

UNIVERSITE PARIS VAL- DE -MARNE  
FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL

\*\*\*\*\*

ANNEE 2001

N°

THESE  
POUR LE DIPLOME D'ETAT  
DE  
DOCTEUR EN MEDECINE  
Discipline : Médecine Générale

-----

Présentée et soutenue publiquement le 13 décembre 2001

A CRETEIL (PARIS XII)

-----

Par Bénédicte CAUCAT

Née le 23/11/71 à Champigny

-----

INFLUENCE DU TIERS PAYANT  
SUR LA CONSOMMATION DE SOINS AMBULATOIRES.  
ENQUETE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES.

DIRECTEUR DE THESE :  
M. le Docteur Vincent RENARD

LE CONSERVATEUR DE LA  
BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE

Signature du  
Directeur de Thèse

Cachet de la bibliothèque  
universitaire

A mes amis,  
qui m'ont accompagnée et soutenue,  
et que j'ai parfois mis à l'épreuve,  
Avec une pensée particulière pour Franck,  
Sandrine, Carole, Hélène et Constance,

A Karine,  
dont le soutien et la présence me sont si chers,

A mes parents,

A ma famille.

Je remercie chaleureusement Monsieur le Docteur Vincent RENARD d'avoir accepté la direction de ce travail, de m'avoir apporté son soutien et ses connaissances, et de s'être montré disponible pour la préparation de mon travail,

Monsieur le Professeur LOISANCE, Monsieur le Professeur MAVIER et Monsieur le Professeur REVUZ d'accepter de faire partie de mon jury,

Madame le Docteur Sylvie BASTUJI-GARIN de son aide pour le travail statistique ainsi que de sa patience et de sa disponibilité face à mes nombreuses sollicitations,

Madame Anne PUEL, secrétaire dans le service de Santé Publique de l'hôpital Henri Mondor, d'avoir facilité mes démarches dans le service,

Monsieur Didier RENARD, Professeur de Sciences Politiques à l'Université de Lyon, d'avoir apporté ses connaissances pointues sur l'histoire de l'aide médicale,

Les médecins généralistes qui ont participé à l'enquête, sans qui ce travail n'aurait pu aboutir, Je remercie particulièrement ceux qui, par quelques mots de soutien, ont témoigné de l'intérêt à ma recherche.

Je tiens également à remercier pour leur coopération dans mon travail de recherche :

Madame Agnès GRANDIN, documentaliste au CREDES,

Monsieur CARPENTIER, Directeur du Risque et de la Communication à la CPAM du Val de Marne,

Madame PAILLARD, Chargée d'Etudes à la CPAM du Val de Marne,

Monsieur CAMPARGUE et Madame DANIEL, du Service des Relations Professions de Santé à la CPAM DU Val de Marne,

Madame C.QUILFEN, Responsable du Service de l'Aide Médicale au Conseil Général du Val de Marne,

Monsieur François PAPE, Chargé de la Gestion des Risques à la CPAM de Beauvais,

Madame Christel VALLEE, Chef de Service de l'Aide Médicale au Conseil général de l'Oise,

Monsieur Joël MELZI, Directeur du Service Statistiques de la CPAM du Calvados,

Monsieur le Docteur FX.GUYON, Médecin Conseil Chef de Service à la CPAM de Caen,

Monsieur Marc PUZENAT, Attaché de direction à la CPAM de l'Eure,

Madame F.HUET, Chef de Division de la Gestion du Risque à la CPAM de Nancy,

Monsieur Patrick TEREYGEOL, Directeur de la Gestion du Risque à la CPAM de Paris,

Monsieur le Docteur SERRUQUES, du service Etudes, Recherches et Documentation de la DASS de paris.

# **TABLE DES MATIERES**

<b>I. INTRODUCTION</b>	<b>9</b>
<b>II. DONNEES ETABLIES SUR L'AIDE MEDICALE, LA COUVERTURE MALADIE ET LA CONSOMMATION DE SOIN</b>	<b>12</b>
<b>II. 1 – L'aide médicale : le modèle de l'aide médicale départementale et de la couverture maladie universelle</b>	<b>13</b>
II. 1.1 – Rappel historique sur la protection sociale et l'aide médicale en France	13
II. 1.2 – L'Aide Médicale Départementale	17
II. 1.2.1. – Mise en place de l'Aide Médicale Départementale	17
II. 1.2.2. – Conditions d'admission à l'Aide Médicale Départementale	18
II. 1.2.3. – Dépenses prises en charge au titre de l'aide médicale	20
II. 1.2.4. – Modalités d'admission à l'aide médicale	21
II. 1.3. – La Couverture Maladie Universelle (CMU)	22
II. 1.3.1. – Mise en place de la Couverture maladie Universelle	22
II. 1.3.2. – Conditions d'adhésion à la CMU	24
II. 1.3.3. – Prise en charge des prestations par la CMU complémentaire	27
II. 1.3.4. – La CMU en chiffres aujourd'hui	28
<b>II. 2 – Influence du type de couverture maladie sur la consommation médicale</b>	<b>33</b>
II. 2.1 – Etudes sur la consommation de soins des bénéficiaires de la CMU	33
II. 2.1.1 – Présentation des études	33
II. 2.1.2 – Les bénéficiaires de l'Aide Médicale Départemental	34
II. 2.1.3 – Résultats et interprétations	35
II. 2.2 – Consommation de soins ambulatoires par les bénéficiaires de la CMU	40
II. 2.2.1 – Les bénéficiaires de la CMU	40
II. 2.2.2 – Recours aux soins	41
II. 2.3 – Etudes sur les comportements de demande de soins selon la couverture Maladie	44
II. 2.3.1 – Liens entre état de santé, précarité sociale et assurance	44
II. 2.3.2 – Liens entre assurance, consommation de soins et revenus	48
II. 2.3.3 – Liens entre le recours au tiers payant et la consommation de soins	52

II. 2.4 – Réflexions sur les résultats des études présentées	54
II. 2.4.1 – Profil de consommation de soins ambulatoires des bénéficiaires de l’AMD et de la CMU	54
II. 2.4.2 – Profil socio-économique des bénéficiaires de l’AMD et de la CMU	55
II. 2.4.3 – Bilan entre le coût monétaire le gain social de la CMU	56
<b>II. 3 – Représentations culturelles de l’aide médicale chez les médecins généralistes</b>	<b>57</b>
II. 3.1 – Evolution du discours syndical des représentants des médecins généralistes	57
II. 3.2 – Opinion des généralistes sur la CMU : exemples à partir d’une revue de la presse médicale	60
II. 3.2.1 – Opinions favorables sur la CMU	61
II. 3.2.2 – Opinions défavorables sur la CMU	61
<b>III. ENQUETE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES DU VAL DE MARNE SUR LA CONSOMMATION DE SOINS DES BENEFICIAIRES DE LA CMU</b>	<b>63</b>
<b>III. 1 – Matériel et méthode</b>	<b>64</b>
III.1.1 – L’enquête	64
III.1.2 – Le taux de participation	65
III.1.3 – Le questionnaire	67
<b>III. 2 – Résultats</b>	<b>68</b>
III. 2.1 – Bilan de consultation	68
III. 2.2 – Opinion du consultant sur la consommation de soins des bénéficiaires de la CMU	70
III. 2.3 – Opinion du consultant sur le tiers payant	77

<b>IV – DISCUSSION</b>	<b>81</b>
<b>IV. 1 – A propos du matériel et de la méthode de l’enquête</b>	<b>82</b>
<b>IV. 2 – Comparaison entre les résultats de l’enquête et ceux des études publiées</b>	<b>85</b>
IV. 2.1 – Les bénéficiaires de la CMU	85
IV. 2.2 – Consommation de soins de ville par les bénéficiaires de la CMU	86
IV. 2.2.1 – La consommation de soins des bénéficiaires de la CMU était comparable dans notre enquête et dans les études publiées	88
IV. 2.2.2 – La consommation de soins des bénéficiaires de la CMU était moins importante dans notre enquête que dans les études publiées	88
IV. 2.2.3 – La consommation de soins des bénéficiaires de la CMU était plus important dans notre enquête et dans les études publiées	90
IV. 2.3 – Opinion des médecine généralistes sur le tiers payant	92
IV. 2.3.1 – Opinion des médecins sur le tiers payant à travers leur pratique	92
IV. 2.3.2 – Opinion des médecins sur le tiers payant dans le système de soins Français	94
<b>V – CONCLUSION</b>	<b>97</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>100</b>
<b>Annexe 1</b> : Loi sur la CMU. Extrait du Journal Officiel du 28/07/99	101
<b>Annexe 2</b> : Consommation de soins comparée entre les bénéficiaires de l’AMD et les patients du régime général selon les différents secteurs de santé (Tableau I)	105
<b>Annexe 3</b> : Lettre et questionnaire adressés aux médecins généralistes	107
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>110</b>



# I

## INTRODUCTION

A quelques exceptions près, les systèmes de soins des pays développés fonctionnent en tiers payant : le prestataire de soins de santé est payé directement par l'assureur, le patient ne règle que la part non couverte. La France, au contraire, pratique traditionnellement l'avance de frais, dite aussi tiers garant : le prestataire de soins de santé est payé intégralement par son patient, et à charge pour ce dernier de se faire rembourser par son assureur.

Les avantages et inconvénients des deux systèmes diffèrent d'un acteur à l'autre. Pour le patient, l'avantage du tiers payant est évident : il ne fait plus l'avance de trésorerie et les démarches administratives sont simplifiées. Pour le prestataire de soins, le bilan est contrasté : dans le système de tiers payant, c'est lui qui prend en charge le travail administratif dont le patient est libéré, et c'est lui qui subit le risque de retard de paiement de la part de l'assureur. Cependant, ce dernier est a priori moins susceptible d'être débiteur défaillant que le patient individuel.

Le tiers payant suscite aussi une opposition auprès de certains professionnels médicaux qui refusent d'avoir des relations financières directes avec les assureurs. Pour l'assureur, le bilan est là aussi contrasté : certes, le traitement des paiements est simplifié dans le cadre du tiers payant, mais en revanche, il peut craindre que la levée de l'avance de frais n'incite les assurés à solliciter davantage le système de soins, ce qui augmenterait le volume de prestations.

Aujourd'hui, le tiers payant est au cœur de nombreux projets ou expériences visant à réformer l'organisation du système de soins : couverture maladie universelle (CMU), médecin référent, carte Sésam vitale ou encore réseaux expérimentaux de ville ou ville-hôpital. Il est aussi un enjeu pour le monde mutualiste, qui le pratique depuis longtemps.

De façon générale, tant chez les professionnels de santé que chez les assureurs, le passage de l'avance de frais au tiers payant est réputé augmenter les dépenses de santé à court terme.

D'un point de vue micro-économique, le CREDES (Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé) a étudié l'influence du recours au tiers payant sur la dépense de santé (29). L'étude a montré que ce dernier, corrélé positivement avec les dépenses de santé, était un gain d'équité sociale et facilitait l'accès aux soins pour les plus démunis.

D'autre part, certaines caisses d'assurance maladie ont étudié l'impact de l'Aide Médicale Départementale (AMD) sur les dépenses de santé (25) (26) (27) (40). De façon

générale, il n'y avait pas d'inflation des dépenses, bien que la consommation de soins dans certains secteurs de santé était plus importante que dans le régime général.

En revanche, il est habituel de constater dans la presse médicale les opinions de médecins généralistes opposés au système de tiers payant en raison de son caractère supposé inflationniste.

Cette contradiction apparente a été le point de départ de notre réflexion afin de préciser s'il existait un tel hiatus. Le champ d'application de cette réflexion était le système de distribution de soins ambulatoire en France.

L'objectif de notre travail était de décrire l'opinion des médecins généralistes sur le dispositif de tiers payant et de la comparer aux données déjà établies dans la littérature. Pour cela, un questionnaire a été adressé à 150 médecins généralistes du Val de Marne en prenant pour modèle de tiers payant la CMU. L'analyse des données recueillies, par rapport aux études publiées, a permis d'établir des similitudes et des divergences. Nous avons tenté d'apporter des explications à ces dernières en prenant en considération le contexte professionnel dans lequel exercent les médecins généralistes. Outre leurs commentaires à propos du tiers payant, tant en marge de notre questionnaire que dans la presse médicale, nous avons pris en compte l'influence de l'héritage historique et culturel de l'exercice médical libéral en France.

Après un rappel historique sur l'aide médicale en France puis sur les systèmes de tiers payant que sont l'Aide Médicale Départementale (AMD) et la CMU, nous avons présenté les données établies sur la consommation des soins ambulatoires. Elles sont composées d'une part de bilans sur les dépenses de soins au titre de l'AMD et de la CMU, et d'autre part des résultats d'études sur la consommation de soins, cette dernière étant corrélée avec des critères sociaux, économiques et sanitaires.

Puis nous avons abordé la représentation de l'aide médicale et du tiers payant chez les médecins, en la mettant en perspective avec des données historiques et des articles de la presse médicale actuelle.

Enfin, nous avons exposé les résultats de notre enquête réalisée auprès des médecins généralistes, afin d'établir une analyse comparative avec les études présentées.

## **II**

# **DONNES ETABLIES SUR L'AIDE MEDICALE, LA COUVERTURE MALADIE ET LA CONSOMMATION DE SOINS**

## **II. 1 - L'AIDE MEDICALE : LE MODELE DE L'AIDE MEDICALE DEPARTEMENTALE ET DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE**

### **II. 1.1 - RAPPEL HISTORIQUE SUR LA PROTECTION SOCIALE ET L'AIDE MEDICALE EN FRANCE (54) (36) (13) (17)**

En France, dans la première moitié du XIX<sup>e</sup> siècle, des sociétés de secours mutuels se créent dans la tradition des corporations, sur une base professionnelle définie parmi les ouvriers les plus qualifiés. C'est une forme de protection sociale antérieure aux assurances sociales obligatoires, fondée sur le principe de caisses de secours en cas d'événements malheureux survenus à leurs adhérents.

Napoléon III encouragea la constitution des sociétés mutualistes par un décret de 1852 pour favoriser la prévoyance dans un cadre collectif. Par ailleurs et surtout, donnant leur première base aux politiques d'assistance ultérieures, la loi du 7 août 1851 prévoit l'obligation, pour les hôpitaux communaux, de recevoir gratuitement les malades et les infirmes nécessiteux.

C'est en Allemagne que se constitue le modèle qui va par la suite diffuser dans toute l'Europe. Votée sous l'impulsion du chancelier Bismarck, la première législation sociale d'envergure est celle des assurances sociales. Elle vise à attacher l'individu, en particulier les ouvriers de la grande industrie, à l'Etat. Il s'agit de garantir la loyauté politique de la classe ouvrière au régime, en lui offrant un certain nombre de compensations matérielles : prise en charge des accidents du travail, assurance maladie et retraite.

Ainsi l'assurance maladie obligatoire est mise en place en 1883, la loi sur les accidents du travail est votée en 1884, et celle sur l'assurance vieillesse invalidité en 1889.

Cet ensemble de lois est novateur à plusieurs égards : les cotisations sont proportionnelles aux salaires (et non aux risques encourus comme le voudrait l'application stricte de la technique de l'assurance). En outre, sont introduits le partage entre cotisations salariales et patronales, et la gestion tripartite (Etat, employeurs, travailleurs) des prestations par les institutions autonomes placées sous la tutelle de l'Etat. Toutes ces caractéristiques se retrouveront dans la plupart des systèmes de Sécurité sociale du XX<sup>e</sup> siècle.

En 1889 se tient à Paris le Congrès international d'assistance au cours duquel est mis sur pied une « charte de l'assistance », très discutée et contestée. A partir de cette fin de siècle, notre législation sociale va commencer à naître, par lois successives, au gré des événements politiques et sociaux.

La loi du 15 juillet 1893 est une loi fondatrice. Elle concerne l'aide aux malades et l'assistance médicale gratuite. Cette loi pose le principe de l'assistance à domicile : tout malade ne pouvant faire face aux frais médicaux peut se faire soigner gratuitement par un médecin ensuite remboursé par les collectivités locales (système du tiers payant). Elle édicte d'autre part des règles encore en vigueur : libre choix du médecin par le malade, remboursement des frais pharmaceutiques et appareils de prothèses, hospitalisation dans des établissements publics ou privés agréés avec gratuité des soins. Il s'agit d'une avancée sociale majeure qui, pour la première fois, ne concerne pas seulement les indigents. Une forte proportion des populations ouvrières travaillant régulièrement en bénéficient.

Un accord est signé en 1895 prévoyant le libre choix du médecin par le malade, le libre consentement du médecin et la rémunération à l'acte de ce dernier (refusant ainsi le système du tiers payant).

Dans le même temps est votée la loi du 1er avril 1898 sur la mutualité puis celle du 9 avril 1898 concernant les accidents du travail. Dorénavant, le salarié n'a plus à apporter la preuve d'une faute de son patron pour obtenir réparation : le risque est supporté par un fonds de garantie fonctionnant sur le principe des assurances privées. Le premier dispositif de protection sociale obligatoire n'est introduit que par la loi du 5 avril 1910 sur les retraites ouvrières et paysannes dont la portée reste limitée aux travailleurs percevant un salaire inférieur à un plafond.

La deuxième loi fondatrice est celle du 5 avril 1928, complétée par celle du 30 avril 1930. Elle n'a vu le jour qu'après des années de discussion dans un contexte d'influence grandissante du patronat et des médecins. Tous les salariés du commerce et de l'industrie dont les salaires sont inférieurs à un plafond fixé par la loi, soit 10 millions d'individus environ, sont affiliés obligatoirement à un régime général d'assurance sociale, mettant ainsi un terme à l'absence de charges sociales dont bénéficiaient les petites entreprises du commerce. Les risques couverts sont la maladie, la maternité (indemnités journalières et remboursements), l'invalidité, la vieillesse (sous la forme d'une retraite par capitalisation).

En réaction aux longues négociations aboutissant à cette loi, les médecins édictent la « charte libérale » du 30 novembre 1927 qui pose entre autre les principes du libre choix du médecin par le malade, du secret professionnel, de la rémunération à l'acte et du paiement direct par l'assuré (consacrant ainsi le refus du tiers payant et l'affirmation de l'entente directe). Le mouvement revendicatif des médecins devient en effet à l'époque très fort. Après la première guerre mondiale, on assiste à l'émergence de l'inflation, phénomène nouveau, qui remet en cause la fortune des « notables rentiers » qui constituent la très grande majorité du corps social des médecins. Pour la première fois, les médecins se trouvent dans la nécessité de tirer leurs revenus du produit de leur travail et non plus de leurs rentes.

La loi de 1928 accepte le principe du paiement à l'acte et édicte le principe du ticket modérateur. Mais de nombreux salariés n'ont pas les ressources suffisantes pour leur permettre de faire face aux frais de santé et doivent essayer de bénéficier des mécanismes restrictifs d'aide médicale gratuite.

La loi du 11 mars 1932 rend obligatoire les allocations familiales pour tous les travailleurs de l'industrie, du commerce et de l'agriculture, c'est à dire, pour la première fois, pour l'ensemble des salariés. Tous les employeurs doivent s'affilier aux caisses d'allocations. Cette aide aux familles sera étendue aux travailleurs de l'agriculture en 1935, puis aux non-salariés en 1939.

La véritable naissance de la Sécurité sociale en France date de la Libération, par l'ordonnance du 4 octobre 1945. Ce texte fondateur met en place le régime général en étendant et en améliorant le champ d'application de la loi de 1930. Toutefois, le maintien du principe du ticket modérateur pénalise la population la plus modeste. Le régime général créé ne concerne que les salariés car les professions indépendantes refusent de s'y intégrer. Le financement de la sécurité sociale se fait par cotisations assises sur les salaires. Elle est gérée par les représentants des salariés et des employeurs de manière non paritaire, 3/4 pour les salariés et 1/4 pour les employeurs.

Mais dans les années qui suivirent les ordonnances de 1945, on constate que, tant la population bénéficiant de cette législation, que les dépenses s'y rapportant, se révèlent nettement supérieures à ce qu'elles étaient auparavant. Ceci pour des raisons notamment de lenteur administrative dans le processus de généralisation de la Sécurité sociale et de dysfonctionnement budgétaire. Les pouvoirs publics entreprennent alors une vaste réforme des lois en vigueur tout en poursuivant et en approfondissant la politique traditionnelle d'aide aux plus défavorisés.

Par le décret du 29 novembre 1953, l'aide médicale succède à l'assistance médicale gratuite définie par la loi de 1893. Ce décret répond à une triple préoccupation : harmoniser les deux systèmes d'assistance et de sécurité sociale ; réduire le nombre des textes de lois qui s'étaient accumulés et en clarifier la portée ; faire disparaître aussi des comportements abusifs voire frauduleux observés chez certains bénéficiaires, ainsi que les disparités constatées d'un département à l'autre. L'aide médicale redevient de la responsabilité de l'Etat et non plus des collectivités locales.

Depuis 1945 et jusqu'à la fin des années 1970, le développement continu de la prise en charge des soins par la Sécurité sociale restreint progressivement la part relevant de l'aide médicale. En 1967, le régime de l'aide médicale est réintégré dans le champ commun de la protection sociale. La fin des années 1970, et surtout le début des années 1980, sont marquées par l'explosion du chômage et vont voir s'inverser cette tendance. Le nombre croissant des personnes sans droit ouverts ou en fin de droits à la Sécurité sociale augmente de manière très significative l'importance de l'aide médicale.

De manière concomitante, c'est le 1<sup>er</sup> janvier 1984 que, dans le cadre des lois de décentralisation, que l'ensemble de l'aide médicale est transférée aux départements. Cette réforme avait été engagée depuis 1982, permettant à l'Etat, par des lois successives, de transférer certaines de ses compétences à des collectivités locales. Ces dernières obtiennent ainsi davantage de libertés et de moyens pour administrer leur territoire, notamment dans le secteur de l'aide sociale.

La réforme est considérable et touche en premier chef l'aide médicale.



## **II. 1.2 - L'AIDE MEDICALE DEPARTEMENTALE**

### **II. 1.2.1 - MISE EN PLACE DE L'AIDE MEDICALE DEPARTEMENTALE**

En vertu de la loi du 22 juillet 1983 mise en application le 1er janvier 1984, le département a pris en charge la plupart des prestations d'aide sociale ainsi que les services sociaux et les actions de prévention sanitaire.

Parmi les domaines de l'aide sociale, l'aide médicale est à la charge des départements. Elle recouvre l'aide médicale aux malades mentaux, la prise en charge des frais médicaux et hospitaliers, du ticket modérateur, du forfait journalier, et les cotisations d'assurance personnelle. Ces dernières ont été transférées au département à compter du 1<sup>er</sup> janvier 1987. L'Etat garde à sa charge les frais non couverts par un régime d'assurance maladie afférents à l'interruption volontaire de grossesse, et l'aide médicale aux personnes sans résidence stable ayant élu domicile auprès d'un organisme agréé.

L'aide médicale peut être, pour ses bénéficiaires, soit totale, soit complémentaire. Elle est totale à l'égard des personnes sans aucune couverture sociale. Elle est complémentaire à l'égard de celles qui, bien que disposant d'une couverture personnelle, en ont néanmoins besoin pour assumer la part des dépenses restant à leur charge (54).

La loi n° 92-722 du 29 juillet 1992 réforma profondément l'aide médicale : assouplissement des conditions d'accès au droit dont l'admission automatique pour certaines catégories de personnes, extension sensible du droit lui-même, simplification de la procédure d'admission, harmonisation des régimes d'aide médicale et d'assurance maladie et renforcement du rôle des organismes d'assurance maladie.

S'est ajoutée à cette loi celle du 25 juillet 1994 visant à rattacher provisoirement à l'assurance personnelle toute personne non affiliée à un régime obligatoire d'assurance maladie (13).

## **II. 1.2.2. - CONDITIONS D'ADMISSION A L'AIDE MEDICALE DEPARTEMENTALE**

Le principe à la base de l'aide médicale est que toute personne résidant en France a droit à l'aide médicale pour les dépenses de soins qu'elle ne peut supporter, pour elle-même et les ayants droits (c'est à dire les personnes à sa charge au sens du Code de la Sécurité sociale). Les prestations accordées le sont sous l'égide du système de tiers payant.

L'admission à l'aide médicale a lieu selon quatre formules (22) (54) (55) :

### *II. 1.2.2.1. - Admission de plein droit selon un barème de ressources*

Un barème de ressources peut être défini par le règlement départemental d'aide sociale. Il tient compte de l'ensemble des ressources de toute nature du demandeur ainsi que des personnes à sa charge. Toutefois, ne sont pas prises en compte les prestations du Revenu Minimum d'Insertion (RMI) ainsi que les aides personnelles au logement.

Le calcul des ressources correspond à la moyenne mensuelle des ressources de la dernière année civile.

En cas de modification importante des revenus, il peut être tenu compte de la moyenne mensuelle des ressources perçues au cours des trois mois précédant le mois de dépôt.

### *II. 1.2.2.2. - Admission de plein droit réglementaire*

Sont admises de plein droit pour la prise en charge des cotisations d'assurance personnelle :

- Les personnes bénéficiaires du RMI ;
- Les personnes titulaires de l'allocation de veuvage dont les conditions de résidence en France sont remplies ;
- Les jeunes de 17 à 25 ans qui satisfont aux conditions de ressources de résidence fixées pour l'attribution du RMI.

Cette admission de plein droit donne droit à la prise en charge totale de la cotisation d'assurance personnelle, et, pour les titulaires du RMI ou de l'allocation veuvage, à la prise en charge totale du ticket modérateur et du forfait journalier.

