

questions

d'économie de la santé

analyse

Repères

Depuis plusieurs années, l'IRDES étudie le marché de la couverture complémentaire et a élaboré, en 1998, 2000 et 2002, une typologie des niveaux de garantie des contrats, fondée sur des remboursements en optique et en dentaire. Cette étude faisant suite à une première analyse réalisée pour le Fonds CMU, met en relation les classes de garantie et les primes, en s'appuyant sur l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 1998 qui nous permet de disposer des deux types d'informations. Étant donné que nous ne connaissons pas la part de la prime financée par l'employeur dans le cadre de contrats collectifs, nous avons travaillé uniquement sur les contrats individuels pour lesquels on sait que la prime est intégralement payée par l'assuré et donc correctement déclarée dans l'enquête.

Les primes des contrats individuels des couvertures complémentaires en 1998

Marc Perronnin

Bien qu'il couvre aujourd'hui plus de 9 Français sur 10, le marché de l'Assurance maladie complémentaire demeure aujourd'hui mal connu. Il se caractérise par une très grande variabilité des contrats, tant en termes de garanties que de prix.

Nous avons, dans de précédents travaux, analysé les niveaux de garantie des contrats en optique et en dentaire et leur distribution au sein de la population. En complément, les résultats présentés ici mettent en évidence les facteurs qui influencent les primes.

Les données proviennent de l'enquête santé et protection sociale de 1998 (ESPS), les questions sur les primes n'ayant pas été posées depuis. L'intérêt des résultats réside donc moins dans les niveaux absolus de primes (qui ont évolué depuis) que dans l'analyse des facteurs qui les influencent et qui sont plus structurels.

Au-delà des effets attendus des niveaux de garantie et de l'âge, nous montrons que les niveaux de primes sont fortement influencés par des caractéristiques sociodémographiques de l'assuré principal telles que la région de résidence et la catégorie socioprofessionnelle.

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :

10, rue Vauvenargues 75018 Paris

Téléphone : 01 53 93 43 02/17

Télécopie : 01 53 93 43 50

E-mail : document@irdes.fr

Web : www.irdes.fr

Directrice de la publication :
Dominique Polton

Rédactrice en chef :
Nathalie Meunier

Maquettiste :
Khadidja Ben Larbi

ISSN : 1283-4769

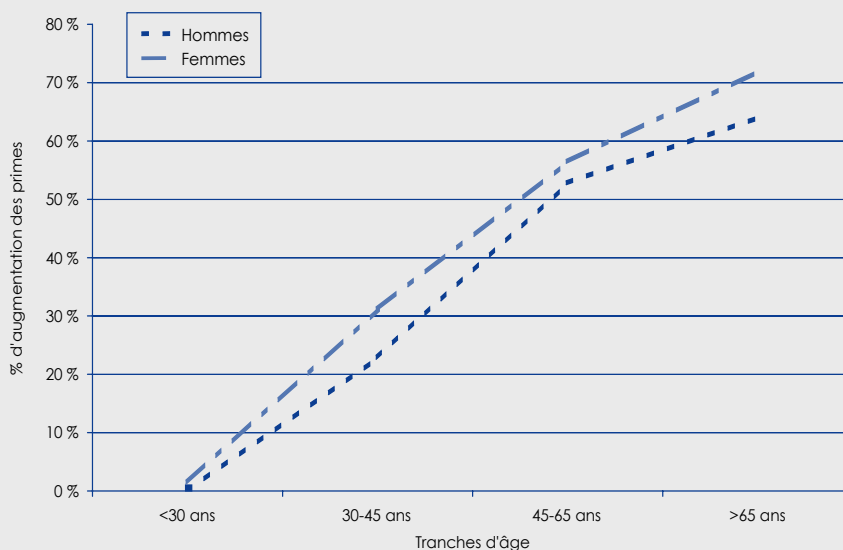
Diffusion par abonnement : 60 euros par an

Prix du numéro : 6 euros

En ligne sur www.irdes.fr

10 à 15 numéros par an

Variations, selon l'âge et le sexe, des niveaux de primes d'un contrat couvrant une personne, par rapport au niveau de prime acquitté par un homme âgé de moins de 30 ans



Guide de lecture : un contrat couvrant un homme de 30 à 45 ans coûte 23% de plus que celui couvrant un homme de moins de 30 ans.

D'après l'Enquête santé et protection sociale 2002, 91 % de la population française est couverte par un contrat de couverture complémentaire santé, 85 % hors les bénéficiaires de la couverture maladie universelle. Les Organismes complémentaires d'Assurance maladie (OCAM) ont, en 2001, distribué 15 milliards d'euros de prestations (9 milliards pour les mutuelles, 3,1 milliards pour les institutions de prévoyance et 3,7 milliards pour les sociétés d'assurance) au titre du remboursement de la dépense de soins et de biens médicaux, finançant cette dépense à hauteur de 12,1 %¹.

