

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

www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/233-le-systeme-de-protection-sociale-limite-les-restes-a-charge-lies-aux-soins-des-personnes-qui-recourent-a-l-aide-humaine.pdf

Le système de protection sociale limite les restes à charge liés aux soins des personnes qui recourent à l'aide humaine

Anne Penneau, Sylvain Pichetti, Maude Espagnacq (Irdes)

Les personnes qui recourent à l'aide humaine pour réaliser les activités du quotidien ont souvent des dépenses de santé élevées. Cette aide est en effet fréquemment associée à des pathologies nécessitant une prise en charge sanitaire lourde et à l'achat de dispositifs médicaux coûteux qui peuvent s'accompagner de restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire importants. Pour autant, on ne connaît pas la capacité du système de protection sociale à limiter le niveau de reste à charge pour cette population.

A partir des données de l'enquête Handicap Santé Ménages, les profils des personnes âgées de 20 ans et plus recourant à l'aide humaine et qui vivent à domicile sont analysés en termes de caractéristiques sociodémographiques, d'état de santé, de dépenses de santé, d'accès aux dispositifs de protection sociale et de restes à charge. Deux populations sont distinguées, les personnes âgées de plus ou de moins de 60 ans dont les caractéristiques et accès aux droits diffèrent.

Les personnes âgées de plus de 20 ans sont 4,4 millions à recourir à cette aide, soit 9 % des plus de 20 ans, et leurs dépenses de santé croissent avec l'intensité de leur recours. Leur reste à charge est le double de celui de la population générale mais ne croît pas avec le degré de recours à l'aide humaine. Et si l'Assurance maladie parvient à lisser les restes à charge moyens liés aux dépenses de santé grâce aux exonérations du ticket modérateur, des restes à charge élevés persistent pour des personnes recourant à l'aide humaine avec des consommations de soins spécifiques telles les orthèses et prothèses ou les hospitalisations en psychiatrie.

En France, la question des restes à charge supportés par les personnes qui recourent à l'aide humaine est peu explorée. Outre les coûts associés directement à l'aide humaine, cette population est potentiellement confrontée à des dépenses sanitaires élevées. En effet, le recours à l'aide humaine est souvent associé à des pathologies nécessitant une prise en charge sanitaire

lourde et à l'achat de dispositifs médicaux coûteux qui peuvent s'accompagner de restes à charge importants. L'objectif de cette étude est de mesurer la capacité du système de protection sociale à limiter les restes à charge liés aux soins de cette population.

Le système d'assurance maladie obligatoire laisse à la charge des assurés un tic-

ket modérateur (TM) sur les soins ainsi qu'un forfait hospitalier auquel peuvent s'ajouter des dépassements d'honoraires ou de tarifs. L'assurance maladie obligatoire s'appuie sur quatre dispositifs pour prendre en charge le ticket modérateur sur les dépenses remboursables. Le régime des Affections de longue durée (ALD) assure une prise en charge à 100 %, hors dépassements, sur les dépenses en lien

avec la pathologie exonérante. La pension d'invalidité et la rente d'incapacité qui ont pour objectif de compenser l'incapacité à travailler – et dont le droit ne peut s'ouvrir qu'avant l'âge de la retraite – permettent, quant à elles, d'accéder à une exonération du ticket modérateur sur l'ensemble de la dépense remboursable. Enfin, la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) à destination des personnes les plus pauvres exonère également du ticket modérateur, du forfait hospitalier et prend en charge certains dépassements. Malgré ces exonérations, le reste à charge peut demeurer important en raison des forfaits hospitaliers et des dépassements d'honoraires ou de tarifs. L'objectif de cette étude est d'analyser les restes à charge liés aux soins après intervention de l'assurance maladie obligatoire des personnes recourant à l'aide humaine.

D'autres dispositifs permettent de réduire ce reste à charge mais les données disponibles ne donnent pas d'information sur ces financements. Certains sont ciblés sur des personnes handicapées ou dépendantes tels que la Prestation de compensation du handicap (PCH), l'Allocation personnalisée d'autonomie (Apa), le fonds de compensation... tandis que d'autres ne sont pas spécifiques à ces populations telles la complémentaire santé ou d'autres assurances.

SOURCES ET DONNÉES

L'enquête Handicap-Santé, représentative de la population résidant en France métropolitaine, a été conduite par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) et la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees). Elle se décline en deux volets, l'un centré sur les ménages (HSM) et l'autre sur les institutions (HSI). Pour obtenir des statistiques suffisamment robustes sur les personnes en situation de handicap, une enquête filtre préliminaire a été menée pour constituer un échantillon de ménages qui surreprésente les personnes dont la sévérité du handicap est présumée forte. Dans le volet Ménages, 29 930 personnes, en situation de handicap ou non, ont été enquêtées entre le 31 mars et le 19 juillet 2008. Le volet Ménages contient à la fois des informations sur la personne

interrogée (âge, sexe, niveau de diplôme, niveau de revenu...), sur son état de santé (existence de maladies, recours aux soins, prévention...), le repérage de sa situation de handicap (existence de déficiences, limitations fonctionnelles, restrictions d'activité) et enfin des éléments relatifs à sa participation sociale et à son environnement (environnement familial et existence d'aidants familiaux et/ou professionnels, caractéristiques du logement, accessibilité, scolarité, emploi, revenus et allocations, loisirs et discrimination ressentie). L'enquête HSM a été appariée avec les données de l'Assurance maladie (Sniiram), ce qui permet de récupérer pour 70 % des enquêtés leurs consommations de soins et restes à charge par postes de dépenses. Les restes à charge sont évalués après intervention de l'assurance maladie obligatoire.

