

Perceptions subjectives, anticipations et préférences pour la santé
des bénéficiaires de la CMU-C
(Rapport pour le fonds de la Complémentaire santé solidaire)

Brigitte DORMONT¹, Cécile GAYET¹, Anne-Laure SAMSON²

¹Université Paris-Dauphine, PSL, LEDa, LEGOS, Paris, France

²Université Lille, LEM, Lille, France

Sommaire

Introduction	3
1. Accès aux soins et comportements à risque : au-delà de la couverture assurantielle, pourquoi s'intéresser aux perceptions subjectives, aux anticipations et aux préférences ?.....	10
2. L'apport de l'enquête « Valeur de la santé » à l'observation des perceptions subjectives et des préférences individuelles.....	13
2.1. Les indicateurs disponibles	13
2.2. Différences socio-économiques et comportements de santé des bénéficiaires de la CMU-C et des autres assurés sociaux : approches descriptives.....	18
2.2.1 Différences socio-économiques et comportements de santé : comparaison simple de statistiques brutes.....	19
2.2.2 Différences socio-économiques et comportements de santé : comparaison à structure d'âge et de sexe comparable.....	21
3. Les bénéficiaires de la CMU-C ont-ils des perceptions subjectives, des anticipations et des préférences différentes de celles des autres assurés sociaux ?	27
3.1. Perceptions subjectives	27
3.2. Anticipations	30
3.3. Préférences.....	32
4. Les différences de perceptions subjectives, anticipations et préférences des bénéficiaires de la CMU-C sont-elles uniquement dues à leur situation objective en termes de morbidité et niveau de vie ?	38
4.1 Perceptions subjectives	40
4.2. Anticipations	42
4.3 Préférences.....	49
5. Les spécificités de perceptions subjectives des bénéficiaires de la CMU-C qui demeurent au-delà des conditions de vie objectives peuvent-elles contribuer à expliquer des différences de recours aux soins ou de comportements à risque ?.....	52
5.1 Les perceptions subjectives et les anticipations ne contribuent pas à expliquer les comportements de santé des bénéficiaires de la CMU-C	53
5.2 Les perceptions subjectives et anticipations influencent toutefois significativement les comportements à risque.....	55
Conclusion.....	67
Bibliographie.....	68
Annexes.....	70

Introduction

La Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) est un dispositif d'assistance offrant une complémentaire santé gratuite aux personnes dont le revenu est inférieur à un plafond prédéfini¹. L'objectif poursuivi est d'améliorer l'accès aux soins des personnes à bas revenus n'ayant pas les moyens d'acquérir une assurance complémentaire. Dans la poursuite de cet objectif, le 1^{er} novembre 2019 la CMU-C et l'Aide pour une complémentaire santé (ACS) ont fusionnées pour devenir la Complémentaire santé solidaire. Compte tenu de l'importance des tickets modérateurs, il est reconnu que la détention d'une complémentaire santé est une condition de l'accès aux soins en France.

Un chiffre donne une bonne illustration de la situation : la dernière vague de l'enquête Santé et Protection Sociale montre que 5,2 % des individus de l'échantillon ont renoncé à une consultation de médecin pour raisons financières au cours des douze derniers mois. Cette proportion se monte à 19,6 % pour les individus sans complémentaire santé, et redescend à 6,8 % pour les bénéficiaires de la CMU-C (Célant et Rochereau 2017).

En 2018, le Fonds CMU compte 5,6 millions de bénéficiaires. Il s'agit pour l'essentiel d'une population jeune et féminine², vivant en milieu urbain, avec un faible niveau de formation et une forte exposition au chômage ou à la précarité de l'emploi. Outre la prise en charge du ticket modérateur, le dispositif offre une exonération du forfait journalier en cas d'hospitalisation et de l'avance de frais. Il impose l'application des tarifs opposables aux médecins à honoraires libres et des forfaits pour le paiement des soins en optique et dentaire.

Les études disponibles montrent que les bénéficiaires de la CMU-C sont en plus mauvaise santé que les autres assurés au même âge : ils sont plus exposés aux maladies du foie et du pancréas, aux maladies psychiatriques, au VIH ou au sida, au diabète, aux maladies cardio-vasculaires, aux maladies respiratoires chroniques et à l'insuffisance rénale chronique

¹ En 2018, le seuil d'éligibilité à la CMU-C pour une personne seule en France métropolitaine est de 734€ (i.e. 61% du seuil de pauvreté).

² En 2018, 44% de la population CMU-C à moins de 20 ans, 51% de la population est âgée de 20 à 60 ans et 53% des plus de 20 ans sont des femmes (Fonds CMU, 2018).

terminale (CNAM 2017). Les bénéficiaires de la CMU-C présentent aussi des surmortalités globale et hospitalière plus élevées que le reste de la population (Tuppin et al 2011). Les travaux de l'Institut national de la statistique et des études économiques (INSEE) confirment des inégalités de santé importantes entre les vingtiles de revenus : les 5% des hommes les plus modestes ont une espérance de vie de 13 ans inférieure aux 5% des hommes les plus aisés. Cet écart est de 8 ans chez les femmes (INSEE 2018). Plusieurs facteurs peuvent être évoqués pour expliquer la corrélation positive entre précarité sociale et état de santé : les facteurs de risque, les conditions de travail et le recours aux soins.

Les besoins de soins des bénéficiaires de la CMU-C sont donc supérieurs, à âge donné, à ceux des autres assurés. La couverture offerte par la CMU-C leur offre-t-elle un accès aux soins en rapport avec leurs besoins ? Les résultats connus à ce jour offrent des réponses contrastées. D'une part, deux études économétriques sur des données de coupe instantanées utilisant les Enquêtes Santé et Protection Sociale de 2000 et 2012 aboutissent à un diagnostic satisfaisant : en tenant compte des caractéristiques socio-économiques et des écarts d'état de santé, la CMU-C semble favoriser l'accès aux soins dans les mêmes proportions que les autres couvertures complémentaires (Raynaud 2003 ; Jess 2015). D'autre part, une étude utilisant une méthode de régression par discontinuité aboutit à un résultat contraire : il n'y aurait pas d'impact significatif du franchissement du seuil d'éligibilité à la CMU-C sur le recours au généraliste ou au spécialiste, mais seulement un impact positif sur le recours au spécialiste pour les moins de 30 ans (Guthmuller et Wittwer 2017). En principe, la méthode de régression par discontinuité est plus rigoureuse que les estimations en coupe pour la mise en évidence de causalités et pour contrôler de l'effet de sélection de bénéficiaire de la CMU-C³. A ces résultats contrastés s'ajoute le constat révélé par des études de « testing », que certains professionnels de santé refuseraient de délivrer des soins aux bénéficiaires de la CMU-C (Desprès 2010 ; Desprès et Lombrail 2017 ; Chareyron, L'Horty et Petit 2019). Au total, il est difficile de savoir si la CMU-C atteint son but, ou si des

³ L'inscription à la CMU-C n'est pas automatique mais volontaire. Il convient de contrôler de l'effet de sélection : les individus qui ont un état de santé plus dégradé recourent plus au dispositif de la CMU-C et consomment plus de soins.

difficultés d'accès aux soins nuisent à une bonne prise en charge de la population concernée, malgré la qualité de la couverture offerte.

Outre les aspects financiers, une « vulnérabilité » de long terme liée à des expériences de précarité passées ou présentes et à des craintes pour le futur influence le renoncement aux soins pour raisons financières (Desprès 2013). L'état psychologique des bénéficiaires de la CMU-C peut être affecté par (i) des expériences pénibles vécues au cours de leur trajectoire de vie (périodes de grande pauvreté, état de santé dégradé très tôt dans la vie) et (ii) un pessimisme plus marqué dû à des expériences stigmatisantes lié à leur statut de bénéficiaire de l'assistance ou à des discriminations subies.

Le recours aux soins comporte un aspect financier, avec la question de la couverture complémentaire, en principe résolue par la CMU-C. Il dépend aussi de la qualité de la réponse de l'offre de soins aux besoins des bénéficiaires de la CMU-C. Mais en plus de l'offre de soins et de la couverture complémentaire, d'autres éléments vont intervenir pour influencer la décision individuelle de recourir aux soins. Cette décision dépend de l'appréciation par l'individu de son état de santé et de ses besoins ; de ses anticipations d'état de santé, de longévité et de niveau de vie ; de la perception de ses droits (qui influence ses aspirations) ; du jugement qu'il porte sur la qualité de sa vie et de la valeur qu'il peut attribuer à la santé dans l'ensemble de ses priorités (logement, transport, alimentation, santé, etc.).

Pour étudier ces dimensions dans le recours aux soins et l'adoption de comportements à risque chez les bénéficiaires de la CMU-C, nous disposons d'une enquête permettant de connaître les appréciations subjectives de santé et de qualité de vie et les anticipations des individus concernant leur santé, leur longévité, et leur niveau de vie. L'originalité de cette enquête réside dans le fait qu'elle permet d'éliciter des probabilités subjectives pour connaître les anticipations, et d'éliciter aussi les préférences en matière d'arbitrage santé/niveau de vie et d'arbitrage santé/longévité/niveau de vie des bénéficiaires de la CMU-C et des autres assurés sociaux.

Notre étude vise à explorer cette information en examinant tout d'abord si les bénéficiaires de la CMU-C ont des perceptions subjectives, des anticipations futures et une valeur pour la santé qui diffèrent de celles des autres assurés sociaux, en distinguant parmi ces derniers

ceux qui sont couverts par une assurance complémentaire et ceux qui n'ont pas de couverture complémentaire). Par la suite, nous examinons si ces appréciations subjectives s'expliquent par leur situation objective en termes de niveau de vie et d'état de santé ou s'il reste une différence non expliquée qui pourrait être attribuée à une auto-évaluation négative liée au statut de bénéficiaire d'un dispositif d'assistance. Enfin, nous étudions l'impact éventuel des différences dans les appréciations subjectives toutes choses égales par ailleurs sur les comportements de recours aux soins et l'adoption de comportements à risque des bénéficiaires de la CMU-C. En quelque sorte, nous examinons s'il existe un impact « psychologique » du fait de bénéficier d'un dispositif d'assistance tel que la CMU-C sur les comportements de santé qui s'ajouterait aux problèmes de revenus et de morbidité auxquels sont particulièrement confrontés les bénéficiaires de la CMU-C.

* *

*

Ce rapport est organisé en cinq sections.

- La première section examine comment la littérature économique sur la décision individuelle d'investissement en santé explique en quoi les perceptions et préférences des individus peuvent intervenir dans leurs décisions en matière de recours aux soins et de comportements à risque au même titre que la dimension financière, telle qu'elle peut être modifiée par une assurance comme la CMU-C.

- Nous présentons dans la deuxième section l'enquête *Valeur de la santé* et les indicateurs de perceptions, d'anticipations et de préférences qu'elle permet d'éliciter. L'enquête « Valeur de la santé » a été réalisée en France en 2009 auprès de plus de 3331 individus âgés de 18 ans. De premières analyses descriptives permettent de vérifier que nous retrouvons sur cette enquête la plupart des constats déjà mis en évidence par d'autres travaux concernant les différences socio-économiques, l'accès aux soins et les comportements à risque des bénéficiaires de la CMU-C. La comparaison de statistiques brutes est suivie de l'analyse de statistiques qui neutralisent les effets de la structure par

âge et sexe des différentes catégories d'assurés sociaux, une précaution nécessaire à une comparaison pertinente qui sera suivie tout au long du rapport. Pour résumer, nous trouvons que les bénéficiaires de la CMU-C ont un niveau d'éducation et de revenu particulièrement bas et un état de santé moins bon que les autres assurés sociaux. Ils sont fumeurs dans de plus grandes proportions que les autres catégories d'assurés sociaux, ils recourent au généraliste et au dentiste dans les mêmes proportions que les individus avec complémentaire privée, recourent plus que les autres assurés sociaux au psychiatre et à l'hôpital public. En revanche, ils sont significativement moins nombreux que les bénéficiaires d'une complémentaire privée à recourir au spécialiste.

- La troisième section examine si les bénéficiaires de la CMU-C se distinguent des autres assurés sociaux pour ce qui concerne l'appréciation subjective de leur situation, leurs anticipations et leurs préférences. Cette section aborde l'apport original de notre recherche, qui est d'observer et d'analyser ces dimensions subjectives pour différentes catégories d'assurés sociaux. Les résultats obtenus montrent qu'à structure d'âge et de sexe équivalente, les bénéficiaires de la CMU-C ont des évaluations subjectives et des anticipations moins favorables que les autres assurés sociaux. En particulier, ils ont une perception plus mauvaise de leur état de santé et de leur qualité de vie récente (sur les douze derniers mois) ou totale (passée, présente et future). Leur espérance de vie subjective est de 2 à 4 ans inférieure aux autres assurés sociaux et ils pensent avoir plus de risques de vivre tout au long de leur vie avec de faibles ressources (moins de 1000€ par mois) et/ou une mauvaise santé. Les bénéficiaires de la CMU-C sont aussi plus nombreux à déclarer qu'ils n'accepteraient pas de réduction de leur niveau de vie pour avoir une parfaite santé. Cette plus grande proportion de dispositions à payer nulles s'observe pour les deux formulations de la question posée, qu'il s'agisse de la question rétrospective (sur les douze derniers mois), ou intertemporelle (jusqu'à 100 ans), étant entendu que dans ce dernier cas, ce sont les anticipations de revenus qui influencent la réponse⁴. Dans les deux cas, les raisons avancées pour une disposition à payer nulle sont

⁴ Les questions sur les anticipations de revenus précèdent dans le questionnaire les questions sur les arbitrages santé et niveau de vie.

que leurs revenus présents ou anticipés sont trop faibles et non que la santé serait moins importante que d'autres aspects de la vie.

- L'objectif de la quatrième section est de mener une analyse économétrique multivariée pour examiner si les différences de perceptions, anticipations et préférences sont encore observées si on contrôle par les conditions objectives des individus. En effet, nous avons vu dans la section 2 qu'à structure d'âge et de sexe équivalente les bénéficiaires de la CMU-C ont, en comparaison avec les autres assurés sociaux, un niveau d'éducation et des revenus plus bas et sont plus exposés au chômage et à diverses maladies. Leurs évaluations subjectives et anticipations moins favorables peuvent donc être dues à leur situation objective en termes de morbidité et de niveau de vie. Ils peuvent aussi être conscients que leur bas niveau de formation ne leur permet pas d'anticiper des revenus élevés dans le futur.

Quand on contrôle de la situation particulièrement défavorisée des bénéficiaires de la CMU-C (en termes de niveau de vie, de niveau de diplôme, de situation familiale et d'état de santé), les bénéficiaires du dispositif perçoivent leur état de santé et leur vie au cours des douze derniers mois de façon égale aux perceptions des autres assurés, mais restent pessimistes sur leur vie en général (un indicateur qui intègre les perspectives de vie future). Toutes choses égales par ailleurs, ils sont pessimistes quant à leur espérance de vie et leur niveau de vie futur mais pas quant à leur état de santé futur. Les bénéficiaires de la CMU-C estiment qu'ils vivront deux ans de moins que les bénéficiaires d'une complémentaire privée et qu'ils ont plus de chance de vivre avec un niveau de vie inférieur à 1000€ que tous les autres assurés. Ainsi, la prise en compte des conditions objectives auxquelles sont soumis les bénéficiaires de la CMU-C élimine les différences d'appréciation de la santé présente ou anticipée, ainsi que les différences d'appréciation de la vie présente. En revanche, les questions prospectives conduisent encore à des différences entre les bénéficiaires de la CMU-C et les autres assurés, même en raisonnant à niveau de vie et à santé courante donnés : la longévité anticipée est inférieure et les anticipations de revenus sont pessimistes. Un résultat très intéressant est qu'en revanche la prise en compte des différences objectives de revenus et santé actuels élimine toute

différence dans les préférences qui s'expriment concernant l'arbitrage santé – niveau de vie. Avec des niveaux de vie et de morbidité comparables à ceux des autres assurés sociaux, les bénéficiaires de la CMU-C donneraient autant pour être en bonne santé ou pour vivre plus longtemps en bonne santé. Ils ne donnent donc pas moins d'importance à leur santé et à leur longévité que les autres assurés sociaux.

- Dans la cinquième section, nous analysons si les variables subjectives qui restent différentes dans les régressions multivariées pour les bénéficiaires de la CMU-C en comparaison avec les autres assurés sociaux peuvent apporter une information supplémentaire à la compréhension du recours aux soins et des comportements à risque des bénéficiaires du dispositif. De fait, les variables subjectives retenues n'affectent pas l'impact du statut assurantiel sur le recours aux soins et les comportements à risque. La couverture dont dispose un individu impacte son coût marginal à investir dans sa santé et ainsi ses décisions. En principe dans le modèle théorique de Grossman le rendement marginal de l'individu à investir dans sa santé est influencé, dans une perspective intertemporelle, par ses perceptions, ses anticipations et ses préférences. Nos résultats tendent à relativiser cette représentation théorique en montrant le rôle prédominant de la couverture par l'assurance dans les décisions courantes, par rapport à une optimisation intertemporelle. En tout état de cause, ces résultats confirment l'importance de l'assurance complémentaire dans les décisions individuelles de santé.

Il est intéressant de noter que, si les variables subjectives peuvent affecter significativement certains comportements de recours aux soins, elles influencent surtout les comportements à risque des individus. Ces résultats confirment l'importance de s'intéresser aux perceptions subjectives et aux anticipations futures pour décrire les comportements individuels. Mais il n'y a pas de spécificité significative des bénéficiaires de la CMU-C qui font que toutes choses égales par ailleurs la prise en compte de ces variables changent l'impact du statut assurantiel sur leurs comportements de santé.

1. Accès aux soins et comportements à risque : au-delà de la couverture assurantielle, pourquoi s'intéresser aux perceptions subjectives, aux anticipations et aux préférences ?

Le modèle classique de Grossman (1972) modélise la santé comme un capital santé qui se déprécie dans le temps (vieillesse) mais peut être augmenté par des investissements tels que le recours aux soins et l'adoption d'une bonne hygiène de vie. Un individu investit dans sa santé quand le rendement marginal de cet investissement (un bon état de santé lui procure du bien-être et des revenus du travail plus importants) excède son coût marginal. A partir de ce modèle on peut comprendre pourquoi les perceptions, anticipations et préférences des individus peuvent intervenir dans ses décisions au même titre que la dimension financière, telle qu'elle peut être modifiée par une assurance comme la CMU-C.

Il est clair que la demande de soins d'un individu dépend d'un aspect financier : le niveau de vie, la couverture assurantielle, le coût d'opportunité à investir dans la santé (rendez-vous médical, activité sportive...) et le coût monétaire des soins et d'une bonne hygiène de vie affectent le coût marginal de l'investissement. Les aspects psychologiques sont tout aussi importants dans le raisonnement de Grossman. En effet, le rendement marginal qu'attribue l'individu à cet investissement varie avec l'évaluation qu'il se fait de son état de santé et de ses besoins (perceptions subjectives), avec la valeur qu'il attribue à la santé dans l'ensemble de ses priorités (préférences) et avec son intérêt à être en bonne santé pour participer au marché du travail.

Par ailleurs, le rendement marginal de l'investissement en santé (en termes de bien-être et de revenus) est incertain car dépend aussi de facteurs internes ou externes aléatoires (prédispositions génétiques, accident, épidémies, climat...). En réalité les individus investissent dans leur santé non pas pour atteindre le niveau de capital santé qu'ils souhaitent mais pour augmenter leur chance d'atteindre ce capital (Liljas 1998). Si l'aversion au risque est décroissante du revenu⁵, les individus modestes pourraient choisir de moins investir dans leur santé que les

⁵ Cette hypothèse est souvent faite dans la littérature sur les comportements en incertitude. Elle repose sur l'idée que les individus les plus riches peuvent « se permettre » plus de risques.

individus plus aisés, car ils seraient moins disposés à prendre des risques (Dardanoni et Wagstaff 1987).

Les anticipations subjectives peuvent jouer un rôle important dans les décisions individuelles en situation d'incertitude. Manski (2004) soutient que l'hypothèse d'anticipations rationnelles⁶ est peu réaliste : il est préférable d'éliciter les anticipations des individus directement par des enquêtes afin de connaître leur distribution de probabilité subjective. Une vaste littérature s'intéresse aux anticipations subjectives des individus en ce qui concerne leur espérance de vie mais une attention moins grande a été portée aux croyances sur la santé ou sur les revenus futurs. Ces travaux visent à utiliser l'information privée des individus mesurée par les anticipations subjectives pour mieux comprendre leurs décisions économiques (épargne-consommation, retraite, assurance, prévention, recours aux soins, comportements à risque...) et comprendre si des biais de perceptions (optimisme/pessimisme) et l'incertitude des anticipations peuvent entraîner des décisions sous-optimales.

Les travaux sur les anticipations montrent que les individus ajustent leurs croyances de longévité avec l'information privée dont ils disposent : la survenue de maladies avec un risque vital et/ou chronique et le fait de fumer couramment réduisent l'espérance de vie subjective alors que la survie de leurs parents (groupe de référence) l'augmente (Dormont et al. 2018). Les individus les moins éduqués sont plus pessimistes et plus incertains quant à leurs probabilités de survie ; ils prédisent aussi moins bien leur survie (Bago d'Uva, O'Donnell, et van Doorslaer 2017). Les anticipations de santé apportent de l'information qui n'est pas contenue dans les anticipations de longévité et sont corrélées positivement aux réalisations d'état de santé futur (Huynh et Jung 2015). L'étude des croyances sur les revenus futurs indiquent que les individus anticipent une persistance des revenus : les anticipations et les revenus courants sont assez proches. En outre, les individus qui ont récemment perdu leur travail sont toutes choses égales par ailleurs plus pessimistes quant à leur future situation financière (Dominitz 1998).

⁶ Les anticipations sont dites rationnelles si les individus disposent de toute l'information disponible et l'intègrent entièrement à leurs anticipations.

