

La complémentaire maladie en France : qui bénéficie de quels remboursements ?

Résultats de l'enquête Santé Protection Sociale 1998

Agnès Bocognano
Agnès Couffinhal
Sylvie Dumesnil
Michel Grignon

Cette étude a été financée en partie par la MIRE et la FNMF, sur la convention n° 32/98

Rapport n° 497 (biblio n° 1317) Octobre 2000

Les noms d'auteurs apparaissent par ordre alphabétique

Toute reproduction de textes 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, le Directeur du CREDES devra être informé préalablement.

I.S.B.N. : 2-87812-268-2

Remerciements

Ce travail a été en partie financé par la MIRE et la FNMF dans le cadre de l'appel d'offre « Protection sociale d'entreprise ».

Nous tenons à remercier :

- ◆ les personnes qui nous ont accordé des entretiens : M. Albinet de l'Union Nationale des Mutuelles d'Entreprise, M. Bougoux d'Aventis Pharma, M. Hengbart d'EDF, M. Méhart du Groupe Even Agri, M. Parienty d'IBM, M. Retout de PSA, M. Salle d'IBM, Mme. Triquet d'EDF et Mme. Viremot de la Mutuelle Michelin ;
- ◆ Frédérique Ruchon qui a organisé et réalisé le traitement initial des données sur les contrats, Philippe le Fur qui a supervisé le bon déroulement entre autres de cette partie de l'enquête, mais aussi Olivier Busson et Catherine Ordonneau pour leur travail sur les fichiers de l'enquête SPS ;
- ◆ Sandrine Guire et Claire Menneteau pour la saisie initiale des informations relatives aux contrats dans l'enquête ;
- ◆ Laure Com-Ruelle et Fabienne Midy pour leur relecture attentive et leurs remarques enrichissantes ;
- ◆ toutes les personnes qui nous ont fait des suggestions au long de ce travail : en particulier les membres du Conseil scientifique du CREDES, notamment Anne-Marie Brocas et Maryse Gadreau, mais aussi Martine Burdillat, Christine Meyer et Raphaël Spira, et les participants au séminaire CREDES ainsi que les membres du comité de suivi de l'appel d'offre PSE ;
- ◆ Khadidja Ben Larbi, Cécilia Chopin, Franck-Séverin Clérembault et Francine Mercier qui ont composé et mis en page ce rapport.

Enfin, nous voulons rappeler que ce travail est l'aboutissement de plusieurs années d'effort au CREDES. Nous tenons donc à remercier nos prédécesseurs ainsi que Dominique Polton qui a permis à ce projet d'aboutir.

Sommaire

Sommaire

INTRODUCTION	11
A. Problématique générale	11
B. Questions posées dans ce rapport.....	12
C. Les données.....	14
D. Plan du rapport.....	16
1. LE MARCHÉ DE LA COMPLÉMENTAIRE EN FRANCE : ENJEUX, ACTEURS	19
1.1 Place de la couverture complémentaire dans la Protection Sociale.....	21
1.2 Le rôle des OCAM	28
1.3 Le rôle des employeurs.....	31
Conclusion de la partie 1	47
2. QUI ACCÈDE À QUELLE COUVERTURE ? RÉSULTAT DE L'ENQUÊTE SPS	51
2.1 Préambule : Recherche d'une logique de produit dans l'agencement des garanties.....	51
2.2 Principes d'enquête et premiers ajustements.....	53
2.3 Caractérisation des contrats par les taux de couverture dentaire et optique.....	63
2.4 L'agencement des garanties selon le mode d'obtention du contrat et le type d'organisme offreur	79
Conclusion de la partie 2	85
CONCLUSION	89
GLOSSAIRE	93
3. ANNEXES	97
ANNEXE MÉTHODOLOGIQUE CONCERNANT L'ENQUÊTE	101
3.1 Le recueil des données.....	101
3.2 Les règles de saisie	102
3.3 La création des variables.....	103
3.4 Les questions « prothèses dentaires » du questionnaire santé.....	106
3.5 Questionnaire couverture complémentaire (QCC)	107
ANNEXE MÉTHODOLOGIQUE SUR LA CLASSIFICATION DES CONTRATS	111
3.6 Stabilité de la typologie sur la base des remboursements optiques présentés dans le corps du rapport	111
3.7 Analyse de la classification des contrats lorsque le remboursement optique est calculé sur la base du TC modal	116
TABLEAUX DE RÉSULTATS	119
BIBLIOGRAPHIE	137
LISTE DES TABLEAUX	141
LISTE DES GRAPHIQUES	143

Introduction

Introduction

Ce rapport présente un travail sur la couverture complémentaire maladie*¹ en France. 85 % des individus disposent d'une couverture complémentaire maladie qui les couvre sur les risques* insuffisamment pris en charge par le régime obligatoire ou réduit leur participation financière aux soins de santé. Cependant, on connaît très mal le niveau des remboursements effectivement proposés par les contrats auxquels sont affiliés les individus. L'enquête Santé et Protection Sociale (SPS) comportait en 1998 des questions sur ces remboursements, en matière d'optique et de prothèse dentaire. Nous exploitons ces questions en rapportant le contenu du contrat de complémentaire maladie aux caractéristiques sociales des assurés.

Cette introduction présente les raisons pour lesquelles nous cherchons à dresser un bilan de la répartition des contenus de couverture complémentaire par milieu social, les questions précises que nous abordons dans ce rapport, ainsi que les choix méthodologiques concernant les données.

A. Problématique générale

La France est dotée d'un système public, obligatoire et universel d'assurance maladie. Son financement proportionnel au revenu, devrait permettre qu'un revenu faible ne soit jamais un obstacle à la consommation de soins. Pourtant, on constate une utilisation différente des services de santé selon les milieux sociaux (Mormiche, 1993, Mizrahi et Mizrahi, 1996, Bocognano, Dumesnil et al. 1999). Cette disparité dans l'accès, qui s'observe en général à travers l'utilisation effective du système de soins par les différents groupes sociaux, tient certainement à des facteurs d'offre (inégaie répartition géographique), d'interaction (inégaie aisance au sein du système administrativo-sanitaire), ou de rapport à la santé.

Sans méconnaître l'impact de ces facteurs, notre intérêt portera ici sur une autre explication possible : une part non négligeable de la dépense de santé doit être financée par les particuliers. Ainsi en France, un peu plus d'un quart de la dépense de santé n'est pas couvert par un financement public, ce qui nous situait en 1997 au 12^{ième} rang des pays de l'OCDE (Source : Eco-santé OCDE 2000).

Cette couverture partielle des soins par la Sécurité sociale prend essentiellement deux formes.

1. Le copaiement* sur le risque reconnu. Le terme de copaiement renvoie à l'idée d'une dépense partagée entre la Sécurité sociale et le bénéficiaire*.

Les principaux copaiements en France sont :

- le ticket modérateur*. La Sécurité sociale ne rembourse pas l'intégralité du tarif de responsabilité* et en laisse une partie, le ticket modérateur, à la charge de l'assuré ;
- le dépassement. Dans certains cas, les professionnels peuvent fixer librement un prix supérieur au tarif de responsabilité ; la différence entre ces deux montants est le dépassement ;
- et ou le forfait hospitalier qui constitue une participation de l'assuré aux prestations hôtelières. L'esprit est un peu différent, puisqu'il s'agit d'un montant uniforme payé pour chaque journée d'hospitalisation, sans aucun rapport avec l'intensité des soins.

¹

Les termes suivis d'une astérisque sont définis dans un glossaire page 93.

Ces copaiements peuvent se cumuler.

Les augmentations successives du ticket modérateur, dont l'objectif affiché était de responsabiliser les individus, et le développement des dépassements chez les spécialistes ont progressivement conduit à ce que le coût non pris en charge par l'assurance obligatoire pour avoir accès à chaque type de services de soins n'est pas négligeable. Il en résulte que la couverture partielle des frais par la Sécurité sociale peut dissuader certains ménages aux revenus modestes de consommer des soins.

2. Le fait que toute dépense de santé ne soit pas couverte par la Sécurité sociale résulte aussi de la non reconnaissance de certains soins comme étant des soins de santé. La prise en charge est alors nulle ou très faible. Il s'agit principalement de la prothèse dentaire et de l'équipement optique². Ces soins ne sont pas pleinement reconnus parce que le régime socialisé fonde volontairement son intervention sur une définition restreinte de l'offre répondant aux maladies et négligeant les particularités de conformation.

Toutefois, couverture partielle par la Sécurité sociale ne signifie pas toujours participation financière directe du patient. En effet, celui-ci peut bénéficier d'une autre forme de financement de sa consommation de soins, par l'intermédiaire d'une couverture complémentaire.

La couverture complémentaire est un bien intermédiaire, visant à accéder aux services de soins de santé. Les ménages l'acquièrent inégalement, selon leur propension et leur capacité à payer, mais aussi selon des différences statutaires (activité, secteur d'activité, type d'employeur).

Ce travail s'inscrit dans un programme de recherche global qui vise à comprendre le rôle de la complémentaire dans les différences sociales de recours aux soins.

La première étape traitée ici consiste à décrire le contenu des contrats dont disposent les individus selon leur milieu social. Jusqu'à présent, les enquêtes permettaient de savoir uniquement si la personne disposait d'une couverture complémentaire³; l'enquête Santé et Protection Sociale menée en 1998 et exploitée ici, va plus loin. Elle comprend des questions visant à décrire et évaluer le contenu des contrats effectivement souscrits par les ménages.

B. Questions posées dans ce rapport

La question traitée dans ce rapport pourrait être formulée ainsi : *qui accède à quel type de couverture complémentaire et comment ?* Pour y répondre nous serons amenés à caractériser les contrats existants par leur contenu (Quelle couverture ?) à déterminer un profil de la population des assurés sur des critères démographiques et économiques par type de contrat (Qui a accès à quelle couverture ?). Enfin, nous chercherons à comprendre les déterminants de l'accès de tel type de population à tel type de contrat (Comment ?).

² On peut citer aussi la prothèse auditive qui relève de la même problématique : le tarif de convention est notoirement plus faible que le prix de marché. Ce sujet ne sera pas traité dans le présent travail faute de données.

³ Les enquêtes SPS (par exemple Dumesnil, Grandfils et al. 1997) contiennent traditionnellement des questions sur la nature des garanties proposées mais il s'agit plus d'émettre une opinion que de décrire précisément le contrat. Des précédents travaux Couffinhal (1994) Maurel (1997) avaient cherché à exploiter ces informations pour analyser le lien entre qualité de l'assurance et consommation.

Quelle couverture ?

Un premier travail consiste à caractériser les contrats de couverture complémentaire.

Nous avons signalé que la nature de la participation financière individuelle au paiement des soins dépend du type de soins, il est donc naturel que l'intervention de la complémentaire suive une logique similaire. De fait, décrire un contrat d'assurance nécessite non seulement de connaître les risques couverts mais aussi les niveaux auxquels ils sont couverts. Concrètement, les principaux éléments de caractérisation des contrats sont : couverture ou non des tickets modérateurs, du forfait hospitalier, et niveau de couverture des dépassements d'honoraires, des prix des prothèses dentaires et des équipements optiques. Un contrat est donc en réalité un portefeuille de garanties, auquel on associe un prix global.

A priori, toutes les combinaisons sont possibles à l'intérieur de ce portefeuille, l'assuré étant libre d'arbitrer par exemple entre le forfait hospitalier et le montant de remboursement des prothèses. La couverture complémentaire maladie a du reste longtemps revendiqué l'image d'un produit « à façon », s'adaptant, dans une enveloppe donnée, aux préférences du client.

Aujourd'hui, un discours porté principalement par les assureurs privés* s'écarte de cette image artisanale et affirme que le marché offre en réalité trois produits de niveaux différents (le bas de gamme, le standard, et le plus). Si l'on en croit J.-H. Lorenzi (1998)⁴, l'industrie de l'assurance dans son ensemble serait passée d'une logique de réseaux de proximité à une logique de produits standardisés en vente directe et on peut se demander si le marché de la complémentaire maladie suit une évolution semblable.

L'analyse des informations collectées sur les contrats devrait nous permettre de trancher entre ces deux hypothèses. Pour autant notre enquête ne prétend pas fournir une image complète de l'offre de couverture complémentaire. On ne peut résumer un contrat aux niveaux de remboursement qu'il propose. Un organisme complémentaire d'assurance maladie* (OCAM) peut aussi rendre une palette de services : bilan de santé gratuit, tiers-payant, gestion du risque. Il faut souligner qu'un même niveau de garantie peut avoir des conséquences très différentes selon l'aptitude de l'assureur à gérer le risque. Plus précisément, un assureur peut proposer des niveaux de garantie plus faibles mais des taux de remboursement plus élevés s'il négocie les prix avec les professionnels de santé voire s'il entreprend une gestion totale de la maladie (*disease management*) visant à réduire le volume tout en maintenant la qualité.

Qui a accès à quelle couverture ?

Les enquêtes en population générale (SPS) montrent que les taux de détention d'une couverture complémentaire tendent à s'harmoniser d'une catégorie sociale à l'autre. La création de la CMU va probablement renforcer cette tendance et étendre l'accès à « une » couverture complémentaire. Néanmoins, pour faire avancer la discussion sur les inégalités dans l'accès, on ne peut se contenter de ce constat. Sachant que la couverture est un des facteurs explicatifs de l'accès aux soins, c'est la distribution de la couverture maladie en termes de *niveau de couverture*, selon les milieux sociaux⁵ qui est probablement un meilleur indicateur intermédiaire d'inégalité dans l'accès aux soins. Il faut donc dresser un bilan par caractéristiques socio-démographiques et socio-économiques de l'état de la couverture complémentaire maladie.

⁴ Les références bibliographiques sont regroupées et détaillées à la fin du rapport.

⁵ Catégories professionnelles, niveau d'instruction, âge de l'assuré, degré d'urbanisation, revenu, zone géographique.

Comment ?

L'étape suivante consiste à approfondir l'analyse des facteurs explicatifs de cette répartition, autrement dit à chercher des éléments de réponse à la question : *comment accède-t-on à une couverture complémentaire ?* Si l'on ne met en regard que les contrats d'une part et les bénéficiaires d'autre part, on ne rend probablement pas compte de la complexité du marché étudié. On raisonne comme si les transactions n'obéissaient qu'à une logique individuelle et marchande. Dans une telle démarche, on ignorerait :

- la dimension collective de la protection sociale*. Ainsi, la couverture complémentaire est souvent obtenue par l'intermédiaire d'une collectivité constituée préalablement par le milieu professionnel, ou encore sur la base d'une proximité physique dans le cas des interprofessionnelles locales. La couverture est aussi souvent gérée par une forme de démocratie directe qui porte notamment sur la définition des garanties ;
- le fait que de nombreux acteurs prennent part à l'élaboration des contrats :
 - du côté de la demande, les représentants des bénéficiaires, à savoir les employeurs ou les syndicats, voire les organisations interprofessionnelles ou les institutions administratives, sont en réalité des agents intermédiaires qui peuvent avoir leurs propres contraintes ou objectifs ;
 - du côté de l'offre, les OCAM ont, ou du moins affichent, des logiques de fonctionnement différenciées. Par exemple, les mutuelles se veulent souvent porte-parole de la demande plutôt que producteurs d'assurance.

Autrement dit, un grand nombre d'acteurs interagissent sur ce marché et on souhaite compléter la description de la couverture complémentaire maladie par une analyse du rôle de ces différents acteurs.

C. Les données

Un tel travail n'ayant jamais été réalisé, nous avons été amené à opter entre plusieurs stratégies possibles de recueil des informations. Nous retraçons ci-dessous une brève chronologie des choix effectués et des raisons ayant motivé ces choix.

Pour connaître le contenu des contrats de complémentaire maladie, trois types d'approches semblaient possibles.

1. Ajouter des questions spécifiques à l'enquête SPS du CREDES réalisée auprès des ménages afin de collecter des informations sur les différentes dimensions des contrats.
2. Réaliser une enquête auprès des OCAM visant à obtenir des informations sur les contrats d'entreprise en complément de l'enquête ménage. Les assureurs disposent de peu d'information sur les caractéristiques socio-démographiques des bénéficiaires. En dehors de toute considération d'acceptabilité, une seule enquête auprès des OCAM n'aurait pas suffi à répondre à notre problématique. Cependant il pouvait s'avérer utile de compléter les réponses des ménages sur les caractéristiques de leurs contrats en interrogeant les assureurs. Plus précisément, nous pensions qu'il était plus difficile, dans une enquête en population générale, d'obtenir des informations sur les contrats collectifs que sur les contrats individuels. Implicitement, notre hypothèse était que les individus couverts par le biais de l'entreprise, qui ne choisissent donc pas directement les contrats et ne paient souvent pas l'intégralité de la prime, sont moins au fait du contenu exact des contrats. Nous aurions alors, pour les personnes ayant signalé leur OCAM et pour les contrats des grandes entreprises, cherché à compléter ces réponses en s'adressant à la source.

3. Se baser sur une approche "employeur". Parmi les sources disponibles, seule la perspective de réaliser un travail d'archives sur les accords d'entreprise déposés aux directions départementales du travail et de l'emploi (DDTE) s'est avérée pertinente⁶. Chaque entreprise qui conclut un contrat de prévoyance est tenue de le déposer auprès de cet organisme et l'information est publique.

Quels ont été les choix effectués ?

L'enquête Santé Protection Sociale du CREDES réalisée auprès des ménages en 1998 a comporté un volet spécial de questions sur la couverture complémentaire maladie. Nos résultats reposent essentiellement sur des déclarations de bénéficiaires de contrats de couverture complémentaire.

L'enquête auprès des OCAM s'est avérée moins nécessaire que prévue parce que l'enquête en population générale donnait en fait de bons résultats sur les contrats collectifs. En outre, des prises de contacts ont rapidement montré que :

- d'une part, les OCAM sont très réticents et refusent de répondre à des questions précises sur le contenu des contrats (quand bien même on ne pose pas de question sur les primes associés aux garanties). Les contenus des produits d'assurance ou de couverture sont des informations commerciales et stratégiques que les organismes répugnent à divulguer.
- d'autre part, les contrats d'entreprise ne sont pas toujours uniformes pour les employés et il existe des options, même si le contrat unique est plus répandu (Bocognano et Grignon, 1999). Autrement dit, il n'aurait pas été possible d'inférer simplement les caractéristiques du contrat en partant du nom de l'entreprise et de celui de l'OCAM.

L'idée de réaliser une enquête auprès des OCAM, dont la pertinence et la faisabilité semblaient discutables, a donc été abandonnée.

La description des contrats d'entreprise par les employeurs est apparue à la fois comme prometteuse et limitée :

- prometteuse parce que les entreprises jouent un rôle dans la définition de la couverture complémentaire, tant dans le contenu que dans le financement, et ne sont pas des lieux passifs de mutualisation des aléas (Bocognano et Grignon, 1999) ;
- limitée parce que l'accord déposé auprès de la DDTE n'est qu'un cadre et demeure imprécis sur les modalités pratiques d'application : traitement des CDD, des temps partiels, des apprentis, différences cols blancs/cols bleus, hommes/femmes, français/étrangers, mariés/concubins etc. En outre, ces accords ne disent rien sur le rôle que l'entreprise veut faire jouer à sa couverture complémentaire maladie au sein de la protection sociale d'entreprise (PSE).

Il a donc été décidé de développer l'approche directe auprès des entreprises, via une série d'entretiens semi-directifs auprès de « responsables »⁷ de la complémentaire maladie proposée aux salariés. Ces entretiens fournissent de premières pistes pour une enquête auprès des employeurs qui permettrait de compléter l'enquête en population générale.

⁶ *Il existe aussi des enquêtes auprès des employeurs, abordant des aspects de la protection sociale d'entreprise (système ACEMO, DADS, enquête sur les comités d'entreprise, enquête sur le coût de la main d'œuvre et la structure des salaires ou des organismes prestataires de services de couverture complémentaire maladie). Ces sources ne donnent que très peu d'information sur la complémentaire maladie. Les enquêtes internationales (Job Survey de l'OCDE, enquête européenne sur les coûts du travail) sont aussi assez pauvres à cet égard.*

⁷ *Terme générique pouvant désigner aussi bien un membre de la direction de l'entreprise que le secrétaire du comité d'entreprise.*

D. Plan du rapport

La première partie de ce rapport propose une analyse du marché de la complémentaire qui donne un cadrage quantitatif et décrit le rôle des différents acteurs en insistant sur le rôle des employeurs. L'enjeu de cette première partie est de restituer la part des logiques individuelle et collective dans la distribution de la complémentaire, ce qui permet de comprendre comment et pourquoi celle-ci participe de l'amélioration de l'équité du système de santé.

La seconde partie de ce travail dresse le bilan de la distribution de la couverture complémentaire maladie d'après les contrats des bénéficiaires tels que relevés dans l'enquête SPS. On relate en premier la méthode nous ayant permis de caractériser les contrats. On décline ensuite la distribution de la qualité selon les principales caractéristiques des consommateurs de soins. Enfin, on introduit la nature de l'OCAM et le mode d'obtention du contrat dans l'analyse.

***1. Le marché de la complémentaire
en France : enjeux, acteurs***

1. Le marché de la complémentaire en France : enjeux, acteurs

Pour analyser toutes les facettes de l'accès aux soins selon le milieu social, il est indispensable de dresser un bilan du contenu de la couverture complémentaire maladie. Certes, il y a encore quelques années, les milieux sociaux se différenciaient simplement par le taux de détention d'un contrat, mais aujourd'hui, la forte progression de ce taux a réduit mécaniquement les disparités. La question qui se pose est alors la suivante : les contrats détenus par les différents milieux sociaux sont-ils identiques, ou bien la disparité est-elle toujours présente, en terme de qualité du contrat détenu et non plus seulement de taux de détention ?

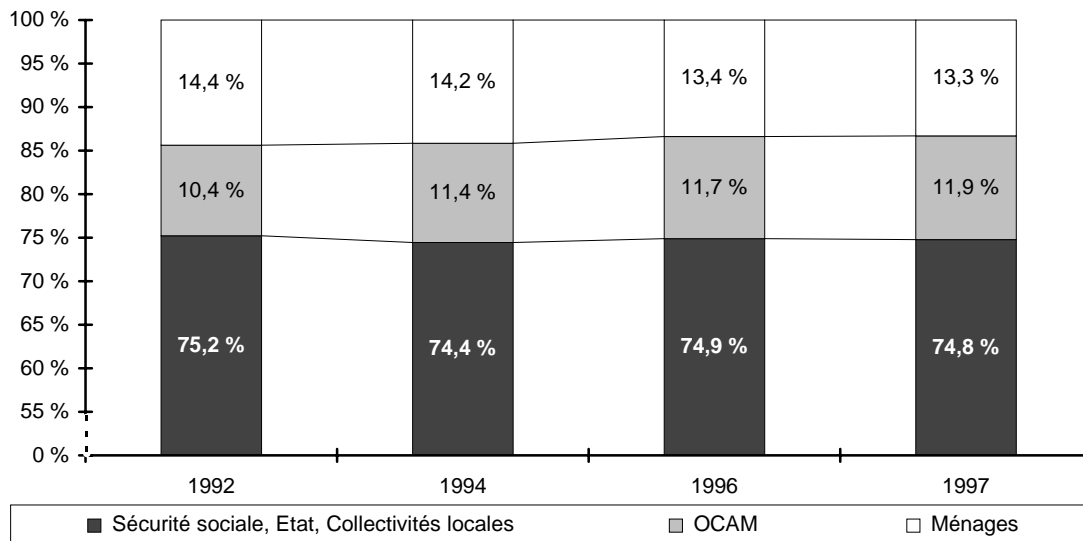
Le constat d'éventuelles disparités de qualité de couverture détenue par milieu social est certes intéressant en soi. Cependant, il n'a pas le même sens selon la manière dont s'acquiert la couverture complémentaire maladie :

- S'il s'agit d'un bien dont l'acquisition n'est pas directement soumise à la capacité à payer de la plupart des ménages⁸ et s'il s'achète sur un marché classique, confrontant des demandes individuelles et des offres lisibles, on cherche l'explication d'éventuelles différences sociales du côté de l'analyse sociologique des goûts et préférences. L'inégalité éventuelle relève de la problématique des préférences endogènes.
- S'il s'agit d'un bien pouvant être acquis sur un marché classique, mais soumis à la capacité à payer des ménages, on cherche l'explication des différences du côté de l'effet revenu et l'inégalité constatée sera celle, classique là encore, du caractère plus ou moins admissible d'une discrimination par le revenu dans l'accès à un bien qui peut être jugé fondamental.
- Enfin, il peut s'agir d'un bien acquis sur un marché plus complexe. Le type de « complexité » auquel nous faisons précisément référence ici résulte du fait que, d'une part, la demande ou l'offre reflètent des préférences collectives et/ou d'autre part, l'accès à ces « collectivités » est restreint. Autrement dit, il s'agit de différences statutaires. L'explication sera à chercher du côté de la disparité d'accès aux différents statuts et la problématique d'équité est celle, classique là aussi, des transferts au sein des groupes statutaires (une demande exprimée collectivement peut entraîner des subventions croisées) et entre groupes de la population (notamment des groupes sans statut vers les groupes à statut).