L'analyse porte sur la population âgée de plus de 20 ans recourant à l'aide humaine (professionnelle ou informelle) pour réaliser les activités de la vie quotidienne. Toutefois, les personnes âgées de plus de 60 ans se distinguent par leurs caractéristiques et leur accès aux droits. En effet, les personnes de plus de 60 ans qui n'avaient pas de problème de santé ni de limitation avant cet âge peuvent compter sur une gamme de dispositifs moins étendue après 60 ans. Un enjeu de cette étude est donc, en distinguant ces deux populations avant et après 60 ans, d'observer leurs différences de restes à charge liés aux soins.

A domicile, 4,4 millions de personnes âgées de plus de 20 ans recourent à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne

En France, en 2008, selon les données de l'enquête Handicap-Santé Ménages (encadré Sources et données), 4,4 millions de personnes, hors institutions, déclarent avoir besoin d'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne, soit 9 % des personnes âgées de 20 ans ou plus. Ces activités concernent la réalisation des

MÉTHODE

Dans cette étude, deux classifications sont réalisées : une première pour caractériser des classes d'individus homogènes en termes de recours à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne, et une deuxième pour identifier des profils de consommation de soins. Une description plus détaillée des méthodologies est présentée dans Penneau, Pichetti *et al.* (à paraître).

La méthode retenue pour la première classification est une Classification hiérarchique ascendante (CHA) appliquée aux dimensions d'une Analyse des correspondances multiples (ACM). 6 772 individus qui déclarent recourir à de l'aide humaine pour réaliser au moins une activité de la vie quotidienne (ADL ou IADL) ont été retenus. Les ADL correspondent aux difficultés à réaliser les activités de la vie quotidienne : difficultés pour se laver, s'habiller, couper la nourriture, manger et boire, pour se servir des toilettes, se coucher, s'asseoir. Les IADL correspondent aux difficultés à réaliser les activités instrumentales de la vie quotidienne : difficultés pour faire les courses, préparer les repas, faire les tâches ménagères, des tâches administratives, prendre les médicaments, sortir du logement, utiliser les transports, se déplacer dans son logement, trouver son chemin. L'étude portant sur les personnes âgées de plus de 20 ans, les difficultés pour téléphoner et utiliser un ordinateur ne sont pas prises en compte. L'ACM réalisée introduit 18 variables binaires, soit 18 axes factoriels. La deuxième classification est une Classification hiérarchique

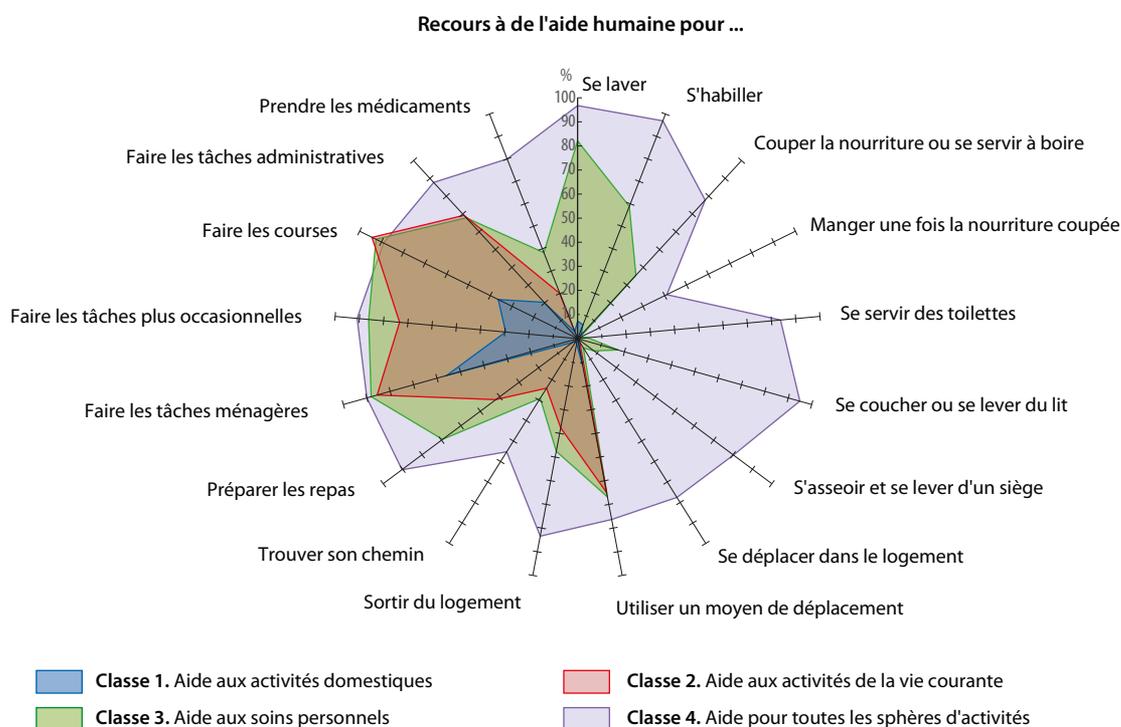
ascendante (CHA) appliquée aux dimensions d'une Analyse en composantes principales (ACP). L'échantillon de base est constitué des individus présents dans l'enquête Handicap-Santé Ménages (HSM) âgés de 20 ans ou plus et appariés avec les données du Sniiram (18 050 personnes). Pour chaque individu a été calculée la part de chaque poste de dépense sur la dépense totale, dont : pharmacie, médecins généralistes, biologie, spécialistes, optique, prothèses dentaires, orthèses et prothèses, appareils et matériel pour traitement, kinésithérapie, actes médicaux infirmiers, actes infirmiers de soins, autres dépenses ambulatoires, hospitalisation en psychiatrie, Médecine chirurgie obstétrique (MCO), soins de suite et de réadaptation, transport, traitement et cure ambulatoire. 9 axes factoriels ont été sélectionnés. La méthode du saut maximum identifie 11 classes de profils de consommation de soins lors de la réalisation d'une CHA sur ces axes.