### II. 1.2.2.3. - *Admission au cas par cas*

Si l'application du barème ne permet pas au demandeur d'être admis de plein droit ou s'il n'existe pas de barème départemental, la demande de l'intéressé est examinée en tenant compte de ses ressources, du nombre de personnes à charge et de ses charges.

Sont considérées comme charges les sommes que l'intéressé doit acquitter pour des raisons indépendantes de sa volonté ou par suite de circonstances difficilement prévisibles (chômage, maladie).

### II. 1.2.2.4. - *Admission de droit commun*

Lorsque les ressources du demandeur sont supérieures au montant défini par le barème départemental, une aide partielle peut être attribuée en fonction des ressources et des charges du demandeur. Elle doit définir, de manière forfaitaire ou en pourcentage, la part restant à la charge du bénéficiaire.

L'admission partielle peut porter sur les soins ambulatoires ou les soins hospitaliers ou sur une partie de ces derniers (forfait journalier par exemple).

Au-delà d'un plafond de ressources disponibles équivalentes à un pourcentage du RMI, seule une aide ponctuelle peut être envisagée lorsque les ressources du demandeur ne lui permettent pas de couvrir des dépenses de soins coûteux. Ce pourcentage s'applique sur le montant du RMI calculé en fonction du nombre de personnes à charge du demandeur.

### II. 1.2.2.5. - *Cas particuliers*

Les étrangers venant d'un pays non-signataire d'une convention avec la France peuvent prétendre au bénéfice de l'aide médicale à condition de remplir des conditions de résidence en France. Ceux qui possèdent un titre de séjour régulier ou qui justifient d'une résidence de plus de trois ans sur le territoire métropolitain peuvent accéder aux mêmes prestations d'aide médicale que les nationaux dans les mêmes conditions.

Une convention internationale peut prévoir que le droit à l'aide médicale est ouvert à la seule condition que les intéressés soient en séjour régulier, sans qu'ils répondent à la condition de résidence en France.

Les étrangers en situation irrégulière bénéficient de l'aide médicale en cas de soins dispensés dans un établissement de santé ou de prescriptions ordonnées à cette occasion, y compris en

cas de consultation externe. Ils bénéficient, par ailleurs, de l'aide médicale à domicile, à condition qu'ils justifient d'une résidence ininterrompue en France métropolitaine depuis au moins trois ans. Cette dernière disposition ne paraît donc pas s'appliquer dans les D.O.M.

Pour les étrangers venant d'un pays signataire d'une convention d'assistance réciproque, les modalités d'admission sont les mêmes que pour les français.

Les personnes sans résidence stable au moment de la demande, doivent, pour bénéficier de l'aide médicale, élire domicile auprès d'un organisme spécialement agréé par décision du préfet.

Les demandeurs d'asile peuvent avoir droit à l'aide médicale s'ils ont fait une demande d'asile politique et s'ils ont un titre de séjour.

### **II. 1.2.3. - DEPENSES PRISE EN CHARGE AU TITRE DE L'AIDE MEDICALE**

Sont pris en charge, totalement ou partiellement, au titre de l'aide médicale, les frais définis au Code de la Sécurité sociale, ainsi que les cotisations d'assurance personnelle. Le forfait journalier n'est pris en charge que dans le cadre de l'aide médicale totale de plein droit. Les bénéficiaires ont la même liberté de choix du praticien, du fournisseur ou de l'établissement de santé que les assurés sociaux. L'établissement doit être soit public, soit privé (dans ce cas, il doit soit participer au service public, soit avoir conclu une convention avec la caisse régionale d'assurance maladie).

Sous réserve des conventions passées avec l'assurance maladie, les dépenses prises en charge au titre de l'aide médicale sont payées directement aux prestataires de soins ou de services par la collectivité.

La couverture des frais de soins et d'hospitalisation afférents à l'interruption volontaire de grossesse pour les personnes non assurées sociales, même si elles ont été admises au titre de l'aide médicale, est assurée par le département des affaires sanitaires et sociales (service de l'état).

#### **II. 1.2.4. - MODALITES D'ADMISSION A L'AIDE MEDICALE**

La demande d'aide médicale doit être déposée par le demandeur ou son représentant légal ou encore par le directeur de l'établissement de santé dans lequel il est admis. Le dépôt peut se faire à la caisse d'assurance maladie ou dans un organisme agréé

Les dossiers de demande d'aide médicale établis sont transmis par les organismes au président du Conseil général ou au préfet, qui en assure l'instruction.

La décision d'admission est de la compétence du président du Conseil général, sauf lorsque la demande est déposée pour une personne sans résidence stable ayant élu domicile auprès d'un organisme agréé. Dans ce cas, elle est de la compétence du préfet.

La décision est prononcée par le préfet lorsqu'il s'agit d'une interruption volontaire de grossesse.

L'admission à l'aide médicale est en principe accordée pour une période d'un an. Elle peut cependant être prononcée pour une durée inférieure en raison, soit du caractère précaire ou temporaire de la résidence du demandeur en France, soit d'une modification prochaine de sa situation ou de ses droits au regard d'un régime d'assurance, qui rendrait injustifiée son admission à l'aide médicale.

L'admission immédiate est de droit pour les bénéficiaires du RMI et de l'allocation de veuvage. Elle peut être prononcée par le président du conseil chaque fois que la situation du demandeur l'exige. Cette décision a les mêmes effets que l'admission normale et constitue une décision définitive.

## **II. 1.3. - LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE (CMU)**

### **II. 1.3.1. - MISE EN PLACE DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE**

Par le dispositif d'Aide Médicale Départementale, l'accès à la santé a été amélioré pour les populations les plus défavorisées, mais les lacunes et insuffisances de ce système amenèrent à une nouvelle réforme. En effet, pour diverses raisons (accès à l'assurance personnelle trop coûteuse, démarches complexes ou stigmatisantes, et surtout méconnaissance ou absence de droits), environ 150 000 personnes ne bénéficiaient toujours d'aucune protection sociale (13).

Selon l'enquête Santé Soins et Protection Sociale de 1998 du CREDES (5), 19% des personnes vivant du RMI déclaraient ne bénéficier ni de l'aide médicale ni de l'exonération du ticket modérateur. Théoriquement, ce taux devrait être nul puisque l'affiliation à l'AMD était automatique pour les bénéficiaires du RMI, avec une prise en charge à 100% de l'ensemble de leurs soins. Plusieurs raisons peuvent être avancées : soit ces personnes ignoraient leur droits, soit elles avaient fait la démarche et étaient en attente de l'obtention de leurs droits, soit elles avaient interrompu leur demande en raison de la complexité du processus administratif.

Dans cette même étude, 28% des personnes sans couverture complémentaire déclaraient avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des 12 derniers mois. Pour les chômeurs, ce taux était de 29%.

Par ailleurs, le régime en vigueur comportait des disparités importantes selon les départements tant dans l'accès au bénéfice de l'aide que dans le taux de prise en charge des dépenses de soins.

Il persistait donc, malgré l'aide médicale, une inégalité face à l'accès aux soins pour une fraction importante de la population qui ne disposait pas de ressources suffisantes pour faire face à l'avance frais et supporter financièrement le poids du ticket modérateur et du forfait hospitalier

De plus, les mécanismes mêmes de l'assurance personnelle se révélaient fort peu satisfaisants. D'une part, le mode de fonctionnement était devenu difficilement lisible à cause

de l'empilement de texte successifs, d'autre part, les démarches peu réalisables pour les bénéficiaires sur le plan technique aboutissaient souvent à des ruptures de droits fâcheuses pour les intéressés.

L'un des objectifs de la nouvelle réforme sociale était de pallier les lacunes et dysfonctionnements du dispositif en place.

Aux termes de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999, l'aide médicale départementale fut supprimée et a fait place à un nouveau dispositif : la Couverture Maladie Universelle (CMU) (Annexe 1). Cette loi s'intègre dans le cadre du plan de lutte contre l'exclusion de Martine Aubry, alors ministre de l'emploi et de la solidarité (6).

La CMU a pour objectif de faciliter l'accès aux soins d'une part en apportant une couverture meilleure que l'AMD, tant sur la couverture d'assurance maladie que sur la couverture complémentaire, d'autre part en supprimant les obstacles financiers que l'AMD n'avaient que partiellement levés en raison de barèmes d'admission souvent restrictifs.

Elle doit également simplifier les procédures complexes entre les différentes parties prenantes que sont les caisses d'assurance maladie et les services d'aide sociale des conseils généraux. Elle s'efforce par ailleurs d'abolir la connotation d'assistance qui s'attachait à l'AMD (2) (24).

Ainsi, concernant l'assurance maladie, la CMU doit mettre fin à la multiplicité des financeurs, simplifier les conditions d'affiliation dans les différents régimes professionnels et créer un régime dit de résidence au sein du régime général.

Concernant la couverture complémentaire, il est envisagé pour les personnes les plus démunies de mettre en place une prestation assurant le financement de la part des soins laissés à la charge de l'assuré (exonération du ticket modérateur).

Par ailleurs, pour faciliter aux bénéficiaires l'accès à leurs droits, l'Assurance Maladie a, parmi ses objectifs, celui de développer l'information du système. D'une part, auprès des bénéficiaires : toucher les personnes qui ne connaissent pas leurs droits, rendre accessible l'information sur la CMU et faciliter les démarches pour entrer dans le système de santé. D'autre part, l'information auprès des acteurs du système CMU : faire connaître les améliorations du système de remboursement et développer les partenariats avec les associations, afin d'obtenir un dispositif mieux appliqué par l'ensemble des acteurs (20).

La Couverture Maladie Universelle entre en vigueur le 1er janvier 2000.

## **II. 1.3.2. - CONDITIONS D'ADHESION A LA CMU**

L'affiliation à la CMU repose sur deux volets :

- L'affiliation à l'assurance maladie sur critère de résidence ou CMU de base ;
- La protection complémentaire en matière de santé ou CMU complémentaire.

### *II. 1.3.2.1. - La CMU de base*

La loi portant création d'une couverture maladie universelle permet d'affilier automatiquement au régime général de l'assurance maladie sur critère de résidence toute personne résidant en France, de façon stable et régulière, ne bénéficiant pas déjà d'une couverture maladie par un régime obligatoire de sécurité sociale (à titre professionnel, d'allocataire ou d'ayant droit d'un assuré).

La condition de stabilité est satisfaite si le demandeur réside en France ou dans un DOM de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois. Un certain nombre de personnes sont dispensées de justifier cette résidence ininterrompue : les personnes réfugiées, les bénéficiaires d'une prestation sociale et du RMI. Le bénéfice de l'affiliation est accordé également aux ayants droits du demandeur.

La loi a prévu la création de catégories particulières d'« ayants droits autonomes », permettant de couvrir les mineurs âgés de plus de 16 ans et des enfants pris en charge par les services de l'Aide sociale à l'enfance, jusqu'ici sans protection (13).

Les bénéficiaires ayant des ressources supérieures à un plafond fixé par décret chaque année (42 000 francs de revenu fiscal par an au 30 septembre 2001) doivent acquitter une cotisation annuelle proportionnelle à leur revenus, soit 8% du montant des ressources dépassant le plafond. Les personnes qui bénéficient de la protection complémentaire sont dispensées de toute cotisation. Les ressources prises en considération sont les revenus nets catégoriels retenus pour l'établissement de l'impôt sur le revenu. (CNAMTS avec la CMU)

La demande est faite auprès de la caisse d'assurance maladie du lieu de résidence ou auprès des organismes agréés. Elle doit être accompagnée des justificatifs d'identité ainsi que de résidence stable et régulière.

L'affiliation au régime général est effective dès le dépôt de la demande.



La CMU de base donne le droit aux mêmes prestations et aux mêmes taux de remboursement que le régime d'assurance maladie des salariés.

#### II. 1.3.2.2. - *La CMU complémentaire*

La Couverture Maladie Universelle complémentaire permet de fournir d'une part une couverture complémentaire gratuite pour les personnes remplissant certaines conditions, et d'autre part la dispense d'avance de frais sous condition de résidence et de ressources fixées par décret. Elle constitue un dispositif transitoire, qui permet à ceux qui n'ont pas les moyens de cotiser à une mutuelle ou une assurance complémentaire de se faire soigner gratuitement et sans attendre. Elle concerne ainsi des populations très diverses, notamment : chômeurs, salariés ayant un travail temporaire ou à temps partiel, jeunes de plus de 16 ans en rupture familiale, étudiant.

Les personnes intéressées doivent remplir plusieurs conditions. Elles doivent tout d'abord justifier qu'elles résident en France ou dans un DOM de manière ininterrompue depuis plus de 3 mois, selon les mêmes critères que ceux en vigueur pour l'affiliation à un régime de base. Néanmoins, les personnes titulaires du RMI sont affiliées automatiquement à la CMU complémentaire. De même, les personnes qui bénéficiaient en 1999 de l'Aide Médicale Départementale ont eu droit automatiquement à la CMU complémentaire jusqu'au 30 juin 2001. Leur niveau de ressources a ensuite été examiné afin de déterminer s'il était compatible avec le seuil retenu pour l'accès à la couverture complémentaire.

Elles doivent ensuite disposer de ressources inférieures à un plafond. Ce plafond évolue en fonction de la composition du foyer. Il était, au 1er janvier 2001, de 3 600 francs mensuels pour une personne seule, de 5 400 F pour 2 personnes, de 6 480 F pour 3 personnes et de 7 560 F pour 4 personnes (1 440 F par personne supplémentaire à partir de 5 personnes) (20). Les ressources mensuelles sont prises en compte sur les douze derniers mois. Elle correspondent à la somme des salaires nets, des indemnités chômage et des autres ressources et prestations sociales perçues par le foyer. Ces prestations sociales comprennent notamment les allocations familiales, l'allocation de soutien familial, l'allocation parentale d'éducation et les prestations de logement, évaluées forfaitairement.

La complexité des pièces à fournir pour la déclaration de ressources et la difficulté à les réunir conduisent souvent à accepter des déclarations sur l'honneur, comme d'ailleurs la réglementation le prévoit (24).

Une demande est faite par chaque foyer auprès de sa caisse d'assurance maladie, accompagnée de la déclaration de ressources.

Le bénéficiaire de la CMU complémentaire choisit si les prestations seront versées par la caisse d'assurance maladie ou par un organisme complémentaire (une mutuelle, une société d'assurance ou une institution de prévoyance).

La décision d'attribution est prise par le préfet, lequel peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse. Elle doit être notifiée dans un délai de deux mois maximum. Dans certaines situations d'urgence, la protection complémentaire peut être attribuée dès le dépôt du dossier.

L'attestation d'ouverture des droits est valable pour un an. Les droits sont renouvelés en fonction du niveau de ressources (19).

#### II. 1.3.2.3. - *Cas des étrangers : l'Aide Médicale d'Etat*

Les étrangers résidant en France sans remplir les conditions de résidence, ou ceux qui ne résident pas en France mais qui sont présents sur le territoire national (par exemple les personnes accueillies pour raison humanitaire) ont accès à l'Aide Médicale Etat (AME).

Les étrangers en situation irrégulière sans domicile fixe doivent élire domicile auprès d'un organisme agréé, d'un CCAS ou CIAS. La décision de leur admission incombe au préfet, lequel peut déléguer ce pouvoir au directeur de la CPAM. Elle est prononcée pour un an, mais, en cas de soins urgents, les demandeurs sont admis immédiatement au bénéfice de l'aide. Les conditions de ressources sont identiques à celles de la CMU complémentaire.

Dans le cas des personnes accueillies en France pour raison humanitaire, l'instruction des demandes est assurée par l'Etat lui-même. Si aucune condition de ressources n'est exigée, la prise en charge peut n'être que partielle.

La prise en charge des prestations est assortie de la dispense d'avance de frais. Elle concerne les frais de soins, le ticket modérateur et le forfait journalier (13).

Les soins couverts par l'AME sont :

- Les soins dispensés dans un établissement de santé ou les prescriptions ordonnées à cette occasion, y compris en cas de consultation externe : aucune condition de durée de résidence n'est alors exigée ;
- Les soins de ville, pris en charge uniquement sur justification d'une résidence ininterrompue en France depuis au moins 3 ans. Une exception : les enfants bénéficient de la prise en charge des soins de ville dès leur arrivée sur le territoire.

Les prestations sont remboursées par l'Etat aux caisses d'Assurance Maladie. Pour l'année 2000, les prestations s'élèvent à 304 millions de francs (20).

### **II. 1.3.3 - PRISE EN CHARGE DES PRESTATIONS PAR LA CMU COMPLEMENTAIRE**

La CMU complémentaire garantit aux bénéficiaires la prise en charge à 100% de leurs dépenses de santé, y compris le ticket modérateur, le forfait hospitalier, ainsi que la délivrance gratuite de certains articles relevant du tarif interministériel des prestations sanitaires (TIPS).

L'intéressé se voit en outre appliquer le système du tiers payant : dans tous les cas, il est dispensé de l'avance de frais, tant chez le médecin généraliste et spécialiste (qui doivent appliquer le tarif de la sécurité sociale) que chez le pharmacien, à l'hôpital et au laboratoire. Les praticiens et établissements de santé sont ultérieurement remboursés de leurs prestations par les organismes de prise en charge (19).

Des dispositions spécifiques ont été prises pour les prestations dont les prix sont libres et supérieurs au tarif de la sécurité sociale, pour les rendre accessibles aux bénéficiaires de la CMU (20) :

Pour les lunettes : une paire de lunettes par an est prise en charge pour un tarif allant de 358 francs pour une correction simple à 900 francs pour une correction complexe. La monture est prise en charge à 100% si son prix ne dépasse pas 150 francs. En revanche, la prise en charge des lentilles n'est pas améliorée.

Pour les prothèses dentaires, un forfait de 2 600 Francs, valable sur une durée de deux ans, a été rajouté au tarif de remboursement de l'assurance maladie. Il permet la prise en charge de quatre couronnes métalliques ou de deux couronnes en céramique. Pour les actes plus importants (prothèses de plus de 10 dents) ou pour les actes qui ne peuvent être reportés

sans risques pour la santé du patient, le forfait peut être dépassé. Dans tous les cas, un accord préalable de la CMU complémentaire est nécessaire avant de débiter les soins.

Pour les prothèses auditives, un forfait de 1 600 francs alloué sur deux ans permet de se procurer gratuitement certains appareils auditifs au prix maximum de 2 910 francs. Pour les prothèses complexes et plus chères, un complément reste à la charge du patient.

La CMU complémentaire a permis une meilleure prise en charge des soins que celle que permettait l'AMD. Elle est en outre de bon niveau si on la compare avec les contrats complémentaires actuels.

Il existe cependant certaines limites : le seuil institué pour bénéficier de la protection complémentaire est générateur de graves inégalités, la prise en charge des soins prothétiques dentaires était meilleure avec l'aide médicale. De plus, l'admission partielle de l'AMD permettait une aide au-delà des barèmes de la CMU complémentaire actuels (24).

#### **II. 1.3.4. - LA CMU EN CHIFFRES AUJOURD'HUI (10) (46)**

Nous avons regroupé dans ce chapitre les résultats de certains bilans sur la CMU effectués plus d'un an après sa mise en place. Les chiffres recueillis concernent les caractéristiques de la population inscrite à la CMU, les dépenses faites au titre de la CMU ainsi que le coût de son financement. Ils permettent d'évaluer le poids de la réforme sur les plans social et économique.

##### *II. 1.3.4.1. - Les bénéficiaires*

Au 30 juin 2001, en métropole et dans les D.O.M., près de 1,2 millions de personnes étaient affiliées à l'assurance maladie sur critère de résidence (CMU de base), soit un peu moins de 2% de la population. L'étendue de cette couverture est particulièrement importante dans les départements d'outre-mer où elle concerne 14% de la population contre 1,6% en France métropolitaine.

L'affiliation à l'assurance maladie sur critère de résidence est assortie d'un paiement de cotisations pour une minorité de bénéficiaires (4%). La quasi totalité d'entre eux ayant un niveau de ressources qui les en exempte. La très grande majorité des bénéficiaires sont

titulaires ou dépendent d'un titulaire du RMI (près de 72% en France entière). Sont également affiliés à la CMU complémentaire 85% des bénéficiaires de la CMU de base.

Du 1er janvier 2000 au 30 juin 2001, 170 000 nouveaux bénéficiaires ont été affiliés à la CMU de base, ce qui représente une augmentation globale de 17 %.

Pour la CMU complémentaire, 5,3 millions de personnes y étaient affiliés en France entière au 30 juin 2001, soit 8,8% de la population. Comme pour la CMU de base, la CMU complémentaire concerne une part beaucoup plus importante de la population dans les pays d'outre-mer : 39% de la population contre 8% en métropole.

Depuis le 1er janvier 2000, le nombre de bénéficiaires a augmenté de 1,5 millions, ce qui représente une progression de 39% (10).

Ces effectifs méritent cependant d'être considérés avec prudence. Les opérations de révisions des droits des anciens bénéficiaires de l'aide médicale programmées pour juin puis octobre 2000 n'ayant pas été menées à leur terme et reculées jusqu'au 31 juin 2001, il n'est pas possible d'évaluer avec exactitude le nombre de bénéficiaires qui auraient dû être exclus des fichiers en raison de revenus dépassant le seuil d'admission à la CMU complémentaire. A partir du mois de juillet 2001, les flux de sortie du dispositif seront sans doute plus importants (24).

La gestion de la CMU complémentaire par les caisses d'assurance maladie reste prédominante et concerne encore plus de 90% des bénéficiaires. Les organismes complémentaires (mutuelles, assurances ou institutions de prévoyance) gèrent les autres dossiers. Pour les nouveaux bénéficiaires entrés dans le dispositif depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000, la gestion par organisme complémentaire est plus fréquente que par les caisses d'assurance maladie et concerne 32% d'entre eux. Cette proportion est en augmentation constante.

La répartition géographique des bénéficiaires de la CMU complémentaire reste proche de celle observée pour l'aide médicale. Les taux de remboursement les plus élevés concernent principalement deux zones : un croissant sud sud-est (sur huit départements de la côte méditerranéenne) et un croissant au nord de la France (sur six départements). Deux départements d'Ile-de-France connaissent également une concentration importante de bénéficiaires : la Seine-Saint-Denis et Paris.

On observe une plus forte progression de la CMU complémentaire dans les régions où la couverture par l'aide médicale était la plus faible. Ainsi, la CMU complémentaire couvre une

population plus large : en moyenne 7,8% de la population métropolitaine, contre 5% pour l'aide départementale en 1999.

Dans le Val-de-Marne, le nombre de bénéficiaires était, en juin 2001, de 20 680 pour la CMU de base et de 96 227 pour la CMU complémentaire (soit respectivement 2,2 et 2% des bénéficiaires de la France métropolitaine) (18).

#### II. 1.3.4.2. - *Les dépenses remboursées au titre de la CMU*

Sur l'ensemble de l'année 2000, le montant des dépenses remboursées au titre de la CMU complémentaire Etat est de 5,7 milliards de francs pour la France entière et de 4,7 milliards de francs en France métropolitaine, dont près de 4 milliards de francs pour les soins de ville. Cela représente une dépense moyenne remboursée par bénéficiaire au titre de la CMU complémentaire de 1087 francs (46).

Pour la CMU de base, la dépense moyenne par bénéficiaire en 2000 s'élève à 4 565 francs (20).

Les soins ambulatoires représentent 80% des dépenses remboursées au titre de la CMU complémentaire, contre seulement 20% pour l'hospitalisation. Les plus gros postes de dépenses en ville sont constitués par la pharmacie (34%), les honoraires médicaux (21%) et les soins dentaires (12%) (10).

Les prévisions pour l'année 2001 font supposer que la dépense moyenne par bénéficiaire sera plus élevée que celle de l'année 2000. En effet, on a observé une évolution importante de la dépense moyenne sur les quatre derniers mois de l'année 2000 (46).

#### II. 1.3.4.3. - *Le financement de la CMU*

Le financement du dispositif est assuré d'une part par un certain nombre de transferts financiers destinés à financer la couverture maladie de base, d'autre part par la création d'un fonds spécial destiné à financer la protection complémentaire.

##### ❖ Le financement de la couverture de base :

Divers transferts financiers ont été opérés en vue de financer la couverture maladie de base. Ces transferts sont consécutifs tout d'abord à la suppression de l'assurance personnelle. Celle-ci était jusqu'alors financée par la caisse nationale d'assurance maladie (CNAM). Pour maintenir ses recettes, la loi a prévu une revalorisation des cotisations suivantes versées à la

CNAM : la part des droits de consommation sur les alcools et le tabac, la part du produit des prélèvements sociaux opérés sur les revenus du patrimoine et de placement. Enfin, la cotisation due par les particuliers assurant leur véhicule automobile est désormais perçue au seul profit de la CNAM.

Ces transferts sont liés ensuite à la suppression de l'aide sociale départementale. Dans la mesure où les départements n'ont plus à supporter la charge de l'aide médicale, des crédits sont récupérés sur la dotation générale de décentralisation et sur les sommes que les départements devaient consacrer à l'insertion des allocataires du RMI (13).

❖ Le financement de la protection complémentaire :

La loi du 27 juillet 1999 a prévu la création d'un « Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie ». Institué sous la forme d'un établissement à caractère administratif, ce Fonds comprend un conseil d'administration, où siègent des représentants de l'Etat, ainsi qu'un conseil de surveillance, composé notamment des représentants du Parlement.