Dans cette première partie, on s'attache donc, par une démarche plus socio-économique que juridique, à répondre à cette question liminaire : sur quel type de marché et selon quelle logique s'acquiert la couverture complémentaire ? Une réflexion sur la place de la couverture complémentaire dans la protection sociale (1.1) nous conduit à constater que deux acteurs collectifs jouent un rôle prépondérant dans l'acquisition de la garantie : l'organisme offreur lui-même, qui se veut autant expression des demandeurs que producteur (section 1.2), et l'entreprise qui est un lieu privilégié de l'acquisition (section 1.3).

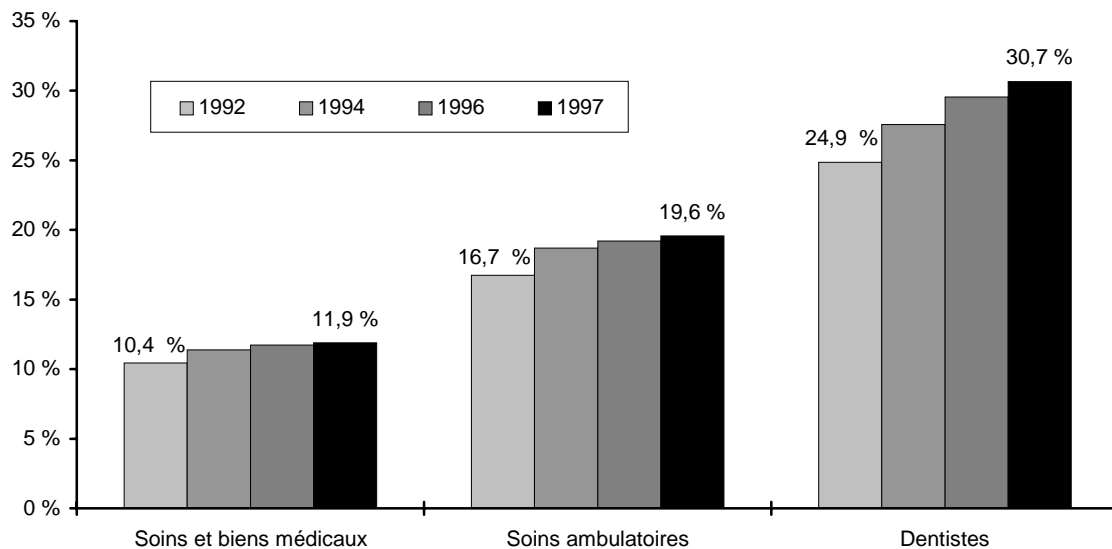
⁸ On veut signifier par là des biens dont on peut acheter une quantité raisonnable sans mettre en péril un budget, même assez faible, et qui ne sont pas des substituts de biens beaucoup plus chers. En ce sens, 90 % des ménages peuvent exprimer leurs préférences sur le marché du pain (si on fait l'hypothèse que le pain forme un ensemble peu substituable avec d'autres produits, même alimentaires), et les quantités achetées reflètent ces préférences. En revanche, un bien comme le logement, dont l'achat d'une quantité « raisonnable » mettrait en péril les budgets de 50 % des ménages, peut être dit soumis à contrainte de budget ; les choix des ménages reflètent alors au moins autant leur capacité à payer que leur propension à payer.

Graphique n° 1
Structure de financement de la dépense courante de soins et biens médicaux



Source : Comptes de la santé

Graphique n° 2
Evolution de la part des OCAM dans le financement de différents types de dépenses



Source : Comptes de la santé

Nota bene : les dépenses pour les soins de dentistes sont incluses dans les soins ambulatoires, eux-mêmes sous ensemble des soins et biens médicaux.

1.1 Place de la couverture complémentaire dans la Protection Sociale

Pour tenter de caractériser la place de la couverture complémentaire dans la Protection Sociale, nous commençons par apporter de rapides éléments de cadrage sur le rôle de la couverture complémentaire dans la couverture des dépenses de santé (section 1.1.1), avant de nous pencher sur la nature des biens et services couverts (section 1.1.2). Enfin, nous tentons de caractériser la nature économique de ce type de service, entre assurance classique et service de protection sociale (section 1.1.3).

1.1.1 *Bref cadrage quantitatif*

En 1997, la part des OCAM dans le financement de la dépense courante de santé est de près de 12 %. Elle a augmenté régulièrement depuis 1992, alors que les parts respectives de l'Etat et des ménages n'évoluaient pas de façon régulière (Graphique n° 1).

Cette participation des OCAM au financement des dépenses de santé est très variable selon le type de soins. Comme le montre le Graphique n° 2, elle est nettement plus élevée pour les soins ambulatoires et notamment pour les dépenses dentaires que pour l'ensemble de la dépense. Ce phénomène tend à s'accroître sur la période.

L'importance croissante de la complémentaire dans la couverture maladie s'observe aussi à travers sa diffusion plus large dans la population : d'après l'enquête SPS, la proportion de la population couverte était d'environ 79 % en 1988 (Volatier, 1990), et elle a atteint 84 % en 1998 (Bocognano, Dumesnil et al. 1999).

Cependant, on constate une différence dans le taux et le mode d'accès en fonction du revenu : le taux de personnes couvertes croît avec le revenu par unité de consommation* du ménage, de 51,8 % pour les moins de 2 000 francs mensuels à 71 % chez les 2 000 à 3 000 francs et 90,6 % chez les plus de 3 000.

1.1.2 *Nature du service rendu par la complémentaire en France*

Après avoir examiné les fonctions théoriquement envisageables pour la couverture santé facultative, nous définirons plus précisément le rôle joué par la complémentaire en France.

Les fonctions possibles de la couverture facultative

La complémentaire, terme utilisé en France pour désigner la couverture facultative, doit son nom au fait que le financement de la dépense de soins est partagé entre deux types d'acteurs : un régime obligatoire public et des agents économiques privés. Ces agents peuvent être des individus (financement direct des soins consommés) ou des opérateurs de statuts juridiques multiples (assureurs, institutions de prévoyance, mutuelles) auprès desquels la souscription d'un contrat est possible mais facultative⁹. Ces opérateurs privés occupent tout ou partie de la place laissée par le système public et interviennent de fait de façon « complémentaire ». Il s'agit donc d'une acception mathématique de ce terme qui renvoie à l'idée que la place prise par l'obligatoire conditionne la marge de manœuvre et la taille du marché potentiel de la protection sociale privée. Plus les individus ont accès à une couverture obligatoire et plus celle-ci est généreuse, moins leur besoin de recourir à une assurance facultative est élevé.

⁹ *Même les contrats groupes peuvent être présentés comme facultatifs, car on peut toujours refuser d'intégrer l'entreprise qui les propose.*

L'importance croissante de la complémentaire dans la protection sociale des ménages s'explique donc en grande partie par la maîtrise des dépenses publiques de santé.

Cette précision sémantique est importante car il peut y avoir une ambiguïté liée au fait que l'économie fait elle aussi appel à la notion de complémentarité : deux biens ou services sont appelés « complémentaires » si la disponibilité de l'un est nécessaire à la production ou à la consommation de l'autre. Par exemple, le lait et le chocolat en poudre sont complémentaires dans la production de la boisson "chocolat". La couverture non obligatoire n'est pas réellement complémentaire du régime obligatoire en ce sens.

Si la couverture facultative est presque toujours complémentaire d'un régime obligatoire, elle recouvre des réalités très différentes et peut en réalité remplir quatre types de fonctions¹⁰.

1. Elle peut constituer la seule source de couverture contre le risque maladie. C'est ce qu'on appelle en France la « couverture au premier franc ». Cela existe surtout aux Etats-Unis, où la majeure partie de la population n'a d'autre recours, pour se garantir contre le risque d'avoir à faire face à des dépenses de santé, que de souscrire un contrat auprès d'une assurance facultative.
2. La couverture facultative peut financer des risques ou des biens qui ne sont pas couverts par l'assurance publique. Ce cas de figure se trouve dans nombre de pays dont le système est construit selon une logique de « panier de biens », certains biens étant exclus de la prise en charge publique (Belgique, Israël, Suisse, Pays-Bas, Allemagne...).
3. Elle peut re-financer des copaiements publics. En France, la complémentaire remplit évidemment cette fonction, puisque qu'elle couvre tickets modérateurs et dépassements. La couverture facultative remplit une fonction similaire au Danemark, mais aussi aux Etats-Unis dans le système MEDICARE (assurance publique des Américains âgés de plus de 65 ans qui impose des copaiements particulièrement élevés)¹¹.

Notons que la différence entre ces trois fonctions peut être décrite en termes de degré plus que de nature. Considérons une situation dans laquelle la couverture facultative rembourse les copaiements publics ; plus la couverture publique est faible, plus on se rapproche du cas de figure 2 (pas de couverture publique de certains services), voire de la configuration 1 (aucune couverture publique) si l'ensemble des biens et services de santé est concerné. Il s'agit pourtant toujours de couvrir le risque de devoir faire face à des dépenses de santé qui ne sont pas couvertes par le système public.

4. Le dernier cas est d'une nature un peu différente : la couverture facultative peut financer l'accès à une qualité supérieure. Ceci concerne essentiellement les pays de type NHS dans lesquels l'État garantit un accès à la quasi-totalité des soins dans un système public. Les individus se couvrent pour, en cas de nécessité, avoir accès à des biens et services de meilleure qualité. Il s'agit toujours d'assurance, mais on ne peut pas considérer que la motivation première de l'individu est de se protéger contre le risque de devoir s'acquitter du prix des soins (auxquels il a théoriquement accès moyennant un confort moindre ou un délai d'attente plus élevé). La couverture facultative, dans ce cas, joue plutôt le rôle d'une option de sortie du système public.

¹⁰ Couffinal (1999) contient une analyse détaillée du rôle et de la place de l'assurance facultative dans les systèmes de santé d'un grand nombre de pays de l'OCDE.

¹¹ La «complémentaire» MEDIGAP sert aussi à couvrir des biens et services non remboursés.

Le cas de la France

En France, le rôle de la complémentaire a évolué pour deux raisons, l'augmentation des copaiements (1) et la non-actualisation du panier de biens et services (2).

1. Le montant que doivent déboursier les patients pour les soins a une influence sur les volumes qu'ils consomment. Les pouvoirs publics ont augmenté la part à la charge des patients pour limiter les dépenses.
2. Les prothèses dentaires, les lunettes, les prothèses auditives, certaines thérapeutiques ou certaines procédures hospitalières sont soit exclues du remboursement, soit prises en charge à des tarifs de responsabilité trop bas. La participation de la Sécurité sociale au financement des dépenses afférentes à ces risques est aujourd'hui négligeable. On considère implicitement que la Sécurité sociale (et donc la solidarité nationale) n'a pas à s'étendre à la couverture des risques concernés. On a basculé progressivement dans un raisonnement de type *panier de biens*, au terme duquel des décisions sont prises de couvrir de façon solidaire certains risques liés à la santé et pas d'autres. Il serait souhaitable qu'un tel choix repose sur une légitimité forte, scientifique ou démocratique. Or, à cet égard, notre système est dépourvu d'instances et de procédures adaptées. En ce qui concerne les prothèses dentaires et les lunettes, la situation actuelle est insatisfaisante parce que l'évolution des consommations de soins et des représentations collectives de la santé a peu à peu étendu la notion de risque à ces champs. Il semble difficile d'admettre aujourd'hui une inégalité forte de confort ou d'aspect physique entre les groupes sociaux, les progrès scientifiques ont permis de mieux appréhender les conséquences pathologiques du non accès à ces soins. La question se pose donc de savoir si l'acquisition d'une garantie couvrant ces risques ne devrait pas être plus socialisée, pour bénéficier là aussi de la mutualisation entre classes de risques et de revenus. Comme en France la définition du petit risque n'est pas explicite, on ne peut que tenter de l'inférer à partir des débats parlementaires et des décisions législatives. Le débat sur la CMU a plutôt conduit à trancher en faveur d'une mutualisation, puisque ces risques sont pris en compte dans le panier couvert de manière socialisée.

En France, il existe donc un certain consensus autour de l'idée qu'il serait bon de redéfinir la participation du système public au financement des dépenses de santé, ce qui reviendrait implicitement à redéfinir celle de la couverture complémentaire.

Ainsi, le rapport préparatoire à la Conférence de nationale santé 2000, rédigé par le haut Comité de la santé publique, a dernièrement proposé :

- d'une part, de faire disparaître progressivement le ticket modérateur ;
- d'autre part, de lancer un débat d'envergure nationale sur la définition du « panier de biens et services », c'est-à-dire de la liste des prestations considérées comme répondant à des besoins essentiels, préalable nécessaire à une réflexion plus approfondie sur un éventuel partage du financement de ces dépenses entre différents acteurs. Cette référence aux besoins essentiels reflète l'opinion largement répandue en France selon laquelle la situation d'un risque *dans* ou *hors* du panier de la solidarité obligatoire dépend essentiellement de sa position dans le diptyque « petit risque* » / « gros risque* ». On pourrait imaginer d'autres critères d'inclusion (en fonction du rapport coût efficacité, en fonction de la priorité accordée à la santé des personnes concernées par les soins...).

Quoiqu'il en soit, notre présent travail, qui porte largement sur les prothèses dentaires et l'optique, s'inscrit dans une logique de type « panier de biens » puisque ces biens ne sont de fait quasiment pas couverts à l'heure actuelle par la Sécurité sociale.

1.1.3 Assurance ou protection sociale ?

Ayant décrit ce que couvre la complémentaire en France, nous présentons les raisons pour lesquelles, selon nous, la décision de souscrire un contrat ne relève pas totalement d'une logique individuelle mais se situe plutôt du côté de la protection sociale. La réponse à cette question est pour nous importante : en effet si la couverture complémentaire relevait d'une logique individuelle, il ne serait pas pertinent de dresser un bilan de sa distribution par milieu social.

L'assurance en théorie ne conduit à aucune redistribution

Pour répondre à cette question, on propose une brève description du fonctionnement théorique de l'assurance.

Considérons, et il s'agit là de deux hypothèses très fortes, qu'il est possible de définir un panier de biens et qu'il est ensuite possible, dans une logique de partage des responsabilités, d'établir une séparation raisonnable entre gros risque et petit risque :

- pour le « gros risque », la couverture doit être solidaire et coercitive, pour des raisons d'équité et peut-être même d'efficacité (Bocognano, Couffinhal et al., 1998) ;
- pour le « petit risque », la couverture est volontaire et on considère collectivement que le jeu des préférences individuelles conduit à une distribution optimale.

Dans ce cas, l'individu pourra souscrire sur le petit risque un contrat d'assurance actuariel*. Cette expression, qui renvoie au concept économique de l'assurance, est centrale. Elle rappelle que l'assurance ne conduit théoriquement à aucune forme de redistribution entre les individus. Cette affirmation mérite d'être explicitée : avant assurance, si l'individu risque, avec une probabilité p , de subir un dommage d'un montant D , il est en fait face à une alternative : soit il ne subit pas de dommage, soit il perd D avec une probabilité p . Sa perte "moyenne" est donc égale à pD .

Considérons le même individu dans le cas où il s'assure. Le contrat d'assurance doit (pour des raisons que nous ne développons pas ici) en théorie coûter pD . L'individu paie cette prime d'assurance quoiqu'il arrive et il se fait rembourser du dommage dans le cas où il le subit. Autrement dit, il paie pD s'il ne subit pas le dommage et il subit une perte nette de pD dans le cas contraire (dans ce cas, dommage + remboursement - prime = $-D+D-pD = -pD$).

En comparant les deux cas, assurance et non assurance, on voit que « en moyenne » la situation de l'individu est identique, puisque sa perte moyenne ou son investissement dans une diminution du risque selon le point de vue est $-pD$. La seule différence est que dans un cas, l'individu a choisi la sécurité (il paie la prime quoi qu'il arrive). Dans l'autre cas, il a préféré participer à une loterie : il n'aura effectivement pas payé la prime et réalisé une économie s'il ne subit pas le dommage, dans le cas contraire, il devra le payer intégralement de sa poche. Ce raisonnement économique simpliste démontre qu'assurance ne signifie pas redistribution.

En poursuivant cette logique d'assurance, si on change de point de vue, et si on se place en observation rétrospective, parmi les personnes qui ont subi le dommage, on peut distinguer deux catégories d'individus : les *assurés* qui voient leur dommage remboursé et les autres qui sont confrontés à une perte sèche. Parmi eux, tous n'ont pas forcément les moyens d'assumer cette perte¹².

Dans cette approche, si on constate que des individus non couverts par l'assurance tombent malades et n'ont pas les moyens d'acheter tel ou tel soin, cela peut être la conséquence du fait qu'ils ont "joué aux dés" et perdu.

¹² De même que si des personnes non assurées se font voler leur voiture, certaines pourront la remplacer et d'autres pas.

Si nous sommes, et c'est l'hypothèse que nous avons faite ici, sur du « petit risque », sur lequel il a été collectivement décidé que la solidarité nationale n'avait pas à jouer il ne serait pas choquant que la responsabilité individuelle joue à plein.

En France, la complémentaire ne couvre pas que le petit risque...

Comme en France, une partie du gros risque (prothèse et lunettes) n'est pas couverte par la Sécurité sociale; la prime qui correspond à la couverture de ce risque est relativement élevée. Nous sommes donc loin d'être sûrs que la non-souscription ou la souscription de garanties complémentaire insuffisantes relève d'un choix. Il est fort possible que, compte tenu de leur niveau de risque, certaines personnes n'aient pas les moyens de souscrire un contrat même « complémentaire » (Couffinhal et Rochet, 1998) ou que les niveaux de garantie des contrats qu'ils peuvent acheter ne leur permettent pas réellement d'avoir accès à tous les soins.

Le fait que le petit risque soit mal défini et que l'accès à la complémentaire dépende de la capacité à payer explique pourquoi, dans le contexte français, on peut être amené à prendre en compte l'accès à une complémentaire dans un bilan en terme d'équité.

...et les assurés considèrent la complémentaire comme un élément de la protection sociale.

Les comportements des assurés eux-mêmes semblent confirmer le caractère faiblement individuel et actuariel des décisions concernant la couverture complémentaire maladie en France.

En effet, ce « marché » de la complémentaire combine liberté de souscription et expression de formes de solidarité, notamment sur une base de proximité. L'existence d'une telle solidarité explique vraisemblablement en partie la prédominance sur le marché de contrats dont l'essence est collective :

- parce qu'ils sont souscrits par des groupes d'individus notamment qui travaillent dans la même entreprise ;
- parce que l'assurance est souscrite auprès d'organismes dont l'organisation est collective (institutions de prévoyance paritaires ou mutuelles théoriquement gérées par leurs sociétaires).

Le Tableau n° 1 montre la répartition des contrats entre les différents types d'OCAM (assurances privées, institutions de prévoyance, mutuelles) et les différents modes de souscription (individuels, par le biais d'un contrat obligatoire d'entreprise ou par un contrat d'entreprise à adhésion facultative).

Une grande moitié des contrats est souscrite par le biais de l'entreprise et près de 60 % le sont auprès de mutuelles. On voit aussi qu'environ 10 % des contrats sont souscrits à titre individuel auprès d'une compagnie d'assurance traditionnelle. Notre propos n'est évidemment pas d'opposer 90 % de la population « solidaire et altruiste » et 10 % « d'individualistes », mais de souligner clairement que ce qui se rapprocherait le plus d'un modèle théorique idéal de contrat non obligatoire souscrit à titre privé¹³ est loin de représenter la norme sur le marché français de la complémentaire maladie. La forme de contrat non obligatoire la plus répandue, proposée par la mutuelle, conduit à assurer une redistribution, entre risques, voire entre niveaux de revenu, sur une base de voisinage (géographique ou professionnel).

¹³ C'est-à-dire un contrat souscrit à titre individuel et dans une compagnie d'assurance calculant une prime actuarielle.

Tableau n° 1
Répartition des contrats de couverture complémentaire selon leur mode d'obtention
France 1998

	Mode d'obtention					Ensemble
	Par l'entreprise, obligatoire	Par l'entreprise, non obligatoire	Initiative de l'assuré	Autre	Inconnu	
Mutuelle						
nb contrat observé	954	1 554	2 739	104	145	5 496
% col. pondéré	17,4	28,3	50,0	2,0	2,3	100
% ligne pondéré	42,8	65,2	62,0	74,4	47,8	58
Caisse de prévoyance						
nb contrat observé	602	329	341	16	46	1 334
% col. pondéré	44,6	24,0	26,4	1,5	3,5	100
% ligne pondéré	27,6	13,9	8,2	13,3	18,3	15
Assurance privée						
nb contrat observé	492	346	1 062	13	32	1 945
% col. pondéré	25,9	18,5	53,7	0,7	1,2	100
% ligne pondéré	22,3	14,9	23,3	9,1	8,7	20
Ne sait pas						
nb contrat observé	159	152	332	7	94	744
% col. pondéré	24,7	21,3	43,1	0,7	10,2	100
% ligne pondéré	7,3	5,9	6,5	3,2	25,7	7
Ensemble						
nb contrat observé	2 207	2 381	4 474	140	317	9 519
% col. pondéré	23,6	25,2	46,8	1,6	2,8	100
% ligne pondéré	100	100	100	100	100	100

Source : CREDES-ESPS 1998

Nb : il s'agit de contrats, non de personnes couvertes, or, une même personne peut être couverte par plusieurs contrats et un contrat peut couvrir plusieurs personnes.

Depuis son organisation durant le second Empire, le mouvement mutualiste a toujours reposé sur deux piliers :

- la « neutralité » dans les relations patrons - salariés, le terme de neutralité visant seulement à interdire la constitution d'activités syndicales sous couvert d'association mutuelle.
- « l'affinité », qui permettait de bénéficier des bienfaits de la mutualisation des risques sans tomber dans le piège jugé « collectiviste et déresponsabilisant » de l'obligation. Du reste, le premier bienfait de la mutualisation n'est pas nécessairement technique, il peut être politique : l'affinité permet en effet d'affirmer la cohésion du groupe local, dominé et parrainé par les notables locaux, voire du secteur d'activité, ce qui permet de contrer les idées de solidarité ouvrière interprofessionnelle. Cette idée d'affinité, qui est au cœur de notre problématique, est le véritable trait caractéristique de la couverture complémentaire à la française, qui la place résolument du côté de la Sécurité sociale (il s'agit d'une Sécurité sociale de format réduit) et non du côté de la préférence individuelle (Hatzfeld, 1989 ; Dreyfus et al, 1999).

