pas supporté de reste à charge en 2010

Sur 57 903 bénéficiaires de la CMU complémentaire, 80% ont bénéficié de soins remboursés durant l'année 2010. Ils représentent 4,4% de l'ensemble des bénéficiaires consommateurs de soins.

En moyenne, les dépenses de santé pour des soins dispensés en ville (en cabinet libéral ou en centre de santé) s'élèvent à 729€ pour un bénéficiaire de la CMU en 2010, contre 1 295€ pour un non bénéficiaire.

L'Assurance Maladie prend en charge une grande partie des dépenses de soins. La part des dépenses remboursées par l'assurance maladie au niveau du régime obligatoire s'élève en moyenne à 62,2% pour un bénéficiaire de la CMU-C et à 56,2% pour un non bénéficiaire de la CMU-C. La part restante est prise en charge par les mutuelles complémentaires et par l'assuré si le complément n'est pas intégral.

Pour les bénéficiaires de la CMU-C, le reste à charge supporté par l'assuré sur l'année 2010, après contribution de la complémentaire, s'élève à 65€ (qu'il y ait eu RAC ou non), soit 9% de la dépense initiale. Il est relativement faible mais, dans le cadre de la CMU complémentaire, tous les soins devraient être pris en charge intégralement.

Plusieurs raisons peuvent être avancées :

- Le patient peut s'orienter vers un soin non compris dans le panier proposé dans le cadre du dispositif et qui ne sera donc pas pris en charge dans les mêmes conditions (optique, prothèses dentaires).
- les dépassements d'honoraires des médecins, très fréquents sur le département des Hauts-de-Seine, surtout en secteur 2. Néanmoins, la part des actes avec dépassement n'est que de 1,8% contre 13% pour les autres bénéficiaires. Les médecins appliquent donc, en grande majorité, la tarification applicable dans le cadre de la CMU complémentaire.

Assurés	Nombre de consommateurs	Dépense moyenne	Remboursement moyen par le R.O.	Reste à charge moyen avant R.C.	Part remboursée par le RO	Remboursement moyen R.C.	Reste à charge moyen	Part des actes avec dépassement	Dernier décile RAC
CMU-C	46 570	728,6 €	453,1 €	275,5 €	62,2%	210,0 €	65,6 €	1,8%	338,9 €
Non CMU-C	1 066 388	1 294,9 €	727,2 €	567,7 €	56,2%		231,6 €	13,1%	841,0 €

* Dans ce tableau, le reste à charge moyen est calculé par le rapport entre le reste à charge total et l'ensemble des consommateurs, qu'ils aient eu du RAC ou non.

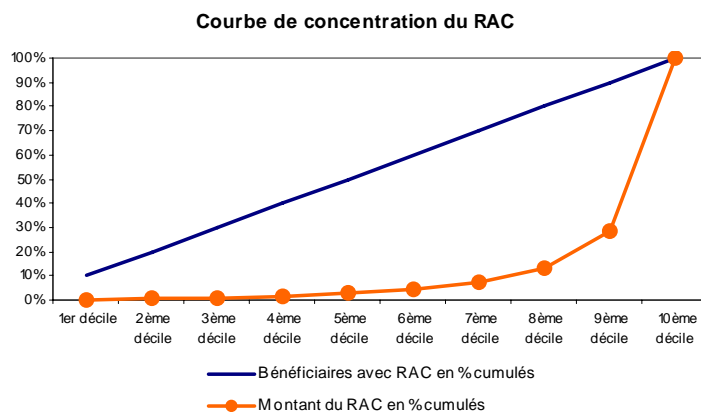
Précisions : Pour les assurés ne bénéficiant pas de la CMU-C, les bases de données de l'Assurance Maladie contiennent des données qui relèvent uniquement du régime obligatoire. Aucune information n'est disponible quant aux prises en charge des mutuelles privées. Il n'est donc pas possible de comparer le reste à charge final d'un bénéficiaire de la CMU-C et celui d'un non bénéficiaire. Seule la part restante après remboursement du régime obligatoire est comparable entre les deux populations.

3. Des restes à charge élevés concentrés sur un petit nombre d'assurés

On dénombre 20 715 bénéficiaires de la CMU-C ayant eu du reste à charge en 2010, pour un montant moyen de 145€.

Cependant, dans l'ensemble de la population ayant eu du reste à charge en 2010, 10% ont dû supporter un reste à charge supérieur à 339€.

Ce dernier décile concerne 2 072 personnes (4% de l'ensemble des bénéficiaires de la CMU-C consommateurs de soins en 2010) et concentre 71% du reste à charge total. Le reste à charge moyen, pour cette classe, s'élève à 1 034€ pour l'année 2010.



Analyse du reste à charge en 2010

Déciles - RAC	Nombre de bénéficiaires avec RAC	Montant total du RAC	Bénéficiaires avec RAC en % cumulés	Montant du RAC en % du total	Montant du RAC en % cumulés	Montant moyen du RAC
1er décile <3,4	2 062	3 628,5 €	10%	0,1%	0,1%	1,8 €
2ème décile [3,4 ; 5,51[	2 076	9 271,9 €	20%	0,3%	0,4%	4,5 €
3ème décile [5,51 ; 8,3[	2 063	13 993,6 €	30%	0,5%	0,9%	6,8 €
4ème décile [8,3 ; 12,5[	2 072	21 028,6 €	40%	0,7%	1,6%	10,1 €
5ème décile [12,5 ; 19,12[	2 083	32 604,1 €	50%	1,1%	2,7%	15,7 €
6ème décile [19,12 ; 30,8[	2 064	50 396,3 €	60%	1,7%	4,4%	24,4 €
7ème décile [30,8 ; 55,35[	2 080	86 510,8 €	70%	2,9%	7,2%	41,6 €
8ème décile [55,35 ; 122,74[	2 070	176 035,5 €	80%	5,9%	13,1%	85,0 €
9ème décile [122,74 ; 338,95[	2 073	463 933,9 €	90%	15,5%	28,6%	223,8 €
10ème décile >=338,95	2 072	2 143 247,9 €	100%	71,4%	100,0%	1 034,4 €
Total	20 715	3 000 651,2 €		100,0%		144,9 €

Les bénéficiaires de la CMU-C qui concentrent les restes à charge les plus élevés (dernier décile) sont, de façon logique, également ceux dont la dépense de soins annuelle est la plus forte. C'est une population :

- plutôt féminine : 58,6% des personnes appartenant au dernier décile sont des femmes alors qu'elles représentent 52,9% de l'ensemble des CMUistes.
- relativement âgée : les plus de 40 ans sont surreprésentés comparativement à la distribution par âge de l'ensemble des bénéficiaires de la CMU-C.
- dont l'état de santé précaire nécessite un suivi médical régulier (ALD) : 17% des personnes du dernier décile sont en ALD contre 10% sur l'ensemble des bénéficiaires de la CMU-C.

Analyse des RAC selon le profil des bénéficiaires de la CMUC – Année 2010

		Nombre de bénéficiaires de la CMU-C (consommants)	Dépense moyenne	Nombre de bénéficiaires sans RAC	Nombre de bénéficiaires avec RAC	Montant moyen du RAC	Appartenant au dernier décile RAC	Montant moyen du RAC du dernier décile
Effectif		46570	728,6 €	25855	20715	144,9 €	2072	1 034,4 €
Age moyen		29,6		28,3	31,4			
Classes d'âge	0-19 ans	36,7%	350,7 €	41,4%	33,6%	62,9 €	8,4%	1 069,6 €
	20-39 ans	29,6%	655,2 €	26,7%	27,6%	151,3 €	29,8%	995,4 €
	40-60 ans	25,0%	1 112,2 €	24,0%	28,4%	210,9 €	44,8%	1 056,7 €
	60 ans et plus	8,6%	1 377,5 €	7,9%	10,5%	211,1 €	14,3%	1 024,2 €
sexe	Femmes	52,9%	760,1 €	51,9%	59,7%	142,9 €	58,6%	1 016,7 €
	Hommes	47,1%	687,5 €	48,1%	40,3%	147,79	41,4%	1 059,0 €
ALD	Oui	10,2%	1 919,2 €	9,3%	12,3%	181,3 €	17,0%	976,5 €
	Non	89,8%	571,5 €	90,7%	87,7%	139,8 €	83,0%	1 046,3 €

4. Les RAC sont surtout élevés pour les postes comme l'optique, les prothèses dentaires et les audioprothèses

Pour les dispositifs relatifs à l'optique, les restes à charge s'expliquent surtout par la possibilité d'exigences particulières des bénéficiaires de la CMUC (monture d'une qualité particulière, traitement anti-reflet, traitement anti-rayure, verres amincissants, ...). Dans ce cas, la partie du prix excédant le montant maximum et résultant de ces suppléments reste à la charge du bénéficiaire, d'où des RAC pouvant être très importants.

Pour les honoraires, les RAC sont variables en fonction de la spécialité médicale du professionnel de santé. Ils sont résiduels pour des actes de première nécessité tels que la médecine générale, la pédiatrie, la rhumatologie ou la pneumologie. Ils sont par contre plus fréquents pour des actes réalisés ponctuellement comme pour la chirurgie plastique et reconstructrice, la médecine physique et de réadaptation, la chirurgie urologique, la stomatologie, la chirurgie générale et l'anesthésiologie.

Les dépassements facturés par les médecins spécialistes pour les bénéficiaires de la CMU-C sont plus fréquents dans les communes aisées du département telles que Neuilly-sur-Seine, Saint-Cloud, Vaucresson, Garches, Ville d'Avray, Chaville ou Boulogne-Billancourt. Mais leurs montants sont très hétérogènes d'une commune à l'autre. Élevés à Neuilly (34€ en moyenne) et à Saint-Cloud (22€), ils sont plus modérés à Boulogne-Billancourt (18€), Chaville (16€), Suresnes (19€) ou Puteaux (17€).

En revanche, les dépassements d'honoraires sont plus rarement pratiqués dans les communes plus modestes, qu'elles soient situées au nord ou au sud du département. C'est le cas à Gennevilliers, Villeneuve-la-Garenne, Clichy, Bourg-la-Reine, Vanves, Malakoff. Le taux de dépassement moyen y varie de 1% et 4%.

Les RAC sont marginaux pour les soins infirmiers et les actes de kinésithérapie. Si la pratique des dépassements dans la population générale est peu répandue chez les infirmières dans le département des Hauts-de-Seine, elle est beaucoup plus courante chez les masseurs-kinésithérapeutes. Ces derniers respectent donc la législation pour les bénéficiaires de la CMU-C.