Les limitations fonctionnelles sont groupées en trois catégories : motrices, psychiques/intellectuelles/mentales et sensorielles selon la définition d'Espagnacq (2012). Les analyses économétriques utilisent des modèles linéaires généralisés avec estimateurs robustes¹. La loi de poisson est utilisée dans ces régressions linéaires généralisées. Les estimateurs présentés correspondent à des effets multiplicateurs.

1 Variance des estimateurs calculés à partir de la matrice de White.

G1

Types de recours à l'aide humaine en fonction des quatre classes issues de la typologie



Lecture : Environ 80 % des personnes appartenant à la classe 3 de la typologie ont déclaré avoir besoin d'une aide humaine pour se laver. Dans la classe 4, la proportion est beaucoup plus élevée, atteignant 98 %.

Champ : Personnes âgées de 20 ans et plus résidant à domicile.

Source : Enquête HSM. Calculs Irdes.

soins personnels, selon la grille des activités de la vie quotidienne (AVQ) ou des activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ) [encadré Méthode].

La population recourant à l'aide humaine est spécifique à la fois par ses caractéristiques sociodémographiques et en termes d'état de santé. Elle est plus souvent composée de femmes, vivant seules et percevant des revenus plus modestes que le reste de la population (tableau 1). Elle se déclare aussi en plus mauvais état de santé et est plus fréquemment admise en ALD. Cependant, les caractéristiques de cette population diffèrent selon l'âge. La surreprésentation des femmes est plus importante chez les plus de 60 ans. Les personnes de plus de 60 ans recourant à l'aide humaine sont relativement âgées, en moyenne 78 ans, le recours à l'aide humaine s'expliquant surtout par le vieillissement. Pour les moins de 60 ans, l'âge moyen est de 44 ans seulement, le recours à l'aide humaine avant 60 ans concernant plutôt des personnes en situation de handicap relativement jeunes. L'isolement ainsi que l'accompagnement par des pro-

fessionnels de santé sont plus importants parmi les personnes les plus âgées. Par ailleurs, l'état de santé déclaré est encore plus dégradé pour les personnes âgées de plus de 60 ans (tableau 1).

Pour mieux comprendre la population vivant à domicile qui recourt à l'aide humaine, une première classification a été réalisée (encadré Méthode) [Penneau, Pichetti *et al.*, à paraître]. Quatre catégories de recours à l'aide humaine se distinguent, qui vont d'un recours très ciblé sur une seule activité instrumentale de la vie quotidienne (AIVQ) [par exemple, « faire ses courses »] à une gamme très étendue de recours couvrant l'ensemble des AVQ et des AIVQ (graphique 1). La première classe, nommée *Aide aux activités domestiques*, identifie une population recourant à une aide exclusivement sur une ou deux activités de la vie domestique (faire le ménage ou les courses). La deuxième classe, nommée *Aide aux activités de la vie courante*, caractérise une population dont le recours est étendu à d'autres activités de la vie courante (en plus de l'aide aux activités domestiques). La population

appartenant à la troisième classe, nommée *Aide aux soins personnels*, mobilise en plus de l'aide à la vie domestique et courante une aide pour réaliser certains soins personnels (se laver, s'habiller). Enfin, la dernière classe, nommée *Aide pour toutes les sphères d'activité*, comprend une population qui recourt à l'aide pour les activités de la vie domestique et courante ainsi que pour les soins personnels auxquels s'ajoutent des difficultés de mobilité (comme couper sa nourriture ou se déplacer seul dans son logement). Les trois premières classes se différencient peu en termes démographiques, sociaux et d'état de santé. En revanche, les personnes de la classe *Aide pour toutes les sphères d'activité* présentent des caractéristiques plus spécifiques avec une forte différenciation entre les moins et les plus de 60 ans. Les plus jeunes sont majoritairement des hommes qui déclarent uniquement des limitations motrices, tandis que les personnes plus âgées comportent une majorité de femmes avec des limitations multidimensionnelles (motrices, psychiques, intellectuelles et mentales (Pim) et sensorielles).

T1

Statistiques descriptives des personnes ayant déclaré recourir à de l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne

	Sans recours à l'aide humaine			Avec recours à l'aide humaine												Ensemble		
				Aides aux activités domestiques			Aides aux activités de la vie courante			Aides aux soins personnels			Aides pour toutes les sphères d'activité					
	20-59 ans	≥ 60 ans	≥ 20 ans	20-59 ans	≥ 60 ans	≥ 20 ans	20-59 ans	≥ 60 ans	≥ 20 ans	20-59 ans	≥ 60 ans	≥ 20 ans	20-59 ans	≥ 60 ans	≥ 20 ans	20-59 ans	≥ 60 ans	≥ 20 ans
Homme	49,5	48,9	49,3	34,8	23,4	27,4	38,0	20,7	25,7	39,5	32,8	34,3	65,6	34,3	43,2	37,6	25,6	29,3
Femme	50,5	51,1	50,7	65,2	76,6	72,6	62,0	79,3	74,3	60,5	67,2	65,7	34,4	65,7	56,8	62,4	74,4	70,7
Âge moyen	40,0	70,0	47,0	45,0	77,0	66,0	43,0	81,0	70,0	44,0	80,0	71,0	38,0	81,0	69,0	44,0	78,0	68,0
Part de ménage isolé	11,6	27,8	15,5	17,8	48,0	37,6	12,8	51,8	40,4	6,9	39,0	31,5	3,1	18,3	14,0	14,8	45,0	35,5
Tranche de revenus*																		
< 973 euros	23,4	23,5	23,4	40,4	39,4	39,8	51,6	39,1	42,7	45,1	41,8	42,6	38,2	34,3	35,4	42,5	39,6	40,5
973 à 1 374 euros	24,4	25,8	24,8	24,0	27,5	26,3	23,3	29,7	27,8	26,9	30,4	29,6	27,4	23,3	24,5	24,5	28,2	27,0
1 374 à 1 927 euros	26,4	23,5	25,7	21,0	18,2	19,2	11,9	18,6	16,7	13,5	15,9	15,3	18,7	24,7	23,0	18,5	18,2	18,3
> 1 927 euros	25,8	27,1	26,1	14,6	14,8	14,8	13,1	12,7	12,8	14,5	11,9	12,5	15,8	17,7	17,2	14,4	14,1	14,2
Type d'aide humaine reçue																		
Pas d'aide humaine	100,0	100,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Aide de l'entourage	0,0	0,0	0,0	81,1	51,3	61,7	71,5	41,6	50,4	72,7	30,7	40,5	55,3	20,0	30,0	77,2	43,6	54,2
Aide professionnelle	0,0	0,0	0,0	12,2	34,3	26,6	5,7	10,2	8,9	3,6	6,2	5,6	4,0	4,4	4,3	9,7	22,8	18,7
Aide de l'entourage et professionnelle	0,0	0,0	0,0	6,7	14,3	11,7	22,8	48,2	40,8	23,7	63,1	53,9	40,7	75,6	65,7	13,1	33,6	27,2
Profil de limitations fonctionnelles**																		
Limitations motrices	4,6	20,8	8,6	61,4	81,1	74,2	54,7	88,3	78,5	88,5	97,0	95,0	98,4	99,3	99,0	66,1	86,6	80,2
Limitations Pim**	1,5	2,2	1,7	17,0	9,4	12,0	50,3	23,3	31,2	41,1	29,4	32,1	43,8	67,8	61,0	26,5	19,3	21,6
Limitations sensorielles	3,6	10,8	5,3	16,2	25,3	22,2	29,5	44,8	40,3	25,7	45,0	40,5	29,6	54,9	47,7	20,1	34,3	29,9
Etat de santé déclaré																		
Bon	81,2	53,2	74,4	26,3	13,4	17,9	29,2	13,1	17,9	18,3	6,1	8,9	23,0	5,0	10,0	25,5	11,3	15,7
Assez bon	14,3	36,0	19,6	30,5	46,3	40,9	21,5	36,0	31,8	19,2	29,8	27,3	19,3	20,2	19,9	27,1	39,7	35,7
Mauvais	4,4	10,7	5,9	42,4	40,3	41,0	49,2	50,9	50,4	62,4	63,0	62,8	55,6	74,1	68,8	46,8	48,7	48,1
Exonération du ticket modérateur	16,2	38,3	21,5	66,9	62,0	63,7	69,9	67,6	68,3	89,3	82,4	84,0	99,4	91,1	93,4	72,1	68,9	69,9
Par type d'exonération																		
- ALD	8,0	33,1	14,1	44,9	54,5	51,2	53,8	63,5	60,7	72,8	76,5	75,7	73,1	87,8	83,6	51,5	62,5	59,1
- CMU-C	6,9	2,1	5,7	13,3	3,4	6,8	12,7	3,4	6,1	12,5	3,8	5,8	32,0	3,8	11,9	14,1	3,5	6,8
- Pension d'invalidité	2,8	4,6	3,2	31,0	12,5	18,9	37,4	13,2	20,3	43,4	17,7	23,6	64,2	20,8	33,2	35,4	14,2	20,8
- Rente d'incapacité	1,4	2,5	1,7	6,2	3,2	4,2	4,5	2,2	2,8	8,6	2,9	4,2	3,9	1,2	2,0	6,1	2,9	3,9
Complémentaire santé																		
Renoncement aux soins	11,8	9,5	11,2	31,0	16,6	21,6	25,8	15,9	18,8	18,9	18,0	18,2	19,4	15,9	16,9	28,0	16,7	20,3
Part des renoncements pour raisons financières	56,5	65,5	58,3	57,4	64,7	61,1	46,2	35,7	39,9	54,9	34,1	39,1	36,8	16,7	23,3	54,9	50,8	52,5
Total (en millier)																		
Effectifs bruts	9 082	4 096	13 178	1 090	1 392	2 482	284	513	797	297	848	1 145	103	345	448	1 774	3 098	4 872
Effectifs pondérés	31 867	10 175	42 041	910	1 713	2 623	198	480	678	186	615	801	73	183	256	1 367	2 991	4 358

* Unité de consommation ; ** cf. Espagnacq, 2012.

Lecture : La classe 4 de recours à l'aide humaine – Aide pour toutes les sphères d'activité – comporte 57 % de femmes et 43 % d'hommes. Dans cette classe de recours à l'aide humaine, l'âge moyen des personnes est de 69 ans.

Champ : Personnes âgées de 20 ans et plus résidant à domicile.

Source : Enquête HSM. Calculs Irdes.

Télécharger les données

REPÈRES

Cet article s'inscrit dans le cadre d'un projet de recherche consacré à l'analyse des dépenses de santé et des restes à charge des personnes en situation de handicap avant et après 60 ans. L'Irdes a bénéficié d'un financement de la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) en réponse à un appel à projet de l'Institut de recherche en santé publique (Iresp) en 2015. Un deuxième article, centré sur les dépenses et restes à charge des bénéficiaires de l'Allocation adulte handicapé (AAH), des titulaires de pensions d'invalidité ou de rentes d'incapacité, de même que le rapport intégral de cette recherche, seront prochainement publiés à l'Irdes.

