

Qui a souscrit une surcomplémentaire ? Une analyse dynamique de l'auto-sélection

Carine Franc*, Marc Perronnin**, Aurélie Pierre**, en collaboration avec Chantal Cases***

* Cermes, Inserm U988, CNRS UMR8211

** Irdes

*** Ined

Selon la théorie économique, les individus choisissent leur niveau de couverture en fonction de leurs dépenses de santé anticipées, révélant ainsi une partie de leur risque. Pourtant, sur le marché français de l'assurance santé, cette hypothèse, qualifiée d'« auto-sélection », n'a jusqu'ici été testée que sur la décision de souscrire ou non une complémentaire. Or, le marché de la complémentaire est très hétérogène, au moins autant que les risques des assurés.

Entre le 1^{er} juillet 2003 et le 31 décembre 2006, une surcomplémentaire a été proposée aux assurés bénéficiant de la complémentaire santé de la Mutuelle générale de l'équipement et des territoires (MGET). Ce contexte permet de tester l'existence d'auto-sélection dans le cas d'une demande d'augmentation des garanties parmi des individus couverts par une même complémentaire santé. À partir d'une approximation du risque santé par l'âge des assurés et leurs dépenses de santé passées, les déterminants de la souscription de la surcomplémentaire sont analysés et comparés au cours du temps.

Fin 2005, environ 20 % des assurés de la MGET ont souscrit la surcomplémentaire, pour la grande majorité dès son lancement. Les premiers à l'avoir souscrite sont plus âgés, avec des besoins de soins importants principalement en consultations et visites, en optique et en dentaire. Les assurés les plus modestes auraient eu tendance à différer l'achat de la surcomplémentaire dans le temps (à partir de 2004) en anticipant des dépenses d'optique, seul poste qui conserve une influence positive significative au cours du temps.

En 2008, plus de neuf Français sur dix bénéficiaient d'un contrat de couverture complémentaire santé. L'adhésion à un tel contrat peut résulter d'une démarche volontaire ou être obligatoire dans le cadre d'un contrat de groupe souscrit par un employeur. Les adhésions volontaires, qui concernent environ la moitié des bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé, résultent d'un arbitrage économique des assurés entre leurs besoins d'assurance et leur capacité financière à en assurer le coût.

Les organismes proposant des contrats de complémentaire santé cherchent autant

que possible à moduler les cotisations selon le risque de santé des assurés. S'ils perçoivent ce risque comme faible, les assurés potentiels seront d'autant moins disposés à payer pour un niveau d'assurance donné. Proposer un contrat unique tarifé de manière uniforme pourrait alors dissuader les jeunes en bonne santé de souscrire une assurance complémentaire, s'ils jugent le contrat trop cher au regard du risque qu'ils estiment courir en matière de dépenses de soins. Ce phénomène d'antisélection, qui correspond, dans le cadre d'un contrat unique (ou mélangeant), à la perte des assurés ayant un faible risque (c'est-à-dire ceux qui consomment peu), entraîne

l'assureur dans une spirale déficitaire qui met son contrat en péril. On parle alors de « spirale de la mort ». Cependant, les organismes d'assurance santé ont une capacité limitée à recueillir des informations sur les assurés permettant de moduler les cotisations selon leur risque. En effet, le recueil de certaines caractéristiques telles que l'état de santé objectif est techniquement difficile et coûteux (il peut falloir recourir à des visites médicales par exemple), et pose des problèmes éthiques. De plus, les pouvoirs publics cherchent à éviter la mise en place de tarifications trop fortement liées au risque individuel en taxant les contrats dits « non solidai-

res »¹ pour lesquels l'adhésion est conditionnelle à un questionnaire santé. Le Code de la Mutualité, quant à lui, autorise les organismes qui en dépendent à prendre uniquement en compte l'âge, le lieu de résidence et l'ancienneté de l'adhésion dans la tarification des contrats.

La théorie de l'assurance stipule que, pour éviter aux assurés ayant des risques faibles d'être dissuadés de souscrire un contrat, les organismes proposent plusieurs contrats, dits « séparateurs », offrant des niveaux de garanties différents (Rotschild, Stiglitz, 1976). Les assurés sont alors incités à « s'auto-sélectionner » : ils ont tout intérêt à choisir un niveau de garantie d'autant plus élevé que leurs consommations de soins attendues sont importantes. L'assureur peut ainsi segmenter les assurés selon leur risque et appliquer un tarif relativement adapté à ce niveau de risque. Pourtant, les travaux relatifs à l'assurance santé en France n'ont pas montré l'existence de réelle auto-sélection concernant le choix de souscrire une complémentaire santé par rapport au fait de ne pas en souscrire (Buchmueller *et al.*, 2004). En effet, neuf Français sur dix bénéficiant d'une complémentaire santé, la distinction couverts/non couverts ne permet pas de segmenter réellement les assurés selon leur risque. Il est donc plus probable que le phénomène d'auto-sélection soit observé sur les choix entre différents niveaux de couverture parmi des assurés bénéficiant déjà d'une complémentaire santé.

