

Aperçu du contenu des couvertures de frais de soins de santé dans les entreprises

Travail effectué en Juin 1998, dans le cadre du rapport Boulard
sur la couverture maladie universelle

Agnès Bocognano, Michel Grignon

Biblio n° 1260

Mars 1999

Les noms d'auteurs sont cités par ordre alphabétique

Toute reproduction de textes, graphiques ou tableaux est autorisée sous réserve de l'indication de la source et de l'auteur.
En cas de reproduction du texte intégral ou de plus de 10 pages, la Directrice du CREDES devra être informée préalablement.

I.S.B.N. : 2-87812-240-2

Sommaire

Introduction	1
1. La couverture complémentaire maladie des personnes à faibles revenus	2
2. Aperçu général de la couverture des frais de soins de santé dans les entreprises	4
2.1. Les modalités de mise en place d'une couverture de frais de soins de santé	4
2.2. La tendance récente concernant les lieux de négociation	4
3. Contenu de quelques contrats de garantie de frais de soins de santé	4
3.1. Les accords collectifs de branche	4
3.2. Les accords collectifs d'entreprise	5
3.3. Les autres types d'accords	6
Conclusion	7
Experts consultés	7

Aperçu du contenu des couvertures de frais de soins de santé dans les entreprises

Introduction

Cette note tente d'apporter une contribution au débat que soulève le projet de couverture maladie universelle, dans sa composante « prise en charge à 100 % pour les bas revenus ».

Les enquêtes auprès des ménages, en particulier celles du CREDES, font apparaître qu'une fraction non négligeable de la population ciblée par un dispositif de prise en charge à 100 % bénéficie déjà d'une couverture complémentaire, le plus souvent acquise dans le cadre de leur entreprise. Sachant que ces enquêtes sous-estiment le pourcentage de personnes ayant de bas revenus, il convient dans un premier point de recalculer les effectifs réels concernés.

La part importante de personnes ayant de bas revenus bénéficiant d'une couverture complémentaire, conduit à s'interroger sur la mise en place d'un système général de couverture. Un tel système n'entraînerait-il pas un désengagement des entreprises vis-à-vis des bas revenus ? Ne risquerait-il pas alors d'aboutir à une régression sociale pour un certain nombre d'individus pour lesquels la couverture acquise dans le cadre de l'entreprise est sans doute supérieure à la couverture standard qui serait mise en place ?

Compte tenu de ses travaux sur la couverture complémentaire maladie, le CREDES a été sollicité pour apporter des éléments d'observation complémentaires sur la couverture collective et ses caractéristiques.

La couverture collective est en effet mal connue aujourd'hui : à la fois par les économistes de la santé qui, au travers d'enquêtes, ne connaissent que l'existence ou non d'une telle couverture ; et par les experts du côté emploi-travail pour lesquels la couverture maladie reste un aspect marginal de la négociation sur la protection sociale.

La connaissance de la couverture des frais de soins de santé négociée au sein des entreprises est actuellement difficile pour deux raisons. La première est que la plupart des contrats ne sont pas publics. En effet, seuls les contrats collectifs sont disponibles, soit au JO, soit aux directions départementales du travail, dans la mesure où les entreprises acceptent de déposer leur accord auprès de ces dernières. Les autres types de contrats ne sont soumis à aucune demande de publicité. La seconde est que l'accès du public à ces contrats est soumis à la condition qu'ils aient été rendus anonymes. Ainsi, même lorsque l'on dispose de contrats, il est impossible d'évaluer rapidement le nombre de personnes concernées par les garanties proposées.

Cette note présente tout d'abord les effectifs de la population ayant de bas revenus, selon leur couverture complémentaire. Elle présente ensuite un aperçu de la couverture des frais de soins de santé proposée par les entreprises, sans pouvoir cependant apporter de réelles précisions quantitatives sur le sujet. Une étude plus poussée, à partir d'un nombre plus important de contrats et enrichie par des informations obtenues auprès des entreprises elles-mêmes, permettrait sans doute une analyse plus riche sur le plan qualitatif et quantitatif.

1. La couverture complémentaire maladie des personnes à faibles revenus

Le tableau ci-dessous présente la répartition de la population en fonction du mode d'obtention de la couverture maladie ¹.