T2

Statistiques descriptives des dépenses de santé, des restes à charge selon le niveau de recours à l'aide humaine et l'âge

	Dépenses annuelles moyennes	Restes à charge annuels moyens
Sans aide humaine		
20-59 ans	1 306 euros	387 euros
≥ 60 ans	2 907 euros	738 euros
≥ 20 ans	1 693 euros	472 euros
Recours à l'aide humaine		
Classe 1*		
20-59 ans	5 136 euros	628 euros
≥ 60 ans	5 206 euros	916 euros
≥ 20 ans	5 181 euros	816 euros
Classe 2*		
20-59 ans	6 046 euros	658 euros
≥ 60 ans	8 136 euros	954 euros
≥ 20 ans	7 525 euros	867 euros
Classe 3*		
20-59 ans	9 997 euros	683 euros
≥ 60 ans	11 139 euros	857 euros
≥ 20 ans	10 874 euros	817 euros
Classe 4*		
20-59 ans	15 911 euros	657 euros
≥ 60 ans	18 112 euros	933 euros
≥ 20 ans	17 485 euros	854 euros
Ensemble		
20-59 ans	6 504 euros	642 euros
≥ 60 ans	7 685 euros	911 euros
≥ 20 ans	7 314 euros	826 euros

* **Classe 1.** Aide aux activités de la vie domestique ; **Classe 2.** Aide aux activités de la vie courante ; **Classe 3.** Aide aux soins personnels ; **Classe 4.** Aide dans toutes les sphères d'activité.

Lecture : Les dépenses de santé des individus ne déclarant pas de recours à l'aide humaine pour réaliser les activités de la vie quotidienne sont en moyenne de 1 693 euros. Elles s'élèvent en moyenne à 5 181 euros dans la première classe de recours à l'aide humaine, à 7 525 euros dans la deuxième classe, à 10 874 euros dans la troisième classe et 17 485 euros dans la quatrième classe de recours à l'aide humaine.

Champ : Personnes âgées de 20 ans et plus résidant à domicile.

Sources : Enquête HSM ; Données appariées avec le Sniiram. Calculs Irdes.

 Télécharger les données

Des restes à charge doublés pour les personnes qui recourent à l'aide humaine, mais pas impactés par le degré du recours

Les dépenses de santé moyennes croissent de façon très importante avec le degré du recours à l'aide humaine, de 5 200 euros en moyenne dans la classe d'*Aide aux activités domestiques* à 17 500 euros dans la classe d'*Aide pour toutes les sphères d'activité* (tableau 2), à un niveau donc très supérieur au reste de la population (1 700 euros en moyenne). De plus, les restes à charge des personnes recourant à l'aide humaine s'élèvent en moyenne à 800 euros, quelle que soit la classe de recours à l'aide, soit presque deux fois plus que ceux qui n'y recourent pas (tableau 2). Ces restes à charge sont mesurés après remboursement de l'assurance maladie obligatoire mais avant remboursement de l'assurance maladie complémentaire. 90 % des personnes de plus de 20 ans ayant recours à l'aide humaine bénéficient d'une couverture complémentaire, mais les remboursements de l'assurance maladie complémentaire ne sont pas observables.

Ainsi, les restes à charge avant assurance maladie complémentaire sont peu sensibles au degré de recours à l'aide humaine, en opposition avec la croissance observée sur les dépenses de santé. Le lissage des restes à charge en fonction du degré de recours à l'aide humaine est obtenu grâce aux différentes possibilités d'exonération qui concernent une fraction d'assurés croissante avec le degré de recours à l'aide, 64 % dans la classe d'*Aide aux activités domestiques* versus 93 % dans la classe d'*Aide pour toutes les sphères d'activité* (tableau 2). Si les personnes âgées de moins de 60 ans et celles de plus de 60 ans sont exonérées dans les mêmes proportions du ticket modérateur (70 %), il existe toutefois une différence notable. Les plus âgés sont plus généralement couverts par l'ALD (seules 20 % des personnes de cette tranche d'âge bénéficient d'un autre motif d'exonération) alors que plus de la moitié des moins de 60 ans est exonérée sur un périmètre plus large que celui de l'ALD : pension d'invalidité, rente d'incapacité, CMU-C, des

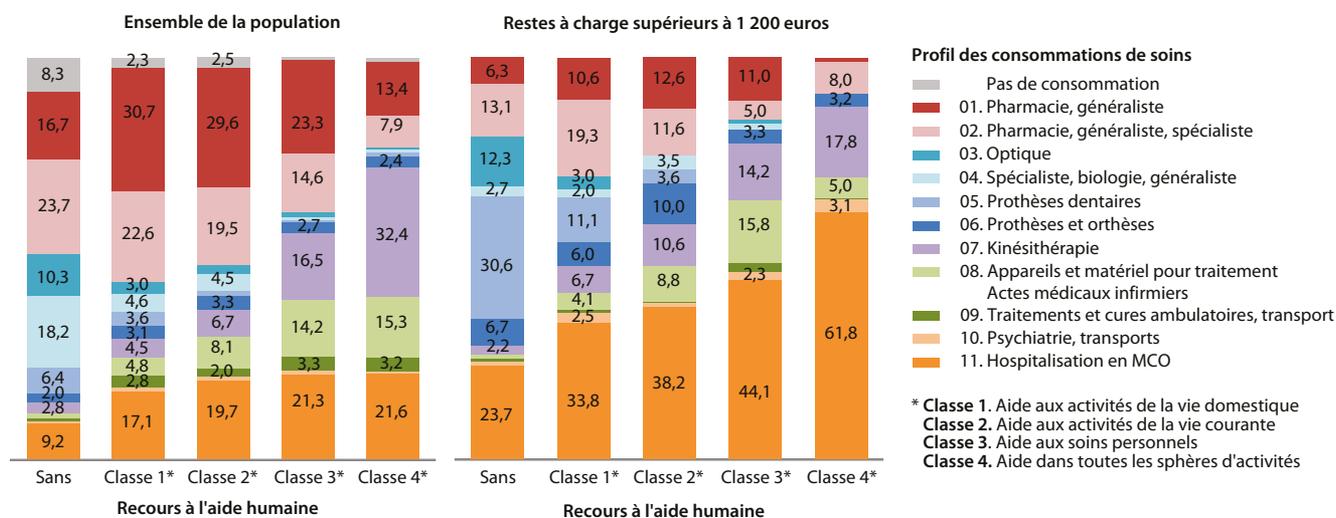
dispositifs qui prennent en charge l'intégralité de la dépense remboursable.