On pourrait arguer que ce phénomène « collectif » n'est qu'un héritage du passé, dans la mesure où les entreprises couvraient les salariés et où les mutuelles étaient présentes sur le « marché » avant la création de la Sécurité sociale. Cependant, son importance et sa pérennité dans les années récentes est telle qu'il répond très probablement aussi aux attentes des individus¹⁴, en dépit de craintes souvent affirmées d'une diminution de l'attrait des formules de mutualisation.

¹⁴ Selon une récente enquête du CREDOC, 75 % des salariés affirment préférer souscrire leur contrat via leur entreprise. Cette préférence tient aussi probablement au fait que, dans ce cas, l'employeur participe au financement de l'achat, ce qui est toujours avantageux.

On pourrait aussi critiquer le parallèle tracé entre contrat de mutuelle ou contrat collectif et contrat solidaire d'une part, contrat individuel d'assurance et contrat individuel d'autre part. Notamment, on pourrait fort bien imaginer que les contrats de mutuelles, même collectifs, aient lentement dérivé, sous le poids de la concurrence des contrats individuels d'assurance, vers des formes de tarification au risque sans aucune solidarité entre risques. On sait en effet qu'une assurance effectuant une péréquation entre niveaux de risques différents s'expose à perdre ses meilleurs clients (ceux qui financent les autres) si un concurrent s'installe à côté de lui et leur propose des tarifs plus bas. Le concurrent nouvellement installé fera du profit (rien ne l'oblige à tarifier exactement au risque, il lui suffit d'être plus bas que son rival), mais l'ancien fera des pertes (la prime moyenne qu'il collecte sera trop faible). Deux solutions s'offrent alors à lui :

- soit il augmente ses primes, et s'expose à une nouvelle hémorragie chez le concurrent (spirale de l'antisélection),
- soit il accepte, lui aussi, de séparer les risques et il se rapproche du modèle plus actuariel.

De quels éléments dispose-t-on pour statuer sur le cas français ? Constate-t-on que les contrats dits collectifs ont intégré de plus en plus de critères de risque dans leur tarification ? Il n'existe pas, à notre connaissance, d'enquête statistique sur ce sujet, mais il semble, à dire d'experts, que :

- d'une part, les mutuelles qui distinguent des catégories de risque différentes restent très éloignées d'une tarification actuarielle (tout comme les autres types d'OCAM d'ailleurs). Du reste, aux USA, sur un marché réputé très concurrentiel, les plans de santé n'introduisent que rarement des catégories fines de risque ;
- d'autre part, les contrats collectifs sont plutôt tarifés en fonction du risque moyen de la population couverte et les différences de primes, quand elles existent, reflètent plutôt les écarts de revenu que des écarts de risque individuels¹⁵.

Dans tous les cas où la contribution de chacun au financement de l'assurance ne reflète pas parfaitement son risque santé, on combine par construction assurance et péréquation des risques¹⁶.

Cette péréquation entre des personnes qui ne présentent pas des risques homogènes, se fonde d'ailleurs souvent sur une logique d'affinité, par exemple entre indépendants, entre instituteurs, entre motards, etc.¹⁷

Ce qui est important dans ce type de contrats, c'est que les agents abdiquent volontairement une part de leur liberté et, pour les bien portants, de leur liberté de trouver éventuellement moins cher ailleurs, pour s'inscrire dans un espace de solidarité sur lequel ils doivent s'estimer bénéficiaires à long terme.

¹⁵ *Aujourd'hui, certaines mutuelles et la plupart des assurances ont adopté un financement forfaitaire dans les contrats collectifs. A notre connaissance cependant, de nombreuses mutuelles pratiquent le financement proportionnel au revenu jusqu'à un plafond, proche le plus souvent du Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale (PMSS). En outre, le passage du financement proportionnel au financement forfaitaire peut tout aussi bien refléter un changement dans la nature du bien couvert. En effet, si, en 1948, l'assurance maladie obligatoire était pour moitié une couverture en espèces (couvrant des frais d'arrêts de travail, donc de la prévoyance), logiquement financée au prorata du revenu, elle est aujourd'hui très majoritairement une couverture en nature, pour laquelle le financement proportionnel est moins nécessaire. Il est à noter que le basculement définitif vers la couverture en nature ne date que des années 60.*

¹⁶ *Si, de surcroît, la contribution est proportionnelle au revenu, on ajoute une dimension de redistribution verticale.*

¹⁷ *Henriet et Rochet (1987) proposent un modèle expliquant cette dynamique de constitution de mutuelles successives par affinité et niveau de risque.*

Cette solidarité de proximité dans la protection sociale complémentaire est en effet mise en œuvre par les OCAM et les employeurs. Ce sont de véritables acteurs et ils développent leurs propres stratégies. Le « choix » du niveau de couverture complémentaire s'exerce en effet, non seulement dans le contexte d'affinité, mais aussi sous la contrainte des objectifs propres de l'organisme « offreur », qui s'autodésigne représentant, et de l'employeur, qui utilise cet avantage social pour gérer son facteur travail. Nous allons donc étudier le marché selon des approches qui les mettent successivement au centre de l'analyse.

1.2 Le rôle des OCAM

Sur le marché de la complémentaire, le fournisseur du service peut être une assurance privée*, une institution de prévoyance collective* (dite « L732 ») ou une mutuelle d'assurance maladie* (dite « du code de la mutualité »).

De nombreux travaux exposent des différences juridiques entre ces différents types d'institutions (qui tendent à s'atténuer sous la pression européenne) et les principes selon lesquelles elles fonctionnent (Chopart et Gibaud, 1989, Mauroy, 1996, Volatier, 1989, Anglès d'Auriac, 1998, Peugeot, 1998). Nous n'entrerons pas ici dans un exposé détaillé de ces différents aspects et nous nous contenterons d'esquisser quelques points de cadrage sur ces trois types d'opérateurs.

1. Les mutuelles, groupements à but non lucratif, dont l'activité principale est la couverture complémentaire des risques liés à la santé, sont les opérateurs historiques du marché et revendiquent la péréquation des risques comme mode de fonctionnement. On distingue généralement trois catégories de mutuelles : les mutuelles à caractère professionnel de branche (dites aussi « nationales »), les mutuelles à caractère professionnel dites d'entreprises qui exercent leur activité dans l'intérêt des salariés d'une entreprise déterminée et de leurs familles, enfin les mutuelles locales.
2. Les assurances privées, dont l'intervention effective dans le domaine de la santé date des années quatre-vingt, revendiquent plutôt une approche économique des questions liées à la santé.
3. Les institutions de prévoyance (IP), paritaires, sont le troisième intervenant de ce marché. Elles entretiennent des liens institutionnels assez étroits avec les compagnies d'assurances et constituent « en vertu de conventions collectives ou de contrats individuels, des avantages au profit des travailleurs salariés ou assimilés » (Art R. 731-1 du code de la Sécurité sociale).

Les parts respectives de marché des différentes OCAM ont évolué au fil du temps. Les tableaux n° 2 et 3 extraits de l'annuaire du Groupement des Assurances de Personnes et des rapports de l'enquête SPS, résument ces tendances.

Tableau n° 2
Part du financement des différents types d'OCAM
dans les dépenses de santé (%)

	1989	1994	1998
Mutuelles	6.2	6.8	7.1
Assurances	2.5	3.2	3.0
IP	n.d.	1.5	1.8

Source : *Annuaire du GAP, 1999*

Les mutuelles conservent une part dominante du marché et prennent en charge en 1998 environ 60 % des dépenses couvertes par l'ensemble des OCAM. Au cours des années 80, l'arrivée des assurances et IP sur le marché de la complémentaire maladie semblait menacer la pratique de la péréquation mise en œuvre par les mutuelles (Volatier, 1989)¹⁸.

IP et mutuelles ont vu, depuis l'année 1994, croître parallèlement leurs parts de marché, alors que la part de marché des assurances privées, qui augmentait rapidement au début des années quatre-vingt-dix, a décliné légèrement.

On peut rapprocher, pour l'année 1998, ces parts de marché et les chiffres de l'enquête SPS du CREDES qui donne une répartition entre les types d'OCAM des personnes qui déclarent cette information¹⁹.

Tableau n° 3
Répartition des enquêtés SPS
selon la nature de l'offreur (%)

	1988	1993	1998
Mutuelles	72	61	60
Assurances	18	24	23
IP	10	15	18

Source : CREDES, ESPS, 1998

Nota bene :

- les individus couverts par plusieurs contrats répondent plusieurs fois à la question sur la nature de l'offreur ; ils sont environ 2,5 %.
- environ 7 % des individus ne connaissent pas la nature de l'OCAM auprès duquel ils sont couverts, et de 15 à 20 %, selon les années, déclarent ne pas être couverts du tout.

Sans accorder autant d'importance aux chiffres exacts qu'aux positions relatives qu'ils mettent en lumière, il apparaît que, pour les institutions de prévoyance, le rapport entre la part des dépenses couvertes et la proportion de personnes couvertes est plus élevé que pour les mutuelles et surtout que les assurances. Ceci traduit un « coût relatif » plus élevé de la personne couverte par une institution de prévoyance.

Différentes hypothèses, sans être exclusives les unes des autres, peuvent expliquer ce phénomène.

1. Une variation des taux de couverture : à dépenses strictement identiques - volumes et prix -, une personne dont le contrat est plus généreux « coûte » relativement plus cher à l'OCAM qu'une autre dont le contrat est moins généreux. Pour que ce phénomène explique la différence constatée, il faudrait que les contrats des IP soient systématiquement plus généreux que les contrats des autres types d'OCAM ;

¹⁸ Plus précisément, ce danger était lié au fait que les assurances proposaient des tarifs plus intéressants aux bons risques, notamment les jeunes, mettant ainsi en danger la pratique de la péréquation par les mutuelles. Comme on constatait parallèlement que les mutuelles semblaient offrir des garanties moindres (les enquêtés couverts par une mutuelle étaient moins contents des prises en charge de dépassements d'honoraires que les enquêtés couverts par une assurance), Volatier (1989) en déduisait que les mutuelles se protégeaient en proposant une couverture partielle à moindre coût, susceptible d'attirer les bons risques (argument de Rothschild et Stiglitz). Bien que séduisante, cette conclusion ne semble pas confirmée par notre travail empirique : d'une part, la question sur les dépassements ne résume pas l'ensemble de l'information sur le niveau de couverture, d'autre part, la segmentation du marché de la couverture complémentaire protège efficacement les différents types d'offeurs contre les menaces de la concurrence (partie 2 ci-dessous).

¹⁹ Nous comparons ici des structures en sachant que 6 % de la population enquêtée par le CREDES ne sait pas auprès de quel type d'OCAM il est assuré et que certaines personnes peuvent être couvertes auprès de plus d'un OCAM.

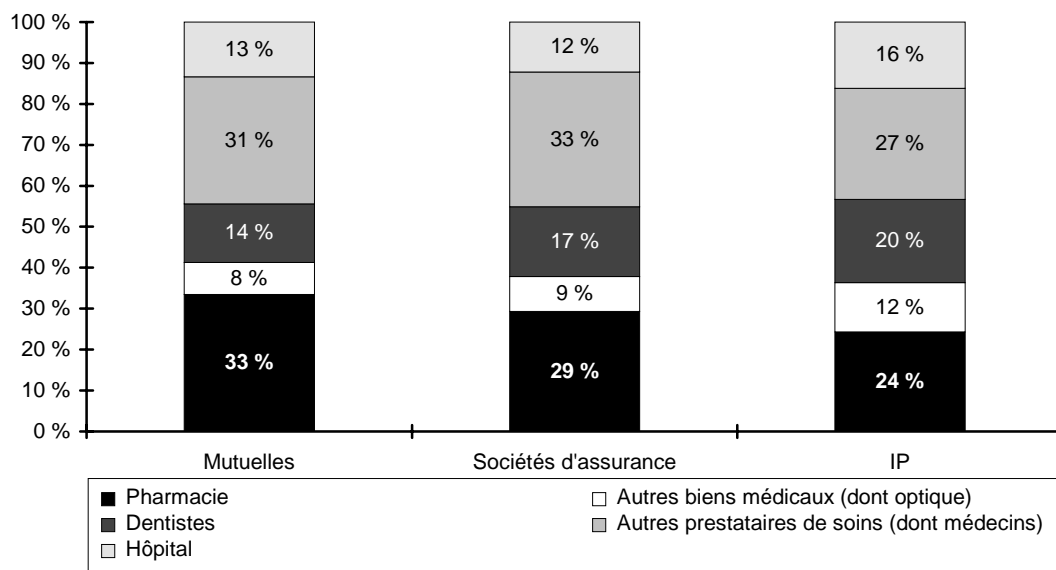
2. Un âge plus élevé ou plus généralement un état de santé plus dégradé des personnes couvertes par les IP. On constate de fait que l'âge moyen des personnes couvertes par les différents types d'OCAM est assez variable ;
3. Une structure de consommation différente, cette explication pouvant découler de la précédente.

Cette dernière remarque renvoie à une question plus générale : quelles est la structure des dépenses des OCAM dans la santé et varie-t-elle en fonction du type d'OCAM ?

D'après les comptes de la santé, le poste le plus important est la pharmacie, qui représente environ 31 % des dépenses des OCAM dans la santé. L'ensemble du poste « autres prestataires de soins hors dentistes » (médecins, auxiliaires, établissements thermaux, transports), représente aussi 31 % des dépenses des OCAM dans la santé, l'hôpital privé et public 14 %. Si on traduit, en première approximation, l'intitulé « autres biens médicaux » (9 %) par « lunettes » d'une part, et l'intitulé « dentistes » (16 %) par prothèses dentaires d'autre part, on peut considérer qu'environ un quart des dépenses des OCAM sur le risque maladie est réalisé au titre de la fonction « assurance de biens et services très mal couverts par la Sécurité sociale », le reste relevant plutôt d'une logique de copaiements.

Ces chiffres moyens masquent des disparités entre types d'OCAM.

Graphique n° 3
Structure des dépenses en soins et biens médicaux des OCAM en 1998



Source : Comptes de la santé

On voit ainsi une différence assez marquée entre mutuelles, assurances et IP, les premières remboursant plus de médicament, moins d'optique et de dentaire que les autres. Il est probable que ceci reflète à la fois des différences de taux de couverture et de population couverte : les contrats des mutuelles sont en moyenne moins généreux en optique et en dentaire et concernent plus des personnes âgées, fortes consommatrices de médicaments.

1.3 Le rôle des employeurs

On cherche, dans cette partie, à comprendre et décrire les motivations des employeurs et des salariés dans la mise en place, la gestion et les grandes orientations de la complémentaire maladie d'entreprise (risque couvert, à quelle hauteur, quel financement). Rappelons que nous nous posons deux questions principales :

- Comment se forme la préférence collective pour un contrat de couverture complémentaire maladie d'entreprise, émane-t-elle des employeurs ou des salariés ? Dans ce dernier cas, comment s'agrègent les préférences individuelles ?
- Quelles sont les motivations principales des employeurs, dans le cas où ils interviennent, et en quoi ces motivations peuvent-elles interférer avec les choix effectués par les assurés des entreprises, donc avec les contenus des contrats collectifs ?

A priori, de nombreux cas de figure sont envisageables :

- l'entreprise peut ne rien proposer du tout, les salariés ont pu se regrouper spontanément, via leur comité d'entreprise, sans que l'employeur n'intervienne ;
- l'employeur peut aussi participer financièrement, mais laisser les salariés gérer et conduire ;
- enfin, l'employeur peut participer à la fois financièrement et dans le choix de l'organisme et du plan de couverture.

On utilise ici, outre les résultats de l'enquête SPS sur ce que déclarent les enquêtés ayant souscrit un contrat collectif, le compte-rendu d'entretiens approfondis auprès de personnes susceptibles de prendre en charge la couverture maladie complémentaire dans des entreprises.

1.3.1 Un bref descriptif des contrats collectifs d'après l'enquête SPS

Selon l'enquête SPS 1998, environ 50 % des contrats (couvrant 58 % des personnes enquêtées) sont obtenus dans le cadre de l'entreprise. En outre, la moitié de ces contrats collectifs seraient « obligatoires », si l'on en croit les enquêtés. Un contrat à souscription obligatoire peut résulter d'un accord entre l'employeur et des syndicats représentatifs, d'une proposition de l'employeur validée après référendum auprès des salariés, ou encore d'une décision unilatérale de l'employeur. Dans ce dernier cas de figure, les salariés présents au moment de la décision ne sont pas tenus d'adhérer (Anglès d'Auriac, 1998).

Si l'employeur participe au financement de protection sociale de ses salariés, il peut déduire ces sommes de son bénéfice déclaré. De plus, le caractère obligatoire de la souscription exonère le financement de toute cotisation sociale, ce qui est un avantage certain.

L'enquête SPS ne fournit pas une image de la réalité « juridique » des contrats, mais de la réalité ressentie par les assurés. Il y a de fortes chances pour que l'assuré considère son contrat comme obligatoire dès lors qu'il est très répandu parmi ses collègues de travail ou qu'on le lui a proposé dans son dossier d'embauche, et le chiffre déduit des déclarations est certainement une surestimation. Pour s'en tenir aux fonctionnaires, dont on sait que, juridiquement, leurs couvertures collectives statutaires sont facultatives, 22 % des contrats de complémentaires qu'ils souscrivent en tant qu'assurés principaux sont déclarés l'être dans le cadre d'un contrat obligatoire (contre 43 % en collectif facultatif et 29 % en individuel)²⁰.

²⁰ Une rapide étude des enquêtés déclarés fonctionnaires (en ne retenant de surcroît que ceux déclarant relever du régime obligatoire des fonctionnaires, ce qui élimine 20 % des enquêtés se déclarant fonctionnaires de l'Etat), montre que seul l'âge distingue les fonctionnaires se considérant en contrat obligatoire : les moins de 40 ans sont moins de 20 % à le penser (13 % chez les 30-34 ans et 17 % chez les 35-39 ans), les plus de 40 ans sont entre un quart et un tiers à le penser. En revanche, le niveau d'étude n'est pas discriminant.

Quand la couverture est obligatoire, ou ressentie comme telle, le contenu du contrat souscrit par l'enquêté est évidemment le fait d'une décision collective et non l'expression de sa préférence individuelle. On peut même assimiler le financement de la couverture à un prélèvement obligatoire, car le salarié pourrait préférer ne pas se couvrir ou se couvrir moins et disposer du différentiel de cotisation sous forme de salaire. Cependant, les préférences collectives peuvent s'exprimer aussi dans le cadre des contrats facultatifs avec participation financière de l'employeur, pour peu que cette dernière soit importante et le contrat unique (ou avec quelques rares options). En effet, dans ce cas, la seule marge de manoeuvre du salarié consiste à accepter ou refuser en bloc la proposition. Il doit donc comparer la situation « contrat de l'entreprise avec prime diminuée de la participation de l'employeur » à la situation « contrat hors entreprise, avec prime payée intégralement ». Même si le salarié peut considérer à juste titre que la participation de l'employeur est toujours prise sur son salaire, l'alternative à laquelle il est confronté consiste à perdre le financement de la prime par l'employeur s'il renonce au contrat collectif proposé. De fait, comme on le verra dans l'exploitation des entretiens, un contrat « facultatif », mais unique et à participation de l'employeur, est un contrat quasi-collectif (seuls y renoncent ceux qui sont déjà couverts par ailleurs).

Les seuls cas de figure dans lesquels le choix de souscrire un contrat dit « collectif » pourrait être considéré comme relevant d'une décision individuelle seraient :

- le contrat unique sans participation de l'employeur à la prime : dans ce cas, le contrat d'entreprise n'est qu'une proposition parmi d'autres, sans avantage de prix évident, sauf celui lié à la mutualisation dans un cadre d'affinité et, éventuellement, aux ristournes consenties par l'assureur pour obtenir un volume plus important ; selon les enquêtés de 1998, environ 25 % des contrats collectifs seraient sans participation de l'employeur (32 % si le contrat est facultatif, et 19 % s'il est obligatoire²¹), 28 % des contrats collectifs étant restés sans réponse à la question ;
- la participation de l'employeur à l'achat d'un contrat à l'extérieur : ce cas correspond au modèle américain, mais il s'agit d'une pratique très rare dans le contexte français.

1.3.2 L'implication des employeurs dans la couverture maladie : approche qualitative

Notons tout d'abord que la maladie est loin d'être quantité négligeable au sein de la protection sociale d'entreprise* : les institutions de prévoyance, traditionnellement tournées vers le gros risque (décès) et le long terme (retraite), y consacrent aujourd'hui 46 % de leur chiffre d'affaires (*source : Centre Technique des Institutions de Prévoyance*).

Avant de rendre compte des entretiens, nous rappelons brièvement les raisons évoquées dans la littérature pour expliquer l'intervention de l'employeur dans la protection sociale d'entreprise.

1.3.2.1 Approches théoriques

En premier lieu, il est assez naturel d'organiser la couverture complémentaire maladie au sein de la collectivité des salariés de l'entreprise, pour des raisons assez proches des arguments en termes d'affinité développés ci-dessus : l'entreprise organiserait simplement l'affinité entre ses salariés et leur permettrait ainsi d'accéder à un produit introuvable sur le marché individuel. Au sein de la collectivité d'entreprise, on peut en effet traiter le risque maladie par répartition, ce qui permet de lisser sur le cycle de vie de l'individu les dépenses, croissantes avec l'âge en espérance mathématique, liées à la santé. L'entreprise, lieu d'expression « naturel » de l'affinité, permettrait d'organiser cette solidarité entre les âges, donc entre les risques.

²¹ Cette répartition facultatif / obligatoire étant toujours celle ressentie par les enquêtés.

Ceci explique la prééminence du contrat unique et du choix « à prendre ou à laisser », mais n'explique pas pourquoi les employeurs financent ce contrat unique, voire en font une partie intégrante du contrat de travail.

On trouve deux grands types d'explications alternatives, qui ont en commun de dépasser l'explication « philanthropique » de la libéralité patronale et de faire jouer un rôle à l'intérêt bien compris des employeurs :

- Le premier type d'arguments, qu'on peut qualifier de « politiques », considère que l'employeur finance le contrat de complémentaire surtout pour garder le contrôle d'une institution concernant ses salariés. Dans cette optique, l'attitude de l'employeur est essentiellement réactive, l'initiative revenant aux salariés eux-mêmes. On peut alors considérer que la préférence collective est encore une agrégation de préférences individuelles, celles des salariés à l'origine de la couverture.

Hatzfeld (1989) montre comment, dans les années 30, les confédérations patronales (surtout dans la grande industrie) ont cessé leur lutte contre le principe des assurances sociales, et tenté plutôt d'investir les organismes de gestion de ces assurances, notamment en créant un réseau de mutuelles patronales, appelées « la profession ». Il montre aussi que ces mêmes institutions patronales ont veillé avec soin au maintien d'un pluralisme d'opérateurs (les futures institutions de prévoyance et mutuelles) et à la séparation des risques dans l'assurance sociale, afin de se prémunir contre l'édification d'une caisse unique, incontrôlable.

Friot (1998) place l'initiative de manière encore plus nette du côté des salariés : ceux-ci tenteraient de subvertir radicalement la logique marchande du salariat en imposant la socialisation des rémunérations, socialisation qui les détache de la contrepartie immédiate en travail. Pour résister à cette socialisation, qui suppose entre autre la généralisation de la prestation, sous forme de droit, et sa standardisation, pour tous les secteurs professionnels et toutes les zones géographiques, les employeurs défendent des formes plus locales, fondées sur le volontariat, et proches, dans leur logique, de l'épargne salariale.