La Mutuelle générale de l'équipement et des territoires (MGET) [aujourd'hui Mutuelle générale de l'environnement et des territoires], mutuelle de la Fonction publique, couvre principalement les agents travaillant dans les services de l'aménagement du territoire et leurs ayants droit (conjoint, enfants) [encadré p. 5]. Elle propose en plus d'un contrat de base des surcomplémentaires permettant d'offrir aux assurés des niveaux de garanties différenciés. Entre le 1^{er} juillet 2003 et le 31 décembre 2006, la MGET+, surcomplémentaire unique, a été proposée aux assurés du contrat MGET de base. Cette

surcomplémentaire permettait de bénéficier de meilleurs remboursements sur la plupart des postes avec dépassements (encadré Données).

Ce contexte permet d'étudier le phénomène d'auto-sélection sur une population couverte initialement par un même contrat de complémentaire santé. A partir d'un échantillon des données administratives de la MGET, nous analysons les déterminants du choix de souscrire cette surcomplémentaire : Quand ? Pourquoi ? Pour répondre à quels besoins ? L'ampleur des phénomènes d'anti-sélection est étudiée en mesurant l'influence du risque santé des individus - approximé par l'âge et les dépenses de santé - sur la souscription du contrat surcomplémentaire.

Une souscription massive à la surcomplémentaire dès son ouverture

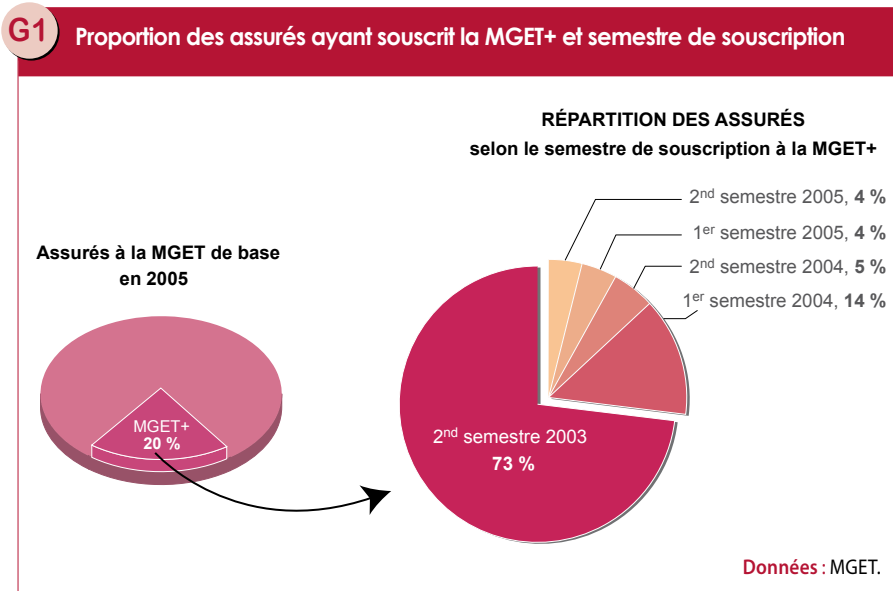
Fin 2005, près de 20 % des assurés de la MGET de base ont choisi de souscrire la surcomplémentaire [Graphique 1]. Les bénéficiaires de la MGET+ sont en moyenne plus âgés (56 ans *versus* 48 ans), avec une plus forte proportion de femmes (41 % *versus* 37 %).

Une très grande majorité des adhésions à la MGET+ s'est concentrée en 2003,

REPÈRES

Ce travail constitue un des volets d'une étude réalisée en 2009 pour le compte de la Mutuelle générale de l'équipement et des territoires (MGET), aujourd'hui, Mutuelle générale de l'environnement et des territoires. Il s'agit d'évaluer le profil des souscripteurs de la MGET+ et l'impact de la surcomplémentaire sur les consommations de soins de ses bénéficiaires. Pour l'Irdes, et plus généralement pour les chercheurs, il s'inscrit dans le cadre de l'analyse de la relation entre niveau de couverture santé et consommation de soins. Cette relation tient une place importante dans les travaux sur l'assurance santé car elle est en lien avec des problématiques d'équité et d'efficience du marché.

année du lancement : 73 % des personnes qui bénéficiaient de la surcomplémentaire au 31 décembre 2005 y ont souscrit en 2003 ; 19 % en 2004 et 8 % en 2005 [Graphique 1]. Le taux élevé de souscriptions en 2003 semble indiquer que la surcomplémentaire a répondu à un réel besoin des souscripteurs, soit parce que cette population a une plus forte aversion au risque, soit parce qu'elle présente des consommations de soins particulières. Les assurés ayant souscrit la surcomplémentaire plus tardivement ont alors peut-être des caractéristiques différentes de ceux qui l'ont souscrite dès son ouverture. Afin d'étudier dans quelle mesure les déterminants de la demande d'assurance varient dans le temps, nous modélisons les probabilités de souscrire cette surcomplémentaire au premier semestre,