Les dépenses du fonds correspondent d'une part au remboursement intégral aux caisses de sécurité sociale des prestations versées au titre de la couverture complémentaire. D'autre part, elle correspondent au remboursement, dans la limite de 1500 F par an et par assuré, aux organismes de protection complémentaire des sommes qu'ils consacrent à la prise en charge des bénéficiaires de la couverture complémentaire. Enfin, le fonds finance sa propre gestion administrative.

Les recettes du fonds de financement sont constituées par une dotation budgétaire de l'Etat destinée à équilibrer le fonds ainsi que par une contribution financière des organismes de protection complémentaire (mutuelles, institutions de prévoyance, assureurs). Cette contribution est assise sur le montant des cotisations et des primes afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé. Son taux est fixé à 1,75% de ce montant. Le montant versé au fonds correspond à la différence entre la contribution due de 1,75% et le montant du produit des adhésions ou contrats souscrits au titre de la CMU par le nombre de personnes prises en charge (13).

Cette contribution couvre environ 20% du coût de la CMU, soit 1,8 milliards de francs pour l'année 2000.

La subvention d'équilibre de l'Etat est, en volume, le premier mode de financement de la CMU complémentaire. Cette subvention est estimée pour l'année 2000 à 7 milliards de francs. Elle est votée annuellement par le Parlement (24).

De plus, afin de permettre aux personnes situées juste au-dessus du seuil ouvrant droit à la protection complémentaire d'accéder néanmoins aux soins, la loi a prévu la possibilité de voir créer un fonds d'accompagnement à la protection complémentaire alimentée par des contributions volontaires des organismes complémentaires (13).

Outre d'assurer le financement des dépenses de soins de santé, le Fonds a pour mission d'analyser l'application de la loi dans ces aspects sanitaires et sociaux et de contrôler les dépenses qu'il finance (20).



## **II. 2 - INFLUENCE DU TYPE DE COUVERTURE MALADIE SUR LA CONSOMMATION MEDICALE**

### **II. 2.1 - ETUDES SUR LA CONSOMMATION DE SOINS DES BENEFICIAIRES DE L'AMD**

#### **II. 2.1.1 - PRESENTATION DES ETUDES**

Depuis la mise en place de l'Aide Médicale Départementale en 1984, certaines Caisses Primaires d'Assurance Maladie (CPAM) se sont interrogées sur la consommation de soins des bénéficiaires de l'AMD. En effet, celle-ci leur paraissait particulièrement importante. Elles ont donc effectué des études sur les coûts supportés par la branche Maladie de la CPAM pour les remboursements des soins médicaux des bénéficiaires de l'AMD et des autres assurés, sur une période donnée.

Les coûts ne concernent que les populations consommantes, c'est-à-dire des assurés et des ayants droit ayant eu au moins un décompte pendant la période étudiée. Les personnes n'ayant eu aucun soin médical n'ont donc pas été sélectionnées dans les échantillons. Les données exploitées sont issues du Système Informatisé de l'Assurance Maladie (SIAM). Ces études sont strictement économiques. Elles ne tiennent pas compte des aspects sociologiques propres aux bénéficiaires de l'AMD (par exemple leurs conditions de vie, leur catégorie socioprofessionnelle).

Nous avons analysé six de ces études départementales : celles de Meurthe et Moselle, de l'Oise, du Calvados, d'Ille et Villaine, de Paris et de l'Eure.

Les départements concernés étaient représentatifs de la France en terme de densité de population bénéficiant de l'AMD. Ils avaient une part de bénéficiaires pour 100 habitants de 3 à 4,8%, pour une moyenne sur la France métropolitaine de 4,8% (51).

Ces études étaient accessibles auprès de la CPAM de chaque département. Leurs caractéristiques sont les suivantes :

- CPAM de Nancy (Meurthe et Moselle) : Les données ont été recueillies sur un an : du 1er octobre 1996 au 31 septembre 1997.
- CPAM de Beauvais (Oise) : L'étude concerne le premier semestre 1998.
- CPAM du Calvados : La période de référence est le premier semestre 1997.
- CPAM d'Ille-et-Vilaine : L'étude se base sur les soins consommés entre le 1er mars 1997 et le 31 juillet 1997.
- CPAM de Paris : La période de référence est le mois d'octobre 1995.
- CPAM de l'Eure : L'analyse a porté sur une période de six mois entre le 1er janvier 1995 et le 30 juin 1995.

Les résultats de l'enquête annuelle sur la santé et la protection sociale (ESPS) du CREDES (Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé) en 1998 (5), viennent à l'appui de ceux des études départementales.

Cette enquête a pour objectif de suivre de manière régulière les modifications de comportements des différents producteurs et consommateurs de soins. Elles recueillent chaque années des données d'ordre micro-économique auprès des ménages, afin d'expliquer en partie les évolutions macro-économiques constatées.

Elle se déroule sur deux périodes : une au printemps, d'avril à juin, et l'autre à l'automne, d'octobre à décembre.

En 1998, l'ESPS est représentative de 95% des ménages ordinaires de France métropolitaine. L'enquête combine la méthode de l'entretien téléphonique (ou du déplacement de l'enquêteur) et celle de questionnaires auto-administrés.

Les information relevées portent sur les modes de protection maladie, l'état de santé et les consommations médicales pendant une période d'un mois, en relation avec les caractéristiques socio-économiques et les conditions de vie.

## **II. 2.1.2 - LES BENEFICIAIRES DE L'AIDE MEDICALE DEPARTEMENTALE**

La structure par âge des bénéficiaires de l'AMD est très différente de celle des autres patients du régime général. On retrouve la répartition suivante : la proportion de la population AMD de 0 à 29 ans est d'environ 61% contre environ 41% dans la population générale. Au-

dessus de 60 ans, le taux de bénéficiaires est en moyenne de 3% contre 21% dans régime général. Enfin, selon les études, l'âge moyen varie de 26 à 30 ans chez les bénéficiaires de l'AMD et est de 38 ans chez les non bénéficiaires.

La répartition par sexe est sensiblement la même pour les deux populations, excepté dans la classe 20-29 ans, où on observe toujours une plus forte proportion de femmes.

D'autre part, la proportion d'ayants droit apparaît nettement supérieure chez les patients inscrits à l'aide médicale, soit en moyenne 47% contre 35% chez les autres assurés. Enfin, les 22-44 ans représentent la majorité des consommateurs (environ 1/3) en AMD.

### **II. 2.1.3 - RESULTATS ET INTERPRETATION**

On a distingué dans chacune des études deux approches analytiques du recours aux soins par les bénéficiaires de l'AMD. On a évalué d'une part la consommation de soins par secteur de dépenses, et d'autre part la consommation de soins globale, c'est-à-dire les dépenses globales supportées par la caisse maladie pour les soins ambulatoires.

Dans chacun des deux cas, la comparaison a été faite avec les patients du régime général.

#### *II. 2.1.3.1 - Consommation de soins par secteur de dépenses*

Les secteurs de dépenses étudiés sont, par prestations :

- Les honoraires : consultations de généralistes et de spécialistes, visites à domicile, visites de nuit et de dimanche, actes de radiologie et actes dentaires.
- Les prescriptions : produits pharmaceutiques, analyses biologiques, actes de radiologie, actes d'auxiliaires médicaux (infirmiers et de kinésithérapie).
- Les autres prestations : frais de transports (taxi et ambulance).

Dans chacun de ces secteurs, la comparaison est faite entre le recours aux soins des bénéficiaires de l'AMD et des autres patients du régime général (Annexe 2 Tableau I).

De façon générale, on retrouve dans chaque étude le même profil de consommation de soins ambulatoires pour les bénéficiaires de l'AMD, que l'on peut classer en trois groupes :

- La consommation de soins des bénéficiaires de l'AMD est supérieure à celle des assurés du régime général. Cela concerne les secteurs suivants : les actes de médecins généralistes (consultations, visites sans et sans majoration), les soins dentaires, les transports.
- La consommation de soins est moins importante pour les bénéficiaires de l'AMD que pour les autres patients. C'est le cas des consultations de spécialistes, des dépenses pharmaceutiques, des actes biologiques et radiologiques.
- La consommation de soins est équivalente dans les deux populations pour les soins infirmiers et les séances de kinésithérapie.

Le médecin généraliste apparaît ici comme l'acteur principal de la santé des bénéficiaires de l'AMD. Ces derniers y ont recours plus fréquemment que la population générale, surtout pour les visites à domicile, et notamment les visites avec dépassement (dimanche, jours fériés et nuits).

En revanche, la fréquentation des spécialistes est plus rare par les bénéficiaires de l'aide médicale que par les non bénéficiaires. Exception faite pour les consultations de neuropsychiatrie, auxquelles soit les patients inscrits à l'AMD ont plus recours (dans les études de Paris et de l'Ille-et-Vilaine), soit les deux populations ont recours de façon identique (dans l'étude de Meurthe et Moselle).

Les soins dentaires constituent un secteur où la consommation est plus importante pour les bénéficiaires de l'AMD. Ces soins ont un ticket modérateur élevé, et sont souvent inaccessibles pour les populations démunies. Comme l'aide médicale propose une couverture totale pour les actes dentaires, les personnes qui en bénéficient ont une demande facilitée par rapport à celle qui font l'avance de frais.

Cependant, pour les soins dentaires comme pour les transports, bien que le recours soit plus important pour les bénéficiaires de l'AMD que pour la population générale, la consommation unitaire est plus faible pour les premiers. En effet, le nombre d'actes est plus élevé mais le coût global des soins est plus faible, car chaque acte est moins onéreux que ceux consommés par les non bénéficiaires.

### II. 2.1.3.2 - *Consommation globale de soins*

Le coût global des prestations supportées par la caisse maladie, résultat de la moyenne des dépenses consacrées à chaque secteur, est le reflet de la consommation globale des bénéficiaires et des non bénéficiaires de l'AMD.

Le tableau I compare la consommation de soins des deux populations pour chaque étude départementale.

Deux calculs ont été pris en compte :

Le premier représente la consommation de soins globale de chacune des deux populations. Il se base sur la dépense totale enregistrée par la caisse maladie pour le remboursement des soins, d'une part pour la population relevant du régime général, d'autre part pour la population relevant de l'aide médicale.

Le second calcul corrige le premier par un redressement selon la structure d'âge des patients dans chacun des deux groupes. En effet, les parts de consommateurs par classe d'âge sont différentes dans les deux populations (du fait d'une population inscrite à l'aide médicale plus jeune). Des moyennes de consommation fictives ont donc été calculées en appliquant la structure d'âge des bénéficiaires de l'AMD à la consommation des non bénéficiaires. On se trouve alors dans la situation hypothétique où les structures d'âge dans les deux populations deviendraient identiques, sans toutefois que les autres particularités des bénéficiaires de l'AMD en soient modifiées.

Cette correction permet de comparer plus justement le comportement des deux groupes face à la consommation de soins, puisqu'elle prend en compte leur différence importante de structure d'âge.

**Tableau I.** Consommation globale de soins de ville : comparaison entre les bénéficiaires de l'AMD et le régime général d'après les études des caisses primaires maladies.

ETUDES DEPARTEMENTALES	CONSOMMATION GLOBALE	APRES STANDARDISATION PAR AGE
Meurthe et Moselle	Non étudiée	AMD > RG
Oise	AMD = RG	AMD > RG
Calvados	AMD < RG	AMD > RG
Ille et Vilaine	AMD < RG	AMD > RG
Paris	AMD < RG	Non étudiée
Eure	AMD = RG	AMD > RG

AMD > RG : consommation de soins en AMD supérieure que pour le régime général

AMD < RG : consommation de soins en AMD inférieure que pour le régime général

AMD = RG : consommation de soins en AMD équivalente au régime général

Ces résultats mettent en évidence d'une part que la consommation de soins globale de la population inscrite à l'aide médicale est inférieure ou égale à la population générale. C'est-à-dire que le montant global des remboursements versés par les CPAM au titre de l'AMD est moins élevé, voire sensiblement équivalent à celui versé pour les patients du régime général.

D'autre part, après structuration par âge, les deux populations devenant comparables par leur âge, les bénéficiaires de l'AMD apparaissent plus fort consommateurs de soins que la population générale.

Nous nous sommes interrogé sur ces résultats et sur l'influence que le calcul de la structure d'âge a sur eux .

Le service médical de la CPAM de Nancy a proposé un découpage par âge des principaux problèmes médicaux rencontrés (26) :

- 0 à 14 ans : maladies infantiles
- 15 à 25 ans : accidents
- 26 à 39 ans : pas de pathologies médicales particulières
- 40 à 59 ans : maladies cardio-vasculaires, cancers
- 60 à 74 ans : maladies cardio-vasculaires et cancers plus fréquents
- 75 ans et plus : perte de l'indépendance, grosse consommation de soins

La consommation de soins est donc dépendante de l'âge.

Les études départementales ont montré que, de façon générale, les bénéficiaires de l'AMD entre 20 et 50 ans sont plus fort consommateurs de soins que dans la population générale de la même tranche d'âge.

On observe le phénomène inverse après 60 ans et entre 0 et 9 ans : ce sont les patients du régime général qui consomment le plus de soins.

Entre 10 et 20 ans, le recours aux soins est comparable dans les deux populations.

Les tranches d'âge 20-50 ans, et surtout 20-40 ans, sont, d'après le découpage précédent, les moins exposées à des pathologies lourdes. La plus forte consommation de soins des bénéficiaires de l'AMD par rapport aux non bénéficiaires s'explique donc par une différence de nature des problèmes d'ordre médical ou autre.

Par contre, après soixante ans, les pathologies sont plus lourdes, avec une prise en charge souvent coûteuse. Or, il y a proportionnellement plus de patients de plus de 60 ans dans le régime général qu'inscrits à l'aide médicale. De plus, ces derniers consomment moins de soins ambulatoires, car ils sont souvent dirigés vers des établissements de soins. Le coût des dépenses globales pour le régime général dans cette tranche d'âge est donc nettement plus élevé que pour l'aide médicale.

Entre 0 et 9 ans, le suivi médical pour les bénéficiaires de l'AMD est principalement assuré dans les centres de Protection Maternelle et Infantile. Ils consomment donc moins de soins ambulatoires que dans la population générale.

Au total, si la consommation globale des bénéficiaires de l'AMD est inférieure à celle du régime général, c'est, d'une part, grâce à une moyenne d'âge inférieure, et, d'autre part, par un moindre coût des patients de 0 à 9 ans et de plus de 60 ans.

Néanmoins, leur consommation unitaire après standardisation par âge est nettement plus importante, notamment dans la tranche d'âge des 20 à 50 ans. Cette distinction est probablement liée à d'autres difficultés rencontrées par cette population, telles que leurs conditions de vie socio-économiques, entraînant des états pathologiques particuliers, ce que nous détaillerons plus loin.

## **II. 2.2 - CONSOMMATION DE SOINS AMBULATOIRES PAR LES BENEFCIAIRES DE LA CMU**

La CMU a été mise en place le 1er janvier 2000. Les bilans des dépenses de santé des bénéficiaires de la CMU au cours et au terme de l'année 2000 rejoignent les résultats d'études des CPAM sur l'AMD.

### **II. 2.2.1 - LES BENEFCIAIRES DE LA CMU**

La population inscrite à la CMU est jeune : l'âge moyen est de 27 ans (contre 38 ans pour le régime général), 42% ont moins de 20 ans (42). Seulement 6% des bénéficiaires de la CMU ont plus de 60 ans, alors que cette tranche d'âge représente plus de 21% des consommateurs du régime général (20).

Cette différence de structure d'âge est due au fait d'une part que les adultes jeunes, davantage exposés aux risques de précarité, ont le plus recours à la CMU. On compte également un nombre important d'enfants couverts par l'intermédiaires de leurs parents.

D'autre part, les personnes âgées de plus de 60 ans bénéficiant d'une allocation vieillesse ne remplissent plus les conditions de ressources nécessaire à l'attribution de la CMU. Cette tranche d'âge représente donc une faible proportion en CMU.

La population des bénéficiaires de la CMU est en majorité féminine (54%), une répartition comparable à celle observée dans l'ensemble du régime général. Toutefois, les femmes sont près de 2/3 parmi les 20-39 ans à bénéficier exclusivement de la CMU complémentaire (35).



## II. 2.2.2 - RECOURS AUX SOINS

### II. 2.2.2.1 - *Dépenses de santé*

La dépense moyenne des bénéficiaires de la CMU pour l'année 2000 s'élève à 4 565F. Elle est inférieure de près de 10% à celle des autres patients du régime général qui se monte à 5 016 francs. Il n'y a donc pas d'impact notable de la CMU sur les dépenses remboursées par le régime général.

Toutefois, à structure d'âge et de sexe identiques, un bénéficiaire couvert par la CMU a dépensé, en moyenne, près de 30 % de plus qu'un autre patient du régime général (respectivement 4 565 F contre 3 531 F). L'écart de consommation concerne principalement les patients âgés de 20 à 60 ans.

Cette situation reflète l'état de santé plus précaire des bénéficiaires de la CMU avant 60 ans que les autres personnes du régime général (34).

Ce moins bon état de santé apparaît également à travers l'exonération du ticket modérateur pour les affections de longue durée (ALD). En effet, avant 60 ans, le taux de personnes exonérées au titre d'une ALD est plus élevé parmi les patients couverts par la CMU : 10% contre 6,6% pour un autre patient du régime général, de même âge et de même sexe. Ce constat est en rapport avec l'influence du niveau de vie sur l'état de santé (34).

Les dépenses de soins de ville en CMU complémentaire se décomposent de la façon suivante : 61,9 % de prescriptions, 37,4 % d'honoraires et 0,7 % de frais de transport. La part de prescriptions augmente avec l'âge au détriment des honoraires médicaux et dentaires (34).

### II. 2.2.2.2 - *Actes de médecins*

Les bénéficiaires de la CMU ont un recours important aux soins de première nécessité : ils consultent davantage les médecins généralistes que les autres patients du régime général (88% contre 85%). Ce comportement est traditionnel parmi les catégories les plus démunies, pour qui le médecin généraliste joue le rôle de porte d'entrée dans le système de santé. De même, les patients ayant recours aux visites à domicile sont plus nombreux chez les bénéficiaires de la CMU (35% contre 30% pour les autres patients).

En revanche, les bénéficiaires de la CMU ont sensiblement moins recours aux spécialistes (53% contre 63%). La consultation des dentistes et ophtalmologistes, en particulier, reste moins courante, bien qu'en hausse grâce au forfait mis en place par la CMU complémentaire (20).

#### II. 2.2.2.3 - *Produits pharmaceutiques*

La pharmacie constitue de loin le poste le plus important des dépenses de soins de ville (46,5%) pris en charge au titre de la CMU complémentaire. Comme l'ensemble des prescriptions, cette part s'accroît avec l'âge (elle atteint plus de 54,8 % pour les 60 ans et plus).

La consommation moyenne de médicaments par patient est légèrement plus faible pour les bénéficiaires de la CMU que pour les autres patients.

Cependant, avant 60 ans, cette consommation est sensiblement plus élevée chez les patients couverts par la CMU. Ainsi, elle avoisine le double pour les 30 à 39 ans et est supérieure de 40% pour les 40 à 59 ans.

Les patients ont davantage recours aux matériels et appareillages divers, mais ceux-ci sont en moyenne moins coûteux. A titre d'exemple, les bénéficiaires de la CMU consomment plus de pansements et relativement peu d'appareillages lourds et de prothèses.

Les bénéficiaires de la CMU recourent le plus fréquemment aux médicaments agissant sur le système nerveux central, sur les voies digestives et le métabolisme. Ces médicaments sont révélateurs de conditions de vie difficiles.

La consommation importante de médicaments contre la fièvre et la douleur est significative d'une population jeune, principalement exposée à des affections courantes.

Pour les patients du régime général, la dépense moyenne la plus élevée se rapporte aux médicaments traitant le système cardio-vasculaire, ce qui est représentatif d'une population plus âgée (72 % de ces médicaments sont prescrits à des personnes de plus de 60 ans) (20) (34).

#### II. 2.2.2.4 - *Autres soins de ville*

La part des dépenses en soins d'auxiliaires paramédicaux pour les bénéficiaires de la CMU est plus faible que pour la population générale (7,1% contre 9,8%). Il en est de même pour les actes biologiques (5, % contre 5,7%).

En revanche, les patients couverts par la CMU ont une consommation en transports médicalisés plus forte que les autres patients (4,3% des dépenses de soins contre 3,4%) (34).

#### II. 2.2.2.5 - *Conclusion*

De façon globale, à âge et sexe identiques, la consommation moyenne des soins de ville des bénéficiaires de la CMU est supérieure à celle des autres patients du régime général. Cet écart est notamment marqué pour les consultations et les visites à domicile des généralistes.

Cependant, les dépenses moyennes dans chaque secteur de santé ne sont pas supérieures à celles de la population générale. La meilleure prise en charge des soins des plus démunis ne semble donc pas avoir d'impact notable sur les dépenses remboursées par le régime général.

De plus, le type de soins consommés par les bénéficiaires de la CMU est révélateur des conditions de vie difficiles de cette population que nous développerons plus loin.

Ces résultats rejoignent les conclusions établies pour les bénéficiaires de l'AMD.

Nous venons d'observer certaines différences de comportements face à la consommation de soins ambulatoires entre les bénéficiaires de l'AMD et de la CMU, et les autres assurés sociaux du régime général. Les premiers étant, à structure d'âge égale, de plus fort consommateurs de soins.

Il semble que d'autres critères que la dispense d'avance de frais entrent en jeu, notamment des critères socio-économiques ou démographiques.

Nous avons tenter de préciser l'influence de ces facteurs sur les comportements observés en nous référant à d'autres modèles de couverture maladie complémentaire décrits dans la littérature.

## **II. 2.3 - ETUDES SUR LES COMPORTEMENTS DE DEMANDE DE SOINS SELON LA COUVERTURE MALADIE**

### **II. 2.3.1 - LIENS ENTRE ETAT DE SANTE, PRECARITE SOCIALE ET ASSURANCE**

Plusieurs études ont été consacrées aux liens qui existent entre état de santé, précarité et couverture maladie.

Nous avons regroupé leurs résultats selon différentes variables de santé et socio-économiques.

#### *II. 2.3.1.1 - Morbidité et variables économiques*

La morbidité se définit par deux indicateurs :

- Le risque vital, codé en six positions selon le degré de détérioration du pronostic vital.
- L'invalidité, codée en huit positions selon le degré de la gêne occasionnée par la pathologie concernée.

Il s'agit de notes synthétiques attribuées par des médecins au vu des pathologies, handicaps, traitements et risques (tabac, obésité) déclarés par la personne concernée. Elles évaluent respectivement le risque de décès à court terme du sujet et son degré d'invalidité.

Ce sont les indicateurs objectifs de la santé. Ces deux indicateurs sont représentatifs de l'état de santé d'un individu : plus ils augmentent, plus l'état de santé se détériore.

La morbidité a été évaluée en fonction du milieu socio-économique (5). Il apparaît que les populations qui ont un mauvais état de santé sont les chômeurs et autres inactifs, les femmes au foyer, les retraités, les ménages d'ouvriers, les exonérés du ticket modérateur (en cas de maladie de longue durée), les bénéficiaires de l'AMD, les RMistes et enfin les bénéficiaires du régime social agricole (MSA) et du régime des non salariés non agricole (CANAM) (en grande partie expliqué par leur moyenne d'âge élevée).

A l'inverse, ont un risque vital et une invalidité faibles les ménages de cadre supérieur, les étudiants et élèves.

De même, il y a un lien entre le revenu et l'état de santé (15). Pour évaluer ce lien, deux critères sont pris en compte:

- Les indicateurs objectifs de santé (risque vital et invalidité);
- L'indicateur subjectif de santé, qui correspond à l'appréciation portée par le sujet sur son état de santé compte tenu de son âge. Les modalités de réponse proposées au sujet s'échelonnant de très bon à très mauvais.

Selon ces critères, il y a une amélioration de l'état de santé de la population en fonction du revenu. Ces mêmes indicateurs de santé sont plus mauvais pour les bénéficiaires de l'AMD que pour la population générale.

En conclusion, le lien entre le niveau socio-économique et la morbidité est très fort : plus le revenu et le milieu socio-économique est bas, plus les indicateurs de santé sont mauvais.

#### II. 2.3.1.2 - *Morbidité, précarité et couverture complémentaire*

##### ❖ Morbidité et couverture complémentaire

L'enquête Soins et Protection Sociale 1998 (ESPS) du CREDES (5) a établi un lien entre l'état de santé et le niveau de couverture maladie. Concernant la couverture complémentaire, ceux qui n'ont pas de couverture complémentaire ont une morbidité plus élevée. Concernant la multicoverture complémentaire : les personnes les plus malades ne sont pas les plus couvertes, et plus le pronostic vital est mauvais, plus le taux de multicoverture est faible.

Une autre analyse, basée sur l'enquête santé de l'INSEE 1991-1992 (33), révèle également que la morbidité des bénéficiaires d'une assurance complémentaire est plus faible que celle des non bénéficiaires.

Il y a donc un lien inverse entre l'état de santé et le niveau de couverture maladie complémentaire.

##### ❖ Précarité et couverture complémentaire

La précarité sociale telle qu'elle est perçue dans ce travail place l'individu dans une situation de risque pouvant l'entraîner dans un processus de désinsertion.

Cette notion correspond à celle retenue par le Haut Comité de la Santé Publique (42) :

« La précarité est l'absence d'une ou plusieurs des sécurités permettant aux personnes et familles d'assumer leurs responsabilités élémentaires et de jouir de leurs droits fondamentaux.