Tableau n° 1
Le mode d'obtention de la couverture complémentaire, pourcentages

Niveau de revenu mensuel par UC	Taux de personnes couvertes par couverture complémentaire obtenue				
	A leur initiative	Par leur entreprise et c'est obligatoire	Par leur entreprise et ce n'est pas obligatoire	Mode d'obtention autre ou inconnu	Total
Moins de 2 000 Francs/uc	26 %	4 %	13 %	4 %	47 %
2 000 à 3 000 Francs/uc	37 %	13 %	21 %	1 %	72 %
Plus de 3 000 Francs/uc	34 %	23 %	32 %	2 %	91 %
Ensemble (y c inconnu)	32 %	21 %	28 %	3 %	84 %

Source : CREDES-ESPS 1996

Lecture : 26 % des personnes disposant de moins de 2 000 francs par unité de consommation ont contracté une couverture complémentaire de leur propre initiative. 47 % des personnes disposant de moins de 2 000 francs par unité de consommation ont une couverture complémentaire maladie, les 53 % restants n'en ont pas.

L'importance de la proportion de personnes ayant de faibles revenus par unité de consommation et bénéficiant d'une couverture maladie peut sembler surprenante. On peut penser qu'elle est surestimée dans le sens où, parmi les personnes les plus pauvres, seules les mieux insérées, donc les plus susceptibles d'être assurées, sont enquêtées. Ceci provient :

- tout d'abord d'une sélection par construction, car l'enquête ne concerne que des personnes qui ont un logement ;
- en deuxième lieu, du fait que les personnes répondant ont un état de santé physique et moral suffisamment bon pour accepter de participer à l'enquête ;
- enfin, du fait que les personnes isolées sont sous-représentées, ce qui est souvent le cas dans ce type d'enquêtes, sans doute parce qu'elles sont moins souvent à leur domicile lorsqu'elles sont jeunes, et moins enclines à répondre à une enquête quand elles sont âgées.

Les deux premiers facteurs sont impossibles à redresser ; les résultats présentés dans cette note s'entendent donc au sens restreint de « couverture complémentaire des ménages ordinaires ». Rien n'indique que l'état de santé des répondants entraîne une surestimation des taux d'assurance complémentaire : certes, les personnes en meilleure santé sont plus souvent mieux insérées, notamment professionnellement et ont donc des chances supérieures d'être assurées, cependant, les personnes de santé fragile sont aussi incitées, par leur état même, à se couvrir.

On peut estimer l'effet du troisième facteur (mode de vie). En fait, la probabilité de disposer d'une couverture complémentaire est principalement affectée par le fait de vivre en couple ou d'être le seul adulte de son ménage, tout au moins parmi les ménages à moins de 3 000 francs par mois et par unité de consommation : les isolés et les familles monoparentales présentent des taux systématiquement et significativement plus bas d'assurance que les couples. Or, si l'enquête sous-

¹ Sources : La couverture sociale des personnes ayant de faibles revenus, Note CREDES 1998.

estime les isolés, elle surestime en revanche les familles monoparentales ; les deux effets se compensent. **Les taux moyens d'assurance complémentaire fournis par l'enquête sont, au total, satisfaisants à un point près.** Il en va de même de la distribution des assurés complémentaires selon l'origine de leur assurance (d'entreprise ou individuelle).

Tableau n° 2
Le mode d'obtention de la couverture complémentaire (effectifs France entière)

Niveau de revenu mensuel par UC	Effectifs extrapolés de personnes couvertes par couverture complémentaire obtenue, ou sans couverture					
	A leur initiative	Par leur entreprise et c'est obligatoire	Par leur entreprise et ce n'est pas obligatoire	Mode d'obtention autre ou inconnu	Sans couverture	Total
Moins de 2 000 Francs/uc	181 019	27 849	90 509	27 849	369 000	696 227
2 000 à 3 000 Francs/uc	2 893 599	1 016 670	1 642 313	78 205	2 189 751	7 820 538
Plus de 3 000 Francs/uc	15 593 369	10 548 456	14 676 112	917 257	4 127 657	45 862 851
Ensemble (y c inconnu)	18 681 477	12 259 719	16 346 292	1 751 388	9 340 739	58 379 616

Source : CREDES-ESPS 1996

Les effectifs sont ici extrapolés à la population France entière, en « sur-extrapolant » les ménages à moins de 3 000 francs par mois et par unité de consommation. Cette méthode est nécessaire pour ne pas sous-estimer le nombre de ménages pauvres. En effet, la comparaison des effectifs bruts issus de l'enquête, et d'une estimation² des effectifs de ménages ordinaires pauvres (au sens de disposant de moins de 2 700 francs par mois et par unité de consommation) dans le recensement de la population de 1990 a montré que l'enquête sous représentait les ménages pauvres.