Les analyses des dépenses de santé et des restes à charge des personnes qui recourent à l'aide humaine ne portent par définition que sur des soins consommés. Or, les personnes qui recourent à l'aide humaine déclarent deux fois plus de renoncement à des soins médicaux chirurgicaux ou dentaires que le reste de la population (20 % versus 11 %). Ainsi, malgré des dépenses importantes, une partie de cette population ne consommerait pas l'intégralité des soins dont elle aurait besoin.

Des différences de restes à charge avant et après 60 ans en partie liées aux différences des dispositifs d'exonération

En population générale, les dépenses de santé des personnes âgées de plus de 60 ans sont le double de celles des personnes âgées de 20 à 59 ans. Cet écart est très atténué pour les personnes qui recourent à l'aide humaine. Les analyses économétriques (encadré Méthode) montrent que les dépenses de santé moyennes sont équivalentes entre les plus et les moins de 60 ans dans la classe d'*Aide aux activités domestiques* et que l'écart ne va pas au-delà de 30 % dans les autres classes d'aide. Bien que les dépenses moyennes soient relativement proches avant et après 60 ans pour les personnes qui recourent à l'aide, le reste à charge des plus de 60 ans est quant à lui toujours supérieur quelle que soit la classe d'aide, environ 40 %. Dans la population générale, les dispositifs d'exonération permettent d'atténuer le reste à charge des plus de 60 ans en augmentant le taux de remboursement de l'assurance maladie obligatoire grâce au dispositif des ALD. En revanche, pour les personnes ayant recours à l'aide humaine, les dépenses de santé sont globalement mieux prises en charge avant 60 ans, les personnes bénéficiant plus souvent de dispositifs remboursant l'ensemble des tickets modérateurs, qu'après 60 ans où l'exonération ALD prédomine. Pour autant, les bénéficiaires de pensions d'invalidité et de rentes d'incapacité – contractées avant l'âge de la retraite – gardent le bénéfice de leurs dispositifs d'exonération large après 60 ans.

Répartition des profils de consommations de soins en fonction du niveau d'aide humaine (en %)



Champ : Personnes âgées de 20 ans et plus résidant à domicile.

Sources : Enquête HSM, données appariées avec le Sniiram. Calculs Irdes.

[Télécharger les données](#)

Il n'y a donc pas de perte de droits, sauf pour ceux qui bénéficiaient seulement de la CMU-C comme dispositif exonérant et qui peuvent le perdre après 65 ans car le minimum vieillesse est supérieur au seuil de la CMU.

Des profils de consommations de soins spécifiques aux niveaux de recours à l'aide humaine

La description des niveaux de dépenses de santé est complétée par l'analyse des profils de consommations de soins effectuée à partir d'une classification reposant exclusivement sur la structure de la dépense (encadré Méthode). Onze profils de consommations de soins sont identifiés : certains témoignent d'une consommation de soins courants (profils 1 à 5), typique des assurés de droit commun. Plus de 8 personnes sur 10 n'ayant pas déclaré de recours à l'aide humaine sont caractérisées par un de ces profils de consommations de « soins courants ». Ces profils sont associés à des dépenses faibles ou intermédiaires et à des restes à charges modestes à l'exception des profils *Optique* et *Prothèses dentaires*.

Les personnes ayant recours à l'aide humaine sont quant à elles plus souvent caractérisées par d'autres profils de consommations de soins, associés à des dépenses de santé souvent très élevées et

donc à des restes à charge en moyenne plus élevés que les profils de « soins courants ». Ainsi, 2 personnes sur 10 appartiennent à la classe *Hospitalisation en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO)* [profil 11] contre seulement 1 personne sur 10 parmi celles ne déclarant pas de recours à l'aide humaine. Ce profil est associé à une dépense quadruplée et à un reste à charge doublé par rapport à la moyenne. Les profils 7 – *Kinésithérapie* – et 8 – *Actes médicaux infirmiers* et *Appareils et matériel pour traitement* (forfait de pansements, appareils et matériels de contention, appareil générateur d'aérosol,...) – sont associés à des recours importants à l'aide humaine, notamment chez les populations âgées de plus de 60 ans. Ainsi, 1 personne sur 6 ayant recours à l'aide humaine pour des soins personnels et 1 personne sur 3 ayant recours à l'*Aide humaine pour toutes les sphères d'activité* se retrouvent dans le profil *Kinésithérapie* alors que cette proportion est marginale dans le reste de la population. Malgré des dépenses élevées, ces deux postes se caractérisent par des restes à charge limités grâce aux dispositifs d'exonération.