Enfin, les comportements d'investissement en santé résultent des préférences des individus. Quelle place est attribuée à la santé dans les nombreux aspects du bien-être (logement, alimentation, santé, loisirs, vie sociale...) ? La disposition à payer (arbitrage entre santé et niveau de vie) est utilisée dans la littérature économique comme indicateur de préférence pour la santé bien qu'il soit sensible au niveau de vie. Développé par Marc Fleurbaey, un concept comme le revenu équivalent santé a l'avantage de mesurer les préférences individuelles pour la santé comme un taux marginal de substitution indépendant du niveau de vie (Fleurbaey et al. 2012).

Des travaux réalisés par le Centre de recherche pour l'étude et l'observation des conditions de vie (CREDOC) avec l'enquête sur « les Conditions de vie et les aspirations des Français » montrent que même si la pauvreté reste le premier sujet de préoccupation des personnes éligibles à la CMU-C, elles ne déclarent pas moins que la population totale les « maladies graves » comme premier sujet de préoccupation (CREDOC 2019). Les populations éligibles à la CMU-C citent à 17% « la pauvreté en France » comme premier sujet de préoccupation (contre 14% pour la population totale), à 11% « la pauvreté dans le monde » (contre 7% pour la population totale) et à 6% les maladies graves (contre 7% pour la population totale).

On trouve aussi évidemment un lien entre les comportements à risques et les perceptions-subjectives ou anticipations et préférences des individus. Dormont et al. (2018) montrent ainsi que le tabagisme et l'alcoolisme sont influencés, au-delà des déterminants habituellement repérés dans la littérature, par l'espérance de vie subjective et l'incertitude des individus quant à leur longévité espérée.

2. L'apport de l'enquête « Valeur de la santé » à l'observation des perceptions subjectives et des préférences individuelles

L'enquête « Valeur de la santé » a été réalisée en 2009 auprès de plus de 3331 individus âgés de 18 ans et plus par une équipe de recherche constituée de chercheurs spécialistes des questions d'économie de la santé et de la justice sociale⁷. Financée par la Chaire santé de l'université Paris-Dauphine, cette enquête est représentative de la population française par structure d'âge et de sexe. Les variables disponibles portent sur les caractéristiques socio-économiques (revenu, niveau de vie, composition du ménage, situation dans l'emploi, éducation, CSP...) et sur l'état de santé, avec des questions détaillées sur les maladies, les comportements à risques, le recours aux soins et la couverture complémentaire. L'originalité de l'enquête est qu'elle permet l'élicitation de plusieurs variables mesurant les préférences, les perceptions et les anticipations des individus sur leur santé, leur niveau de vie, leur longévité ainsi que sur la qualité de leur vie.

2.1. Les indicateurs disponibles

Les variables de perceptions, au nombre de trois, sont les suivantes :

La variable SAH (pour *self-assessed health*) est recueillie dans de nombreuses enquêtes. Elle est ici collectée par une note donnée par le répondant sur une échelle de 0 à 100. Après avoir déclaré les maladies qui l'ont affecté au cours des douze derniers mois parmi une liste complète de pathologies (une mesure « objective » de l'état de santé), le répondant est invité à évaluer sa santé subjective avec une question formulée de la sorte : « *Dans les questions précédentes, vous avez indiqué les problèmes de santé dont vous avez souffert au cours des 12 derniers mois. En gardant ça à l'esprit, je vais vous demander d'évaluer votre état de santé sur les douze derniers mois à l'aide d'une échelle de 0 à 100. Où 100 est la meilleure santé possible pour votre âge et 0, la mort.* »

⁷ Outre les Pr. B. Dormont et A.-L. Samson, les membres de cette équipe sont les Pr. M. Fleurbaey (Princeton University) et E. Schokkaert (Leuven University), spécialistes de l'analyse des inégalités et des théories de la justice ; S. Luchini (CNRS, AMSE), spécialiste des méthodes d'élicitation. et C. Thébaud (université de Limoges) économiste de la santé.

Deux autres indicateurs mesurent la perception par l'individu de la qualité de sa vie : VIE_{gen} et VIE_{rec} . La question est la suivante : « *En pensant à ce qui a de la valeur pour vous dans la vie, où situez-vous votre vie sur une échelle de 0 à 10, où 0 représente la pire des vies possibles pour une personne, et 10 la meilleure des vies possibles pour une personne, les notes intermédiaires vous permettent de nuancer votre jugement.* ». La question est posée pour « *la vie dans son ensemble (passé, présent, futur prévu)* » puis pour « *la vie dans les douze derniers mois* ». Nous en déduisons deux indicateurs, VIE_{gen} et VIE_{rec} qui correspondent à l'évaluation par l'individu de sa vie en général et de sa vie récente (dans les douze derniers mois).

Concernant les anticipations, les variables élicitées sont les suivantes :

L'espérance de vie subjective (SLE pour *subjective life expectancy*) est un indicateur original⁸ par rapport à ce qui existe dans la littérature. Il est construit à partir de probabilités de survie données par les individus en répondant à des questions séquentielles. A un individu de moins de 50 ans, par exemple, il est demandé : « *quelle est la probabilité que vous viviez jusqu'à dépasser l'âge de 50 ans ?* » La réponse est guidée par un choix dans la liste suivante : 0 %, 5 %, 10 %, 15 %, 20 %, 25 %, 30 %, 40 %, 50 %, 60 %, 70 %, 80 %, 90 %, 100 %. Les individus pouvaient aussi cocher les cases « *je ne sais pas* » ou « *je refuse de répondre* ». Une fois la réponse donnée, une question similaire était posée au même individu avec l'âge cible 60 ans, puis 70 ans, 80 ans et 90 ans⁹. Les réponses fournissent des distributions de probabilités subjectives pour chaque individu à partir desquelles on peut calculer l'espérance de vie subjective qui correspond à l'espérance de l'âge du décès anticipé par l'individu¹⁰.

⁸ Plusieurs enquêtes importantes (SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement in Europe), HRS (Health and Retirement Study)) s'intéressent aux probabilités subjectives de survie. L'originalité de l'enquête *Valeur de la santé* est qu'elle élicite suffisamment de probabilités de survie pour calculer une espérance de vie subjective (SLE). On peut considérer que la construction de cet indicateur à partir de cette enquête est validée par la publication faite dans *Demography* (Dormont et al. 2018), qui est la première revue internationale dans le champ.

⁹ Le premier âge cible proposé dépend évidemment de l'âge de l'individu (doit lui être supérieur).

¹⁰ L'incertitude sur la longévité (variance de l'âge au décès (Dormont et al. 2018)) initialement étudiée ne figure pas dans ce rapport. Elle ne présente aucun contraste particulier pour les bénéficiaires de la CMU-C.

L'enquête recueille aussi les anticipations de probabilités subjectives jointes de santé et de niveau de vie¹¹ pour chaque décade d'âge que le répondant n'a pas encore atteint : « *Quelles sont vos prévisions concernant votre niveau de vie personnel et de santé pour la période 20-29 ans ? 30-39 ans ? 40-49 ans ? 50-59 ans ? 60-69 ans ? 70-79 ans ? 80-89 ans ? 90-100 ans ?* ». Pour ce faire, le répondant est invité à répartir vingt jetons d'une valeur de 5% dans une grille de vingt-cinq cases où chaque case correspond à la combinaison d'un intervalle de niveau de vie anticipé ($[0 ; 1000]$; $]1000 ; 1500]$; $]1500 ; 2000]$; $]2000 ; 3500]$; $]3500 ; \infty[$) et d'un état de santé anticipé (*très mauvais état de santé ; mauvais état de santé ; état de santé moyen ; bon état de santé bon ; excellent état de santé*). La grille est représentée par la figure 1.

Nous pouvons en déduire quatre anticipations de probabilités subjectives marginales ou jointes :

$\underline{\text{Health}}_{\text{Bad},d}$: la probabilité d'être en mauvaise ou en très mauvaise santé à la décade d. Elle est obtenue en calculant la probabilité marginale pour les modalités « mauvaise ou très mauvaise santé » à partir des réponses sur la probabilité jointe.

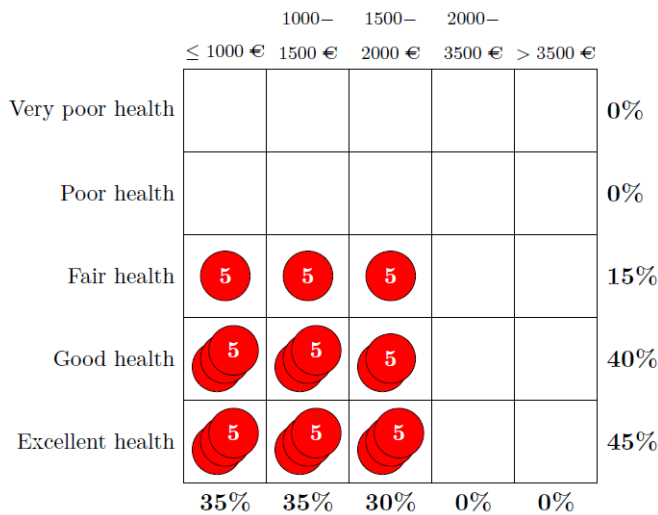
$\underline{\text{Income}}_{\text{Low},d}$: la probabilité d'avoir un niveau de vie entre 0 et 1000€ à la décade d. Elle est obtenue en calculant la probabilité marginale de la modalité « niveau de vie entre 0 et 1000€ » à partir des réponses sur la probabilité jointe.

$\underline{\text{Health}}_{\text{Bad}} * \underline{\text{Income}}_{\text{Low},d}$: la probabilité jointe d'être en mauvaise ou en très mauvaise santé et d'avoir un niveau de vie entre 0 et 1000€ à la décade d

$\underline{\text{Health}}_{\text{Good}} * \underline{\text{Income}}_{\text{High},d}$: la probabilité jointe d'être en bonne ou en excellente santé et d'avoir un niveau de vie supérieur à 2000€ à la décade d

¹¹ L'étude raisonne en termes de niveau de vie et non en termes de revenus individuels : elle tient compte de la composition du foyer et du revenu du conjoint actuels et anticipés.

Figure 1 : Grille d'élicitations des probabilités jointes de niveau de vie et d'état de santé futurs



Les variables de préférences permettent de mesurer dans les priorités de l'individu, ce qui relève de son arbitrage niveau de vie/santé et de son arbitrage niveau de vie/santé/longévité. Le cadre théorique sous-jacent est que l'on admet une hétérogénéité des préférences.

La $\text{DaP}_{\text{rétro}}$ (pour disposition à payer rétrospective) correspond à la réponse à la question « *Quelle est la somme mensuelle maximale dont vous auriez accepté de vous passer au cours des douze derniers mois en échange d'un excellent état de santé ?* ».

La DaP_{fut} (pour disposition à payer future) correspond à la réponse à la question « *Quelle est la réduction mensuelle de niveau de vie en euros (la même réduction chaque mois) durant toute votre vie future dans le scénario sans aucun ennui de santé jusqu'à 100 ans (et mourir de sa belle mort à cet âge-là) qui vous donnerait un niveau de bien-être équivalent à celui de la vie que vous anticipez pour le futur ?* ».

Les formulations des réponses possibles permettent de distinguer (a) les dispositions à payer positives, (b) les dispositions à payer nulles en raison d'un niveau de vie actuel ou anticipé trop bas (« *Mon niveau de vie est déjà tellement bas/mes prévisions en matière de niveau de vie sont déjà tellement basses que je ne peux pas imaginer en avoir moins et même avec une excellente santé* »), (c) les dispositions à payer nulles en raison d'une faible préférence pour la santé (« *Il y*

a d'autres aspects de ma vie qui sont plus importants que ma santé ») et (d) les dispositions à payer nulles pour une autre raison. Notons que la plupart des verbatims disponibles valident l'hypothèse de compréhension de l'exercice proposé par les répondants¹².

Il est connu que les personnes à bas revenu ont un reste à vivre très réduit, ce qui impose des arbitrages sur des éléments tout aussi importants que sont le logement, le transport, l'alimentation, la santé, etc.. Dans cette perspective, nous avons construit les variables $\text{DaP}_{\text{nulle:revenus trop bas}}$ (variable binaire égale à 1 si l'individu déclare une DaP nulle car ses revenus sont trop bas) et $\text{DaP}_{\text{nulle:préférences faibles pour la santé}}$ (variable binaire égale à 1 si l'individu déclare une DaP nulle car il juge qu'il y a d'autres aspects plus importants que la santé dans la vie).

Pour finir, la variable $\text{DaP}_{\text{refus}}$ indique que le répondant a « refusé » de révéler sa disposition à payer ; dans ce cas la disposition à payer est non définie. Un individu peut refuser de répondre car « *la question est trop difficile* », car il déclare être « *sans opinion* » ou « *qu'il serait de toute façon mieux avec une bonne santé pour n'importe quel niveau de vie* » (cette dernière modalité n'est proposée que pour la disposition à payer future). Pour d'autres enquêtés, la disposition à payer rétrospective ou future n'est pas définie car ils sont hostiles à l'évaluation monétaire de la santé ou parce qu'ils ne comprennent pas la question posée.

« *La sante n'a pas de prix.* » (femme de 47 ans bénéficiaire d'une complémentaire privée)

« *Ce n'est pas à moi de payer parce que mes frais de santé sont liés à mes revenus.* »

(homme de 64 ans bénéficiaire de la CMU-C)

« *Parce qu'on cotise déjà sur notre fiche de paye.* » (homme 40 ans sans complémentaire)

¹² Par exemple la disposition à payer peut être nulle pour une autre raison si la perception de l'état de santé ou les prévisions d'état de santé sont bonnes ou satisfaisantes :

« *Je n'ai eu aucun problème de santé.* » (homme de 40 ans bénéficiaire d'une complémentaire privée)

« *Je n'ai pas vraiment eu de gros problèmes de santé.* » (femme de 19 ans bénéficiaire de la CMU-C)

« *Toute ma vie j'ai été en bonne santé, ma grand-mère est morte à 106 ans.* » (femme de 66 ans bénéficiaire d'une complémentaire privée)

Ou encore si un individu est réticent à la perspective de vivre jusqu'à 100 ans :

« *Je ne veux pas vivre jusqu'à 100 ans* » (femme de 77 ans bénéficiaire d'une complémentaire privée).

L'élicitation de la disposition à payer rétrospective (quand elle est définie), nous permet de calculer le revenu équivalent santé RES (Fleurbaey et al. 2012). Le revenu équivalent santé peut être défini dans un cadre théorique simplifié où l'utilité – mesure du bien-être subjectif - de l'individu (U) dépend de deux arguments : sa santé (h) et son niveau de vie (y).

Soient y le niveau de vie actuel de l'individu et h son état de santé actuel, soit h^* la santé parfaite. Le revenu équivalent santé, noté y^* est défini par :

$$U(y, h) = U(y^*, h^*)$$

Compte tenu de cette définition, le RES (y^*) est mesuré par le niveau de vie actuel de l'individu (y) auquel nous retranchons la disposition à payer qu'il a déclaré pour avoir été en parfaite santé au cours des douze derniers mois (DaP_{h^*}).

$$\text{On a donc } y^* = y - DaP_{h^*}$$

2.2. Différences socio-économiques et comportements de santé des bénéficiaires de la CMU-C et des autres assurés sociaux : approches descriptives

Avant d'aborder l'étude proprement dite des perceptions subjectives et des préférences individuelles bénéficiaires de la CMU-C permise par l'enquête Valeur de la santé, nous vérifions tout d'abord que nous retrouvons sur cette enquête la plupart des constats déjà mis en évidence par d'autres travaux concernant les différences socio-économiques, l'accès aux soins et les comportements à risque des bénéficiaires de la CMU-C. Nous procédons tout d'abord à une comparaison de statistiques brutes, avant d'analyser dans la sous-section suivante des statistiques qui neutralisent les effets de la structure par âge et sexe des différentes catégories d'assurés sociaux.

Compte tenu du champ de l'enquête *Valeur de la santé* réalisée en 2009, notre échantillon comprend uniquement des individus de 18 ans et plus. Après nettoyage de l'échantillon pour éliminer les individus pour lesquels des variables importantes sont mesurées avec erreur ou mal définies, l'échantillon comporte 3165 individus, dont 170 sont sans complémentaire santé, et 206 bénéficiaires de la CMU-C.

2.2.1 Différences socio-économiques et comportements de santé : comparaison simple de statistiques brutes

Les tableaux 1 à 7 comparent les moyennes de différentes variables calculées sur trois catégories d'assurés sociaux : les bénéficiaires de la CMU-C, les personnes sans complémentaire santé et les personnes avec une complémentaire privée. Pour chaque variable, on calcule la significativité de la différence de la moyenne d'une catégorie d'assurés (sans complémentaire ou avec complémentaire privée) avec la moyenne observée chez les bénéficiaires de la CMU-C. Les différences significatives à 1%, 5% ou 10 % sont signalées par ***, ** ou *.

Le tableau 1 indique des résultats bien connus de la littérature. Les bénéficiaires de la CMU-C sont plus jeunes que le reste de la population (39 ans contre 42 ans et 50 ans pour les individus sans et avec complémentaire santé)¹³ et sont plus souvent des femmes (57% contre 40% et 53% pour les individus sans et avec complémentaire santé)¹⁴. Ils sont clairement défavorisés en matière de diplôme, de niveau de vie et d'activité. La plupart des écarts sont significativement différents par rapport au groupe des personnes avec une assurance complémentaire privée, et par rapport au groupe des personnes sans assurance complémentaire.

Bien qu'ils soient plus jeunes, les bénéficiaires de la CMU-C déclarent un nombre plus important de pathologies qui ne comportent pas de risque aigu¹⁵ (maladies de type N) et qui comportent un risque vital aigu¹⁶ (maladies de type A) que les autres assurés. Ils sont aussi plus souvent en dépression ou souffrant de difficultés fonctionnelles ; ils sont plus fréquemment cloués au lit et sont en proportion plus nombreux à déclarer avoir ressenti des douleurs (la différence n'est significative qu'avec les individus sans complémentaire).

Le tableau 2 permet de comparer les différences de comportements à risque et de recours aux soins des trois échantillons d'assurés sociaux. Nous observons que les bénéficiaires de la CMU-

¹³ La jeunesse de l'échantillon de bénéficiaires de la CMU-C s'explique par la très faible proportion de bénéficiaire de plus de 60 ans en population ; bien que compte tenu du champ de l'enquête notre échantillon ne comprenne pas d'enfants (qui sont une part importante des bénéficiaires de la CMU-C).

¹⁴ Nous observons une proportion de femme légèrement élevée étant donné que notre échantillon ne comprend pas les enfants (individus de moins de 18 ans).

¹⁵ Maladies sans risque vital (exemple : otite)

¹⁶ Maladies avec un risque de décès accru au cours des premières années de la maladie (exemple : méningite).

C recourent plus au psychiatre et à l'hôpital public que les autres assurés mais moins au généraliste et au spécialiste que les bénéficiaires d'une complémentaire privée.

Tableau 1 : Moyennes des variables socio-économiques et d'état de santé pour les trois catégories d'assurés

	CMU-C (1)	Sans complémentaire (2)	Complémentaire privée (3)	Diff (2) et (3)
N	206	170	2789	
%femme	57.35 (49.58)	39.69*** (49.07)	53.03 (49.92)	***
Age	38.79 (12.87)	42.21** (19.58)	49.80*** (18.13)	***
Niveau de vie (en €)	608.5 (311.4)	1176.1*** (1210.4)	1510.7*** (1053.1)	***
% faible niveau de diplôme	31.15 (46.42)	21.59** (41.26)	21.51*** (41.10)	NS
% chômage	33.79 (47.42)	24.67* (43.23)	7.180*** (25.82)	***
% au foyer	20.23 (40.27)	5.062*** (21.99)	5.588*** (22.97)	NS
% famille monoparentale	24.13 (42.89)	7.130*** (25.81)	3.838*** (19.22)	**
% propriétaire	5.269 (22.40)	18.98*** (39.33)	50.57*** (50.01)	***
% ALD	19.07 (39.38)	22.63 (41.97)	21.46 (41.06)	NS
% diabète	6.350 (24.45)	4.207 (20.13)	6.915 (25.38)	NS
Maladies N	3.679 (3.012)	2.275*** (2.794)	2.830*** (2.640)	***
Maladies A	0.214 (0.421)	0.124** (0.330)	0.0930*** (0.301)	NS
Maladies C	0.411 (0.757)	0.414 (0.782)	0.502* (0.822)	NS
Maladies AC	0.242 (0.556)	0.327 (0.655)	0.230 (0.546)	*
% dépression	19.99 (40.09)	11.51** (32.01)	7.611*** (26.52)	**
% difficultés à marcher	22.63 (41.94)	15.99 (36.76)	20.80 (40.60)	NS
% cloué au lit	18.84 (39.20)	11.16** (31.58)	10.16*** (30.22)	NS
% difficultés dans les activités quotidiennes	19.26 (39.53)	14.95 (35.76)	18.28 (38.66)	NS
% douleurs	41.75 (49.44)	31.39** (46.54)	36.66 (48.20)	NS
% père décédé	45.29 (49.90)	40.34 (49.20)	56.51*** (49.58)	***
% mère décédée	22.89 (42.11)	28.80 (45.42)	39.28*** (48.85)	***

Note : Ce tableau compare les moyennes de différentes variables calculées sur trois catégories de personnes : les bénéficiaires de la CMU-C, les personnes sans complémentaire santé, les personnes avec une complémentaire privée. Pour chaque variable, la significativité de la différence de la moyenne d'une catégorie d'assurés (sans complémentaire ou avec complémentaire privée) avec la moyenne observée chez les bénéficiaires de la CMU-C est indiquée par les étoiles dans les colonnes 2 et 3. La significativité de la différence de moyenne entre les bénéficiaires d'une complémentaire privée et les sans complémentaire est indiquée dans la dernière colonne du tableau.

On considère ici des moyennes calculées avec des pondérations qui assurent la représentativité de la population française par structure d'âge et de sexe.

NS : différence non significative, * p-value<0.10, ** p-value<0.05, *** p-value<0.01. Les écarts-type sont entre parenthèses.