Rappel : le calcul des revenus par Unité de Consommation (UC)

Les revenus utilisés ici sont calculés à partir du revenu du ménage, déclaré dans l'enquête et classé en 10 tranches. 29 % des ménages ont refusé de fournir leur niveau de revenus.

Pour chacun des ménages ayant bien voulu déclarer son revenu, on divise le centre de la tranche de revenu par le nombre de personnes pondéré de son ménage (1 pour le chef de ménage, 0,8 pour les autres adultes et 0,5 pour les moins de 14 ans). C'est ce résultat qui est appelé par la suite : « revenu par unité de consommation, revenu par UC ».

La notion de revenu par unité de consommation pose le problème de la connaissance des ressources par la personne interrogée dans l'enquête (les dépenses prises en charge par un tiers telles certaines aides au logement par exemple ne sont pas forcément déclarées lors de l'enquête). Elle pose aussi le problème de l'échelle de revenu : le choix d'une échelle d'équivalence différente conduirait à cibler un dispositif concret sur une population différente.

² Via l'utilisation de l'échantillon national des allocataires de prestations familiales pour 1991, base de données qui fournit une grandeur proche de la notion de revenu disponible après transferts.

2. Aperçu général de la couverture des frais de soins de santé dans les entreprises

2.1. Les modalités de mise en place d'une couverture de frais de soins de santé

En matière de couverture de frais de soins de santé, les entreprises sont libres d'instaurer ou non une couverture, libres d'instaurer une couverture différenciée selon les catégories de salariés, voire de ne l'instaurer que pour certaines catégories de salariés. Cette liberté n'est remise en cause que dans le cas où une branche professionnelle crée un régime commun à des entreprises exerçant la même activité à travers un accord collectif étendu. Le régime s'impose alors à toutes les entreprises couvertes par la convention collective.

La mise en place d'une couverture de frais de soins de santé peut se faire par voie :

- d'une convention ou d'un accord collectif de branche ou d'entreprise,
- d'un projet d'accord proposé par l'entreprise et ratifié au moyen d'un référendum par les salariés,
- d'une décision unilatérale de l'employeur ,
- du Comité d'entreprise qui peut la mettre en place et la gérer directement au titre de ses activités sociales.

2.2. La tendance récente concernant les lieux de négociation

Au niveau des branches, il semble que les partenaires sociaux se soient mobilisés autour des thèmes de retraite complémentaire et de prévoyance. Entre 1995 et 1996, le nombre d'accords a doublé passant de 35 à 69. Mais cette tendance ne concerne pas les frais médicaux : en 1997, 53 accords ont été négociés mais aucun ne crée ou ne modifie des dispositions concernant les frais de soins de santé³. Cette tendance spécifique concernant les frais médicaux concorde avec la position soutenue par le CNPF et rappelée lors du colloque de l'ASTEC le 31 mars 1998 par Bernard CARON, Directeur de la protection sociale au CNPF : la négociation en ce qui concerne les soins médicaux est laissée au niveau de l'entreprise. Le CNPF ne souhaite pas voir se développer au niveau interprofessionnel des accords sur la prévoyance qui pourraient conduire à terme à des mécanismes de compensation tels que pour les régimes de retraite. En revanche, certaines organisations syndicales comme la CFDT sont favorables au développement de la négociation de branche, tout au moins pour celles comprenant de nombreuses PME, ce qui aurait notamment pour conséquence de ne plus faire de la prévoyance un élément de concurrence entre entreprises.

3. Contenu de quelques contrats de garantie de frais de soins de santé

3.1. Les accords collectifs de branche

Dans un récent rapport, Lucy apRoberts a dépouillé 130 accords de branches en vigueur en 1997. Sur ces 130, 10 seulement traitent des frais médicaux de manière obligatoire (8 %) ⁴. Les branches concernées sont l'industrie pharmaceutique et les branches connexes : répartition pharmaceutique, pharmacie d'officine, commerce et fabrication pharmaceutique, la branche des sociétés d'assurance (ces deux branches depuis 1962) et certaines branches de l'économie sociale : maisons de retraite, foyers de jeunes travailleurs, tourisme social et familial, Unedic-Assedic. Ces accords sont accessibles, car consultables dans les publications du JO.

³ Source : rapport annuel du CTIP, 1996 et « la négociation sur les couvertures sociales complémentaires », note des bureaux de la protection sociale complémentaire et des régimes professionnels de la DSS, avril 1998.

⁴ Source : La négociation collective sur la prévoyance, mars 1998, L. apRoberts, IRES.