Toujours en 2001, d'après l'enquête de la DREES sur les Organismes complémentaires d'Assurance maladie, la prime moyenne par cotisant s'élevait à environ 450 € pour les mutuelles de santé (ratio de 9,3 milliards d'euros de primes sur 20,5 millions de cotisants) et à 700 € pour les institutions de prévoyance (ratio de 3,45 milliards d'euros de primes sur 4,95 millions de cotisants), ces chiffres n'étant par contre pas connus pour les sociétés d'assurance. Par ailleurs, d'après cette même enquête de la DREES et l'enquête ESPS 2002, le nombre de personnes couvertes par contrat s'établissait à 1,5 pour les mutuelles et à 2,26 pour les institutions de prévoyance. La cotisation payée par individu s'établissait donc à 300 € pour ces deux types d'organismes.

L'analyse de la tarification des contrats de couverture complémentaire santé est importante pour comprendre les inégalités d'accès à ce type de contrat. En effet, si comme on peut s'y attendre, les niveaux des primes croissent significativement avec les niveaux de garantie, l'accès aux complémentaires proposant de hauts niveaux de remboursements sera plus difficile pour les ménages les moins aisés. Mais à niveau de garantie donné, des caractéristiques des assurés telles que l'état de santé, le milieu social peuvent également influencer les primes car ce sont des déterminants des consommations individuelles de soins que l'assureur est susceptible d'utiliser

pour prévoir l'ampleur des niveaux de remboursement.

Dans notre analyse, nous avons étudié les primes des contrats de couverture complémentaire recueillies dans l'Enquête santé et protection sociale 1998. Après avoir présenté des éléments théoriques sur la politique de tarification des contrats et avoir mis en évidence les facteurs pouvant influencer les niveaux de primes, nous analysons l'impact de chacun de ces facteurs «toutes choses égales par ailleurs». Il faut noter que le niveau global de ces primes a très nettement augmenté depuis cette époque. La mesure de l'impact de chaque facteur explicatif des primes vaut donc moins en termes de niveau absolu qu'en termes d'ampleur relative aux autres facteurs. Ceci explique que nous donnerons les effets des facteurs explicatifs sous forme de pourcentages plutôt que de valeurs absolues.

Éléments théoriques sur la valorisation des contrats

La plus grande partie de la prime totale, aussi appelée « prime commerciale », est constituée par la prime pure qui est la part de la prime affectée au remboursement des frais médicaux des adhérents. Elle va donc dépendre des garanties proposées par la complémentaire et des dépenses attendues de la part des adhérents. Par conséquent, les Organismes complémentaires d'Assurance maladie lient la prime pure à des caractéristiques individuelles susceptibles d'influencer la consommation de soins. Ainsi, de nombreux organismes font croître les primes avec l'âge.

Selon la note du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie² (voir « Pour en savoir plus » page 8) d'autres correctifs sociodémographiques peuvent être également utilisés :

- le sexe, les femmes ayant en moyenne une consommation de soins plus importante que les hommes,

- la catégorie socioprofessionnelle (les habitudes de consommation variant avec celle-ci) et l'occupation principale,
- le lieu de résidence (les habitudes de consommation et l'offre de soins variant d'une région à l'autre).

Enfin, il faut également prendre en compte les différences des régimes de base. En effet, les tickets modérateurs sont moins élevés pour le Régime d'Alsace-Moselle que pour le Régime général et étaient en 1998 plus élevés pour le régime des indépendants (CANAM) que pour les autres régimes. Pour une même dépense, les restes à charge peuvent ainsi varier d'un régime à l'autre et comme un certain nombre de garanties sont exprimées en pourcentage des frais réels, le régime influence les remboursements opérés par les complémentaires santé.

Certains organismes tiennent directement compte de l'état de santé des assurés en utilisant des questionnaires santé ou des déclarations sur l'honneur. Cette pratique semble en recul, notamment du fait de la non-exonération de la taxe d'assurance quand un tel questionnaire est imposé (voir chargements ci-après).

Enfin, l'assureur peut tenir compte de l'influence des niveaux de garantie sur les consommations de soins *via* les phénomènes :

- d'auto-sélection : le fait que plus un individu consomme des soins, plus il va avoir tendance à s'assurer ;
- de risque moral : le fait que plus un individu est assuré et plus il va avoir tendance à consommer des soins.

Il faut noter que ces phénomènes n'ont jamais été mis clairement en évidence dans les travaux de l'IRDES.

¹ Drees-Comptes de la santé, 2001.

² Note du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, janvier 2005.

À la prime pure s'ajoute un certain nombre de frais ou « chargements » qui sont, toujours selon la note du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie :

- les chargements d'acquisition qui couvrent les frais de commercialisation des contrats ;
- les chargements de gestion qui couvrent les frais liés à la gestion des contrats, des prestations et des services. Notons à ce propos que les garanties ne sont pas les seuls éléments de qualité d'un contrat. Une couverture complémentaire peut proposer de nombreux services (devis, tiers-payant, réseau de soins, rapidité dans les remboursements), services dont le coût se répercute sur les frais de gestion ;
- la contribution CMU, de 1,75 %, qui correspond à la participation obligatoire des organismes complémentaires d'Assurance maladie au financement de la CMU ;
- la taxe d'assurance (lorsqu'il y a sélection médicale à l'entrée) qui est de 7 %.