¹ Ces contrats sont assujettis à la taxe sur les conventions d'assurance qui s'élève à 7 % du montant de la prime. Très peu de contrats font l'objet d'un questionnaire santé (Arnould, Pichetti, Rattier, 2007).

celui du lancement, au deuxième semestre, au troisième, au quatrième puis au cinquième, en fonction des facteurs de « risque santé » approximatés par l'âge, les dépenses de santé *ex ante* (correspondant aux dépenses de santé s'étalant deux ans et demi avant la période pour laquelle la souscription est modélisée), la rémunération du fonctionnaire titulaire du contrat « MGET de base » auquel l'individu est rattaché, la région de résidence, etc. (encadré Méthode). L'hypothèse sous-jacente à ce travail revient à considérer qu'une souscription plus ou moins tardive reflèterait en réalité des risques différents – et donc des déterminants de la demande d'assurance variant dans le temps – ce qui constitue une approche dynamique de l'auto-sélection.

Une souscription précoce fortement influencée par les risques santé

Au lancement, une surcomplémentaire qui attire majoritairement les plus âgés

La probabilité de souscrire la surcomplémentaire dès son lancement (1^{re} étape) évolue différemment en fonction de l'âge (Graphique 2) : avant 20 ans, elle diminue à mesure que l'âge augmente ; entre 20 ans et 80 ans, elle augmente avec l'âge ; enfin, après 80 ans, elle rediminue à mesure que l'âge croît. Les très jeunes enfants ont donc une plus forte probabilité de souscrire la MGET+ que les jeunes de 20 ans : les dépenses liées aux visites et aux consultations, mieux prises en charge par la MGET+, sont en effet plus élevées pour ces très jeunes assurés. Entre 20 et 80 ans, l'effet de l'âge peut être interprété comme le signal d'un besoin de soins plus important lié à un état de santé plus dégradé. Les personnes les plus âgées, globalement en moins bonne santé et présentant des risques élevés, ont choisi de souscrire la surcomplémentaire dès son lancement. Enfin, après 80 ans, les états visuel et dentaire des individus cessant d'évoluer, leurs besoins en lunettes et prothèses dentaires diminuent. De ce fait, ils ont moins besoin de souscrire une surcomplémentaire qui privilégie ces postes.

À partir du second semestre 2004, la surcomplémentaire attire des jeunes souscripteurs : la probabilité de souscrire la surcomplémentaire est d'autant plus faible que l'âge augmente (Graphique 3).

Un effet majeur des dépenses de santé

Les dépenses *ex ante* révèlent que les besoins de soins en consultations et visites, en optique et en dentaire influencent positivement la probabilité d'acquiescer la surcomplémentaire dès son lancement. Le poste ayant le plus d'influence sur cette probabilité est celui des consultations et visites (+ 0,37 point pour 100 euros supplémentaires de dépenses), suivi de près par l'optique (+ 0,34 point pour 100 euros supplémentaires de dépenses). Le poste dentaire arrive quant à lui en troisième position avec une influence plus modeste (0,14 point pour 100 euros supplémentaires de dépenses). Les assurés ayant souscrit immédiatement la surcomplémentaire avaient donc des besoins de soins élevés avant la souscription, particulièrement en ce qui concerne les soins les mieux pris en charge par la surcomplémentaire. De ce fait, leur état de santé général est probablement plus dégradé.

À partir du 1^{er} semestre 2004, l'influence des dépenses de santé sur la probabilité de souscrire la surcomplémentaire tend à s'atténuer : au second semestre 2004, les dépenses d'optique, de dentaire, et de consultations et de visites impactent toujours positivement la souscription mais dans des proportions beaucoup plus faibles (Tableau 1). Parmi ces trois postes, seules les dépenses d'optique conservent une influence positive significative à la troisième et à la quatrième étape. Enfin, plus aucune dépense n'a d'impact sur la probabilité de souscrire la surcomplémentaire à la dernière étape, c'est-à-dire au second semestre 2005. Ainsi, ceux qui ont choisi de souscrire précocement tendaient à cumuler des risques avec des dépenses attendues élevées notamment en optique et en dentaire, ce qui caractérise un coût d'opportunité de l'assurance plus faible².

² Le coût d'opportunité correspond à ce à quoi on renonce pour acheter l'assurance santé. Lorsque les dépenses de santé sont nulles, le montant dépensé à l'achat d'une assurance équivaut à un renoncement à d'autres biens. Dans ce cas, le coût d'opportunité est important. Lorsque les dépenses de santé sont élevées, la somme que l'on verse à l'assurance permet de réduire le renoncement à d'autres biens en prenant en charge une partie de ces dépenses. Le coût d'opportunité est donc plus faible.