Analyse des RAC par poste de dépenses – Année 2010

	Nombre de consommateurs	Dépense moyenne	% d'actes avec dépassement	Proportion de bénéficiaires avec RAC	Montant moyen du RAC	Montant du RAC dernier décile	Proportion de bénéficiaires appartenant au dernier décile	Montant moyen du RAC du dernier décile
Consultations en médecine générale	43 314	86,4 €	1,10%	2,6%	18,1 €	40,1 €	0,3%	91,8 €
Consultations en médecine spécialisée	25 769	76,2 €	7,90%	10,7%	23,4 €	54,0 €	1,0%	106,8 €
dont Pédiatrie	3 461	78,2 €	5,30%	8,3%	18,3 €	41,5 €	0,8%	77,8 €
dont Ophtalmologie	6 464	35,4 €	10,40%	7,3%	24,4 €	47,0 €	0,6%	75,2 €
dont Dermatologie	5 545	43,4 €	7,20%	5,7%	22,4 €	51,1 €	0,6%	87,5 €
dont Psychiatrie générale	5 017	307,6 €	10,90%	14,0%	68,0 €	197,0 €	1,4%	267,0 €
dont Gynécologie obstétrique	2 355	48,6 €	14,70%	11,7%	37,7 €	87,0 €	1,1%	149,2 €
dont ORL	2 538	44,2 €	11,90%	9,1%	16,6 €	37,0 €	0,7%	70,8 €
dont Gynécologie médicale	2 344	45,0 €	13%	8,0%	20,6 €	50,0 €	0,8%	71,1 €
dont Rhumatologie	1 544	54,4 €	5,80%	4,4%	26,0 €	60,0 €	0,5%	113,6 €
dont Pathologie cardio-vasculaire	1 560	58,7 €	11,20%	4,7%	34,7 €	44,3 €	0,4%	254,2 €
dont Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale	1 085	32,4 €	22,20%	18,1%	9,8 €	27,0 €	0,8%	48,9 €
dont Endocrinologie et métabolismes	732	57,8 €	10,80%	6,7%	23,2 €	39,0 €	0,7%	103,4 €
dont Chirurgie orthopédique et traumatologie	805	58,5 €	9%	9,9%	25,1 €	53,4 €	1,0%	84,0 €
dont Gastro-entérologie et hépatologie	1 016	52,3 €	10,80%	6,8%	25,9 €	80,4 €	0,7%	117,7 €
dont Chirurgie générale	667	54,7 €	22,30%	15,7%	28,6 €	64,2 €	1,6%	127,7 €
dont Stomatologie	344	34,7 €	20,60%	12,5%	9,1 €	19,4 €	1,5%	36,4 €
dont Pneumologie	292	44,8 €	6,30%	4,5%	28,9 €	67,0 €	0,7%	100,5 €
dont Neurologie	238	66,0 €	17,30%	8,8%	43,1 €	65,7 €	0,8%	154,7 €
dont Médecine physique et réadaptation	96	78,8 €	25,60%	25,0%	33,5 €	72,0 €	3,1%	136,7 €
dont Chirurgie urologique	374	52,1 €	23,60%	11,0%	30,3 €	74,0 €	0,8%	115,0 €
dont Neuro-psychiatrie	32	154,2 €	17,30%	6,3%	4,7 €	5,3 €	3,1%	5,4 €
dont Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	120	43,9 €	28,20%	20,8%	37,2 €	76,6 €	2,5%	102,7 €
Soins dentaires	15 983	146,1 €	3,7%	4,3%	14,9 €	22,9 €	0,6%	132,5 €
dont soins conservateurs	12 313	120,2 €	2,7%	3,6%	25,5 €	32,0 €	0,4%	225,2 €
Prothèses dentaires avec forfait CMU	2 800	671,7 €	0,0%	1,7%	249,3 €	351,5 €	0,2%	1 696,3 €
Prothèses dentaires hors forfait CMU	3 717	1 003,7 €	60,9%	74,1%	701,6 €	1 535,5 €	7,4%	2 738,3 €
Soins infirmiers	3 785	132,3 €	0,3%	0,9%	10,3 €	18,3 €	0,1%	43,1 €
Actes de kinésithérapie	4 189	264,3 €	2,3%	4,0%	53,3 €	106,5 €	0,4%	319,5 €
Optique	5 198	149,3 €	81,4%	35,5%	107,5 €	227,1 €	4,8%	559,9 €
dont verres forfait CMU	3 422	83,2 €	14,7%	17,6%	104,8 €	253,6 €	2,0%	368,2 €
dont verres hors forfait	1 778	109,4 €	45,9%	40,1%	134,5 €	322,6 €	4,0%	778,7 €
dont montures forfait CMU	3 244	45,4 €	17,2%	19,3%	103,6 €	179,1 €	1,9%	311,9 €
dont montures hors forfait	1 722	81,7 €	52,2%	45,9%	86,4 €	183,2 €	4,6%	329,6 €
LPP hors optique	9 748	178,3 €	33,9%	33,9%	27,8 €	38,7 €	3,4%	273,7 €
dont prothèses auditives	113	789,8 €	72,5%	23,0%	945,3 €	1 912,7 €	2,7%	3 681,5 €
Total dépenses soins de ville	46 570	728,6 €	1,80%	44,5%	144,9 €	339,0 €	4,4%	1 034,4 €

5. Analyse du reste à charge par acte en fonction du poste de dépenses

Aide à la lecture des tableaux :

Dans les chapitres précédents, nous avons étudié le reste à charge moyen cumulé pour un assuré donné sur l'année complète 2010. Les tableaux suivants, réalisés pour chacun des postes de dépenses, abordent un autre aspect de l'analyse : celui du reste à charge moyen par acte. Ils permettent ainsi de détailler la décomposition de la dépense pour chacune des populations (bénéficiaires de la CMU-C et non bénéficiaires de la CMU-C). Il est donc possible de mesurer, pour un acte donné, et en fonction du secteur conventionnel du professionnel de santé, le supplément restant à la charge de l'assuré pour, par exemple, une consultation.

Exemple :

- Pour les bénéficiaires de la CMU-C

Dépense = Remboursement Régime obligatoire + Remboursement CMU complémentaire + un reste à charge

- Pour les non bénéficiaires de la CMU-C

Dépense = Remboursement Régime obligatoire + un reste à charge au-delà du tarif conventionnel (ce qui correspond au dépassement)

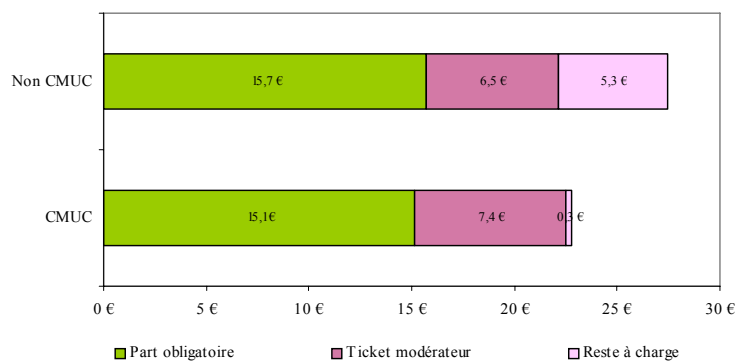
5.1 Les consultations en médecine générale

Globalement, la dépense moyenne pour une consultation en médecine générale s'élève à 27,4€ pour un assuré non bénéficiaire de la CMU-C contre 22,8€ pour un bénéficiaire de la CMU-C, soit une différence de 4,6€.

Elle s'explique par un recours de la population générale plus fréquent aux médecins de secteur 2, qui facturent davantage de dépassements : 24% des consultations ont lieu en secteur 2, contre 13% pour les bénéficiaires de la CMU-C.

D'ailleurs, en secteur 1, les honoraires facturés sont relativement proches entre les deux populations.

Comparaisons des RAC pour une consultation en médecine générale (quel que soit le secteur de conventionnement du médecin)



Globalement, le montant restant à la charge d'un bénéficiaire de la CMU-C, pour une consultation chez un médecin généraliste, est quasiment inexistant. Cependant, près de 5% des consultations en secteur 2 sont facturées avec des dépassements. Malgré tout, ce taux de dépassement est globalement bien inférieur à celui qui est observé pour les non bénéficiaires de la CMU-C.

Analyse du reste à charge moyen par acte

Bénéficiaires de la CMU-C									
	Nombre d'actes	Répartition des actes	Dépense moyenne	Remboursement moyen R.O.	Reste à charge moyen avant R.C.	Remboursement moyen R.C.	Reste à charge moyen	% actes avec dépassement	
Médecins en secteur 1	126 161	76,8%	22,8 €	15,2 €	7,6 €	7,5 €	0,2 €	0,6%	
Médecins en secteur 2	21 323	13,0%	23,1 €	14,7 €	8,4 €	7,5 €	0,9 €	4,7%	
Centres de santé	16 713	10,2%	22,5 €	15,5 €	7,0 €	6,7 €	0,3 €	0,0%	
Total	164 197	100,0%	22,8 €	15,1 €	7,7 €	7,4 €	0,3 €	1,1%	
Non bénéficiaires de la CMU-C									
	Nombre d'actes	Répartition des actes	Dépense moyenne	Remboursement moyen R.O.	Reste à charge moyen avant R.C.		Reste à charge moyen	% actes avec dépassement	
Médecins en secteur 1	2 227 660	70,4%	23,3 €	15,9 €	7,4 €		0,9 €	14,3%	
Médecins en secteur 2	748 351	23,6%	39,1 €	15,4 €	23,7 €		16,9 €	92,6%	
Centres de santé	189 652	6,0%	22,5 €	16,6 €	5,9 €		0,0 €	0,2%	
Total	3 165 663	100,0%	27,4 €	15,7 €	11,7 €		5,3 €	32,5%	

Dépassement = reste à charge moyen au-delà du tarif conventionnel

Analyse du reste à charge par patient

	Bénéficiaires de la CMU-C		Non bénéficiaires de la CMU-C	
	Nombre de patients	Montant RAC dernier décile	Nombre de patients	Montant RAC dernier décile
Médecins en secteur 1	35 102	19,1 €	640 624	13,0 €
Médecins en secteur 2	7 122	54,6 €	238 603	38,0 €
Centres de santé	6 197	18,5 €	59 962	6,9 €
Total	43 314	40,0 €	822 013	38,0 €

* Lecture : 10% de la population qui supporte un RAC (dernier décile) a un reste à charge supérieur au montant indiqué (« Montant RAC dernier décile »).