Lecture : La proportion de personnes avec un faible niveau de diplôme est de 31,2% chez les bénéficiaires de la CMU-C. Cette proportion est significativement supérieure à celle observée chez les personnes sans complémentaire (21,6 %) avec un risque de première espèce de 5% et à celle observée chez les personnes avec complémentaire privée (21,5 %) avec un risque de première espèce de 1%.

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

Tableau 2 : Moyennes de recours aux soins et de comportements à risque pour les trois catégories d'assurés

	CMU-C (1)	Sans complémentaire (2)	Complémentaire privée (3)	Diff (2) et (3)
N	206	170	2789	
% femme	57.35 (49.58)	39.69*** (49.07)	53.03 (49.92)	***
Age	38.79 (12.87)	42.21** (19.58)	49.80*** (18.13)	***
% poids insuffisant (IMC ¹⁷ <18.5)	7.63 (26.6)	0.932*** (9.64)	2.92*** (16.8)	NS
% obésité (IMC>30)	14.9 (35.7)	15.1 (35.9)	17.6 (38.1)	NS
% fumeur	62.9 (48.4)	48.9*** (50.1)	32.3*** (46.8)	***
% alcool consommation risquée ¹⁸	4.84 (21.5)	6.52 (24.8)	4.57 (20.9)	NS
% généraliste	76.1 (42.8)	73.1 (44.5)	83.3*** (37.3)	***
% dentiste	45.5 (49.9)	28.2*** (45.1)	45.9 (49.8)	***
% spécialiste	51.9 (50.1)	43.6 (49.7)	63.2*** (48.2)	***
% psychiatre	11.7 (32.2)	4.92** (21.7)	4.51*** (20.8)	NS
% hôpital public	19.2 (39.5)	6.77*** (25.2)	10.6*** (30.8)	*
% clinique privée	4.60 (21.0)	5.11 (22.1)	8.02* (27.2)	NS

Note : Ce tableau compare les moyennes de différentes variables calculées sur trois catégories de personnes : les bénéficiaires de la CMU-C, les personnes sans complémentaire santé, les personnes avec une complémentaire privée. Pour chaque variable, la significativité de la différence de la moyenne d'une catégorie d'assurés (sans complémentaire ou avec complémentaire privée) avec la moyenne observée chez les bénéficiaires de la CMU-C est indiquée par les étoiles dans les colonnes 2 et 3. La significativité de la différence de moyenne entre les bénéficiaires d'une complémentaire privée et les sans complémentaire est indiquée dans la dernière colonne du tableau.

On considère ici des moyennes calculées avec des pondérations qui assurent la représentativité de la population française par structure d'âge et de sexe.

NS : différence non significative, * p-value<0.10, ** p-value<0.05, *** p-value<0.01. Les écarts-type sont entre parenthèses.

Lecture : La proportion de personnes obèses est de 14,9 % chez les bénéficiaires de la CMU-C. Cette proportion n'est pas significativement différente de celle observée chez les personnes sans complémentaire (15,1 %) et de celle observée chez les personnes avec complémentaire privée (17,6 %).

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

2.2.2 Différences socio-économiques et comportements de santé : comparaison à structure d'âge et de sexe comparable

Comme les bénéficiaires de la CMU-C sont plus jeunes et plus souvent des femmes, les différences observées sont en partie dues à cette structure par âge et sexe, qu'il importe de neutraliser afin de mieux comprendre ce qui est spécifiquement lié à leur statut socio-économique. C'est pourquoi nous présentons dans les tableaux 3 et 4, les mêmes variables que dans les tableaux

¹⁷ Indice de Masse Corporelle

¹⁸ Une femme (réciproquement un homme) entre dans la catégorie des personnes ayant une consommation risquée d'alcool à partir de 14 verres (réciproquement 21 verres) consommés par semaine.

1 et 2 en corrigeant par une méthode de matching de la structure d'âge et de sexe particulière des bénéficiaires de la CMU-C.

Les tableaux 3 et 4 considèrent des moyennes calculées avec *matching*, pour corriger des différences de structure par âge et sexe des trois sous-catégories d'assurés sociaux considérées, en prenant comme référence la structure par âge et sexe des bénéficiaires de la CMU-C. Pour le dire simplement, dans la suite de l'analyse descriptive on élimine des données toute différence moyenne qui serait dues à la différence de structure par âge et sexe entre catégories d'assurés.

Concernant le diplôme, la proportion de personnes avec un faible niveau de diplôme¹⁹ est de 34,0 % chez les bénéficiaires de la CMU-C. Cette proportion est significativement supérieure à celle observée chez les autres assurés sociaux (environ de 14%).

Le niveau de vie (qui correspond au revenu par unité de consommation) est de 615€ chez les bénéficiaires de la CMU-C. Sans surprise, puisqu'il est lié au critère d'éligibilité à la CMU-C, il est beaucoup plus faible que le revenu des autres catégories d'assurés. La proportion de propriétaires est aussi significativement plus faible : 6,3 % par rapport à 15,7 % (sans complémentaire) et 45,7 % (avec complémentaire privée).

Pour aller plus vite sur les autres variables (les détails peuvent être lus facilement dans le tableau 3), les bénéficiaires de la CMU-C correspondent dans de très grandes proportions à des familles monoparentales et sont beaucoup plus souvent au chômage ou des hommes/femmes au foyer. Concernant la santé, ils sont plus fréquemment en ALD (la différence n'est significative qu'avec les personnes avec complémentaire privée) et plus fréquemment diabétique que les autres assurés sociaux (la différence n'est significative qu'avec les personnes sans complémentaire). Ils déclarent significativement plus de pathologies qui ne comportent pas de risque aigu (maladies de type N) que les autres assurés et plus de pathologies avec un risque vital aigu (maladies de type A), avec un risque chronique²⁰ (maladies de type C) et avec un risque aigu et chronique²¹

¹⁹ Un faible niveau de diplôme correspond à un individu qui n'aurait pas de diplôme ou un certificat d'études primaire ou un niveau sixième.

²⁰ Maladies avec un risque de décès comparable à la population au cours des premières années de la maladie et une espérance de vie réduite sur le long terme (exemple : diabète).

²¹ Maladies avec un risque de décès durablement supérieur à celui de la population générale (exemple : cancer du pancréas).

(maladies de type AC) que les individus bénéficiaires d'une complémentaire privée. Les différences les plus marquées concernent la santé mentale : les bénéficiaires de la CMU-C sont beaucoup plus touchés par la dépression²² (20,9 % versus 17,0 % et 8,9 % pour les personnes sans ou avec complémentaire privée). Ils sont également plus nombreux à avoir des difficultés à marcher ou à avoir été cloué au lit au cours des douze derniers mois (la différence n'est significative qu'avec les bénéficiaires d'une complémentaire privée). Enfin, les bénéficiaires de la CMU-C sont plus nombreux à déclarer que leur père est décédé (49,0% contre 39,7% pour les sans complémentaire et 41,8% pour les bénéficiaires d'une complémentaire privée).

²² La dépression fait partie des maladies avec un risque aigu (maladies de type A).

Tableau 3 : Moyennes des variables socio-économiques et d'état de santé pour les trois catégories d'assurés (avec matching*)

	CMU-C (1)	Sans complémentaire (2)	Complémentaire privée (3)	Diff (2) et (3)
N	206	170	2789	
%femme (variable de matching)	63.59 (48.23)	67.05 (47.12)	62.39 (48.56)	NS
Age (variable de matching)	41.31 (13.56)	41.22 (14.01)	41.84 (13.63)	NS
Niveau de vie (en €)	615.4 (319.6)	1172.8*** (1308.9)	1460.6*** (990.3)	**
% faible niveau de diplôme	33.98 (47.48)	14.30*** (35.09)	13.77*** (34.54)	NS
% chômage	32.52 (46.96)	20.06*** (40.14)	9.578*** (29.50)	***
% au foyer	21.84 (41.42)	9.656*** (29.61)	7.669*** (26.67)	NS
% famille monoparentale	24.27 (42.98)	6.325*** (24.40)	5.848*** (23.52)	NS
% propriétaire	6.31 (24.4)	15.7*** (36.5)	45.7*** (49.9)	***
% ALD	21.84 (41.42)	20.07 (40.15)	15.07* (35.86)	NS
% diabète	7.282 (26.05)	2.725** (16.32)	4.237 (20.19)	NS
Maladies N	3.811 (3.058)	2.647*** (3.244)	2.775*** (2.654)	NS
Maladies A	0.223 (0.429)	0.188 (0.391)	0.107*** (0.323)	**
Maladies C	0.485 (0.842)	0.381 (0.720)	0.344* (0.702)	NS
Maladies AC	0.291 (0.619)	0.284 (0.590)	0.190* (0.491)	*
% dépression	20.87 (40.74)	17.01 (37.66)	8.772*** (28.36)	***
% difficultés à marcher	25.2 (43.5)	16.1** (36.8)	17.3** (37.9)	NS
% cloué au lit	18.9 (39.3)	15.6 (36.4)	10.8** (31.1)	NS
% difficultés dans les activités quotidiennes	19.9 (40.0)	18.6 (39.0)	18.4 (38.9)	NS
% douleurs	42.2 (49.5)	34.4 (47.6)	35.5 (48.0)	NS
% père décédé	49.03 (50.11)	39.69* (49.04)	41.78 (49.44)	NS
% mère décédée	26.21 (44.09)	21.32 (41.06)	22.15 (41.63)	NS

Note : Ce tableau compare les moyennes de différentes variables calculées sur trois catégories de personnes : les bénéficiaires de la CMU-C, les personnes sans complémentaire santé, les personnes avec une complémentaire privée. Pour chaque variable, la significativité de la différence de la moyenne d'une catégorie d'assurés (sans complémentaire ou avec complémentaire privée) avec la moyenne observée chez les bénéficiaires de la CMU-C est indiquée par les étoiles dans les colonnes 2 et 3. La significativité de la différence de moyenne entre les bénéficiaires d'une complémentaire privée et les sans complémentaire est indiquée dans la dernière colonne du tableau.

*On considère ici des moyennes calculées avec matching, ce qui élimine des données toute différence qui serait due à la différence de structure par âge et sexe entre catégories d'assurés. Le matching est effectué avec la méthode kernel epanechnikov en prenant comme référence la structure par âge et sexe des bénéficiaires de la CMU-C. Compte tenu du matching, on vérifie bien, avec les deux premières variables que la structure par âge et sexe est identique sur les échantillons « matchés ». Le tableau 1 donne les moyennes sans la correction du matching.

NS : différence non significative, * p-value<0.10, ** p-value<0.05, *** p-value<0.01. Les écarts-type sont entre parenthèses.

Lecture : La proportion de personnes avec un faible niveau de diplôme est de 34,0 % chez les bénéficiaires de la CMU-C. Cette proportion est significativement supérieure (avec un risque de première espèce de 1%) à celle observée chez les personnes sans complémentaire (14,3 %) et à celle observée chez les personnes avec complémentaire privée (16,8 %).

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

Le tableau 4 regroupe les statistiques concernant le recours aux soins et les comportements à risque de nos trois groupes d'assurés sociaux en neutralisant les différences de structure d'âge et de sexe des trois groupes d'assurés. On observe que 63,6 % des bénéficiaires de la CMU-C fument, une proportion beaucoup plus importante que celles observées chez les personnes sans complémentaire (54,8%) et surtout que celles observées chez les personnes avec complémentaire privée (38,9 %). Les bénéficiaires de la CMU-C sont aussi plus nombreux à présenter une insuffisance pondérale ($IMC < 18.5$).

Concernant le recours aux soins, ils recourent dans les mêmes proportions que les individus avec complémentaire privée au généraliste et au dentiste, et ils sont significativement plus nombreux que les individus sans complémentaire à avoir consulté un généraliste (+7,2%) et un dentiste (+9,1%). En revanche, ils sont significativement moins nombreux que les bénéficiaires d'une complémentaire privée à recourir au spécialiste (-9,2%). On observe également qu'ils recourent significativement plus au psychiatre et à l'hôpital public que les autres assurés sociaux, des taux de recours atteignant respectivement 12.1% et 19.4% pour les bénéficiaires de la CMU-C.

Tableau 4 : Moyennes de recours aux soins et de comportements à risque pour les trois catégories d'assurés (avec matching*)

	CMU-C (1)	Sans complémentaire (2)	Complémentaire privée (3)	Diff (2) et (3)
N	206	170	2789	
% femme (variable de matching)	63.59 (48.23)	67.05 (47.12)	62.39 (48.56)	NS
Age (variable de matching)	41.31 (13.56)	41.22 (14.01)	41.84 (13.63)	NS
% poids insuffisant (IMC<18.5)	0.0825 (0.276)	0.0158*** (0.125)	0.0400* (0.196)	NS
% obésité (IMC>30)	16.02 (36.77)	17.72 (38.28)	15.79 (36.56)	NS
% fumeur	62.62 (48.50)	54.82 (49.89)	38.93*** (48.88)	***
% alcool consommation risquée	5.825 (23.48)	6.376 (24.49)	3.890 (19.38)	NS
% généraliste	79.61 (40.39)	72.45* (44.78)	81.84 (38.64)	**
% dentiste	45.15 (49.89)	36.02* (48.12)	49.23 (50.12)	***
% spécialiste	55.34 (49.84)	48.65 (50.10)	64.50* (47.97)	***
% psychiatre	12.14 (32.73)	7.169* (25.86)	5.508** (22.87)	NS
% hôpital public	19.42 (39.65)	8.257*** (27.59)	11.19** (31.60)	NS
% clinique privée	4.369 (20.49)	3.266 (17.82)	7.906 (27.05)	**

Note : Ce tableau compare les moyennes de différentes variables calculées sur trois catégories de personnes : les bénéficiaires de la CMU-C, les personnes sans complémentaire santé, les personnes avec une complémentaire privée. Pour chaque variable, la significativité de la différence de la moyenne d'une catégorie d'assurés (sans complémentaire ou avec complémentaire privée) avec la moyenne observée chez les bénéficiaires de la CMU-C est indiquée par les étoiles dans les colonnes 2 et 3. La significativité de la différence de moyenne entre les bénéficiaires d'une complémentaire privée et les sans complémentaire est indiquée dans la dernière colonne du tableau.

*On considère ici des moyennes calculées avec matching, ce qui élimine des données toute différence qui serait due à la différence de structure par âge et sexe entre catégories d'assurés. Le matching est effectué avec la méthode kernel epanechnikov en prenant comme référence la structure par âge et sexe des bénéficiaires de la CMU-C. Compte tenu du matching, on vérifie bien, avec les deux premières variables que la structure par âge et sexe est identique sur les échantillons « matchés ». Le tableau 2 donne les moyennes sans la correction du matching.

NS : différence non significative, * p-value<0.10, ** p-value<0.05, *** p-value<0.01. Les écarts-type sont entre parenthèses.

Lecture : La proportion de personnes obèses est de 16,0 % chez les bénéficiaires de la CMU-C. Cette proportion n'est pas significativement différente de celle observée chez les personnes sans complémentaire (17,7 %) et de celle observée chez les personnes avec complémentaire privée (15,8 %).

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

3. Les bénéficiaires de la CMU-C ont-ils des perceptions subjectives, des anticipations et des préférences différentes de celles des autres assurés sociaux ?

Compte tenu des critères d'éligibilité, les bénéficiaires de la CMU-C ont des revenus particulièrement bas. Ils présentent aussi un état de santé dégradé plus tôt dans leur cycle de vie. Il est donc prévisible que les bénéficiaires de la CMU-C se distinguent des autres assurés sociaux quant à la perception subjective de leur situation, quant à leurs anticipations et quant à leurs préférences. Nous comparons dans ce qui suit les moyennes (tableaux 5 à 7) et les distributions (figures 2, 3, 4 et 6) de nos indicateurs subjectifs pour nos trois catégories d'assurés (bénéficiaires de la CMU-C, personnes sans complémentaire, ou avec complémentaire privée). Comme précédemment, l'analyse est menée avec une méthode de *matching* pour neutraliser les effets de la structure démographique particulière des bénéficiaires de la CMU-C, autrement dit, la comparaison est effectuée à structures d'âge et de sexe identiques. Nous abordons ici l'apport original de notre travail, qui est d'observer et d'analyser cette dimension subjective pour différentes catégories d'assurés sociaux.

3.1. Perceptions subjectives

La figure 2 indique que les bénéficiaires de la CMU-C ont une moins bonne appréciation subjective de leur santé (SAH), avec un mode identique à celui de la distribution de la SAH des sans complémentaires mais légèrement inférieur à celle des bénéficiaires d'une complémentaire privée. Ils sont plus fréquents à déclarer une SAH inférieure à 50 que les autres assurés. Cela se retrouve sur la moyenne, significativement plus basse pour les bénéficiaires de la CMU-C (tableau 5)²³.

²³ Ce résultat est conforme à des travaux antérieurs. A âge et sexe équivalents, les bénéficiaires de la CMU-C se déclarent plus souvent en mauvaise ou très mauvaise santé que les bénéficiaires d'une complémentaire privée (Jess 2015). Les personnes éligibles de la CMU-C sont moins nombreuses à évaluer leur état de santé « satisfaisant » ou « très satisfaisant » et plus nombreuses à évaluer qu'il n'est « pas satisfaisant du tout » que la population générale (CREDOC 2019).

On observe aussi que les bénéficiaires de la CMU-C ont une moins bonne appréciation subjective de leur vie en général et de leur vie au cours des douze derniers mois (figure 3). Les distributions ont une allure similaire pour les trois groupes d'assurés, avec un mode décalé vers la gauche pour les bénéficiaires de la CMU-C. Ce résultat est confirmé par des différences significatives dans les moyennes de VIE_{gen} et VIE_{rec} dans le tableau 5.

Tableau 5 : Moyennes des variables d'appréciations subjectives pour les trois catégories d'assurés (avec matching*)

	CMU-C (1)	Sans complémentaire (2)	Complémentaire privée (3)	Diff (2) et (3)
N	206	170	2789	
% femme (variable de matching)	63.59 (48.23)	67.05 (47.12)	62.39 (48.56)	NS
Age (variable de matching)	41.31 (13.56)	41.22 (14.01)	41.84 (13.63)	NS
<i>Appréciations subjectives : santé et qualité de vie</i>				
SAH (/100)	67.96 (24.04)	69.69 (22.49)	75.06*** (20.08)	**
VIE_{gen} (/10)	5.563 (2.011)	6.245*** (1.878)	6.763*** (1.644)	***
VIE_{rec} (/10)	5.379 (2.452)	5.782* (2.295)	6.468*** (2.016)	***

Note : Ce tableau compare les moyennes de différentes variables calculées sur trois catégories de personnes : les bénéficiaires de la CMU-C, les personnes sans complémentaire santé, les personnes avec une complémentaire privée. Pour chaque variable, la significativité de la différence de la moyenne d'une catégorie d'assurés (sans complémentaire ou avec complémentaire privée) avec la moyenne observée chez les bénéficiaires de la CMU-C est indiquée par les étoiles dans les colonnes 2 et 3. La significativité de la différence de moyenne entre les bénéficiaires d'une complémentaire privée et les sans complémentaire est indiquée dans la dernière colonne du tableau.

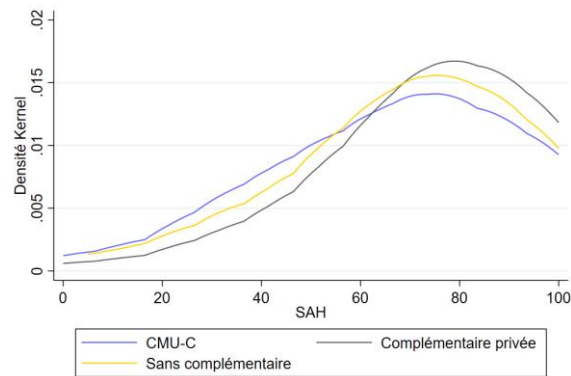
*On considère ici des moyennes calculées avec matching, ce qui élimine des données toute différence qui serait due à la différence de structure par âge et sexe entre catégories d'assurés. Le matching est effectué avec la méthode kernel epanechnikov en prenant comme référence la structure par âge et sexe des bénéficiaires de la CMU-C. Compte tenu du matching, on vérifie bien, avec les deux premières variables que la structure par âge et sexe est identique sur les échantillons « matchés ». Le tableau A1 en annexe donne les moyennes sans la correction du matching.

NS : différence non significative, * p-value<0.10, ** p-value<0.05, *** p-value<0.01. Les écarts-type sont entre parenthèses.

Lecture : L'état de santé subjectif (SAH) des bénéficiaires de la CMU-C atteint une moyenne de 68,0 pour un score de 0 à 100. Ce score est significativement différent de celui des bénéficiaires d'une complémentaire privée (75,1) avec un risque de première espèce de 1% et pas significativement différent de celui des personnes sans complémentaire (67,1).

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

Figure 2 : Distribution de la santé subjective (SAH) par catégorie d'assurés sociaux (avec matching*)

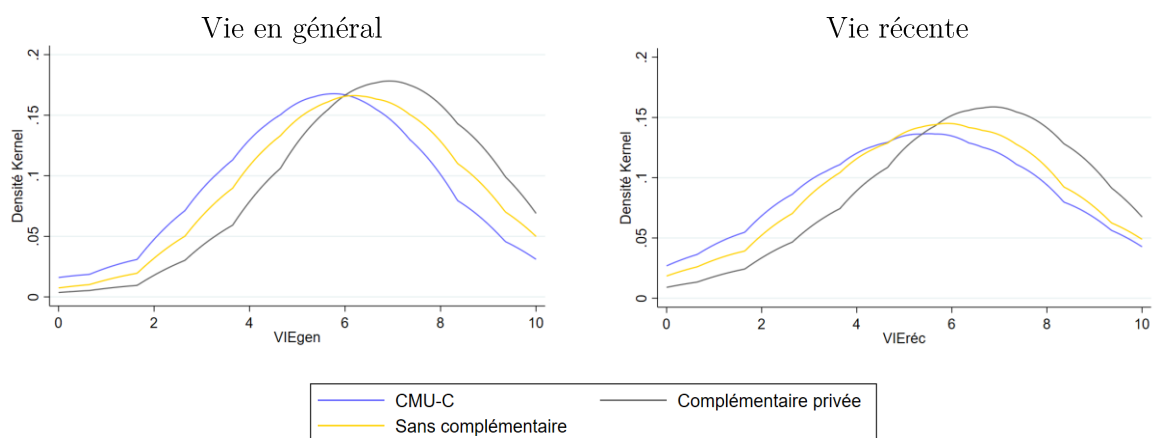


Note : Cette figure présente la densité kernel de l'évaluation subjective de la santé (SAH) pour chaque catégorie d'assuré : les bénéficiaires de la CMU-C, les personnes sans complémentaire santé, les personnes avec une complémentaire privée.