Des situations de restes à charge très élevés subsistent

Si le système de protection sociale permet de garantir des niveaux de restes à charge moyens proches en fonction du degré de

recours à l'aide humaine, des poches de restes à charge très élevés persistent. En concentrant l'analyse sur les personnes confrontées à un reste à charge minimal de 1 200 euros, soit 10 % de la population qui endossent le reste à charge le plus élevé, on sélectionne une population confrontée à des restes à charge moyens variant peu dans les trois premières classes de recours à l'aide humaine (autour de 2 300 euros en moyenne *versus* 2 030 euros pour la population sans recours à l'aide). En revanche, les restes à charge sont très accentués dans la classe d'*Aide pour toutes les sphères d'activité* (3 360 euros).

Dans cette population qui fait face à des restes à charge très élevés, les profils de consommation sont d'abord différenciés selon que les personnes recourent ou non à l'aide humaine, attestant d'une forte hétérogénéité des besoins. Pour les personnes qui n'y recourent pas, les profils de patients consommateurs de soins d'optique et de prothèses dentaires représentent 44 % des personnes avec des restes à charge supérieurs à 1 200 euros, beaucoup moins dans les classes de recours à l'aide humaine (au maximum 14 % dans la classe d'*Aide aux activités domestiques*). En contrepartie, les profils liés aux hospitalisations MCO pèsent pour une part importante dans le reste à charge des personnes qui recourent à l'aide humaine et croissante avec le degré de recours à l'aide humaine, de 34 % dans la classe d'*Aide aux activités domestiques* à 62 % dans la

T3

Dépenses, restes à charge et exonération du ticket modérateur en fonction des profils de consommations de soins

	Dépenses annuelles moyennes (en euros)	Reste à charge annuel moyen (en euros)	Exonération du ticket modérateur					Complémentaire santé	Effectifs	
			ALD	CMUC	Pension d'invalidité	Rente d'incapacité	Au moins une exonération		Bruts	Pondérés (en milliers)
1. Pharmacie, généraliste	1 861	348	34 %	6 %	7 %	2 %	42 %	93 %	4 041	8 257
2. Pharmacie, généraliste, spécialiste	1 220	390	18 %	6 %	4 %	2 %	25 %	94 %	3 997	10 814
3. Optique	1 101	725	6 %	3 %	3 %	2 %	12 %	97 %	1 170	4 446
4. Spécialiste, biologie, généraliste	571	217	5 %	6 %	2 %	2 %	12 %	95 %	1 952	7 806
5. Prothèses dentaires	2 347	1 412	12 %	4 %	4 %	2 %	19 %	97 %	892	2 813
6. Prothèses et orthèses	2 501	1 134	17 %	4 %	11 %	2 %	27 %	95 %	489	984
7. Kinésithérapie	2 896	509	23 %	6 %	8 %	3 %	32 %	95 %	911	1 547
8. Appareils et matériel pour traitement, Actes médicaux infirmiers	6 059	584	63 %	6 %	14 %	4 %	69 %	90 %	742	816
9. Traitements et cures ambulatoires, transport	8 803	432	45 %	7 %	12 %	3 %	51 %	94 %	325	559
10. Psychiatrie, transports	17 893	1 603	54 %	20 %	31 %	2 %	71 %	91 %	118	124
11. Hospitalisation en MCO	8 451	991	31 %	7 %	7 %	2 %	40 %	95 %	2 290	4 678
Ensemble de la population	2 221	505	18 %	6 %	5 %	2 %	26 %	93 %	18 050	46 399

Lecture : Dans le profil 1 qui regroupe 4 041 individus, la dépense moyenne est de 1 861 euros.

Champ : Personnes âgées de 20 ans et plus résidant à domicile.

Sources : Enquête HSM, données appariées avec le Sniiram. Calculs Irdes.

 [Télécharger les données](#)

classe d'Aide pour toutes les sphères d'activité (versus 24 % pour la population sans aide). Les restes à charge hospitaliers peuvent donc représenter une charge très lourde pour les personnes ayant recours à l'aide humaine, notamment pour les 10 % qui sont dépourvus d'assurance complémentaire.

Une deuxième ligne de partage se dessine pour les profils de consommation de soins associés au recours à l'aide humaine avant et après 60 ans. Alors que les profils *Orthèses et prothèses* représentent une proportion faible en population générale avant 60 ans et forte après (3 % versus 11 %), la tendance est inversée pour les trois classes de recours le plus élevé à l'aide humaine. Le poids des dépenses en aide technique plus faible après 60 ans laisse penser que les profils de recours aux orthèses et prothèses diffèrent avant et après 60 ans. Ne disposant pas des données fines sur ces dispositifs médicaux, il est difficile d'expliquer cette différence de consommation de soins, qui pourrait provenir de l'acquisition de dispositifs différents avant et après 60 ans. A ceci peut s'ajouter un placement en institution pour les personnes les plus âgées lorsqu'elles ont des besoins importants en aide technique,

ces dernières sortant donc du champ de l'étude.

Dans cette population aux forts restes à charge, les profils liés aux hospitalisations psychiatriques sont beaucoup plus fréquents avant 60 ans et, au contraire, comptent pour une part négligeable après. Ces écarts peuvent avoir différentes raisons : une mortalité précoce de ces personnes (qui survivent peu au-delà de 60 ans), un placement en institution...