L'insécurité qui en résulte peut être plus ou moins étendue et avoir des conséquences plus ou moins graves et définitives. Elle conduit le plus souvent à la grande pauvreté quand elle affecte plusieurs domaines de l'existence, qu'elle tend à se prolonger dans le temps et devient persistante, qu'elle compromet gravement les chances de reconquérir ses droits et de ré-assumer ses responsabilités par soi-même dans un avenir prévisible. »

Les risques individuels de précarités des adultes sont fortement liés les uns aux autres. Un score de précarité sociale individuel peut être établi à partir de ces risques (42):

- L'emploi : le niveau de précarité est plus élevé chez les ouvriers, les chômeurs ;
- Le niveau d'étude, le diplôme : plus le niveau est bas, plus le niveau de précarité est élevé;
- La nationalité : la précarité touche plus les étrangers ;
- L'âge : la précarité est maximum pour les jeunes adultes de 20 à 29 ans, puis diminue, pour progresser de nouveau à partir de 45-49 ans ;
- La couverture maladie : les moins bien couverts sont dans une situation de précarité plus importante.

Par ailleurs, le niveau de l'assurance complémentaire d'un individu est corrélé à certaines caractéristiques socio-démographiques, qui sont très proches des risques sus-cités (33) :

Le niveau d'étude du chef du ménage : ceux qui n'ont pas de diplôme sont les moins bien assurés ;

- La nationalité : les étrangers sont moins bien assurés ;
- L'âge : les personnes entre 20 et 29 ans et de plus de 80 ans sont moins bien assurées ;
- Le revenu : le niveau d'assurance augmente avec le revenu ;
- Le sexe : les femmes sont mieux assurées que les hommes.

Il y a donc un lien entre la précarité et le niveau de couverture complémentaire : ceux qui présentent des critères de précarité sociale sont aussi les moins bien assurés.

❖ Précarité et morbidité

Une autre notion développée par une étude du CREDES sur la précarité sociale est celle de la vulnérabilité médicale (42). On entend par vulnérabilité médicale le fait d'avoir un état de santé tel qu'il risque d'être une difficulté à obtenir ou garder un emploi.

Sont considérées comme vulnérables médicalement les personnes étant dans une ou plusieurs de ces situations :

- Handicap reconnu
- Maladie invalidante (très grande fréquence de troubles psychiques et de troubles neurologiques)
- Morbidité importante

La vulnérabilité médicale a été analysée selon divers critères socio-économiques :

Les « autres inactifs » (essentiellement pour raison de santé) sont les plus vulnérables médicalement ;

- Le revenu : les personnes ayant les plus bas revenus sont en état de vulnérabilité ;
- La profession : les ouvriers puis les employés sont médicalement plus vulnérables ;
- Le niveau d'étude : une personne non diplômée ou non scolarisée est plus vulnérable ;
- La nationalité : les communautés étrangères ont un taux de vulnérabilité identique ou supérieur aux Français ;
- L'âge : la vulnérabilité médicale augmente avec l'âge ;
- Le sexe : les femmes sont médicalement plus vulnérables.
- Le type de ménage : les familles monoparentales ou, au contraire, de sept personnes ou plus, ont un taux de vulnérabilité important ; de même pour les ménages dont la personne de référence est une femme ;
- La protection maladie : ceux qui ne possèdent pas de couverture complémentaire sont plus vulnérables que ceux qui en possèdent une.

Cette étude a établi la grande proximité entre précarité sociale et vulnérabilité médicale, aussi bien au niveau individuel qu'au niveau des ménages.

Les personnes en situation de précarité sociale sont deux fois plus souvent vulnérables médicalement que les autres ; les personnes médicalement vulnérables sont deux fois plus souvent en situation de précarité sociale que les autres.

#### II. 2.3.1.3 - *Conclusion*

Il existe des liens très étroits entre le niveau de précarité sociale d'un individu, son état de santé et son niveau de couverture maladie complémentaire : dans une situation de précarité, il est plus vulnérable médicalement, avec une morbidité plus élevée, et son niveau d'assurance complémentaire est plus faible.

### **II. 2.3.2 - LIENS ENTRE ASSURANCE, CONSOMMATION DE SOINS ET REVENUS**

Le comportement de recours aux soins est différent entre les assurés complémentaires et les non assurés.

Le nombre d'épisodes de soins de ville est significativement plus élevé chez les assurés complémentaires que chez les non assurés. C'est ce qu'on appelle les comportements d'aléa moral (ou hasard moral). L'aléa moral caractérise la modification des comportements des assurés, qui peut conduire à des choix inutilement dispendieux (33).

On distingue un aléa moral *ex ante*, qui correspondrait à un comportement moins prudent des assurés et à moins de prévention, lorsqu'ils se savent couverts. L'assuré n'est plus motivé à prévenir le sinistre car l'assurance en réduit les conséquences financières (relâchement des comportements de prévention).

Dans le domaine de la santé toutefois, les comportements d'aléa moral revêtent plus probablement la forme d'*aléa ex post*, qui correspond simplement au fait qu'un individu assuré fera moins attention au coût de réparation du dommage. Le prix des soins est diminué en apparence pour le patient, qui n'hésitera pas à engager des dépenses qui n'ont pas forcément de justification médicale (surconsommation de soins une fois la maladie déclarée) (52).

De plus, le type de soins consommés est différent selon la couverture complémentaire : les individus couverts ont plus de soins comportant des dépassements ou à fort ticket modérateur (notamment les soins dentaires) que les individus non couverts.



Sur ce dernier point, une étude du CREDES en 1998 a constaté que les individus consomment une quantité de soins de santé comportant plus ou moins de dépassements d'honoraire ou de tickets modérateurs élevés selon la couverture maladie dont ils disposent (1). Ainsi, les individus à bas revenu, moins bien couverts que le reste de la population, consultent moins le spécialiste que le généraliste, car ils sont sensibles à l'effet du montant du dépassement restant à leur charge. De même, ils consomment des soins ayant un ticket modérateur plus faible que les personnes plus aisées.

Il ne s'agit pas d'un effet de l'exonération du ticket modérateur, puisque les taux d'exonérés sont les mêmes dans les deux populations. Il s'agit donc plutôt d'un effet de structure de la consommation, les individus non couverts consommant moins de soins à fort taux de ticket modérateur.

Cet effet de structure de la consommation est assez faible entre prescriptions et honoraires de ville (car les différences de taux sont limitées entre ces deux postes), mais peut jouer entre soins hospitaliers et soins ambulatoires.

La population la moins aisée consomme en effet sensiblement plus de soins hospitaliers que la population générale (11% contre 8%) et l'hôpital est un secteur où le ticket modérateur est globalement moindre.

Ainsi, l'absence de couverture complémentaire bride la consommation de soins, tant en terme de volume qu'en terme de structure de consommation.

Sur l'année 1998, 64% de la population générale a renoncé au moins une fois à un soin médical pour raison financière. Pour 20% d'entre eux, la restriction était définitive, pour les autres, le soin était seulement reporté. Les principaux domaines de restriction sont, par ordre décroissant : les soins dentaires, la lunetterie, les spécialistes, les généralistes (pour 10 % des renoncements).

La restriction de soins est plus fréquente chez les individus qui n'ont pas de couverture complémentaire, qui ont un niveau social bas avec un revenu bas, et qui ont un état de santé médiocre (5).

En 1996, 14% de la population avait renoncé à des soins pour des raisons financières. Cette proportion décroît fortement avec le revenu. Elle se situe entre 22 et 25% pour des revenus inférieurs à 3000 F jusqu'à 5000 F, et de 7% pour les revenus supérieurs à 10 000 F (15).

Notons que la notion de « renoncement aux soins » recouvre des situations contrastées : pour les moins aisés, renoncer aux soins signifie bien que l'on dépense moins. A l'inverse, les personnes de classe sociale aisée qui déclarent renoncer aux soins ont des dépenses plus élevées, ce qui signifie qu'elles renoncent à des soins supplémentaires après avoir saturé une contrainte budgétaire déjà élevée (1).

Par ailleurs, le revenu a une influence sur le mode de consommation de soins. Soit cette influence passe par la probabilité de recours aux soins, c'est le cas des postes de soins pour lesquels les dépenses sont croissantes parallèlement au revenu (les soins dentaires, les analyses et examens, les soins de spécialistes, la radiologie, les produits pharmaceutiques sans ordonnance). Soit l'influence du revenu passe par le volume de soins en cas de recours, c'est le cas des postes de soins pour lesquels les dépenses sont décroissantes parallèlement au revenu (soins infirmiers, et, de façon fluctuante, l'hospitalisation, les soins de généralistes, la kinésithérapie, les produits pharmaceutiques avec ordonnance).

De façon générale, les dépenses de soins de ville restent croissantes avec le revenu, excepté pour les très bas revenus.

Les effets de l'assurance et du revenu s'ajoutent : l'influence du revenu ne disparaît pas en présence de l'assurance. Autrement dit, même si elle dispose d'une assurance complémentaire, une personne de bas revenu aura une consommation de soins inférieure à un assuré d'âge et de sexe identiques et de revenu supérieur (15).

La qualité de la couverture complémentaire influence également la consommation de soins : ceux qui déclarent être remboursés en cas de dépassements d'honoraires ont en fait une consommation de soins plus faible.

Les variations de dépenses de santé selon la couverture complémentaire ont été analysées à partir de l'enquête INSEE 1991-1992 (33). L'auteur de cette analyse a repris les résultats de l'Health Insurance Expériment de la RAND.

Cette étude, menée entre 1975 et 1982, a pour objectif de mesurer les effets de différents plans d'assurance sur la dépense médicale et sur l'état de santé. Par sa taille et sa durée, elle s'apparente à une étude épidémiologique de cohorte. Deux mille familles américaines réparties dans cinq états s'y sont prêtées au cours d'une période allant de trois à cinq ans.

Plusieurs points peuvent être retenus à partir de cette expérience.

D'une part, elle a permis d'étudier l'incidence d'assurances avec franchise annuelle sur les consommations de soins. L'augmentation de la consommation après saturation de la franchise reste limitée, et les effets d'accélération de la consommation liés à l'anticipation d'un dépassement de la franchise sont encore plus faibles. Ces résultats incitent donc à relativiser l'importance des comportements opportunistes de la part des consommateurs bénéficiant d'une couverture complémentaire.

D'autre part, ces travaux montrent que l'influence de la couverture maladie semble essentiellement porter sur la décision de débiter un épisode de soin et non sur le coût de cet épisode : si l'individu est totalement remboursé, il s'engagera dans tous les épisodes de soins potentiels, tandis qu'il en sélectionnera aléatoirement une part plus ou moins grande s'il ne bénéficie que d'une couverture partielle.

En conclusion, le fait de disposer d'une couverture complémentaire augmente la dépense totale des soins de ville, particulièrement lorsqu'il y a un dépassement d'honoraires ou un ticket modérateur élevé. Le fait de ne pas disposer d'une telle couverture bride la consommation de soins.

L'influence de l'assurance porterait surtout sur la décision de recourir aux soins lorsque survient une maladie, et non sur la quantité de soins consommés pour soigner cette maladie en cas de recours.

La couverture complémentaire agit de la même façon quel que soit le niveau de revenu disponible par unité de consommation.

Le revenu influence la consommation de soins : celle-ci augmente avec le revenu.

Par ailleurs, le lien entre assurance et consommation de soins ne reflète pas uniquement des arbitrages économiques : parmi les assurés, ceux qui consomment le moins sont aussi les plus couverts.

### **II. 2.3.3 - LIENS ENTRE LE RECOURS AU TIERS PAYANT ET LA CONSOMMATION DE SOINS**

Le tiers payant est une modalité de prise en charge des soins médicaux : le prestataire de soins de santé est payé directement par l'assureur, le patient ne réglant que la part non couverte.

Dans son étude « Le tiers payant est-il inflationniste ? », le CREDES a cherché à modéliser l'influence du tiers payant sur la dépense de santé (29).

L'étude se restreint aux dépenses de pharmacie et de consultations médicales généralistes sur l'année 1995. Elle évalue les facteurs déterminant le recours au tiers payant, puis mesure l'impact de ce recours sur la dépense.

Pour les dépenses de pharmacie, le recours au tiers payant concerne surtout les ménages de revenu faible, les bénéficiaires de l'AMD, et, à revenu donné, les milieux sociaux les moins scolarisés. Les ménages de haut revenu et les personnes âgées y ont moins recours. Par ailleurs, l'influence de la structure des dépenses, en particulier la part de dépenses « extrême » est significative et assez élevée dans le choix du recours au tiers payant. Un fort taux de petites dépenses de pharmacie détourne le consommateur du tiers payant. A l'inverse, si la part de dépenses élevées augmente, il tend à y recourir.

Pour les dépenses de pharmacie et de généralistes, le tiers payant a un impact sur les effets de rationalité économique. De même que le revenu en a un sur les dépenses de santé d'un individu.

En absence de tiers payant, il existe un effet négatif du revenu sur la dépense de santé : les individus les moins prospères consomment moins que l'individu de référence. L'effet négatif du revenu diminue lorsque le recours au tiers payant augmente, jusqu'à disparaître totalement pour les consommateurs ayant le plus recours au tiers payant.

Le tiers payant aplanit donc les effets de rationalité économique des revenus sur les dépenses de santé. Il se présente comme un facteur de diminution des inégalités de consommation dues aux écarts de revenu.

D'autre part, si on étudie l'effet du taux de tiers payant sur la tranche de la population la plus aisée, on ne constate pas d'effet inflationniste : les individus ayant 0% d'actes en tiers payant et ceux en ayant plus de 50% dépensent légèrement moins que la catégorie à recours intermédiaire au tiers payant.

Enfin, la prise en compte de l'affiliation à une couverture complémentaire n'altère pas ces résultats.

Au total, il y a une rationalité économique sous-jacente dans le choix du tiers payant. A morbidité et couverture égale, il tend à rapprocher les dépenses des assurés « moins riches » de celle des assurés plus aisés. Il aurait donc un effet de rattrapage et non un effet de surconsommation.

Autrement dit, tiers payant et dépenses de santé sont corrélés positivement, principalement par un mécanisme de trésorerie pour l'assuré (pour qui le coût des soins pèserait trop lourd dans son budget).

Une autre étude du CREDES s'est intéressée aux dépenses de santé des personnes exonérées du ticket modérateur, soit pour une cause médicale (affection de longue durée, accident de travail, invalidité, grossesse, hospitalisation), soit pour une cause non médicale (régimes spéciaux). Ces dépenses de santé ont été comparées à celles de l'ensemble de la population (53).

L'existence d'une exonération du ticket modérateur pour une cause médicale se traduit par une augmentation de l'ensemble des consommations médicales (actes de médecin, analyses de laboratoire, produits pharmaceutiques). Ce surcroît de consommation peut s'expliquer, pour les personnes en ALD, par un mauvais état de santé, nécessitant des soins précoces, plus fréquents et souvent plus lourds. Les maladies associées à la pathologie exonérante sont également plus fréquentes et plus graves chez ces patients.

Les personnes exonérées pour cause non médicale consomment autant de séances de médecins généralistes, de produits pharmaceutiques et d'actes de laboratoire que la population générale. Elles dépensent plus pour les séances de spécialistes et de kinésithérapie. Par ailleurs, les prescriptions chez le médecin généraliste sont plus importantes pour les exonérés du ticket modérateur, quel que soit le motif, tant pour les produits pharmaceutiques, que pour les actes paramédicaux ou de laboratoire.

La présence d'une couverture complémentaire a un impact sur le comportement des personnes exonérées du ticket modérateur : celles-ci consomment plus de séances de médecin lorsqu'elles bénéficient d'une protection complémentaire. Ce comportement s'observe également chez les non exonérés.

En conclusion, l'exonération du ticket modérateur pour cause non médicale n'est donc pas toujours synonyme d'augmentation de la consommation de soins. La présence d'une couverture complémentaire améliore l'accès aux soins.

Par ailleurs, le tiers payant peut avoir un impact sur la consommation médicale par le biais de « déresponsabilisation » du patient (29). Comme le tiers payant rend l'assuré neutre à l'égard de la consommation (elle ne lui coûte rien en terme de trésorerie), le professionnel de santé peut induire une demande du patient au-delà de ce qui serait strictement nécessaire à l'entretien de sa santé. Le professionnel peut adopter ce genre de comportement pour garantir son revenu dans un contexte d'offre excédentaire. On parle de demande induite. Ainsi, l'aléa moral observé en présence d'une assurance est double en matière de santé, partagé entre le patient et le médecin.

Au total, le tiers payant semble apporter un gain d'équité en levant les barrières de l'accès aux soins aux ménages qui rencontrent des difficultés de trésorerie. Il ne s'accompagne pas systématiquement d'une surconsommation de soins.

## **II. 2.4 - REFLEXIONS SUR LES RESULTATS DES ETUDES PRESENTEES**

### **II. 2.4.1 - PROFIL DE CONSOMMATION DE SOINS AMBULATOIRES DES BENEFICIAIRES DE L'AMD ET DE LA CMU**

D'après les bilans de consommation de soins ambulatoires des bénéficiaires de l'AMD et de la CMU, leur consommation globale est nettement plus importante que celle de la population générale, après structuration par âge et sexe de la population.

Les dépenses moyennes de santé ne sont pourtant pas supérieures pour la population inscrite à l'AMD et la CMU que pour la population générale.

Ceci est dû d'une part à la structure d'âge différente entre les deux populations (la moyenne d'âge des patients du régime générale étant plus élevée), et d'autre part à un coût unitaire des soins moins important pour les bénéficiaires de l'AMD et de la CMU.

Les secteurs de dépense où l'écart est le plus marqué sont les visites et consultations de médecins généralistes (notamment les visites avec majoration), les soins dentaires et les transports. Le médecin généraliste apparaît donc comme l'acteur de la santé des bénéficiaires

de l'AMD et de la CMU pour les soins de ville. Les bénéficiaires y ont recours pour les soins de première intention.

A propos du recours important des bénéficiaires aux visites à domicile, trois explications ont été évoquées par les auteurs d'un article sur l'accès aux soins des plus démunis (15) :

- Premièrement, les bénéficiaires de l'AMD recourent moins à titre préventif ou précoce au médecin et consomment de ce fait plus souvent des visites de généralistes en urgence, le week-end ou la nuit ;
- Deuxièmement, les bénéficiaires de l'AMD disposent de moins de moyens de transport et recourent donc à des praticiens qui se déplacent ;

Enfin, le recours à un médecin à domicile provient parfois simplement d'habitudes culturelles. Il est donc important de prendre en compte certains déterminants devant le profil de consommation de soins de cette population. Les habitudes culturelles, mais aussi le revenu et le niveau d'éducation influent sur les comportements face à la demande de soins.

#### **II. 2.4.2 - PROFIL SOCIO-ECONOMIQUE DES BENEFICIAIRES DE L'AMD ET DE LA CMU**

On a vu les liens étroits qui existent entre les différents facteurs socio-économiques. Ainsi, un individu en situation de précarité sociale a un état de santé moins bon, une vulnérabilité médicale plus forte et a une couverture maladie complémentaire plus faible que la population générale. Or, le fait de ne pas disposer d'une assurance complémentaire, comme le fait d'avoir un bas revenu, bride la consommation de soins.

C'est à cette population la plus démunie qu'est destinée la couverture maladie universelle, afin d'améliorer leur accès aux soins.

Par ailleurs, le fait de posséder une assurance complémentaire augmente la consommation de soins de ville. Son influence agit surtout sur la décision de débiter un épisode de soin et non sur le coût de cet épisode.

Ainsi, si on accorde une couverture complémentaire à une population en situation de précarité sociale, la barrière financière pour débiter un soin étant levée, on peut s'attendre à ce qu'il y ait une augmentation de la consommation de soins de villes. Les secteurs les plus concernés seront les soins de généralistes (qui sont des soins de premier recours) et les soins dentaires (qui sont à très fort ticket modérateur).

C'est ce qui a été constaté dans les études présentées.

La couverture complémentaire semble ainsi améliorer l'accès aux soins, sans que l'on puisse pour autant parler de surconsommation de soins.

De même, les études sur le tiers payant ont montré que le choix de l'absence d'avance de frais est positivement corrélé aux dépenses de santé, principalement par un mécanisme de trésorerie pour l'assuré.

Le tiers payant agit ainsi davantage sur les bas revenus : l'effet n'est donc pas inflationniste, mais représente plutôt un rattrapage par les plus pauvres du volume de soins que consommaient déjà les ménages non concernés par la contrainte de liquidité.

#### **II. 2.4.3 - BILAN ENTRE LE COUT MONETAIRE ET LE GAIN SOCIAL DE LA CMU**

Les remboursements de santé des caisses primaires d'assurance maladie au titre de la CMU ne sont pas supérieurs à ceux attribués à la population générale. Mais la consommation de soins après standardisation par âge et par sexe plus importante pour les bénéficiaires de la CMU.

Par ailleurs, le système d'absence d'avance de frais facilite l'accès aux soins aux personnes qui rencontrent des difficultés de trésorerie. Malgré une augmentation du nombre d'actes médicaux observée avec le tiers payant, cet effet est ciblé sur les assurés les plus pauvres, et ne constitue pas un effet aubaine dont tout le monde profite.

Donc, de façon globale, et d'après les études présentées ici, le système de tiers payant et la couverture maladie universelle apparaissent comme un gain d'équité sociale.



## **II. 3 – REPRESENTATIONS CULTURELLES DE L'AIDE MEDICALE CHEZ LES MEDECINS GENERALISTES**

Nous avons rappelé dans cette partie quelques points importants sur l'évolution des représentations culturelles de l'aide médicale et de la protection sociale chez les médecins. Ces représentations mettent en jeu les traditions de la pratique de la médecine, basée en France sur le libéralisme. Cette empreinte historique exerce aujourd'hui encore une grande influence sur la mentalité et le mode d'exercice du corps médical. Elle est sans aucun doute à prendre en compte pour mieux appréhender l'opinion des médecins généralistes sur la CMU et le tiers payant.

### **II. 3.1 – EVOLUTION DU DISCOURS SYNDICAL DES REPRESENTANTS DES MEDECINS GENERALISTES (36)**

Parallèlement au développement de systèmes de protection sociale au XIX<sup>e</sup> siècle, le syndicalisme médical se met en place. Il se base sur la défense de l'autonomie professionnelle et surtout sur les intérêts matériels des médecins face aux institutions de prise en charge solidaire du risque maladie. C'est en 1881 et en 1884 que sont créés les premiers syndicats médicaux.

Les revendications des médecins s'affirment nettement lors de la mise en place de l'assistance médicale gratuite en 1893, qui instaure le système du tiers payant. Ainsi, l'accord de 1895 refuse le tiers payant et prévoit la rémunération à l'acte du médecin et le libre choix. C'est en se positionnant contre l'assurance maladie obligatoire que se construit progressivement l'identité dominante de la profession en France : celle du médecin libéral. Le premier conflit frontal entre les médecins et l'Etat apparaît en 1920, lors d'une modification de la loi entraînant la mise en place d'un tarif fixe et limitant le libre choix. Les syndicats obtiennent la négociation du tarif et le contrôle du tiers payant.

En novembre 1927 le syndicalisme médical adopte une charte régissant l'exercice de la médecine. Elle exprime le refus d'un système de soins socialisés et la volonté de préserver le caractère libéral de la pratique médicale. Elle prône notamment le libre choix du médecin par le malade, la rémunération à l'acte et surtout l'entente directe entre le médecin et le malade. La défense des principes libéraux et le refus du tiers payant sont les constantes du syndicalisme médical français et traduit un refus de l'intégration de la profession à la protection sociale.

Cette opposition des syndicats face à l'Etat se retrouve à plusieurs étapes dans l'évolution historique de la politique sociale française, au nom de la défense de la médecine libérale. Ainsi, certains syndicats font modifier par la loi de 1930 la loi de 1928 sur l'assurance sociale obligatoire, pour y faire apparaître l'affirmation de la libre entente, l'absence de tiers payant et l'habilitation syndicale.

Ils s'opposent à l'ordonnance du 3 mars 1945 qui instaure un tarif opposable, et demandent le retour de la loi de 1930 (c'est-à-dire l'entente directe intégrale).

Ils mettent en échec le projet Gazier en 1956 qui prévoyait entre autre l'instauration d'honoraires opposables et le contrôle strict des dépassements.

Ils acceptent après un mouvement de grève contre le spectre de la « médecine de caisse » la convention de 1960, qui fixe les tarifs par un arrêté ministériel, contrôle les dépassement et autorise le conventionnement individuel.

Enfin, même s'ils signent la première convention nationale en 1971, ils obtiennent la mise en place du secteur à honoraires libres en 1980 (rétablissant de fait l'entente directe).

Les médecins restent donc en dehors de la logique de la protection sociale et de la socialisation de l'exercice de la médecine. Ils refusent l'institutionnalisation des relations avec les caisses et les mutuelles, refus illustré par la revendication de l'entente directe et la défense de la figure identitaire du médecin libéral.

Après 1945, la profession médicale se segmente progressivement, non seulement par le clivage entre spécialistes et généralistes, mais aussi par le clivage entre médecins hospitaliers et médecins non hospitaliers. On assiste alors à des ruptures au sein même des syndicats médicaux.