*Les estimations sont réalisées avec les pondérations du matching pour corriger des différences de structure par âge et sexe des trois sous-catégories d'assurés sociaux considérées.

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

Figure 3 : Distribution de l'appréciation de la qualité de la vie récente (VIE_{rec}) et en général (VIE_{gen}) par catégorie d'assurés sociaux (avec matching*)



Note : Cette figure présente la densité kernel de l'appréciation subjective de la qualité de la vie récente (VIE_{rec}) et la densité kernel de l'appréciation de la vie en général (VIE_{gen}) pour chaque catégorie d'assuré : les bénéficiaires de la CMU-C, les personnes sans complémentaire santé, les personnes avec une complémentaire privée.

*Les estimations sont réalisées avec les pondérations du matching pour corriger des différences de structure par âge et sexe des trois sous-catégories d'assurés sociaux considérées.

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

3.2 Anticipations

Le tableau 6 indique que les bénéficiaires de la CMU-C ont des anticipations de santé, de niveau de vie et de longévité plus pessimistes que les autres assurés sociaux à âge et sexes équivalents. Ils déclarent des probabilités d'être en mauvaise ou en très mauvaise santé plus importantes que les bénéficiaires d'une complémentaire privée ou les sans complémentaires à toutes les décades futures (bien que les différences ne soient pas toujours significatives). Leurs anticipations de niveau de vie détonnent nettement des autres assurés tout au long du cycle de vie : les bénéficiaires de la CMU-C anticipent une probabilité de vivre avec un revenu inférieur à 1000€ bien supérieure au reste de la population à tous les âges futurs (des différences qui sont toujours significatives à 1%). A titre d'exemple, ils indiquent une probabilité de 57,1% de vivre avec un niveau de vie inférieur à 1000€ entre 70 et 79 ans alors que pour les sans complémentaires et les bénéficiaires d'une complémentaire privée cette probabilité n'est que de 22,1% et de 19,2%.

La probabilité jointe de combiner un faible niveau de vie (< 1000€) et d'être en mauvaise ou en très mauvaise santé dans le futur est plus élevée pour les bénéficiaires de la CMU-C que pour les autres assurés sociaux. Les différences sont significatives à 1% pour toutes les décades futures envisagées (hormis entre 40 et 49 ans où la différence n'est significative qu'à 5%). Pareillement, ils sont nettement moins optimistes que les autres assurés sociaux sur leur chance de vivre à la fois en bonne ou en excellente santé et avec un haut niveau de vie (> 2000€) jusqu'à l'âge de 80 ans.

Les anticipations de longévité sont aussi particulièrement pessimistes chez les bénéficiaires de la CMU-C : la distribution de l'espérance de vie subjective montre qu'ils sont beaucoup plus pessimistes que les autres assurés sociaux (figure 4). En moyenne, ils anticipent une espérance de vie significativement inférieure de 4,4 ans à celle des personnes qui ont une complémentaire privée, et de 2,5 ans à celle anticipée par les personnes sans complémentaire (voir la dernière ligne du tableau 6).

Tableau 6 : Moyennes des variables d'anticipations pour les trois catégories d'assurés (avec matching*)

	CMU-C (1)	Sans complémentaire (2)	Complémentaire privée (3)	Diff (2) et (3)
<i>Anticipations de santé : probabilités subjectives d'être en mauvaise ou en très mauvaise santé</i>				
Health _{Bad,40-49} (N=769)	18.18 (32.61)	11.05* (24.42)	10.61* (24.66)	NS
Health _{Bad,50-59} (N=1241)	28.82 (40.96)	18.48** (30.80)	21.64 (35.02)	NS
Health _{Bad,60-69} (N=1907)	49.30 (45.33)	41.96* (41.55)	35.38*** (40.31)	NS
Health _{Bad,70-79} (N=2536)	65.55 (42.29)	59.34 (42.02)	55.85** (41.54)	NS
Health _{Bad,80-89} (N=2952)	79.58 (36.87)	72.63* (40.66)	73.63 (36.95)	NS
Health _{Bad,90-100} (N=3162)	87.84 (30.93)	80.66** (36.07)	85.11 (31.09)	NS
<i>Anticipations de niveau de vie : probabilités subjectives d'avoir un niveau de vie entre 0 et 1000€</i>				
Income _{Low,40-49} (N=769)	20.10 (36.39)	7.434*** (22.28)	6.467*** (23.37)	NS
Income _{Low,50-59} (N=1241)	34.49 (44.83)	10.23*** (29.03)	10.19*** (29.43)	NS
Income _{Low,60-69} (N=1907)	49.58 (47.91)	22.98*** (39.76)	16.27*** (35.86)	*
Income _{Low,70-79} (N=2536)	57.13 (47.98)	22.05*** (39.14)	19.19*** (38.28)	NS
Income _{Low,80-89} (N=2952)	58.80 (47.44)	27.59*** (42.73)	22.60*** (40.92)	NS
Income _{Low,90-100} (N=3162)	60.80 (47.59)	33.66*** (46.10)	27.32*** (43.81)	NS
<i>Anticipations jointes de santé et de niveau de vie : probabilités subjectives d'être en mauvaise ou en très mauvaise santé et d'avoir un niveau de vie entre 0 et 1000€</i>				
Health _{Bad} *Income _{Low,40-49} (N=769)	5.677 (18.67)	1.045** (7.103)	1.320** (9.577)	NS
Health _{Bad} *Income _{Low,50-59} (N=1241)	13.07 (30.49)	3.554*** (15.29)	4.323*** (18.46)	NS
Health _{Bad} *Income _{Low,60-69} (N=1907)	26.72 (40.90)	14.95*** (32.88)	8.341*** (25.30)	**
Health _{Bad} *Income _{Low,70-79} (N=2536)	40.60 (46.01)	18.22*** (35.77)	12.74*** (30.90)	NS
Health _{Bad} *Income _{Low,80-89} (N=2952)	48.11 (47.58)	25.44*** (41.68)	18.47*** (36.83)	*
Health _{Bad} *Income _{Low,90-100} (N=3162)	53.67 (48.44)	31.35*** (45.25)	24.67*** (41.91)	NS
<i>Anticipations jointes de santé et de niveau de vie : probabilités subjectives d'être en bonne ou en excellente santé et d'avoir un niveau de vie supérieur à 2000€</i>				
Health _{Good} *Income _{High,40-49} (N=769)	4.948 (18.00)	14.34* (31.61)	21.47*** (35.88)	NS
Health _{Good} *Income _{High,50-59} (N=1241)	2.196 (11.27)	9.557*** (25.80)	13.86*** (30.18)	NS
Health _{Good} *Income _{High,60-69} (N=1907)	1.667 (11.49)	2.171 (11.85)	5.445** (18.88)	**
Health _{Good} *Income _{High,70-79} (N=2536)	0.500 (7.071)	3.400** (14.79)	2.627** (13.59)	NS
Health _{Good} *Income _{High,80-89} (N=2952)	0.784 (7.839)	2.505* (12.67)	1.198 (9.551)	NS
Health _{Good} *Income _{High,90-100} (N=3162)	0.971 (9.829)	0.990 (5.256)	0.809 (8.246)	NS
<i>Anticipations de longévité</i>				
SLE (N=2770)	72.70 (11.55)	75.24** (9.317)	77.14*** (9.504)	*

Note : Ce tableau compare les moyennes de différentes variables calculées sur trois catégories de personnes : les bénéficiaires de la CMU-C, les personnes sans complémentaire santé, les personnes avec une complémentaire privée. Pour chaque variable, la significativité de la différence de la moyenne d'une catégorie d'assurés (sans complémentaire ou avec complémentaire privée) avec la moyenne observée chez les bénéficiaires de la CMU-C est indiquée par les étoiles dans les colonnes 2 et 3. La significativité de la différence de moyenne entre les bénéficiaires d'une complémentaire privée et les sans complémentaire est indiquée dans la dernière colonne du tableau.

*On considère ici des moyennes calculées avec matching, ce qui élimine des données toute différence qui serait due à la différence de structure par âge et sexe entre catégories d'assurés. Le matching est effectué avec la méthode kernel epanechnikov pour chaque sous échantillon en prenant comme référence la structure par âge et sexe des bénéficiaires de la CMU-C. Le tableau A2 en annexe donne les moyennes sans la correction du matching.

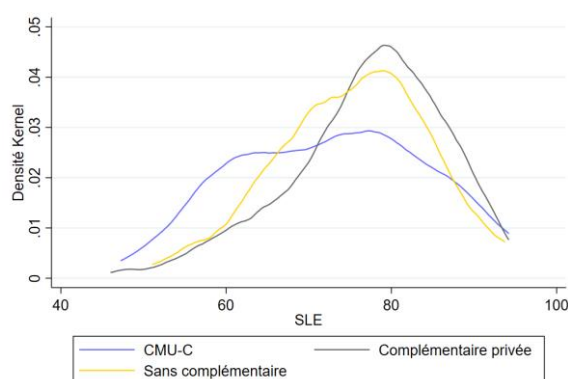
On considère ici des moyennes calculées avec matching.

NS : différence non significative, * p-value<0.10, ** p-value<0.05, *** p-value<0.01. Les écarts-type sont entre parenthèses.

Lecture : Les bénéficiaires de la CMU-C anticipent une probabilité de 18,2% d'être en mauvaise ou en très mauvaise santé entre 40 et 49 ans. Cette probabilité est significativement supérieure de celle observée chez les personnes sans complémentaire (11,1 %) et de celle observée chez les personnes avec complémentaire privée (10,6 %) avec un risque de première espèce de 10%.

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

Figure 4 : Distribution de l'espérance de vie subjective (SLE) par catégorie d'assurés sociaux (avec matching*)



Note : Cette figure présente la densité kernel de l'espérance de vie subjective (SLE) pour chaque catégorie d'assuré : les bénéficiaires de la CMU-C, les personnes sans complémentaire santé, les personnes avec une complémentaire privée.

*Les estimations sont réalisées avec les pondérations du matching pour corriger des différences de structure par âge et sexe des trois sous-catégories d'assurés sociaux considérées.

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

3.3. Préférences

Les indicateurs DaP rétrospective et DaP future cherchent à éliciter les préférences pour la santé et la longévité des individus interrogés. La littérature épidémiologique considère généralement que les comportements à risque (obésité, tabac, alcool) sont plus fréquents et les recours aux soins plus tardifs chez les ménages démunis à cause d'un défaut d'information chez les personnes avec un faible niveau de formation scolaire ou à cause d'un faible poids de la santé dans leurs préoccupations, (ou leur fonction d'utilité pour adopter la terminologie économique).

Nos indicateurs permettent d'aller au-delà des conjectures et d'observer les préférences individuelles dans l'arbitrage santé-revenu. Pour rappel, $DaP_{\text{rétro}}$ correspond à la somme mensuelle maximale dont l'individu aurait accepté de se passer pendant les douze derniers mois en échange d'un parfait état de santé, et DaP_{futur} correspond à la somme maximale dont l'individu accepterait

de se passer chaque mois pendant toute sa vie pour n'avoir aucun ennui de santé, et ce jusqu'à l'âge de 100 ans. Les résultats obtenus sont présentés dans les figures 5 et 6 et dans le tableau 7.

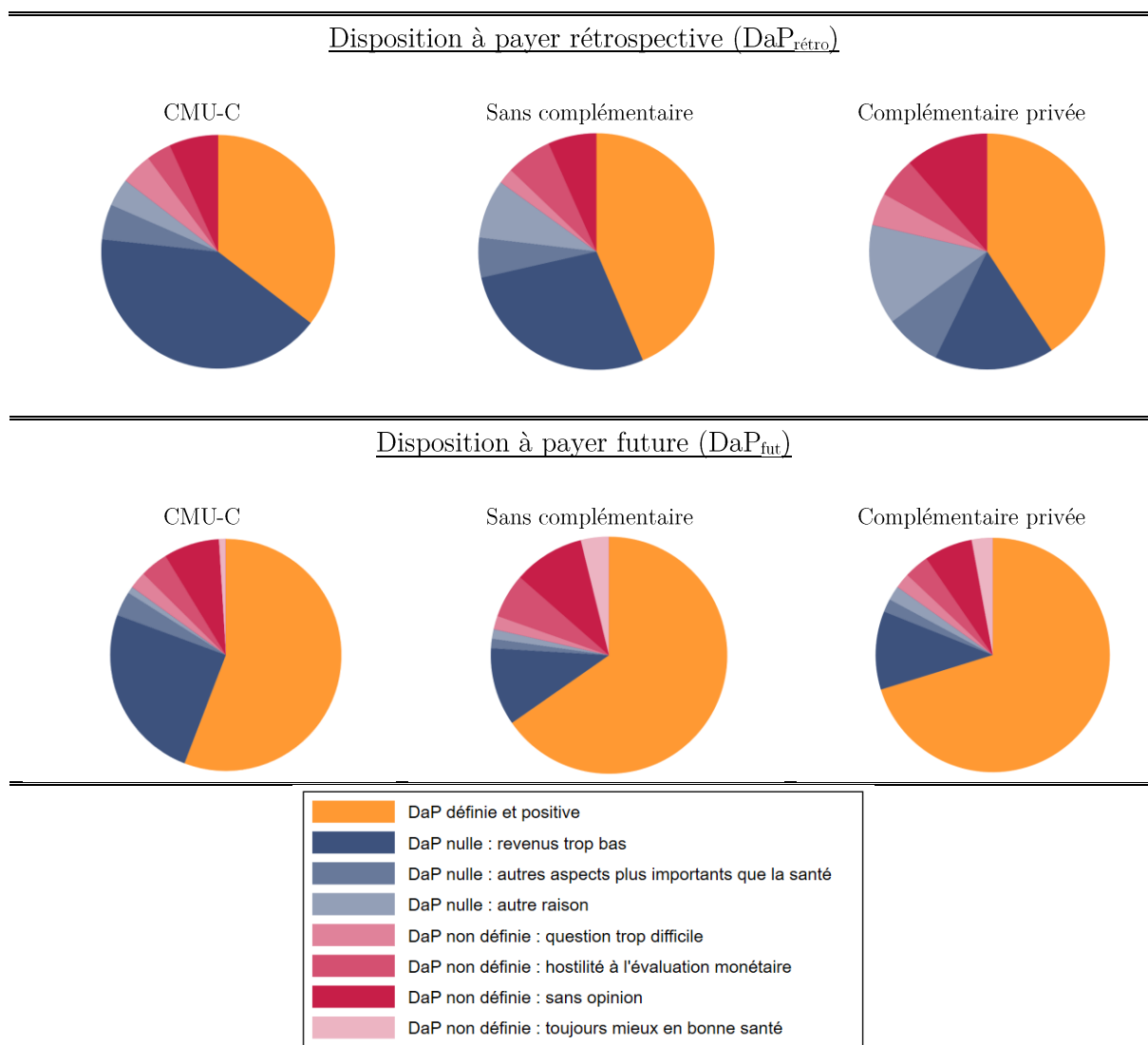
Le tableau 7 indique que les bénéficiaires de la CMU-C sont significativement plus nombreux à déclarer des dispositions à payer nulle. Ils sont 50 % à déclarer une DaP rétrospective nulle, contre 41.4 % et 37.8 % chez les personnes sans complémentaire ou avec complémentaire privée ; et 29,1% à déclarer une DaP future nulle contre 13,2% et 14,6% pour les autres assurés sociaux.

La figure 5 donne un éclairage à cette disposition à payer nulle en détaillant la répartition des motifs de ces réponses pour les trois catégories d'assurés. Les bénéficiaires de la CMU-C ne déclarent pas plus, et même plutôt moins que les autres assurés qu'il y a « *d'autres aspects plus importants que la santé dans la vie* ». Le motif dominant est le fait que leurs revenus (ou leurs anticipations de revenus) sont trop bas. Les réponses des bénéficiaires de la CMU-C sont en cohérence avec leur situation financière.

Le tableau 7 permet d'analyser plus précisément ces résultats avec des informations sur les niveaux de vie et les revenus équivalent santé dans les différents cas. Les bénéficiaires de la CMU-C qui déclarent une DaP_{rétro} nulle ont un niveau de vie actuel significativement plus faible que les sans complémentaire (-482€) et que les bénéficiaires d'une complémentaire privée (-774€) qui déclarent aussi une DaP_{rétro} nulle. De la même manière, les bénéficiaires de la CMU-C qui déclarent une DaP_{future} nulle estiment qu'ils ont significativement plus de chance de vivre avec un niveau de vie inférieur à 1000€ entre 90 et 100 ans que les sans complémentaire (+26%) et que les bénéficiaires d'une complémentaire privée (+21%) avec une DaP_{future} nulle.

On remarque aussi que les bénéficiaires de la CMU-C sont moins nombreux à « refuser » de répondre aux deux questions concernant la DaP. Pour rappel, une disposition à payer « refus » correspond pour l'essentiel à une trop grande difficulté à répondre à la question posée, à une hostilité à l'évaluation monétaire de la santé ou à une réponse « *sans opinion* ».

Figure 5 : Réponses et motifs de réponse aux questions sur les dispositions à payer par catégorie d'assurés sociaux (avec matching*)



Note : Les diagrammes représentent les réponses et motifs de réponse aux questions sur les dispositions à payer rétrospective (DaP_{rétro}) et future (DaP_{fut}) pour chaque catégorie de personnes : les bénéficiaires de la CMU-C, les personnes sans complémentaire santé, les personnes avec une complémentaire privée.

*Les graphiques présentés sont réalisés avec les pondérations du matching pour corriger des différences de structure par âge et sexe des trois sous-catégories d'assurés sociaux.

L'aire en orange correspond à la proportion d'individus ayant déclaré une disposition à payer positive. L'aire en bleu correspond à la proportion d'individus ayant une disposition à payer nulle. Elles regroupent trois modalités de réponse : « Mon niveau de vie est déjà tellement bas / mes prévisions en matière de niveau de vie sont déjà tellement basses que je ne peux pas imaginer en avoir moins et même avec une excellente santé » ; « Il y a d'autres aspects de ma vie qui sont plus importants que ma santé » et « autre raison ». L'aire en rose correspond à la proportion d'individus pour qui la disposition à payer n'est pas définie. Elles regroupent les modalités : « La question est trop difficile » ; « Je serai de toute façon mieux avec une bonne santé pour n'importe quel niveau de vie » ; « autre raison » et « sans opinion ».

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

La figure 6 compare les dispositions à payer entre les assurés sociaux, conditionnellement au fait d'avoir donné une DaP positive : on observe graphiquement que les DaP rétrospective et future des bénéficiaires de la CMU-C sont plus fréquemment inférieures à 100€ que pour les autres assurés. Mais ces différences ne sont pas significatives au niveau des moyennes comme le montre les lignes correspondantes du tableau 7²⁵.

Le tableau 7 indique enfin que les bénéficiaires de la CMU-C qui déclarent une disposition à payer positive pour avoir été en parfaite santé au cours des douze derniers mois ont un revenu équivalent santé significativement plus faible (avec des différences égales à -481€ et -860€ par rapport aux individus sans ou avec complémentaire) car ils ont au départ un niveau de vie significativement plus faible (avec des différences égales à -475€ et -920€ par rapport aux individus sans ou avec complémentaire).

Pour résumer nos résultats sur les préférences, nous trouvons tout d'abord que les bénéficiaires de la CMU-C donnent plus fréquemment une DaP nulle, en raison d'un niveau de vie trop bas et non d'un poids négligeable conféré à la santé dans leur fonction d'utilité. Ensuite, conditionnellement au fait d'avoir déclaré une DaP non nulle, la valeur de la DaP déclarée n'est pas significativement différente entre les catégories d'assurés sociaux.

²⁵ On observe seulement que la disposition à payer future des bénéficiaires d'une complémentaire privée est significativement supérieure à celle des bénéficiaires de la CMU-C de 70€, mais cette différence n'est significative qu'à 10%.