- Le deuxième type d'arguments ressort plutôt de l'économie de la firme, de la gestion de la main d'œuvre, ou de la sociologie des organisations. En créant et finançant une couverture complémentaire, l'employeur exprime des valeurs d'entreprise (de solidarité, par exemple, Gibaud, 1986, ou Mauroy, 1996, mais aussi de modernisme) et se dote d'un outil efficace de gestion du marché interne de l'entreprise²². Dans cette optique, la préférence exprimée dans le choix du contrat de complémentaire maladie émane vraiment d'un être collectif (l'entreprise, en tant qu'agent de production) et n'est plus une agrégation d'arbitrages individuels entre complémentaire maladie et autres consommations. Le contenu de la couverture fait l'objet d'enjeux au sein des relations professionnelles, pas seulement d'enjeux d'assurance et de protection contre les risques de santé.

Historiquement, l'investissement de l'employeur dans la prévoyance d'entreprise permettait de s'attacher les services du salarié. En effet, celui-ci perdait tous les droits attachés aux sommes cotisées si le contrat de travail était rompu. Cette technique était particulièrement efficace si l'employeur cotisait en prévoyance de long terme, notamment de retraite (le 19^e siècle est plein d'histoires de salariés révoqués à six mois de leur âge contractuel de retraite, l'employeur se débarrassant ainsi de sa dette à bon compte). L'investissement dans une couverture maladie d'entreprise permet aussi d'établir des relations de long terme (en introduisant des clauses de délai de carence dans les contrats) ou de rémunérer indirectement certaines catégories de personnel (les plus difficiles à recruter ou à garder). Ces rémunérations indirectes peuvent se justifier par l'opportunité fiscale, ou par le souci de leur conserver un statut de libéralité (marché interne). Une enquête nationale auprès des entreprises françaises (Galtier, 1996) montre que l'existence

²² Historiquement, quand les régimes obligatoires couvraient mal les dépenses de santé, une complémentaire d'entreprise contribuait à garantir que la main d'œuvre atteigne un état de santé (et donc une productivité) suffisant.

d'éléments indirects de la rémunération va de pair avec une forte syndicalisation et un recours à la négociation collective, la rémunération à l'ancienneté et un faible recours à l'épargne salariale, mais aussi des salaires un peu plus bas toutes choses égales par ailleurs, et une forte proportion d'employés et d'agents de maîtrise (au détriment des ouvriers). Les entreprises adoptant ce « paternalisme » moderne ont en général un accès direct aux consommateurs finals, et un chiffre d'affaires stable. On note, dans cette même étude de Galtier (1996), que les choix des entreprises sont marqués par le secteur d'activité (fortes similarités au sein de chaque secteur, fortes différences d'un secteur à l'autre), ce qui tendrait à montrer que les choix en matière de couverture complémentaire maladie ne sont pas seulement le reflet des choix agrégés des salariés.

1.3.2.2 Enseignements des entretiens avec les gestionnaires de couvertures complémentaires d'entreprises

Cette analyse théorique a été complétée par des entretiens. Après avoir restitué le contexte de ces entretiens et leur déroulement, nous présentons ici les principaux enseignements ayant trait à deux aspects : la place de la complémentaire maladie dans la protection sociale de l'entreprise, le rôle prédominant de l'employeur dans l'organisation de la complémentaire maladie.

1.3.2.2.1 Contexte et déroulement des entretiens

Nous menons des entretiens approfondis, donc en nombre limité, et nous n'avons donc pas envisagé un panel des cas possibles. Nous avons plutôt choisi de sélectionner un représentant de chacune des grandes familles d'entreprise, selon la taille, le secteur d'activité et le positionnement dans la filière de production.

Nous avons sélectionné 14 entreprises, présentant des cas variés, mais nous avons dû renoncer à obtenir de l'information sur 8 d'entre elles. Solliciter un entretien dans une entreprise avec un responsable du régime complémentaire maladie est en effet une opération toujours difficile. Tout d'abord, identifier le responsable en question n'est pas chose aisée au sein même d'une entreprise, ce qui semble révéler une dilution des responsabilités. Ensuite, le responsable enfin identifié n'accepte pas toujours un entretien sur le régime complémentaire. Cinq entreprises ont refusé de répondre bien qu'ayant une couverture complémentaire maladie pour leurs salariés ; parmi ces cinq, trois avaient accepté le principe, mais n'ont finalement pas donné suite à nos demandes, deux ont refusé le principe même d'un entretien sur ce sujet. Outre ces refus, trois contacts, obtenus sur le principe, n'ont pu être menés à bien, faute de trouver un moment disponible pour nos interlocuteurs. Ces entretiens ont débuté en janvier 2000, date à laquelle la plupart des directions des relations humaines étaient très sollicitées sur la mise en place de la loi de réduction du temps de travail (RTT), ce qui peut légitimement expliquer une réticence à consacrer du temps au thème de la complémentaire maladie.

Lorsque nous avons pu obtenir un entretien, ce fut soit avec un responsable des relations humaines de l'entreprise²³, soit avec un responsable de la mutuelle de l'entreprise. Les entretiens ont duré entre 20 et 120 minutes. Ils nous ont permis de mieux comprendre le rôle de l'entreprise dans la mise en place et le suivi d'une complémentaire maladie et de mieux connaître le contenu des contrats proposés aux salariés.

²³ Dans le cas d'EdF, nous avons mené l'entretien avec un expert au sein de la direction des ressources humaines.

Le tableau ci-dessous liste la totalité des contacts effectués, et leurs résultats (entretien ou non) :

Entreprise	Issue
AGF (compagnie d'assurance)	Non réponse (pas le temps, négociations RTT en cours)
Bayard presse (édition)	Refus
Bel (fromagerie)	Refus
Compagnie laitière européenne	Refus
EDF-GDF	2 Entretiens (direction et syndicats)
Even-Agri (Industrie laitière)	Entretien
FFSA (fédération d'assureurs)	Non réponse
IBM (informatique et bureautique)	Entretien (responsables mutuelle d'entreprise)
Midas (services automobiles)	Refus
Michelin (pneumatiques)	Entretien (responsable mutuelle d'entreprise)
Peugeot SA (industrie automobile)	2 Entretiens (direction, syndicat)
Rhône Poulenc (chimie et pharmacie)	Entretien (DRH)
Valéo (équipementier)	Refus
Yoplait (industrie agro-alimentaire)	Non réponse (pas le temps, négociations RTT)

Pour qualifier les personnes avec lesquelles nous avons mené l'entretien, nous parlerons maintenant d'interlocuteur (il en résulte qu'une personne nous ayant répondu lors d'un contact non abouti n'est pas qualifié d'interlocuteur).

Au total, nos six entretiens concernent :

- Even Agri, qui représente le secteur agro-alimentaire,
- Rhône Poulenc Roher (RPR), Michelin et Peugeot SA (PSA) le secondaire privé,
- EdF-GdF le secondaire public,
- IBM un mixte de secondaire et de tertiaire.

Au sein du secondaire privé, on distingue un « équipementier » (Michelin), une firme s'adressant directement au consommateur final, une firme mixte (Rhône Poulenc, produisant à la fois des médicaments disponibles pour le grand public, et des produits utilisés par d'autres industriels).

Michelin et Peugeot ont une longue histoire de la protection maladie d'entreprise : ces deux entreprises avaient développé des Caisses de secours patronales entre les deux guerres mondiales, visant à couvrir les indemnités journalières et les soins de santé de leur personnel en cas d'absence due à une maladie. Les complémentaires d'entreprises sont donc conçues comme la continuation de cette histoire ; Michelin est une entreprise centralisée, centrée sur un métier principal, alors que Peugeot a, dès ses débuts, privilégié la diversification des productions, et fonctionne comme un groupe d'entreprises aux personnalités diverses. La couverture complémentaire maladie d'IBM-France a aussi une longue histoire, et, lors des fusions, le régime IBM se substitue aux éventuels contrats collectifs existant dans les entités rachetées.

Au fur et à mesure de ses fusions, le groupe RPR a accumulé les régimes complémentaires particuliers. Pour la branche pharmacie, le pouvoir de décision de l'employeur est réduit puisque, non seulement l'existence, mais aussi la désignation de l'organisme gestionnaire du régime complémentaire est conventionnelle. Pour la branche chimie, le groupe a choisi, via un accord d'entreprise, l'harmonisation des régimes en un régime complémentaire unique assez proche de, bien que plutôt meilleur que, celui de la branche pharmacie.

Le « régime des électriciens - gaziers » date de 1946, il concerne les salariés des deux entreprises nationales (EdF et GdF), mais aussi des entreprises non nationalisées du secteur. C'est donc un régime de branche et non d'entreprise. A l'origine régime particulier gérant au premier franc et offrant nettement plus et mieux à ses ressortissants que le régime général, la protection santé d'EDF-GDF est aujourd'hui gestionnaire des prestations du régime obligatoire général et offreur de prestations complémentaires assez modestes.

Enfin, Even agrège des entreprises relevant de deux régimes obligatoires différents (agricole et général) et d'une multitude d'offres de services complémentaires.

Notre panel d'interlocuteurs n'épuise pas, loin s'en faut, les types d'entreprises susceptibles d'avoir des visions différentes de la couverture complémentaire maladie de leur personnel. Il manque notamment des entreprises peu concernées, voire hostiles, qui ont refusé l'entretien ; il manque aussi des entreprises très concernées, mais qui, ayant confié la responsabilité de la complémentaire à la direction des ressources humaines, n'ont pu nous consacrer de temps au moment de la négociation de la réduction du temps de travail. Il manque enfin les entreprises très jeunes, en train d'élaborer leur projet de gestion de la main d'œuvre et de vie sociale, qui nous auraient fourni un éclairage sur les débats et enjeux de la création d'une complémentaire maladie dans une entreprise.

Il est en effet notable que, pour trois de nos interlocuteurs (PSA, Even, RPR), l'histoire de la couverture maladie de l'entreprise, est inconnue, voire de peu d'intérêt. Ces gestionnaires considèrent la couverture complémentaire comme un élément parmi d'autres de l'entreprise, qu'il convient de gérer au mieux, dont l'existence ne pose pas problème, mais n'est pas non plus présentée comme un élément fort et à mettre en avant du projet et du discours de l'entreprise sur elle-même.

Chez Peugeot SA, notre interlocuteur parisien (au siège) éprouve quelques difficultés à tracer un tableau clair d'une disposition sociale variable d'un établissement à l'autre au sein du groupe ; manifestement, les nombreuses fusions et réorganisations n'ont pas favorisé l'homogénéité de la protection sociale d'entreprise. Chez Even Agri, la situation est encore plus complexe, l'entreprise résultant de la fusion de nombreuses entités, certaines relevant, comme on l'a dit, du régime général, d'autres de la mutualité sociale agricole. L'homogénéisation des politiques sociales d'entreprise lors des fusions et restructurations semble, de manière générale, prendre du temps et n'être pas considérée comme une priorité absolue. Chaque site de production peut conserver assez longtemps son mode particulier de protection sociale. Enfin, chez RPR, l'histoire de la complémentaire maladie relève de la branche professionnelle (en fait, des deux branches, le groupe travaillant à la fois en chimie et en pharmacie) et n'est donc pas assumée par l'entreprise.

Seuls les dirigeants des mutuelles d'IBM et d'EDF-GDF connaissent l'origine et l'histoire de leur couverture complémentaire maladie, et cette histoire est constitutive de l'identité de l'entreprise ou de son personnel. Il ne s'agit pas ici de dire que cette histoire connue est nécessairement vraie sur tous les points (cela ne nous dispense notamment pas de nous documenter, via des ouvrages publiés, ou la littérature grise universitaire), mais il est symptomatique que ce soit auprès de ces interlocuteurs qu'on trouve à la fois le discours le plus cohérent sur le rôle actuel de la complémentaire maladie et le discours le plus net sur son développement passé.

Michelin offre un cas intermédiaire : la fondation de la complémentaire maladie remonte à « la nuit des temps », cet employeur ayant toujours eu une politique « paternaliste » de prise en charge des besoins sociaux de ses salariés (maladie, mais aussi logement social, activités culturelles et sportives)²⁴. Pourtant, récemment, ce discours « paternaliste » a été brouillé par des positions plus « individualistes » de la part de la direction, refusant de coopérer plus avant avec « sa » mutuelle. Du coup, celle-ci doit créer un nouveau discours et une nouvelle légitimité, médiane entre les syndicats (la mutuelle est gérée par des syndicalistes élus) et la direction (la mutuelle doit aussi tenir compte des veto de l'entreprise).

²⁴ Ce qualificatif n'a rien de péjoratif, il signifie simplement que la complémentaire maladie émane, à l'origine, de l'employeur et qu'elle visait à fidéliser une main d'œuvre rurale et rare pour une entreprise en développement rapide, sans augmenter trop les salaires. En ce sens, Peugeot a aussi la réputation d'avoir été un employeur paternaliste, tout au moins dans sa région d'ancrage de Montbéliard. A l'AS Michelin Rugby de Clermont correspondait le Football Club Peugeot de Sochaux.

1.3.2.2 La place de la complémentaire maladie dans la protection sociale d'entreprise

De manière générale, la couverture complémentaire maladie est décrite comme un maquis par ceux qui gèrent la protection sociale d'entreprise. C'est évidemment moins le cas dans les entreprises ayant une structure interne dédiée, ce qu'on peut appeler une mutuelle d'entreprise (IBM, Michelin ou EDF) mais, là encore, l'idée se fait jour que la complémentaire maladie est plus difficile à gérer et expliciter que les domaines relevant de la prévoyance.

- Tout d'abord, la couverture des frais médicaux est le plus souvent décentralisée, c'est-à-dire que certaines décisions peuvent être prises au niveau de l'entreprise (cas des groupes) ou de l'établissement et rarement au niveau de la branche par exemple. Une explication possible de cette diversité géographique tient dans la diversité géographique de l'offre de soins. En effet, la complémentaire maladie offre des prestations en nature, susceptibles de dépendre des prix des produits disponibles localement. Un établissement de province n'aura pas nécessairement les mêmes demandes en matière de prise en charge des dépassements d'honoraires libéraux qu'un établissement de la région parisienne, et on peut s'attendre aussi à des différences entre régions dans lesquelles l'hospitalisation se fait plus dans le public et régions où elle se fait plus dans des cliniques. Une tendance générale se dégageant des entretiens est cependant la volonté d'harmonisation manifestée par les gestionnaires ou dirigeants. Du reste, IBM et Michelin y sont parvenus pour l'essentiel, les tarifs et les montants de cotisation étant uniformisés sur le territoire national.
- L'adhésion à la complémentaire maladie est aussi souvent laissée au choix du salarié (cas chez Michelin, PSA, Even, RPR), alors que la prévoyance est toujours partie intégrante du contrat de travail. Ce caractère volontaire de la couverture des frais de soins de santé s'explique en partie par le fait que le salarié est peut-être déjà couvert, par exemple par son conjoint. Les mutuelles rappellent encore régulièrement leur attachement au principe de volontariat. Or cette seconde originalité est en partie à l'origine de la première : il paraît en effet plus naturel que des prestations obligatoires soient décidées au niveau de la branche et que des prestations volontaires le soient au niveau de l'entreprise.
- En troisième lieu, alors que la prévoyance s'adresse toujours à un actif, puisqu'elle vise à compenser le manque à gagner lié à l'arrêt d'activité, la complémentaire maladie peut tout aussi bien s'adresser à un inactif, parce qu'elle vise à compenser une dépense et non seulement un manque à gagner. Dès lors, se pose le problème, inconnu en prévoyance, de l'admission des anciens salariés à la cotisation et à l'accumulation de nouveaux droits sur la protection sociale d'entreprise. A travers les entretiens réalisés, nous avons pu repérer des attitudes très variées face à ces anciens actifs ayant cotisé : EdF présente un cas extrême d'avantage aux anciens salariés retraités, qui sont maintenus de facto dans la mutuelle, et moyennant une cotisation nette (hors part employeur) plus faible, pour tenir compte de leurs moindres revenus. RPR et Michelin maintiennent leurs retraités, à cotisation inchangée. Mais Michelin réduit sa part dans le financement de la cotisation et RPR la laisse totalement à la charge de l'employeur. Dans les deux cas, la cotisation nette laissée à la charge de l'employé augmente. IBM et Even augmentent la cotisation, pour tenir compte du fait que les retraités sont des risques plus coûteux. On peut noter qu'IBM maintient les anciens salariés non retraités dans la mutuelle, à cotisation majorée, et sans participation d'IBM évidemment. De même, la plupart des contrats offrent, moyennant une prime supplémentaire, des couvertures familiales, pour les enfants ou le conjoint, qui sont, au regard de l'entreprise, des non actifs.
- Enfin, parce que la couverture des frais médicaux offre des prestations déconnectées du salaire, les cotisations ne sont pas systématiquement calculées par référence au salaire (cas chez Even, par exemple, où le financement est forfaitaire) et, quand elles le sont, elles sont toujours assorties (dans les entretiens réalisés) d'un mécanisme de plafonnement permettant aux plus hauts salaires de limiter leur contribution. Même chez EdF, où la complémentaire, gérée par les syndicats, affiche une volonté de redistribution verticale, le financement est plafonné, ceci afin d'éviter que les cadres ne soient tentés de sortir en bloc du régime commun.

S'il est complexe et difficile d'accès, le domaine de la couverture complémentaire maladie semble cependant très important aux responsables des ressources humaines ou aux acteurs syndicaux, d'une part parce que cette couverture est une garantie importante pour un nombre croissant de salariés et, d'autre part, parce qu'elle est souvent considérée comme un élément de leur rémunération globale.

Encadré n° 1 **Points de repère juridiques sur la prévoyance complémentaire en entreprise**

◆ **La mise en place d'une couverture complémentaire**

D'après l'art L 911.1 du Code de la Sécurité sociale, la mise en place d'une couverture de prévoyance complémentaire peut se faire par voie :

- d'une convention ou d'un accord collectif,
- 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.

Le texte conventionnel, l'accord d'entreprise ou le texte résultant de la décision unilatérale de l'employeur doit mentionner au moins les différentes garanties de la couverture. Il peut aussi décrire précisément les garanties et s'identifier ainsi totalement au contenu du contrat souscrit avec l'organisme assureur.

Rien n'empêche l'employeur d'effectuer seul le choix de l'organisme assureur, en dehors des accords de branches qui désignent l'organisme assureur. S'il effectue seul le choix, le texte portant création de la couverture complémentaire ne peut en faire mention. Le choix de l'organisme assureur doit faire l'objet d'un réexamen au moins une fois tous les 5 ans.

Le comité d'entreprise est informé et consulté préalablement à la mise en place d'une telle couverture dans l'entreprise. Il peut, au titre de ses activités sociales, mettre en place et gérer directement une couverture complémentaire à laquelle les salariés seront libres d'adhérer.

Résumé des avantages et inconvénients ou limites des différents supports juridiques d'une couverture complémentaire

	Convention ou accords collectifs	Référendum	Décision unilatérale
Mise en place	Existence d'organisations syndicales. Capacité des partenaires sociaux à négocier un tel accord.	Nécessité d'une participation suffisante. Organisation assez complexe car il nécessite un minimum de formalisme. Articulation délicate avec les organisations syndicales.	Simplicité de la mise en place. Opposition possible des intéressés en cas de cotisations salariales obligatoires.
Modification	Nécessité d'une nouvelle négociation.	Nécessité d'un nouveau référendum.	Nécessité de l'accord unanime des intéressés.

◆ **L'obligation d'affiliation**

L'obligation d'affiliation ne souffre aucune exception. En effet, les clauses d'une convention ou d'un accord collectif s'appliquent au contrat de travail en cours, les salariés ne peuvent y renoncer. L'accord ratifié par référendum emporte les mêmes effets. En ce qui concerne la décision unilatérale de l'employeur, ce dernier ne peut imposer à un salarié de cotiser. Mais pour les salariés embauchés après la mise en place d'une telle couverture, l'affiliation sera obligatoire.

◆ **Le statut fiscal et social des cotisations**

Les cotisations servant à financer une couverture complémentaire obligatoire sont, dans des limites élevées déductibles de l'assiette de l'impôt sur le revenu. La part employeur des cotisations est également déductible de l'assiette de l'impôt sur les sociétés.

La part employeur des cotisations est exclue de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale.

Les contrats de remboursement de frais de soins de santé souscrits auprès d'une compagnie d'assurance sont soumis à la taxe sur les contrats d'assurance ; les contrats soumis auprès des IP ou des mutuelles sont aussi taxés, mais selon un taux plus faible.

Sources : *Liaisons sociales, supplément au n°12020 du 29 septembre 1995, « La prévoyance complémentaire ».*

1.3.2.2.3 Le rôle de l'employeur

Après un bref rappel des droits de l'employeur (i), nous mettons en évidence le fait qu'il a la main mise sur les grandes orientations de la complémentaire maladie, y compris, et peut être plus encore, dans le cas où la gestion est déléguée (ii). Même s'il existe différents modes d'organisation (iii), le contenu du service rendu ne semble pas varier fondamentalement (iv).

(i) L'employeur dispose d'un large pouvoir légal en matière de couverture complémentaire

Les moyens juridiques dont dispose un employeur pour mettre en place un régime complémentaire maladie dans son entreprise traduisent assez bien la marge de manœuvre qui lui est laissée (voir encadré : point de repère juridique). On peut relever par exemple que, d'après l'article L 911.1 du Code de la Sécurité sociale, l'employeur peut décider seul de la mise en place d'un régime complémentaire, même obligatoire pour ses salariés.

Dans les entreprises avec lesquelles nous avons pu obtenir des entretiens, le régime complémentaire est le fruit d'un accord d'entreprise, qui a fait l'objet de négociations entre la direction et les organisations syndicales. C'est sans doute le cas dans la plupart des grandes entreprises, les autres procédures de mise en place d'une couverture complémentaire étant plutôt mieux adaptées pour des PME. Mais même en cas d'accord collectif, le dernier mot et notamment le choix de l'organisme gestionnaire revient à l'employeur qui peut choisir de négocier ou de ne pas négocier.

Le mode de mise en place de la couverture complémentaire choisi par l'entreprise et le degré d'implication qu'elle présente pour le suivi de sa gestion sont un reflet de la volonté sociale de l'employeur.

Le cas du régime complémentaire statutaire pour les agents d'EDF-GDF est un peu particulier : la notion d'employeur recouvre simultanément la direction de l'entreprise et l'administration d'Etat, qui alloue les budgets et pèse sur les décisions sociales. Si on admet de considérer cet employeur bifide comme un acteur social unique, on peut donc dire que, pour les électriciens gaziers aussi, la mise en place et les grandes orientations du régime complémentaire relèvent des options sociales de l'employeur.

(ii) Le pouvoir décisionnel de l'employeur demeure important bien que la gestion de la couverture complémentaire soit toujours déléguée

Les entreprises étudiées délèguent la gestion du régime complémentaire de leurs salariés :

- soit au Comité d'entreprise (CE) : c'est le cas d'EDF-GDF, si on accepte de considérer les Caisses Mutuelles Complémentaires et d'Action Sociale (CAS) comme des CE ;
- soit à une mutuelle d'entreprise : c'est le cas d'IBM, de Michelin et de RPR (pour des activités ne relevant pas de la branche pharmacie). Il s'agit de structures *ad hoc*, oeuvrant dans les locaux de l'entreprise, bénéficiant dans certains cas de personnels mis à disposition gratuitement par l'employeur ;

Dans les deux cas de figure étudiés, la structure est cependant dotée d'une personnalité juridique autonome. Les salariés bénéficient donc d'un accès direct à leur complémentaire, sur le lieu de travail :

- soit à un organisme tiers extérieur : c'est le cas de RPR - pharmacie dont la complémentaire maladie est rattachée à une institution de prévoyance choisie par la branche pharmacie, c'est aussi ce que cherche à faire le groupe Even, qui, avant d'harmoniser le contrat de garanties complémentaires, a déjà cherché et réussi à avoir un interlocuteur unique pour les contrats de la partie de ses salariés qui relèvent du régime général ;

- et parfois à de multiples interlocuteurs : c'est le cas de fait d'Even, de RPR (autres que pharmacie), de PSA. Il s'agit alors d'OCAM locaux sélectionnés par le CE (cas d'Even) ou la direction de l'établissement (cas de PSA).