5.2 Les consultations en médecine spécialisée

En médecine spécialisée, le coût moyen d'une consultation est beaucoup moins élevé pour un bénéficiaire de la CMU-C. La disparité entre les deux populations est même très significative : 30,2€ pour les bénéficiaires de la CMU-C contre 52,3€ pour les non bénéficiaires.

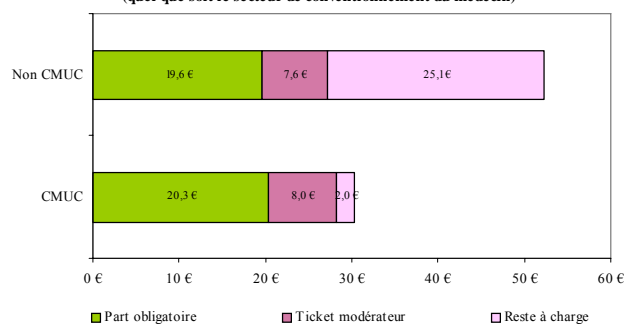
La différence est peu marquée en secteur 1 : la dépense moyenne est de 30,8€ pour un bénéficiaire de la CMU-C contre 36,1€ pour un non bénéficiaire.

En secteur 2, l'écart est en revanche très important : 30,6€ pour un bénéficiaire de la CMU-C, 62,1€ pour un non bénéficiaire.

Avant la contribution de la complémentaire, le reste à charge est, en secteur 1, de 8,8€ pour un bénéficiaire de la CMU-C, soit 4,5€ de moins que pour un non bénéficiaire.

En secteur 2, il s'élève à 11,8€ pour les CMUistes et à 43,9€ pour les autres assurés.

Comparaisons des RAC pour une consultation en médecine spécialisée (quel que soit le secteur de conventionnement du médecin)



Analyse du reste à charge moyen par acte

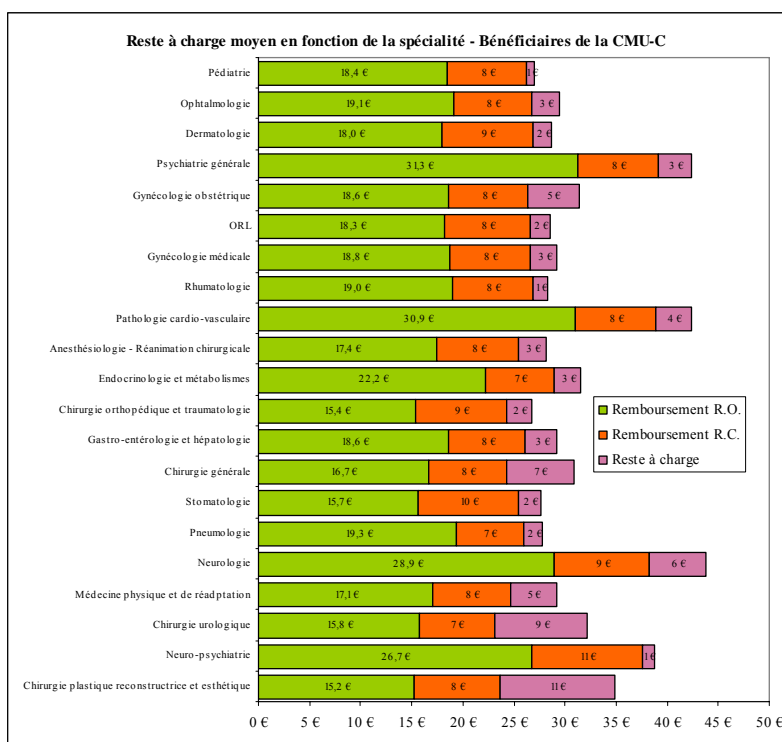
	Bénéficiaires de la CMU-C							
	Nombre d'actes	Répartition des actes	Dépense moyenne	Remboursement moyen R.O.	Reste à charge moyen avant R.C.	Remboursement moyen R.C.	Reste à charge moyen	% actes avec dépassement
Médecins en secteur 1	19 614	37,6%	30,8 €	22,0 €	8,8 €	8,1 €	0,7 €	3,8%
Médecins en secteur 2	21 473	41,2%	30,6 €	18,8 €	11,8 €	7,9 €	3,9 €	15,4%
Centres de santé	11 035	21,2%	28,3 €	20,1 €	8,2 €	7,9 €	0,3 €	0,6%
Total	52 122	100,0%	30,2 €	20,3 €	9,9 €	8,0 €	2,0 €	7,9%
	Non bénéficiaires de la CMU-C							
	Nombre d'actes	Répartition des actes	Dépense moyenne	Remboursement moyen R.O.	Reste à charge moyen avant R.C.		Reste à charge moyen*	% actes avec dépassement
Médecins en secteur 1	618 035	28,6%	36,1 €	22,8 €	13,3 €		4,9 €	24,7%
Médecins en secteur 2	1 384 532	64,1%	62,1 €	18,2 €	43,9 €		36,6 €	98,2%
Centres de santé	157 460	7,3%	28,6 €	20,9 €	7,7 €		0,1 €	1,3%
Total	2 160 027	100,0%	52,3 €	19,6 €	32,7 €		25,1 €	70,2%

Globalement, pour un bénéficiaire de la CMU-C, le montant restant à la charge de l'assuré, pour une consultation chez un spécialiste est faible : 2€, soit 6,6% de la dépense initiale. Malgré tout, 3,8% des consultations chez un médecin de secteur 1 font l'objet de dépassements évalués à 11,3€ en moyenne. Ce taux s'élève à 15,4% en secteur 2 pour un dépassement moyen de 23,3€.

On observe néanmoins que, comme pour les médecins généralistes, le taux de dépassement est beaucoup plus modéré que celui de la population générale.

Le montant du reste à charge est également très variable selon la spécialité médicale car il est fonction du montant du dépassement d'honoraires pratiqué (cf. graphique et tableau suivants). Il s'élève à 11€ en moyenne en chirurgie plastique reconstructrice et esthétique. Il est supérieur à 5€ dans un grand nombre de domaines tels que la chirurgie urologique, la chirurgie générale, la neurologie, la gynécologie obstétrique ou la médecine physique ou de réadaptation. Il est en revanche résiduel pour des actes de première nécessité tels que la pédiatrie, la rhumatologie, la dermatologie ou l'ophtalmologie ou la pneumologie.

Seules les spécialités représentatives, c'est-à-dire pour lesquelles nous comptabilisons au moins 100 actes remboursés sur l'année 2010 ont été analysés.



Analyse du reste à charge par patient

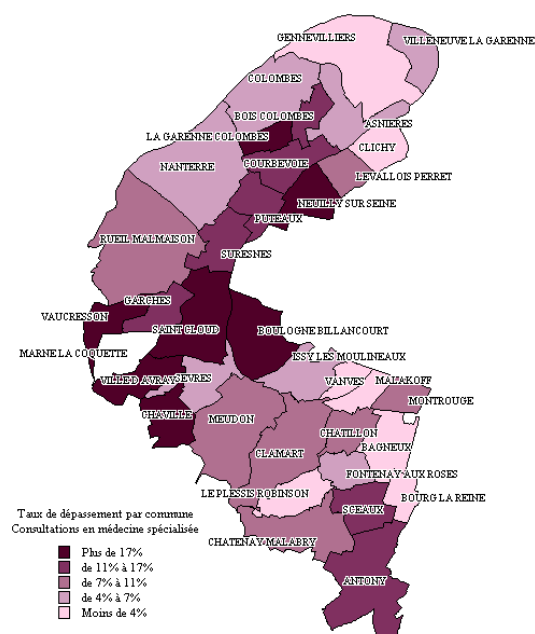
	Bénéficiaires de la CMU-C		Non bénéficiaires de la CMU-C	
	Nombre de patients	Montant RAC dernier décile*	Nombre de patients	Montant RAC dernier décile*
Médecins en secteur 1	13 447	27,0 €	351 160	39,7 €
Médecins en secteur 2	11 727	57,0 €	495 632	65,7 €
Centres de santé	7 044	16,4 €	87 740	7,0 €
Total	25 769	54,0 €	698 616	65,7 €

* Lecture : 10% de la population qui doit supporter un RAC (dernier décile) a un reste à charge supérieur au montant indiqué ("Montant RAC dernier décile").

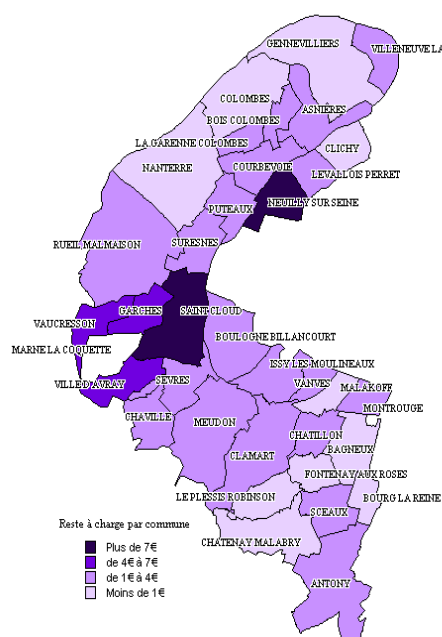
Analyse des dépassements selon la spécialité du professionnel de santé pour les bénéficiaires de la CMU-C

Spécialité	Nombre total d'actes	Coût moyen d'une consultation	% d'actes avec dépassement	Montant moyen du dépassement	Montant maximal du dépassement	Part moyenne restant à la charge de l'assuré
Pédiatrie	9 693	27,0 €	5,3%	13,4 €	92,0 €	3,2%
Ophthalmologie	5 833	29,4 €	10,4%	23,4 €	127,0 €	9,0%
Dermatologie	5 595	28,7 €	7,2%	20,6 €	177,0 €	6,0%
Psychiatrie générale	4 767	42,4 €	10,9%	23,1 €	115,7 €	7,7%
Gynécologie obstétrique	2 716	31,4 €	14,7%	31,6 €	122,7 €	16,0%
ORL	2 419	28,5 €	11,9%	14,3 €	97,0 €	6,7%
Gynécologie médicale	2 029	29,2 €	13,0%	18,5 €	77,0 €	9,0%
Rhumatologie	1 475	28,3 €	5,8%	22,2 €	127,0 €	5,1%
Pathologie cardio-vasculaire	1 082	42,4 €	11,2%	29,5 €	134,3 €	8,4%
Anesthésiologie - Réanimation chirurgicale	943	28,2 €	22,2%	10,1 €	77,0 €	9,5%
Endocrinologie et métabolismes	809	31,5 €	10,8%	20,9 €	117,0 €	8,1%
Chirurgie orthopédique et traumatologie	788	26,7 €	9,0%	24,7 €	127,0 €	9,1%
Gastro-entérologie et hépatologie	710	29,2 €	10,8%	26,0 €	87,0 €	10,5%
Chirurgie générale	417	30,8 €	22,3%	27,6 €	132,8 €	21,1%
Stomatologie	267	27,7 €	20,6%	8,6 €	52,0 €	8,2%
Pneumologie	254	27,8 €	6,3%	26,4 €	127,0 €	6,5%
Neurologie	243	43,8 €	17,3%	28,2 €	95,7 €	12,8%
Médecine physique et de réadaptation	223	29,2 €	25,6%	15,3 €	77,0 €	15,6%
Chirurgie urologique	144	32,1 €	23,6%	36,6 €	107,0 €	28,1%
Neuro-psychiatrie	111	38,8 €	7,2%	8,5 €	35,7 €	3,1%
Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique	103	34,9 €	28,2%	36,9 €	77,0 €	32,4%