Tableau 7 : Moyennes des variables de préférences pour les trois catégories d'assurés (avec matching*)

	CMU-C (1)	Sans complémentaire (2)	Complémentaire privée (3)	Diff (2) et (3)
<i>Préférences pour la santé : disposition à payer, revenus par unité de consommation et revenu équivalent santé</i>				
% DaP rétro nulle	50.00 (50.12)	41.39* (49.37)	37.84** (48.62)	NS
- %DaP rétro nulle : revenus trop bas	41.26 (49.35)	27.89*** (44.95)	16.43*** (37.15)	***
- %DaP rétro nulle : préférence faibles pour la santé	4.854 (21.54)	5.436 (22.73)	7.657 (26.65)	NS
% DaP rétro > 0	35.44 (47.95)	43.56* (49.70)	40.79 (49.26)	NS
DaP rétro si DaP>0 (en €) ; N=1276	108.1(230.4)	89.31 (122.7)	160.2 (265.4)	*
% DaP rétro refus	14.56 (35.36)	15.05 (35.84)	21.37* (41.09)	*
NdV si DaP rétro nulle (en €) ; N=1154	554.6 (234.2)	1036.6*** (1293.8)	1328.9*** (736.9)	**
= RES si DaP rétro nulle (en €) ; N=1154	"	"	"	"
NdV si DaP rétro >0 (en €) ; N=1276	632.8 (301.4)	1107.9*** (457.1)	1552.8*** (1029.5)	***
RES si DaP rétro >0 (en €) ; N=1276	537.8 (316.4)	1018.5*** (457.0)	1397.6*** (1028.1)	***
<i>Préférences pour la santé et la longévité : disposition à payer et revenus anticipés</i>				
% DaP future nulle	29.13 (45.55)	13.21*** (33.94)	14.63*** (35.43)	NS
- %DaP future nulle : revenus trop bas	24.76 (43.27)	10.61*** (30.87)	10.81*** (31.13)	NS
- %DaP future nulle : préférences faibles pour la santé	3.40 (18.16)	1.27 (11.22)	1.79 (13.28)	NS
% DaP future > 0	55.83 (49.78)	65.33** (47.70)	70.22*** (45.84)	NS
DaP future si DaP future > 0 (en €) ; N=1961	143.0 (261.7)	147.8 (162.1)	213.5* (294.1)	**
% DaP future refus	15.05 (35.84)	21.46* (41.15)	15.14 (35.93)	*
Income _{Low,90-100} si DaP future = 0 ; N=576	67.33 (46.86)	40.66** (48.54)	46.46*** (49.98)	NS
Income _{Low,90-100} si DaP future >0 ; N=1961	56.83 (48.25)	33.51*** (46.11)	23.80*** (41.82)	*

Note : Ce tableau compare les moyennes de différentes variables calculées sur trois catégories de personnes : les bénéficiaires de la CMU-C, les personnes sans complémentaire santé, les personnes avec une complémentaire privée. Pour chaque variable, la significativité de la différence de la moyenne d'une catégorie d'assurés (sans complémentaire ou avec complémentaire privée) avec la moyenne observée chez les bénéficiaires de la CMU-C est indiquée par les étoiles dans les colonnes 2 et 3. La significativité de la différence de moyenne entre les bénéficiaires d'une complémentaire privée et les sans complémentaire est indiquée dans la dernière colonne du tableau.

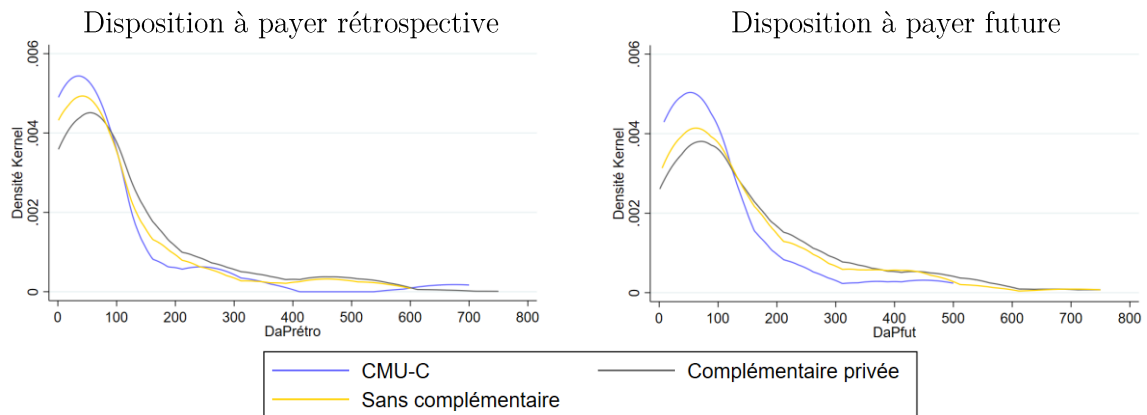
*On considère ici des moyennes calculées avec matching, ce qui élimine des données toute différence qui serait due à la différence de structure par âge et sexe entre catégories d'assurés. Le matching est effectué avec la méthode kernel epanechnikov pour chaque sous échantillon en prenant comme référence la structure par âge et sexe des bénéficiaires de la CMU-C. Le tableau A3 en annexe donne les moyennes sans la correction du matching.

NS : différence non significative, * p-value<0.10, ** p-value<0.05, *** p-value<0.01. Les écarts-type sont entre parenthèses.

Lecture : Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent une disposition à payer rétrospective nulle dans 50,0% des cas. Ce qui est significativement supérieur aux personnes sans complémentaire (41,4 %) avec un risque de première espèce de 10% et aux personnes avec une complémentaire privée (37,8 %) avec un risque de première espèce de 5%.

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

Figure 6 : Distribution des dispositions à payer rétrospective ($DaP_{\text{rétro}}$) et future (DaP_{fut}) par catégorie d'assurés sociaux (avec matching*)



Note : Cette figure présente la densité kernel des dispositions à payer rétrospective ($DaP_{\text{rétro}}$) et future (DaP_{fut}) pour chaque catégorie d'assuré : les bénéficiaires de la CMU-C, les personnes sans complémentaire santé, les personnes avec une complémentaire privée.

*Les estimations sont réalisées avec les pondérations du matching pour corriger des différences de structure par âge et sexe des trois sous-catégories d'assurés sociaux considérées.

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

4. Les différences de perceptions subjectives, anticipations et préférences des bénéficiaires de la CMU-C sont-elles uniquement dues à leur situation objective en termes de morbidité et niveau de vie ?

La partie précédente a montré qu'à structure d'âge et de sexe équivalente, les bénéficiaires de la CMU-C ont des évaluations subjectives et des anticipations moins favorables que les autres assurés sociaux. Ils sont aussi plus nombreux à déclarer qu'ils n'accepteraient aucune réduction de leur niveau de vie pour avoir une parfaite santé ou cours des douze derniers mois ou jusqu'à 100 ans, avec pour raison de trop faibles revenus ou anticipations de revenus.

Par ailleurs, nous avons vu dans la section 2.2 qu'à structure d'âge et de sexe équivalente, les bénéficiaires de la CMU-C ont, en comparaison avec les autres assurés sociaux, un niveau d'éducation et un niveau de vie plus bas et qu'ils sont plus exposés au chômage et à diverses maladies. Leurs évaluations subjectives et anticipations moins favorables peuvent être logiquement dues à leur situation objective en termes de morbidité et de niveau de vie. Ils peuvent aussi être conscients que leur bas niveau de formation ne leur permet pas d'anticiper des revenus élevés dans le futur. L'objectif de cette partie est de mener une analyse économétrique multivariée pour examiner si les différences de perceptions, anticipations et préférences sont encore observées si on contrôle par les conditions objectives des individus.

Autrement dit, nous cherchons à analyser si le pessimisme marqué des bénéficiaires de la CMU-C (i) s'explique uniquement par leur situation objective (grande pauvreté, faible niveau de diplôme, état de santé dégradé très jeune, situation familiale particulière) ou (ii) s'il existe aussi des aspects psychologiques liées à leur statut de bénéficiaire de la CMU-C (qui est un dispositif d'assistance dont la non universalité peut être à la source de stigmatisation pour ses bénéficiaires) ou à des discriminations subies (refus de soins étudiés dans le précédent rapport remis au Fonds par la Chaire Santé de Dauphine).

La CMU-C garantie une assurance santé de bonne qualité à ses bénéficiaires et favorise les stigmas en tant que dispositif d'assistance. D'une certaine manière, étudier les différences de traits psychologiques entre assurés sociaux toutes choses égales par ailleurs en termes de circonstances objectives de revenus, d'éducation et de morbidité ; nous permet d'analyser l'effet

de l'assistance isolé de l'effet de l'assurance en comparant les bénéficiaires de la CMU-C (qui ont une assurance complémentaire *via* un dispositif d'assistance), les bénéficiaires d'une complémentaire privée (qui achètent l'assurance complémentaires ou en disposent par leur employeur comme un élément attaché à la rémunération du travail) et les individus sans complémentaire (ni assurance complémentaire, ni assistance).

Les tableaux 6 à 12 présentent les résultats des régressions en moindres carrés ordinaires (MCO) des variables d'appréciations subjectives, d'anticipations et de préférences. Pour chaque variable expliquée, deux régressions sont réalisées : une première où nous contrôlons uniquement par la structure d'âge et de sexe, ce qui revient aux précédentes analyses réalisées avec le matching (colonne (a)) et une seconde où nous réalisons une analyse toutes choses égales par ailleurs (colonne (b)) en contrôlant des caractéristiques socioéconomiques du répondant (âge, sexe, niveau de vie, niveau de diplôme, situation familiale), de son état de santé « objectif » (ALD, maladies déclarées, capacités fonctionnelles), de la taille de l'aire urbaine où il habite et de la situation vitale de ses parents (uniquement pour l'espérance de vie subjective (SLE)). Les détails des variables de contrôle sont donnés dans l'encadré 1.

Encadré 1 : Les variables de contrôle dans l'analyse multivariée

Les variables socioéconomiques retenues sont le sexe, l'âge (18-29 ans ; 30-39 ans ; 40-49 ans ; 50-59 ans ; 60-69 ans ; 70-79 ans ; 80-89 ans et 90-100 ans), le niveau de diplôme (faible, moyen, élevé), le niveau de vie ou revenu par unité de consommation ($[0 ; 875]$; $] 875 ; 1290 [$; $]1290 ; 1800]$; $]1800 ; +\infty[$), la vie maritale et le fait d'avoir au moins un enfant à charge.

Les variables d'état de santé « objectif » retenues sont : être en ALD, aucune maladie N, 1 ou 2 maladies N, ≥ 3 maladies N, aucune maladie A, ≥ 1 maladie A, aucune maladie C, 1 maladie C, ≥ 2 maladies C, aucune maladie AC, 1 maladie AC, ≥ 2 maladies AC, difficultés à marcher, clouer au lit, difficultés dans les activités quotidiennes, douleurs.

Les variables de taille de l'aire urbaine retenues sont : ville de moins de 2 000 habitants, ville de 2 000 à 20 000 habitants, ville de 20 000 à 100 000 habitants, ville de plus de 100 000 habitants.

Il est connu que les individus forment leurs anticipations de longévité en regardant celle de leurs parents. Pour ne pas biaiser nos estimations de l'espérance de vie subjective nous ajoutons comme variables de contrôle : père décédé, mère décédé, âge du père s'il est vivant, âge de la mère si elle est vivante, âge de mort du père s'il est décédé, âge de mort de la mère si elle est décédée et quatre binaires égales à 1 si l'âge du père (vivant ou mort) ou de la mère (vivante ou morte) est inconnu.

4.1 Perceptions subjectives

Comme nous l'avons vu dans la partie 3, la colonne 1a du tableau 8 indique que les bénéficiaires de la CMU-C évaluent leur état de santé au cours des douze derniers mois (SAH) plus faiblement que les bénéficiaires d'une complémentaire privée à âge et sexe équivalents.

Mais une fois qu'on contrôle du niveau de diplôme, du niveau de vie, de la situation familiale, de l'état de santé objectif, et de la taille de l'aire urbaine d'habitation, les bénéficiaires de la CMU-C ne perçoivent plus leur état de santé au cours des douze derniers mois (SAH) différemment des autres assurés (les coefficients de la colonne 1b ne sont plus significatifs). En d'autres termes, les bénéficiaires de la CMU-C considèrent que les maladies et les limitations fonctionnelles affectent leur état de santé de la même manière que les autres assurés.

Les colonnes 2a et 2b indiquent des résultats similaires à la SAH pour la qualité de vie au cours des douze derniers mois (VIE_{rec}) : le pessimisme des bénéficiaires de la CMU-C quant à leur vie récente s'explique par leur situation objective. L'appréciation subjective de la qualité de vie récente (tout comme la SAH) ne dépend pas du statut assurantiel.

En revanche, la sous-évaluation des bénéficiaires de leur vie en général (VIE_{gen}) n'est pas complètement captée par leur situation objective (colonnes 3a et 3b) : les bénéficiaires de la CMU-C continuent d'évaluer plus faiblement leur vie en général (-0.5 points d'un score sur 10) par rapport aux bénéficiaires d'une complémentaire privée. Il est intéressant de noter que l'indicateur d'évaluation subjective de la vie en général intègre les perspectives futures (« *vie en général : passé, présent, futur anticipé* ») ; ce qui le différencie de l'indicateur d'évaluation subjective de la vie récente. Le contraste observé entre ces deux variables semble indiquer une inquiétude internalisée par les bénéficiaires concernant leur qualité de vie future qui est peut-être liée à leur statut de bénéficiaires d'un dispositif d'assistance.

Tableau 8 : Différences de perceptions subjectives et d'espérance de vie subjective - toutes choses égales par ailleurs - entre les bénéficiaires de la CMU-C et les autres assurés (avec ou sans complémentaire santé)

Perceptions subjectives et SLE		SAH (1a) (1b)		VIE_{rec} (2a) (2b)		VIE_{gen} VIE_{gen} (3a) (3b)		SLE (4a)	SLE (4b)
Complémentaire santé	CMU-C	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
	Sans complémentaire	2.245 (2.271)	-2.234 (1.958)	0.323 (0.259)	-0.178 (0.249)	0.539*** (0.204)	0.0961 (0.194)	3.261*** (1.256)	1.566 (1.231)
	Compl privée	6.933*** (1.713)	0.798 (1.518)	1.066*** (0.186)	0.257 (0.185)	1.202*** (0.145)	0.495*** (0.149)	4.564*** (0.945)	2.098** (0.977)
Contrôle âge et sexe		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Contrôle niveau diplôme, niveau de vie et situation familiale		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Contrôle état de santé objectif		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Contrôle taille de l'aire urbaine		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Contrôle mort des parents		Non	Non	Non	Non	Non	Non	Non	Oui
Observations		3165	3165	3165	3165	3165	3165	2770	2770
R ²		0.078	0.363	0.036	0.158	0.044	0.177	0.192	0.260

Lecture : A âge et sexe équivalents, les bénéficiaires de la CMU-C évaluent leur état de santé (SAH) plus faiblement que les bénéficiaires d'une complémentaire privée (-7 points) ; cette différence est significative avec un risque de première espèce de 1% (colonne 1a). Une fois contrôlé des autres indicateurs objectifs (niveau de vie, situation familiale, niveau de diplôme, état de santé objectif, taille de l'aire urbaine), cette différence n'est plus significative (colonne 1b).

Note : Le détail des variables de contrôle peut être lu dans l'encadré 1.

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

4.2. Anticipations

Puisque le pessimisme des bénéficiaires de la CMU-C n'est maintenu dans l'analyse multivariée que pour l'indicateur « qualité de vie en général » qui incorpore des éléments sur le futur anticipé, on peut s'attendre à observer des différences d'anticipations subjectives – toutes choses égales par ailleurs - entre les bénéficiaires de la CMU-C et les autres assurés sociaux.

En contrôlant par la structure d'âge et de sexe particulière des bénéficiaires de la CMU-C, leur espérance de vie est de 4,6 et 3,3 ans inférieure aux individus sans complémentaire et aux bénéficiaires d'une complémentaire privé (colonne 4a tableau 8). Mais nous savons que les bénéficiaires de la CMU-C ont des revenus plus bas et que diverses raisons peuvent expliquer la corrélation positive entre le niveau de vie et l'espérance de vie (INSEE 2018). Premièrement, l'espérance de vie est directement influencée par le niveau de vie : des ressources plus importantes facilitent l'accès aux soins et à la prévention. Deuxièmement, d'autres facteurs plus indirects comme la catégorie sociale, le niveau de diplôme ou la région de résidence (via l'exposition à des facteurs à risque comme les accidents de travail, le tabagisme ou encore la pollution) expliquent que les individus avec de faibles ressources vivent moins longtemps.

Mais la situation objective des bénéficiaires de la CMU-C ne suffit pas à expliquer leur pessimisme sur leur espérance de vie subjective (SLE). Toutes choses égales par ailleurs (y compris la situation vitale du groupe de référence : le père et la mère), les bénéficiaires de la CMU-C continuent d'estimer qu'ils vivront en moyenne 2,1 ans de moins que les bénéficiaires d'une complémentaire privée (colonne 4b tableau 8).

Les bénéficiaires de la CMU-C anticipent qu'ils ont peu de chance de voir leur situation financière s'améliorer (tableau 9). En tenant compte de leur situation actuelle particulièrement précaire, les bénéficiaires de la CMU-C estiment avoir une probabilité plus élevée de vivre avec moins de 1000€ par mois (de +9 à +15 points de pourcentage) que le reste de la population tout au long de leur vie future. Ces anticipations semblent conformes aux travaux récents de l'Organisation de développement et de coordination économiques (OCDE). La mobilité de niveau de vie intragénérationnelle (mobilité des revenus au cours de la vie d'un individu) est limitée : les individus au bas de la distribution des revenus ont très peu de chance d'en sortir. La mobilité

intergénérationnelle est elle aussi très réduite étant donné que six générations sont nécessaires pour qu'un enfant de parents à bas revenus atteignent le revenu moyen (OCDE 2019).

En revanche, l'état de santé futur perçu des bénéficiaires de la CMU-C n'est pas différent du reste de la population toutes choses égales par ailleurs (voir colonnes 1b, 2b, 3b, 4b, 5b, 6b du tableau 10). Bénéficiaire du dispositif de la CMU-C en tant que tel n'engendre pas un pessimisme plus marqué sur la dépréciation future de son état de santé. Compte tenu de leur âge, leur sexe, leur niveau de vie, leur niveau d'éducation et leur état de santé les individus bénéficiaires de la CMU-C s'attendent à être exposés à la maladie avec le même niveau de risque que les autres assurés.

Les estimations des probabilités jointes de niveau de vie et de santé (tableaux 11 et 12) apportent de nouveaux constats. Les bénéficiaires de la CMU-C sont - toutes choses égales par ailleurs - moins optimistes quant à leur chance de vivre avec un haut niveau de vie et en bonne ou en excellente santé que les détenteurs de complémentaires privées jusqu'à 60 ans (voire jusqu'à 50 ans) mais pas au-delà (colonnes 1b, 2b, 3b, 4b, 5b et 6b du tableau 12)²⁶.

A partir de la décade 60-69 ans (passage à la retraite et fin de l'éligibilité à la CMU-C²⁷), les bénéficiaires de la CMU-C estiment en revanche avoir une probabilité significativement plus élevée de combiner un mauvais/très mauvais état de santé avec un faible niveau de vie que les bénéficiaires d'une complémentaire privée (les différences avec les sans complémentaire ne sont pas significatives). Ces résultats peuvent être lus en détail dans les colonnes 1b, 2b, 3b, 4b, 5b et 6b du tableau 11. La rupture entre les décades 50-59 ans (colonne 1b et 2b du tableau 11) et 60-69 ans (colonnes 3b 4b 5b et 6b) est délicate à interpréter car elle est due aux effets conjoints de l'âge et au fait que la perte d'éligibilité peut être anticipée.

Les échantillons compris dans les régressions des tableaux 9 à 12 varient avec l'horizon d'âge de la question étant donné que les questions d'anticipations de niveau de vie et de santé

²⁶ Des analyses complémentaires concernant les probabilités marginales de vivre (1) avec un niveau de vie supérieur à 2000€ et (2) avec une bonne ou une excellente santé ont été réalisées. Toutes choses égales par ailleurs, les bénéficiaires de la CMU-C n'estiment pas avoir moins de chance d'être en bonne ou en excellente santé dans le futur mais sont en revanche plus pessimistes quant à leur chance de vivre avec un niveau de vie supérieur à 2000€.

²⁷ La CMU-C ne peut être conservée à la retraite même pour les individus disposant de faibles revenus étant donné que les montants des minima sociaux à la retraite excèdent le plafond d'éligibilité de la CMU-C.

ne sont posées au répondant qu'à condition qu'il n'ait pas encore atteint cet âge. Par exemple, pour la décade 60-69 ans s'ajoute les individus de 50 à 59 ans par rapport à la décade précédente (50-59 ans). Etant donné que les anticipations de santé et de revenus sont réappréciées par les individus au fil de leur cycle de vie quand ils intègrent de nouvelles informations (perceptions du vieillissement, choc de revenu à la retraite expérimenté, progrès de la médecine, hausse de la productivité...), des analyses complémentaires ont été réalisées en maintenant deux sous échantillons constants (sous échantillon des moins de 40 ans et sous échantillon des moins de 50 ans). Les résultats sont stables : les bénéficiaires de la CMU-C sont toutes choses égales par ailleurs plus pessimistes en ce qui concerne leur niveau de vie futur mais pas leur état de santé futur.

Tableau 9 : Différences de probabilités subjectives d'avoir un niveau de vie inférieur à 1000€ dans le futur - toutes choses égales par ailleurs - entre les bénéficiaires de la CMU-C et les autres assurés (avec ou sans complémentaire santé)

Anticipations de niveau de vie : probabilités subjectives d'avoir un niveau de vie entre 0 et 1000€		40-49 ans		50-59 ans		60-69 ans		70-79 ans		80-89 ans		90-100 ans	
		(1a)	(1b)	(2a)	(2b)	(3a)	(3b)	(4a)	(4b)	(5a)	(5b)	(6a)	(6b)
Complémentaire santé	CMU-C	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
	Sans compl	-15.06*** (4.560)	-10.06** (4.788)	-23.94*** (4.592)	-14.64*** (4.739)	-26.74*** (4.889)	-13.36*** (5.014)	-30.00*** (5.059)	-14.27*** (5.100)	-26.83*** (5.043)	-10.48** (5.012)	-23.47*** (5.143)	-6.307 (5.090)
	Compl privée	-14.08*** (4.107)	-6.397 (4.423)	-25.42*** (3.730)	-12.65*** (4.098)	-32.88*** (3.470)	-13.40*** (3.772)	-37.44*** (3.590)	-14.35*** (3.869)	-35.59*** (3.538)	-12.13*** (3.684)	-33.17*** (3.570)	-8.721** (3.718)
Contrôle âge et sexe		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Contrôle niveau diplôme, NdV et situation familiale		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Contrôle état de santé objectif		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Contrôle taille de l'aire urbaine		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Observations		769	769	1241	1241	1907	1907	2536	2536	2952	2952	3162	3162
R ²		0.036	0.145	0.025	0.130	0.010	0.056	0.005	0.034	0.003	0.021	0.003	0.014

Lecture : A âge et sexe équivalents, les bénéficiaires de la CMU-C anticipent une probabilité de vivre avec un niveau de vie inférieur à 1000€ entre 40 et 49 ans ($\text{Income}_{\text{Low},40-49}$) plus élevée que les sans complémentaires (+15,1 points de pourcentage) et que les bénéficiaires d'une complémentaire privée (+14,1 points de pourcentage) ; ces différences sont significatives avec un risque de première espèce de 1% (colonne 1a). Une fois contrôlé des autres indicateurs objectifs (niveau de vie, situation familiale, niveau de diplôme, état de santé objectif, taille de l'aire urbaine), cette probabilité reste significativement plus élevée (avec un risque de première espèce de 5%) pour les bénéficiaires de la CMU-C que pour les sans complémentaires (+10,1 points de pourcentage) mais pas que pour les bénéficiaires d'une complémentaire privée (colonne 1b).