Cette délégation de gestion n'est pas fortuite, nos interlocuteurs la justifient tous :

- En premier lieu, pour des raisons prudentielles élémentaires : il est nécessaire de séparer les comptes de la complémentaire maladie de ceux de l'entreprise, via la personnalité juridique du gestionnaire de la couverture complémentaire par exemple. On note que les grandes entreprises à structure unique de couverture (Michelin, IBM) n'ont pas besoin d'une réassurance et peuvent créer une mutuelle d'entreprise unique. En revanche, les structures plus petites (Even) ou décentralisées par établissement préfèrent s'adresser à une fédération nationale pour mettre en commun leurs risques.
- En deuxième lieu, à cause de la nature de la complémentaire maladie, plus proche des activités culturelles que de la prévoyance financière : les directions ou les gestionnaires affirment que les salariés sont concernés par la complémentaire maladie et doivent donc être associés aux choix réalisés. Certes, cette position peut parfois cacher des intérêts moins avouables : certaines directions trouvent avantage à « mouiller » les représentants du personnel dans la gestion des services sociaux, surtout quand il y a des décisions difficiles à prendre (limitation d'une prestation ou augmentation des cotisations). Cependant, il est un fait que la complémentaire maladie est une demande forte de la part des salariés et que l'employeur ne gagnerait rien à vouloir s'affranchir de leur opinion, surtout s'il veut faire de sa complémentaire un élément de consensus et de cohésion sociale dans l'entreprise. L'exemple le plus abouti est certainement celui d'IBM, qui fait appel à une forme de démocratie directe : en assemblée générale, les montants de prestations sont décidés un par un (notamment les prises en charge de dépassements). Les gestionnaires proposent une grille indiquant le montant de cotisation nécessaire pour obtenir un certain pourcentage de la population couverte n'ayant rien à sortir de sa poche pour accéder au soin considéré (pourcentage calculé sur la base d'informations passées). Les bénéficiaires votent alors en connaissance de cause.
- Enfin, pour des raisons de bonne gestion et de dépolitisation des décisions : la gestion via une mutuelle d'entreprise minimise l'engagement au quotidien de l'employeur ou de l'encadrement (DRH). L'employeur se dédouane des décisions difficiles (argument précédent), mais rationalise aussi la gestion et la définition de la complémentaire maladie en chargeant une agence, dont c'est l'unique responsabilité, de mener à bien cette tâche ; une DRH pourrait « polluer » la gestion de la complémentaire d'autres considérations plus générales sur la politique de l'entreprise. Nos interlocuteurs justifient donc la délégation en disant que l'employeur fait confiance à la mutuelle pour ses capacités et sa volonté d'innovation sociale dans la mesure où elle cherche avant tout à anticiper les besoins sociaux de ses adhérents. En poursuivant l'argument d'agence, on peut dire que l'employeur a tout intérêt à externaliser la complémentaire maladie : il peut toujours présenter le produit « couverture complémentaire maladie » comme un plus dont bénéficie la main d'œuvre, mais il se contente de demander une obligation de résultat à la structure en charge.

Pour autant, la délégation de gestion ne signifie pas une perte de pouvoir pour l'employeur : c'est toujours lui qui décide en dernier ressort, il définit les grands objectifs de la complémentaire maladie et les principes fondamentaux selon lesquels elle doit être régie, il conserve un droit de veto pour le cas où certaines orientations ne lui conviendraient pas, il exerce un contrôle ex post sur le fonctionnement et les résultats (pas seulement financiers, mais aussi en terme de qualité) de la structure gérant le régime complémentaire maladie.

Les mutuelles d'entreprise²⁵ notamment n'ont pas autant d'autonomie que leur statut le laisserait penser. En théorie, en effet, une mutuelle d'entreprise doit pouvoir se créer sans décision de l'employeur. Il suffit que quelques salariés se réunissent pour décider de sa création et qu'une demande de validation des statuts soit faite auprès de la DRASS. Cependant, il va de soi qu'une bonne entente entre l'entreprise et sa mutuelle améliore les conditions de fonctionnement de cette dernière. L'exemple de la mutuelle Michelin illustre bien, a contrario, les difficultés auxquelles une mutuelle d'entreprise s'expose en cas de détérioration de ses relations avec l'entreprise puisqu'une partie de ses moyens financiers est soumise au bon vouloir de l'employeur. La mutuelle Michelin n'apparaît pas de ce point de vue être un cas particulier. L'Union Nationale des Mutuelles d'Entreprise, l'UNME, nous a rapporté une situation semblable concernant la mutuelle de Bull.

Ce pouvoir de l'employeur pourrait apparaître comme la contrepartie légitime de sa contribution au paiement de la cotisation, qui lui ouvre de toutes façons les portes du Conseil d'Administration de la mutuelle. Par exemple, Even, ne participant pas financièrement laisse le choix de l'OCAM aux CE ; dans la réforme envisagée par le groupe, l'employeur participerait (de 10 à 50 % du coût), mais s'arrogerait dès lors le choix de l'organisme. Mais, de fait, les conditions de fonctionnement de la mutuelle sont tributaires des choix de l'employeur, que celui-ci participe au financement direct de la cotisation ou pas.

Enfin, la faculté de décider seul de la mise en place d'un régime complémentaire confère à l'employeur, quel que soit le montant de sa contribution, voire l'absence de contribution au financement de la cotisation, un pouvoir important. En effet, l'instauration d'une couverture complémentaire obligatoire peut à tout moment venir mettre en péril la couverture existante, qu'elle soit gérée par un comité d'entreprise, les organisations syndicales ou proposée par une mutuelle d'entreprise.

(iii) Les grands modes d'organisation de la complémentaire maladie rencontrés

Le pouvoir de l'employeur trouve diverses expressions, selon la situation dans laquelle se trouve l'entreprise. Dans des entreprises récemment créées, il s'exerce à travers la décision de créer ou non un régime complémentaire. Nous n'avons étudié aucune entreprise suffisamment récente pour nous décrire ce moment particulier. Dans les entreprises plus anciennes, le rôle de l'employeur joue plutôt sur le maintien en l'état du régime complémentaire, sur des transformations éventuelles, voire sur sa disparition. Les entreprises dont les responsables ont bien voulu s'entretenir avec nous illustrent différentes situations concernant le mode de gestion de la couverture complémentaire :

- les entreprises dont le régime complémentaire est géré depuis toujours par une mutuelle d'entreprise ;
- les entreprises qui ont à faire face à une grande diversité de régimes complémentaires pour leurs salariés ;
- le cas d'un régime complémentaire statutaire.

²⁵ Les deux mutuelles d'entreprises avec lesquelles nous avons pu avoir un entretien sont ancrées dans des entreprises déjà anciennes et de grande taille. Aujourd'hui, le nombre de mutuelles d'entreprise diminue. D'une part, parce que la création de mutuelles d'entreprise est rare, surtout du fait que les entreprises nouvellement créées sont souvent de petite taille et mettent plutôt l'accent sur les conditions salariales et les conditions de travail que sur la protection sociale. D'autre part, parce que les mutuelles d'entreprise évoluent comme les groupes industriels, c'est-à-dire que la tendance est au regroupement. Il reste qu'un nombre non négligeable de salariés sont aujourd'hui couverts par une mutuelle d'entreprise puisque celles-ci assurent 9% des prestations servies en complémentaire maladie par les mutuelles.

Les entreprises dont le régime complémentaire est géré depuis toujours par une mutuelle d'entreprise.

IBM semble avoir choisi de maintenir une mutuelle très intégrée à l'entreprise. Michelin a plutôt opté pour une externalisation accrue de sa mutuelle, sans pour autant remettre en cause son existence.

Chez IBM, ce n'est pas la DRH qui a souhaité répondre à nos questions, il lui a semblé préférable de nous adresser directement aux gestionnaires de la mutuelle de l'entreprise : un cadre de l'entreprise en détachement et nommé par le Conseil d'administration assure les fonctions de directeur, en recevant son salaire de la mutuelle²⁶, un retraité en assure actuellement (mais cela n'a rien d'obligatoire ni de systématique) la présidence, de manière assez autonome vis-à-vis de la Direction de l'entreprise. Il semble que cette autonomie vienne non seulement de son statut de mutuelle d'entreprise, mais aussi d'une convergence de vue de la mutuelle et de la direction d'IBM. La mutuelle d'IBM France a été créée en 1946, suite à un accord d'entreprise. La création d'une mutuelle s'inscrit dans la logique de la politique sociale de l'entreprise, dont l'origine américaine, à forte tendance d'esprit familial, visant au bien être social des employés selon les traditions fondamentales socioculturelles des fondateurs, semble encore aujourd'hui ancrée dans le fonctionnement de l'entreprise ou tout au moins de sa mutuelle. Le président de la mutuelle précise encore aujourd'hui que la réflexion sur la mise en place de nouvelles prestations ou le maintien de prestations déjà anciennes s'appuie sur les valeurs d'origine de l'entreprise, qui se traduisent par :

- une aide à la famille sans doute plus développée qu'ailleurs, par exemple à travers des prestations telles le salaire maternel ou les aides pour les enfants handicapés ;
- une volonté de proposer une gamme de couvertures modernes, tant dans la nature des services pris en charge (on ira éventuellement plus vite que la Sécurité sociale) que dans la définition de la population couverte (concubins et enfants sans limite d'âge) ;
- un attachement plus fort qu'ailleurs au principe de solidarité intergénérationnelle (aide aux retraités) ; c'est aussi une valeur importante pour l'entreprise, que la direction cherche à mettre en avant, semble-t-il.

La mutuelle semble donc aujourd'hui assez autonome quant à sa gestion, mais tout se passe comme si elle exprimait des valeurs fondatrices de l'entreprise et, en ce sens, ne pouvait avoir de désaccord profond avec la direction²⁷.

La mutuelle de Michelin a été créée après la première guerre mondiale, dans le mouvement de la mise en place des assurances sociales. Aujourd'hui, elle est tenue par les syndicats exclusivement puisque la direction ne souhaite pas envoyer un administrateur au Conseil d'Administration. Ainsi, la direction ne siège pas au Conseil, mais son pouvoir s'exerce d'une autre manière.

Tout d'abord, elle a réduit considérablement les moyens qu'elle avait l'habitude d'octroyer à la mutuelle. Depuis 1994, la direction ne transmet plus à la mutuelle le montant des salaires de ses salariés, ni ne fournit plus le loyer, elle ne prélève plus les cotisations sur le salaire des actifs : la mutuelle n'est plus une partie de la maison, elle devient une agence qui rend un service aux membres du personnel, sous la tutelle de la direction. La direction pèse indirectement sur les décisions de la mutuelle en faisant connaître ses choix politiques. Ainsi, après la décision prise en CA d'entrer dans le dispositif CMU, la présidente de la mutuelle a reçu une lettre de la direction qui l'informe qu'elle ne prendra pas à sa charge, le cas échéant, les effets de la CMU.

²⁶ IBM offre aussi les locaux et les moyens de travailler à la mutuelle de son personnel, mais à titre onéreux (même en ce qui concerne les matériels et les supports informatiques).

²⁷ Cependant, tout ne passe pas toujours en douceur, comme en témoignent les discussions (entre administrateurs, la direction étant restée neutre) sur la prise en charge des concubins ou titulaires de PACS au titre d'ayant droits, ou sur le remboursement de l'IVG.

Cette situation plus tendue chez Michelin que chez IBM confère peu d'avantages à la Mutuelle par rapport à une mutuelle interprofessionnelle (si ce n'est que l'entreprise prend en charge une partie de la prime, ce qui rend le produit attractif). La direction ne semble pas pour autant opposée au maintien de la mutuelle et la mettrait même en avant, au même titre que les actions sociales du comité d'entreprise, face à ses salariés. Ce qui explique peut-être des aides ponctuelles, telle l'aide financière accordée lors du changement de matériel informatique.

Les entreprises qui ont à faire face à une grande diversité de régimes complémentaires pour leurs salariés.

Après d'importantes fusions, le groupe RPR a décidé d'harmoniser le plus possible la couverture de ses salariés en créant un régime unique ; le groupe PSA a fait le choix quasiment inverse. La coopérative Even Agri, qui regroupe 50 sociétés différentes, se trouve dans une situation un peu intermédiaire puisqu'au jour de l'entretien, seule une partie des salariés disposait d'un régime complémentaire similaire.

Chez RPR, le rôle de l'employeur s'est traduit par sa volonté d'harmoniser les régimes complémentaires. On a vu que, dans l'activité « pharmacie », un accord de branche a résolu la question, en sélectionnant un seul offreur (cf. ci-dessus). La gestion des prestations est cependant assurée au jour le jour par la mutuelle d'entreprise, qui fonctionne grâce à 4 ou 5 salariés du groupe. De plus, la FNMF a été choisie pour apporter son savoir faire à la mutuelle sur la gestion du régime et servir d'interlocuteur avec la direction du groupe. La mutuelle est gérée par les organisations syndicales, qui se trouvent donc de fait confrontées à la réalité de la gestion quotidienne. Cette situation est qualifiée de très confortable par la direction de RPR.

La direction du groupe conservait une latitude d'action pour l'activité « chimie » et elle a choisi de déléguer la gestion de la complémentaire maladie, pour une part, à un réseau de mutuelles locales qui acceptent de gérer un régime unique pour tous les salariés. Un tel réseau, composé d'une vingtaine d'organismes, pour la plupart des mutuelles interprofessionnelles, présente l'avantage d'offrir aux salariés un service de proximité.

Une commission paritaire se réunit tous les trois mois pour suivre l'évolution des régimes et voir quels sont les moyens pour en améliorer les résultats. La direction de RPR se déclare très satisfaite de ce système qui lui permet de garder un pouvoir de décision sur l'évolution du régime complémentaire, tout en déléguant largement la gestion.

Dans le groupe EVEN Agri, le rôle de la direction s'est aussi traduit par la volonté d'harmoniser les régimes.

La situation est assez complexe puisque le groupe est composé d'une cinquantaine de sociétés, qui avaient chacune leur régime propre de prévoyance. La distinction des salariés se fait au regard de leur régime obligatoire : les salariés assurés par le régime général bénéficient de régimes différents selon l'entreprise à laquelle ils appartiennent. Les salariés qui dépendent du régime agricole peuvent choisir une garantie, proposée par une mutuelle, et gérée par le CE. La DRH se trouve confrontée à deux problèmes : négocier avec le CE et donc les partenaires sociaux une participation de l'employeur à la cotisation à la mutuelle d'une part, et, d'autre part harmoniser tous les régimes de prévoyance et de complémentaire au niveau du groupe. Un premier pas a été fait, la DRH a choisi une mutuelle comme organisme gestionnaire des différents régimes complémentaires des salariés assurés au régime général et le fait d'avoir, dorénavant, un interlocuteur unique, en simplifie la gestion. Le résultat final sera le fruit d'une négociation avec les partenaires sociaux puisque la DRH souhaite signer un accord d'entreprise pour harmoniser les différents régimes complémentaires. Mais elle précise que le choix de l'OCAM appartient à l'employeur.

Dans le groupe PSA, le rôle de la direction semble aujourd'hui assez effacé, non pas par un manque de pouvoir, mais par absence d'intérêt affiché pour cet aspect de la prévoyance.

La situation des salariés de la branche construction automobile, du point de vue du régime complémentaire, est aussi diversifiée que les entreprises d'origine de ces salariés. Même les mutuelles d'entreprise Peugeot sont différentes selon les sites. Cependant, la direction de la représentation institutionnelle et de la gestion sociale estime que les régimes complémentaires ne sont pas si diversifiés qu'il n'y paraît. Le rôle de la direction semble potentiellement important mais elle ne semble pas tentée de le jouer pleinement pour l'instant. Il apparaît que les cadres, techniciens et agents de maîtrise sont couverts dans le cadre d'un régime obligatoire, et que les autres catégories sont couvertes par un régime facultatif, présentant des garanties d'un niveau moindre (sur certains sites, mais ce point n'est pas confirmé sur l'ensemble des sites). Le groupe n'a pas cherché jusqu'à maintenant à unifier la couverture complémentaire maladie, avançant trois motifs :

- tout d'abord il est difficile d'harmoniser les cotisations et d'en imposer une augmentation le cas échéant;
- ensuite, une telle opération ne paraît pas très utile pour les non cadres, parce que ce ne sont pas ceux là qui bougent ; en revanche, l'harmonisation a déjà eu lieu pour les cadres et techniciens, afin de ne pas créer d'entrave à leur mobilité;
- enfin, le désengagement de la Sécurité sociale n'incite pas à créer une grande mutuelle d'entreprise, qui pourrait apparaître comme une solution pour harmoniser le régime des non cadres. L'avenir d'une mutuelle d'entreprise semble incertain parce que les contrats sont souvent mal équilibrés et c'est finalement un risque qui pèse sur l'entreprise.

Le cas d'un régime statutaire : EDF-GDF

Pour les salariés d'EDF, c'est l'Etat qui est à l'origine d'un régime complémentaire, conçu lors de sa création en 1946, comme une avancée sociale. L'état est toujours partie prenante dans le régime puisque toute modification du régime complémentaire statutaire fait l'objet d'une négociation tripartite entre le ministère, les organisations syndicales via le comité de coordination et la direction centrale. Dans cette situation particulière, la direction n'a pas eu un rôle à jouer lors de la création du régime complémentaire par décret. Aujourd'hui, les garanties proposées par ce régime sont jugées insuffisantes par tous, syndicats, salariés et direction. Les 110 CAS, qui font office de comités d'entreprise, proposent des accès à des sur-complémentaires à cotisations et entrée libres, qui permettent de relever le niveau des garanties.

Selon les gestionnaires syndicaux de la complémentaire maladie (CAS), cette dégradation du régime complémentaire des électriciens gaziers serait due au vieillissement de la main d'œuvre statutaire, et à l'externalisation croissante d'activités par l'entreprise, qui diminue le poids des agents statutaires dans l'activité totale de l'entreprise. Il est toujours difficile de déterminer les causes des difficultés de financement d'une assurance maladie, même complémentaire, et nous ne pouvons reprendre à notre compte cette analyse ; ce qui nous paraît important pour notre propos, en revanche, est la solution préconisée par nos interlocuteurs syndicaux, à savoir étendre le bénéfice de la couverture à tous les agents travaillant pour l'entreprise, temporaires, précaires, ou en filiales, afin d'asseoir la complémentaire maladie sur le volume total de travail de l'entreprise, ce qui détendrait la contrainte budgétaire.

(iv) la participation concrète de l'employeur au service rendu

On l'a vu, l'employeur délègue la gestion quotidienne, mais fixe les grandes orientations et garde le pouvoir de décision ou de veto. Pour autant, il existe des modes très divers d'organisation d'un cas à l'autre. Ces modes d'organisation ont-ils un impact sur la nature du service rendu et sur la participation au financement de l'employeur ?

Les caractéristiques du service rendu

Le premier point qui transparaît dans nos entretiens est que la couverture complémentaire d'entreprise est conçue comme un service administratif de proximité, mais jamais comme un service de gestion de la qualité des soins et du risque médical.

Tout d'abord, en ce qui concerne les biens et services couverts, les contrats semblent assez classiques, à l'exception notable de la mutuelle IBM. Sont généralement couverts, le ticket modérateur, des dépassements éventuels en dentaire et en optique, le forfait hospitalier, et une prime maternité. On peut penser que le contenu de la garantie maladie, s'il a été décidé de manière rationnelle, n'a pas pour autant fait l'objet d'une réflexion économique, sociale ou éthique.

Le cas de la mutuelle IBM nous a semblé intéressant puisque c'est le seul régime complémentaire qui propose explicitement une autre approche du panier de biens et services, tant sur la définition du concept de la maladie que sur le type de prestations à prendre en charge.

Pour ses dirigeants, le champ de la maladie comprend la psychiatrie, la maternité mais aussi des domaines qui relèvent le plus souvent du médico-social, tels le handicap et la dépendance. Cette prise de position est expliquée par les origines de la société, très attachée notamment à la défense de la famille. La mutuelle propose ainsi des prestations originales :

- pour les familles, en cas de besoin, une subvention pour aide à domicile de 1 500 francs par mois pour les enfants handicapés, le droit de rester à la mutuelle après la disparition des parents, une rente de survie et des allocations spécifiques ;
- pour les personnes retraitées, disposant de moins de 1,8 fois le minimum vieillesse, une garantie de revenu, ancienne « prime charbon », remise en question aujourd'hui et qui devrait s'éteindre avec ses derniers bénéficiaires ;
- pour les personnes handicapées ou proches de la dépendance, quel que soit leur lieu de vie.

Pour expliquer ce champ de prestations beaucoup plus large que celui traditionnellement proposé, les dirigeants mettent en avant la culture et l'histoire de l'entreprise, ce qui est une marque de plus du fort niveau d'intégration de la mutuelle dans l'entreprise.

En matière de prise en charge, la mutuelle IBM propose de dépasser les bornes fixées par la Sécurité sociale, au motif qu'une mutuelle doit être à l'avant garde. Ainsi, 20 % de son activité est consacrée à des prestations hors nomenclature, donc non remboursables par l'assurance maladie obligatoire. La prise en charge de prestations de ce type, tels, l'implant, l'inlay... n'a pas pour autant entraîné une volonté de gestion du risque, au motif que la mutuelle n'a pas les moyens de sélectionner les offreurs et que le patient, finalement, est libre.

Cette prise de position rappelle celles des AGF qui défend la prise en charge par les complémentaires santé de techniques médicales non remboursées par la Sécurité sociale, telles l'implantologie ou le comblement de sillons gingivales par exemple et apparaît, au contraire, en totale opposition avec les pratiques mutualistes, dont les centres médicaux notamment ne sont pas autorisés à pratiquer des actes hors nomenclature.

On peut penser que cette approche de la garantie maladie par la mutuelle IBM, si elle s'inspire des traditions de la société, s'inspire aussi de principes concurrentiels qui lui font proposer un produit santé, attaché au contrat de travail, dont les attraits seraient une incitation à la fidélité. Cette entreprise aurait misé plus que d'autres sur la complémentaire maladie pour fidéliser sa main d'œuvre.

En dehors du service de couverture, nos six interlocuteurs nous ont précisé ne pas proposer le tiers payant (paiement direct du professionnel de soins par l'assureur), mais tous proposent « Noémie », le système d'envoi direct des feuilles de soins du régime obligatoire à l'OCAM ; de plus, les salariés sont invités à déposer leur feuille de soin à l'antenne d'établissement, qui se charge de la gestion du dossier, y compris de l'envoi au régime de base.

Enfin, le service offert ne s'étend à la gestion du risque (prévention et sélection des professionnels de santé) dans aucun des cas que nous avons rencontrés :

- Nos interlocuteurs n'ont que peu ou pas signalé d'effort de prévention, sauf IBM, qui discute de maladie professionnelle, comme la lombalgie ou les problèmes de vue, mais sans empiéter sur les prérogatives des médecins du travail ou des commissions d'hygiène et de sécurité, et EdF, qui fait de la prévention alcool et diabète, via la diététique, laissant là encore les problèmes de maladie professionnelle (amiante ou leucémie) aux commissions d'hygiène. Il n'y a donc pas de problématique « plan de santé » à l'américaine, ni sur le modèle des mutuelles d'entreprises de l'entre-deux-guerres ou des mutuelles de fonctionnaires des années 50. Pourtant, il pourrait y en avoir sur l'optique et le dentaire.
- On ne trouve pas trace de conventionnement sélectif ou de prestataires conseillés, ni d'établissements intégrés, et nos interlocuteurs nous précisent (sur notre demande) qu'il s'agirait là d'un rôle au-delà de ce qu'on leur demande. Leur travail est de couvrir un peu mieux les tarifs de services reconnus par la Sécurité sociale et de proposer un travail administratif proche de celui d'une caisse d'assurance maladie de la Sécurité sociale.