MÉTHODE

Modélisation. Afin de tester l'auto-sélection dynamique, nous nous appuyons sur un modèle traditionnel de demande d'assurance selon lequel le montant qu'un individu est prêt à payer pour souscrire la surcomplémentaire est égal au niveau moyen des prestations qu'il s'attend à recevoir par la MGET+ au cours de l'année, plus un certain montant (la prime de risque) tenant compte de la probabilité de survenue du risque et des dépenses anticipées. L'individu choisit de souscrire la MGET+ si la prime (132 €/an) est inférieure à ce montant. Il convient donc de modéliser la probabilité de souscrire la surcomplémentaire en fonction de variables reflétant le risque de survenue des dépenses de santé et le niveau des dépenses attendues.

L'anti-sélection dynamique est modélisée à travers un modèle probit séquentiel analysant la probabilité de souscrire la surcomplémentaire en cinq étapes. La première consiste à modéliser la probabilité de souscrire la surcomplémentaire dès le semestre de lancement (second semestre 2003). La deuxième modélise la probabilité qu'un assuré souscrive la surcomplémentaire au premier semestre 2004 sachant qu'il ne l'a pas souscrite au semestre précédent. Suivant le même principe, les troisième, quatrième et

cinquième étapes modélisent la probabilité d'avoir souscrit la surcomplémentaire au second semestre 2004, au premier semestre 2005 et au second semestre 2005. À chaque étape, la probabilité de souscrire la surcomplémentaire peut s'écrire :

$$Pr(Y=1) = F(a.S+b.W +g.X)$$

- Y = 1.** souscription de la surcomplémentaire ;
- S** ensemble des variables approximatant l'état de santé : l'âge (proxy du risque santé) et les dépenses de santé présentées au remboursement sur deux ans et demi *ex ante* le semestre de souscription modélisé (proxy de l'état de santé) ;
- W** variable approximatant le revenu à travers la rémunération du fonctionnaire du contrat de base sous forme d'indice salarial ;
- X** ensemble des variables de contrôle influençant la demande d'assurance : sexe, département de résidence, statut par rapport à l'emploi du fonctionnaire du contrat de base (en emploi, retraité, étudiant, sans profession), catégorie sur le contrat de base (assuré principal, ayant droit enfant, ayant droit conjoint), nombre de personnes sur le contrat de base.

Une souscription tardive pour les plus modestes

La rémunération

Toutes choses égales par ailleurs, et en particulier à niveau de risque santé donné, la probabilité de souscrire la surcomplémentaire dès le lancement n'est pas significativement plus forte lorsque la rémunération du fonctionnaire est élevée.

Ce résultat, non conforme à ceux d'études antérieures (entre autres Buchmueller *et al.*, 2004) traduisant notamment une plus grande facilité d'accès à la complémentaire santé pour les personnes les plus aisées, peut s'expliquer par une cotisation relativement « accessible » : 11 euros par mois. Le risque santé prime donc davantage sur l'accès à cette surcomplémentaire que le revenu, d'autant plus que la tarification du contrat initial est basée sur le revenu du fonctionnaire.

À partir du deuxième semestre 2004, l'effet de la rémunération du fonctionnaire titulaire du contrat de base devient significatif : les assurés rattachés à des contrats de base dont le titulaire se situe parmi les rémunérations les plus basses souscrivent plus massivement la MGET+. Ainsi, la probabilité que les assurés n'ayant pas souscrit la MGET+ au second semestre 2003 la souscrivent au premier semestre 2004 est plus élevée de 2 points lorsque la rémunération est inférieure à 300 (soit