Note : Le détail des variables de contrôle peut être lu dans l'encadré 1.

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

Tableau 10 : Différences de probabilités subjectives d’être en mauvaise/très mauvaise santé dans le futur - toutes choses égales par ailleurs - entre les bénéficiaires de la CMU-C et les autres assurés (avec ou sans complémentaire santé)

Anticipations de santé : probabilités subjectives d’être en mauvaise ou en très mauvaise santé		40-49 ans		50-59 ans		60-69 ans		70-79 ans		80-89 ans		90-100 ans	
		(1a)	(1b)	(2a)	(2b)	(3a)	(3b)	(4a)	(4b)	(5a)	(5b)	(6a)	(6b)
Complémentaire santé	CMU-C	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
	Sans compl	-6.917 (4.846)	-4.905 (4.602)	-7.151 (5.018)	0.0168 (4.848)	-7.264 (5.240)	0.0850 (5.253)	-1.781 (4.896)	3.497 (4.842)	-2.350 (4.280)	1.523 (4.281)	-3.046 (3.601)	-1.135 (3.642)
	Compl privée	-7.728** (3.805)	-4.893 (3.769)	-6.587* (3.591)	1.620 (3.718)	-14.57*** (3.603)	-5.780 (3.908)	-8.566** (3.340)	-2.614 (3.572)	-5.202* (2.978)	-1.683 (3.188)	-1.690 (2.577)	0.458 (2.752)
Contrôle âge et sexe		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Contrôle niveau diplôme, NdV et situation familiale		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Contrôle état de santé objectif		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Contrôle taille de l’aire urbaine		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Observations		769	769	1241	1241	1907	1907	2536	2536	2952	2952	3162	3162
R ²		0.036	0.145	0.025	0.130	0.010	0.056	0.005	0.034	0.003	0.021	0.003	0.014

Lecture : A âge et sexe équivalents, les bénéficiaires de la CMU-C anticipent une probabilité d’être en mauvaise ou en très mauvaise santé entre 40 et 49 ans ($Health_{bad,40-49}$) plus élevée que les bénéficiaires d’une complémentaire privée (+7,7 points de pourcentage) avec un risque de première espèce de 5% mais pas significativement différente des individus sans complémentaire (colonne 1a). Une fois contrôlé des autres indicateurs objectifs (niveau de vie, situation familiale, niveau de diplôme, état de santé objectif, taille de l’aire urbaine), les différences ne sont plus significatives (colonne 1b).

Note : Le détail des variables de contrôle peut être lu dans l’encadré 1.

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

Tableau 11 : Différences de probabilités subjectives d’être en mauvaise/très mauvaise santé et d’avoir un niveau de vie inférieur à 1000€ dans le futur - toutes choses égales par ailleurs - entre les bénéficiaires de la CMU-C et les autres assurés (avec ou sans complémentaire santé)

Anticipations jointes de santé et de niveau de vie : probabilités subjectives d’être en mauvaise ou en très mauvaise santé et d’avoir un niveau de vie entre 0 et 1000€		40-49 ans		50-59 ans		60-69 ans		70-79 ans		80-89 ans		90-100 ans	
		(1a)	(1b)	(2a)	(2b)	(3a)	(3b)	(4a)	(4b)	(5a)	(5b)	(6a)	(6b)
Complémentaire santé	CMU-C	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
	Sans compl	-5.605** (2.227)	-4.384* (2.327)	-8.391*** (3.176)	-3.903 (3.063)	-13.92*** (4.077)	-5.969 (4.156)	-19.96*** (4.597)	-8.917* (4.561)	-19.94*** (4.881)	-6.268 (4.787)	-18.86*** (5.047)	-4.046 (5.005)
	Compl privée	-4.795** (2.153)	-3.085 (2.307)	-9.223*** (2.559)	-3.421 (2.659)	-18.98*** (3.037)	-7.994** (3.308)	-27.04*** (3.359)	-11.25*** (3.590)	-28.34*** (3.476)	-9.283** (3.617)	-27.94*** (3.562)	-6.867* (3.707)
Contrôle âge et sexe		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Contrôle niveau diplôme, NdV et situation familiale		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Contrôle état de santé objectif		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Contrôle taille de l’aire urbaine		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Observations		769	769	1241	1241	1907	1907	2536	2536	2952	2952	3162	3162
R ²		0.036	0.145	0.025	0.130	0.010	0.056	0.005	0.034	0.003	0.021	0.003	0.014

Lecture : A âge et sexe équivalents, les bénéficiaires de la CMU-C anticipent une probabilité d’être en mauvaise ou en très mauvaise santé et de vivre avec un niveau de vie inférieur à 1000€ entre 40 et 49 ans ($Health_{Bad} * Income_{Low,40-49}$) plus élevée que les sans complémentaires (+5,6 points de pourcentage) et que les bénéficiaires d’une complémentaire privée (+4,8 points de pourcentage) ; ces différences sont significatives avec un risque de première espèce de 5% (colonne 1a). Une fois contrôlé des autres indicateurs objectifs (niveau de vie, situation familiale, niveau de diplôme, état de santé objectif, taille de l’aire urbaine), cette probabilité reste plus élevée pour les bénéficiaires de la CMU-C que pour les sans complémentaires (+4,4 points de pourcentage) avec un risque de première espèce de 10% mais pas que pour les bénéficiaires d’une complémentaire privée (colonne 1b).

Note : Le détail des variables de contrôle peut être lu dans l’encadré 1.

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

Tableau 12 : Différences de probabilités subjectives d’être en bonne/excellente santé et d’avoir un niveau de vie supérieur à 2000€ dans le futur - toutes choses égales par ailleurs - entre les bénéficiaires de la CMU-C et les autres assurés (avec ou sans complémentaire santé)

Anticipations jointes de santé et de niveau de vie : probabilités subjectives d’être en bonne ou en excellente santé et d’avoir un niveau de vie supérieur à 2000€		40-49 ans		50-59 ans		60-69 ans		70-79 ans		80-89 ans		90-100 ans	
		(1a)	(1b)	(2a)	(2b)	(3a)	(3b)	(4a)	(4b)	(5a)	(5b)	(6a)	(6b)
Complémentaire santé	CMU-C	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
	Sans compl	16.44*** (4.777)	8.316* (4.719)	8.908*** (3.148)	2.682 (3.090)	0.679 (1.302)	-1.155 (1.507)	2.333** (1.141)	1.088 (1.262)	1.314 (0.990)	1.085 (1.071)	0.665 (0.882)	0.531 (0.923)
	Compl privée	17.06*** (2.297)	6.445** (2.844)	12.22*** (1.349)	3.000* (1.675)	4.328*** (0.898)	1.142 (0.958)	2.348*** (0.534)	0.588 (0.646)	0.693 (0.489)	0.175 (0.621)	0.206 (0.592)	-0.0381 (0.630)
Contrôle âge et sexe		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Contrôle niveau diplôme, NdV et situation familiale		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Contrôle état de santé objectif		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Contrôle taille de l’aire urbaine		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Observations		769	769	1241	1241	1907	1907	2536	2536	2952	2952	3162	3162
R ²		0.036	0.145	0.025	0.130	0.010	0.056	0.005	0.034	0.003	0.021	0.003	0.014

Lecture : A âge et sexe équivalents, les bénéficiaires de la CMU-C anticipent une probabilité d’être en bonne ou en excellente santé et de vivre avec un niveau de vie supérieur à 2000€ entre 40 et 49 ans ($Health_{Good} * Income_{High,40-49}$) plus élevée que les sans complémentaires (-16,4 points de pourcentage) et que les bénéficiaires d’une complémentaire privée (-17,1 points de pourcentage) ; ces différences sont significatives avec un risque de première espèce de 1% (colonne 1a). Une fois contrôlé des autres indicateurs objectifs (niveau de vie, situation familiale, niveau de diplôme, état de santé objectif, taille de l’aire urbaine), cette probabilité reste moins élevée pour les bénéficiaires de la CMU-C que pour les sans complémentaires (-8,3 points de pourcentage) avec un risque de première espèce de 10% et que pour les bénéficiaires d’une complémentaire privée (-6,4 points de pourcentage) avec un risque de première espèce de 5% (colonne 1b).

Note : Le détail des variables de contrôle peut être lu dans l’encadré 1.

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

4.3 Préférences

La disposition à payer comme indicateur de préférence est sensible au niveau de vie et doit être interprété avec précaution. Nous avons vu et nous retrouvons qu'à âge et sexe équivalents, les bénéficiaires de la CMU-C déclarent une disposition à payer plus souvent nulle que les autres assurés sociaux, parce que leurs revenus sont trop bas et non parce qu'ils considèreraient qu'il y a d'autres aspects plus importants que la santé dans la vie (colonnes 1a, 2a et 3a des tableaux 13 et 14). Quand on contrôle par le niveau de vie et la morbidité, les coefficients ne sont plus significatifs (colonnes 1b, 2b, 3b des tableaux 13 et 14) ; hormis pour la $DaP_{\text{rétro,nulle:revenus}}$ avec une différence qui n'est significative qu'à 10% avec les bénéficiaires d'une complémentaire privée (colonnes 2b tableau 13).

De plus faibles ressources contraignent les bénéficiaires à déclarer une disposition à payer mensuelle pour avoir été en parfaite santé au cours des douze derniers mois plus faible (-58€) et une disposition à payer pour vivre en parfaite santé jusqu'à 100 ans plus faible (-64€) que les bénéficiaires d'une complémentaire privée (colonnes 4a des tableaux 13 et 14). Mais toutes choses égales par ailleurs (notamment le niveau de vie) les bénéficiaires de la CMU-C ont des dispositions à payer rétrospective et future qui ne sont significativement pas différentes des autres assurés (colonnes 4b des tableaux 13 et 14).

Nos résultats montrent ainsi qu'avec des niveaux de vie et de morbidité comparables à ceux des autres assurés sociaux, les bénéficiaires de la CMU-C donneraient autant pour être en bonne santé ou pour vivre plus longtemps en bonne santé. Ils ne donnent donc pas moins d'importance à leur santé et à leur longévité que le reste de la population.

Tableau 13 : Différences de disposition à payer rétrospective - toutes choses égales par ailleurs - entre les bénéficiaires de la CMU-C et les autres assurés (avec ou sans complémentaire santé)

Disposition à payer rétrospective		DaP nulle ^(a)		DaP nulle : revenus ^(a)		DaP nulle : préf ^(a)		DaP si DaP>0	
		(1a)	(1b)	(2a)	(2b)	(3a)	(3b)	(4a)	(4b)
Complémentaire santé	CMU-C	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
	Sans complémentaire	-9.850 (6.085)	-8.885 (6.060)	-16.22*** (5.962)	-6.036 (5.919)	2.622 (3.572)	-0.393 (3.428)	-0.903 (28.98)	-41.32 (33.19)
	Compl privée	-9.910** (4.143)	-4.957 (4.414)	-27.37*** (4.127)	-8.451* (4.444)	4.557** (2.195)	-0.0981 (2.342)	58.10** (27.29)	8.465 (31.87)
Contrôle âge et sexe		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Contrôle niveau diplôme, NdV et situation familiale		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Contrôle état de santé objectif		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Contrôle taille de l'aire urbaine		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Observations		2430	2430	2430	2430	2430	2430	1276	1276
R ²		0.029	0.116	0.034	0.145	0.029	0.051	0.015	0.121

Lecture : A âge et sexe équivalents, les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus fréquemment une disposition à payer rétrospective nulle (DaP_{rétro,nulle}) que les bénéficiaires d'une complémentaire privée (+9,9%) ; cette différence est significative avec un risque de première espèce de 5% (colonne 1a). Une fois contrôlé des autres indicateurs objectifs (niveau de vie, situation familiale, niveau de diplôme, état de santé objectif, taille de l'aire urbaine), cette différence n'est plus significative (colonne 1b).

Note : Le détail des variables de contrôle peut être lu dans l'encadré 1.

^(a) : la régression est réalisée sur les individus pour qui la disposition à payer est définie (i.e. hors individus qui ont refusé de répondre).

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

Tableau 14 : Différences de disposition à payer rétrospective - toutes choses égales par ailleurs - entre les bénéficiaires de la CMU-C et les autres assurés (avec ou sans complémentaire santé)

Disposition à payer future		DaP nulle ^(a)		DaP nulle : revenus ^(a)		DaP nulle : préf ^(a)		DaP si DaP>0	
		(1a)	(1b)	(2a)	(2b)	(3a)	(3b)	(4a)	(4b)
Complémentaire santé	CMU-C	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
	Sans complémentaire	-15.4*** (5.33)	-6.89 (5.53)	-13.93*** (4.920)	-4.755 (5.083)	-1.061 (2.475)	-1.651 (2.499)	26.33 (35.04)	-21.23 (36.91)
	Compl privée	-18.4*** (3.91)	-4.78 (4.30)	-18.28*** (3.724)	-3.726 (4.070)	-1.951 (1.640)	-2.815 (1.792)	63.86** (27.31)	-11.38 (30.25)
Contrôle âge et sexe		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Contrôle niveau diplôme, NdV et situation familiale		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Contrôle état de santé objectif		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Contrôle taille de l'aire urbaine		Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui	Non	Oui
Observations		2430	2430	2430	2430	2430	2430	1276	1276
R ²		0.029	0.116	0.034	0.145	0.029	0.051	0.015	0.121

Lecture : A âge et sexe équivalents, les bénéficiaires de la CMU-C déclarent plus fréquemment une disposition à payer future nulle (DaP_{fut,nulle}) que les bénéficiaires d'une complémentaire privée (+18,4%) et que les sans complémentaires (+15,1%) ; ces différences sont significatives avec un risque de première espèce de 1% (colonne 1a). Une fois contrôlé des autres indicateurs objectifs (niveau de vie, situation familiale, niveau de diplôme, état de santé objectif, taille de l'aire urbaine), ces différences ne sont plus significatives (colonne 1b).

Note : Le détail des variables de contrôle peut être lu dans l'encadré 1.

^(a) : la régression est réalisée sur les individus pour qui la disposition à payer est définie (i.e. hors individus qui ont refusé de répondre).

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

5. Les spécificités de perceptions subjectives des bénéficiaires de la CMU-C qui demeurent au-delà des conditions de vie objectives peuvent-elles contribuer à expliquer des différences de recours aux soins ou de comportements à risque ?

Beaucoup de décisions dépendent des anticipations des individus (investissement en capital humain, choix de carrière, arbitrage épargne-consommation, départ à la retraite, prises de risque ou comportement préventif...). Nous l'avons vu dans la partie précédente, certaines variables de perceptions subjectives restent différentes entre catégories d'assurés sociaux même lorsque l'on tient compte des différences de conditions objectives de vie. Il est par conséquent intéressant d'examiner si l'intégration de ces variables subjectives peut améliorer la compréhension des comportements de recours aux soins et l'adoption de comportements à risque des bénéficiaires de la CMU-C.

Peu de différences d'indicateurs résistent à la prise en compte des conditions de vie objectives. Toutes choses égales par ailleurs en ce qui concerne leur situation actuelle de revenu, éducation et morbidité, les bénéficiaires de la CMU-C restent plus pessimistes que les autres assurés sociaux en ce qui concerne leur situation future. Ils perçoivent leur vie en général (VIE_{gen}) plus défavorablement, pensent mourir plus jeunes (SLE) et anticipent vivre avec des ressources financières moins élevées (diverses probabilités marginales ou jointes à des décades futures hypothétiques).

Nous analysons si les variables subjectives qui restent différentes dans les régressions multivariées pour les bénéficiaires de la CMU-C en comparaison aux autres assurés sociaux (voir partie 4) peuvent apporter une information supplémentaire à la compréhension du recours aux soins et des comportements à risque des bénéficiaires du dispositif. On ne peut attendre un impact que pour ces variables car les régresseurs utilisés dans la partie 4 sont les mêmes que ceux mobilisés pour expliquer les comportements de santé.

Les tableaux 15 à 24 présentent les résultats des régressions MCO des recours aux soins (recours au généraliste, au dentiste, au spécialiste, au psychiatre, à l'hôpital public, à la clinique privée) et des comportements à risque (poids insuffisant, obésité, consommation risquée d'alcool, tabagisme régulier). Nous contrôlons dans un premier temps (colonnes 1 des tableaux 15 à 24)

de l'âge, du sexe, du niveau de vie, du niveau de diplôme, de la situation familiale, de l'état de santé objectif et de la taille de l'aire urbaine d'habitation du répondant. Les détails concernant les variables de contrôle peuvent être lus dans l'encadré 1. Dans un second temps, nous ajoutons une par une les variables subjectives suivantes : (2) perception de la vie en général (VIE_{gen}), (3) espérance de vie subjective (SLE), (4) moyenne des probabilités subjectives de vivre avec un niveau de vie inférieur à 1000€ dans les décades d'âge qui ne sont pas encore atteintes ($Income_{Low,mean}$), (5) moyenne des probabilités subjectives de vivre avec un niveau de vie inférieur à 1000€ en mauvaise ou très mauvaise santé dans les décades d'âge qui ne sont pas encore atteintes ($Health_{Bad} * Income_{Low,mean}$), (6) moyenne des probabilités subjectives de vivre avec un niveau de vie supérieur à 2000€ en bonne ou en excellente santé dans les décades d'âge qui ne sont pas encore atteintes ($Health_{Good} * Income_{High,mean}$).

5.1 Les perceptions subjectives et les anticipations ne contribuent pas à expliquer les comportements de santé des bénéficiaires de la CMU-C

Toutes choses égales par ailleurs, les bénéficiaires de la CMU-C recourent significativement moins au généraliste (-7,7%) et au spécialiste (-7,3%) que les bénéficiaires d'une complémentaire privée (voir colonnes 1 des tableaux 15 et 17). La différence n'est pas significative avec les individus sans complémentaire. Ces résultats diffèrent de ceux des travaux réalisés sur l'enquête santé et protection sociale (ESPS) qui indiquent que les bénéficiaires de la CMU-C recourent au généraliste, au dentiste et au spécialiste comme les bénéficiaires d'une autre complémentaire et plus que les individus sans complémentaire (Jess 2015; Raynaud 2003)²⁸.

En revanche, nous observons dans les colonnes 1 des tableaux 16 et 19 que les bénéficiaires de la CMU-C recourent au dentiste et à l'hôpital public comme les bénéficiaires d'une complémentaire privée et plus que les sans complémentaire (+10,4% de probabilité de recourir au dentiste et +8,8% de probabilité de recourir à l'hôpital public) ; des différences significatives

²⁸ La différence est maintenue même si on considère la même liste de régresseurs que les travaux cités. Nous ne savons pas comment interpréter cette différence, hormis les aléas d'échantillonnage.

avec un risque d'erreur de 5%. Ces résultats montrent l'impact protecteur de la CMU-C ; notamment dans l'accès aux soins dentaires souvent très onéreux.

Les recours au psychiatre et à la clinique privée ne varient pas avec le statut assurantiel (tableaux 17 et 20). Un manque de puissance peut expliquer le manque de significativité : seulement 11,7% et 4,6% de notre échantillon de bénéficiaires de la CMU-C recourent au psychiatre et à la clinique privée ce qui représente très peu d'individus sur les 206 individus bénéficiaires du dispositif ayant participé à l'enquête.

Les variables subjectives n'influencent pas la corrélation entre le statut assurantiel et le recours aux soins étant donné que les coefficients des colonnes 2, 3, 4, 5 et 6 des tableaux 15 à 20 ne diffèrent pas en termes d'amplitude et de significativité de ceux indiqués dans la première colonne de chaque tableau.

Nous regardons maintenant les comportements à risque (tableaux 21 à 24). Les bénéficiaires de la CMU-C ont toutes choses égales par ailleurs une probabilité d'être en insuffisance pondérale plus importante que les personnes sans complémentaire et que les détenteurs de complémentaires privées (+6,2% et +3,9% avec un risque d'erreur de 1% et de 5%). Ils ont aussi 13,9% de chance supplémentaire de fumer régulièrement par rapport aux bénéficiaires d'une complémentaire privée ; une différence qui est significative à 99%. D'un autre côté, leur probabilité d'être obèse (ou sévèrement obèse) est plus faible que pour les personnes avec ou sans complémentaire privée (-6,9% et -7,3%).

De même que pour le recours aux soins, les variables subjectives n'interfèrent pas sur le lien entre statut assurantiel et comportements à risque. L'impact de l'ajout des variables subjectives sur l'adoption de comportements à risques peut être lu dans les colonnes 2, 3, 4, 5 et 6 des tableaux 21 à 24.

Pour résumer, les variables subjectives retenues (perception de sa qualité de vie passée, présente, future et les anticipations subjectives de longévité, de niveau de vie voire de santé) n'affectent pas l'impact du statut assurantiel sur le recours aux soins et les comportements à risque. Nos résultats confirment que la couverture dont dispose un individu impacte son coût

marginal à investir dans sa santé et donc ses décisions. En principe dans le modèle de Grossman le rendement marginal de l'individu à investir dans sa santé est affecté, dans une perspective intertemporelle par ses perceptions subjectives, ses anticipations et ses préférences. Nos résultats tendent à relativiser cette représentation théorique en montrant le rôle prédominant de la couverture assurantielle dans les décisions courantes, par rapport à une optimisation intertemporelle.