Les pratiques de tarification varient suivant le type d'Organisme complémentaire d'Assurance maladie :

- les mutuelles mettent en avant le principe de péréquation des risques, même si ce principe s'est relâché dans les années 80, sous la pression concurrentielle des assurances et des institutions de prévoyance³, avec pour de nombreux contrats de mutuelles des primes évoluant avec l'âge⁴ ;
- les sociétés d'assurance peuvent prendre en compte d'autres caractéristiques telles que la catégorie socioprofessionnelle, le sexe et éventuellement, l'état de santé ;
- les institutions de prévoyance interviennent peu sur le marché de la complémentaire individuelle et quand elles le font, c'est souvent dans le cadre de prolongements de contrats collectifs pour des retraités et des chômeurs.

Notons que si les mutuelles ne tiennent en principe compte que de l'âge, du régime de base et du revenu, au niveau agrégé les primes des mutuelles peuvent cependant varier selon l'ensemble des caractéristiques socio-démographiques précitées. En effet, de nombreuses mutuelles sont dites fermées et ne s'adressent qu'à un type de salarié ou aux habitants d'une zone géographique précise. Les primes proposées par ces mutuelles sont adaptées au niveau de consommation de soins de la population qu'elles couvrent. À l'intérieur de ces mutuelles, la tarification est homogène mais d'une mutuelle à l'autre, les tarifs varient en fonction des caractéristiques géographiques et professionnelles des populations couvertes.

Étant donné que les logiques de tarification de la prime pure et de chargement

sont différentes d'un type d'organisme à l'autre, il sera intéressant, après avoir fait une analyse globale des caractéristiques influençant les niveaux de primes, d'étudier séparément les mutuelles et les assurances. Pour les institutions de prévoyance, nous avons beaucoup trop peu d'effectif pour faire une analyse sur les seuls contrats de ce type d'organisme.

³ Hervé Mauroy, « La Mutualité en Mutation », L'Harmattan, 1996.

⁴ Selon l'article L112-1 du Code de la mutualité, les mutuelles et les unions exerçant des activités d'assurance pour les opérations individuelles et collectives à adhésion facultative relatives au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent moduler le montant des cotisations qu'en fonction du revenu ou de la durée d'appartenance à la mutuelle ou du régime de Sécurité sociale d'affiliation ou du lieu de résidence ou du nombre d'ayants droit ou de l'âge des membres participants. Elles ne peuvent en aucun cas recueillir des informations médicales auprès de leurs membres ou des personnes souhaitant bénéficier d'une couverture, ni fixer les cotisations en fonction de l'état de santé.»

L'Enquête santé et protection sociale et son volet "couverture complémentaire"

Les données utilisées pour l'analyse sont issues de l'Enquête santé et protection sociale 1998, enquête bi-annuelle réalisée par l'IRDES auprès de ménages de France métropolitaine. Lors de cette enquête, environ 7 000 assurés principaux de la CNAMTS, la CANAM et la MSA, ainsi que les membres de leur ménage ont été enquêtés, soit au total un échantillon de 23 036 individus. Parmi eux, 85 % (19 514 enquêtés) ont déclaré être couverts par une complémentaire santé. Au total, 9 800 contrats ont été repérés (un même contrat couvrant généralement plusieurs personnes du ménage).

L'enquête ESPS a permis d'obtenir, pour une part importante de ces contrats (7 272), des informations plus précises sur les niveaux de primes et les niveaux de garantie, telles que :

- l'existence d'une cotisation individuelle versée sur ce contrat par un membre du ménage (76 % de OUI, 9 % de NON, 15 % d'INCONNUS),
- la fréquence de versement (mensuel, trimestriel, semestriel, annuel) et le montant versé,

- le fait qu'un employeur verse aussi une cotisation à cette mutuelle ou assurance (24 % de OUI, 47 % de NON et 29 % d'INCONNUS),
- des variables d'appréciation des remboursements : prise en charge des dépassements (consultations de spécialistes, lunettes et prothèses dentaires), évaluation des primes (« vous paraissent-elles très chères ? » etc.),
- le remboursement du forfait journalier (68 % de OUI, 5 % de NON et 27 % d'INCONNUS) et des dépassements de spécialistes (35 % de OUI et 29 % de NON et 36 % d'INCONNUS),
- les libellés des garanties concernant les prothèses dentaires et les lunettes, qui, une fois harmonisées en « pourcentage du tarif de convention en plus du remboursement de la Sécurité sociale » pour les garanties dentaires et en « francs en plus du remboursement de la Sécurité sociale » pour les garanties optiques ont fourni des niveaux de garantie objectifs en dentaire et en optique. Ceci a permis de caractériser partiellement les prestations fournies par les contrats (voir encadré page 4).

Un premier aperçu des niveaux des primes des contrats individuels

Notre analyse s'appuie sur l'Enquête santé et protection sociale 1998 (voir encadré page 3) qui nous permet, par son volet « couverture complémentaire », de disposer à la fois de niveaux de primes et de niveaux de garantie d'environ 10 000 contrats collectifs et individuels, ainsi que des caractéristiques sociodémographiques et d'état de santé des personnes couvertes. Nous avons relevé dans cette enquête 2 361 contrats sous-crits individuellement et dont le niveau de prime est connu. En effet, bien que nous disposions des déclarations de primes quel que soit le mode de souscription du contrat, nous avons ciblé notre étude sur les seuls contrats individuels car dans le cas de contrats collectifs, l'éventuelle part de l'employeur n'est pas connue et les salariés ont souvent une connaissance approximative de la somme qu'eux-mêmes paient.