Le clivage de la profession s'accroît dans les années soixante dix, dans un contexte économique défavorable pour les médecins. En effet, suite à la crise du choc pétrolier de 1973

et à l'évolution démographique des praticiens, les médecins ont vu baisser leur pouvoir d'achat alors qu'ils venaient de connaître deux décennies d'enrichissement continu. La conflictualité infra-professionnelle s'accroît, en particulier entre spécialistes et généralistes, dont l'évolution globale du revenu est moins bonne que l'ensemble des médecins. On assiste alors à l'émergence en 1986 d'un syndicat autonome de généralistes.

Parallèlement, depuis 1958, l'Etat est renforcé et plus autonome dans la prise de décisions, du fait de la réduction du poids du Parlement au détriment de celui de l'administration et du gouvernement. Il occupe alors une place centrale dans la régulation du système d'assurance maladie, notamment dans le secteur ambulatoire.

L'approfondissement des clivages économiques entre segments professionnels fait apparaître une logique d'identification collective différente de celle qui s'est historiquement constituée dans le rapport à la protection sociale. Les identités se fondent de façon croissante sur les segments, et plus précisément sur la défense des intérêts matériels des segments. On assiste à une redéfinition de ces identités, source de renforcement des clivages organisationnels internes à la profession.

Dans les années soixante dix, le mouvement « alternatif » rejette la médecine libérale : il refuse la défense des intérêts économiques de la profession médicale, notamment le paiement à l'acte et la recherche du profit. Il revendique un exercice collectif de la médecine, une salarisation accrue de la profession, propose entre autre la création de centres de santé gratuits et la promotion du généraliste. Mais la position de ce mouvement restera minoritaire au sein de la profession.

Au cours des années quatre vingt se développe une autre forme de contestation identitaire : la contestation ultra-libérale. Elle constitue une réactivation de l'identité libérale, qui s'inscrit dans une forte continuité historique. Elle reprend en effet les thèmes de la charte libérale de 1927, prônant le paiement à l'acte, le retour à l'entente directe (avec la mise en place du secteur 2) et dénonçant la politique de maîtrise des dépenses de santé du gouvernement qui remet en cause le caractère libéral de l'exercice de la médecine.

Mais le pouvoir d'intervention des médecins se trouve limité face à l'Etat. La situation est illustrée par la mise en place du plan Juppé en novembre 1995 dans le cadre de la « maîtrise des dépenses de santé », dont les mesures portent directement sur les revenus des médecins. La minoration de la place des médecins dans la régulation du système d'assurance maladie est dénoncée par les syndicats, considérant avoir été mis à l'écart pour élaborer le

plan de réforme. Par conséquent, les actions de quelques syndicats, défendant les principes de la médecine libérale, les différents aspects du plan concernant les médecins ont été maintenus.

Ainsi, l'analyse du rapport des médecins à la protection sociale et le mode d'institutionnalisation de la représentation permet de distinguer les caractéristiques du réseau d'action publique français en matière d'assurance maladie : l'Etat tient une place dominante en termes de régulation dans les politiques de protection maladie. Par ailleurs, les représentants de la profession médicale sont fragmentés selon des courants d'idées différents où prévaut une logique de défense d'intérêts particularistes plutôt qu'une logique d'implication dans l'élaboration des politiques de santé au nom de l'ensemble des médecins.

Ces deux caractéristiques sont liées, et la raison principale est la persistance, depuis la mise en place du syndicalisme médical français, du conflit majeur opposant les représentants au sein de la profession : celui de la défense des principes de la médecine libérale présentés comme les garants de la qualité des soins.

Nous venons de voir que ce conflit est très présent à chaque réforme de la protection maladie. Il en est de même dans le cas de la réforme sur la couverture maladie universelle, qui remet en cause les principes de l'autonomie professionnelle, du paiement à l'acte et de la libre entente, défendus par la charte libéral.

Quelques témoignages ont été recueillis dans la presse médicale illustrant les différentes opinions défendus par le corps médical en fonction des intérêts particularistes face à l'instauration de la CMU.

### **II. 3.2 – OPINIONS DES GENERALISTES SUR LA CMU: EXEMPLES A PARTIR D'UNE REVUE DE LA PRESSE MEDICALE**

Deux regards différents sont portés par les médecins sur la réforme de la CMU : soit se sont les intérêts du patient qui sont pris en compte, soit se sont les intérêts matériels des médecins qui sont défendus, tant sur le plan économique que sur le plan de la pratique libérale de leur exercice professionnel.

### **II. 3.2.1 – OPINIONS FAVORABLES SUR LA CMU**

Du côté des représentants syndicaux, seuls deux avis sont favorables à la CMU et à l'absence d'avance de frais : le syndicat MG-France et le SML, ce dernier approuvant sans réserve le tiers payant, déjà appliqué dans de nombreux départements par la Carte Santé. En revanche, le représentant du CSMF a un avis plus partagé : il déclare que la CMU répond de manière appropriée à la fracture sociale, face au ticket modérateur qui est source d'exclusion pour les plus démunis ; mais il s'oppose au tiers payant (38) (cf. infra).

Du côté des généralistes, plusieurs témoignages soulignent l'avancée que la réforme représente pour les patients (23). Outre l'amélioration de l'accès aux soins (notamment dans les cabinets médicaux) des personnes en situation de précarité et de leur suivi médical, la CMU apporte plus d'humanité par rapport à l'AMD dans l'accompagnement de ces personnes. En effet, grâce à la simplification des démarches administratives, elles ne sont plus étiquetées comme « pauvres » vis à vis de la population (par la disparition des feuilles jaunes de l'AMD) et se sentent moins coupables vis à vis de l'administration.

Par ailleurs, pour les généralistes favorables à la réforme, le tiers payant ne représente pas un facteur inflationniste pour les dépenses de santé ; s'ils ont observé au début de sa mise en place une augmentation de la consommation de soins chez les bénéficiaires, ils attribuent cela à un rattrapage des soins auxquels ils n'avaient pas accès jusqu'ici (47).

Ainsi, les avantages de la CMU reconnus par les professionnels sont surtout d'ordre social, la réforme permettant en effet de réduire les inégalités face à l'accès aux soins.

### **II. 3.2.2 – OPINIONS DEFAVORABLES SUR LA CMU**

Certains syndicats sont hostiles au tiers payant. Pour la CSMF, le tiers payant est inflationniste et représente une perte de dignité et de liberté pour le patient. De son côté, la FMF craint, par l'absence d'avance de frais, une déresponsabilisation du patient (38).

De même, un médecin reprenait dans un quotidien ces deux arguments en ajoutant que la suppression de la CMU amènerait un supplément de liberté pour le médecin ainsi qu'un allègement du carcan administratif de plus en plus lourd (4).

Ces arguments témoignent d'un attachement de ces médecins à l'exercice libéral de la médecine en conservant le paiement à l'acte et l'autonomie de la profession.

Par ailleurs, des abus des bénéficiaires de la CMU sont souvent dénoncés par les généralistes. Certains bénéficiaires semblent en effet avoir un niveau de vie social supérieur aux conditions requises pour adhérer à la CMU (voiture de luxe, téléphone cellulaire, vacances sur la Côte d'Azur).

L'indignation des médecins est alors double : d'une part il existe une injustice vis à vis de la population en situation de précarité mais qui est exclue du dispositif à cause du plafond de ressources (comme les bénéficiaires de l'allocation d'adulte handicapé ou du minimum vieillesse par exemple) (23). D'autre part, ce constat est vécu comme une « insulte au travail et au dévouement des généralistes », au vu de leurs heures de travail hebdomadaires et des charges sociales auxquelles ils cotisent (57).

Ici, la question soulevée s'adresse plutôt aux caisses d'assurance maladie (et indirectement à l'Etat), car elle porte sur la décision d'admission à la CMU et sur le contrôle des conditions financières requises pour y adhérer.

Au total, les exemples contestataires retenus ici sont de deux ordres : soit les revendications relèvent de la pratique de la médecine pour en défendre l'exercice libéral, soient les revendications sont plus dirigée vers les pouvoirs publics en dénonçant les lacunes dans de l'application de la réforme.

Nous retrouvons donc les thèmes de conflits entre médecins et Etat décrits plus haut.

Nous allons maintenant présenter les résultats de notre enquête auprès des médecins généralistes afin de recueillir leur opinion sur la CMU et le tiers payant. Nous pourrons ainsi confronter les résultats aux observations exposées jusqu'ici.

### **III**

# **ENQUETE AUPRES DE MEDECINS GENERALISTES DU VAL DE MARNE SUR LA CONSOMMATION DE SOINS DES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU**

### **III. 1 - MATERIEL ET METHODE**

#### **III. 1.1 - L'ENQUETE**

L'enquête a été réalisée sous forme d'un questionnaire destiné aux médecins généralistes du Val de Marne.

Cent cinquante médecins généralistes ont été sélectionnés de manière aléatoire, selon la méthode suivante :

Les quarante sept villes du département du Val de Marne ont été classées en 3 groupes équivalents (tercils) selon le volume des dépenses consacrées par chaque ville aux remboursements des soins ambulatoires pour les bénéficiaires de la CMU (CMU de base et CMU complémentaire).

Les soins pris en compte étaient les actes et prescriptions des médecins généralistes.

Le 1<sup>er</sup> groupe concernait les villes dont le volume des dépenses en CMU était important (1<sup>er</sup> tercil), le 2<sup>ème</sup> groupe, les villes dont le volume des dépenses en CMU était moyen (2<sup>ème</sup> tercil), et le 3<sup>ème</sup> groupe, les villes dont le volume des dépenses en CMU était faible (3<sup>ème</sup> tercil).

La randomisation a été stratifiée par ville à l'intérieur de chacun des trois groupes, avec des fractions de sondage. Ainsi, dans le 1<sup>er</sup> groupe, 60 % des villes ont été tirées au sort, dans le 2<sup>ème</sup> groupe la fraction est de 40 % et dans le 3<sup>ème</sup> groupe elle est de 25 %.

De même, le nombre de médecins randomisés dans chaque groupe est décroissant du 1<sup>er</sup> au 3<sup>ème</sup> groupe.

Les données nécessaires pour réaliser ce classement ont été fournies par la direction du service de Gestion du Risque Ambulatoire de la Caisse Primaire d'Assurance Maladie du Val de Marne. Elles ont été communiquées à titre indicatif, sur une observation de janvier à décembre 2000.

La méthode a été réalisée par le service de Santé Publique de l'hôpital Henri Mondor.



- Le 1<sup>er</sup> groupe comportait 16 villes.  
Neuf villes ont été randomisées (Créteil, Vitry, Ivry, Maisons-Alfort, Thiais, Orly, Villejuif, Bonneuil, Champigny). Dans chacune d'elles, 4 à 17 médecins ont été tirés au sort selon la taille de la ville. Un total de 95 médecins ont été sélectionnés.
- Le 2<sup>ème</sup> groupe comportait 16 villes également.  
Six villes ont été randomisées (Kremlin Bicêtre, Villeneuve le Roi, Valenton, Joinville, Arcueil, Le Perreux). Dans chacune d'elles, 4 à 7 médecins par ville ont été tirés au sort selon la taille de la ville. Un total de 35 médecins ont été sélectionnés.
- Le 3<sup>ème</sup> groupe comportait 15 villes. Les 4 villes randomisées (Sucy en Brie, Saint-Maurice, Ablon, L'Hayë les Roses) regroupaient 20 médecins tirés au sort selon la taille de la ville. Au total, 3 à 7 médecins par ville ont été sélectionnés.

Les questionnaires ont été envoyés par courrier aux 150 médecins sélectionnés. Ils étaient accompagnés d'une lettre, précisant le cadre de l'enquête, l'objectif du questionnaire et l'importance d'un recueil précis de leur opinion pour que l'étude soit exploitable. Une enveloppe timbrée était jointe pour faciliter le renvoi du questionnaire.

Un contact téléphonique était prévu si le questionnaire n'était pas renvoyé rempli dans les 8 jours.

Les 150 questionnaires ont été postés le 19 juin 2001. Les réponses ont été recueillies, par courrier, du 22 juin au 1<sup>er</sup> août 2001.

### **III. 1.2 - LE TAUX DE PARTICIPATION**

Du 22 juin au 2 juillet, 86 questionnaires ont été recueillis (soit 57%). Soixante quatre appels téléphoniques ont été donnés du 2 au 5 juillet auprès des médecins non répondants. A la suite de cette relance, 21 autres réponses ont été reçues (soit 33% des appels).

Les principales raisons évoquées par les médecins n'ayant pas répondu étaient les suivantes :

- Huit médecins ont déclaré ne pas avoir eu connaissance du questionnaire. Un second questionnaire leur a été envoyé. Quatre réponses ont été obtenues.
- Cinq médecins avaient fermé leur cabinet pour leurs congés.

- Deux médecins se sont déclarés non intéressés par le sujet et ne souhaitaient pas répondre.
- Un médecin était acupuncteur et n'avait pas de patient bénéficiaire de la CMU.
- Un numéro de téléphone correspondait à un fax.
- Deux médecins rappelés avaient déjà renvoyé le questionnaire rempli, mais n'avaient pas précisé leur coordonnées ; les réponses ont donc pu être exploitées.
- Un questionnaire déjà complété n'avait pas été encore reçu au moment de l'appel téléphonique.

Les autres médecins non répondants ne donnaient pas de raison particulière. Cependant, le manque de temps pour répondre aux questions a souvent été évoqué.

Si on observe le taux de participation par groupe de randomisation, il apparaît que :

Dans le groupe 1 et 2, près de 45 % des médecins n'ont pas répondu au courrier ; respectivement 35 % et 45 % d'entre eux ont répondu après l'appel téléphonique ;

Dans le groupe 3, 25 % des médecins n'ont pas répondu au courrier ; 80 % d'entre eux ont répondu après l'appel téléphonique.

Nous avons donc reçu 107 courriers, émanant de 71 % des médecins contactés.

Sur ces réponses, 5 questionnaires n'ont pas pu être exploités : un questionnaire était anonyme et sans ville de provenance et 4 autres ont été renvoyés non remplis (2 médecins n'avaient pas de patients couverts par la CMU, un autre, angiologue, ne pratiquait pas de médecine générale, le dernier exerçait exclusivement en milieu hospitalier).

Au total, sur les 150 questionnaires établis, 102 étaient exploitables pour l'enquête, soit 68 % des questionnaires.

### III. 1.3 - LE QUESTIONNAIRE

Un questionnaire standardisé avec des questions fermées a été réalisé. Il comportait quatorze questions regroupées en trois parties :

- La première partie concernait le contenu des consultations des médecins avec les patients bénéficiaires de la CMU : la classe d'âge moyenne des patients et le mode de prescription du médecin (éventuellement différente par rapport à une prescription pour un patient n'ayant pas la CMU) ;
- La deuxième partie évaluait l'opinion du médecin quant au comportement des patients bénéficiaires de la CMU dans leur recours aux soins de ville : fréquentation du cabinet médical par ces patients, demande de visites à domicile, recours aux spécialistes ;
- La troisième partie prenait en compte l'opinion générale du médecin sur le système de dispense d'avance de frais représenté par la CMU et notamment son influence sur le comportement des bénéficiaires face à la consommation de soins.

Le questionnaire ainsi que la lettre adressée à chaque médecin figurent en annexe 2.

## III. 2 - RESULTATS

### III. 2.1 - BILAN DE CONSULTATION

L'âge des bénéficiaires de la CMU se situait principalement dans la tranche des 30-59 ans et dans celle des 16-29 ans. Les personnes de plus de 60 ans représentaient 9,8% (Tableau II)

**Tableau II.** Age approximatif de la population bénéficiaire de la CMU reçue par les médecins

	Nombre de réponses	%
0-15 ans	43	42,2
16-29 ans	63	61,8
30-59 ans	69	67,6
60 ans	10	9,8

Le total des réponses était supérieur à 100 % car les médecins avaient la possibilité de répondre sur plusieurs tranches d'âge.

La majorité des médecins généralistes (de 82 à 83%) a déclaré prescrire autant d'actes médicaux et paramédicaux aux bénéficiaires de la CMU qu'aux autres patients (Tableau III). En deuxième réponse, les médecins faisaient moins de prescriptions aux bénéficiaires de la CMU, sauf pour les produits pharmaceutiques que 14% des médecins déclaraient prescrire plus qu'à la population générale.

Les résultats étaient similaires dans chacun des 3 groupes de villes dans lesquelles les médecins ont été randomisés.

Sur les 20 médecins ayant déclaré faire plus de prescriptions au moins dans un des secteurs de soins, 14 (soit 70%) ont déclaré le faire sur la demande du patient, 6 (soit 30%) ont argumenté la condition d'absence d'avance de frais du patient, et 2 (soit 10%) ont estimé que l'état de santé des patients le justifiait.

Un médecin a précisé, en marge du questionnaire, que la prescription de produits pharmaceutiques était plus importante sur la demande du patient afin de régulariser l'acquisition de médicaments déjà achetés, souvent pour le bénéfice d'autres personnes que le patient lui-même.

Deux médecins ont donné deux réponses à cette question à choix simple : la demande du patient et l'absence d'avance de frais.

Le taux de médecins ne s'étant pas prononcé sur cette question concernant leurs prescriptions varie de zéro (pour les médicaments) à 4,8% des médecins ( pour les transports médicalisés).

**Tableau III.** Prescriptions médicales et paramédicales pour un patient bénéficiaire de la CMU par rapport à celles effectuées pour un patient non bénéficiaire.

	PLUS de prescriptions (n = 36)		MOINS de prescriptions (n = 63)		AUTANT de prescriptions (n = 503)	
	Nombre de réponses*	%	Nombre de réponses*	%	Nombre de réponses*	%
Médicaments	14	13,7	3	2,9	85	83,3
Examens biologiques	6	5,9	11	10,8	84	82,3
Examens radiologiques	7	6,9	10	9,8	84	82,4
Soins infirmiers	2	2	14	13,7	83	81,4
Séances de kinésithérapie	5	4,9	11	10,8	84	82,4
Transports médicalisés	2	2	14	13,7	83	81,4

\* sur les 102 réponses totales des médecins

### III. 2.2 - OPINION DU CONSULTANT SUR LA CONSOMMATION DE SOINS DES BÉNÉFICIAIRES DE LA CMU

Près de 65% des médecins interrogés estimaient que la fréquentation du cabinet médical par les bénéficiaires de la CMU était plus importante que celle de la population générale, pour des pathologies équivalentes (Tableau IV).

La proportion des médecins ayant cette opinion était plus importante dans les groupes de villes où le volume des dépenses au titre de la CMU était plus faible. Ce taux atteignait 78,5% dans le 3ème groupe (différence non significative).

**Tableau IV.** Fréquence des consultations de généralistes au cabinet médical pour les bénéficiaires de la CMU par rapport à la population générale, pour des pathologies équivalentes.

		TOTAL (n = 102)		Groupe 1 (a) (n = 62)		Groupe 2 (b) (n = 21)		Groupe 3 (c) (n = 19)	
		Nombre de réponses	%	Nombre de réponses	%	Nombre de réponses	%	Nombre de réponses	%
Consultations plus fréquentes	OUI	66	64,7	37	59,7	14	66,7	15	78,5
	NON	28	27,5	19	30,6	5	23,8	4	21
	nsp(d)	8	7,8	6	9,7	2	9,5	0	0

(a) Le groupe 1 représente les médecins issus des villes où le volume de dépenses en CMU était important

(b) Le groupe 2 représente les médecins issus des villes où le volume de dépenses en CMU était moyen

(c) Le groupe 3 représente les médecins issus des villes où le volume de dépenses en CMU était faible

(d) ne sait pas

Sur les 66 médecins ayant déclaré que les patients bénéficiaires de la CMU consultaient plus au cabinet médical que les autres patients, près de 79% d'entre eux estimaient que la raison principale en était l'absence d'avance de frais (Tableau V).

Pour 13,6% d'entre eux, la raison principale était médicale, et, pour le même taux de médecins, elle était sociale.

Trois médecins ont répondu plusieurs items à cette question à choix simple : deux d'entre eux avaient répondu que les raisons d'une telle demande de consultations étaient médicales et liées à l'avantage du tiers payant, et le troisième avait coché les trois items.

**Tableau V.** Motif principal de la demande plus importante de consultations au cabinet par les bénéficiaires de la CMU.

	TOTAL * (n = 66)		Groupe 1 (n = 37)		Groupe 2 (n = 14)		Groupe 3 (n = 15)	
	Nombre de réponses	%	Nombre de réponses	%	Nombre de réponses	%	Nombre de réponses	%
Raison médicale	9	13,6	6	16,2	1	7,1	2	13,3
Raison sociale	9	13,6	6	16,2	2	14,3	1	6,6
Facilité liée à l'absence d'avance de frais	52	78,8	28	75,6	12	85,7	12	80

\* Total des médecins qui ont répondu «oui » à la question précédente.

En moyenne, 50% des médecins ne semblaient pas faire plus de visites à domicile pour les bénéficiaires de la CMU que pour les autres patients, alors que 40,2% pensaient en faire plus (Tableau VI).

Les réponses différaient selon le groupe de randomisation. Ainsi, dans le 1<sup>er</sup> et le 3<sup>ème</sup> groupe, les taux de réponses positives et négatives étaient équivalents (près de 45%). Dans le 2<sup>ème</sup> groupe, la majorité des médecins avaient répondu « non » (71,4%, contre 19% de « oui »).

En ce qui concerne les visites de dimanche et de nuit, les médecins se sont peu prononcés puisque 52% d'entre eux étaient sans opinion.

Pour les médecins qui ont donné un avis, les taux étaient peu différents entre ceux qui estimaient que la demande en visites avec majoration étaient plus importante pour les bénéficiaires de la CMU (23,5 à 25,5% sur le total des médecins) et ceux qui estimaient que cette demande n'était pas plus forte (24,5 à 23,5%).

A l'intérieur des trois groupes, on retrouve la même répartition des réponses que précédemment, tout en gardant une majorité de réponses sans opinion : les taux de réponses positives étaient peu différentes dans les groupes 1 et 3 et plus faible dans le groupe 2.

En marge du questionnaire, quelques médecins ont précisé faire beaucoup de gardes de nuit et de week-end et ont insisté sur le fait que la demande en visites avec majoration leur paraissait nettement supérieure de la part des bénéficiaires de la CMU.



**Tableau VI.** Fréquence des visites à domicile des médecins généralistes pour les bénéficiaires de la CMU par rapport à la population générale.

		TOTAL (n = 102)		Groupe 1 (a) (n = 62)		Groupe 2 (b) (n = 21)		Groupe 3 (c) (n = 19)	
		Nombre de réponses	%	Nombre de réponses	%	Nombre de réponses	%	Nombre de réponses	%
Visites à domicile plus fréquentes	OUI	41	40,2	28	45,1	4	19	1	47,4
	NON	51	50	28	45,2	15	71,5	8	42,1
	nsp (d)	10	9,8	6	9,7	2	9,5	2	10,5
Visites de dimanche plus fréquentes	OUI	24	23,5	16	25,8	2	9,5	6	31,6
	NON	25	24,5	14	22,6	7	33,3	4	21
	nsp (d)	53	52	32	51,6	12	57,2	9	47,4
Visites de nuit plus fréquentes	OUI	26	25,5	17	27,4	3	14,3	6	31,6
	NON	24	23,5	14	22,6	6	28,6	4	21
	nsp (d)	52	51	31	50	12	57,1	9	47,4

Même légende que pour le tableau IV.

Parmi les 47 médecins pour qui les bénéficiaires de la CMU étaient plus demandeurs de visites à domicile que la population générale, 91,5 % ont estimé que la raison principale de cette demande était la dispense d'avance de frais. Cette opinion était observée dans chacun des trois groupes (Tableau VII).

Cinq médecins ont évoqué d'autres raisons à cette demande importante de visites (quatre médecins du groupe 1 et un médecin du groupe 3).

Deux médecins mettaient en cause le « manque d'informations sur le coût des soins médicaux » dont dispose cette population. Ils attribuaient aux bénéficiaires de la CMU « un degré d'irresponsabilité non négligeable » ainsi qu'une « absence d'évaluation des problèmes en général ».

Une autre réflexion était que les bénéficiaires de la CMU « ne consultent pas la journée alors que les symptômes sont présents depuis quelques heures ; ils appellent les week-end et les nuits, souvent pour des motifs non urgents, et ce, plus que la population générale ». Les bénéficiaires de la CMU ont par ailleurs été qualifiés par un médecin de « parfois fainéants [qui] restent souvent la journée entière chez eux » ; un autre déclarait que ces patients « croient que c'est un droit de déranger les médecins ».

Le nombre de réponses était supérieur au nombre de médecins concernés par cette question à choix simple (55 réponses au total pour 47 médecins) car 6 d'entre eux ont répondu à plus d'un item. Ainsi, un médecin du groupe 1 et un du groupe 3 ont donné deux réponses ; quatre autres médecins du groupe 1 en ont donné deux à trois.

**Tableau VII.** Motif principal de la demande plus importante de visites à domicile de la part des bénéficiaires de la CMU.

	TOTAL * (n = 47)		Groupe 1 (n = 32)		Groupe 2 (n = 6)		Groupe 3 (n = 9)	
	Nombre de réponses	%	Nombre de réponses	%	Nombre de réponses	%	Nombre de réponses	%
Raison médicale	1	2	1	3,1	0	0	0	0
Absence de moyen de transport	6	12,7	4	12,5	0	0	2	22,2
Facilité liée à l'absence d'avance de frais	43	91,5	30	93,7	6	100	7	77,7

\* Total des médecins qui ont répondu « oui » à au moins un item de la question précédente

Les deux principales raisons motivant les patients à recourir à la CMU étaient, pour les médecins, d'une part une façon de profiter des avantages du système de soins à travers le tiers payant, et d'autre part, un moyen d'accéder à des soins trop onéreux pour leur budget (pour respectivement 42,2% et 39,2% des médecins interrogés). La différence n'est pas significative car cela oblige à faire des sous-classes.