En tout état de cause, ces résultats confirment l'importance de l'assurance complémentaire dans les décisions individuelles de santé. Si l'assistance peut affecter certaines dimensions de l'état psychologique de ses bénéficiaires, elle n'influence pas leurs décisions de recours aux soins ou leurs comportements à risque.

5.2 Les perceptions subjectives et anticipations influencent toutefois significativement les comportements à risque

Il est intéressant de noter toutefois que les variables subjectives affectent significativement certains comportements de recours aux soins des individus, mais surtout les comportements à risque.

Les variables subjectives influencent peu les décisions de recours aux soins. Nous remarquons néanmoins dans les colonnes 2 et 6 du tableau 16 que le recours au dentiste est significativement plus important (avec un risque d'erreur de 1%) pour les individus qui perçoivent plus favorablement leur vie en général (VIE_{gen}) et significativement moins important (avec un risque d'erreur de 5%) pour les individus qui anticipent avoir des probabilités plus élevées de vivre en bonne santé avec un haut niveau de vie ($Health_{Good} * Income_{High, mean}$). Les recours au généraliste, au spécialiste, au psychiatre ou l'hôpital (public ou privé) ne varient pas avec les variables subjectives étudiées²⁹.

²⁹ On note tout de même (avec un risque d'erreur de 10%) que le recours au psychiatre est associé négativement à la perception de la qualité de vie en général (colonne 2 tableau 18) et que le recours à l'hôpital est plus important pour les individus qui anticipent avoir des probabilités plus faibles de vivre dans le futur en bonne santé avec un haut niveau de vie (colonne 6 tableau 19).

Les variables psychologiques varient en revanche visiblement avec les comportements à risque.

Sans surprise, les colonnes 3 des tableaux 23 et 24 indiquent que l'espérance de vie subjective (SLE) diminue quand les individus adoptent certains comportements à risque. Les personnes qui anticipent vivre une année de plus, ont des probabilités plus faibles de fumer régulièrement ou de consommer de l'alcool avec risque (-0,7% et -0,2% respectivement), ces différences sont significatives avec un risque d'erreur de 1%. En d'autres termes, les individus intègrent à leurs anticipations qu'ils vivront moins longtemps quand ils adoptent des comportements à risque tels que le tabagisme régulier ou la consommation d'alcool avec risque.

Nous observons dans la colonne 2 du tableau 24 que la probabilité de fumer diminue significativement (avec un risque d'erreur de 1%) avec la perception de la qualité de vie en général (passé, présent, futur).

Pour finir, les individus qui anticipent un futur difficile en termes de niveau de vie et/ou de santé sont plus souvent en insuffisance pondérale (colonnes 4, 5 et 6 du tableau 21). Une hausse de 10% de la probabilité subjective de vivre avec un niveau de vie inférieur à 1000€ dans le futur ($\text{Income}_{\text{Low,mean}}$) est associée à une probabilité plus élevée d'être en sous poids de +0,2% avec un risque de première espèce de 10% (colonne 4). Si nous regardons les anticipations jointes de faible niveau de vie et de mauvaise santé, cette corrélation devient plus significative (avec un risque d'erreur de 5%) : les individus qui anticipent avoir 10% de chance de plus de vivre avec un niveau de vie inférieur à 1000€ combiné à un mauvaise santé ($\text{Health}_{\text{Good}} * \text{Income}_{\text{High,mean}}$) ont une probabilité de +0,3% d'être en insuffisance pondérale (colonne 5). Nous remarquons enfin que les individus qui évaluent avoir 10% de plus de chance de vivre avec un niveau de vie supérieur à 2000€ en bonne ou en excellente santé dans le futur ($\text{Health}_{\text{Good}} * \text{Income}_{\text{High,mean}}$) sont moins souvent en sous poids (-0,4%) ; cette association est significative à 99% (colonne 6).

Pour résumer, l'état psychologique des répondants en ce qui concerne leurs perceptions de qualité de vie en général et leurs anticipations de survie, de niveau de vie et d'état de santé n'affectent pas l'accès aux soins : les décisions de recours aux soins dépendent d'aspects financiers

(notamment la couverture assurantielle). Mais il influe plutôt la prise de risque. Ces résultats sont bien connus de la littérature épidémiologique : les conditions de vie des individus les plus modestes les exposent à plus de facteurs de risque (tabagisme, alcool...) ; ce qui explique qu'ils aspirent à un avenir moins favorable.

Nos résultats confirment l'importance de s'intéresser aux perceptions subjectives et aux anticipations futures pour décrire les comportements individuels. Mais il n'y a pas de spécificité significative des bénéficiaires de la CMU-C qui feraient que toutes choses égales par ailleurs la prise en compte de ces variables changeraient l'impact du statut assurantiel sur ces comportements de santé.

Tableau 15 : Probabilité de recours au généraliste

Recours au généraliste		Gen (1)	Gen (2)	Gen (3)	Gen (4)	Gen (5)	Gen (6)
Complémentaire santé	CMU-C	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
	Sans complémentaire	0.0208 (0.0487)	0.0210 (0.0488)	0.0204 (0.0487)	0.0202 (0.0488)	0.0205 (0.0488)	0.0207 (0.0487)
	Compl privée	0.0766** (0.0345)	0.0776** (0.0347)	0.0745** (0.0348)	0.0758** (0.0346)	0.0762** (0.0346)	0.0766** (0.0345)
Variables subjectives	VIE_{gen}	-	-0.00206 (0.00454)	-	-	-	-
	$SLE^{(a)}$	-	-	0.000816 (0.00100)	-	-	-
	$Income_{Low,mean}$	-	-	-	-0.00871 (0.0180)	-	-
	$Health_{Bad} * Income_{Low,mean}$	-	-	-	-	-0.00594 (0.0184)	-
	$Health_{Good} * Income_{High,mean}$	-	-	-	-	-	0.00929 (0.103)
Autres variables de contrôle (<i>voir encadré 1</i>)		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Observations		3162	3162	3162	3162	3162	3162
R ²		0.137	0.137	0.138	0.137	0.137	0.137

Lecture : Toutes choses égales par ailleurs (âge, sexe, niveau de vie, niveau de diplôme, situation familiale, état de santé objectif, taille de l'aire urbaine), les bénéficiaires de la CMU-C recourent au généraliste comme les sans complémentaire et moins que les bénéficiaires d'une complémentaire privée (-7,7%) avec un risque de première espèce de 5%.

Note : Le détail des variables de contrôle peut être lu dans l'encadré 1.

^(a) 89% des individus de l'échantillon ont formulé des probabilités subjectives de survie permettant de construire leur espérance de vie subjective (SLE). Par conséquent, nous intégrons aux régressions une variable binaire égale à 1 quand la SLE de l'individu n'est pas définie et 0 sinon.

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

Tableau 16 : Probabilité de recours au dentiste

Recours au dentiste		Dent (1)	Dent (2)	Dent (3)	Dent (4)	Dent (5)	Dent (6)
Complémentaire santé	CMU-C	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
	Sans complémentaire	-0.104** (0.0525)	-0.106** (0.0521)	-0.103** (0.0525)	-0.105** (0.0523)	-0.105** (0.0523)	-0.103** (0.0524)
	Compl privée	0.00834 (0.0403)	-0.00248 (0.0404)	0.00790 (0.0403)	0.00679 (0.0403)	0.00647 (0.0402)	0.00826 (0.0402)
Variables subjectives	VIE _{gen}	-	0.0219*** (0.00570)	-	-	-	-
	SLE ^(a)	-	-	-0.000139 (0.00117)	-	-	-
	Income _{Low,mean}	-	-	-	-0.0178 (0.0231)	-	-
	Health _{Bad} *Income _{Low,mean}	-	-	-	-	-0.0273 (0.0238)	-
	Health _{Good} *Income _{High,mean}	-	-	-	-	-	-0.215** (0.101)
Autres variables de contrôle (<i>voir encadré 1</i>)		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Observations		3162	3162	3162	3162	3162	3162
R ²		0.096	0.101	0.096	0.096	0.096	0.097

Lecture : Toutes choses égales par ailleurs (âge, sexe, niveau de vie, niveau de diplôme, situation familiale, état de santé objectif, taille de l'aire urbaine), les bénéficiaires de la CMU-C recourent au dentiste plus que les sans complémentaire (+10,4%) avec un risque de première espèce de 5% et comme que les bénéficiaires d'une complémentaire privée.

Note : Le détail des variables de contrôle peut être lu dans l'encadré 1.

^(a) 89% des individus de l'échantillon ont formulé des probabilités subjectives de survie permettant de construire leur espérance de vie subjective (SLE). Par conséquent, nous intégrons aux régressions une variable binaire égale à 1 quand la SLE de l'individu n'est pas définie et 0 sinon.

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

Tableau 17 : Probabilité de recours au spécialiste

Recours au spécialiste		Spé (1)	Spé (2)	Spé (3)	Spé (4)	Spé (5)	Spé (6)
Complémentaire santé	CMU-C	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
	Sans complémentaire	-0.0432 (0.0515)	-0.0431 (0.0515)	-0.0424 (0.0514)	-0.0445 (0.0515)	-0.0438 (0.0515)	-0.0429 (0.0515)
	Compl privée	0.0733** (0.03695)	0.0738** (0.03697)	0.0731** (0.03696)	0.0715* (0.03699)	0.0723* (0.03699)	0.0733** (0.03697)
Variables subjectives	VIE _{gen}	-	-0.000899 (0.00508)	-	-	-	-
	SLE ^(a)	-	-	-0.000206 (0.00105)	-	-	-
	Income _{Low,mean}	-	-	-	-0.0205 (0.0205)	-	-
	Health _{Bad} *Income _{Low,mean}	-	-	-	-	-0.0155 (0.0208)	-
	Health _{Good} *Income _{High,mean}	-	-	-	-	-	-0.0619 (0.116)
Autres variables de contrôle (<i>voir encadré 1</i>)		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Observations		3162	3162	3162	3162	3162	3162
R ²		0.224	0.224	0.224	0.224	0.224	0.224

Lecture : Toutes choses égales par ailleurs (âge, sexe, niveau de vie, niveau de diplôme, situation familiale, état de santé objectif, taille de l'aire urbaine), les bénéficiaires de la CMU-C recourent au spécialiste comme les sans complémentaire et moins que les bénéficiaires d'une complémentaire privée (-7,3%) avec un risque de première espèce de 5%.

Note : Le détail des variables de contrôle peut être lu dans l'encadré 1.

^(a) 89% des individus de l'échantillon ont formulé des probabilités subjectives de survie permettant de construire leur espérance de vie subjective (SLE). Par conséquent, nous intégrons aux régressions une variable binaire égale à 1 quand la SLE de l'individu n'est pas définie et 0 sinon.

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

Tableau 18 : Probabilité de recours au psychiatre

Recours au psychiatre		Psy (1)	Psy (2)	Psy (3)	Psy (4)	Psy (5)	Psy (6)
Complémentaire santé	CMU-C	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
	Sans complémentaire	-0.0309 (0.0268)	-0.0303 (0.0268)	-0.0301 (0.0267)	-0.0306 (0.0267)	-0.0305 (0.0267)	-0.0311 (0.0268)
	Compl privée	-0.0247 (0.0203)	-0.0220 (0.0204)	-0.0230 (0.0203)	-0.0243 (0.0203)	-0.0241 (0.0203)	-0.0247 (0.0204)
Variables subjectives	VIE _{gen}	-	-0.00545* (0.00281)	-	-	-	-
	SLE ^(a)	-	-	-0.000858 (0.000613)	-	-	-
	Income _{Low,mean}	-	-	-	0.00460 (0.0101)	-	-
	Health _{Bad} *Income _{Low,mean}	-	-	-	-	0.00973 (0.0107)	-
	Health _{Good} *Income _{High,mean}	-	-	-	-	-	0.0441 (0.0796)
Autres variables de contrôle (<i>voir encadré 1</i>)		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Observations		3162	3162	3162	3162	3162	3162
R ²		0.212	0.213	0.213	0.212	0.212	0.212

Lecture : Toutes choses égales par ailleurs (âge, sexe, niveau de vie, niveau de diplôme, situation familiale, état de santé objectif, taille de l'aire urbaine), les bénéficiaires de la CMU-C recourent au psychiatre comme les sans complémentaire et les bénéficiaires d'une complémentaire privée.

Note : Le détail des variables de contrôle peut être lu dans l'encadré 1.

^(a) 89% des individus de l'échantillon ont formulé des probabilités subjectives de survie permettant de construire leur espérance de vie subjective (SLE). Par conséquent, nous intégrons aux régressions une variable binaire égale à 1 quand la SLE de l'individu n'est pas définie et 0 sinon.

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

Tableau 19 : Probabilité de recours à l'hôpital public

Recours à l'hôpital public		Hop pub (1)	Hop pub (2)	Hop pub (3)	Hop pub (4)	Hop pub (5)	Hop pub (6)
Complémentaire santé	CMU-C	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
	Sans complémentaire	-0.0876** (0.0355)	-0.0877** (0.0355)	-0.0882** (0.0357)	-0.0865** (0.0356)	-0.0874** (0.0355)	-0.0874** (0.0355)
	Compl privée	-0.0442 (0.0311)	-0.0446 (0.0312)	-0.0428 (0.0312)	-0.0426 (0.0312)	-0.0438 (0.0312)	-0.0442 (0.0311)
Variables subjectives	VIE _{gen}	-	0.000807 (0.00353)	-	-	-	-
	SLE ^(a)	-	-	-0.000282 (0.000797)	-	-	-
	Income _{Low,mean}	-	-	-	0.0179 (0.0149)	-	-
	Health _{Bad} *Income _{Low,mean}	-	-	-	-	0.00617 (0.0156)	-
	Health _{Good} *Income _{High,mean}	-	-	-	-	-	-0.0514* (0.0280)
Autres variables de contrôle (<i>voir encadré 1</i>)		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Observations		3162	3162	3162	3162	3162	3162
R ²		0.128	0.128	0.130	0.129	0.129	0.129

Lecture : Toutes choses égales par ailleurs (âge, sexe, niveau de vie, niveau de diplôme, situation familiale, état de santé objectif, taille de l'aire urbaine), les bénéficiaires de la CMU-C recourent à l'hôpital public plus que les sans complémentaire (+8,8%) avec un risque de première espèce de 5% et comme que les bénéficiaires d'une complémentaire privée.

Note : Le détail des variables de contrôle peut être lu dans l'encadré 1.

^(a) 89% des individus de l'échantillon ont formulé des probabilités subjectives de survie permettant de construire leur espérance de vie subjective (SLE). Par conséquent, nous intégrons aux régressions une variable binaire égale à 1 quand la SLE de l'individu n'est pas définie et 0 sinon.

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

Tableau 20 : Probabilité de recours à la clinique privée

Recours à la clinique privée		Hop pr (1)	Hop pr (2)	Hop pr (3)	Hop pr (4)	Hop pr (5)	Hop pr (6)
Complémentaire santé	CMU-C	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
	Sans complémentaire	0.00220 (0.0237)	0.00243 (0.0237)	0.00364 (0.0236)	0.00199 (0.0238)	0.00219 (0.0238)	0.00216 (0.0237)
	Compl privée	0.0235 (0.0179)	0.0246 (0.0179)	0.0256 (0.0178)	0.0232 (0.0180)	0.0234 (0.0180)	0.0235 (0.0179)
Variables subjectives	VIE _{gen}	-	-0.00230 (0.00283)	-	-	-	-
	SLE ^(a)	-	-	-0.00122 (0.000742)	-	-	-
	Income _{Low,mean}	-	-	-	-0.00335 (0.0128)	-	-
	Health _{Bad} *Income _{Low,mean}	-	-	-	-	-0.000342 (0.0133)	-
	Health _{Good} *Income _{High,mean}	-	-	-	-	-	0.00687 (0.0630)
Autres variables de contrôle (<i>voir encadré 1</i>)		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Observations		3162	3162	3162	3162	3162	3162
R ²		0.042	0.042	0.043	0.042	0.042	0.042

Lecture : Toutes choses égales par ailleurs (âge, sexe, niveau de vie, niveau de diplôme, situation familiale, état de santé objectif, taille de l'aire urbaine), les bénéficiaires de la CMU-C recourent à la clinique privée comme les sans complémentaire et les bénéficiaires d'une complémentaire privée.

Note : Le détail des variables de contrôle peut être lu dans l'encadré 1.

^(a) 89% des individus de l'échantillon ont formulé des probabilités subjectives de survie permettant de construire leur espérance de vie subjective (SLE). Par conséquent, nous intégrons aux régressions une variable binaire égale à 1 quand la SLE de l'individu n'est pas définie et 0 sinon.

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

Tableau 21 : Probabilité d'avoir un poids insuffisant

Poids insuffisant (IMC < 18,5)		Poids ins (1)	Poids ins (2)	Poids ins (3)	Poids ins (4)	Poids ins (5)	Poids ins (6)
Complémentaire santé	CMU-C	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
	Sans complémentaire	-0.0623*** (0.0204)	-0.0620*** (0.0204)	-0.0619*** (0.0205)	-0.0608*** (0.0204)	-0.0610*** (0.0204)	-0.0620*** (0.0204)
	Compl privée	-0.0390** (0.0197)	-0.0382* (0.0197)	-0.0375* (0.0197)	-0.0371* (0.0197)	-0.0372* (0.0196)	-0.0390** (0.0197)
Variables subjectives	VIE _{gen}	-	-0.00143 (0.00238)	-	-	-	-
	SLE ^(a)	-	-	-0.000629 (0.000499)	-	-	-
	Income _{Low,mean}	-	-	-	0.0201* (0.0108)	-	-
	Health _{Bad} *Income _{Low,mean}	-	-	-	-	0.0262** (0.0113)	-
	Health _{Good} *Income _{High,mean}	-	-	-	-	-	-0.0407*** (0.0103)
Autres variables de contrôle (<i>voir encadré 1</i>)		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Observations ^(b)		3106	3106	3106	3106	3106	3106
R ²		0.035	0.035	0.037	0.037	0.038	0.035

Lecture : Toutes choses égales par ailleurs (âge, sexe, niveau de vie, niveau de diplôme, situation familiale, état de santé objectif, taille de l'aire urbaine), les bénéficiaires de la CMU-C ont plus souvent un poids insuffisant que les sans complémentaire (+6,3%) et que les bénéficiaires d'une complémentaire privée (+3,9%). Ces différences sont significatives à 1% et 5%.

Note : Le détail des variables de contrôle peut être lu dans l'encadré 1.

^(a) 89% des individus de l'échantillon ont formulé des probabilités subjectives de survie permettant de construire leur espérance de vie subjective (SLE). Par conséquent, nous intégrons aux régressions une variable binaire égale à 1 quand la SLE de l'individu n'est pas définie et 0 sinon.

^(b) Les régressions sont réalisées sur les individus qui ont renseigné leur poids et leur taille soit 98,2% de l'échantillon.

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

Tableau 22 : Probabilité d'être obèse

Obésité (IMC > 30)		Obésité (1)	Obésité (2)	Obésité (3)	Obésité (4)	Obésité (5)	Obésité (6)
Complémentaire santé	CMU-C	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
	Sans complémentaire	0.0731* (0.0380)	0.0728* (0.0381)	0.0739* (0.0380)	0.0731* (0.0381)	0.0733* (0.0380)	0.0726* (0.0381)
	Compl privée	0.0685** (0.0288)	0.0674** (0.0289)	0.0684** (0.0288)	0.0685** (0.0288)	0.0687** (0.0287)	0.0685** (0.0288)
Variables subjectives	VIE _{gen}	-	0.00204 (0.00450)	-	-	-	-
	SLE ^(a)	-	-	-0.000123 (0.000862)	-	-	-
	Income _{Low,mean}	-	-	-	-0.000372 (0.0176)	-	-
	Health _{Bad} *Income _{Low,mean}	-	-	-	-	0.00273 (0.0185)	-
	Health _{Good} *Income _{High,mean}	-	-	-	-	-	0.0871 (0.117)
Autres variables de contrôle (<i>voir encadré 1</i>)		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Observations ^(b)		3106	3106	3106	3106	3106	3106
R ²		0.098	0.098	0.098	0.098	0.098	0.098

Lecture : Toutes choses égales par ailleurs (âge, sexe, niveau de vie, niveau de diplôme, situation familiale, état de santé objectif, taille de l'aire urbaine), les bénéficiaires de la CMU-C sont moins souvent en obésité que les sans complémentaire (+7,3%) et que les bénéficiaires d'une complémentaire privée (-6,9%). Ces différences sont significatives à 10% et 5%.

Note : Le détail des variables de contrôle peut être lu dans l'encadré 1.

^(a) 89% des individus de l'échantillon ont formulé des probabilités subjectives de survie permettant de construire leur espérance de vie subjective (SLE). Par conséquent, nous intégrons aux régressions une variable binaire égale à 1 quand la SLE de l'individu n'est pas définie et 0 sinon.

^(b) Les régressions sont réalisées sur les individus qui ont renseigné leur poids et leur taille soit 98,2% de l'échantillon.

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

Tableau 23 : Probabilité d'avoir une consommation risquée d'alcool

Alcool consommation risquée		Alcool (1)	Alcool (2)	Alcool (3)	Alcool (4)	Alcool (5)	Alcool (6)
Complémentaire santé	CMU-C	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
	Sans complémentaire	0.00958 (0.0251)	0.00968 (0.0251)	0.0115 (0.0253)	0.00959 (0.0251)	0.00985 (0.0251)	0.00905 (0.0251)
	Compl privée	-0.0130 (0.0167)	-0.0125 (0.0167)	-0.0100 (0.0170)	-0.0130 (0.0168)	-0.0126 (0.0167)	-0.0130 (0.0167)
Variables subjectives	VIE _{gen}	-	-0.000994 (0.00257)	-	-	-	-
	SLE ^(a)	-	-	-0.00168*** (0.000571)	-	-	-
	Income _{Low,mean}	-	-	-	0.000123 (0.00975)	-	-
	Health _{Bad} *Income _{Low,mean}	-	-	-	-	0.00652 (0.0102)	-
	Health _{Good} *Income _{High,mean}	-	-	-	-	-	0.101 (0.0801)
Autres variables de contrôle (<i>voir encadré 1</i>)		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Observations		3162	3162	3162	3162	3162	3162
R ²		0.030	0.030	0.034	0.030	0.030	0.031

Lecture : Toutes choses égales par ailleurs (âge, sexe, niveau de vie, niveau de diplôme, situation familiale, état de santé objectif, taille de l'aire urbaine), les bénéficiaires de la CMU-C ont une consommation risquée d'alcool qui n'est pas des sans complémentaire (+7,3%) et des bénéficiaires d'une complémentaire privée (-6,9%).