4

Pour harmoniser l'expression des primes et assurer leur comparabilité, nous avons annualisé les montants déclarés. De plus, pour tenir compte de la croissance du niveau des primes avec le nombre d'individus couverts, nous avons observé pour chaque contrat la prime moyenne par individu couvert, qui est le rapport de la prime annuelle totale du contrat sur le nombre de personnes couvertes par le contrat.

Après avoir retiré les valeurs aberrantes⁵ notre échantillon comprend 2 339 contrats. La prime annuelle moyenne vaut 2 401 F (366 €), 5 % des primes valent moins de 762 F (116 €), 50 % des primes valent moins de 2 026 F (308 €), 5 % des primes valent plus de 4 920 F (750 €) (cf. tableau sur la distribution des niveaux de primes page 5).

⁵ Les valeurs que nous avons considérées aberrantes sont les primes nulles et celles supérieures à 15 000 F, soit 2 286 €, par personne. Après suppression de ces valeurs aberrantes, les primes s'échelonnent de 40 F (6,1 €) à 13 924 F (2 122 €).

Rappel sur la caractérisation des contrats par leurs niveaux de garantie

En 1998, puis en 2000 et 2002, l'enquête ESPS a recueilli auprès des enquêtés des informations détaillées sur les garanties en optique et en dentaire : on a demandé aux enquêtés de recopier leurs lignes de contrats concernant d'une part les prothèses dentaires, d'autre part les montures et les verres. Ces deux variables ont été recodées et leur mode d'expression a été uniformisé : en % du tarif de convention en plus du remboursement de la Sécurité sociale pour les prothèses dentaires et en francs en plus du remboursement de la Sécurité sociale pour les verres et les montures. On obtient donc au final des variables continues.

Les contrats ont ensuite été classés selon les deux dimensions (remboursements prothèses dentaires, remboursement lunetterie) de manière à faire apparaître les grandes logiques d'offre de garanties (un contrat qui couvre bien l'un des types de biens couvre-t-il bien l'autre, ou existe-t-il des menus dans lesquels on propose de bien couvrir un bien plutôt que l'autre ?). En 1998, puis en 2000 et

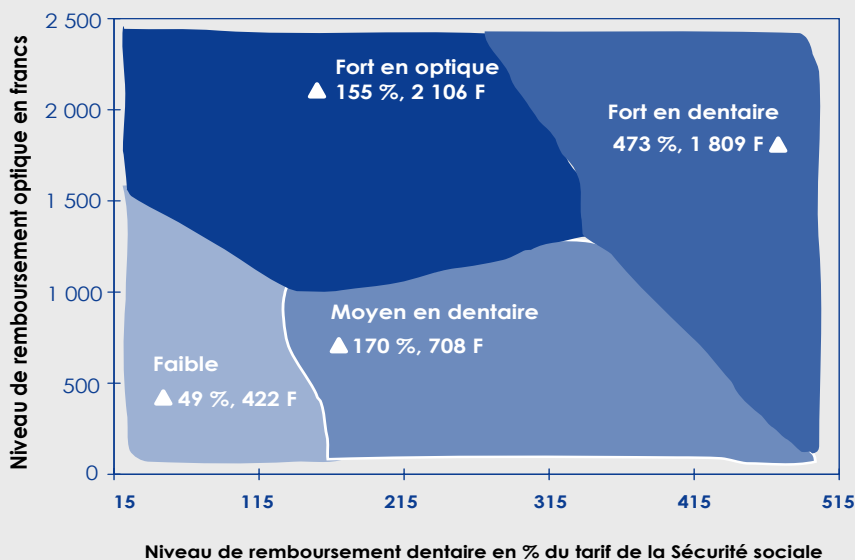
2002, quatre classes ont été mises en évidence. En 1998 ces classes pouvaient être décrites de la manière suivante :

- les contrats faibles en optique et en dentaire ;
- les contrats moyens en dentaire et faibles en optique ;
- les contrats forts en optique et faibles ou moyens en dentaire ;
- les contrats forts en dentaire et variables en optique.

Au vu de l'agencement de ces classes et de l'opinion des enquêtés concernant les remboursements en optique, en dentaire et pour les soins de spécialistes, on peut établir la hiérarchie suivante : les contrats de la deuxième et de la troisième classes fournissent des garanties meilleures que ceux de la première et ceux de la quatrième classes meilleures que ceux de la deuxième et de la troisième. Par contre, on ne peut pas hiérarchiser les troisième et quatrième classes entre elles. Il faut noter que pour une large majorité de contrats, ce niveau de couverture n'a pas pu être calculé, faute de réponse.

Typologie des contrats de couverture complémentaire en 1998 en fonction de leurs niveaux de garantie optique et dentaire

Le symbole triangulaire représente les remboursements en dentaire et en optique proposés par le contrat moyen de chaque catégorie



Guide de lecture : le triangle en bas à gauche indique que, en moyenne, la catégorie « faible » offre des remboursements de moins de 49 % du tarif de la Sécurité sociale en dentaire et de moins de 422 F en optique.