Les problèmes de trésorerie du ménage ont été évoqués par 22,5% des médecins.

Cependant, on peut noter quelques nuances dans les résultats selon les groupes de randomisations. Ainsi, dans le groupe 1, les médecins ont répondu aux deux items principaux (« profiter des avantages du tiers payant » et « amélioration de l'accès aux soins ») de façon équivalente (respectivement à 40,3% et 41%). Par contre l'écart entre les taux de ces deux mêmes réponses était plus marqué dans le groupe 2 (respectivement 33,3% et 42,9%), pour s'accroître encore dans le 3ème groupe, avec en plus une inversion des proportions, puisque les taux étaient respectivement de 58% et 26,3%. La principale motivation de recours à la CMU par les patients était donc surtout, pour les médecins du groupe 3, une façon de profiter des avantages du système de soins.

Ici encore, bien que la question était à choix simple, 4 médecins ont répondu à deux items.

**Tableau VIII.** Motif principal du recours à la CMU pour les patients concernés.

	TOTAL * (n = 102)		Groupe 1 (a) (n = 62)		Groupe 2 (b) (n = 21)		Groupe 3 (c) (n = 19)	
	Nombre de réponses	%	Nombre de réponses	%	Nombre de réponses	%	Nombre de réponses	%
Facilité de trésorerie du ménage	23	22,5	13	21	6	28,6	4	21,1
Profiter des avantages du système de soins	43	42,2	25	40,3	7	33,3	11	57,9
Moyen d'accéder à des soins trop onéreux	40	39,2	26	41,9	9	42,9	5	26,3

Même légende que pour le tableau IV.

Les médecins interrogés ont évalué la fréquence de recours des bénéficiaires de la CMU auprès des professionnels de santé comparé à celui des autres patients (Tableau IX).

❖ Recours au médecin généraliste :

La majorité des médecins ont estimé que les bénéficiaires de la CMU avaient plus fréquemment recours au généraliste que la population générale (65 % d'entre eux). Les taux étaient équivalents dans les deux premiers groupes. Il était plus élevé dans le 3ème groupe (68,4 %).

❖ Recours aux neuropsychiatres :

Les patients inscrits à la CMU semblaient, pour 49 % des médecins, consulter les neuropsychiatres autant que les autres patients. Les résultats étaient similaires dans tous les groupes, avec une moyenne de 20 % des réponses sans opinion.

❖ Recours aux autres spécialistes :

Là aussi, le recours aux spécialistes par les deux populations était identique pour 41% des médecins. Seuls les médecins du groupe 2 estimaient que le recours aux spécialistes était moins fréquent pour les bénéficiaires de la CMU (pour près de 43 % d'entre eux). Le taux des médecins ne se prononçant pas était de 17,6 %.

❖ Recours aux dentistes :

Les médecins étaient partagés entre un recours au dentiste soit plus important pour les bénéficiaires, soit égal entre les deux populations (près de 29%). Cependant, comme pour les deux résultats précédents, le taux élevé de médecins sans opinion (en moyenne 20%) limite l'interprétation des résultats.

**Tableau IX.** Recours aux médecins généralistes, spécialistes, et aux dentistes par les bénéficiaires de la CMU par rapport à la population générale.

	Recours PLUS Important (n = 115)		Recours MOINS important (n = 77)		Recours AUSSI important (n = 152)		Sans opinion
	Nombre de réponses*	%	Nombre de réponses*	%	Nombre de réponses*	%	
Médecins généralistes	65	63,7	0	0	32	31,4	5
Neuropsychiatres	4	3,9	29	28,4	49	48	20
Autres médecins spécialistes	16	15,7	26	25,5	42	41,2	18
Dentistes	30	29,4	22	21,6	29	28,4	21

\* Sur les 102 réponses totales des médecins

### III. 2.3 - OPINION DU CONSULTANT SUR LE TIERS PAYANT

La première question de cette partie du questionnaire proposait de distinguer le facteur le plus déterminant dans la consommation de soins : soit l'offre de soins, soit la demande. Le taux de médecins sans opinion était de 38 %, avec des annotations par certains jugeant la question peu compréhensible. Parmi les autres réponses, 28 % des médecins estimaient que ce facteur était « l'offre de soins », tandis que 34% estimaient que ce facteur était « la demande de soins ». Les écarts entre les réponses n'étaient pas significatifs.

A la question : « Pensez-vous que, d'une façon générale, l'absence d'avance de frais entraîne une augmentation de la consommation de soins ? », 71,5 % des médecins ont répondu « oui » contre 18,6 % de réponses négatives et 9,8 % de médecins sans opinion.

Parmi les 73 médecins qui estimaient que l'absence d'avance de frais entraînait une augmentation de la consommation de soins, les 3/4 ont rapporté ce phénomène à un abus de consommation de la part des bénéficiaires (Tableau X). Ils étaient au maximum 84,6 % dans le groupe 3.

Le fait que ce comportement puisse être la traduction d'un rattrapage des soins auxquels les bénéficiaires n'avaient pas accès auparavant a été évoqué par 45 % des médecins. Ce taux variait selon les groupes : il était maximum dans le groupe 1 (près de 53%) et minimum dans le groupe 3 (près de 30%).

Par ailleurs, sur les 73 médecins concernés par cette question, 18 (soit le quart) ont répondu conjointement qu'il s'agissait à la fois d'un abus et d'un rattrapage de la consommation. Il y avait 12 médecins du groupe 1, 3 médecins du groupe 2 et 3 médecins du groupe 3.

**Tableau X.** Principale raison de l'augmentation de consommation de soins due à l'absence d'avance de frais, si elle a lieu.

		TOTAL * (n = 73)		Groupe 1 (n = 43)		Groupe 2 (n = 17)		Groupe 3 (n = 13)	
		Nombre de réponses	%	Nombre de réponses	%	Nombre de réponses	%	Nombre de réponses	%
Abus de consommation de soins	OUI	54	74	32	74,4	11	64,7	11	84,6
	NON	9	12,3	7	16,3	2	11,8	0	0
	nsp **	10	13,7	4	9,3	4	23,5	2	15,4
Rattrapage de consommation de soins	OUI	33	45,2	23	53,5	6	35,3	4	30,7
	NON	19	26	11	25,6	5	29,4	3	23
	nsp **	21	29	9	21	6	35,3	6	46,1

\* Total des médecins ayant répondu à la question précédente que l'absence d'avance de frais entraînait une augmentation de la consommation de soins. \*\* Ne sais pas

Les médecins interrogés pensaient en majorité que le tiers payant était une avancée pour les patients mais qu'il ne devait s'appliquer que dans les situations de précarité (pour respectivement 62 et 75,5 % d'entre eux) (Tableau XI).

Pour les 2/3 des médecins, ce système n'était pas une avancée pour les professionnels de santé. La part des médecins sans opinion variait en moyenne de 14 à 17 %.

Dans le 3<sup>ème</sup> groupe, le taux des médecins considérant que le tiers payant était une avancée pour les patients était plus faible (52,6% contre 62%). En revanche, ce taux était plus important pour les médecins qui pensaient d'une part que ce dispositif n'était pas une avancée pour les professionnels de santé (68,4% contre 65,7%) et d'autre part qu'il ne devait s'appliquer que dans les situations de précarité (80% contre 75,5%).

**Tableau XI.** Intérêt de la dispense d'avance de frais dans le système de soins.

		TOTAL (n = 102)		Groupe 1 (a) (n = 62)		Groupe 2 (b) (n = 21)		Groupe (c) (n = 19)	
		Nombre de réponses	%	Nombre de réponses	%	Nombre de réponses	%	Nombre de réponses	%
Une avancée pour les patients	OUI	63	61,8	39	62,9	14	66,7	10	52,6
	NON	25	24,5	16	25,8	4	19	5	26,3
	nsp(d)	14	13,7	7	11,3	3	14,3	4	21,1
Une avancée pour les professionnels de santé	OUI	18	17,6	9	14,5	5	23,8	4	21,1
	NON	67	65,7	41	66,1	13	61,9	13	68,4
	nsp(d)	17	16,7	12	19,4	3	14,3	2	10,5
Ne devrait s'appliquer que dans les situations de précarité	OUI	77	75,5	47	75,8	15	71	15	78,9
	NON	10	9,8	5	8,1	3	14,3	2	10,5
	nsp(d)	15	14,7	10	6,1	3	14,3	2	10,5

Même légende que pour le tableau IV.

Par ailleurs, en marge des questions posées dans le questionnaire, sept médecins ont apporté des commentaires complémentaires sur la CMU, précisant ainsi leur opinion sur ce sujet.

Un médecin expliquait la forte demande de soins par les bénéficiaires de la CMU comme étant une certaine « boulimie médicale » pour des patients qui n'ont pas toujours eu la possibilité de se soigner dans leur pays. Un autre justifiait l'importance des soins dentaires de cette population pour rattraper le « retard pris dans le traitement des caries ».

D'autre part, il a été noté à trois reprises que les patients inscrits à la CMU étaient très demandeurs d'examens complémentaires, notamment au service des urgences (radiologies, scanners...), et de médicaments, parfois pour l'usage d'autres personnes que le bénéficiaire. Ce comportement était interprété comme un dû ressenti par le patient, avec parfois diminution du respect envers le médecin.

Enfin, deux autres médecins s'interrogeaient sur une certaine incohérence dans l'attribution de la CMU. Ils citaient des exemples isolés de familles bénéficiaires roulant dans une voiture luxueuse. Ils comparaient aussi la situation de patients touchant un salaire ou une retraite et inscrits à la CMU, avec celle des patients exclus du dispositif de CMU à cause du plafond de ressources fixé qui avaient difficilement accès aux soins car ne pouvaient pas assumer l'avance de frais.



## **IV**

# **DISCUSSION**

## **IV. 1 - A PROPOS DU MATERIEL ET DE LA METHODE DE L'ENQUETE**

L'étude a été réalisée à l'échelle départementale, sur un échantillon de 150 médecins généralistes. L'effectif a été calculé pour pouvoir obtenir au minimum 100 réponses, compte tenu des non réponses et des questionnaires inexploitable. Avec cet effectif, les résultats de l'enquête étaient significatifs et des conclusions pouvaient en être tirées.

Nous avons recueilli 102 réponses exploitables, correspondant au nombre attendu à l'origine.

L'enquête est limitée aux médecins généralistes. En effet, nous avons vu plus haut (chapitre II. 2.1.3.1) qu'ils étaient les premiers acteurs de santé pour les bénéficiaires de la CMU en soins ambulatoires, donc les plus concernés en ville par le système de dispense d'avance de frais.

Le département a été choisi de telle sorte qu'il soit représentatif de la population bénéficiaire de la CMU en France. Ainsi, dans le Val de Marne, le taux de couverture de la population par la CMU complémentaire est de 6,7 à 8,6 contre 8,7 pour la France entière (9).

La randomisation par groupe de villes puis par ville a été réalisée en fonction de la densité des dépenses de soins au titre de la CMU dans chaque ville, de manière à avoir un échantillon plus important parmi les médecins dont le volume d'actes en CMU était le plus élevé. Ceci a permis d'obtenir une opinion plus représentative de la part des médecins sur la consommation de soins de cette population.

Le questionnaire a été rempli par les médecins uniquement par courrier et non par contact téléphonique. En effet, le temps de conversation téléphonique nécessaire n'était pas compatible avec l'emploi du temps des médecins et risquait d'être mal accepté par ces derniers. Par envoi postal, les médecins pouvaient prendre le temps de consulter les questions et de répondre à leur rythme.

Les appels téléphoniques donnés aux médecins non répondeurs huit jours après l'envoi des questionnaires ont permis, selon le contexte, soit de fournir des explications

supplémentaires sur l'étude, soit de préciser certaines questions mal comprises, soit de réparer un simple oubli de la part du médecin.

Une deuxième relance téléphonique auprès des médecins ne répondant pas au premier appel aurait pu être envisagée pour optimiser le taux de réponses. Cette procédure n'a pas été mise en œuvre en raison du délai plus long que prévu des retours des questionnaires. La deuxième période d'appels téléphoniques aurait été sur la période habituelle de congés des médecins.

Pour les médecins ayant déclaré ne pas avoir reçu le questionnaire, deux hypothèses sont envisageables :

- Soit ils ne l'avaient en effet pas reçu, plus par dysfonctionnement postal que par erreur d'adresse puisque les coordonnées postales provenaient d'une base de données datant de janvier 2001 ;
- Soit l'enveloppe avait été égarée ou jetée, car mêlée à l'important courrier publicitaire reçu quotidiennement et non consulté, comme l'on suggéré deux médecins.

La période de l'enquête a été choisie hors épidémie saisonnière et avant les départs en vacances d'été des médecins, pour optimiser le taux de retour des réponses.

La fréquence moyenne des consultations par les bénéficiaires de la CMU divergent selon la localité des cabinets médicaux. Afin de prendre en compte ce facteur, il était nécessaire que chaque médecin note sur le questionnaire sa ville d'exercice pour repérer dans lequel des trois groupes elle se situait.

La participation des médecins contactés a été satisfaisante puisqu'ils ont été 71,3 % à répondre, avec 68 % de réponses exploitables par rapport à la totalité des questionnaires envoyés. Le taux de participation était équivalent dans les groupes 1 et 2 (environ 55 %) et plus importante dans le 3<sup>ème</sup> groupe (75 %). Après la relance téléphonique, le taux de réponses était croissant du 1<sup>er</sup> au 3<sup>ème</sup> groupe.

D'après les commentaires des médecins contactés par téléphone, ces différences de taux de participation, pourrait être dues au fait que les médecins ayant beaucoup de patients inscrits à la CMU n'observaient pas de différence entre les comportements des bénéficiaires et des non bénéficiaires face à la consommation de soins. Ils ne se sentaient donc pas concernés par l'enquête, ne pensant pas, à tort, pouvoir apporter un avis tranché sur la question.

A l'inverse, moins les médecins fréquentaient dans leur exercice des bénéficiaires de la CMU, plus ils semblaient motivés pour donner leur avis, souvent de façon critique.

Sur les 29 % de médecins qui n'ont pas accepté de participer à l'enquête, il serait intéressant d'en connaître la raison : outre le manque de temps évoqué par certains médecins, était-ce un manque d'intérêt ou un refus de fournir une réflexion sur le sujet de la CMU ? Celui-ci concerne pourtant en ville les médecins généralistes en première intention. Peut-être aussi y avait-il une méfiance sur la source de l'enquête et l'exploitation qui serait faite des données.

Tous les questionnaires ont été complétés entièrement, en tenant compte des indications données pour les remplir. Seules deux catégories de questions ont présenté un biais de réponse :

D'une part, les questions à choix simple 1)2), 2)1)a) et b), 2)2) ont été remplies à l'excès : trois à six médecins ont répondu à deux ou trois items selon la question, ce qui rend l'interprétation des réponses plus limitée.

D'autre part, les questions 1)2) et 2)3) proposaient les réponses « plus », « moins » et « autant », mais pas de réponse « sans opinion ». On peut supposer que les médecins qui se trouvaient dans cette dernière catégorie, soit n'ont pas répondu à la question, soit ont répondu de la façon la plus neutre par « autant ». L'interprétation des réponses doit donc restée prudente. Certains médecins ont d'ailleurs rajouté de façon manuscrite la réponse « ne sais pas ». Dans l'analyse notre enquête, les questions laissées sans réponses ont été classées dans la catégorie « sans opinion ».

Le reste des réponses du a pu être exploité conformément au libellé de la question

## **IV. 2 - COMPARAISON ENTRE LES RESULTATS DE L'ENQUETE ET CEUX DES ETUDES PUBLIEES**

L'enquête menée auprès des médecins généralistes au sujet de la CMU a permis de relever des différences et des similitudes par rapport aux études déjà publiées sur le tiers payant, l'AMD et la CMU, tant sur le plan socio-économique que médical.

Pour clarifier la discussion, les thèmes abordés dans notre travail ont été repris en comparant les résultats de notre enquête et ceux des études publiées : les caractéristiques de la population inscrite à la CMU, le profil de consommation de soins de cette population et enfin l'opinion des médecins généralistes sur le tiers payant dans le système de soins français.

### **IV. 2.1 - LES BENEFICIAIRES DE LA CMU**

D'après notre enquête, les deux tranches d'âge les plus représentatives des patients inscrits à la CMU étaient celle des 16-29 ans (pour 62 % des médecins) et celle des 30-59 ans (pour 67,6% des médecins). Les patients de plus de 60 ans représentaient 9,8 % des bénéficiaires.

-Ces résultats sont comparables avec les études publiées : les bénéficiaires de l'AMD étaient environ 61% à avoir entre 0 et 29 ans et 3 % à avoir plus de 60 ans. Pour les bénéficiaires de la CMU, 42 % avaient moins de 20 ans et 6 % avaient plus de 60 ans.

Une comparaison rigoureuse des résultats de notre enquête avec les études publiées est cependant difficile car les tranches d'âges observées pour la population en CMU et en AMD n'étaient pas les mêmes dans toutes les études.

On peut quand même observer d'après ces résultats que les bénéficiaires de l'AMD et de la CMU représentent une population jeune par rapport à la population générale, avec une majorité de moins de 30 ans, et une petite proportion de plus de 60 ans. Alors que dans la population générale, il y a environ 41 % de moins de 30 ans et 21 % de plus de 60 ans.

Cependant, par rapport aux études, les résultats de notre questionnaire révélaiènt une part plutôt importante de personnes entre 30 et 59 ans (67,6%) contre une plus faible proportion des 0-15 ans (42,2%). Cette nuance peut être due aux sources différentes de recueil de données.

En effet, les études publiées se sont référées selon le cas, soit aux données officielles de tous les patients en AMD ayant consommé des soins au moins une fois sur une période donnée, soit aux listes exhaustives d'inscription à la CMU en tenant compte des ayants droits qui sont en majorité des enfants.

Quant aux médecins interrogés, ils se sont fiés à la fréquentation par les bénéficiaires de leur cabinet médical. Or, les jeunes enfants de 0 à 6 ans des bénéficiaires sont suivis principalement dans les centres de Protection Maternelle et Infantile. La moyenne d'âge des patients reçus par les médecins était donc décalée vers les tranches d'âges supérieures, notamment celle des 30-59 ans, correspondant à la génération des parents de ces jeunes enfants.

#### **IV. 2.2 - CONSOMMATION DE SOINS DE VILLE PAR LES BENEFICIAIRES DE LA CMU**

Nous avons comparé la consommation de soins ambulatoires entre d'une part les bénéficiaires de l'AMD et de la CMU, et d'autre part les autres patients inscrits au régime général. Trois sortes de travaux ont été exploitées : les études des caisses d'assurance maladie sur l'aide médicale, les bilans établis sur la CMU, et enfin notre enquête auprès des médecins généralistes. Nous avons résumé leur résultats dans le tableau XII.

Les situations étudiées sont les suivantes : soit la consommation de soins au titre de l'AMD (ou de la CMU) était supérieure à celle du régime général ( $AMD \text{ ou } CMU > RG$ ), soit elle était inférieure ( $AMD \text{ ou } CMU < RG$ ), soit enfin elle était équivalente ( $AMD \text{ ou } CMU = RG$ )

Les résultats ont ensuite été analysés selon les 3 cas de figure : soit, d'après la pratique des médecins interrogés, la consommation de soins des bénéficiaires de la CMU était

comparable dans notre enquête et dans les études publiées, soit elle apparaissait moins importante dans notre enquête, soit elle apparaissait plus importante dans notre enquête.

**Tableau XII.** Consommation globale de soins par secteurs de dépenses des bénéficiaires de l'AMD, de la CMU et de la population générale : comparaison entre ces populations d'après les résultats des études publiées et de l'enquête auprès des médecins généralistes.

	Etudes CPAM	Bilans CMU	Enquête auprès des médecins généralistes
Consultations de généralistes	AMD > RG	CMU > RG	CMU > RG
Visites de généralistes	AMD > RG	CMU > RG	CMU < RG
Visites de nuit et de week-end	AMD > RG	CMU > RG	Sans opinion
Recours aux généralistes	AMD > RG	CMU > RG	CMU > RG
Recours aux neuropsychiatres	AMD > ou = RG	Non évaluée	CMU = RG
Recours aux autres spécialistes	AMD < RG	CMU < RG	CMU = RG
Actes dentaires	AMD > RG	CMU < RG	CMU > ou = RG
Produits pharmaceutiques	AMD < RG	CMU > RG	CMU = RG
Examens biologiques	AMD < RG	CMU < RG	CMU = RG
Examens radiologiques	AMD < RG	Non évaluée	CMU = RG
Actes infirmiers	AMD = RG	CMU < RG	CMU = RG
Séances de kinésithérapie	AMD < RG	CMU < RG	CMU = RG
Transports médicalisés	AMD > RG	CMU > RG	CMU = RG

**IV. 2.2.1 - LA CONSOMMATION DE SOINS DES BENEFICIAIRES DE LA CMU ETAIT COMPARABLE DANS NOTRE ENQUETE ET DANS LES ETUDES PUBLIEES**

La demande de consultations de médecine générale était évaluée de manière identique par les médecins interrogés et par les études publiées. Elle était nettement supérieure chez les bénéficiaires de la CMU par rapport à la population générale dans les études, c'est également ce qu'ont constaté 65% des médecins dans notre enquête.

De même, pour 64% des médecins, les patients inscrits à la CMU ont plus souvent recours aux médecins généralistes que les autres patients, tout comme les études publiées l'avaient observé.

**2.2.2 - LA CONSOMMATION DE SOINS DES BENEFICIAIRES DE LA CMU ETAIT MOINS IMPORTANTE DANS NOTRE ENQUETE QUE DANS LES ETUDES PUBLIEES**

*IV. 2.2.2.1 - Visites à domicile de généralistes*

Toutes les études présentées ont révélé que les bénéficiaires de l'AMD et de la CMU étaient de plus forts consommateurs de visites à domiciles, surtout avec majoration, que les autres patients. Dans notre enquête, seulement 40,2 % des médecins interrogés étaient de cet avis contre 50 % qui ont estimé que la demande de visites n'était pas plus importante pour les patients en CMU.

Pour les visites de nuit et de dimanche, 52 % des médecins sont restés sans opinion. Concernant les 48% restant, il y avait autant de médecins qui pensaient que la demande en visites avec majoration était plus importante par les bénéficiaires de la CMU que de médecins qui pensaient qu'elle n'était pas plus importante.

Cependant, la plupart des médecins interrogés ne faisaient plus de gardes de nuit et de week-end d'après leurs commentaires en marge du questionnaire. Ils n'ont donc pas pu donner d'avis sur la demande de visites avec majoration. Il semble donc important de prendre en compte l'opinion des cinq médecins qui ont précisé faire des gardes. Ils ont insisté sur le fait que les bénéficiaires de la CMU étaient demandeurs de visites avec majoration de façon



bien plus importante par rapport la population générale. Mais ces médecins étaient trop peu nombreux pour que leur avis influence le résultat global.

Il aurait d'ailleurs été intéressant, dans le cadre du questionnaire, de demander aux médecins s'ils faisaient des gardes, pour juger plus clairement de la validité de leur réponse.

Dans notre étude, les réponses des médecins ne semblaient pas représentatives et l'interprétation des résultats reste limitée.

Les médecins ont répondu différemment selon la densité des dépenses de leur ville au titre de la CMU. Ainsi, dans les villes où les dépenses en CMU étaient importantes ou moyennes, les avis étaient partagés entre les médecins qui estimaient faire plus de visites pour les bénéficiaires de la CMU et ceux qui pensaient ne pas en faire plus. Le taux maximal était de 71,4 % pour la seconde proposition.

En revanche, près de la moitié des médecins exerçant dans les villes où les dépenses au titre de la CMU étaient faibles ont déclaré faire plus de visites à domicile pour les bénéficiaires de la CMU.

L'opinion des médecins semblait donc être influencée par la densité des patients inscrits à la CMU qu'ils fréquentaient dans leur exercice. Plus cette densité était faible, plus la consommation en soins de ces derniers leur semblait importante.

#### IV. 2.2.2.2 - *Produits pharmaceutiques*

Les médecins généralistes ont déclaré à 83 % faire autant de prescriptions de produits pharmaceutiques aux bénéficiaires de la CMU qu'aux non bénéficiaires. Or, dans les bilans sur la CMU, la consommation était nettement supérieure pour les bénéficiaires, bien que le coût unitaire des produits consommés était plus faible que pour la population générale.

Deux hypothèses peuvent être évoquées : soit les médecins ont sous-évalué le volume des prescriptions faites à la demande du patient pour l'usage d'une tierce personne, comme l'ont noté certains médecins en marge du questionnaire. Soit, du fait du nomadisme médical des patients en CMU et de leurs consultations fréquentes aux urgences hospitalières, le volume des prescriptions pharmaceutiques est partagé entre un nombre important de prescripteurs que les médecins ne pouvaient pas évaluer.

La différence de résultats observée entre les bilans sur la CMU et les études CPAM est due au fait que, dans le premier cas, c'est la consommation des patients de moins de 60 ans qui a été comparée dans les deux populations, alors que dans le second cas, c'est la population générale. Or, seulement 6% des bénéficiaires de la CMU ont plus de 60 ans. Les résultats prenant en compte uniquement les moins de 60 ans sont donc plus représentatifs de la consommation des bénéficiaires. Celle-ci apparaissait dans ce cas plus importante que celle des moins de 60 ans de la population générale.