La participation au financement

Seul Even ne participe pas, à la date des entretiens, au financement de la couverture et le laisse entièrement à la charge des salariés²⁸. Même s'il est difficile de statuer sur un nombre restreint de cas, tout se passe comme si l'intervention de l'employeur facilitait un partage redistributif de la charge financière entre les employés : les cotisations au régime complémentaire sont souvent liées au revenu et le seul cas sans participation de l'employeur est aussi le seul cas à cotisation forfaitaire.

Ceci dit, la participation financière de l'employeur n'implique nullement une couverture plus généreuse, elle peut même la brider : la couverture EDF, financée par l'Etat - employeur, n'est pas bien plus généreuse que celle d'Even. Comme l'Etat souhaite à la fois payer la prime (dans son intégralité ou sa quasi-totalité selon les cas) et limiter sa participation totale, les garanties EdF ne peuvent suivre les tarifs en vigueur. Parmi les mutuelles bénéficiant d'un financement par l'employeur, IBM est « généreuse » et innovante alors que Michelin tente de trouver une juste milieu entre satisfaction des bénéficiaires et maintien des primes à un niveau raisonnable. On peut remarquer que la mutuelle d'IBM est celle qui suit le mieux les tarifs, mais qu'elle refuse, par application des principes assurantiers, de renoncer à la franchise de l'assuré : alors que les cinq autres contrats couvrent le forfait hospitalier à 100 %, celui d'IBM limite son financement à 50 francs par jour (sur 70 francs), car il s'agit d'une dépense moins médicale qu'hôtelière.

²⁸

Il est toujours difficile de décider dans quelle mesure le salarié ou l'employeur est le payeur, en dernier ressort, des rémunérations indirectes, car tout abondement par l'employeur peut être assimilé à un prélèvement obligatoire sur le facteur travail, donc les salaires. On peut seulement constater, avec M. Verret (1982) que si, avant 1950, l'augmentation du salaire indirect se faisait au détriment du salaire direct (on pouvait donc parler de financement par les salariés), les années 60 et 70 ont vu croître les deux simultanément (il y a donc augmentation de la part du facteur travail dans les rémunérations). En fait, notre propos est plutôt ici de distinguer des mécanismes avec collecte organisée par l'employeur (soit sous forme de prélèvement apparent, soit sous forme d'abondement en amont de la feuille de paye) et des mécanismes à cotisations spontanées au sein du personnel.

Conclusion de la partie 1

Nous avons proposé dans cette partie une monographie du fonctionnement de la complémentaire maladie en France. Mis à part les comptes-rendus d'entretiens réalisés auprès des responsables de complémentaire maladie d'entreprise, cette partie n'a pas apporté d'informations statistiques nouvelles. En revanche, elle nous a conduit à rassembler et mettre en perspective des informations parcellaires, émanant de sources et de disciplines variées. Il nous semblait intéressant de singulariser la complémentaire maladie en tant qu'objet de recherche et d'en souligner la complexité :

- quand elle s'intéresse à la complémentaire maladie dans une perspective assurantielle, l'économie adopte souvent une hypothèse de neutralité actuarielle qui semble peu conforme à la réalité du fonctionnement du marché ;
- dans le champ de la protection sociale non obligatoire, la maladie est considérée comme un risque négligeable par rapport à la prévoyance.

En outre, cette monographie nous a donné des éléments de cadrage sur la complémentaire en France à partir desquels nous pourrions interpréter les résultats de l'enquête que nous présentons en partie 2.

En premier lieu, la complémentaire rembourse des copaiements du régime obligatoire et autorise l'accès à certains types de soins mal couverts par la Sécurité sociale, essentiellement prothèses dentaires et optique. On s'intéressera principalement à ces biens parce que leur moindre consommation par les non-bénéficiaires d'une complémentaire traduit une inégalité d'accès aux soins (Grignon et Polton, 2000).

En deuxième lieu, la couverture complémentaire semble plus souvent définie, organisée et acquise collectivement que sur une base individuelle. Qu'il s'agisse de contrats collectifs d'entreprise ou de contrats acquis sur une base individuelle, la segmentation des risques par les OCAM semble en réalité toujours limitée en France. Il en résulte que la complémentaire maladie organise des formes de solidarité et ne saurait être neutre par rapport à l'équité dans l'accès aux soins.

En troisième lieu, la solidarité mise en œuvre par les OCAM est une solidarité restreinte, s'appliquant à des populations particulières, qui sont le plus souvent réunies autour d'un contrat de travail, ou encore autour de critères d'affinité définis par des OCAM. Dans les deux cas de figure, des acteurs intermédiaires jouent un rôle non négligeable dans l'organisation du marché : les OCAM eux-mêmes bien sûr, mais aussi les employeurs. Les entretiens auprès de gestionnaires de complémentaires maladie d'entreprises montrent ainsi que les employeurs poursuivent des objectifs propres dans l'organisation de la complémentaire. Au total, cette première partie, qualitative, semble mettre en évidence une segmentation du marché de la complémentaire maladie. L'analyse statistique des contrats, menée dans la partie 2, confirme ce résultat.

***2. Qui accède à quelle couverture ?
Résultats de l'enquête SPS***

2. Qui accède à quelle couverture ? Résultat de l'enquête SPS

La seconde partie de ce travail présente les résultats d'exploitation de l'enquête SPS réalisée en 1998.

Avant de proposer un bilan de la distribution des contrats, nous avons réfléchi aux différentes façons dont le marché pourrait a priori être organisé (2.1). Compte tenu des informations que nous avons collectées dans le cadre de l'enquête SPS, nous avons alors choisi une stratégie de traitement de l'information brute. Nous présentons rapidement la méthode d'enquête et les premiers traitements effectués (2.2). Nous avons ensuite élaboré une première typologie de l'ensemble des contrats en fonction des remboursements proposés en optique et en dentaire et étudié les caractéristiques des individus qui souscrivaient ces contrats (2.3). Cette analyse confirme que les caractéristiques du contrat souscrit dépendent du milieu social et indirectement explique pourquoi la complémentaire joue un rôle dans l'accès aux soins. Toutefois, la classification générale proposée ne semblant pas parfaitement robuste, nous passons à une caractérisation des contrats qui ne repose plus seulement sur les remboursements proposés mais qui prend en compte à la fois le mode de souscription (collectif obligatoire ou non, individuel) et le type d'OCAM qui offre le contrat (2.4). Cette analyse confirme à quel point le marché de la complémentaire maladie en France est segmenté.

2.1 Préambule : Recherche d'une logique de produit dans l'agencement des garanties

Pour permettre de décliner simplement un bilan de l'accès à la couverture complémentaire maladie par milieu social, il convient, en premier lieu, de comparer et d'ordonner les contrats. Si ceux-ci n'avaient qu'une dimension, il serait facile d'établir un gradient et de leur attribuer une valeur. En réalité, nous savons que les contrats sont multidimensionnels. Notre objectif est donc de réaliser une typologie de ces contrats et, notamment, de ramener les diverses dimensions de leur « qualité » à un nombre le plus limité possible de caractéristiques.

Soulignons que cette tentative de mesure des contenus des contrats est limitée à deux égards.

1. Le terme de *qualité* est utilisé ici de façon abusive : il n'est pas possible de porter un tel jugement dans la mesure où on ne connaît pas le montant des primes payées pour un niveau de garantie donné. Il serait plus juste de dire que nous ordonnons les contrats par leurs niveaux de garantie.
2. La qualité d'une couverture complémentaire maladie ne s'arrête pas au montant de la garantie proposée (tiers payant, prévention, examen de devis, etc.). Nous faisons cependant l'hypothèse qu'aujourd'hui l'OCAM n'a que peu de moyen de peser sur les prix et que la garantie reflète assez bien la qualité de la couverture.

Pour obtenir une mesure simple du contenu des garanties, nous allons chercher à savoir s'il existe une logique de produit, alors même que le marché que nous étudions est réputé fabriquer du « sur mesure » adapté en permanence aux préférences du « client ». La question que nous nous posons est en fait la suivante : les garanties proposées pour chaque type de soin s'agent-elles selon des préférences strictement individuelles et sans régularité²⁹, ou existe-t-il une combinatoire restreinte des agencements possibles ?

²⁹ *On parle parfois dans ce cas de logique « cafétéria » : chaque personne ayant des goûts différents élabore son menu et paie à la fin en fonction du type de soins couverts et des niveaux de garantie choisis.*

L'idée que tout marché obéit à une logique de produit plus ou moins standardisée repose sur le postulat qu'il existe des régularités dans les préférences des agents qui achètent les contrats et que, en outre, les producteurs ont tout intérêt à rationaliser la production en standardisant l'offre.

Nous pourrions *a priori* formuler une multitude d'hypothèses sur les logiques de produit de complémentaire maladie. Cependant, dans un souci de clarté, nous ramenons ces logiques à deux grands types, proportionnel ou taxinomique :

- la logique proportionnelle : toutes les garanties sont liées par une relation fixe. Si un contrat est « meilleur » qu'un autre, il est « meilleur » dans les mêmes proportions sur toutes les dimensions. On pourrait aussi qualifier cette logique de complémentaire, au sens économique du terme (et non mathématique cf. Partie 1.1.2)³⁰ ;
- la logique taxinomique correspondrait à une répartition des garanties autour d'un nombre limité et pas très élevé de configurations qui traduirait des régularités fortes mais plus complexes dans les préférences des agents³¹.

La proportionnalité semble l'hypothèse la plus simple à tester, par estimation du lien linéaire entre les taux de couverture sur les différents soins. Si elle n'est pas validée, nous chercherons à constituer des regroupements (ou catégories*) de contrats à partir des éléments d'information dont nous disposons.

Ceci dit, quand bien même il existerait une logique de produit, il n'est pas nécessairement facile de la déchiffrer à partir de l'état constaté de la distribution des garanties sur les différents soins.

En premier lieu, il faut être certain d'avoir bien identifié l'agent exprimant une demande et, dans le domaine de la couverture complémentaire, il n'est pas certain que l'agent soit le consommateur final : nous avons vu que les syndicats ou les employeurs, voire parfois les collectivités locales ou les institutions sociales, ont leur mot à dire dans l'expression de la demande de couverture complémentaire maladie. En outre, le produit peut refléter des normes autant que des préférences : même si certains assurés de contrats collectifs aimeraient bien voir le contrat prendre en charge les dépassements d'honoraires de spécialistes, une norme morale réprouvant ces pratiques peut leur interdire d'en formuler la demande.

En second lieu, les logiques de produit peuvent être diverses, certains segments de la population adoptant des logiques taxinomiques, éventuellement différentes, d'autres une logique proportionnelle.

Enfin, il se peut que nous observions le résultat d'une série de décisions conditionnées les unes par les autres qui font que le marché s'agence autour de dimensions particulières. Si la première décision est de s'assurer en collectif ou en individuel, on peut concevoir que ces deux « marchés » s'organisent selon des logiques différentes, ne serait-ce que parce que les individus qui choisissent l'un ou l'autre type de couverture présentent des caractéristiques différentes. Autre hypothèse : nous avons vu qu'il existe trois types d'intervenants sur le marché, les mutuelles, les assurances privées et les institutions de prévoyance ; il est aussi envisageable que, pour se démarquer les uns des autres ou pour répondre à des impératifs propres, chaque type d'OCAM ait développé sa propre logique de produit.

³⁰ Si ce type de logique était vérifié, on pourrait se contenter, à l'occasion de nouvelles enquêtes, de demander aux individus de donner une seule information sur leur contrat (niveau de garantie dentaire par exemple) et on pourrait raisonnablement en déduire la "générosité" des contrats sur différentes dimensions.

³¹ Imaginons un exemple de logique taxinomique. Supposons que les contrats ne remboursent potentiellement que les dépassements, l'optique et le dentaire. On pourrait alors tomber sur quatre catégories de contrats : "peu d'optique et beaucoup de dentaire" avec ou sans dépassement, "peu de dentaire et beaucoup d'optique" avec ou sans dépassement.

Cette partie vise donc :

- dans un premier temps, à établir un bilan par milieu social des contrats de garanties complémentaires détenues, en synthétisant au mieux ces contrats multidimensionnels de façon à les comparer ;
- dans un second temps, à nuancer l'utilisation d'une telle comparaison synthétique en testant l'hypothèse selon laquelle les logiques de produits, donc les méthodes à mettre en œuvre pour mesurer la qualité des contrats, varient avec le type d'OCAM et le mode d'accès au contrat (groupe obligatoire ou facultatif, individuel).

2.2 Principes d'enquête et premiers ajustements

Avant de détailler les éléments de réponse à notre problématique, nous présentons les principales étapes du travail préliminaire de collecte de l'information.

Nous avons choisi de collecter de l'information détaillée sur la couverture des dépenses en optique et en prothèse dentaire parce qu'il s'agit des risques les moins bien couverts par le régime de base et pour lesquels la couverture complémentaire va jouer le rôle le plus important. Une méthode particulière de recueil a été élaborée pour ces deux types de dépenses et nous comptons caractériser principalement les contrats en fonction de ces deux dimensions. Des informations plus simples sont collectées sur les autres dimensions de la couverture complémentaire maladie : on demande à l'enquêté si le contrat prend en charge le ticket modérateur, les dépassements en soins de ville, et le forfait journalier en hospitalisation³², mais on ne sait pas pour quel montant ou quel taux. Nous chercherons dans un second temps à utiliser ces informations binaires pour caractériser plus finement les contrats.

2.2.1 Principe de l'enquête

On demande aux enquêtés de recopier les lignes de leur contrat d'assurance qui ont trait à la prothèse dentaire et à l'optique. Sur 7000 « contrats » (c'est-à-dire assurés directs déclarant une couverture complémentaire dans l'enquête), 2 000 environ contiennent des informations sur la couverture prévue en dentaire et optique (Cf. questionnaire en annexe 3.5).

Tableau n° 4
Nombre de contrats de couverture complémentaire exploitables

Exploitable en...	Oui		Non		Ensemble	
	en nombre	en pourcentage	en nombre	en pourcentage	en nombre	en pourcentage
optique	1 841	25 %	253	3 %	2 094	29 %
dentaire	181	2 %	4 997	69 %	5 178	71 %
Ensemble	2 022	28 %	5 250	72 %	7 272	100 %

Source : CREDES-ESPS 1998

Guide de lecture : Sur un total de 7 272, 1 841 contrats sont à la fois exploitables en dentaire et en optique, soit 25 % des contrats ; 253 sont exploitables en dentaire sans l'être en optique et 181 dans la situation inverse.

Une option alternative aurait consisté à relever, non pas des informations sur le contenu des contrats mais des remboursements effectifs pour la dernière dépense de l'assuré ou d'un de ses ayants droit. On aurait alors obtenu des informations directement commensurables, mais l'expérience nous a montré qu'une telle procédure était moins satisfaisante (Cf. Annexe méthodologique 3.1).

³² On demande aux individus de répondre par oui ou non sur le fait que les dépassements sont couverts. Etant donnée la façon dont l'information est collectée en dentaire et optique (cf. infra), on a plus confiance dans la qualité des réponses sur ces deux premiers critères que sur les dépassements, cette notion étant très difficile à appréhender. C'est pourquoi, l'essentiel du travail porte sur le dentaire et l'optique.

2.2.2 Le biais de sélection

Cherchons tout d'abord à savoir si le mode de relevé au cours de l'enquête induit un biais de sélection. On pourrait craindre en effet que les contrats exploitables ne soient pas représentatifs de l'ensemble des contrats parce que le fait d'accepter ou d'être capable de remplir cette question serait associé à une propension à adopter tel ou tel type de contrat.

La crainte principale était que les bénéficiaires de contrats collectifs, notamment obligatoires, soient moins à même de recopier leur contrat de garantie, et c'est la raison pour laquelle une enquête complémentaire auprès des OCAM avait été initialement prévue. En fait, cette crainte n'est pas confirmée : on constate même que les assurés ayant déclaré avoir obtenu le contrat par leur entreprise représentent 55 % des contrats exploitables contre seulement 52 % de l'ensemble des contrats (Cf. Tableau annexe n° 7³³).

En revanche, il est certain que ceux qui ont rempli les questions portant sur le contrat de couverture complémentaire sont aussi ceux qui, de manière générale, répondent le mieux à l'enquête.

Ceci est vrai tout d'abord pour les questions d'opinion sur la couverture complémentaire : ceux qui ont rempli la question sur les garanties en optique et dentaire sont 89 % à avoir un avis sur le prix de leur cotisation, contre seulement 78 % de l'ensemble des bénéficiaires d'un contrat de complémentaire ; de même, 78 % de ceux ayant rempli cette question sur leur contrat savent s'il prend en charge le dépassement d'honoraires, contre 64 % sur l'ensemble des personnes couvertes. Enfin, 89 % de ceux ayant rempli ces questions sur leur garantie ont une opinion sur la qualité des remboursements de soins de spécialistes, contre 77 % pour l'ensemble des assurés complémentaires (Cf. Tableau annexe n° 8).

Mais cette aptitude à mieux répondre à l'enquête est plus générale : ceux qui ont rempli la question sur le contrat sont 90 % à avoir fourni leur revenu, contre 80 % pour l'ensemble des assurés bénéficiant d'une couverture complémentaire. De même, ils remplissent quasiment tous leur questionnaire santé alors que l'ensemble des assurés ne remplit ce questionnaire santé qu'à 90 %.

Outre cette plus grande capacité générale à répondre à l'enquête, les assurés acceptant de remplir la partie sur leur contrat sont aussi plus riches, mieux instruits, plus souvent cadres et professions intermédiaires, en couple et salarié du privé (Cf. Tableau annexe n° 7).

On ne note pas de réelle différence d'état de santé général³⁴ entre ceux ayant rempli leur contrat et les autres. En revanche, les personnes qui répondent ont une probabilité supérieure d'avoir été concernées par un remboursement. En effet, les assurés ayant rempli leur contrat sont 44 % à porter une prothèse dentaire contre 37 % parmi l'ensemble des assurés ; en revanche, ils sont le même pourcentage à s'être fait poser une prothèse dans les douze derniers mois. Les assurés ayant rempli leur niveau de garantie sont 62 % à porter des lunettes contre 60 % de l'ensemble des assurés.

Enfin, l'appréciation générale sur le prix du contrat ou sur le niveau de remboursement des soins de spécialistes ne varie pas selon qu'on remplit ou non la partie contrat de l'enquête. Que cette partie soit remplie ou non, 56 % des assurés trouvent leur cotisation chère et environ 77 % pensent être bien remboursés de leurs soins de spécialiste.

³³ Cette annexe contient l'ensemble des tableaux de résultats détaillés.

³⁴ Mesuré par la note subjective d'état de santé et l'invalidité fonctionnelle.

Quel impact peut avoir cette différence de profil sur la suite de notre travail ?

Dans un premier temps, on commence par chercher la logique selon laquelle s'agencent les différents contrats étudiés et on extrapole nos résultats à l'ensemble des contrats. Si l'agencement des garanties est très différent au sein des contrats détenus par des enquêtés n'ayant pas répondu, cette extrapolation est fautive. Il est cependant difficile d'identifier un facteur qui ferait que les non répondants auraient systématiquement des contrats très différents de ceux des répondants en matière d'agencement des garanties.

Dans un deuxième temps, on caractérise les différentes catégories de contrats en fonction du profil de l'assuré et on dresse un bilan des garanties par catégorie sociale. Les contrats remplis semblent être plus le fait des catégories sociales supérieures. Toutefois, même si les classes défavorisées répondent moins souvent, ces non réponses semblent concerner l'ensemble des contrats, quel que soit le niveau des garanties. Le biais est donc minime selon le milieu social et le redressement ne s'avère pas nécessaire.

2.2.3 Travail préliminaire d'harmonisation des libellés

Comme on demande aux enquêtés de reporter des dispositions contractuelles et que les libellés des contrats sont à la fois complexes et variables, on recueille une information disparate, exprimée dans des unités ou sous des formes très différentes. Il est donc nécessaire, pour pouvoir comparer des niveaux de couverture, de tous les ramener à une seule unité.

Point de départ : des contrats très disparates

On peut observer 5 principaux types de réponses.

1. L'enquêté déclare un pourcentage de couverture du tarif de convention de la Sécurité sociale (TC). Deux cas se présentent alors :
 - soit ce pourcentage désigne ce que recevra finalement l'assuré, c'est-à-dire le montant du remboursement de la sécurité sociale (RSS) plus celui de l'OCAM ; on parle alors de *taux de remboursement y compris le RSS* ;
 - soit ce pourcentage décrit le paiement effectué par l'OCAM en plus du RSS ; on parle de *taux de remboursement hors (ou en plus du) RSS*.
2. Dans le même ordre d'idée, certaines garanties sont exprimées en fonction du RSS ou du ticket modérateur (TM).
3. L'enquêté déclare qu'il est remboursé en fonction des frais réels (FR). Deux configurations sont possibles selon que l'assuré mentionne un plafond ou non. Dans ce dernier cas, et conformément à l'opinion d'experts, nous considérons que sa réponse est incomplète car il semble qu'il n'existe pas de contrat sans plafond de dépense. Considérant qu'ils avaient été omis, nous avons dans un premier temps cherché à assigner des plafonds à ces contrats selon différentes méthodes (dires d'experts/allocation de plafonds observés dans l'échantillon). Après avoir constaté que la "qualité" des contrats ainsi reconstitués dépendait du plafond que nous choissions³⁵, nous les avons finalement considérés inexploitable et exclus de l'échantillon.
4. L'enquêté déclare un montant remboursé par l'OCAM, qui correspond en général à un plafond de remboursement. Ce montant peut-être exprimé directement en francs ou bien en pourcentage du Plafond Mensuel la Sécurité Sociale (PMSS).

³⁵ Le choix du plafond modifiait en outre profondément la configuration des classes cf. 2.3 infra.

5. Enfin, en ce qui concerne la garantie optique, nous avons demandé à l'enquêté de ne faire figurer que le montant de remboursement des verres. Etant donné la façon dont les contrats sont rédigés, certains assurés n'ont pas été en mesure de distinguer le remboursement pour les verres de celui pour la monture. La garantie *optique* peut donc porter simplement sur les verres plus monture (VM) ou sur les verres seuls (VS). Dans ce dernier cas, il est probable que la monture est aussi remboursée, mais nous ne savons pas à quelle hauteur.

Les différentes manières de libeller les garanties peuvent être combinées pour décrire un pan du contrat (250 % du TC dans la limite de 1 000 francs, 100 % du TC plus un complément de 400 francs...). Les tableaux suivants présentent les libellés les plus fréquemment utilisés en optique comme en dentaire.

Tableau n° 5
Les principaux libellés de garanties en dentaire

Type de libellé	Effectif	Fréquence
% du TC y.c. RSS	1 146	55,0 %
% du TC en plus du RSS	197	9,4 %
% du RSS	129	6,2 %
Forfait	92	4,4 %
Frais Réels Sans autre indication	72	3,5 %
Frais Réels - RSS	43	2,1 %
% du TM	38	1,8 %
% du TC y.c. RSS dans la limite d'un plafond exprimé en francs	36	1,7 %
FR - RSS dans la limite d'un plafond exprimé en pourcentage du TC	35	1,7 %
% du TC y.c. RSS et complément forfaitaire exprimé en francs	32	1,5 %
% du TM et complément exprimé en % du TC	31	1,5 %
Ensemble	1 851	88,8 %

Source CREDES-ESPS 1998

FR : frais réels ; TC : tarif de convention ; TM : ticket modérateur ; RSS remboursement Sécurité sociale

La première ligne désigne (par exemple) une garantie exprimée de la façon suivante : « *les prothèses dentaires sont remboursées à 250 % du TC, remboursement de la sécurité sociale compris* ». 55 % des garanties dentaires sont libellées ainsi. On note que plus de 5 % des contrats ne comprennent pas de plafond (*Frais réels sans autre indication* et *frais réels moins remboursement Sécurité sociale sans autre indication*). Deux explications sont possibles : soit les personnes n'ont pas jugé nécessaire de recopier leur contrat complètement, soit elles n'ont pas su le faire (et la responsabilité peut alors être partagée entre le répondant et l'OCAM). Rappelons que quel que soit le cas de figure le remboursement total (Sécurité sociale + OCAM) ne peut excéder les frais réels engagés.