Remarque : une nouvelle classification a été établie sur les données 2000-2002.

Source : ESPS 1998

Evolution de la taille de l'échantillon au fur et à mesure des restrictions opérées sur les contrats

	Nombre de contrats enlevés	Nombre de contrats restants	% par rapport au total des contrats identifiés dans ESPS 1998
Nombre de contrats répertoriés dans ESPS 1998		9 866	100,0 %
Retrait des contrats d'entreprise et de mode de souscription inconnu	-5 278		
Nombre de contrats individuels		4 588	46,5 %
Retrait des contrats de niveau de prime inconnu	-2 227		
Nombre de contrats individuels dont le niveau de prime est connu		2 361	23,9 %
Retrait des valeurs aberrantes	-22		
Nombre de contrats dans l'échantillon analysé		2 339	23,7 %
Nombre de contrats individuels analysés dont le niveau de prime est connu et dont le niveau de couverture est connu		637	6,5 %

Guide de lecture : initialement, le nombre de contrats est de 9 866. Après retrait des 5 278 contrats collectifs ou souscrits de manière inconnue, l'échantillon ne comprend plus que 4 588 contrats...

Une fois les niveaux de primes connus, il est possible de les mettre en regard avec les niveaux de garantie proposés par les contrats. Trois niveaux ont été mis en évidence : faible en optique et en dentaire, moyen en optique ou en dentaire et fort en dentaire (cf. encadré page 4). Pour de nombreux contrats cependant (1 602 soit 68,5 % de l'échantillon) le niveau de couverture est inconnu.

Comme attendu, on constate que le niveau des primes augmente avec le niveau de garantie (cf. tableau sur les primes individuelles moyennes par niveau de couverture, page 6). Cependant, de manière assez surprenante, cette hausse est peu marquée (de 250 F à 300 F, c'est-à-dire de l'ordre de 40 €, entre chaque niveau). La variable niveau de couverture est donc loin d'expliquer à elle seule la forte

variabilité observée sur les niveaux de primes.

Une analyse de la variabilité du niveau des primes

Nous avons analysé l'impact des niveaux de garantie et des caractéristiques des personnes couvertes par le contrat, en particulier celles de l'assuré principal, sur le niveau des primes, toutes choses égales par ailleurs⁶.

Pour appréhender les niveaux de garantie, nous utilisons le niveau de couverture en trois classes, présenté précédemment. Nous exploitons également les réponses des enquêtés sur le remboursement ou non par la complémentaire du forfait journalier et des dépassements de spécialiste. Il faut souligner que d'autres caractéristiques de la complémentaire santé peuvent influencer les niveaux de primes, notamment les éléments de qualité (devis, tiers-payant...) cités précédemment. Mais ces éléments n'étant pas relevés en 1998 dans l'enquête ESPS, nous n'avons pas pu les prendre en compte.

Pour tenir compte de la tarification au risque ou de la spécialisation de certaines mutuelles, engendrant dans les deux cas des tarifs propres à des sous-populations, nous avons intégré plusieurs facteurs susceptibles d'influencer la consommation de soins et que les complémentaires santé peuvent utiliser :

- la proportion, parmi les personnes couvertes par le contrat, d'hommes, de femmes ayant moins de 30 ans, de 30 ans à 45 ans, de 45 ans à 65 ans et de plus de 65 ans,
- la région de résidence,
- la catégorie socioprofessionnelle,
- l'occupation professionnelle,

Distribution des niveaux de primes par personne couverte des contrats individuels en 1998

Quantiles	Valeurs
95 %	4 920 F (750 €)
75 %	3 150 F (480 €)
50 %	2 026 F (308 €)
25 %	1 404 F (214 €)
5 %	762 F (116 €)

Guide de lecture : pour 5 % des contrats, les primes sont inférieures à 762 F ; pour 25 % des contrats, les primes sont inférieures à 1 404 F.

Source : ESPS 1998

⁶ Nous avons pour cela utilisé une régression linéaire par moindres carrés ordinaires du logarithme des primes. Les coefficients obtenus peuvent alors s'interpréter en taux de variation de la prime.

Primes individuelles moyennes par niveau de couverture en 1998

Niveau de couverture	Nombre d'observations	Moyenne
Faible en optique et dentaire	361	2 284 F (348 €)
Moyen en dentaire ou en optique	345	2 517 F (384 €)
Fort en dentaire	31	2 814 F (429 €)
Inconnu	1 602	2 395 F (365 €)

Source : ESPS 1998

Nota : les niveaux « moyen en dentaire et faible en optique » et « forts en optique et faibles ou moyen en dentaire » ont été rassemblés en une classe « moyen » car il est difficile de les hiérarchiser.

- le revenu par unité de consommation de l'assuré principal,
- le type de régime de base,
- la proportion, parmi les personnes couvertes par le contrat, d'individus ayant un risque vital, une invalidité⁷ élevée, d'individus exonérés du ticket

modérateur pour raisons médicales. Nous avons également tenu compte de la proportion d'individus atteint d'obésité.