T1

Modélisation séquentielle de la probabilité de souscrire la MGET+

| Séquentialisation Probabilité de souscription de l'individu moyen | 1 ^{re} étape 2 nd semestre 2003 | | 2 ^e étape 1 ^{er} semestre 2004 | | 3 ^e étape 2 nd semestre 2004 | | 4 ^e étape 1 ^{er} semestre 2005 | | 5 ^e étape 2 nd semestre 2005 | | |
|---|--|-----------------------------------|---|----------------------|---|----------------------|---|----------------------|---|----------------------|-----|
| | 0,12893 | | 0,02736 | | 0,01019 | | 0,00771 | | 0,00673 | | |
| | dy/dx ^a | Signifi- cativité ^b | dy/dx | Signifi- cativité | dy/dx | Signifi- cativité | dy/dx | Signifi- cativité | dy/dx | Signifi- cativité | |
| Genre (réf. : Hommes) | | | | | | | | | | | |
| Femmes | 3,378 | *** | 0,851 | *** | 0,334 | ** | 0,179 | * | 0,234 | ** | |
| Âge | | | | | | | | | | | |
| Âge | -0,933 | *** | -0,289 | *** | -0,176 | *** | -0,202 | *** | -0,197 | *** | |
| Âge au carré | 0,031 | *** | 0,008 | *** | 0,003 | *** | 0,004 | *** | 0,004 | *** | |
| Âge au cube | -0,00021 | *** | -0,00007 | *** | -0,00002 | *** | -0,00003 | *** | -0,00002 | *** | |
| Tranches d'indice salarial (réf. : Moins de 300) | | | | | | | | | | | |
| De 301 à 400 | -0,478 | NS | -2,003 | *** | -0,829 | *** | -1,142 | *** | -0,573 | ** | |
| De 401 à 500 | 1,846 | NS | -0,980 | ** | -0,440 | ** | -0,688 | *** | -0,318 | * | |
| De 501 à 695 | 3,025 | NS | -0,690 | NS | -0,674 | *** | -0,667 | *** | -0,282 | NS | |
| Plus de 695 | 2,270 | NS | -0,722 | NS | -0,515 | ** | -0,601 | *** | -0,477 | *** | |
| Occupation de l'assuré principal et situation familiale des ayants droit (réf. : Assuré actif) | | | | | | | | | | | |
| Assuré principal | Retraité | -2,922 | *** | -0,833 | *** | -0,235 | * | -0,224 | * | -0,194 | * |
| | Étudiant | 6,303 | NS | 3,116 | NS | 8,736 | ** | 3,034 | NS | 48,331 | * |
| Ayant droit | Conjoint | -2,799 | *** | -1,140 | *** | -0,306 | * | -0,145 | NS | -0,179 | NS |
| | Enfant | -1,508 | NS | -2,107 | *** | -1,685 | *** | -1,467 | *** | -1,470 | *** |
| Zone de résidence (réf. : Ile-de-France) | | | | | | | | | | | |
| Bassin parisien | -2,372 | * | -0,860 | * | -0,021 | NS | -0,544 | *** | -0,368 | *** | |
| Nord | -1,923 | NS | -0,914 | * | -0,440 | ** | -0,030 | NS | -0,139 | NS | |
| Alsace-Lorraine | 6,044 | *** | 2,243 | *** | 0,530 | NS | 0,020 | NS | -0,039 | NS | |
| Franche-Comté | -0,164 | NS | -0,630 | NS | -0,452 | * | -0,451 | *** | -0,377 | ** | |
| Ouest | -4,792 | *** | -1,046 | *** | -0,654 | *** | -0,559 | *** | -0,470 | *** | |
| Sud-Ouest | -2,662 | ** | -0,066 | NS | -0,070 | NS | -0,086 | NS | 0,003 | NS | |
| Centre-Est | -0,487 | NS | 0,255 | NS | -0,025 | NS | -0,275 | * | -0,048 | NS | |
| Méditerranée | -3,879 | *** | 0,018 | NS | -0,657 | *** | -0,430 | *** | -0,224 | NS | |
| Nombre d'assurés sur le contrat de base | | | | | | | | | | | |
| Nombre d'assurés | -1,815 | *** | -0,336 | ** | -0,128 | * | -0,158 | ** | -0,059 | NS | |
| Dépenses de santé 2 ans et demi ex ante le semestre de souscription modélisé | | | | | | | | | | | |
| Consultations (pour 100 €) | 0,365 | *** | 0,078 | *** | 0,012 | NS | -0,005 | NS | 0,011 | NS | |
| Dentaire (pour 100 €) | 0,136 | *** | 0,030 | * | 0,000 | NS | 0,011 | * | 0,002 | NS | |
| Autres honoraires (pour 100 €) | 0,045 | NS | 0,029 | NS | 0,028 | *** | 0,005 | NS | 0,012 | NS | |
| Pharmacie (pour 100 €) | 0,007 | NS | -0,016 | ** | -0,001 | NS | 0,001 | NS | -0,001 | NS | |
| Optique (pour 100 €) | 0,340 | *** | 0,138 | *** | 0,029 | * | 0,025 | * | 0,014 | NS | |
| Autres prescriptions (pour 100 €) | -0,027 | NS | -0,002 | NS | 0,000 | NS | 0,000 | NS | 0,001 | NS | |
| Hôpital (pour 100 €) | -0,012 | NS | -0,005 | NS | -0,003 | * | -0,002 | NS | -0,003 | NS | |
| Autre (pour 100 €) | 0,020 | NS | -0,005 | NS | -0,013 | NS | 0,005 | NS | -0,002 | NS | |

^a Effet marginal sur la probabilité de souscrire (dy/dx). ^b Significativité de l'effet marginal. *** : seuil de 0,1 % ; ** : seuil de 1 % ; * : seuil de 1 % ; NS : non significatif.

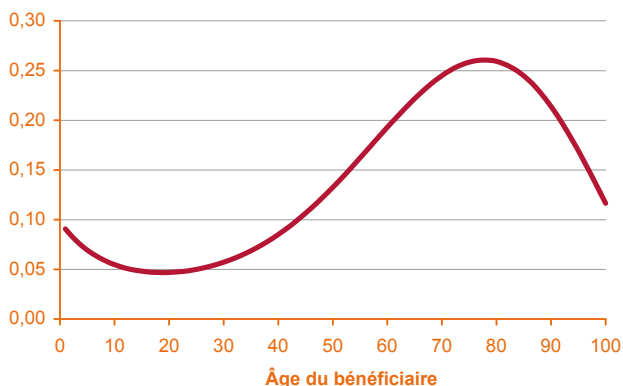
Lecture : Parmi les individus n'ayant pas souscrit la surcomplémentaire au second semestre 2003, la probabilité de l'avoir souscrite au premier semestre 2004 est plus élevée de 0,851 point pour les femmes que pour les hommes.