Les rares accords de branches prévoyant la garantie frais de soins de santé renvoient le plus souvent pour les modalités à un accord d'entreprise. On peut citer cependant celui de l'industrie pharmaceutique, celui des foyers de jeunes travailleurs ou encore l'accord régional du Limousin pour le Bâtiment, qui détaillent les garanties santé (le premier est présenté en annexe). Ces accords prévoient des garanties obligatoires et familiales avec une participation d'au moins 50 % de l'employeur. Sur les 3 accords, 2 prévoient la distinction entre catégories de personnel. Les prestations sont diverses mais comprennent toutes, au moins l'intégralité du ticket modérateur, le dépassement étant remboursé en partie, pas du tout ou de manière facultative.

3.2. Les accords collectifs d'entreprise

Les accords d'entreprise contractés entre l'employeur et les partenaires sociaux sont déposés dans les directions départementales du travail. La DARES en a collecté quelques-uns pour les années 95/96. Dans le rapport cité supra, Lucy apRoberts a également dépouillé 68 accords d'entreprise de manière détaillée. 46 instaurent une couverture des frais médicaux, dont 41 une garantie obligatoire.

Une dizaine d'accords d'entreprise, rendus anonymes, ont été mis à notre disposition par la DARES, afin de nous permettre d'affiner l'analyse de ces accords. Ils sont présentés en annexe. A partir des résultats du rapport de Lucy apRoberts et de la dizaine d'accords que nous avons dépouillés de manière plus approfondie, on peut dégager les éléments suivants :

1. Sur les 46 accords que Lucy apRoberts présente dans son rapport (supra), 27 prévoient une couverture identique pour l'ensemble des salariés. D'après les experts consultés, la discrimination entre catégories existe toujours mais elle tend à devenir de moins en moins fréquente. On peut relever que certains accords prévoient une garantie Invalidité-Décès qui distingue cadres et non cadres, mais que cette distinction disparaît, au sein de la même entreprise, en ce qui concerne les frais de soins de santé.
2. Dans la dizaine d'accords consultés, les personnes ayant un contrat à durée déterminée font rarement l'objet d'une clause particulière. Là encore, la tendance est à inclure ces catégories de salariés dans les garanties santé. Cependant, l'existence de délais de carence parfois importants, allant jusqu'à 1 an, est une façon de sortir les CDD du bénéfice de la garantie frais de soins de santé. Or environ une entreprise sur deux prévoit un délai de carence supérieur à 3 mois. Ces dispositions expliquent sans doute pourquoi le taux de personnes couvertes par une complémentaire maladie est plus faible pour celles qui ont un CDD que pour celles ayant un CDI : respectivement 69 % et 91 %⁵. On peut noter que les contrats collectifs obligatoires imposent rarement des délais de carence, à l'inverse des contrats collectifs facultatifs et des garanties contractées individuellement hors de l'entreprise, qui se protègent ainsi du risque de voir les plus forts consommateurs entrer et sortir rapidement d'un contrat. Les CDD posent de toutes façons souvent problème car d'une part, ils sont parfois déjà couverts individuellement ou par leur conjoint, d'autre part, ils perdent le plus souvent la couverture maladie lorsqu'ils sortent de l'entreprise, malgré la loi Evin de 1989 qui prévoit dans ses articles 2 et 3 que toute personne sortante puisse continuer à exercer ses droits au régime de prévoyance de l'entreprise. C'est pourquoi la CFDT par exemple, propose de développer des négociations locales entre organismes complémentaires (assurances, mutuelles, caisses de prévoyance) qui aménagent la continuité d'une couverture collective pour les CDD, en dehors de l'entreprise.
3. Les personnes à temps partiel sont rarement exclues de la garantie. Les contrats observés qui présentent un nombre minimum d'heures travaillées ne sont pas trop restrictifs, ce nombre est largement en deçà du mi-temps par exemple (20 heures par mois, 200 heures par trimestre ...). Le problème des personnes à temps partiel ne se pose vraiment que lorsque les cotisations sont

⁵ Sources : « Santé, soins et protection sociale en 1996 », Biblio 1204, CREDES 1997.

proportionnelles au salaire. L'effort contributif peut alors être faible par rapport aux charges engendrées. C'est sans doute la raison pour laquelle certains accords proposant une cotisation proportionnelle au salaire prévoient aussi l'existence d'une cotisation minimum, par exemple sous forme de pourcentage de Plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS). Lorsque la cotisation est forfaitisée, ce problème n'existe plus.