Au sein de cette population qui endosse les restes à charge les plus élevés, deux profils de soins – *Kinésithérapie* et *Soins infirmiers* – sont au contraire beaucoup plus fréquents après 60 ans qu'avant. La fréquence des profils liés aux soins de kinésithérapie augmente fortement avec le degré de recours à l'aide humaine après 60 ans (de 7,5 % dans la classe d'Aide aux activités domestiques à 19 % dans la classe d'Aide pour toutes les sphères d'activité), tandis que la fréquence des profils liés aux *Actes médicaux infirmiers* et *Appareils et matériels pour traitement* augmente pour sa part fortement dans les trois premières classes de recours à l'aide humaine. Les restes à charge liés à ces deux profils – *Kinésithérapie* et *Actes médicaux infir-*

miers – pèsent pour une part importante après 60 ans.

* * *

Cette étude permet de prendre la mesure de la capacité du système de protection sociale à limiter le reste à charge lié aux soins des personnes qui recourent à l'aide humaine, avant intervention de l'assurance complémentaire. Alors que les dépenses croissent fortement en fonction du degré de recours à cette aide, l'Assurance maladie parvient en moyenne à bien lisser les restes à charge liés aux dépenses de santé par le biais des exonérations du ticket modérateur. Ils ne sont pas, en moyenne, différents selon le type de recours à l'aide humaine. Les personnes qui recourent à l'aide humaine endossent néanmoins un reste à charge moyen doublé, de 800 euros, comparativement à celui du reste de la population. Or cette population doit aussi potentiellement financer son recours à l'aide humaine. Les restes à charge moyens masquent par ailleurs une variabilité liée aux profils de consommation de soins.

Les 10 % de personnes confrontées aux restes à charge les plus importants sont

plus souvent associés à des profils de consommation en lien avec les hospitalisations en MCO. Une politique publique qui viserait à réduire les restes à charge hospitaliers en MCO en population générale profiterait par la même occasion aux personnes qui recourent à l'aide humaine et qui encourent les restes à charge actuellement les plus élevés.

Ces restes à charge peuvent être diminués par les assurances complémentaires. Compte tenu des règles de tarification qui interdisent ou pénalisent les recours à des questionnaires médicaux, les tarifs sont principalement liés au niveau de garantie et à l'âge des personnes couvertes. Il est donc probable qu'une partie de ces restes à charge élevés soit mutualisée dans le cadre de l'assurance complémentaire. Toutefois, le périmètre de cette mutualisation pourrait se réduire en raison de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise

qui conduit à basculer l'ensemble des salariés sur des contrats collectifs. Cela pourrait notamment pénaliser les personnes isolées de moins de 60 ans ne participant pas au marché du travail et ayant recours à l'aide humaine, ainsi que les personnes à la retraite. En outre, 10 % des personnes ayant recours à l'aide humaine ne sont pas couverts par une assurance complémentaire. Favoriser l'accès à l'assurance complémentaire des personnes ayant besoin de recourir à l'aide humaine et permettre un fonctionnement du marché qui s'accompagne d'une mutualisation des risques semble important compte tenu des restes à charge plus élevés auxquels doivent faire face, en raison de leur état de santé, les personnes ayant recours à l'aide humaine.

Enfin, les dépenses de santé ne constituent qu'une composante des dépenses auxquelles les personnes qui recourent à l'aide humaine sont confrontées. De futurs tra-

vaux seront possibles, notamment à partir des enquêtes Phedre et Care, pour évaluer le reste à charge complet ainsi que le taux d'effort associé des personnes recourant à l'aide humaine, en permettant l'analyse de chacune de ses composantes. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Espagnacq M. (2012). « Personnes ayant des limitations fonctionnelles physiques. Panorama des aides et aménagements du logement ». *Dossiers Solidarité Santé*, 27.
- Penneau A., Pichetti S. Espagnacq M. (à paraître). « L'analyse des dépenses de santé et des restes à charge des personnes handicapées avant et après l'âge de 60 ans en France ». Rapport de l'Irdes.
- Roussel P., Giordano G., Cuenot M. (2012). *Approche qualitative des données de santé mentale recueillies dans l'enquête Handicap-Santé-Ménages (2008)*. EHESP.



INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •
117bis, rue Manin 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 •
www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr •

Directeur de la publication : Denis Raynaud • **Éditrice :** Anne Evans • **Éditrice adjointe :** Anna Marek • **Relectrices :** Noémie Mallejac, Catherine Sermet •
Infographiste : Franck-Séverin Clérembault • **Assistant à la mise en page :** Damien Le Torrec • **Imprimeur :** Imprimerie Peau (Berd'huis, 61) • **Dépôt légal :** Mai 2018 •
Diffusion : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui • **ISSN :** 1283-4769 (papier), 2498-0803 (PDF).

Publications à paraître

Pour recevoir nos communiqués de presse qui vous permettront de télécharger gratuitement la publication, merci d'envoyer un courriel à presse@irdes.fr

Questions d'économie de la santé

Prochaines thématiques :

- les parcours de soins des personnes hospitalisées pour un accident vasculaire cérébral
- une typologie des binômes infirmières-médecins généralistes dans le cadre du dispositif Action de santé libérale en équipe (Asalée)
- les premiers résultats de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise
- la surmortalité des personnes suivies pour des troubles psychiatriques
- les premiers résultats de l'évaluation du dispositif Parcours santé des aînés (Paerpa)...



Ouvrages

Le prochain ouvrage à paraître est un atlas de l'insuffisance rénale chronique terminale en France



Documents de travail

Prochaines thématiques :

- une évaluation du bien-être après la généralisation de la complémentaire santé
- la méthodologie de l'évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa)
- une comparaison internationale des systèmes de protection sociale en matière d'arrêts de travail...



Rapports de recherche

Prochaines thématiques :

- les conséquences du cancer sur les parcours professionnels
- les premiers résultats de l'évaluation d'impact de l'expérimentation Parcours santé des aînés (Paerpa)...