Taux de dépassement par commune en médecine spécialisée pour les bénéficiaires de la CMU-C



Reste à charge moyen par commune en médecine spécialisée pour les bénéficiaires de la CMU-C



Les dépassements facturés par les médecins spécialistes pour les bénéficiaires de la CMU-C sont plus fréquents dans les communes aisées du département telles que Neuilly-sur-Seine, Saint-Cloud, Vaucresson, Garches, Ville d'Avray, Chaville ou Boulogne-Billancourt. Mais leurs montants sont très hétérogènes d'une commune à l'autre. Elevés à Neuilly (34€ en moyenne) et à Saint-Cloud, ils sont plus modérés à Boulogne-Billancourt, Chaville, Antony, Suresnes ou Puteaux.

En revanche, les dépassements d'honoraires sont plus rarement pratiqués dans les communes plus modestes, qu'elles soient situées au nord ou au sud du département. C'est le cas à Gennevilliers, Villeneuve-la-Garenne, Clichy, Bourg-la-Reine, Vanves, Malakoff. Le taux de dépassement moyen y est de 4% pour un montant moyen de 12€.

5.3 Les actes d'échographie

Pour les actes d'échographie, on remarque que les bénéficiaires de la CMU-C ont plus souvent recours aux centres de santé que les non bénéficiaires de la CMUC (24,7% en médecine générale pour les CMU-C contre 10% pour les non bénéficiaires). De même, la part d'actes avec dépassements est moins importante pour les CMU-Cistes que pour les autres bénéficiaires.

On observe ainsi un reste à charge globalement moins important pour les bénéficiaires de la CMU-C.

Analyse du reste à charge moyen par acte

		Bénéficiaires de la CMU-C							
		Nombre d'actes	Répartition des actes	Dépense moyenne	Remboursement moyen R.O.	Reste à charge moyen avant R.C.	Remboursement moyen R.C.	Reste à charge moyen	% actes avec dépassement
Médecine générale	Médecins en secteur 1	674	45,6%	64,5 €	46,8 €	17,7 €	17,3 €	0,4 €	3,4%
	Médecins en secteur 2	438	29,7%	72,5 €	53,9 €	18,5 €	17,1 €	1,4 €	8,7%
	Centres de santé	364	24,6%	63,9 €	47,4 €	16,5 €	16,5 €	0,0 €	0,0%
	Total	1 477	100,0%	66,7 €	49,0 €	17,7 €	17,1 €	0,6 €	4,2%
Médecine spécialisée	Médecins en secteur 1	5 833	58,1%	57,2 €	42,9 €	14,3 €	14,3 €	0,0 €	1,1%
	Médecins en secteur 2	2 834	28,2%	58,6 €	43,2 €	15,4 €	14,3 €	1,1 €	6,9%
	Centres de santé	1 380	13,7%	55,2 €	41,8 €	13,4 €	12,8 €	0,6 €	0,3%
	Total	10 047	100,0%	57,3 €	42,8 €	14,5 €	14,5 €	0,0 €	2,6%
		Non bénéficiaires de la CMU-C							
		Nombre d'actes	Répartition des actes	Dépense moyenne	Remboursement moyen R.O.	Reste à charge moyen avant R.C.		Reste à charge moyen*	% actes avec dépassement
Médecine générale	Médecins en secteur 1	29 226	42,4%	68,8 €	49,5 €	19,3 €		3,7 €	42,7%
	Médecins en secteur 2	32 854	47,6%	99,6 €	59,3 €	40,3 €		25,6 €	88,0%
	Centres de santé	6 925	10,0%	65,4 €	50,8 €	14,6 €		0,0 €	0,1%
	Total	69 005	100,0%	83,1 €	54,3 €	28,8 €		13,8 €	60,0%
Médecine spécialisée	Médecins en secteur 1	163 132	49,2%	58,4 €	44,3 €	14,1 €		2,5 €	16,9%
	Médecins en secteur 2	147 413	44,4%	80,0 €	41,2 €	38,7 €		27,8 €	76,0%
	Centres de santé	21 319	6,4%	55,0 €	43,0 €	11,9 €		0,0 €	0,5%
	Total	331 864	100,0%	67,7 €	42,8 €	24,9 €		13,6 €	42,1%

*Dépassement = reste à charge moyen au-delà du tarif conventionnel

Analyse du reste à charge par patient

		Bénéficiaires de la CMU-C		Non bénéficiaires de la CMU-C	
		Nombre de patients	Montant RAC dernier décile	Nombre de patients	Montant du RAC* dernier décile
Médecine générale	Médecins en secteur 1	500	23,3 €	22 243	22,1 €
	Médecins en secteur 2	359	57,3 €	26 455	64,4 €
	Centres de santé	297	10,0 €	5 413	47,6 €
	Total	1 126	54,1 €	52 429	54,4 €
Médecine spécialisée	Médecins en secteur 1	4 297	22,8 €	120 251	33,6 €
	Médecins en secteur 2	2 067	73,3 €	102 503	71,7 €
	Centres de santé	1 063	7,5 €	15 945	9,9 €
	Total	6 807	52,1 €	215 290	66,4 €

* Lecture : 10% de la population qui doit supporter un RAC (dernier décile) a un reste à charge supérieur au montant indiqué ("Montant RAC dernier décile").

5.4 Les actes d'imageries (hors échographies)

Concernant les actes d'imagerie, on observe un recours aux centres de santé et aux médecins de secteur 1 plus important que pour les autres bénéficiaires.

De même que pour les actes d'échographie, la part des actes avec dépassement est plus faible pour les bénéficiaires de la CMU-C.

Ainsi, le reste à charge est inférieur pour les bénéficiaires de la CMU-C.

Analyse du reste à charge moyen par acte

		Bénéficiaires de la CMU-C							
		Nombre d'actes	Répartition des actes	Dépense moyenne	Remboursement moyen R.O.	Reste à charge moyen avant R.C.	Remboursement moyen R.C.	Reste à charge moyen	% actes avec dépassement
Médecine spécialisée	Médecins en secteur 1	20 860	60,9%	25,8 €	18,9 €	6,9 €	6,5 €	0,4 €	0,7%
	Médecins en secteur 2	8 606	25,1%	28,3 €	20,2 €	8,1 €	7,2 €	0,9 €	2,7%
	Centres de santé	4 812	14,0%	24,5 €	17,6 €	6,9 €	6,6 €	0,3 €	0,2%
	Total	34 278	100,0%	26,3 €	19,0 €	7,2 €	6,7 €	0,5 €	1,1%
		Non bénéficiaires de la CMU-C							
		Nombre d'actes	Répartition des actes	Dépense moyenne	Remboursement moyen R.O.	Reste à charge moyen avant R.C.		Reste à charge moyen	% actes avec dépassement
Médecine générale	Médecins en secteur 1	2 926	49,3%	19,0 €	11,7 €	7,3 €		2,4 €	14,9%
	Médecins en secteur 2	2 921	49,2%	32,3 €	13,5 €	18,8 €		13,5 €	87,8%
	Centres de santé	87	1,5%	22,3 €	17,0 €	5,3 €		0,4 €	5,7%
	Total	5 934	100,0%	25,6 €	12,6 €	12,9 €		7,8 €	50,7%
Médecine spécialisée	Médecins en secteur 1	545 161	50,9%	31,2 €	22,4 €	8,8 €		2,2 €	12,8%
	Médecins en secteur 2	448 756	41,9%	49,3 €	23,1 €	26,2 €		18,6 €	54,2%
	Centres de santé	76 612	7,2%	25,5 €	18,9 €	6,5 €		0,0 €	0,4%
	Total	1 070 529	100,0%	38,4 €	22,4 €	15,9 €		8,9 €	29,3%

Dépassement = reste à charge moyen au-delà du tarif conventionnel

Analyse du reste à charge par patient

	Bénéficiaires de la CMU-C		Non bénéficiaires de la CMU-C	
	Nombre de patients	Montant RAC dernier décile*	Nombre de patients	Montant RAC dernier décile*
Médecins en secteur 1	7 426	33,5 €	199 654	45,2 €
Médecins en secteur 2	3 498	70,7 €	167 070	81,0 €
Centres de santé	2 085	10,0 €	30 264	40,0 €
Total	11 609	49,3 €	339 256	73,5 €

* Lecture : 10% de la population qui doit supporter un RAC (dernier décile) a un reste à charge supérieur au montant indiqué ("Montant RAC dernier décile").

5.5 Les actes techniques médicaux

Les bénéficiaires de la CMU-C présentent un reste à charge pour les actes techniques médicaux inférieur à celui des non bénéficiaires de la CMU-C, que ce soit en médecine générale ou en médecine spécialisée.

Ceci s'explique en partie par un pourcentage d'actes avec dépassement nettement moins élevé pour les bénéficiaires de la CMU-C.