4. Les prestations peuvent être assez variables, d'autant plus que quelques entreprises proposent à leurs salariés de choisir un régime optionnel, supplémentaire, offrant des garanties plus importantes, plus onéreux et en général à leurs propres frais. Cependant tous les régimes de base étudiés prévoient le remboursement du ticket modérateur dans son intégralité et celui du forfait journalier. La prise en charge des dépassements d'honoraires n'est pas systématique et est rarement supérieure à 100 % du tarif conventionnel (en plus du remboursement sécurité sociale). La plupart des accords prévoient le versement d'une prime de naissance ou adoption.
5. Tous les contrats étudiés prévoient une participation, parfois minime (10 francs) de l'employeur, souvent d'au moins 40 %. Les cotisations sont soit forfaitisées, soit proportionnelles au salaire.
6. 40 accords prévoient une garantie obligatoire pour le salarié lui-même. La prise en compte de la famille dans la garantie varie : la couverture est obligatoire dans 20 contrats, facultative dans 11 accords et non précisée dans les autres. Quand la couverture de la famille est obligatoire, elle est le plus souvent incluse dans une cotisation unique, identique pour tous les salariés (15/20). En revanche lorsque la couverture de la famille est facultative, elle fait l'objet d'un surcroît de cotisation, à la charge du seul salarié.

3.3. Les autres types d'accords

Les autres types d'accords, issus de la décision de l'employeur, d'un référendum ou mis en place par le comité d'entreprise ne font l'objet d'aucune déclaration officielle et sont donc encore plus difficiles à obtenir. Une Institution de prévoyance a bien voulu nous faire parvenir une dizaine de ces contrats, présentés en annexe, à propos desquels on peut relever les points suivants :

1. Les garanties proposées sont obligatoires et familiales et distinguent selon les catégories de salariés dans la plupart des cas. Mais là encore, les responsables de l'institution pensent que la tendance est à l'uniformisation des contrats des différentes catégories socioprofessionnelles.
2. La description des garanties est très détaillée. Les propositions de remboursement sont en général meilleures que celles relevées dans les accords d'entreprise, notamment en ce qui concerne la prise en charge des dépassements d'honoraires. La couverture des catégories cadres est plus élevée que celle des non cadres.
3. Les contrats proposés ne mentionnent pas de clauses spécifiques pour les CDD ni de délai de carence, ce qui s'explique par le fait que tous (sauf un) sont des contrats collectifs obligatoires. Il n'existe pas non plus de clauses spécifiques pour les temps partiels, mais il faut noter que la plupart des contrats prévoient des cotisations forfaitaires.
4. Les accords ne présentent pas la participation de l'employeur, mais les commerciaux de cette mutuelle précisent que toutes les entreprises offrent une participation, disposition quasiment indispensable pour négocier et faire accepter un régime obligatoire de frais de soins de santé. La plupart proposeraient une participation d'au moins 50 %. Les négociations se feraient le plus souvent sur les mêmes bases que les retraites complémentaires, à savoir 60 % / 40 % (répartition préconisée par l'ARRCO).

Conclusion

Les résultats concernant les contrats d'entreprise permettent d'approcher le contenu des accords mais ne sont nullement représentatifs et n'ont pas valeur de statistique du fait du faible nombre d'accords consultés et de l'ignorance du nombre de salariés concernés par ces garanties. On peut cependant retenir certains points :

1. L'essentiel de la négociation sur les garanties de frais de soins de santé se passe au niveau des entreprises.
2. La discrimination entre catégories socioprofessionnelles est encore courante mais tend à devenir moins fréquente.
3. La garantie de frais de soins de santé bénéficie d'une participation quasi systématique de l'employeur.
4. La quasi totalité des garanties proposent le remboursement du ticket modérateur, la prise en charge du forfait journalier et un forfait maternité-adoption. La prise en charge des dépassements d'honoraires est très variable.
5. Les personnes ayant des contrats à durée déterminée de moins d'un an sont souvent exclues des garanties frais de soins de santé lorsque ces garanties font l'objet de couverture collective facultative.

Experts consultés

- Francis LINGER, Secrétaire confédéral CFDT.
- Jocelyne DUBUISSON, Chef du bureau 2 C, Protection sociale complémentaire, Direction de la sécurité sociale.
- Patrice VINCENT, Chef du développement à l'ICIRS, Institution centrale interprofessionnelle de retraites des salariés.
- Lucy apROBERTS, Économiste à l'IRES.
- Éric AUBRY, Sous directeur à la direction des relations de travail, Ministère du travail et des affaires sociales.

Achévé d'imprimé le 18 mars 1999
Electrogeloz, 58 rue de Rochechouart - BP 705.09
75422 Paris Cedex 09
Dépôt légal : Avril 1999