Tableau n° 6
Les principaux libellés de garanties en optique

Libellé	Ensemble optique		Verres seuls		Verres + monture	
	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence	Effectif	Fréquence
Forfait	394	16,9	209	16,5	185	17,3
% du TC Sans autre indication	317	13,6	202	16	115	10,8
% du TC Sans autre indication et complément forfaitaire	190	8,1	91	7,2	99	9,3
% du PMSS	127	5,4	82	6,5	45	4,2
% du TC en plus du RSS	112	4,8	72	5,7	40	3,7
Frais Réels Sans autre indication	106	4,5	75	5,9	31	2,9
Chiffre Sans autre indication (non interprétable)	95	4,1	54	4,3	41	3,8
% du RSS	84	3,6	51	4	33	3,1
% du TC y.c. RSS	82	3,5	55	4,4	27	2,5
% du TC en plus du RSS et complément forfaitaire en francs	77	3,3	37	2,9	40	3,7
FR - RSS	76	3,3	49	3,9	27	2,5
% du TC y.c. RSS et complément forfaitaire en francs	64	2,7	33	2,6	31	2,9
FR dans la limite d'un plafond	49	2,1	27	2,1	22	2,1
Ensemble des principales modalités	1 773	75,9	1 037	82,0	736	68,8

Source CREDES-ESPS 1999

FR : frais réels ; TC : tarif de convention ; TM : ticket modérateur ; RSS remboursement Sécurité sociale

Les garanties d'optique semblent encore plus diversifiées : le type de contrat le plus fréquent, qui donne un forfait de remboursement pour les verres ou pour les verres et montures ne représente que 17 % des cas.

En tout état de cause, ce premier travail montre que les contrats peuvent être rédigés de façons très diverses et qu'il est impossible de les comparer rapidement. Ceci souligne la nécessité d'un travail préliminaire de recodification des garanties. Dans une perspective plus générale, il se dégage de ces tableaux un sentiment que le marché de la couverture complémentaire est peu transparent. Il est en effet difficile d'imaginer que les consommateurs sont en mesure, non seulement de comparer des contrats pour ce qui concerne un type de frais de santé, mais de procéder à une analyse combinatoire entre différentes informations (dentaire, optique, dépassement, forfait hospitalier...), chacune rédigée d'une manière différente³⁶.

Dernière remarque : nous nous sommes interrogés pour savoir si la façon de construire et de libeller les contrats (par exemple verres seuls ou verres et montures) ne dépendait pas de caractéristiques des contrats (individuel/groupe) ou des OCAM (assurance/mutuelle /IP). Une analyse rapide nous a conduit à rejeter cette hypothèse d'une "logique" différenciée de rédaction des contrats.

³⁶ On peut cependant espérer qu'une entreprise est mieux en mesure de comparer des contrats qu'une personne qui souscrit à titre individuel.

Choix d'une unité commune à tous les libellés

Une annexe méthodologique (p.101 et s.) détaille l'ensemble des choix effectués, nous nous contentons ici de présenter l'unité commune dans laquelle on transcrit l'ensemble des libellés, de façon à disposer de contrats comparables.

Pour ce qui est des prothèses dentaires, nous avons choisi de tout transcrire en taux de remboursement hors RSS exprimé en pourcentage du TC. Si la couverture est égale à 300, cela signifie que l'OCAM rembourse trois fois le TC, et 30 signifie que l'OCAM ne prend en charge que le ticket modérateur, ici 30 % du tarif de convention. L'unité commune est donc le pourcentage du TC, en plus du RSS. Les contrats libellés en francs peuvent porter sur une couronne, ou sur un montant annuel, et nous considérons toujours qu'il s'agit de libellé par couronne ou, ce qui revient au même, que l'assuré ne se fait poser qu'une couronne par an. Cependant, le libellé en dépense annuelle introduit *de facto* un plafond supplémentaire, portant sur le montant total remboursé, quel que soit le nombre de couronnes. Pour un assuré devant se faire poser plusieurs couronnes dans l'année, notre méthode de transcription surestimera donc le niveau de garantie des contrats avec plafond annuel.

Pour l'optique, tous les contrats seront exprimés sous forme de montant forfaitaire. *A priori*, il aurait été plus simple de décrire les garanties dentaire et optique dans la même unité, par exemple en pourcentage du TC, mais les garanties en optique sont plus souvent rédigées sous forme de forfaits ou de montants en francs que sous forme de pourcentage du TC, tout au moins dans l'enquête.

Un autre problème se pose : il existe de très nombreux tarifs de convention en optique (en fonction des types de verre), et il n'est donc pas simple de traduire un contrat rédigé en montant forfaitaire par un pourcentage du TC, car cela suppose un choix d'un TC de référence pour lequel aucune règle ne s'impose.

Pour traduire les contrats libellés en TC en contrats libellés en forfaits, il faut aussi choisir une valeur de référence pour un TC, mais on dispose pour ce faire d'éléments rationnels.

Comme nous réalisons une enquête auprès des assurés, nous avons choisi d'adopter leur point de vue. Nous comparons les contrats en cherchant à savoir de combien un assuré pourrait au maximum être remboursé. Or, pour un contrat libellé en forfait, le remboursement est plafonné quel que soit le type de verre acheté. A l'inverse, pour un contrat libellé en pourcentage du TC, le remboursement dépend du type de verre. Nous mettons en lumière le fait que, lorsque le risque est important, le contrat en pourcentage du TC est plus généreux que le contrat en forfait. Nous calculons donc un montant de remboursement sur la base du TC maximal (246,90 francs par verre en 1998³⁷, tarifs adultes)³⁸. Ce choix est cohérent avec notre problématique d'ensemble qui consiste à traiter la couverture complémentaire comme un moyen d'accéder à des soins coûteux et nécessaires.

Un tel choix peut cependant être contesté au motif que ce risque maximum est un risque très rare, le TC à 246,9 francs correspondant à du matériel pour amblyopie avec astigmatie et aphakie forte. On pourrait, tout aussi rationnellement, choisir de fonder les calculs de remboursement sur un TC plus fréquent, ce qui ferait passer d'une logique de « plafond de la garantie » à une logique de « remboursement effectif le plus fréquent ». Ceci serait plus proche de l'analyse du risque que font les OCAM et on trouverait des chiffres de remboursement moyen plus proches de la réalité telle qu'ils l'observent. Ceci mettrait aussi en avant le fait que, si la

³⁷ Référence : UCANSS, mise à jour 2000 -1 du TIPS.

³⁸ Si par exemple, le contrat rembourse le TM, on considère que le montant du remboursement par verre est de 35 % de 246,9 francs, montant qui doit être multiplié par deux pour pouvoir être comparé à un forfait verres.

personne a besoin d'une correction faible, elle sera probablement mieux remboursée par un contrat libellé en forfait que par un contrat basé sur le TC.

Afin de mesurer l'impact de notre choix sur nos conclusions, nous avons mené les mêmes calculs que ceux présentés dans la suite de ce travail, mais en prenant comme TC de référence celui des verres sphériques -4 / +4, soit 48 francs.

Dans la suite du travail, on ne présente que la démarche et les résultats obtenus avec le choix TC maximum, mais l'annexe 3.7 présente succinctement les résultats obtenus avec le choix du TC modal.

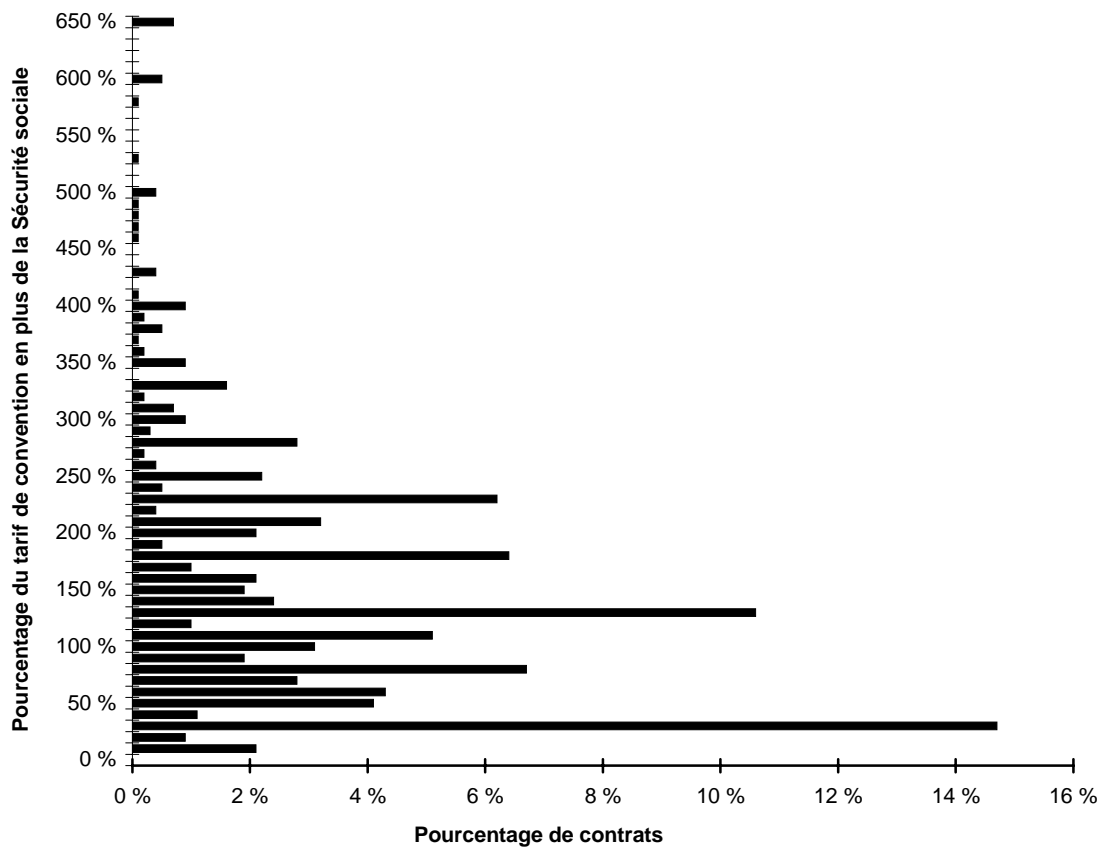
2.2.4 Description rapide des niveaux de garantie optique et dentaire

A l'issue de ce travail, on peut donner quelques informations descriptives sur les garanties de chaque type de soins.

Le remboursement des prothèses dentaires

Le nombre de répondants est 2 094. Le taux de couverture moyen est de 150 % du TC en plus du remboursement de la Sécurité sociale, soit un remboursement de 1 057,50 francs en plus des 493,50 francs remboursés par la Sécurité sociale pour une couronne.

Graphique n° 4
Distribution du niveau de remboursement des prothèses dentaires



Source CREDES-ESPS 1998

Le Tableau n° 7 présente la distribution cumulée des taux de remboursement en prothèse dentaire et le Graphique n° 4 la distribution non cumulée par tranche de 10 %.

Tableau n° 7
Distribution en percentiles du niveau de remboursement des prothèses dentaires

Percentiles	Taux de remboursement en plus du RSS
10	30 %
20	50 %
25	55 %
30	75 %
40	100 %
50	130 %
60	140 %
70	180 %
75	205 %
80	230 %
90	284 %

Source CREDES-ESPS 1998

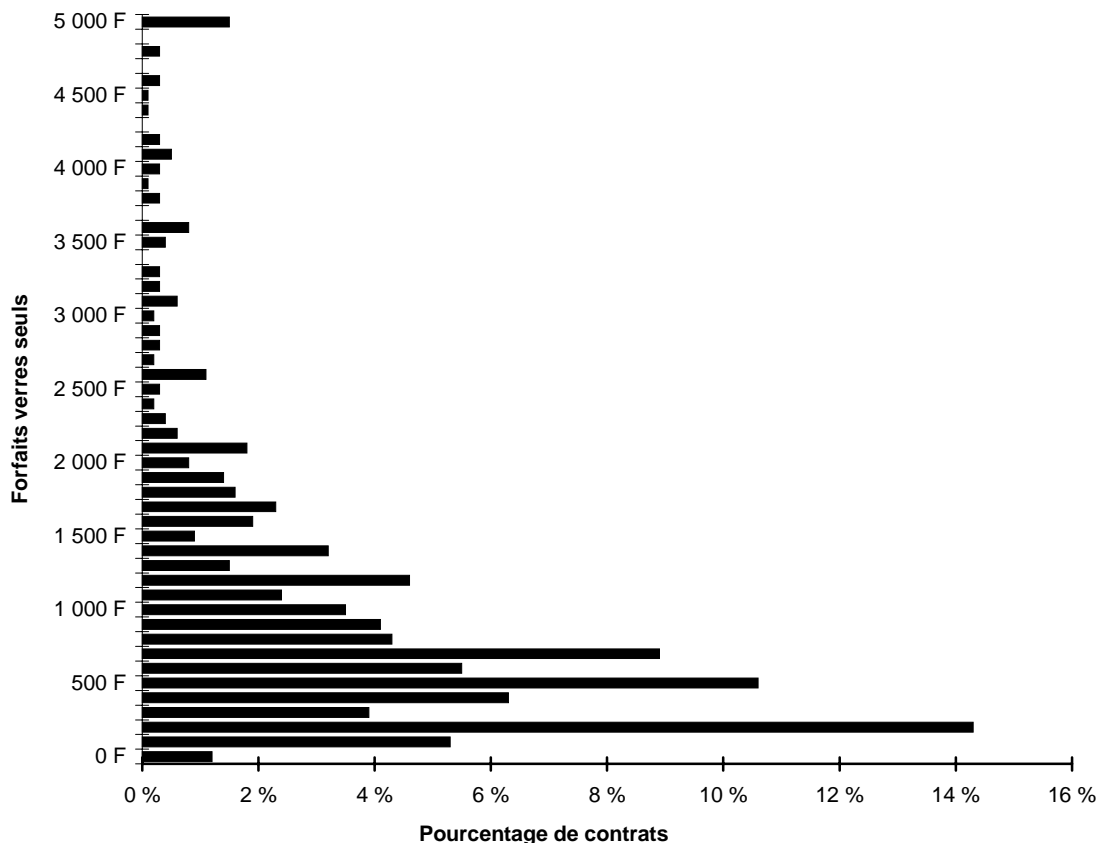
Le tableau nous montre que la moitié des contrats rembourse moins de 130 % du TC et les trois quarts moins de 205 %. Il montre aussi qu'au moins 10 % des contrats remboursent le seul TM (30 %). En s'aidant du graphique, on voit qu'en fait 18 % des garanties couvrent (au mieux) le ticket modérateur.

Le remboursement des verres de lunettes seuls

Le nombre de répondants est 1 176. Le taux de couverture moyen est de 1 043 francs en plus du remboursement de la Sécurité sociale pour 2 verres de lunettes.

La moitié des contrats de couverture complémentaire rembourse plus de 667 francs pour 2 verres (Tableau n° 8). Un quart rembourse plus de 1 264 francs.

Graphique n° 5
Distribution du niveau de remboursement des verres de lunettes seuls

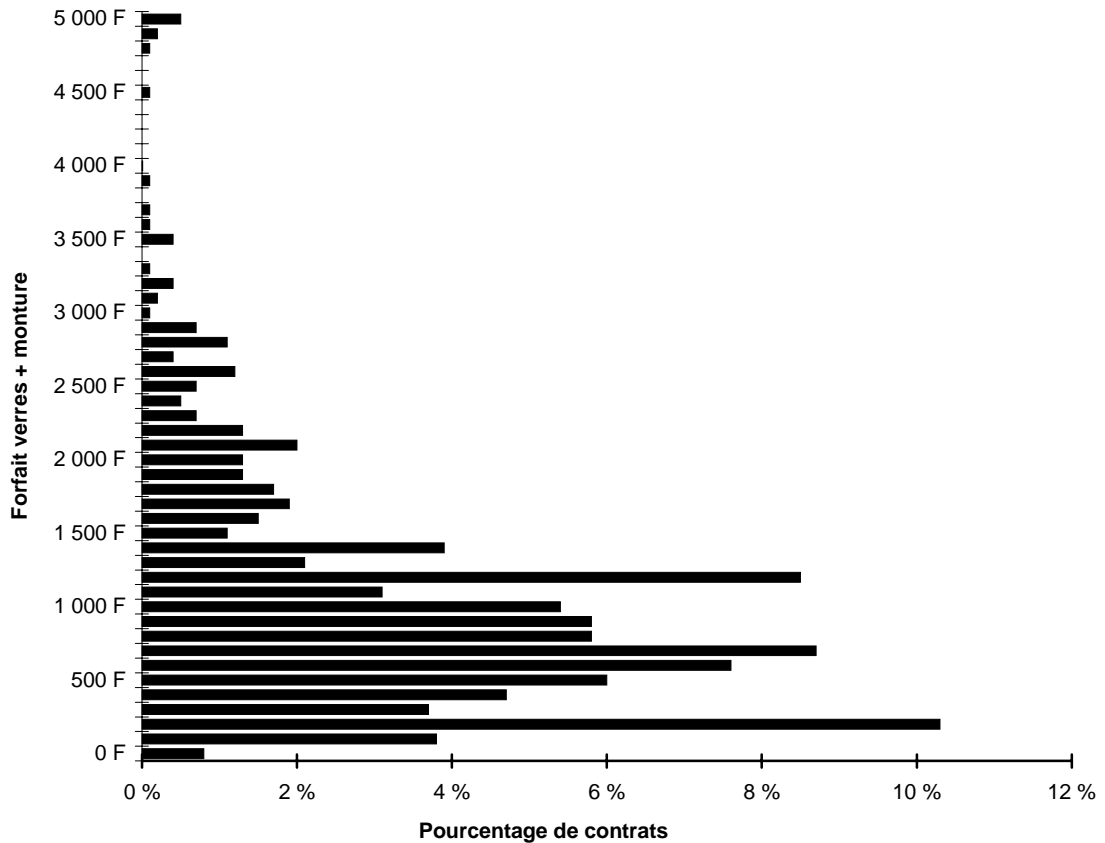


Source CREDES-ESPS 1998

Le remboursement des verres et de la monture

Le nombre de répondants est 846. Le taux de couverture moyen est de 1 031 francs en plus du remboursement de la sécurité sociale pour 2 verres et la monture. La moitié des contrats de couverture complémentaire rembourse plus de 815 francs pour 2 verres et la monture. Un quart rembourse plus de 1 273 francs (Tableau n° 8).

Graphique n° 6
Distribution du niveau de remboursement des verres et monture de lunettes



Source : CREDES-ESPS 1998

Sous l'hypothèse (vraisemblable) selon laquelle les contrats libellés « VS » proposent une garantie non nulle pour les montures, on peut dire qu'ils sont plus généreux que les contrats libellés « VM ».

Tableau n° 8
Distribution en percentiles du niveau de remboursement des verres de lunettes

Percentiles	Forfait en Francs	
	Verres seuls	Verres + monture
10	173 F	173 F
20	247 F	373 F
25	370 F	494 F
30	423 F	564 F
40	500 F	673 F
50	667 F	815 F
60	845 F	1 000 F
70	1 127 F	1 200 F
75	1 264 F	1 273 F
80	1 481 F	1 409 F
90	2 148 F	2 128 F

Source CREDES-ESPS 1998

Encadré n° 2 Comment déterminer s'il existe un lien linéaire entre deux variables ?

La réponse naturelle est de mesurer le coefficient de corrélation et de lui appliquer un test de significativité. Pour une simple raison pratique, on a cependant préféré mener un test sur le R^2 de la liaison $y_i = a + bx_i + e_i$, où (a,b) sont estimés par les Moindres Carrés Ordinaires (MCO) ; on sait en effet que la mesure empirique du lien linéaire entre deux variables est sensible à des valeurs extrêmes (dites « points aberrants »). Or, il existe des méthodes « robustes », qui consistent à éliminer ou sous pondérer ces points aberrants. On peut en effet utiliser la méthode du C2 et celle des moindres carrés repondérés, consistant à traiter différemment les points pour lesquels l'erreur empirique e_i est forte (pour de plus amples renseignements sur ces méthodes, cf. C. Derquenne, 1998). Ces méthodes supposent le recours à la régression linéaire de y sur x , elles sont dites « régressions robustes ».

On récupère donc systématiquement les R^2 des régressions robustes et il nous a semblé plus simple de présenter ces statistiques plutôt que de recalculer un coefficient de corrélation linéaire une fois éliminés les points aberrants. C'est seulement une question de présentation, évidemment, puisque le R^2 est proportionnel à r , coefficient de corrélation (lien : $R^2 = r^2(a/var(x))$).

Pour déterminer si le R^2 signale un lien significatif, on utilise la statistique de Fisher. Pour un modèle $y=f(x)$ la statistique empirique vaut $(n-1)R^2/(1-R^2)$, où n est le nombre d'observations. Elle suit une loi de Fisher à $(1 ; n-1)$ degrés de liberté, dont la valeur pour $n > 120$ est 254,3. Un lien significatif au seuil de 5% entre y et x est donc tel que la régression linéaire par les MCO fournisse un R^2 vérifiant :

$$(n-1)R^2/(1-R^2) > 254,3$$

Le tableau ci-dessous fournit les seuils de R^2 minimal pour affirmer, au seuil de 5 %, que le lien linéaire entre x et y est significatif.

n	R^2
100	0.72
200	0.56
300	0.46
400	0.39
500	0.34
600	0.30
700	0.27
800	0.24

2.3 Caractérisation des contrats par les taux de couverture dentaire et optique

Nous allons déterminer la logique d'agencement des niveaux de garantie et proposer une typologie en quatre catégories des contrats (2.3.1). Nous caractériserons ensuite ces dernières et les personnes qui les souscrivent (2.3.2) avant de proposer un bilan socio-démographique de l'accès à la complémentaire maladie (2.3.3)

2.3.1 Recherche de la logique sous-jacente

Une fois le libellé des contrats harmonisé, l'étape suivante consiste à les caractériser en fonction de la « générosité » de la couverture proposée.

Le principe directeur de notre démarche est la construction *ex post* : on cherche à décrire des catégories de contrats reconstituées statistiquement sur la base de la distribution observée des contrats, et non construites sur la base d'un dire d'expert.

2.3.1.1 Première hypothèse : des contrats proportionnels

On commence par tester une logique « proportionnelle » présidant à l'agencement des couvertures optique et dentaire. Une logique proportionnelle signifie simplement que le degré de la couverture croît parallèlement dans les deux dimensions. Sur un graphique plaçant en abscisse la prise en charge dentaire et en ordonnée la prise en charge optique, on obtiendrait un nuage de points allongé autour d'une droite croissante. La logique proportionnelle se traduirait donc par une corrélation linéaire forte entre les prises en charge dentaire d'une part, optique de l'autre.

Il s'avère que le nuage des points ne suit pas cette logique : la corrélation entre les taux de remboursement en dentaire et les remboursements en optique « verre seul » est de 0.34 (le R^2 de la régression simple de la garantie dentaire sur la garantie optique est égal à 12 %) ; entre dentaire et optique « verre et monture », elle est de 0.16 (R^2 de 3 %). Ces taux de corrélation sont trop faibles pour qu'on valide l'hypothèse d'un lien linéaire entre les deux dimensions des contrats.

Manifestement, il existe un degré de liberté dans le choix des niveaux de couverture pour les différents frais de santé. On ne peut déduire la couverture sur une dimension de celle observée sur l'autre dimension.