Analyse du reste à charge moyen par acte

		Bénéficiaires de la CMU-C							
		Nombre d'actes	Répartition des actes	Dépense moyenne	Remboursement moyen R.O.	Reste à charge moyen avant R.C.	Remboursement moyen R.C.	Reste à charge moyen	% actes avec dépassement
Médecine générale	Médecins en secteur 1	1 817	68,2%	30,9 €	21,8 €	9,1 €	8,5 €	0,6 €	3,7%
	Médecins en secteur 2	596	22,4%	27,3 €	16,6 €	10,6 €	7,4 €	3,2 €	16,9%
	Centres de santé	252	9,5%	23,4 €	16,2 €	7,2 €	6,6 €	0,6 €	2,0%
	Total	2 665	100,0%	29,4 €	20,1 €	9,4 €	8,1 €	1,3 €	6,6%
Médecine spécialisée	Médecins en secteur 1	7 561	43,4%	36,1 €	28,8 €	7,3 €	7,1 €	0,1 €	4,0%
	Médecins en secteur 2	8 125	46,7%	40,4 €	30,6 €	9,8 €	8,9 €	0,9 €	9,0%
	Centres de santé	1 720	9,9%	26,9 €	20,1 €	6,8 €	6,8 €	-0,1 €	0,3%
	Total	17 406	100,0%	37,2 €	28,7 €	8,5 €	8,0 €	0,5 €	5,9%
		Non bénéficiaires de la CMU-C							
		Nombre d'actes	Répartition des actes	Dépense moyenne	Remboursement moyen R.O.	Reste à charge moyen avant R.C.		Reste à charge moyen	% actes avec dépassement
Médecine générale	Médecins en secteur 1	45 180	43,9%	31,6 €	21,5 €	10,1 €		2,5 €	18,6%
	Médecins en secteur 2	51 279	49,8%	46,6 €	14,6 €	32,0 €		25,6 €	95,8%
	Centres de santé	6 525	6,3%	22,4 €	16,3 €	6,1 €		0,3 €	2,0%
	Total	102 984	100,0%	38,5 €	17,7 €	20,8 €		13,9 €	56,0%
Médecine spécialisée	Médecins en secteur 1	250 864	38,8%	36,1 €	28,1 €	7,9 €		1,6 €	21,6%
	Médecins en secteur 2	362 323	56,1%	62,1 €	31,4 €	30,7 €		23,0 €	83,1%
	Centres de santé	33 231	5,1%	28,4 €	21,7 €	6,6 €		0,2 €	0,6%
	Total	646 418	100,0%	50,3 €	29,6 €	20,6 €		13,5 €	55,0%

Dépassement = reste à charge moyen au-delà du tarif conventionnel

Analyse du reste à charge par patient

		Bénéficiaires de la CMU-C		Non bénéficiaires de la CMU-C	
		Nombre de patients	Montant RAC dernier décile	Nombre de patients	Montant du RAC* dernier décile
Médecine générale	Médecins en secteur 1	844	26,9 €	22 406	30,0 €
	Médecins en secteur 2	237	127,3 €	18 118	55,7 €
	Centres de santé	128	2,4 €	2 442	19,0 €
	Total	1 204	45,4 €	42 570	57,7 €
Médecine spécialisée	Médecins en secteur 1	3 621	6,5 €	116 658	19,2 €
	Médecins en secteur 2	3 545	54,6 €	166 076	56,5 €
	Centres de santé	952	5,8 €	16 540	54,1 €
	Total	7 474	41,1 €	265 547	51,7 €

* Lecture : 10% de la population qui doit supporter un RAC (dernier décile) a un reste à charge supérieur au montant indiqué ("Montant RAC dernier décile").

5.6 Les soins dentaires

Pour les soins dentaires, le reste à charge varie en fonction du type d'actes réalisés. Plus le coût moyen de l'acte est élevé, plus la répercussion sur le reste à charge est importante. Malgré tout, quand reste à charge il y a, il est globalement modéré pour les bénéficiaires de la CMU-C, par comparaison aux non bénéficiaires, y compris pour l'orthodontie, généralement coûteuse.

On observe en effet, peu d'écart entre les deux populations pour une simple consultation, un acte de radiologie, un soin conservateur ou un acte de chirurgie en DC. En revanche, pour l'orthodontie (hors panier de soins), la différence est très marquée entre la dépense moyenne d'un CMUiste et celle d'un autre assuré : 240,5€ contre 510,2€, ce qui se

répercute en définitive sur le portefeuille des assurés (respectivement 117,8€ et 394,8€, avant remboursement de la complémentaire).

Les actes en D (actes autres que ceux habituellement pratiqués par le chirurgien-dentiste tels que l'orthodontie dento-faciale, la mise en place de prothèses, le traitement des parodontoses et l'obturation dentaire définitive) sont également des soins très onéreux. Ce sont des soins coûteux, de l'ordre de 260€ en moyenne avec un reste à charge avant complémentaire conséquent. Mais ce sont des actes peu courants et ils sont même non significatifs pour les bénéficiaires de la CMU-C.

Analyse du reste à charge moyen par acte

Bénéficiaires de la CMU-C							
	Nombre d'actes	Dépense moyenne	Remboursement moyen R.O.	Reste à charge moyen avant R.C.	Remboursement moyen R.C.	Reste à charge moyen par acte	% actes avec dépassement
Consultation	8 079	21,2 €	14,9 €	6,4 €	6,0 €	0,4 €	3,9%
Actes chirurgie dentaire en D							
Actes chirurgie dentaire en DC	4 825	29,7 €	20,8 €	8,8 €	8,3 €	0,5 €	2,5%
Soins conservateurs	41 699	37,7 €	24,9 €	12,8 €	10,1 €	2,7 €	2,7%
Orthodontie	1 376	256,5 €	132,8 €	123,7 €	2,5 €	121,2 €	47,2%
Actes de radiologie	17 995	10,7 €	7,4 €	3,4 €	2,8 €	0,6 €	2,7%
Non bénéficiaires de la CMU-C							
	Nombre d'actes	Dépense moyenne	Remboursement moyen R.O.	Reste à charge moyen avant R.C.		Reste à charge moyen*	% actes avec dépassement
Consultations	165 938	23,1 €	14,8 €	8,3 €		1,8 €	14,2%
Actes chirurgie dentaire en D	2 992	260,4 €	103,1 €	157,3 €		148,1 €	78,4%
Actes chirurgie dentaire en DC	92 399	40,2 €	22,2 €	18,0 €		8,0 €	15,4%
Soins conservateurs	870 903	42,3 €	24,2 €	18,2 €		7,5 €	15,5%
Orthodontie	52 482	510,2 €	115,4 €	394,8 €		378,8 €	97,4%
Actes de radiologie	463 199	10,9 €	7,2 €	3,7 €		0,7 €	11,7%

*Dépassement = reste à charge moyen au-delà du tarif conventionnel

Analyse du reste à charge par patient

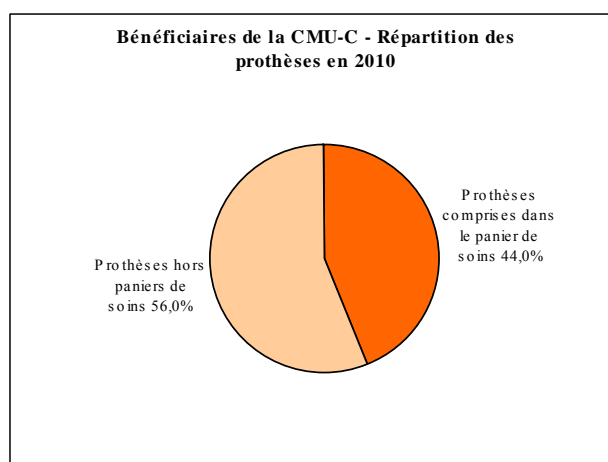
	Bénéficiaires de la CMU-C		Non bénéficiaires de la CMU-C	
	Nombre de patients	Montant RAC dernier décile	Nombre de patients	Montant du RAC* dernier décile
Consultation	6 588	7,0 €	151 084	44,6 €
Actes chirurgie dentaire en D	Non significatif		2 975	414,2 €
Actes chirurgie dentaire en DC	2 657	25,5 €	60 542	157,3 €
Soins conservateurs	12 313	32,0 €	343 256	185,4 €
Orthodontie	907	117,0 €	29 561	746,5 €
Actes de radiologie	7 597	4,8 €	211 648	18,6 €

*Lecture : 10% de la population qui doit supporter un RAC (dernier décile) a un reste à charge supérieur au montant indiqué ("Montant RAC dernier décile").

5.7 Les prothèses dentaires

Au cours de l'année 2010, 56% des prothèses implantées dans le cadre de la CMU-C, sont hors panier de soins, c'est-à-dire qu'elles ne sont pas intégralement prises en charge par la CMU complémentaire. Les patients ayant opté pour ce type de prothèses s'exposent donc à des restes à charge importants évalués à 128€ en moyenne.

Le coût moyen d'une prothèse dentaire hors forfait s'élève à 236€ pour les bénéficiaires de la CMU-C et à 498€ pour les non bénéficiaires. La facturation de dépassements est largement répandue ce qui explique les frais importants que doivent supporter les patients. Parmi les prothèses hors panier de soins, 47% sont des couronnes dentaires à infrastructure céramique, 23% des Inlay-Core, 10% sont prothèses adjointes de neuf dents et 8% des prothèses adjointes d'une à neuf dents.



		Bénéficiaires de la CMU-C						
		Nombre d'actes	Dépense moyenne	Remboursement moyen R.O.	Reste à charge moyen avant R.C.	Remboursement moyen R.C.	Reste à charge moyen	% actes avec dépassement
Panier de soins	FDA (prothèses adjointe)	4 074	208,9 €	0,0 €		208,7 €	0,2 €	
	FDC (prothèse conjointe)	7 255	206,4 €	0,0 €		204,6 €	1,8 €	
	FDO (orthodontie)	841	258,2 €	0,0 €		258,2 €	0,0 €	
	FDR (réparation)	301	41,9 €	0,0 €		37,3 €	4,6 €	
Hors panier de soins	SPR	15 967	236,2 €	76,5 €	159,7 €	31,5 €	128,2 €	90,2%
		Non bénéficiaires de la CMU-C						
		Nombre d'actes	Dépense moyenne	Remboursement moyen R.O.	Reste à charge moyen avant R.C.		Reste à charge moyen*	% actes avec dépassement
Hors panier de soins	SPR	249 430	498,2 €	74,6 €	423,7 €		402,8 €	97,6%

* Dépassement = reste à charge moyen au-delà du tarif conventionnel

Analyse du reste à charge par patient

		Bénéficiaires de la CMU-C		Non bénéficiaires de la CMU-C	
		Nombre de patients	Montant RAC dernier décile	Nombre de patients	Montant RAC dernier décile
Panier de soins	FDA (prothèses adjointe)	1 072	134,2 €		
	FDC (prothèse conjointe)	1 962	538,8 €		
	FDO (orthodontie)	321	0,0 €		
	FDR (réparation)	89	220,8 €		
Hors panier de soins	SPR	3 717	880,0 €	89 487	692,5 €

* Lecture : 10% de la population qui doit supporter un RAC (dernier décile) a un reste à charge supérieur au montant indiqué ("Montant RAC dernier décile").

5.8 Les soins infirmiers

Le reste à charge pour des soins infirmiers est nul pour les bénéficiaires de la CMU-C et très marginal pour les autres assurés. La pratique des dépassements est peu répandue dans la profession.