#### IV. 2.2.2.3 - *Transports médicalisés*

Les médecins interrogés ont déclaré prescrire autant de transports médicalisés pour les bénéficiaires de la CMU que pour les non bénéficiaires. Alors que les études publiées ont démontré que les dépenses dans ce secteur étaient plus importantes pour les patients couverts par l'AMD la CMU.

On peut envisager deux hypothèses : soit, comme nous l'avons vu précédemment, une partie des prescriptions prises en compte par les études correspondait aux prescriptions hospitalières lors des consultations des patients en CMU non hospitalisés. Soit on peut supposer que les prescriptions de transports médicalisés se font principalement pendant les gardes, à des horaires où les transports en communs ne sont pas en service. Ces prescriptions n'ont alors pas pu être prises en compte par les médecins interrogés puisqu'ils n'étaient en majorité pas concernés par cette activité.

### **IV. 2.2.3 - LA CONSOMMATION DE SOINS DES BENEFICIAIRES DE LA CMU ETAIT PLUS IMPORTANTE DANS NOTRE ENQUETE QUE DANS LES ETUDES PUBLIEES**

#### IV. 2.2.3.1 - *Consultations de spécialistes*

D'après notre enquête, les bénéficiaires de la CMU consulteraient autant les spécialistes que la population générale. Dans les études publiées, les bénéficiaires consultaient moins fréquemment les spécialistes.

Les médecins généralistes n'ont peut-être eu que la vision des patients qui consultaient un spécialiste sur leur avis. Ils ont alors estimé adresser aux spécialistes autant les bénéficiaires

de la CMU que les non bénéficiaires. Mais ils n'ont pas pris en compte la demande directe des patients auprès des spécialistes, qui concerne principalement la population générale.

En revanche, les bilans sur l'AMD et la CMU ont pris en compte cette demande, ce qui peut expliquer qu'au total, la population générale étaient plus consommatrice de consultations de spécialistes que la population en CMU dans ces bilans par rapport à notre enquête.

En ce qui concerne les consultations de neuropsychiatres, les médecins interrogés ont estimé que leur fréquentation était équivalente pour les bénéficiaires et les non bénéficiaires de la CMU.

Seulement trois études de CPAM ont tenu compte en particulier de ce secteur de soins : deux ont révélé que la demande était plus forte chez les patients inscrits à la CMU et une a montré que leur demande était équivalente.

Les bilans publiés sur la CMU n'ont pas étudié spécifiquement ce secteur de soins.

Devant le peu d'éléments comparatifs, il est difficile de conclure.

#### IV. 2.2.3.2 - *Actes dentaires*

Les résultats des études pour ce secteur de soin étaient disparates. Pour les caisses primaires, la consommation des bénéficiaires de l'AMD était plus importante que celle des autres patients. D'après les bilans sur la CMU elle était plus faible. Enfin, pour les médecins généralistes interrogés, elle était, à proportion à peu près égale, à la fois plus importante et équivalente.

L'AMD proposait une meilleure couverture complémentaire que la CMU pour les soins dentaires, c'est pourquoi les dépenses dans ce secteur de soins étaient plus importantes sous le régime de l'AMD.

L'opinion des médecins se rapprochait plutôt des résultats des études de CPAM sur l'AMD, système plus ancien donc peut-être mieux connu que celui de la CMU.

#### IV. 2.2.3.3. - *Prescriptions paramédicales*

Les prescriptions d'examen biologiques et radiologiques, d'actes infirmiers et de séances de kinésithérapie ont été considérées de volume équivalent par les médecins généralistes pour la population en CMU et la population générale.

Les études sur l'AMD et la CMU avaient constaté des dépenses globalement moins importantes dans ces secteurs au titre des deux aides médicales.

La différence peut venir du fait qu'en terme de nombre de prescriptions, la consommation soit équivalente dans les deux populations, mais qu'en terme de coût de remboursement, les dépenses soient moins importantes pour les bénéficiaires de l'AMD et de la CMU. En effet, d'après les études publiées, le coût unitaire des prescriptions pour les bénéficiaires est plus faible que pour les autres patients.

Chez les médecins ayant déclaré faire pour les bénéficiaires de la CMU plus de prescriptions paramédicales, de produits pharmaceutique ou de transports médicalisés que pour la population générale, 70 % le faisaient sur la demande du patient, et seulement 10 % selon son état de santé. La raison de telles prescriptions n'était donc pas ressentie par les médecins comme étant d'ordre médical, mais plutôt comme étant un dû revendiqué par les bénéficiaires.

#### **IV. 2.3 - OPINION DES MEDECINS GENERALISTES SUR LE TIERS PAYANT**

##### **IV. 2.3.1 - OPINION DES MEDECINS SUR LE TIERS PAYANT A TRAVERS LEUR PRATIQUE**

Lorsque les médecins ont constaté une consommation de soins plus importante dans un secteur de santé par les bénéficiaires de la CMU, ils ont donné leur opinion sur la principale raison qui pouvait être à l'origine de ce comportement particulier. Cette raison pouvait être soit médicale, soit d'origine sociale, soit liée à la facilité qu'apporte l'absence d'avance de frais.

Les secteurs de soins concernés par cette question étaient les consultations et les visites à domicile de généralistes.

Les réponses des médecins ont été résumées dans le tableau XIII.

**Tableau XIII.** Raisons principales évoquées par les médecins généralistes concernant la consommation plus importante des bénéficiaires de la CMU pour les consultations et visites de généralistes.

	Etat de santé du patient (%) *	Raisons socio-économiques (%) *	Absence d'avance de frais (%) *
Nombre de consultations plus important	13,6	13,6	79
Nombre de visites à domicile plus important	2	12,7	91,5

\* La somme des pourcentages est supérieure à 100 % car certains médecins ont répondu à plusieurs items.

Pour justifier la demande plus importante de consultations et de visites chez les bénéficiaires de la CMU, les médecins ont cité la facilité liée à la non avance de frais à une forte majorité (71 à 91,5 % des médecins). La raison médicale a été citée en dernier choix, avec seulement 2 à 13,6 % de réponses.

A l'inverse, les études socio-économique développées dans notre exposé attribuaient cette plus forte demande de la part des bénéficiaires de la CMU à leur moins bon état de santé et à leur situation socio-économique plus difficile que pour la population générale.

Par ailleurs, 42,2 % des médecins ont estimé que les patients avaient recours à la CMU pour profiter des avantages du système de soins et 39,2 % ont déclaré que la CMU était un moyen d'accéder à des soins trop onéreux pour les patients demandeurs.

Seulement 22,5 % des médecins ont pris en compte la facilité de trésorerie pour le bénéficiaire qu'apportait la CMU à travers le tiers payant.

D'après les études publiées, le recours à la CMU apporte principalement une facilité de trésorerie pour le bénéficiaire, et en conséquence, une amélioration de l'accès aux soins.

Il y a donc là un réel décalage entre les analyses fournies par des études validées et l'interprétation des médecins généralistes devant les différences de comportement face à la consommation de soins entre les bénéficiaires de la CMU et la population générale.

Les résultats de notre enquête nous amènent à faire le rapprochement suivant : les médecins ont déclaré que la demande plus forte de consultations et de visites de généralistes par les patients en CMU était principalement liée à la facilité qu'apportait le tiers payant représenté par la CMU.

Or, ils étaient aussi une majorité à considérer le recours à la CMU comme une façon de profiter des avantages du système de soins. Cela revient à juger abusive la consommation plus importante de ces soins par les bénéficiaires de la CMU, qui sembleraient vouloir profiter des avantages proposés par cette couverture.

Dans le groupe 3, 58% des médecins étaient de cet avis, contre moins de 40% dans les autres groupes. A l'inverse, dans les groupes 1 et 2, environ 41% considéraient que la CMU était un moyen d'accéder à des soins trop onéreux.

L'opinion sur l'intérêt du recours à la CMU est donc moins favorable chez les médecins exerçant dans des villes où la densité de patients en CMU est faible.

#### **IV. 2.3.2 - OPINION DES MEDECINS SUR LE TIERS PAYANT DANS LE SYSTEME DE SOINS**

##### **FRANCAIS**

La majorité des médecins (71,5%) a déclaré que le principe de la dispense d'avance de frais augmentait la consommation de soins médicaux en villes. Ce constat est en accord avec les résultats des études.

Cependant, alors que pour 3/4 de ces médecins il s'agissait d'un abus de consommation de soins par les bénéficiaires du tiers payant (84,6 % dans le groupe 3), les études socio-économiques concluaient à un rattrapage de cette consommation par les plus démunis. Seulement 45 % des médecins ont opté pour cette deuxième explication.

Le fait qu'un quart des médecins aient répondu conjointement aux deux items (« abus » et « rattrapage » de la consommation) nuance de façon non négligeable ce résultat.

De façon générale, la majorité des médecins a donc exprimé un avis négatif sur le bénéfice que peut apporter le tiers payant aux patients, tant au niveau de leur santé qu'au

niveau de leurs problèmes de trésorerie. Ces deux critères ont été peu pris en compte, et les médecins ont interprété la hausse de consommation de soins constatée pour ces patients comme abusive.

Ce point de vue variait en fonction de la ville d'exercice des médecins. On a vu en effet à plusieurs reprises que l'écart d'opinion entre les médecins interrogés et les résultats des études s'accroissait quand il s'agissait des médecins du groupe 3 exerçant dans des villes où la densité de population inscrite à la CMU était la plus faible (notamment au sujet de la demande de consultations et de visites à domicile des bénéficiaires de la CMU). Ils étaient également plus nombreux à déclarer que le tiers payant était principalement une façon pour les bénéficiaires de profiter du système de soins et que ceux-ci avaient une consommation de soins abusive.

Il y avait chez ces médecins une opinion plus péjorative sur les bénéfices que peut apporter la CMU aux patients et sur l'usage que ceux-ci en font par rapport aux médecins rencontrant globalement plus de bénéficiaires.

Deux hypothèses peuvent être soulevées face à ce phénomène.

D'une part, il existe un biais de recrutement des patients couverts par la CMU chez les médecins qui en rencontrent peu dans leur pratique. Les bénéficiaires qu'ils voient sont proportionnellement ceux qui consomment le plus, et peut-être parfois avec abus, alors qu'ils voient peu les bénéficiaires qui consomment de façon plus modérée. Leur opinion sur le comportement des bénéficiaires de la CMU se fonde donc sur cette observation biaisée, rendant compte surtout de celui des forts consommateurs.

D'autre part, le poids de la tradition historique française sur la pratique libérale de la médecine a sans doute une influence sur l'opinion des médecins à propos de la CMU et sur le tiers payant en général. Ce système remet en cause le paiement à l'acte et la libre entente, principe fondateur de la charte libérale de 1927, et à ce titre est depuis longtemps défendus par certains syndicaux médicaux. Le tiers payant est donc accueilli avec réticence et méfiance par une partie du corps médical qui le juge d'une façon plutôt péjorative. L'influence de cette représentation médicale est peut-être plus importante chez les médecins ayant peu de patients inscrits à la CMU.

Enfin, les médecins ont estimé à 62% que l'absence d'avance de frais était une avancée pour les patients. C'est aussi ce qu'ont conclu les études présentées. Néanmoins, les médecins ne semblaient pas prêts à élargir le droit au tiers payant, puisqu'ils étaient 75,5% à souhaiter qu'il soit réservé aux personnes en situation de précarité.

De même, les 2/3 des médecins ne considéraient pas le tiers payant comme une avancée pour les professionnels de santé. Cela confirme leurs réticences à l'extension du système de tiers payant dans le système de soins français.



# V

## CONCLUSION

Les résultats de notre enquête auprès des médecins généralistes comparés à ceux des études publiées sur la CMU, l'aide médicale, le tiers payant et la protection sociale, ont montré que les médecins avaient une estimation de la consommation de soins ambulatoires par les bénéficiaires de la CMU assez proche de celle des études.

Les résultats étaient comparables pour la demande de consultations généralistes. Pour les autres secteurs de soins, les différences de résultats n'étaient pas toujours significatives ou l'interprétation en était limitée. En effet, soit les médecins interrogés n'étaient pas représentatifs (c'était le cas pour les visites avec majoration), soit leur estimation était biaisée par des facteurs qu'ils ne pouvaient pas évaluer, comme pour la consommation de produits pharmaceutiques, de consultations spécialistes ou de transports médicalisés. Dans les secteurs de soins dentaires et prescriptions paramédicales, les différences de résultats entre notre enquête et les études étaient peu importantes.

Par ailleurs, tant dans notre enquête que dans les études, le tiers payant était considéré comme entraînant une augmentation de la consommation des soins.

De façon générale, les médecins généralistes avaient donc une perception assez juste de la consommation de soins ambulatoires des patients couverts par la CMU en comparaison avec les résultats d'études.

En revanche, leur opinion était souvent opposée quant aux bénéfices qu'apporte le système de tiers payant aux populations les plus démunies.

Les auteurs des études interprétaient la plus forte consommation de soins de généralistes par les bénéficiaires de la CMU comme étant liée à un état de santé moins bon et à une situation socio-économique plus précaire de cette population. Pour les médecins interrogés, elle était liée à la facilité de la dispense d'avance de frais.

De même, d'après les résultats des études, la principale raison du recours à la CMU était liée à un problème de trésorerie et permettait un accès aux soins plus facile. Pour les médecins généralistes, cette raison était une façon de profiter des avantages du système de soins et aussi d'accéder plus facilement aux soins.

Enfin, l'augmentation de la consommation de soins entraînée par le tiers payant était, d'après les études un rattrapage de la consommation par les plus démunis, alors que dans notre étude, elle était considérée comme un abus.

Les médecins interrogés avaient donc une opinion péjorative sur le tiers payant et sur l'usage qui en est fait par les bénéficiaires. Ce résultat rejoint l'hypothèse de départ de notre travail.

Les éléments de notre analyse alimentent quelques réflexions sur l'opinion qu'ont les médecins généralistes sur la CMU et le tiers payant. Les conclusions émises par les médecins ne relèvent-elles pas plus d'une remise en question du dispositif même de la CMU dans le cadre de leur pratique quotidienne que d'une réelle contestation de son bien fondé en terme de santé pour les bénéficiaires ?

De fait, les médecins généralistes sont consultés en premiers recours par les bénéficiaires de la CMU. Ils sont donc les premiers acteurs de ce système dans le secteur ambulatoire et en supportent les difficultés tant administratives que médico-sociales (liées à la situation de précarité sociale des bénéficiaires). De plus, ils sont les premiers témoins des abus réalisés par certains bénéficiaires. Bien que ce phénomène paraisse fréquent dans la mise en place de toute action sociale et que les exemples cités par les médecins soient isolés, cela alimente une opinion négative auprès des généralistes.

En outre, les médecins français sont empreints d'une tradition historique dans la défense de l'exercice libéral de la médecine et notamment du paiement à l'acte par le patient. Cette tradition a un poids important dans la mentalité du corps médical. Celui-ci se montre ainsi réticent à la mise en place et à l'extension du système de tiers payant. De plus, les médecins sont peu impliqués dans la régulation des politiques de santé et se sentent tenus à l'écart des réformes mises en place par l'Etat. L'adhésion des médecins à ces réformes est donc plus difficile.

Ainsi, on peut se demander si l'interrogation des médecins généralistes sur le dispositif du tiers payant ne révélerait pas des inquiétudes plus profondes qu'une simple opposition au dispositif en place. En effet, ne résulterait-elle pas, entre autre, d'un processus de réflexions sur leur rôle dans la régulation des dépenses de santé et sur leur relation avec le patient, fondée historiquement sur la rémunération à l'acte ?

Il serait intéressant de répondre à ces questions par une approche sociologique et politique du fonctionnement du système de santé qui pourrait faire l'objet d'autres études.

# **ANNEXES**

## ANNEXE 1

### LOI SUR LA CMU. EXTRAIT DU JOURNAL OFFICIEL DU 28 JUILLET 1999

Numéro 172 du 28 Juillet 1999 page 11229

LOI no 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle (1)

NOR : MESX9900011L

L'Assemblée nationale et le Sénat ont délibéré,

L'Assemblée nationale a adopté,

Vu la décision du Conseil constitutionnel no 99-416 DC en date du 23 juillet 1999 ;

Le Président de la République promulgue la loi dont la teneur suit :

#### TITRE PRELIMINAIRE DE LA COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE

##### Article 1er

Il est créé, pour les résidents de la France métropolitaine et des départements d'outre-mer, une couverture maladie universelle qui garantit à tous une prise en charge des soins par un régime d'assurance maladie, et aux personnes dont les revenus sont les plus faibles le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais.

#### TITRE Ier DISPOSITIONS RELATIVES AUX REGIMES OBLIGATOIRES

##### Chapitre Ier Dispositions générales

##### Article 2

I. - Le quatrième alinéa de l'article L. 111-1 du code de la sécurité sociale est ainsi rédigé : « Cette garantie s'exerce par l'affiliation des intéressés et le rattachement de leurs ayants droit à un (ou plusieurs) régime(s) obligatoire(s). » II. - Le chapitre Ier du titre IV du livre VII du même code est abrogé. Toutefois, les dispositions de l'article L. 741-11 demeurent en vigueur pour la répartition du solde des opérations de recettes et de dépenses de l'assurance personnelle afférent à l'exercice 1999. Dans l'intitulé du titre IV du livre VII, les mots : « Assurance personnelle » sont supprimés.

##### Article 3

I- Il est inséré, au titre VIII du livre III du même code, un chapitre préliminaire intitulé : « Personnes affiliées au régime général du fait de leur résidence en France », comprenant les articles L. 380-1 à L. 380-4.

II. - Les articles L. 380-1 et L. 380-2 du même code sont ainsi rédigés :

« Art. L. 380-1. - Toute personne résidant en France métropolitaine ou dans un département d'outre-mer de façon stable et régulière relève du régime général lorsqu'elle n'a droit à aucun autre titre aux prestations en nature d'un régime d'assurance maladie et maternité.

« Un décret en Conseil d'Etat précise la condition de résidence mentionnée au présent article.

« Art. L. 380-2. - Les personnes affiliées au régime général dans les conditions fixées à l'article L. 380-1 sont redevables d'une cotisation lorsque leurs ressources dépassent un plafond fixé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix.

« Cette cotisation est fixée en pourcentage du montant des revenus, définis selon les modalités fixées au 1o du V de l'article 1417 du code général des impôts, qui dépasse le plafond mentionné au premier alinéa. Un décret détermine le taux et les modalités de calcul de cette cotisation ainsi que les obligations déclaratives incombant aux assujettis. « La cotisation est recouvrée selon les dispositions des sections 2 à 4 du chapitre III et du chapitre IV du titre IV du livre II du présent code, sous réserve des adaptations prévues par décret du Conseil d'Etat. »

##### Article 4

Il est inséré, après l'article L. 161-2 du même code, un article L. 161-2-1 ainsi rédigé :

« Art. L. 161-2-1. - Toute personne qui déclare auprès d'une caisse primaire d'assurance maladie ne pas bénéficier des prestations en nature des assurances maladie et maternité est affiliée sans délai, au titre de l'article L. 380-1, au régime général sur justification de son identité et de sa résidence stable et régulière, et bénéficie immédiatement des prestations en nature de ce régime. La caisse saisit ensuite, s'il y a lieu, l'organisme compétent pour affilier la personne en cause au régime dont elle relève.

« Les services sociaux ou les associations et organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'Etat dans le département, ainsi que les établissements de santé, apportent leur concours aux intéressés dans leur demande d'affiliation et sont habilités à transmettre les documents afférents à l'organisme compétent avec l'accord de l'intéressé.

« Les personnes qui, au moment de la demande, sont sans domicile fixe doivent élire domicile soit auprès d'un organisme agréé à cet effet par décision de l'autorité administrative, soit auprès d'un centre communal ou intercommunal d'action sociale.

« Les modalités d'application du présent article sont définies par décret en Conseil d'Etat. »

#### Article 5

Les articles L. 161-15-1 et L. 161-15-2 du même code sont ainsi rédigés :

« Art. L. 161-15-1. - Une personne ne peut perdre le bénéfice des prestations en nature des assurances maladie et maternité que si elle cesse de remplir la condition de résidence mentionnée à l'article L. 380-1 ou si elle est présumée absente dans les conditions prévues par l'article 112 du code civil.

« Art. L. 161-15-2. - Si une personne relève d'un régime d'assurance maladie autre que celui au titre duquel les prestations sont servies, l'organisme qui les sert ne peut les interrompre tant que l'organisme compétent ne s'est pas substitué à lui ; il les garde à sa charge jusqu'à cette date. »

#### Article 7

I. - Aux première et deuxième phrases de l'article L. 161-14-1 du code de la sécurité sociale, les mots :

« enfant majeur ayant droit d'un assuré social » sont remplacés par les mots :

« enfant ayant droit d'un assuré social en vertu des 2o et 3o de l'article L. 313-3, qui a atteint l'âge de seize ans ».

II. - L'article L. 161-14-1 du même code est complété par deux alinéas ainsi rédigés :

« Sauf refus exprès de leur part, les ayants droit mentionnés aux 1o et 4o de l'article L. 313-3 et à l'article L. 161-14 sont identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré et perçoivent à titre personnel les prestations en nature des assurances maladie et maternité.

« Les enfants mineurs pris en charge par les services de l'aide sociale à l'enfance peuvent, à la diligence et sur demande des personnes ou des établissements qui en assurent l'accueil ou la garde, être identifiés de façon autonome au sein du régime de l'assuré. Ces personnes ou établissements perçoivent pour le compte de l'assuré les prestations en nature des assurances maladie et maternité. »

III. - L'article L. 615-11 du même code est abrogé.

IV. - Au deuxième alinéa de l'article L. 381-9 du même code, les mots :

« à l'exclusion des enfants majeurs ayants droit des ressortissants des régimes spéciaux » sont remplacés par les mots « à l'exclusion des enfants ayants droit des ressortissants du régime des travailleurs non salariés des professions non agricoles et des régimes spéciaux ».

#### Article 8

Il est inséré, au chapitre préliminaire du titre VIII du livre III du même code, un article L. 380-3 ainsi rédigé :

« Art. L. 380-3. - Les dispositions de l'article L. 380-1 ne s'appliquent pas aux personnes suivantes :

« 1o Les membres du personnel diplomatique et consulaire en poste en France, les fonctionnaires d'un Etat étranger et personnes assimilées, ainsi que les membres de leur famille qui les accompagnent ;

« 2o Les personnes qui sont venues en France pour suivre un traitement médical ou une cure ;

« 3o Les personnes résidant en France qui, au titre d'une activité professionnelle exercée par elle-mêmes ou par un membre de leur famille sur territoire d'un Etat étranger, ont la faculté d'être affiliées à titre volontaire à un régime d'assurance maladie, conformément à la législation de cet Etat, si cette affiliation leur permet d'obtenir la couverture des soins reçus sur le territoire français ;

« 4o Les agents retraités d'une organisation internationale qui ne sont pas également titulaires d'une pension française, ainsi que les membres de leur famille, dès lors qu'ils sont couverts dans des conditions analogues à celles du régime général français d'assurance maladie et maternité par le régime propre à l'organisation dont ils relevaient quand ils étaient en activité. »

## TITRE II DISPOSITIONS RELATIVES A LA PROTECTION COMPLEMENTAIRE EN MATIERE DE SANTE

### Chapitre Ier Dispositions générales

#### Article 20

I. - L'intitulé du livre VIII du code de la sécurité sociale est complété par les mots : « - Protection complémentaire en matière de santé ».

II. - Le livre VIII du même code est complété par un titre VI intitulé : « Protection complémentaire en matière de santé », et comprenant trois chapitres.

III. - Le chapitre Ier du titre VI du livre VIII du même code est ainsi rédigé :

« Chapitre Ier « Dispositions générales

« Art. L. 861-1. - Les personnes résidant en France dans les conditions prévues par l'article L. 380-1, dont les ressources sont inférieures à un plafond déterminé par décret, révisé chaque année pour tenir compte de l'évolution des prix, ont droit à une couverture complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Ce plafond varie selon la composition du foyer et le nombre de personnes à charge. « Un décret en Conseil d'Etat précise les conditions d'âge, de domicile et de ressources dans lesquelles une personne est considérée comme étant à charge. « Les personnes mineures ayant atteint l'âge de seize ans, dont les liens avec la vie familiale sont rompus, peuvent bénéficier à titre personnel, à leur demande, sur décision de l'autorité administrative, de la protection complémentaire dans les conditions définies à l'article L. 861-3. Une action en récupération peut être exercée par l'organisme prestataire à l'encontre des parents du mineur bénéficiaire lorsque ceux-ci disposent de ressources supérieures au plafond mentionné au premier alinéa.

« Art. L. 861-2. - L'ensemble des ressources du foyer est pris en compte pour la détermination du droit à la protection complémentaire en matière de santé, après déduction des charges consécutives aux versements des pensions et obligations alimentaires, à l'exception de certaines prestations à objet spécialisé et de tout ou partie des rémunérations de nature professionnelle lorsque celles-ci ont été interrompues. Un décret en Conseil d'Etat fixe la liste de ces prestations et rémunérations, les périodes de référence pour l'appréciation des ressources prises en compte ainsi que les modalités particulières de détermination des ressources provenant d'une activité non salariée. « Les bénéficiaires du revenu minimum d'insertion ont droit à la protection complémentaire en matière de santé. « Les bénéficiaires des dispositions du présent titre qui sont affiliés sur critère de résidence au régime général sont exonérés de la cotisation prévue à l'article L. 380-2.