Nous tenons compte des différences supposées de tarification entre les mutuelles et les assurances en ajou-

tant une variable « type d'organisme de couverture complémentaire » dans un premier temps, puis en faisant une analyse séparée mutuelles/assurances dans un second temps.

Un impact modéré du niveau de couverture

Comme attendu, plus les niveaux de garantie sont élevés et plus les niveaux de primes sont importants (+ 13 % et + 22 % lorsqu'on passe du niveau le plus faible aux niveaux moyen et élevé). À niveaux de garanties optiques et dentaires comparables, les contrats remboursant au moins partiellement les dépassements de spécialiste ont des niveaux de primes 10 % plus élevés par rapport aux contrats ne les remboursant pas. En revanche, le remboursement du forfait journalier n'a pas d'impact significatif.

Comme nous l'avons déjà mentionné, l'impact croissant du niveau de couverture s'explique par l'effet mécanique des niveaux de garantie sur les niveaux de remboursements, mais aussi par la possible prise en compte du risque moral, à savoir que plus on est couvert et plus on a tendance à consommer et à l'autosélection, à savoir que plus on consomme et plus on a tendance à opter pour des niveaux de garantie élevés. Il n'est pas possible de différencier ces effets.

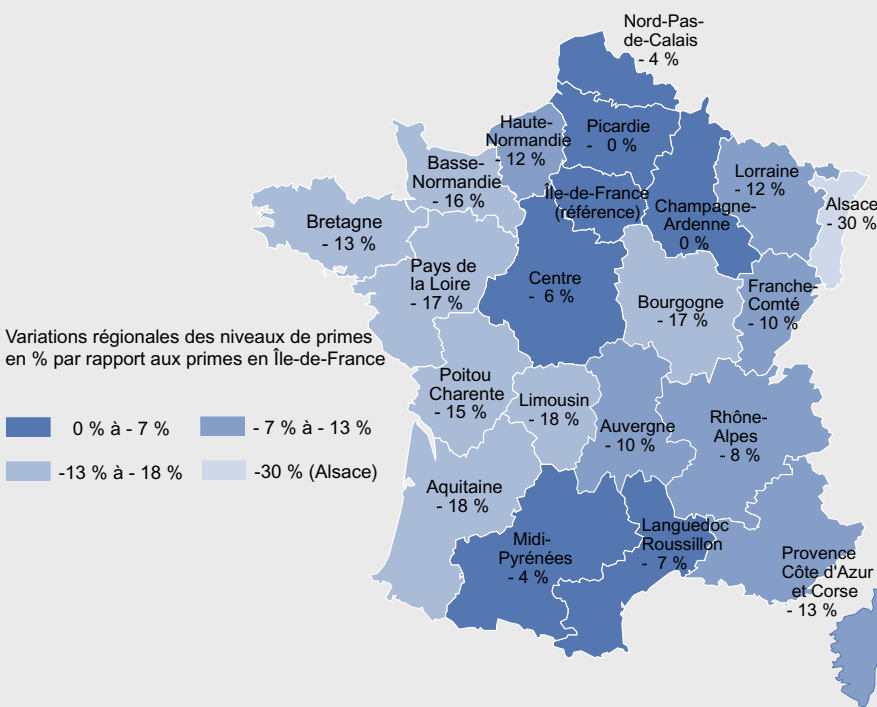
Une forte influence de l'âge, plus marquée chez les femmes

La structure par âge et sexe du ménage influence les niveaux de primes : les primes augmentent lorsque la proportion de personnes de 30 à 45 ans dans le total des individus couverts

⁷ Le risque vital correspond à une probabilité de risque de décès. Il est établi à partir d'une échelle en 6 positions allant de « aucun risque sur le plan vital » à « pronostic sûrement mauvais » (signifiant 80 % de risque de décès dans les 5 ans).

L'invalidité s'appuie sur l'existence de maladies chroniques entraînant un handicap permanent. L'échelle utilisée comporte 8 positions allant de « pas de gêne » à « alitement permanent ».

Comparaison, toutes choses égales par ailleurs, des niveaux de primes par région



Grille de lecture : le niveau des primes en Alsace est, toutes choses égales par ailleurs, 30 % moins élevé qu'en région parisienne.

Source : ESPS 1998

par le contrat, augmente par rapport à celle des moins de trente ans ; et elle augmente plus encore quand la proportion des 45-65 ans augmente et plus encore quand la proportion des plus de 65 ans augmente.

Ces effets sont sensiblement identiques pour les hommes et les femmes en deçà de 30 ans, puis sont sensiblement plus marqués pour les femmes au-delà de 30 ans (les primes augmentent lorsque la proportion de femmes de cette tranche d'âge augmente) :

- pour un homme seul, la prime est de 23 % plus élevée quand il passe dans la tranche des 30-45 ans, de 53 % plus élevée quand il passe dans la tranche des 45-65 ans et de 64 % plus élevée quand il passe dans la tranche des plus de 65 ans ;
- pour une femme seule, la prime est quasiment identique à celle d'un homme seul pour les moins de 30 ans, mais elle est de 31 % quand elle passe dans la tranche des

30-45 ans, de 56 % plus élevée quand elle passe dans la tranche des 45-65 ans et de 72 % plus élevée quand elle passe dans la tranche des plus de 65 ans.