Analyse du reste à charge moyen par acte

		Bénéficiaires de la CMU-C							
		Nombre d'actes	Répartition des actes	Dépense moyenne	Remboursement moyen R.O.	Reste à charge moyen avant R.C.	Remboursement moyen R.C.	Reste à charge moyen	% actes avec dépassement
AIS (actes de soins infirmiers)		5 483	10,0%	8,8 €	7,9 €	0,9 €	0,9 €	0,0 €	0,0%
AMI (actes médico-infirmiers)		49 391	90,0%	9,2 €	8,1 €	1,0 €	1,0 €	0,0 €	0,3%
		Non bénéficiaires de la CMU-C							
		Nombre d'actes	Répartition des actes	Dépense moyenne	Remboursement moyen R.O.	Reste à charge moyen avant R.C.		Reste à charge moyen*	% actes avec dépassement
AIS (actes de soins infirmiers)		776 141	23,4%	9,3 €	9,0 €	0,3 €		0,0 €	0,2%
AMI (actes médico-infirmiers)		2 538 770	76,6%	8,0 €	7,3 €	0,7 €		0,1 €	1,4%

* Dépassement = reste à charge moyen au-delà du tarif conventionnel

Analyse du reste à charge par patient

	Bénéficiaires de la CMU-C		Non bénéficiaires de la CMU-C	
	Nombre de patients	Montant RAC dernier décile	Nombre de patients	Montant du RAC* dernier décile
AIS (actes de soins infirmiers)	24	15,0 €	2 466	122,0 €
AMI (actes médico-infirmiers)	3 778	18,6 €	113 043	38,2 €

* Lecture : 10% de la population qui doit supporter un RAC (dernier décile) a un reste à charge supérieur au montant indiqué ("Montant RAC dernier décile").

5.9 Les actes de kinésithérapie

Comme pour les actes infirmiers, le reste à charge pour les actes de kinésithérapie est résiduel avec peu de dépassements d'honoraires facturés aux bénéficiaires de la CMU-C. Pourtant, sur le département des Hauts-de-Seine, la pratique des dépassements dans cette catégorie de professionnels de santé est coutumière. Les masseurs-kinésithérapeutes respectent donc la législation pour les bénéficiaires de la CMU-C.

Analyse du reste à charge moyen par acte

Bénéficiaires de la CMU-C								
	Nombre d'actes	Répartition des actes	Dépense moyenne	Remboursement moyen R.O.	Reste à charge moyen avant R.C.	Remboursement moyen R.C.	Reste à charge moyen	% actes avec dépassement
AMC - Nomenclature utilisée en structure de soins ou établissement	496	0,8%	17,9 €	14,1 €	3,9 €	3,8 €	0,1 €	0,0%
AMK - Nomenclature utilisée en cabinet, dispensaire ou au domicile du patient	16 587	25,1%	17,7 €	13,1 €	4,5 €	4,1 €	0,4 €	3,2%
AMS - Actes de kinésithérapie ostéo-articulaires	48 973	74,1%	16,5 €	11,2 €	5,3 €	5,0 €	0,2 €	2,0%
Non bénéficiaires de la CMU-C								
	Nombre d'actes	Répartition des actes	Dépense moyenne	Remboursement moyen R.O.	Reste à charge moyen avant R.C.		Reste à charge moyen*	% actes avec dépassement
AMC - Nomenclature utilisée en structure de soins ou établissement	40 230	1,3%	17,6 €	16,7 €	0,9 €		0,1 €	1,2%
AMK - Nomenclature utilisée en cabinet, dispensaire ou au domicile du patient	906 884	29,9%	20,2 €	15,4 €	4,8 €		2,5 €	25,1%
AMS - Actes de kinésithérapie ostéo-articulaires	2 085 781	68,8%	20,0 €	12,0 €	8,0 €		3,3 €	42,2%

*Dépassement = reste à charge moyen au-delà du tarif conventionnel

Analyse du reste à charge par patient

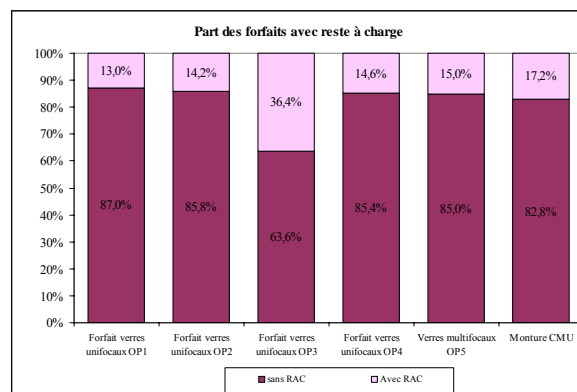
	Bénéficiaires de la CMU-C		Non bénéficiaires de la CMU-C	
	Nombre de patients	Montant RAC dernier décile	Nombre de patients	Montant du RAC* dernier décile
AMC - Nomenclature utilisée en structure de soins ou établissement	21	0,0 €	566	18,5 €
AMK - Nomenclature utilisée en cabinet, dispensaire ou au domicile du patient	1 506	52,9 €	42 083	130,2 €
AMS - Actes de kinésithérapie ostéo-articulaires	3 031	152,1 €	101 195	174,2 €

*Lecture : 10% de la population qui doit supporter un RAC (dernier décile) a un reste à charge supérieur au montant indiqué ("Montant RAC dernier décile").

5.10 L'optique

En 2010, de nombreux bénéficiaires de la CMU-C ont opté pour des montures et des verres non proposés dans le cadre du panier de soins. La proportion de lunettes (montures et verres) hors forfait CMU-C est de 37%. Les restes à charge, sont pourtant relativement élevés : 45,4€ pour les montures et 32,7€ pour les verres.

Néanmoins, des arrangements sont possibles entre les opticiens et les bénéficiaires de la CMU-C de façon à ce qu'ils puissent profiter d'un choix plus large de produits en terme de montures mais également de verres, tout en bénéficiant du forfait de la complémentaire, moyennant une dépense supplémentaire à la charge du patient (cf. graphique).



Analyse du reste à charge moyen par acte

		Bénéficiaires de la CMU-C							
		Nombre d'actes	Dépense moyenne	Remboursement moyen R.O.	Reste à charge moyen avant R.C.	Remboursement moyen R.C.	Reste à charge moyen	% actes avec dépassement	
Panier de soins	Forfait verres unifocaux OP1	1 612	21,5 €	2,6 €	18,9 €	14,3 €	4,6 €	13,0%	
	Forfait verres unifocaux OP2	2 772	25,0 €	4,6 €	20,4 €	16,3 €	4,1 €	14,2%	
	Forfait verres unifocaux OP3	155	67,9 €	7,2 €	60,8 €	21,8 €	39,0 €	36,4%	
	Forfait verres multifocaux OP4	866	54,6 €	7,5 €	47,1 €	36,7 €	10,4 €	14,6%	
	Verres multifocaux OP5	1 994	56,0 €	12,0 €	44,0 €	36,4 €	7,7 €	15,0%	
	Verres multifocaux OP6	Non significatif							
	Monture CMU OPM	3 545	41,1 €	2,0 €	39,1 €	20,8 €	18,4 €	17,2%	
Hors panier de soins	Lunettes <18 ans LUN	1 443	49,3 €	19,5 €	29,7 €	10,5 €	19,3 €	31,1%	
	Verres <18 ans VER	2 982	23,8 €	10,0 €	13,9 €	5,2 €	8,7 €	21,8%	
	Lentilles	Non significatif							
	Lunettes	360	117,4 €	1,8 €	115,6 €	1,0 €	114,6 €	100,0%	
	Verres	760	98,9 €	3,3 €	95,7 €	1,8 €	93,8 €	99,9%	
			Non bénéficiaires de la CMU-C						
			Nombre d'actes	Dépense moyenne	Remboursement moyen R.O.	Reste à charge moyen avant R.C.		Reste à charge moyen*	% actes avec dépassement
	Lentilles	6 840	115,7 €	25,6 €	90,2 €		76,9 €	89,1%	
	Lunettes	222 580	173,0 €	4,7 €	168,2 €		166,4 €	99,8%	
	Verres	482 643	164,0 €	4,7 €	159,3 €		157,4 €	100,0%	

*Dépassement = reste à charge moyen au-delà du tarif conventionnel

On observe en effet des RAC non négligeables, y compris pour les produits inclus dans le panier de soins optique. En effet, l'opticien doit en théorie, proposer au bénéficiaire de la CMU un dispositif ou une gamme de dispositifs respectant le prix limite fixé par arrêté ministériel. Cependant, des suppléments à la demande de l'assuré peuvent être facturés dans certains cas :

- monture d'une qualité particulière,
- traitement anti-reflet,
- traitement anti-rayure,
- verres amincissants

La partie du prix excédant le montant maximum et résultant de ces suppléments reste donc à la charge du bénéficiaire.

Détail des produits d'appareillage avec RAC

Type d'appareillage	Nombre de patients	Nombre d'actes	Dépense moyenne	Rbt moyen RO	Rbt moyen RC	Reste à charge moyen
Montures						
LUN Panier de soins	MONTURE, < 18 ANS	437	472	89,7 €	19,8 €	59,4 €
LUN Hors panier de soins	MONTURE, > OU = 18 ANS	354	362	116,9 €	1,8 €	114,1 €
OPM Panier de soins	Forfait CMUC - MONTURE, > OU = 18 ANS	625	677	118,8 €	1,9 €	96,1 €
Verres						
OP5 Panier de soins	Forfait CMUC - VERRE BLANC MULTIFOCAL OU PROGRESSIF, > OU = 18 ANS, SPHERE DE -8,00 A +8,00	192	371	113,1 €	8,0 €	72,1 €
VER Hors panier de soins	VERRE BLANC MULTIFOCAL OU PROGRESSIF, > OU = 18 ANS, SPHERE DE -8,00 A +8,00	92	155	150,3 €	6,6 €	139,9 €
OP4 Panier de soins	Forfait CMUC - VERRE BLANC MULTIFOCAL OU PROGRESSIF, > OU = 18 ANS, SPHERE DE -4,00 A +4,00	88	138	120,5 €	5,4 €	80,1 €
VER Panier de soins	VERRE BLANC SIMPLE FOYER, < 18 ANS, SPHERE DE -6,00 A +6,00	120	213	42,5 €	8,7 €	29,6 €
VER Panier de soins	VERRE BLANC SIMPLE FOYER, < 18 ANS, CYLINDRE <OU= +4,00, SPHERE DE -6,00 A +6,00	249	481	48,0 €	10,6 €	32,2 €
OP1 Panier de soins	Forfait CMUC - VERRE BLANC SIMPLE FOYER, > OU = 18 ANS, SPHERE DE -6,00 A +6,00	147	244	54,5 €	1,8 €	39,7 €
VER Hors panier de soins	VERRE BLANC SIMPLE FOYER, > OU = 18 ANS, SPHERE DE -6,00 A +6,00	122	197	69,4 €	1,5 €	67,1 €
OP2 Panier de soins	Forfait CMUC - VERRE BLANC SIMPLE FOYER, > OU = 18 ANS, CYLINDRE <OU= +4,00, SPHERE -6,00 A +6,00	239	461	57,7 €	2,7 €	39,9 €
VER Hors panier de soins	VERRE BLANC SIMPLE FOYER, > OU = 18 ANS, CYLINDRE <OU= +4,00, SPHERE -6,00 A +6,00	179	324	78,7 €	2,4 €	75,0 €