« Art. L. 861-3. - Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 ont droit, sans contrepartie contributive, à la prise en charge, sous réserve de la réduction, de la suppression ou de la dispense de participation prévues par le présent code ou stipulées par les garanties collectives obligatoires professionnelles :

« 1o De la participation de l'assuré aux tarifs de responsabilité des organismes de sécurité sociale pour les prestations couvertes par les régimes obligatoires ;

« 2o Du forfait journalier prévu à l'article L. 174-4 ;

« 3o Des frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale et pour les dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, dans des limites fixées par arrêté interministériel. « L'arrêté mentionné au 3o ci-dessus précise notamment la liste des dispositifs et la limite du montant des frais pris en charge. « Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 sont dispensées de l'avance de frais pour les dépenses prises en charge par les régimes obligatoires des assurances maladie et maternité et celles prévues au présent article. « Les personnes ayant souscrit un acte d'adhésion, transmis à leur caisse d'assurance maladie, formalisant leur engagement auprès d'un médecin référent dans une démarche qualité fondée sur la continuité et la coordination des soins bénéficient de la procédure de dispense d'avance de frais pour les frais des actes réalisés par ce médecin ou par les médecins spécialistes qui se déclarent correspondants de ce médecin, pour eux-mêmes ou leurs ayants droit. « Pour l'application de cette dispense d'avance de frais, un décret détermine les modalités de paiement des professionnels et établissements de santé permettant notamment qu'ils aient un interlocuteur unique pour l'ensemble de la procédure.

« Art. L. 861-4. - Les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 obtiennent le bénéfice des prestations définies à l'article L. 861-3, à leur choix : « a) Soit auprès des organismes d'assurance maladie, gestionnaires de ces prestations pour le compte de l'Etat, dans les conditions prévues au chapitre II du présent titre ; « b) Soit par adhésion à une mutuelle régie par le code de la mutualité, ou par souscription d'un contrat auprès d'une institution de prévoyance régie par le livre IX du présent code ou par le livre VII du code rural, ou d'une entreprise régie par le code des assurances, dans les conditions prévues au chapitre II du présent titre.

« Art. L. 861-5. - La demande d'attribution de la protection complémentaire, accompagnée de l'indication du choix opéré par le demandeur en application de l'article L. 861-4, est faite auprès de la caisse du régime d'affiliation du demandeur. Le formulaire de la demande d'adhésion ou le contrat est établi d'après un modèle défini par décret en Conseil d'Etat. « Les services sociaux et les associations ou organismes à but non lucratif agréés par décision du représentant de l'Etat dans le département ainsi que les établissements de santé apportent

leur concours aux intéressés dans leur demande de protection complémentaire et sont habilités, avec l'accord du demandeur, à transmettre la demande et les documents correspondants à l'organisme compétent. « La décision est prise par l'autorité administrative qui peut déléguer ce pouvoir au directeur de la caisse. Cette décision doit être notifiée au demandeur dans un délai maximal fixé par décret et peut faire l'objet d'un recours contentieux devant la commission départementale d'aide sociale. En l'absence de notification de la décision au demandeur, la demande est considérée comme acceptée. « Lorsque la situation du demandeur l'exige, le bénéfice de la protection complémentaire en matière de santé est attribué, dès le dépôt de la demande, aux personnes présumées remplir les conditions prévues aux articles L. 380-1 et L. 861-1. Le bénéfice de cette protection est interrompu si la vérification de la situation du bénéficiaire démontre qu'il ne remplit pas les conditions susmentionnées. « Les droits reconnus conformément aux articles L. 861-1 à L. 861-4 sont attribués pour une période d'un an renouvelable.

« Art. L. 861-6. - La prise en charge prévue au a de l'article L. 861-4 est assurée par l'organisme qui sert au bénéficiaire les prestations en nature des assurances maladie et maternité, qui ne peut refuser cette prise en charge. Elle prend effet à la date de la décision de l'autorité administrative prévue au troisième alinéa de l'article L. 861-5.

« Art. L. 861-7. - Les organismes mentionnés au b de l'article L. 861-4 qui souhaitent participer à la protection complémentaire en matière de santé établissent une déclaration dont le modèle est fixé par arrêté. « L'autorité administrative établit et diffuse la liste des organismes participants, en particulier aux associations, services sociaux, organismes à but non lucratif et établissements de santé visés à l'article L. 861-5. « En cas de manquement aux obligations prévues aux articles L. 861-3 et L. 861-8, l'autorité administrative peut retirer de la liste l'organisme en cause. Les conditions dans lesquelles le retrait est prononcé et le délai au terme duquel une nouvelle déclaration peut être établie sont fixés par décret en Conseil d'Etat.

« Art. L. 861-8. - Pour les personnes mentionnées à l'article L. 861-1 qui ont choisi d'adhérer à une mutuelle ou de souscrire un contrat auprès d'une institution de prévoyance ou d'une entreprise d'assurance inscrite sur la liste prévue à l'article L. 861-7, l'adhésion ou le contrat, selon l'organisme choisi, prend effet à la date de la décision de l'autorité administrative prévue au troisième alinéa de l'article L. 861-5. Les organismes en cause ne peuvent subordonner l'entrée en vigueur de cette adhésion ou de ce contrat à aucune autre condition ou formalité que la réception du document attestant l'ouverture de leurs droits.

#### Article 26

I. - Le 2o de l'article L. 162-9 du même code est complété par les mots : « si elle autorise un dépassement pour les soins visés au 3o de l'article L. 861-3, la convention nationale intéressant les chirurgiens-dentistes fixe le montant maximal de ce dépassement applicable aux bénéficiaires du droit à la protection complémentaire en matière de santé; à défaut de convention, ou si la convention ne prévoit pas de dispositions spécifiques aux bénéficiaires de cette protection, un arrêté interministériel détermine la limite applicable à ces dépassements pour les intéressés ; ».

II. - Après le sixième alinéa (4o) du même article, il est inséré un alinéa ainsi rédigé : « 5o Pour les chirurgiens-dentistes, le cas échéant, les conditions tendant à éviter à l'assuré social de payer directement les honoraires. »



## **ANNEXE 2**

**CONSOMMATION DE SOINS COMPAREE ENTRE LES BENEFICIAIRES DE L'AMD ET LES  
PATIENTS DU REGIME GENERAL SELON LES DIFFERENTS SECTEURS DE SANTE  
(TABLEAU I)**

	C	V	VN.VD	CS	Ph	Bio	AMI	AMK	Rx	Dentiste	Transports
Meurthe et Moselle	AMD>RG	AMD>RG	AMD>RG	AMD<RG	AMD>RG	AMD=RG	AMD=RG	AMD=RG	AMD=RG	AMD=RG	AMD>RG
Oise	AMD>RG	AMD>RG			AMD=RG	AMD<RG	AMD=RG	AMD<RG	AMD<RG	AMD>RG	AMD>RG
Calvados	AMD>RG	AMD>RG		AMD<RG	AMD<RG		AMD>RG	AMD<RG	AMD<RG	AMD>RG	AMD>RG
Ille et Villaine	AMD>RG	AMD>RG	AMD>RG	AMD<RG	AMD<RG	AMD<RG	AMD<RG	AMD<RG	AMD<RG	AMD>RG	AMD<RG
Paris	AMD>RG	AMD>RG		AMD>RG	AMD<RG	AMD<RG	AMD>RG	AMD>RG	AMD<RG	AMD>RG	
Eure	AMD>RG	AMD>RG	AMD>RG	AMD<RG	AMD<RG	AMD<RG	AMD<RG	AMD<RG	AMD<RG	AMD>RG	AMD>RG
CREDES	AMD>RG	AMD>RG	AMD>RG	AMD<RG	AMD<RG					AMD>RG	

C : consultations de généralistes ; V : visites à domicile ; VN : visites de nuit ; VD : visites de dimanche ; CS : consultations de spécialistes ; Ph : produits pharmaceutiques ; Bio : actes biologiques ; AMI : soins infirmiers ; AMK : séances de kinésithérapie ; Rx : actes radiologiques ; Transports : frais de taxi et ambulance.

AMD > RG : consommation de soins en AMD plus importante que pour le régime général  
 AMD < RG : consommation de soins en AMD moins importante que pour le régime général  
 AMD = RG : consommation de soins équivalente en AMD et pour le régime général

## **ANNEXE 3**

### **LETTRE ET QUESTIONNAIRE ADRESSÉS AUX MÉDECINS GÉNÉRALISTRES**

Mme, M. le Dr

Je suis étudiante en fin de 3<sup>ème</sup> cycle à la faculté de médecine de Créteil.

Je me permets de vous solliciter pour mon travail de thèse de médecine générale qui porte sur le thème de la Couverture Maladie Universelle (CMU) et la consommation de soins médicaux en ville.

Dans ce cadre, un questionnaire a été élaboré à l'intention des médecins généralistes du Val de Marne. Il a pour objectif de recueillir votre opinion à propos de la CMU et de l'usage qu'en font les bénéficiaires, à travers votre pratique quotidienne.

Ces données seront confrontées aux résultats d'études statistiques publiées par les organismes publics.

L'intérêt de mon travail est de relever les différences ou similitudes entre les deux points de vue, et d'en observer l'ampleur.

Vous trouverez ci-joint le questionnaire, volontairement concis, qui peut être rempli rapidement. Je vous remercie par avance d'avoir l'amabilité de le compléter attentivement en répondant à chaque item avant de me le renvoyer dans l'enveloppe pré affranchie.

Vous prendrez soin de noter vos coordonnées sur la première feuille, sans quoi les réponses ne pourront être validées. Les données seront par la suite exploitées de façon complètement anonyme.

Je me permettrai de vous contacter par téléphone pour vous rappeler ce questionnaire dans l'hypothèse où vous ne me l'auriez pas renvoyé d'ici 8 jours.

En vous remerciant par avance de prendre un peu de votre temps pour coopérer à cette étude, je vous prie de croire, Madame, Monsieur, à mes cordiales et confraternelles salutations.

**QUESTIONNAIRE DESTINE AUX MEDECINS GENERALISTES, CONCERNANT LES  
BENEFICIAIRES DE LA  
COUVERTURE MALADIE UNIVERSELLE (CMU)**

Ville d'exercice :

Tampon du médecin :

**Bilan de consultations :**

Age approximatif de la population bénéficiant de la CMU que vous recevez dans votre cabinet :

0-15 ans                   16-29 ans                   30-59 ans                   >60 ans

A l'issue d'une consultation avec un bénéficiaire de la CMU, et par rapport à un patient médicalement comparable (âge, pathologie, antécédents médicaux...) non bénéficiaire de la CMU, avez-vous l'impression de prescrire généralement (une seule réponse par ligne) :

<input type="checkbox"/> PLUS	<input type="checkbox"/> MOINS	<input type="checkbox"/> AUTANT	de médicaments	
<input type="checkbox"/> PLUS	<input type="checkbox"/> MOINS	<input type="checkbox"/> AUTANT	d'examens biologiques	
<input type="checkbox"/> PLUS	<input type="checkbox"/> MOINS	<input type="checkbox"/> AUTANT	d'examens radiologiques	
<input type="checkbox"/> PLUS	<input type="checkbox"/> MOINS	<input type="checkbox"/> AUTANT	de soins infirmiers	
<input type="checkbox"/> PLUS	<input type="checkbox"/> PLUS	<input type="checkbox"/> MOINS	<input type="checkbox"/> AUTANT	de séances de kinésithérapie
<input type="checkbox"/> PLUS	<input type="checkbox"/> MOINS	<input type="checkbox"/> AUTANT	de transport médicalisé	

Si vous pensez que vous prescrivez plus souvent un ou plusieurs de ces paramètres pour les bénéficiaires de la CMU, quelle est, à votre avis, la raison principale ? (cochez une seule case) :

L'état de santé du patient  
                   La demande du patient  
 La condition d'absence d'avance de frais du patient

**Opinion du consultant :**

Selon vous, globalement, pour des pathologies équivalentes :

Les patients bénéficiant de la CMU consultent-ils plus souvent au cabinet que les non bénéficiaires ?

OUI                           NON                           ne sais pas

Si oui, le motif de plus fréquent de ces consultations est-il (cochez une seule case) :

Une raison médicale  
                   Une raison sociale  
                   Une facilité liée à l'absence d'avance de frais

Les patients bénéficiant de la CMU sont-ils plus demandeurs, par rapport aux non bénéficiaires :

De visites à domicile ?  OUI  NON  nsp\*

De visites de dimanche ?  OUI  NON  nsp\*

De visites de nuit ?  OUI  NON  nsp\*

Si «oui » à l'une de ces questions, le motif de la demande de déplacement vous semble-t-il le plus souvent lié à (cochez une seule case) :

Une raison médicale

Une absence de moyen de transport

Une facilité liée à la non avance de frais

Un autre motif : lequel ? :

Selon vous, le recours à la CMU pour ces patients représenterait plutôt (cochez une seule case) :

Une facilité de trésorerie du ménage

Une façon de profiter des avantages du système de soins

Un moyen d'accéder à des soins trop onéreux pour eux

Selon vous, les bénéficiaires de la CMU ont-ils recours, par rapport aux non bénéficiaires :

Aux médecins généralistes  PLUS  MOINS  AUTANT

Aux neuropsychiatres  PLUS  MOINS  AUTANT

Aux autres médecins spécialistes  PLUS  MOINS  AUTANT

Aux dentistes  PLUS  MOINS  AUTANT

### **Opinion sur le Tiers Payant**

Parmi les trois propositions suivantes, de laquelle vous sentez-vous le (la) plus proche ? (cochez une seule case) :

L'offre est un plus sûr déterminant de la consommation de soins que la demande

La demande est un plus sûr déterminant de la consommation de soins que l'offre

Ne sais pas

Pensez-vous que, d'une façon générale, l'Aide Médicale Gratuite entraîne une augmentation de la consommation de soins médicaux ? :

OUI

NON

ne sais pas

Dans le cas où la réponse à la question précédente serait «oui », attribueriez-vous ce phénomène :

A un abus de consommation de soins lié à la facilité que permet l'absence d'avance de frais :

OUI  NON  ne sais pas

A un rattrapage de la consommation de soins de la population générale, par un accès aux soins rendu financièrement possible :

OUI

NON

ne sais pas

Trouvez-vous que le système de dispense d'avance de frais pour les soins médicaux soit :

Une avancée pour les patients  OUI  NON  nsp

Une avancée pour les professionnels de santé  OUI  NON  nsp

Ne devrait s'appliquer que dans des situations de précarité  OUI  NON  nsp

\*nsp = ne sais pas

## **BIBLIOGRAPHIE**

1. **Aligon A., Grignon M.** *Dépenses de santé non remboursées et accès aux soins des plus démunis*. Les cahiers du Gratice. 1998;15:213-41.
2. **APCG.** *Note complémentaire sur la couverture maladie universelle à la suite de la parution du rapport Boulard*. APCG, Flash départemental.Oise.1998;246.
3. **Berrat B., Peintre C.** *Etude sur le recours aux soins des allocataires du RMI*. Cahiers de Chaligny. Paris:Direction de l'action sociale de l'enfance et de la santé, Mairie de Paris, 1998:95.
4. **Bersay C.** *Le mythe du contrôle des dépenses médicales*. Le quotidien du médecin. 2001;6866.
5. **Bocognano A., Dumesnil S., Frérot L., Grandfils N., Le Fur P., Sermet C.** *Santé, soins et protection sociale en 1998*. CREDES,1999;1282:167.
6. **Bocognano A., Grignon M.** *Quel filet de sécurité pour la santé ? Une approche économique et organisationnelle de la Couverture Maladie Universelle*. Recherches et prévisions. 2000 (article non publié).
7. **Boisguérin B.** *La CMU au 31 décembre 2000*. Etudes et résultats, DREES. 2001;107.
8. **Boisguérin B.** *Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle au 30 septembre 2000*. Etudes et résultats, DREES. 2000;96.
9. **Boisguérin B.** *Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle au 31 mars 2001*. Etudes et résultats, DREES. 2001;128.
10. **Boisguérin B.** *Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle au 30 juin 2001*. Etudes et résultats, DREES. 2001;141.
11. **Boisguérin B., Bonnardel C., Gissot C., Ruault M.** *L'aide médicale départementale : bilan 1996-1999*. Etudes et résultats, DREES. 2001;126.

12. **Boisguérin B.; Gissot C., Grignon M., Auvray L.** *Les opinions sur la CMU et ses bénéficiaires au 1er trimestre 2000.* Etudes et résultats, DREES. 2001;123.
13. **Borgetto M., Lafore R.** *Droit de l'aide et de l'action sociales.* Paris:Montchrestien, 2000:520.
14. **Boyer S.** *Tiers Payant et dépenses de santé.* CPAM de l'Eure,1998:32.
15. **Breuil-Genier P., Granfils N., Raynaud D.** *Revenus, assurance et santé : le problème de l'accès aux soins des plus démunis.* Les cahiers du Gratice. 1998;15:243-71.
16. **Cao MM., Deschamps JP.** « *C'est gratuit, donc ils abusent.* » *Etude des représentations des étudiants en médecine sur la consommation médicale.* Santé publique.1997;2:221-26.
17. **Chatagner F.** *La protection sociale. Des réformes inachevées.* Paris: Marabout,1998: 245.
18. **CNAMTS.** *La CMU au 30 juin 2001.* CNAMTS, publication mensuelle.
19. **CNAMTS.** *Avec la CMU, votre santé n'attendra plus.* Dossier de presse. Mars 2001.
20. **CNAMTS.** *La CMU : un an après, le bilan.* Dossier de presse. Avril 2001.
21. **CNAMTS.** *Typologie départementale suivant les caractéristiques d'offre et de demande de soins.* Etudes et statistiques, CNAMTS. 1998;42.
22. **Conseil général du Val de Marne.** *Règlement départemental d'aide médicale.* Délibération du Conseil général du Val de Marne (94-306-08S-13 ; 1994). Val de Marne,1994:19.
23. **Coumau C.** *Exclusion, précarité. La CMU...et après ?.* Impact médecin hebdo. 2001;536:28-33.



24. **Cour des comptes.** *La mise en place de la CMU.* Rapport annuel au Parlement sur la sécurité sociale. Cour des comptes. 2001;358-70.
25. **CPAM de l'Oise.** *La Carte Santé : 1er semestre 1998.* CPAM de Beauvais et de Creil,1998:14.
26. **CPAM de Nancy.** *Consommation de soins des bénéficiaires de la Carte Santé 54.* CPAM de Nancy:,1997:84.
27. **CPAM de Paris.** *La Carte Paris-Santé : étude comparative de consommation.* CPAM de Paris,1997.
28. **De Roquefeuil L., Vénére-Godard U.** *Six mois de CMU (dénombrement des bénéficiaires et structures des dépenses).* Point Stat, CNAMTS. 2000;28.
29. **Dourgnon P., Grignon M.** *Le tiers payant est-il inflationniste ? Etude de l'influence du recours au tiers-payant sur la dépense de santé.* CREDES,2000;1296:89.
30. **Dumesnil S., Grandfils N., Le Fur P. Mizrahi An., Mizrahi Ar.** *Santé, soins et protection sociale en 1996.* CREDES,1997:207.
31. **Franche Ferraris V.** *Réflexion sur l'AMG suite à un stage chez le praticien.* 54-V f. Th:Med.:Paris 7:1995:95.
32. **Gaudin AM.** *Financement de la CMU : le projet de loi soumet assurances et mutuelles à une taxe.* Le quotidien du médecin. 1999;6424.
33. **Genier P.** *Assurance et recours aux soins. Une analyse micro-économique à partir de l'enquête Santé 1991-1992 de l'INSEE.* Revue économique. 1998;49:809-19.
34. **Girard I., Jocelyne Merlière.** *La consommation de soins de ville des bénéficiaires de la CMU au terme d'un an de remboursements.* Point Stat, CNAMTS. 2001;31.

35. **Girard I., Merlière J.** *Les dépenses de santé des bénéficiaires de la CMU.* Point Stat, CNAMTS. 2000;29.
36. **Hassenteufel P.** *Les médecins face à l'Etat. Une comparaison européenne.* Paris:Presses de sciences Po,1997:364.
37. **Journal Officiel.** *Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.* Journal Officiel. 1999;172:11229.
38. **Keller B.** *Les syndicats de médecins apportent un soutien critique au projet de CMU.* Le quotidien du médecin. 1999;6422.
39. **Lacoste O., Sampil M., Spinosi L.** *La population et le système de soins.* Rapport de l'ORS du Nord Pas de Calais. 1999:119.
40. **Larrat JM.** *La consommation de soins des bénéficiaires de l'Aide Médicale en Ille-et-Vilaine.* CPAM d'Ille-et-Vilaine,1997:95.
41. **Le Monde.** *42% des allocataires de la CMU ont moins de vingt ans.* Le Monde, 2 avril 2001.
42. **Lecomte T., Mizrahi An., Mizrahi Ar.** *Précarité sociale : cumul des risques sociaux et médicaux.* CREDES,1996;1129:85.
43. **Lucas-Gabrielli V., Tonnellier F., Vigneron E.** *Une typologie des paysages socio-sanitaires en France.* CREDES,1998;1220:95.
44. **Mayer C., Quelier C.** *Analyse qualitative de l'utilisation de la Carte Santé en Ille-et-Vilaine.* Observatoire Régional de Santé de Bretagne,1997:120.
45. **Mazel O.** *L'exclusion. Le social à la dérive.* Paris:Marabout,1996:248.

46. **Perret JP., De Roquefeuil L.** *Un an de couverture maladie universelle.* Point Stat, CNAMTS. 2001;32.
47. **Rageau J-P.** *Le tiers payant est-il inflationniste ? Un débat relancé.* FMC Hebdo. 1999;45:50-51.
48. **Rouden C.** *Un rapport demande une mise à plat de tous les remboursements.* Le quotidien du médecin. N°
49. **Rouden C.** *Mise en place de la CMU :le satisfecit des magistrats.* Le quotidien du médecin. 2001;6963.
50. **Rouxelin L., Alexandre R.** *Comparaison des consommations unitaires : Régime général- Bénéficiaires de l'AMD.* CPAM du Calvados,1998:30.
51. **Ruault M.** *L'aide médicale départementale : bilan du 31 décembre 1998.* Etudes et résultats, DREES. 2000;61.
52. **Schwarzinger M., Durand-Zaleski I.** *Consommation médicale : Différents postes et facteurs déterminants.* La revue du praticien. 1997;47:1233-40.
53. **Sermet C.** *Les exonérés du ticket modérateur : caractéristiques socio-démographiques, consommation médicale.* CREDES,1995.
54. **Thévenet A.** *L'aide social aujourd'hui après la décentralisation.* Paris:ESF,1997:423.
55. **Thévenet A.** *Le droit de l'aide médicale à l'épreuve de la pratique.* La vie départementale et régionale de l'Oise. 1997:6-9.
56. **Vénére-Godard U.** *Les assurés personnels gérés par le régime général : Situation avant la mise en place de la CMU.* Point Stat, CNAMTS. 2000;25.
57. **Villemin D.** *Les abus de la CMU.* Le quotidien du médecin. 2001;6943.

ANNEE : 2001

AUTEUR : CAUCAT Bénédicte

DIRECTEUR DE THESE : Docteur RENARD Vincent

TITRE : INFLUENCE DU TIERS PAYANT SUR LA CONSOMMATION DE SOINS  
AMBULATOIRES. ENQUETE AUPRES DES MEDECINS GENERALISTES.

En France, le système de soins applique traditionnellement l'avance de frais. Cependant, depuis le XIXème siècle, la pratique du tiers payant pour des populations ciblées est une préoccupation, et de nombreuses réformes sociales allant dans ce sens se succèdent. Le dernier dispositif mis en place en janvier 2001, la Couverture Maladie Universelle (CMU), remplace l'Aide Maladie Départementale et a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins pour les personnes les plus démunies. Différents critères sont requis pour y adhérer, notamment des conditions de résidence et de ressources.

La CMU est vivement critiquée, notamment par les professionnels de santé. Ils dénoncent en particulier le caractère supposé inflationniste du tiers payant, tant sur la consommation des soins que sur les dépenses de santé. Notre enquête auprès de 150 médecins généralistes du Val de Marne a révélé que pour 72% des médecins interrogés le tiers payant entraînait une augmentation de la consommation des soins, considérée pour les 3/4 d'entre eux comme un abus de la part du bénéficiaire. De nombreuses études socio-économiques sur la dispense d'avance de frais ont démontré que tout dispositif de tiers payant n'était pas forcément synonyme d'augmentation de la consommation de soins. Mais que si tel était le cas, elle était souvent liée à une situation de précarité sociale constituant alors plus un phénomène de rattrapage qu'un phénomène inflationniste. De plus, d'après les bilans des caisses primaires maladie sur l'AMD et la CMU, l'absence d'avance de frais entraîne une augmentation de la consommation des soins, mais n'augmente pas les dépenses globales de santé.

Ainsi, malgré des estimations relativement proches sur la consommation de soins des bénéficiaires de la CMU, les études publiées et les médecins ont des conclusions divergentes sur le risque inflationniste du tiers payant.

MOTS CLES : - Soins ambulatoires  
- Aide sociale  
- Pratique groupe forfait payé d'avance  
- Assurance maladie

ADRESSE DE L'U.F.R. : 8, rue du Général SARRAIL  
94010 CRETEIL CEDEX