Par ailleurs, une analyse séparée par type d'organisme complémentaire fait apparaître des effets quasiment identiques entre mutuelles et assurances.

D'autres facteurs sociodémographiques agissent

Toutes choses égales par ailleurs, il existe une forte variabilité des niveaux de primes suivant les régions. L'influence des régions de résidence sur les niveaux de cotisation semble suivre une logique de proximité géographique (cf. carte page 6) :

- les régions pour lesquelles les niveaux de primes sont les plus élevés toutes choses égales par ailleurs sont l'Île-de-France et des régions qui lui sont périphériques : Champagne-Ardenne, Picardie, Nord-Pas-de-Calais et Centre ;

- Midi-Pyrénées et Languedoc-Roussillon sont également des régions avec des niveaux de primes élevés (- 4 % et - 7 % par rapport à l'Île-de-France) ;

- les régions du Centre-Est et Sud-Est, c'est-à-dire Rhône-Alpes, Auvergne Franche-Comté et Provence-Alpes-Côte d'Azur se classent de manière intermédiaire (- 8 % à - 13 % par rapport à l'Île-de-France) ;

- les régions de l'Ouest (Haute-Normandie, Basse-Normandie, Bretagne, Poitou-Charentes, Pays de la Loire et Aquitaine), se classent parmi les régions avec les plus faibles primes (entre -12 % et - 18 % par rapport à l'Île-de-France) ;

- l'Alsace se trouve quant à elle à part avec des niveaux de primes nettement inférieurs à ceux des autres régions (- 30 % par rapport à l'Île-de-France), probablement du fait du régime Alsace-Moselle, et ceci malgré la prise en compte de ce régime dans les variables explicatives.

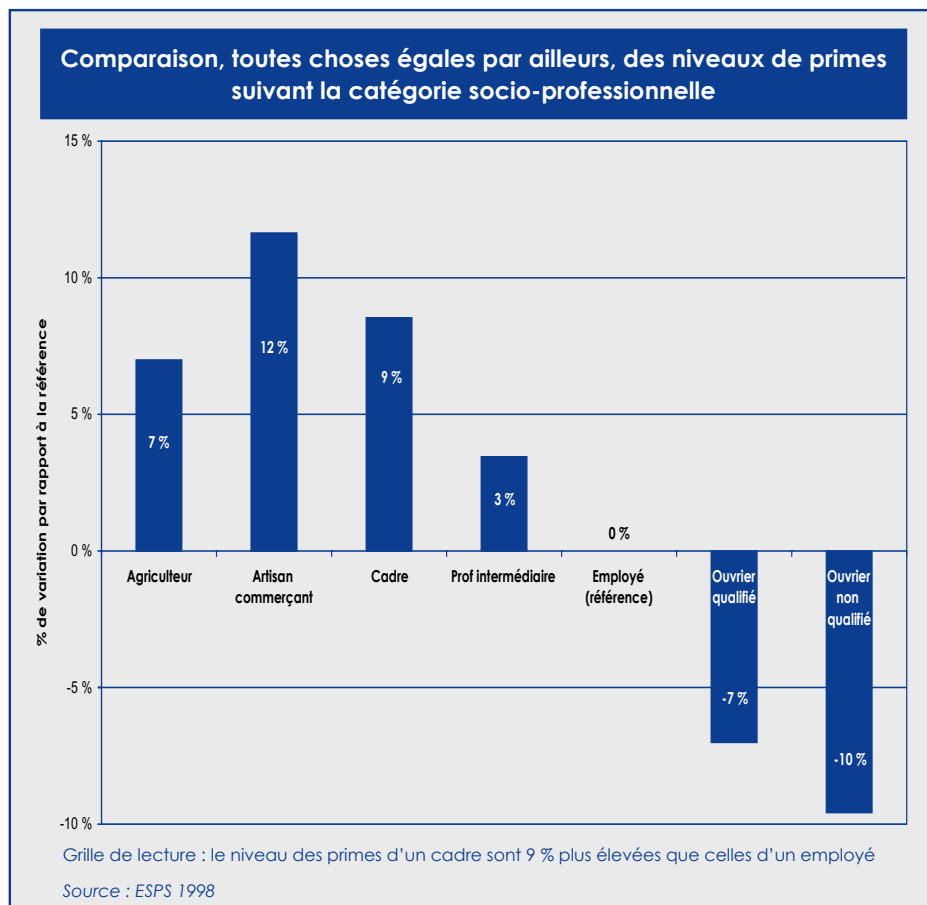
Certains résultats sont contre-intuitifs (la présence de la Picardie en troisième position, par exemple) dans le sens où ils ne semblent pas refléter des différences d'offre (notamment la densité de médecins en secteur 2) et de consommation de soins.