Ce tableau ne contient pas l'exhaustivité des produits d'optique. Seuls les plus significatifs y sont détaillés (seuil = au moins 60 patients)

Ce tableau ne contient pas l'exhaustivité des produits d'optique. Seuls les plus significatifs sont représentés ici (plus de 60 patients)

Détail des produits d'appareillage sans RAC

Type d'appareillage	Nombre de patients	Nombre d'actes	Dépense moyenne	Rbt moyen RO	Rbt moyen RC
Montures					
LUN Panier de soins	MONTURE, < 18 ANS	927	971	30,1 €	19,4 €
OPM Panier de soins	MONTURE, > OU = 18 ANS	2617	2850	22,7 €	1,9 €
Verres					
OP5 Panier de soins	VERRE BLANC MULTIFOCAL OU PROGRESSIF, > OU = 18 ANS, SPHERE DE -8,00 A +8,00	923	1645	43,3 €	8,9 €
OP4 Panier de soins	VERRE BLANC MULTIFOCAL OU PROGRESSIF, > OU = 18 ANS, SPHERE DE -4,00 A +4,00	457	699	41,7 €	4,8 €
VER Panier de soins	VERRE BLANC SIMPLE FOYER, < 18 ANS, SPHERE DE -6,00 A +6,00	385	631	12,1 €	7,8 €
VER Panier de soins	VERRE BLANC SIMPLE FOYER, < 18 ANS, CYLINDRE <OU= +4,00, SPHERE DE -6,00 A +6,00	795	1530	15,3 €	9,7 €
OP1 Panier de soins	VERRE BLANC SIMPLE FOYER, > OU = 18 ANS, SPHERE DE -6,00 A +6,00	791	1382	16,0 €	1,5 €
OP2 Panier de soins	VERRE BLANC SIMPLE FOYER, > OU = 18 ANS, CYLINDRE <OU= +4,00, SPHERE -6,00 A +6,00	1155	2299	18,8 €	2,4 €

Ce tableau ne contient pas l'exhaustivité des produits d'optique. Seuls les plus significatifs sont représentés ici (plus de 60 patients)

Analyse du reste à charge par patient

	Bénéficiaires de la CMU-C		Non bénéficiaires de la CMU-C		
	Nombre de patients	Montant RAC dernier décile	Nombre de patients	Montant du RAC* dernier décile	
Panier de soins	Forfait verres unifocaux OP1	940	130,2 €		
	Forfait verres unifocaux OP2	1 400	165,2 €		
	Forfait verres unifocaux OP3	89	352,6 €		
	Forfait verres multifocaux OP4	558	355,8 €		
	Verres multifocaux OP5	1 118	303,0 €		
	Verres multifocaux OP6	Non significatif			
	Monture CMU	3 244	179,1 €		
	Lunettes <18 ans LUN	1 361	125,9 €		
Verres <18 ans VER	1 398	108,7 €			
Hors panier de soins	Lentilles	Non significatif		2 848	395,4 €
	Lunettes	358	227,2 €	194 661	316,3 €
	Verres	378	375,4 €	209 410	709,1 €

* Lecture : 10% de la population qui doit supporter un RAC (dernier décile) a un reste à charge supérieur au montant indiqué ("Montant RAC dernier décile").

5.11 La LPP

Les prothèses auditives, très coûteuses, font l'objet de restes à charge élevés. Malgré tout, ce montant supplémentaire à la charge de l'assuré est 2 fois moins élevé pour les bénéficiaires de la CMU-C que pour les non bénéficiaires.

Analyse du reste à charge moyen par acte

	Bénéficiaires de la CMU-C						
	Nombre d'actes	Dépense moyenne	Remboursement moyen R.O.	Reste à charge moyen avant R.C.	Remboursement moyen R.C.	Reste à charge moyen	% actes avec dépassement
Autres accessoires traitement à domicile	3 008	78,3 €	66,7 €	11,6 €	6,9 €	4,6 €	17,5%
Appareil assistance respiratoire	2 765	124,3 €	96,7 €	27,6 €	20,4 €	7,2 €	15,9%
Divers orthèses	1 640	58,0 €	24,0 €	34,0 €	10,2 €	23,7 €	55,9%
Matériels et appareils de contention	359	30,0 €	15,6 €	14,4 €	4,5 €	9,9 €	68,8%
Matériels et appareils traitement divers	18 415	40,0 €	34,0 €	6,1 €	5,1 €	1,0 €	4,1%
Pansements	9 896	13,1 €	8,6 €	4,5 €	3,4 €	1,1 €	34,1%
Prothèses auditives	182	487,9 €	131,3 €	356,6 €	154,1 €	202,5 €	72,5%
	Non bénéficiaires de la CMU-C						
	Nombre d'actes	Dépense moyenne	Remboursement moyen R.O.	Reste à charge moyen avant R.C.		Reste à charge moyen*	% actes avec dépassement
Autres accessoires traitement à domicile	115 832	70,6 €	60,1 €	10,5 €		4,2 €	27,3%
Appareil assistance respiratoire	135 442	108,3 €	90,6 €	17,7 €		1,1 €	7,0%
Podo-orthèses	1 499	483,5 €	433,3 €	50,2 €		0,9 €	2,1%
Divers orthèses	80 243	91,1 €	22,2 €	68,9 €		57,9 €	82,6%
Nutriments pour intolérants au gluten	8 844	11,1 €	3,3 €	7,8 €		6,2 €	88,8%
Matériels et appareils de contention	14 587	35,5 €	15,0 €	20,5 €		15,3 €	85,6%
Matériels et appareils traitement divers	433 225	49,1 €	42,4 €	6,7 €		2,9 €	7,3%
Orthèses	1 787	46,9 €	34,6 €	12,3 €		2,6 €	18,2%
Pansements	300 983	16,6 €	11,6 €	5,1 €		2,0 €	47,9%
Prothèses auditives	26 859	655,2 €	76,6 €	578,6 €		549,2 €	68,8%
Prothèses externes non orthopédiques	1 576	174,2 €	112,6 €	61,6 €		52,9 €	49,4%
Implant inerte	207	281,0 €	270,5 €	10,6 €		5,1 €	5,8%
Prothèse oculaire	437	303,3 €	300,9 €	2,4 €		0,6 €	6,4%
Véhicule	3396	480,7 €	426,3 €	54,4 €		53,8 €	11,9%

*Dépassement = reste à charge moyen au-delà du tarif conventionnel

Analyse du reste à charge par patient

	Bénéficiaires de la CMU-C		Non bénéficiaires de la CMU-C	
	Nombre de patients	Montant du RAC* dernier décile	Nombre de patients	Montant du RAC* dernier décile
Autres accessoires traitement à domicile	1 161	23,7 €	33 921	52,4 €
Appareil assistance respiratoire	729	21,2 €	16 567	21,9 €
Divers orthèses	1 307	172,4 €	50 440	242,3 €
Matériels et appareils de contention	298	34,8 €	10 849	52,3 €
Matériels et appareils traitement divers	3 735	183,8 €	64 385	358,0 €
Pansements	4 126	9,8 €	103 086	15,3 €
Prothèses auditives	113	1 912,7 €	12 274	3 700,6 €

* Lecture : 10% de la population qui doit supporter un RAC (dernier décile) a un reste à charge supérieur au montant indiqué ("Montant RAC dernier décile").

6. Analyse du reste à charge par l'utilisation d'un modèle statistique

Cette partie développe l'utilisation de deux modèles qui ont permis de mesurer l'influence des caractéristiques de la population des bénéficiaires de la CMU-C sur l'existence d'un reste à charge (modélisation logistique) et sur la part du RAC qui pèse sur la dépense initiale (analyse de la variance).

6.1. Modélisation de l'existence ou non d'un reste à charge chez les bénéficiaires de la CMU-C

Présentation théorique des modélisations par régression logistique

Afin d'étudier les variables qui ont un effet propre sur le fait d'avoir du reste à charge ou pas, c'est-à-dire un effet ne provenant pas d'une corrélation avec une variable très liée au phénomène observé (telles que l'âge et l'ALD), nous avons procédé à une régression logistique. Ce type de modélisation permet de retenir plusieurs variables et de quantifier la relation entre le fait d'avoir du reste à charge et chacune des autres variables retenues, « toutes choses égales par ailleurs », par la mesure des odds-ratio (OR).

Son principe consiste à comparer les résultats obtenus pour chacune des variables étudiées à une situation de référence choisie. Si l'on change la situation de référence, on ne change pas les résultats du modèle car ils expriment des différences.

Dans le cas qui nous intéresse, on cherche à représenter la variable Y dépendante (Y=1 s'il y a un reste à charge, 0 sinon) par une fonction de plusieurs autres variables indépendantes :

- l'âge décomposé en 5 classes : moins de 19 ans, 20-39 ans, 40-59 ans, 60-74 ans, 75 ans et plus
- le sexe
- l'exonération au titre d'une affection de longue durée : Oui / Non
- le choix d'un médecin référent : Oui / Non
- le niveau de vie des communes calculé à partir du revenu fiscal moyen par foyer : aisé / modeste / pauvre

La régression logistique (ou modèle logistique) est un modèle qui permet d'exprimer la relation entre une variable Y qualitative à deux classes (RAC / Non RAC) et des variables X_i qui peuvent être qualitatives ou quantitatives.

On notera X_{ij} la $j^{\text{ième}}$ modalité de la variable X_i et $X=(X_1, \dots, X_i, \dots, X_k)$.