Données : MGET.

G2

Probabilité de souscrire la MGET+ au second semestre 2003, en fonction de l'âge

Probabilité de souscrire au 2nd semestre 2003



Guide de lecture : La probabilité qu'un assuré de 20 ans souscrive la MGET+ au second semestre 2003 est de 5% contre 13,1% pour un assuré de 50 ans.

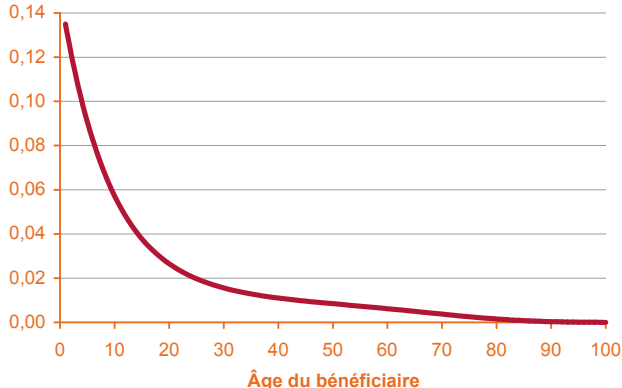
Données : MGET.

La référence de calcul étant différente en 2003 et 2004, les probabilités ne sont pas comparables entre les graphiques 2 et 3.

G3

Probabilité de souscrire la MGET+ au second semestre 2004, en fonction de l'âge

Probabilité de souscrire au 2nd semestre 2004



Guide de lecture : La probabilité qu'un assuré de 20 ans souscrive la MGET+ au second semestre 2004 sachant qu'il ne l'a pas souscrite avant est de 2,7% contre moins de 1% pour un assuré de 50 ans.

Données : MGET.

La référence de calcul étant différente en 2003 et 2004, les probabilités ne sont pas comparables entre les graphiques 2 et 3.

moins de 1 343 € bruts) que lorsqu'elle est comprise entre 301 et 400 (soit entre 1 346 € et 1 790 € bruts mensuels). Bien que cet écart tende à se réduire au cours du temps (il est inférieur à 1 point au dernier semestre de souscription), il reste bien significatif. Les différences de souscription n'étant pas significatives entre les assurés lorsque la rémunération est comprise entre 301 et 695 (soit entre 1 344€ et 3 111€), les souscriptions plus massives concernent bien les plus modestes, qui ont

donc eu tendance à différer la souscription à la surcomplémentaire. En outre, les plus aisés qui décident de ne pas la souscrire sur les premières périodes ne la souscriront pas ou, en tout cas, moins que les plus modestes sur les périodes suivantes.

L'effet des autres variables

La probabilité d'avoir souscrit la MGET+ dès son lancement est plus élevée pour les femmes (+ 3,4 points) et cet effet persiste

tout au long des semestres. Ce résultat peut s'expliquer par des consommations de soins attendues plus importantes pour les femmes.

Le nombre de bénéficiaires couverts par le contrat de base s'avère être également un facteur déterminant : plus le nombre d'assurés sur le contrat de base est élevé, moins la souscription à la surcomplémentaire est fréquente. La prime ouvrant droit à la surcomplémentaire étant individuelle et uniforme, le coût de souscription constitue donc vraisemblablement un frein à la souscription de l'ensemble des bénéficiaires du contrat de base.

Bien que la grande majorité des bénéficiaires de la surcomplémentaire ait adhéré à ce dispositif dès sa mise en place, des déterminants très significatifs de la demande d'assurance complémentaire ont pu être mis en évidence : l'état de santé, approximé par les dépenses de santé passées et par l'âge, est fortement lié à une souscription immédiate à la surcomplémentaire. Pour ces assurés, l'adhésion à la surcomplémentaire semble correspondre à une solvabilisation des besoins attendus de santé. Ce résultat est conforme à l'hypothèse de l'antisélection : les personnes présentant le plus de risques santé ont révélé leur statut en souscrivant la surcomplémentaire.

La Mutuelle générale de l'équipement et des territoires (MGET)

Jusqu'au 30 juin 2003, la MGET offrait un unique contrat, intitulé « MGET de base ». Sur la période concernée par l'étude, celui-ci remboursait le ticket modérateur sur les soins de ville « courants » (consultations et actes médicaux de médecins, chirurgiens, sages-femmes, soins d'auxiliaires, analyses médicales, pharmacie, transport) ; le ticket modérateur et le forfait journalier sur les soins hospitaliers ; de 115 % à 140 % du tarif de convention pour les prothèses dentaires et l'orthodontie ; de 865 % à 900 % du tarif de convention pour les verres de lunettes, 55 € pour les montures et 115 € pour les lentilles. En contrepartie, les assurés paient une cotisation proportionnelle à leur rémunération et indépendante de leur risque santé (âge, état de santé).