La catégorie socioprofessionnelle et l'occupation principale du souscripteur du contrat ont également une forte influence :

- par rapport à la catégorie des employés prise comme référence, les artisans-commerçants paient 12 % plus cher leur prime ; ceci ne semble pas s'expliquer par le régime de base qui a été pris en compte par les variables explicatives ;

- les cadres ont, toujours par rapport aux employés, des primes de 9 % plus élevées, peut-être du fait qu'ils ont une plus grande propension à consommer ;

- en revanche, les ouvriers non qualifiés paient 10 % moins cher leurs primes



par rapport à un employé, peut-être pour la raison inverse ;

- les étudiants ont des primes moins élevées que les actifs (- 30 % par personne couverte par rapport à un actif).

Le revenu par unité de consommation a peu d'influence, alors que les ménages aux revenus plus élevés sont supposés consommer plus (et ont généralement des garanties plus élevées, mais cet effet est pris en compte par la variable « niveau de couverture »). Le niveau de revenu ne semble pas être une variable directement prise en compte pour ajuster les primes au risque. Ceci étant, certaines mutuelles prélèvent des primes proportionnelles au salaire (la MGEN par exemple) et tiennent donc indirectement compte du revenu.

Une faible influence de l'état de santé, à âge donné

Les variables d'état de santé⁸, que ce soit le risque vital qui mesure le risque de décès ou l'invalidité qui mesure le degré de handicap provoqué par des maladies chroniques, n'ont quasiment pas d'impact sur les niveaux de primes et ce, qu'on étudie l'ensemble des contrats ou les contrats de mutuelles et d'assurance séparément. Le fait d'être exonéré du ticket modérateur pour raisons médicales n'a pas non plus d'influence au niveau global, mais ce résultat diffère suivant qu'on étudie les mutuelles ou les assurances : il est associé à des primes plus basses parmi les mutuelles (ce qui est cohérent avec le fait qu'à état de santé donné, une personne qui bénéficie d'une telle exonération aura des restes à charge après remboursement de la Sécurité sociale moins importants, pour les dépenses liées à la pathologie pour laquelle elle est exonérée) et en revanche une hausse des primes parmi les contrats d'assurance.

⁸ Il faut cependant souligner que ces variables sont construites à partir des déclarations des enquêtés sur leur état de santé ; elles peuvent donc être soumises à des biais.

Des niveaux de primes variables selon le type d'organisme

Toutes choses égales par ailleurs, les contrats souscrits auprès de sociétés d'assurance ont des primes significativement plus élevées que les contrats souscrits auprès de mutuelles (+ 15 % par assuré). Il faut cependant être prudent dans l'interprétation de ce résultat, toutes les caractéristiques du contrat (en particulier la présence d'éventuelles prestations de prévoyance) n'étant pas prises en compte dans cette étude.

* * *

Cette étude a permis de mettre en évidence plusieurs facteurs sociodémographiques et d'état de santé influençant les niveaux de primes individuels. L'âge semble être un facteur prédominant ; ceci était attendu car les assurances et les mutuelles utilisent massivement cette caractéristique pour apprécier le risque encouru par un individu. La région et la catégorie socioprofessionnelle ont aussi un impact important. Par contre, l'état de santé n'a, à âge et

niveau social donné, pas d'influence significative. Il semble donc que les pratiques (questionnaires médicaux, déclarations sur l'honneur) visant à mesurer directement l'état de santé ont globalement peu d'impact sur les primes. Ceci vient à l'appui de l'idée selon laquelle les pratiques visant à mesurer directement l'état de santé (questionnaire médical) sont aujourd'hui peu répandues. Le niveau de couverture semble avoir un impact de la même ampleur que les autres variables. Les classes de niveau de couverture utilisées ne donnent sûrement pas la pleine mesure de la qualité des contrats. Il peut exister en particulier d'autres éléments de qualité (tiers-payant, devis, prise en charge de soins non remboursés par la Sécurité sociale...). L'accès à la couverture complémentaire semble plus ou moins facile selon les caractéristiques individuelles, en particulier selon l'âge. Il faut notamment souligner que les primes peuvent atteindre des niveaux rédhitoires pour les personnes âgées qui sont alors tentées de renoncer à leur complémentaire, surtout si elles sont prises en charge à 100 % par l'Assurance maladie pour leurs pathologies les plus lourdes.

Pour en savoir plus

Bocognano A., Couffinal A., Dumesnil S., Grignon M. (2000) ; « *La complémentaire maladie en France : qui bénéficie de quels remboursements ?* » ; Rapport CREDES (devenu IRDES le 1er juin 2004) n° 1317.

Grignon, M., Perronnin, P. (2004) ; « *Mesure empirique de la valeur économique de la couverture maladie universelle complémentaire pour ses bénéficiaires, à partir des données de l'Assurance maladie et d'une enquête auprès des ménages* », Fonds de financement de la protection complémentaire universelle du risque maladie, consultable sur le site www.cmu.fr.

Note du Haut Conseil pour l'Avenir de l'Assurance Maladie, Janvier 2005, consultable sur le site sante.gouv.fr.

Mauroy H. (1996) ; « *La Mutualité en Mutation* », L'Harmattan.

Roussel P. (Mars 2004) ; « *Les mutuelles en France : un panorama économique en 2001* », DREES, *Études et Résultats*, n° 299.

Roussel P. (Juillet 2004) ; « *Les institutions de prévoyance en France : un panorama économique en 2001* », DREES, *Études et Résultats*, n° 329.