Le modèle logistique exprime la probabilité d'avoir du reste à charge en fonction des X_i de la manière suivante :

$$P(\text{RAC} | X) = \frac{\exp(\beta_0 + \beta_{11} X_{11} + \dots + \beta_{kl} X_{kl})}{1 + \exp(\beta_0 + \beta_{11} X_{11} + \dots + \beta_{kl} X_{kl})}$$

Ou

$$\text{logit}P(\text{RAC} | X) = \beta_0 + \beta_{11} X_{11} + \dots + \beta_{kl} X_{kl} \text{ où } \text{logit}(x) = \ln\left(\frac{x}{1-x}\right)$$

Au sein de la dimension i , le coefficient β_{ij} représente l'effet de la modalité X_{ij} ajusté sur les effets de toutes les autres variables incluses dans le modèle. L'exponentielle de β_{ij} fournit une estimation de l'odds-ratio de la probabilité d'avoir du reste à charge entre la population j et la population choisie comme population de référence pour cette dimension.

Les coefficients β_{ij} du modèle nous permettent alors de dire que, toutes choses égales par ailleurs, les individus de la modalité j de la variable i ont un odds-ratio de $\exp(\beta_{ij})$ par rapport à la situation de référence.

L'odds-ratio représente un rapport de pentes :

$$\frac{\frac{f1}{1-f1}}{\frac{f0}{1-f0}}$$

$f1$ est la probabilité d'avoir du reste à charge chez les bénéficiaires de la CMU-C ayant le facteur considéré (âgé de plus de 75 ans par exemple). $f0$ est la probabilité d'avoir du reste à charge chez ceux n'ayant pas le facteur considéré.

Pour un évènement de faible fréquence (moins de 10%), l'odds-ratio a une valeur proche du risque relatif et peut donc s'interpréter comme ce dernier, c'est-à-dire comme le rapport entre la probabilité d'avoir du reste à charge chez les personnes ayant le facteur considéré et la probabilité d'avoir du reste à charge chez les autres personnes. Par exemple, un odds-ratio de 2 indique que la probabilité d'avoir un reste à charge est 2 fois plus importante chez les personnes ayant le facteur considéré que chez les autres personnes.

Lecture du tableau :

La modalité correspondant à la situation de référence est précédée dans le tableau par le mot « réf. ».

Dans notre modèle, il s'agit d'un individu masculin, âgé de 40 à 59 ans, non exonéré au titre d'une ALD et résidant dans une commune modeste.

Toutes choses égales par ailleurs, l'odds-ratio du fait d'avoir du reste à charge chez les femmes est de 1,26, elles ont donc une probabilité plus forte d'avoir du reste à charge que les hommes. Classiquement, la probabilité d'avoir le phénomène (reste à charge) pour une modalité j d'une variable i , c'est-à-dire lorsque

$$X_{ij}=1 \text{ est estimée par le calcul suivant : } p = \frac{1}{1 + \exp(-a - \beta_{ij} X_{ij})}$$

Avec a : constante correspondant à la situation de référence pour l'ensemble des variables (40-59 ans, homme, ...).

Afin d'améliorer les comparaisons, nous remplaçons pour chacune des variables i , le coefficient a par P_{io} , valeur observée dans les bases de l'Assurance Maladie pour la modalité de référence de cette variable et estimons l'existence d'un reste à charge par le calcul suivant : $P_{ij} =$

$$\frac{1}{1 + \exp(-\ln \frac{P_{io}}{1-P_{io}} - \beta_{ij})}$$

Avec p_{i0} = pourcentage d'individus ayant du reste à charge de la modalité de référence de la variable i . Dans le cas de notre étude, il s'agit des hommes et l'existence d'un reste à charge chez les femmes est estimée à 64,6% : $P_{ij} =$

$$\frac{1}{1 + \exp\left(-\ln \frac{0,592}{1 - 0,592} - 0,2275\right)}$$

Ainsi, on peut dire que si les structures des hommes et des femmes selon toutes les variables introduites dans le modèle étaient identiques, 64,6% des femmes auraient du reste à charge, contre 59,2% pour les hommes.

Influence des caractéristiques de la population sur l'existence ou non d'un RAC :

Modélisation de l'existence d'un reste à charge selon les caractéristiques des bénéficiaires de la CMU-C

Variables	Coefficient estimé	Pourcentage de bénéficiaires de la CMU-C ayant du reste à charge	Estimation après ajustement	Odds-ratio	Significativité *** $p \leq 0,1\%$ ** $0,1\% < p \leq 1\%$ * $1\% < p \leq 5\%$
Situation de référence	0,4429	64,2%	73,6%		***
Femmes	0,2275	68,4%	64,6%	1,26	***
<i>Réf : hommes</i>		59,2%	59,2%		
Exonéré au titre d'une affection longue durée	0,09	70,2%	65,7%	1,09	***
<i>Réf : Non exonéré</i>		63,6%	63,6%		
N'a pas de médecin traitant	-0,1131	59,0%	66,0%	0,89	***
<i>Réf : a un médecin traitant</i>		68,5%	68,5%		
Moins de 19 ans	-0,1361	58,5%	65,6%	0,87	***
De 20 à 39 ans	-0,0552	66,2%	67,4%	0,95	**
<i>Réf. : De 40 à 59 ans</i>		68,6%	68,6%		
De 60 à 74 ans	0,0399	70,4%	69,5%	1,04	NS
75 ans et plus	0,2146	78,1%	73,0%	1,24	***
Communes riches	0,1804	75,1%	72,3%	1,20	***

Réf. : communes modestes		68,0%	68,0%		
Communes pauvres	-0,1837	60,5%	64,5%	0,83	***

Notre modélisation montre que, toutes choses égales par ailleurs :

- La probabilité d'avoir du reste à charge est plus importante pour une femme que pour un homme
- A partir de 75 ans, la probabilité d'avoir du reste à charge est 24% plus élevée qu'entre 40 et 59 ans : les dépenses de soins augmentent en effet avec le vieillissement et le reste à charge se cumule d'autant.
- Le fait d'être exonéré au titre d'une affection longue durée augmente de 9% le risque d'avoir des frais supplémentaires à la charge de l'assuré.
- Plus la commune est aisée, plus la probabilité d'avoir du reste à charge est importante, ce qui peut s'expliquer par des centres de santé inexistants et par une implantation plus importante de médecins de secteur 2
- Enfin, ne pas avoir de médecin traitant limite le risque d'avoir du reste à charge puisque les assurés consomment d'autant moins qu'ils n'ont pas de médecins référents.

6.2. Modélisation de la part du reste à charge pesant sur la dépense annuelle des bénéficiaires de la CMU-C

Présentation théorique des modélisations par analyse de la variance

L'analyse de la variance est une méthode générale de comparaison de plusieurs moyennes.

Les modèles d'analyse de la variance permettent d'exprimer la relation entre une variable Y quantitative et des variables (ou dimensions) X_i qualitatives. Tout comme le modèle logistique, il faut choisir une modalité de référence pour chaque variable qualitative introduite. Au sein de la dimension i, le coefficient β_{ij} représente l'effet de la modalité X_{ij} ajusté sur les effets de toutes les autres variables incluses dans le modèle. Les coefficients sont exprimés dans l'unité de la variable quantitative que l'on cherche à expliquer. De plus, un atout majeur de ce type d'analyse est que l'on peut hiérarchiser les effets des différentes variables.

Le modèle s'écrit : $Y = \beta_0 + \beta_{11} X_{11} + \dots + \beta_{kl} X_{lk}$, avec X_{ij} j^{ième} modalité de la variable X_i .

Les coefficients β_{ij} sont estimés par la méthode des moindres carrés ordinaires (MCO).

Dans notre étude, nous cherchons à expliquer les différences des parts restant à la charge des bénéficiaires de la CMU-C d'un individu à l'autre, par un certain nombre de facteurs qualitatifs : le sexe, l'âge (moins de 19 ans, 20-39 ans, 40-59 ans, 60-74 ans, 75 ans et plus), le fait d'être exonéré au titre d'une affection de longue durée (oui / non), le fait d'avoir un médecin traitant (oui / non), le niveau de vie moyen de la commune de résidence (aisé / modeste / pauvre).

Dans notre cas, la modélisation ne donne pas de résultats probants. Les caractéristiques des individus expliquent une infime partie des différences observées sur les parts restant à la charge des bénéficiaires de la CMU-C. Cependant, on s'aperçoit que plus la dépense initiale est élevée, moins la part restant à la charge des patients est importante. C'est le cas notamment des femmes, des patients en ALD ou des personnes âgés de plus de 60 ans qui s'orientent davantage vers des soins de première nécessité pour lesquels les dépassements sont moins fréquents.

7. Conclusion

Pour les bénéficiaires de la CMU-C, le reste à charge supporté par l'assuré sur l'année 2010 s'élève en moyenne, après contribution de la complémentaire, à 65 euros, ce qui représente 9% de la dépense initiale. Il est relativement faible mais, dans le cadre de la CMU complémentaire, tous les soins devraient être pris en charge intégralement. Néanmoins, plus d'une personne sur deux ne supportent aucune dépense supplémentaire. Le reste à charge est, de plus, concentré sur une petite partie de la population puisque 10% des bénéficiaires de la CMU-C cumule 71% du montant du reste à charge total.

Malgré tout, si on compare les restes à charge avant intervention des mutuelles entre bénéficiaires de la CMU-C et ceux qui ne le sont pas, on observe une bonne prise en charge, globalement, des bénéficiaires de la CMU-C par le régime obligatoire. Les raisons : un recours plus important auprès des médecins de secteur 1 ou des centres de santé et la possibilité de bénéficier des paniers de soins mis à disposition dans le cadre de la complémentaire, pour l'optique et les soins dentaires.

Le reste à charge évolue en fonction des caractéristiques des patients en valeur absolue : plus on consomme, plus il est élevé. Cependant, le poids que représente ce reste à charge sur la dépense initiale engagée par les bénéficiaires de la CMU est moins élevé, au fur et à mesure que la dépense augmente. Ainsi, l'âge et l'état de santé induisent une consommation de soins importante mais vers des soins de première nécessité pour lesquels les dépassements d'honoraires sont moins fréquemment pratiqués.

L'offre de soins pèse également sur le portefeuille des bénéficiaires de la CMU-C : pouvoir accéder à un médecin de secteur 1 ou à un centre de santé réduit la probabilité d'un reste à charge.

Sources bibliographiques

- « La CMU : un an après le bilan » - CNAMTS – Avril 2001
- Points de repère N°8 – CNAMTS – Août 2007
- Point stat N° 31 - CNAMTS
- Enquête santé protection sociale – IRDES – 2002
- « Le recours aux soins des bénéficiaires de la CMU-C » - CPAM des Hauts-de-Seine - 2007