Note : Le détail des variables de contrôle peut être lu dans l'encadré 1.

^(a) 89% des individus de l'échantillon ont formulé des probabilités subjectives de survie permettant de construire leur espérance de vie subjective (SLE). Par conséquent, nous intégrons aux régressions une variable binaire égale à 1 quand la SLE de l'individu n'est pas définie et 0 sinon.

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

Tableau 24 : Probabilité de fumer régulièrement

Fumeur régulier		Fumeur (1)	Fumeur (2)	Fumeur (3)	Fumeur (4)	Fumeur (5)	Fumeur (6)
Complémentaire santé	CMU-C	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf	Réf
	Sans complémentaire	-0.0386 (0.0546)	-0.0367 (0.0547)	-0.0308 (0.0541)	-0.0378 (0.0547)	-0.0377 (0.0547)	-0.0392 (0.0547)
	Compl privée	-0.139*** (0.0398)	-0.129*** (0.0398)	-0.126*** (0.0399)	-0.138*** (0.0399)	-0.137*** (0.0399)	-0.139*** (0.0398)
Variables subjectives	VIE _{gen}	-	-0.0188*** (0.00546)	-	-	-	-
	SLE ^(a)	-	-	-0.00689*** (0.00113)	-	-	-
	Income _{Low,mean}	-	-	-	0.0113 (0.0226)	-	-
	Health _{Bad} *Income _{Low,mean}	-	-	-	-	0.0220 (0.0235)	-
	Health _{Good} *Income _{High,mean}	-	-	-	-	-	0.129 (0.113)
Autres variables de contrôle (<i>voir encadré 1</i>)		Oui	Oui	Oui	Oui	Oui	Oui
Observations		3162	3162	3162	3162	3162	3162
R ²		0.156	0.160	0.170	0.156	0.157	0.157

Lecture : Toutes choses égales par ailleurs (âge, sexe, niveau de vie, niveau de diplôme, situation familiale, état de santé objectif, taille de l'aire urbaine), les bénéficiaires de la CMU-C ont une probabilité de fumer qui n'est pas différente des sans complémentaire et supérieure (+14,8%) à celle des bénéficiaires d'une complémentaire privée, cette différence est significative à 1%.

Note : Le détail des variables de contrôle peut être lu dans l'encadré 1.

^(a) 89% des individus de l'échantillon ont formulé des probabilités subjectives de survie permettant de construire leur espérance de vie subjective (SLE). Par conséquent, nous intégrons aux régressions une variable binaire égale à 1 quand la SLE de l'individu n'est pas définie et 0 sinon.

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

Conclusion

Nous avons étudié dans un premier temps si l'assistance octroyée par la CMU-C favorise des perceptions subjectives, des anticipations et des préférences distinctes pour ses bénéficiaires. Puis, nous avons analysé comment ces variables pouvaient jouer sur les décisions de recours aux soins et les comportements à risques.

Les bénéficiaires de la CMU-C perçoivent leur état de santé et leur qualité de vie au cours des douze derniers mois comme inférieurs à ceux des autres assurés à âge et sexe équivalents. Mais ces différences sont entièrement expliquées par leur situation objective plus défavorisée en termes d'éducation, d'état de santé et de niveau de vie.

L'élicitation des préférences dans l'arbitrage santé-revenu nous a permis de montrer que les bénéficiaires de la CMU-C confèrent à la santé une valeur aussi importante que les autres assurés une fois tenu compte de leur plus faibles ressources financières, un résultat important, compte tenu des interprétations courantes d'une négligence de la santé par les personnes les plus démunies.

Le CMU-C favorise en revanche un pessimisme marqué pour ses bénéficiaires sur leur vie future en termes de longévité, de niveau de vie ou de qualité de vie, des différences d'appréciations et d'anticipations qui sont robustes à la prise en compte des conditions objectives de niveau de vie et de morbidité. Ces inquiétudes peuvent être liées à une stigmatisation internalisée liée au statut de bénéficiaire de l'assistance, et peuvent être renforcées par des expériences pénibles de refus de soins.

Le pessimisme toutes choses égales par ailleurs des bénéficiaires de la CMU-C quant à leur longévité, leur qualité de vie future et leur niveau de vie futur n'impacte pas spécifiquement leurs décisions individuelles de recours aux soins et de comportements à risque. Plus exactement, on observe bien que l'espérance de vie subjective influence le tabagisme et la consommation risquée d'alcool et que les anticipations futures de niveau de vie et de santé affectent le risque d'être en insuffisance pondérale, mais cela ne change pas significativement l'impact du statut assurantiel sur les comportements à risque.

Bibliographie

Bago d'Uva, Teresa, Owen O'Donnell, et Eddy van Doorslaer. 2017. « Who can predict their own demise? Heterogeneity in the accuracy and value of longevity expectations☆ ». *The Journal of the Economics of Ageing*, octobre. <https://doi.org/10.1016/j.jeoa.2017.10.003>.

Celant, Nicolas, et Thierry Rochereau. 2017. « L'Enquête santé européenne - Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014. » *Rapport Irdes*, n° 566 (octobre). <https://www.irdes.fr/recherche/2017/rapport-566-enquete-sante-europeenne-ehis-enquete-sante-et-protection-sociale-esps-2014.html>.

Chareyron, Sylvain, Yannick L'Horty, et Pascale Petit. 2019. « Les refus de soins discriminatoires liés à l'origine et à la vulnérabilité économique: tests dans trois spécialités médicales en France. ». <https://www.defenseurdesdroits.fr/sites/default/files/atoms/files/etres-refussoins-num-21.10.19.pdf>

CREDOC. 2019. « Les populations éligibles à la CMU-C et à l'ACS en 2019 ». 2019. <https://www.credoc.fr/publications/les-populations-eligibles-a-la-cmu-c-et-a-lacs-en-2019>.

Dardanoni, Valentino, et Adam Wagstaff. 1987. « Uncertainty, Inequalities in Health and the Demand for Health ». *Journal of Health Economics* 6 (4): 283-90. [https://doi.org/10.1016/0167-6296\(87\)90016-6](https://doi.org/10.1016/0167-6296(87)90016-6).

Desprès, Caroline. 2010. « La Couverture maladie universelle, une légitimité contestée: analyse des attitudes de médecins et dentistes à l'égard de ses bénéficiaires ». *Pratiques et Organisation des Soins* 41 (1): 33-43.

———. 2013. « Significations du renoncement aux soins: une analyse anthropologique ». *Sciences sociales et sante* Vol. 31 (2): 71-96.

Desprès, Caroline, et Pierre Lombrail. 2017. « Des pratiques médicales et dentaires, entre différenciation et discrimination: Une analyse de discours de médecins et dentistes. » Rapport de recherche sous la responsabilité de Rémi Gagnayre et Pierre Lombrail, financé par le Fonds CMU-C et le Défenseur des droits.

Dominitz, Jeff. 1998. « Earnings Expectations, Revisions, and Realizations ». *Review of Economics and Statistics* 80 (3): 374-88.

Dormont, Brigitte, Anne-Laure Samson, Marc Fleurbaey, Stéphane Luchini, et Erik Schokkaert. 2018. « Individual Uncertainty About Longevity ». *Demography* 55 (5): 1829-54. <https://doi.org/10.1007/s13524-018-0713-4>.

Fleurbaey, Marc, Stéphane Luchini, Erik Schokkaert, et Carine Van de Voorde. 2012. « Évaluation des politiques de santé: pour une prise en compte équitable des intérêts des populations ». *Economie et Statistique* 455 (1): 11-36. <https://doi.org/10.3406/estat.2012.10015>.

Grossman, Michael. 1972. « On the Concept of Health Capital and the Demand for Health ». *Journal of Political Economy* 80 (2): 223-55. <https://doi.org/10.1086/259880>.

Guthmuller, Sophie, et Jérôme Wittwer. 2017. « The Impact of the Eligibility Threshold of a French Means-Tested Health Insurance Programme on Doctor Visits: A Regression Discontinuity Analysis ». *Health Economics* 26 (12): e17-34. <https://doi.org/10.1002/hec.3464>.

Huynh, Kim P., et Juergen Jung. 2015. « Subjective Health Expectations ». *Journal of Policy Modeling* 37 (4): 693-711. <https://doi.org/10.1016/j.jpolmod.2015.04.001>.

Jess, Noémie. 2015. « Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins ». *Etudes et résultats*, DREES, n° 944: 6.

OCDE. 2019. « L'ascenseur social en panne? Comment promouvoir la mobilité sociale | fr | OCDE ». <https://www.oecd.org/fr/publications/l-ascenseur-social-en-panne-comment-promouvoir-la-mobilite-sociale-bc38f798-fr.htm>.

INSEE. 2018. « L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes - Insee Première - 1687 ». 2018. <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3319895>.

Liljas, Bengt. 1998. « The Demand for Health with Uncertainty and Insurance ». *Journal of Health Economics* 17 (2): 153-70. [https://doi.org/10.1016/S0167-6296\(97\)00021-0](https://doi.org/10.1016/S0167-6296(97)00021-0).

Manski, Charles F. 2004. « Measuring Expectations ». *Econometrica* 72 (5): 1329-76. <https://doi.org/10.1111/j.1468-0262.2004.00537.x>.

CNAM. 2017. « Rapports Charges et produits pour l'année 2016 ». <https://www.ameli.fr/l-assurance-maladie/statistiques-et-publications/rapports-et-periodiques/rapports-charges-produits-de-l-assurance-maladie/rapports-charges-et-produits-pour-2013-a-2017/rapport-charges-et-produits-pour-l-annee-2016.php>.

Raynaud, Denis. 2003. « L'impact de la CMU sur la consommation individuelle de soins ». *Etudes et résultats*, DREES, n° 229: 8.

Tuppin, Philippe, Pierre-Olivier Blotière, Alain Weill, Philippe Ricordeau, et Hubert Allemand. 2011. « Surmortalité et Hospitalisations plus Fréquentes Des Bénéficiaires de La Couverture Médicale Universelle Complémentaire En 2009 ». *La Presse Médicale* 40 (6): e304-14. <https://doi.org/10.1016/j.lpm.2011.01.021>.

Annexes

Tableau A1 : Moyennes des variables d'appréciations subjectives pour les trois catégories d'assurés

	CMU-C (1)	Sans complémentaire (2)	Complémentaire privée (3)	Diff (2) et (3)
N	206	170	2789	
% femme	57.35 (49.58)	39.69*** (49.07)	53.03 (49.92)	***
Age	38.79 (12.87)	42.21** (19.58)	49.80*** (18.13)	***
<i>Appréciations subjectives : santé et qualité de vie</i>				
SAH (/100)	69.30 (23.66)	72.02 (20.30)	73.76*** (19.74)	NS
VEgen (/10)	5.58 (1.96)	6.13*** (1.85)	6.72*** (1.65)	***
VIRec (/10)	5.44 (2.46)	5.83 (2.27)	6.43*** (2.01)	***

Note : Ce tableau compare les moyennes de différentes variables calculées sur trois catégories de personnes : les bénéficiaires de la CMU-C, les personnes sans complémentaire santé, les personnes avec une complémentaire privée. Pour chaque variable, la significativité de la différence de la moyenne d'une catégorie d'assurés (sans complémentaire ou avec complémentaire privée) avec la moyenne observée chez les bénéficiaires de la CMU-C est indiquée par les étoiles dans les colonnes 2 et 3. La significativité de la différence de moyenne entre les bénéficiaires d'une complémentaire privée et les sans complémentaire est indiquée dans la dernière colonne du tableau.

On considère ici des moyennes calculées avec des pondérations qui assurent la représentativité de la population française par structure d'âge et de sexe.

NS : différence non significative, * p-value<0.10, ** p-value<0.05, *** p-value<0.01. Les écarts-type sont entre parenthèses.

Lecture : L'état de santé subjectif (SAH) des bénéficiaires de la CMU-C atteint une moyenne de 69,3 pour un score de 0 à 100. Ce score est significativement différent de celui des bénéficiaires d'une complémentaire privée (73,8) avec un risque de première espèce de 1% et pas significativement différent de celui des personnes sans complémentaire (72,0).

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

Tableau A2 : Moyennes des variables d'anticipations pour les trois catégories d'assurés

	CMU-C (1)	Sans complémentaire (2)	Complémentaire privée (3)	Diff (2) et (3)
<i>Anticipations de santé : probabilités subjectives d'être en mauvaise ou en très mauvaise santé</i>				
Health _{Bad,40-49} (N=769)	18.85 (33.37)	11.59 (24.61)	11.06*** (24.87)	NS
Health _{Bad,50-59} (N=1241)	28.26 (40.64)	21.12 (33.06)	21.70** (35.04)	NS
Health _{Bad,60-69} (N=1907)	49.92 (45.46)	42.82 (39.79)	34.84*** (40.07)	**
Health _{Bad,70-79} (N=2536)	65.02 (42.40)	62.05 (40.58)	53.24*** (41.86)	***
Health _{Bad,80-89} (N=2952)	79.15 (37.56)	75.33 (37.81)	71.28*** (37.97)	NS
Health _{Bad,90-100} (N=3162)	86.80 (32.36)	82.66 (33.48)	83.96 (31.98)	NS
<i>Anticipations de niveau de vie : probabilités subjectives d'avoir un niveau de vie entre 0 et 1000€</i>				
Income _{Low,40-49} (N=769)	20.70 (37.10)	4.111*** (17.53)	6.415*** (23.25)	NS
Income _{Low,50-59} (N=1241)	34.23 (44.71)	7.685*** (25.67)	9.201*** (28.10)	NS
Income _{Low,60-69} (N=1907)	47.22 (47.50)	17.29*** (36.55)	15.35*** (34.92)	NS
Income _{Low,70-79} (N=2536)	55.94 (48.00)	22.82*** (40.47)	18.60*** (37.85)	NS
Income _{Low,80-89} (N=2952)	57.49 (47.46)	27.49*** (43.29)	21.67*** (40.27)	*
Income _{Low,90-100} (N=3162)	59.66 (47.56)	33.39*** (46.07)	26.37*** (43.35)	**
<i>Anticipations jointes de santé et de niveau de vie : probabilités subjectives d'être en mauvaise ou en très mauvaise santé et d'avoir un niveau de vie entre 0 et 1000€</i>				
Health _{Bad} *Income _{Low,40-49} (N=769)	6.301 (19.48)	0.671** (5.432)	1.492*** (10.26)	NS
Health _{Bad} *Income _{Low,50-59} (N=1241)	12.95 (30.25)	3.817*** (17.47)	4.034*** (17.92)	NS
Health _{Bad} *Income _{Low,60-69} (N=1907)	26.27 (40.61)	10.89*** (29.61)	7.994*** (24.88)	NS
Health _{Bad} *Income _{Low,70-79} (N=2536)	39.34 (45.83)	17.23*** (35.55)	12.28*** (30.48)	*
Health _{Bad} *Income _{Low,80-89} (N=2952)	46.44 (47.39)	23.68*** (40.81)	17.48*** (35.97)	**
Health _{Bad} *Income _{Low,90-100} (N=3162)	51.84 (48.28)	30.03*** (44.21)	23.45*** (41.14)	**
<i>Anticipations jointes de santé et de niveau de vie : probabilités subjectives d'être en bonne ou en excellente santé et d'avoir un niveau de vie supérieur à 2000€</i>				
Health _{Good} *Income _{High,40-49} (N=769)	4.682 (17.04)	21.52*** (35.50)	21.75*** (35.77)	NS
Health _{Good} *Income _{High,50-59} (N=1241)	2.215 (10.95)	11.93*** (27.13)	14.56*** (30.42)	NS
Health _{Good} *Income _{High,60-69} (N=1907)	1.395 (10.45)	2.455 (11.58)	5.744*** (19.18)	*
Health _{Good} *Income _{High,70-79} (N=2536)	0.345 (5.881)	2.828** (13.25)	2.746*** (13.77)	NS
Health _{Good} *Income _{High,80-89} (N=2952)	0.575 (6.663)	1.907 (10.53)	1.294 (9.742)	NS
Health _{Good} *Income _{High,90-100} (N=3162)	0.738 (8.578)	1.360 (9.003)	0.852 (8.256)	NS
<i>Anticipations de longévité</i>				
SLE (N=2770)	72.19 (11.71)	76.48*** (9.79)	78.70*** (9.30)	***

Note : Ce tableau compare les moyennes de différentes variables calculées sur trois catégories de personnes : les bénéficiaires de la CMU-C, les personnes sans complémentaire santé, les personnes avec une complémentaire privée. Pour chaque variable, la significativité de la différence de la moyenne d'une catégorie d'assurés (sans complémentaire ou avec complémentaire privée) avec la moyenne observée chez les bénéficiaires de la CMU-C est indiquée par les étoiles dans les colonnes 2 et 3. La significativité de la différence de moyenne entre les bénéficiaires d'une complémentaire privée et les sans complémentaire est indiquée dans la dernière colonne du tableau.

On considère ici des moyennes calculées avec des pondérations qui assurent la représentativité de la population française par structure d'âge et de sexe.

NS : différence non significative, * p-value<0.10, ** p-value<0.05, *** p-value<0.01. Les écarts-type sont entre parenthèses.

Lecture : Les bénéficiaires de la CMU-C anticipent une probabilité de 18,9% d'être en mauvaise ou en très mauvaise santé entre 40 et 49 ans. Cette probabilité est significativement différente de celle observée chez les personnes avec complémentaire privée (11,1 %) avec un risque de première espèce de 1% mais pas significativement différente de celle observée chez les personnes sans complémentaire (11,6%).

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.

Tableau A3 : Moyennes des variables de préférences pour les trois catégories d'assurés

	CMU-C (1)	Sans complémentaire (2)	Complémentaire privée (3)	Diff (2) et (3)
<i>Préférences pour la santé : disposition à payer, revenus par unité de consommation et revenu équivalent santé</i>				
% DaP rétro nulle	51.30 (50.10)	39.37** (49.00)	36.62*** (48.18)	NS
- %DaP rétro nulle : revenus trop bas	41.25 (49.35)	24.61*** (43.20)	16.81*** (37.41)	***
- %DaP rétro nulle : préférences faibles pour la santé	5.394 (22.65)	7.297 (26.08)	6.953 (25.44)	NS
% DaP rétro > 0	34.52 (47.66)	36.82 (48.38)	40.45* (49.09)	NS
DaP rétro si DaP>0 (en €) ; N=1276	97.93 (217.4)	97.25 (127.2)	164.2** (265.5)	**
% DaP rétro refus	14.18 (34.97)	23.81** (42.72)	22.94*** (42.05)	NS
NdV si DaP rétro nulle (en €) ; N=1154	550.0 (232.1)	1139.3*** (1753.9)	1387.4*** (910.6)	**
= RES si DaP rétro nulle (en €) ; N=1154	"	"	"	"
NdV si DaP rétro >0 (en €) ; N=1276	623.8 (300.5)	1123.1*** (513.7)	1579.5*** (1063.6)	***
RES si DaP rétro >0 (en €) ; N=1276	538.1 (316.1)	1025.9*** (491.9)	1419.8*** (1046.4)	***
<i>Préférences pour la santé et la longévité : disposition à payer et revenus anticipés</i>				
% DaP future nulle	30.12 (45.99)	16.51*** (37.24)	16.32*** (36.96)	NS
- %DaP future nulle : revenus trop bas	25.87 (43.90)	13.10*** (33.84)	12.08*** (32.59)	NS
- %DaP future nulle : préférences faibles pour la santé	3.603 (18.68)	2.816 (16.59)	1.818* (13.36)	NS
% DaP future > 0	56.70 (49.67)	62.64 (48.52)	65.55*** (47.53)	NS
DaP future si DaP future > 0 (en €) ; N=1961	145.5 (267.0)	173.6 (237.6)	216.7*** (306.8)	**
% DaP future refus	13.18 (33.91)	20.85** (40.74)	18.13* (38.53)	NS
Income _{Low,90-100} si DaP future = 0 ; N=576	63.92 (47.79)	54.47 (50.09)	42.21*** (48.82)	NS
Income _{Low,90-100} si DaP future >0 ; N=1961	56.50 (48.00)	34.32*** (46.32)	22.40*** (40.88)	***

Note : Ce tableau compare les moyennes de différentes variables calculées sur trois catégories de personnes : les bénéficiaires de la CMU-C, les personnes sans complémentaire santé, les personnes avec une complémentaire privée. Pour chaque variable, la significativité de la différence de la moyenne d'une catégorie d'assurés (sans complémentaire ou avec complémentaire privée) avec la moyenne observée chez les bénéficiaires de la CMU-C est indiquée par les étoiles dans les colonnes 2 et 3. La significativité de la différence de moyenne entre les bénéficiaires d'une complémentaire privée et les sans complémentaire est indiquée dans la dernière colonne du tableau.

On considère ici des moyennes calculées avec des pondérations qui assurent la représentativité de la population française par structure d'âge et de sexe.

NS : différence non significative, * p-value<0.10, ** p-value<0.05, *** p-value<0.01. Les écarts-type sont entre parenthèses.

Lecture : Les bénéficiaires de la CMU-C déclarent une disposition à payer rétrospective nulle dans 51,3% des cas. Ce qui est significativement supérieur aux personnes sans complémentaire (39,4%) avec un risque de première espèce de 5% et aux personnes avec une complémentaire privée (36,6%) avec un risque de première espèce de 1%.

Source : Enquête « Valeur de la Santé » - Chaire Santé Paris-Dauphine - 2009.