À partir du 1^{er} juillet 2003, la MGET a proposé à ses adhérents un contrat dit de « surcomplémentaire », appelé MGET+. Ce contrat permettait de compléter les remboursements de la « MGET de base » sur la plupart des postes avec dépassements : les consultations et les actes médicaux (+ 30 % du tarif de convention), les honoraires médicaux dans les établissements non conventionnés (+ 30 % du tarif de convention), les prothèses dentaires et l'orthodontie (+ 105 % à + 135 % du tarif de convention s'ajoutant aux garanties de base), l'optique (+ 31 € à + 92 € selon le type de verre, + 61 € sur les montures et + 115 € sur les lentilles). Pour l'ensemble de ces postes, le fait de disposer de la MGET+ permettait donc de doubler les niveaux de remboursement.

Toute personne titulaire du contrat MGET de base pouvait souscrire la MGET+ pour lui-même, pour l'ensemble de ses ayants droit ou seulement pour une partie d'entre eux. La garantie MGET+ pouvait être souscrite à tout moment de l'année. Les souscripteurs de la MGET+ versaient une surprime forfaitaire indépendante du niveau de rémunération de 11 € par mois et par personne couverte. Elle était cependant gratuite à partir du troisième enfant.

Cette offre de contrat supplémentaire a été maintenue jusqu'au 31 décembre 2006, date à laquelle elle a été remplacée par d'autres surcomplémentaires, Santé + et Pharma +.

DONNÉES

La base de données administratives de la Mutuelle générale de l'équipement et des territoires (MGET) donne des informations sur les caractéristiques de ses bénéficiaires au 31 décembre 2005, ainsi que sur l'ensemble des soins présentés au remboursement entre 2001 et 2005, soit deux ans et demi avant et deux ans et demi après la mise en place de la MGET+.

Caractéristiques socio-économiques et démographiques

La situation au 31 décembre 2005 de chaque bénéficiaire de la MGET de base est renseignée sur : l'âge, le sexe, la situation administrative (étudiant, actif, retraité, sans profession), la situation familiale (chef de famille, conjoint, enfant...), la tranche d'indice de rémunération du fonctionnaire titulaire du contrat « MGET de base » auquel l'individu est rattaché, le département de résidence et la date du passage à la retraite. Nous disposons également de données concernant le contrat de couverture complémentaire « de base » : le numéro du contrat, le nombre d'enfants mutualistes sur le même contrat et la « qualité mutualiste » (fonctionnaires souscripteurs, conjoint rattaché, enfant rattaché...). Cette dernière information a permis de distinguer les souscripteurs d'un contrat des ayants droit. Enfin, pour les bénéficiaires ayant choisi de souscrire la surcomplémentaire MGET+, la date de la souscription et la surprime versée sont connues. Les informations concernant l'âge, le fait d'être à la retraite et de bénéficier ou non de la surcomplémentaire pour toutes les années d'observation (2001, 2002, 2003, 2004 et 2005) ont ainsi pu être reconstruites. Nous supposons que les autres variables restent inchangées au cours du temps et que les individus n'ont changé ni de statut ni de position dans l'échelle de rémunération.

Soins présentés au remboursement

Pour l'ensemble des bénéficiaires, un historique des consommations de soins présentées au remboursement de la MGET de 2001 à 2005 est disponible. Pour chacune de ces consommations de soins, sont connus : année et mois de l'émission des remboursements ; année et mois des soins ; type de contrat de liquidation pour la part complémentaire (MGET / MGET+) ; montant de la dépense engagée par poste de prestation :

- **Consultations.** Généralistes, spécialistes, neuropsychiatrie, autres consultations, visites ;
- **Dentaire.** Soins dentaires, prothèse en CNSD, prothèse hors CNSD, orthodontie, actes non remboursés par la Sécurité sociale ;
- **Autres honoraires.** Actes chirurgicaux, radiologie ;
- **Pharmacie.** Vignette blanche, vignette bleue ;
- **Optique.** Verres, lentilles, monture, suppléments ;
- **Autres prescriptions.** Analyses, auxiliaires médicaux, orthopédie ;
- **Hospitalisation.** Forfait journalier, chambre particulière, frais d'hospitalisation ;
- **Autres.** Cure thermale, transport, prévention, autres.

Echantillonnage

Les tranches d'indice salariales n'étant renseignées que pour les fonctionnaires, seuls les contrats de base couvrant au moins un fonctionnaire en tant que chef de famille sont analysés. Pour des raisons d'identification du statut de chaque individu sur les contrats, ne sont conservés que ceux sur lesquels un seul fonctionnaire est inscrit. Les contrats dont les bénéficiaires n'étaient pas couverts par la MGET de base sur toute la période 2001-2005 sont supprimés, ainsi que ceux dont le chef de famille n'avait pas déclaré de revenu. Enfin, l'étude ne concerne que les individus vivant en métropole, soit plus de 100 000 contrats.

Le fichier des dépenses étant trop volumineux pour des analyses statistiques, l'étude est faite à partir d'un échantillon représentatif de la population de base. Afin de garder l'ensemble des bénéficiaires par contrat de base, les assurés principaux (les fonctionnaires) sont échantillonnés puis, dans une seconde étape, l'ensemble des ayants droit est récupéré. L'échantillonnage est stratifié par semestre d'adhésion à la surcomplémentaire afin de conserver une puissance statistique minimale par période d'observation. Un échantillonnage aléatoire simple représentatif de la dépense totale de chaque strate à 5 % près est utilisé. Tous les résultats statistiques sont pondérés par l'inverse de la probabilité d'inclusion de chaque assuré. L'échantillon final se compose de 18 126 assurés dont 9 458 n'ont jamais souscrit la MGET+, 3 676 assurés l'ont souscrite au second semestre 2003, 1 987 l'ont souscrite au premier semestre 2004, 1 150 au second semestre 2004, 953 au premier semestre 2005, et enfin 902 au second semestre 2005.

Au 31 décembre 2005, l'âge moyen des bénéficiaires est de 49,5 ans. Il y a en moyenne 1,5 personne par contrat de base. Les hommes sont largement majoritaires : 63 % contre seulement près de 48 % en population générale. Cela est certainement dû à la nature des professions exercées par les assurés de la MGET. Les assurés principaux appartenant à l'échantillon se caractérisent également par un fort taux de retraités : 45 % (55 % d'actifs) contre environ 20 % de la population française selon les données du recensement 1999. Plus de la moitié des fonctionnaires (58 %) a un indice de rémunération compris entre 301 et 400, soit une rémunération brute de base comprise entre 1 347 € et 1 790 €. Les dépenses totales de santé en 2005 s'élevaient à 1 697 € par assuré.

Près d'un assuré sur cinq bénéficiait de la MGET+ au 31 décembre 2005. La proportion de souscripteurs appartenant aux tranches d'indice de rémunération les plus élevées (plus de 401, soit une rémunération hors prime et indemnités de 1 794 € par mois) est plus importante parmi les bénéficiaires de la MGET+ (42 % versus 35 %). Les bénéficiaires de la MGET+ sont en moyenne plus âgés (56 ans versus 48 soit une différence de 8 ans), avec une plus forte proportion de femmes (41 % versus 37 %).

Les souscriptions suivantes sont moins fortement liées aux dépenses de santé passées. Par ailleurs, ces souscriptions sont plus souvent associées à des personnes ayant des revenus plus faibles. Plusieurs interprétations peuvent expliquer ce résultat : d'une part, les assurés peuvent avoir été contraints à différer l'achat d'une assurance. D'autre part, ces mêmes personnes ayant été classées comme en relative bonne santé du fait de dépenses de santé *ex ante* faibles, peuvent être en réalité en mauvaise santé et avoir dû renoncer à des soins dans des périodes antérieures, faute d'une couverture suffisante de leurs dépenses. Il s'agit ici de la limite de l'approximation de l'état de santé par les dépenses de santé réalisées.

Ces résultats tranchent avec les études précédentes qui ne mettaient pas en évidence d'influence forte de l'état de santé sur le fait d'être ou non couvert par une complémentaire santé. Il semble donc qu'à la différence du choix entre être couvert ou non, essentiellement déterminé par le revenu, souscrire des niveaux de garanties plus ou moins élevés est fortement déterminé par l'état de santé. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Arnould M.-L., Pichetti S., Rattier M.-O. (2007). « Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2005 », Drees, *Etudes et résultats* n° 575, mai.
- Buchmueller T.-C., Couffinal A., Grignon M., Perronnin M. (2004). "Access to Physician Services: Does Supplemental Insurance Matter? Evidence from France", *Health Economics*, vol. 13, n° 7, pp. 669-687.
- Rothschild M., Stiglitz J. (1976). "Equilibrium in Competitive Insurance Markets: an Essay on the Economics of Imperfect Information", *Quarterly Journal of Economics*, 90 (4), pp. 629-649.

IRDES INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ
10, rue Vauvenargues 75018 Paris
www.irdes.fr • Tél.: 01 53 93 43 02 • Fax: 01 53 93 43 07
Email: publications@irdes.fr
Directrice de la publication: Catherine Sermet
Rédactrice en chef technique: Anne Evans
Relecteurs: Véronique Lucas-Gabrielli, Sylvain Pichetti
Correctrice: Martine Broïdo
Maquettiste: Franck-Séverin Clérembault
Diffusion: Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui
Abonnement annuel: 60 € par an
Prix du numéro: 6 € • ISSN: 1283-4769