2.3.1.2 Deuxième hypothèse : une typologie

Devant l'absence de logique proportionnelle simple, on cherche à mettre en évidence une organisation plus complexe.

Méthode choisie : classification ascendante hiérarchique (CAH)

Pour tester cette hypothèse, on utilise des techniques de CAH qui permettent de détecter une éventuelle logique d'organisation du nuage des points constitué par les couples (taux du TC en dentaire ; forfait de remboursement en optique). On réalise cette opération successivement sur les contrats VS et VM.

Encadré n° 3
Présentation succincte de la méthode de la CAH

La technique statistique utilisée (aussi appelée *clustering*) consiste à regrouper progressivement les points du nuage selon des critères de distance, et de façon à avoir de moins en moins de groupes de points (*clusters* ou classes*). Chaque étape consiste à regrouper deux classes et deux seulement. On part d'une situation initiale dans laquelle chaque point constitue une « classe », pour aboutir à une classe unique qui comprend tous les points. Pour passer de N à N-1 classes, on se fonde sur un critère de distance : parmi tous les rapprochements possibles, est choisi celui qui conduit à rapprocher les classes dont les centres d'inertie sont les plus proches.

Une fois les classes constituées, l'utilisateur choisit le nombre pertinent de classes interprétables pour la classification. Il réalise pour cela un arbitrage : plus on s'élève dans la hiérarchie de la classification, moins il y a de classes (on a donc une vue synthétique plus facile à comprendre), mais moins on rend compte de l'information contenue dans le nuage de points (information au sens du R²). On représente classiquement cet arbitrage par le pourcentage d'information perdue par l'agrégation d'une classe supplémentaire.

1^{ère} étape : Elimination des valeurs aberrantes

Avant de réaliser la classification, il faut éliminer les valeurs extrêmes. Pour cela, on étudie les distributions de chacune des variables indépendamment l'une de l'autre pour choisir une valeur au-delà de laquelle on écrête (Cf. Graphique n° 4, Graphique n° 5, Graphique n° 6).

Cette valeur coupe la distribution en deux groupes, les valeurs au dessus de cette borne étant très dispersées. En dentaire, nous choisissons comme borne : 600 % du TC, et en optique 3 400 francs (verres et verres et montures).

On élimine les contrats dont une des deux garanties est supérieure à une des bornes définies.

2^{ème} étape : Réalisation de la CAH

(i) CAH sur les Verres Seuls (VS)

Il semble judicieux dans notre cas d'espèce de retenir 4 classes. Comme le montre ce tableau, agréger encore une fois ferait perdre 11 % de l'information du nuage³⁹.

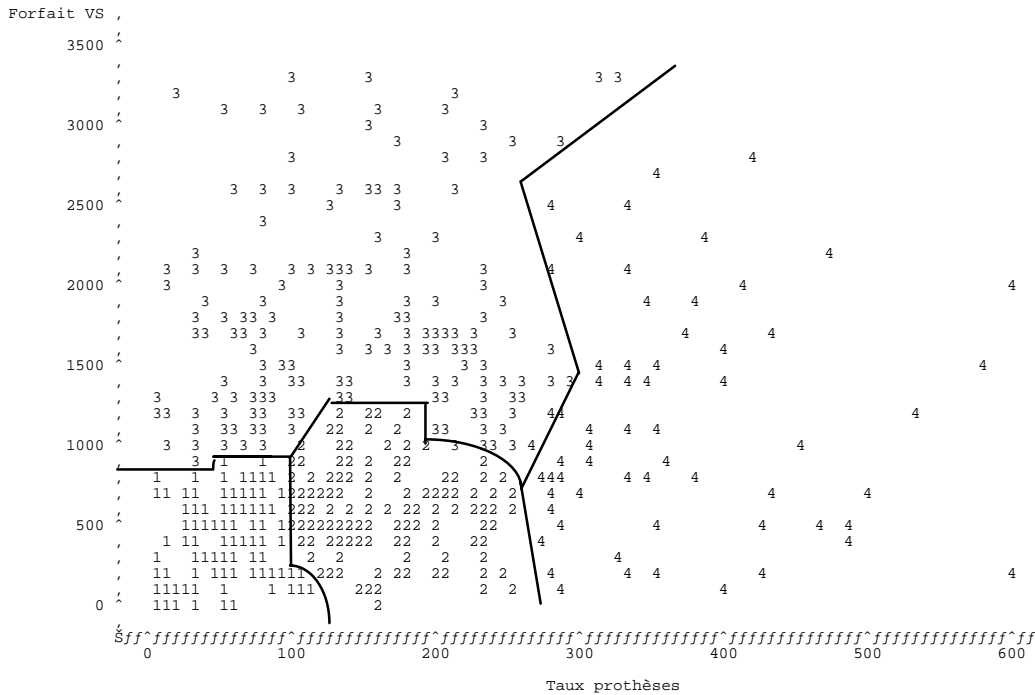
Nombre de classes	Information perdue
de 6 à 5	5 %
de 5 à 4	6 %
de 4 à 3	11 %
de 3 à 2	17 %
de 2 à 1	40 %

Lecture : en passant de 6 à 5 classe, on perd 5 % de l'information totale. Par construction, le fait de passer de deux à une seule classe conduit à une situation dans laquelle l'information apportée par la classification est nulle.

L'étape suivante consiste à voir si on peut caractériser les classes selon les dimensions des deux variables ; pour ce faire, on représente les classes dans un plan (taux de remboursement de la prothèse, forfait optique).

³⁹ En revanche, le fait d'avoir agrégé à partir de cinq classes n'a fait perdre que 6 % de l'information.

Graphique n° 7
Représentation des classes (verres seuls)



Source : CREDES-ESPS 1998

Parmi les 4 classes, on distingue :

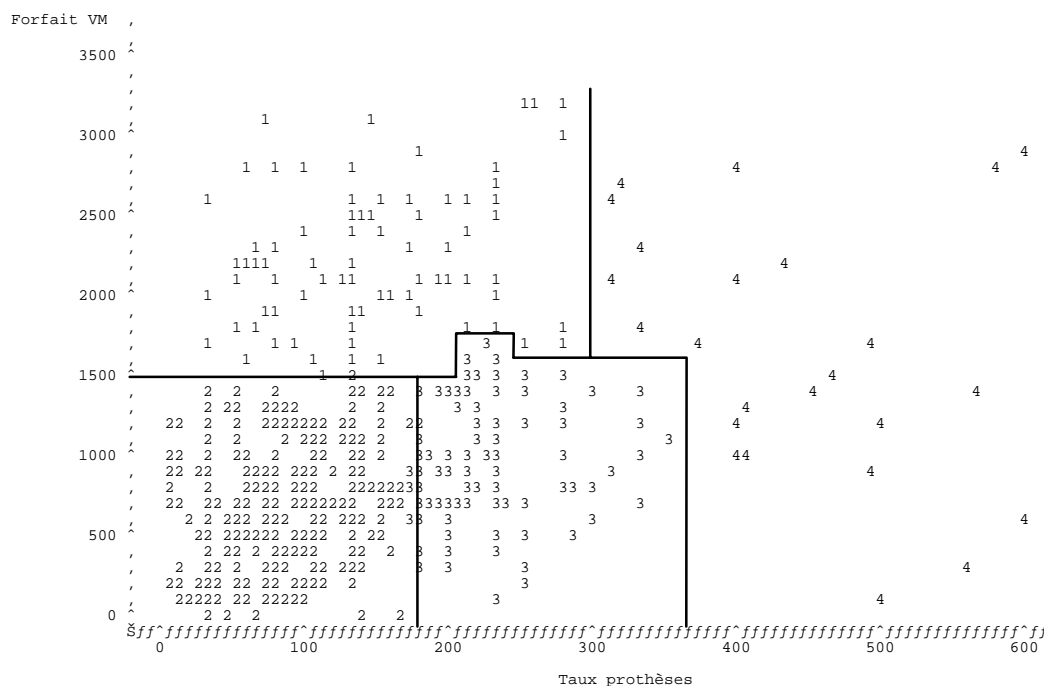
- une première classe « faible » regroupant des contrats proposant des garanties très faibles à la fois en dentaire et en optique (1) ;
- une deuxième classe intermédiaire comprenant des contrats avec des garanties dentaires moyennes mais encore assez faibles en optique (2) ;
- une troisième classe avec des contrats élevés en optique mais plutôt faibles ou moyens en dentaire (3) ;
- une quatrième classe comprenant des contrats avec des taux de garantie dentaire très élevés et toutes sortes de niveaux en optique (4).

(ii) CAH sur les Verres + Monture (VM)

Quand on réalise le même travail sur les contrats « verres et monture » on obtient le tableau suivant.

Nombre de classes	Information perdue
de 6 à 5	2 %
de 5 à 4	7 %
de 4 à 3	12 %
de 3 à 2	17 %
de 2 à 1	42 %

Graphique n° 8 Représentation des classes (verres + monture)



Source : CREDES-ESPS 1998

On retrouve un découpage similaire mais des bornes assez différentes. La première classe est toujours caractérisée par les niveaux de garantie faibles dans les deux dimensions (2). Puis, on distingue la deuxième classe « dentaire moyen optique relativement faible »(3), la troisième classe « généreuse en optique » (1) et la 4^{ème} classe « généreuse en dentaire » (4).

Conclusions de la CAH

Deux principales conclusions se dégagent.

- Pour des niveaux de garantie très élevés, il semblerait qu'optique et dentaire soient des substituts (on choisit beaucoup de l'un *ou* beaucoup de l'autre) ;
- En tout état de cause, le niveau de garantie dentaire semble discriminant pour classer les contrats. Ce résultat est assez robuste à l'analyse. Nous n'y reviendrons pas en détail pour l'instant, mais il semble que les rapprochements statistiques conduisent plus souvent à distinguer des « classes » de dentaire que d'optique, ce qui intuitivement souligne l'importance relative du premier critère et constitue un résultat intéressant qui peut simplement traduire le fait que les dépenses sont plus importantes en prothèses et que l'assuré attache donc plus d'importance à cette caractéristique du contrat (cf. Grandfils, 1997).

Il reste que, si l'on reconsidère les deux graphiques, les nuages de points sont très compacts et imbriqués.

Cette première analyse nous conduit donc à envisager qu'il existe 4 groupes de contrats que nous désignerons de la façon suivante :

- **faible** (sous entendu faible pour l'optique et faible pour le dentaire) ;
- **moyen en dentaire** (sous entendu assez faible en optique) ;

- **fort en optique** (et faible ou moyen en dentaire) ;
- **fort en dentaire** (tout niveau en optique).

On trouvera dans l'annexe 3.6 une analyse de robustesse de cette classification. Elle montre qu'en fait les différentes classes de contrat sont assez imbriquées et qu'une part d'arbitraire est nécessaire pour délimiter leurs frontières comme nous allons le voir ici.

Des classes aux catégories de contrats

On cherche maintenant à transcrire les 4 classes de la classification en catégories* lisibles. Autrement dit, il faut pouvoir, connaissant le taux de couverture en optique et en dentaire d'un contrat, dire sans ambiguïté à laquelle des quatre catégories il appartient. Géométriquement, on passe de classes aux contours complexes à des catégories aux frontières rectilignes (et formant des rectangles). Le tableau suivant offre une représentation stylisée des quatre catégories de contrat selon les deux axes dentaire et optique.

Tableau n° 9
Représentation stylisée et identification des quatre catégories réalisées
à partir des classes de la CAH

Dentaire Optique	Faible	Moyen	Elevé
Elevé	Fort en optique		Fort en dentaire
Faible	Faible	Moyen en dentaire	

Pour chaque type de contrat (VS et VM), il faut donc déterminer des seuils en optique pour distinguer les garanties élevées et faibles, mais aussi deux seuils en dentaire pour séparer les trois catégories faible, moyenne et élevée. Pour ce faire, on retient les seuils pour lesquels les catégories ont des effectifs le plus proche possible de ceux des classes.

Les seuils finalement choisis pour séparer les catégories de contrat sont, pour l'optique, 1 500 francs en VM, 900 francs en VS, 100 et 300 % du TC pour le dentaire.

2.3.2 Caractérisation des différents groupes de contrats

[Cf. Tableau annexe n° 10, Tableau annexe n° 11, Tableau annexe n° 12]

Après avoir établi cette classification en quatre groupes de contrats, nous allons nous attacher à les caractériser les uns après les autres de façon plus fine en utilisant :

- d'une part, d'autres informations disponibles sur les contrats eux-mêmes (sur les dépassements de spécialistes) ;
- d'autre part, les informations dont nous disposons sur les personnes qui les ont souscrits.

Deux analyses particulières seront consacrées à une comparaison avec le contrat CMU (Cf. Encadré n° 4) et à une étude des contrats limités à la prise en charge du ticket modérateur (Cf. Encadré n° 5).

Le Tableau n° 10 résume les principales caractéristiques des 4 types de contrats.

Tableau n° 10
Principales caractéristiques des quatre types de contrats

	Faible	Moyen en dentaire	Fort en optique	Fort en dentaire
Proportion des contrats	35 %	30 %	26 %	9 %
Proportion de la population couverte	32 %	31 %	27 %	10 %
Taux de couverture moyen en dentaire	49 % du TC	170 %	155 %	473 %
Taux de couverture moyen en optique	422 francs	708 francs	2106 francs	1809 francs

Source : CREDES-ESPS 1998

Ce tableau permet de présenter, mais aussi de nuancer, la gradation qui est établie entre les types de contrats en terme de niveau de garantie. Tout d'abord, les contrats dit « faibles » en niveau de garantie sont indiscutablement faibles sur les deux dimensions par rapport à toutes les autres catégories de contrats. La catégorie dite « moyen en dentaire » est en réalité nettement au dessus de la catégorie faible sur ses deux dimensions (y compris en optique) puisque, si la catégorie « faible » rembourse pour l'optique en moyenne 422 francs, le remboursement optique de la catégorie « moyen en dentaire » est de 708 francs. A l'autre bout du spectre, on ne peut pas dire que le contrat « fort en dentaire » propose n'importe quel niveau en optique : en réalité, le niveau moyen de couverture (1 809 francs) est plus proche du niveau des contrats dits « fort en optique » (2 106 francs) que du niveau des contrats dits « faible en optique » (708 francs et 422 francs). Si l'on peut donc désigner sans trop d'ambiguïté les deux catégories extrêmes, il est en revanche plus difficile de classer les contrats « moyen en dentaire » et « fort en optique », l'un ne dominant pas l'autre sur les deux dimensions.

Pour finir, on peut souligner que les contrats faibles se distinguent de tous les autres par le fait qu'ils couvrent relativement moins de personnes que leur représentation dans la population des contrats. Autrement dit, il semble que les contrats faibles s'étendent relativement moins souvent à des ayants droit que les autres.

Nous étudions successivement chaque catégorie.

2.3.2.1 Les contrats élevés en garantie dentaire

La catégorie « fort en dentaire » regroupant 9 % des contrats est délimitée par le fait que la couverture dépasse trois fois le tarif de convention en prothèses dentaires soit un remboursement Sécurité sociale et complémentaire supérieur à 2 600 francs.

La garantie élevée en dentaire est le fait de contrats globalement plus généreux. On observe une proportion nettement plus forte de contrats prenant en charge les dépassements de spécialiste. Près de 2/3 des ces contrats prennent en charge les dépassements de spécialiste contre 43 % pour l'ensemble des contrats.

Ils sont souscrits par des ménages plus riches, souvent des cadres, habitant en région parisienne, via une compagnie d'assurance ou une institution de prévoyance. Les mutuelles et les assurés fonctionnaires y sont nettement sous représentés. La moitié des contrats sont collectifs et perçus comme obligatoires (donc typiques de la couverture proposée par les IP). Ce sont plus fréquemment des contrats familiaux : 62 % des contrats élevés couvrent plusieurs personnes dans le ménage, contre 56 % pour l'ensemble.

Les assurés bénéficiant d'une couverture complémentaire à garantie élevée semblent légèrement en meilleure santé : 81 % ont peu ou pas de risque vital contre 74 % pour l'ensemble de la population. Cependant, ils sont plus nombreux à porter une prothèse dentaire

fixe du type couronne, 53 % contre 44 %, mais moins nombreux à porter des dentiers (16 % contre 20 %).

Les assurés bénéficiant de cette garantie élevée sont nettement moins nombreux à la juger « chère » ou « plutôt chère », ce qui tendrait à indiquer que les enquêtés comprennent cette question sur le prix comme un rapport qualité/prix (« c'est cher pour ce que c'est »). Une explication alternative serait que, ces bénéficiaires de contrats élevés étant plus riches, seraient aussi moins sensibles à la dépense représentée par la prime. Enfin, une majorité des assurés qui ont une garantie élevée estiment être bien remboursés.

2.3.2.2 Les contrats à garantie élevée en optique

La catégorie « fort en optique » regroupe 26 % des contrats. La garantie verre seul est supérieure à 900 francs et la garantie verre et monture supérieure à 1 500 francs. Le remboursement des prothèses dentaires est inférieur à 300 % du tarif de convention ; pour une couronne cela représente un remboursement de moins de 2 115 francs en plus du remboursement de la Sécurité sociale.

Une garantie élevée en optique semble tout de même caractériser des contrats assez généreux. On observe en effet dans ce groupe une proportion plus forte de contrats prenant en charge les dépassements de spécialistes (environ la moitié) que dans l'ensemble de l'échantillon des contrats (43 %).

Ces contrats sont souscrits plus souvent par des employés ou des fonctionnaires. 68 % sont souscrit auprès d'une mutuelle contre 60 % pour l'ensemble des contrats. 38 % sont des contrats collectifs facultatifs (contre 31 %). Près de la moitié des assurés (47 %) pensent être bien remboursés pour leurs lunettes.

On peut également noter que parmi ces assurés bénéficiant d'une bonne couverture en optique, 67 % portent des lunettes contre 62 % pour l'ensemble des assurés.

Encadré n° 4 **Tentative de comparaison avec les garanties CMU**

Compte tenu de l'actualité, il semble indispensable de comparer les garanties de la complémentaire CMU (CCMU) et les informations disponibles dans l'enquête sur les contrats.

Rappelons tout d'abord que les garanties applicables au 1er janvier 2000 pour les bénéficiaires de la CMU sont les suivantes :

- **Optique.** Une paire de lunettes par an est prise en charge par la CCMU pour un tarif allant de 358 francs pour les verres simples à 900 francs pour les verres plus complexes. Ce dernier prix correspond à un verre dont le TC est de 161 francs, auquel s'ajoute le tarif monture de 18,65 francs. La prise en charge nette par le régime de base est donc de $(161 \times 2 + 18,65) \times 65 \% \approx 221$ francs. Le complément à 900 francs est remboursé par la complémentaire, soit environ 679 francs. Ce montant est à peu près comparable aux montants de garantie proposés dans nos contrats verres et montures à cela près que les verres complexes sur lesquels nous fondions nos calculs avaient un TC de 246,9 francs. Si on garde comme hypothèse que 900 francs est le montant maximal remboursé dans le cadre de la CMU, on peut calculer un remboursement net par la complémentaire sur la base d'un verre tarifé à 246,9 francs. Il est égal à $900 - (2 \times 246,9 + 18,65) \times 65 \% \approx 567$ francs. En comparant avec le Tableau n° 8 (page 61) on voit que la CMU, pour un produit comparable, offre une garantie meilleure qu'au moins 30 % des contrats de l'échantillon. Dernière remarque : si on fonde le calcul du montant de remboursement en optique pour les contrats de complémentaire issus de l'enquête sur un TC de 48 francs, on peut dire que la CMU offre une garantie meilleure qu'au moins 50 % des contrats de l'échantillon.
- **Prothèses dentaires.** Prenons l'exemple d'une couronne céramo-métallique, dont le prix maximal pour un bénéficiaire CMU est fixé à 2000 francs par décret. Le tarif conventionnel par couronne est de 705 francs et le TM vaut 211,5 francs. La complémentaire rembourse le complément à 2000 francs soit $1295 + 211,5 = 1506,5$ francs, ce qui correspond à environ 210 % du TC. Pour la Couronne métallique le remboursement par la CCMU est de $595 + 211,5$ soit plus de 110 % du TC. Ce second scénario, donne un taux de couverture (Tableau n° 7, p. 60) meilleur que celui proposé par 40 % des contrats de notre échantillon. Le décret indique en outre que les dépassements par rapport au tarif de la sécurité sociale sont pris en charge dans une limite de 2600 francs tous les deux ans, ce qui correspond environ à deux couronnes céramiques sur la période ou encore 5 couronnes métalliques. Enfin, en cas de problème médical avéré (ex : prothèses amovibles de plus de 10 dents), ou d'impérieuse nécessité la prise en charge est totale (sans limite).

Si l'on compare simplement les éléments disponibles sur l'optique et les prothèses, la garantie CCMU doit, au pire, figurer dans la catégorie que nous avons appelée « moyen dentaire », ce qui relativise les critiques qui lui ont été adressées d'être une couverture au rabais. Ceci est d'autant plus vrai que les calculs que nous venons de proposer ne tiennent pas compte du fait que les prix annoncés - pour les couronnes ou les lunettes en CCMU - sont des tarifs opposables. En réalité, la prise en charge de la dépense est intégrale. La véritable question est donc de savoir si les bénéficiaires de la CCMU pourront réellement avoir accès à des services de qualité « normale » à ces tarifs.

2.3.2.3 Les contrats à garantie faible en optique et moyenne en dentaire

La catégorie « moyen en dentaire » regroupe 30 % des contrats. Le remboursement des prothèses dentaires est situé entre 100 % et 300 % du tarif de convention, soit un remboursement pour une couronne situé entre 705 francs et 2 115 francs en plus du remboursement de la Sécurité sociale. La garantie verre seul est inférieure à 900 francs et la garantie verre et monture inférieure à 1 500 francs.

Selon l'opinion des assurés, ces contrats semblent être assez généreux. En effet, les assurés à ces couvertures complémentaires jugent être bien remboursés de leurs prothèses dentaires (46 % contre 40 % pour l'ensemble de la population) ainsi que des soins de spécialistes (73 % contre 68 %). Leur position est plus mitigée pour l'optique (41 % contre 38 %). Aucun profil socio-démographique ne ressort particulièrement.

2.3.2.4 Les contrats à garantie faible

La catégorie faible regroupant 35 % des contrats est délimitée par le fait que la couverture en dentaire ne dépasse pas 100 % du tarif de convention, soit un remboursement de 705 francs pour une couronne en plus du remboursement de la Sécurité sociale. La garantie verre seul est inférieure à 900 francs et la garantie verre et monture inférieure à 1500 francs.

La notion de garantie faible se reflète dans d'autres dimensions que celles prises en compte pour la construire. On observe en effet dans cette catégorie une proportion plus faible de contrats prenant en charge les dépassements de spécialistes (31 % contre 43 % pour l'ensemble des contrats). D'ailleurs, 37 % des assurés à ces contrats à garantie faible pensent être mal remboursés pour les lunettes et 30 % pour les prothèses dentaires (contre respectivement 23 % et 19 % pour l'ensemble).

Ces contrats sont souscrits par des assurés plus souvent ouvriers non qualifiés et moins souvent cadres, via une mutuelle, nettement moins souvent par une institution de prévoyance. Il s'agit essentiellement de contrats souscrits de la propre initiative des personnes (61 % contre 42 % pour l'ensemble des contrats) et les contrats via l'entreprise y sont sous-représentés (37 % contre 56 %). Il s'agit moins souvent de contrats familiaux (47 %) que de contrats individuels (53 %).

Les assurés bénéficiant de cette garantie faible sont plus nombreux à la juger « chère » ou « plutôt chère », ce qui pourrait confirmer l'interprétation que nous avons faite de la question sur le prix de la cotisation (rapport qualité/prix). Cette impression que les contrats sont chers pourrait aussi traduire le fait que les personnes qui les souscrivent viennent de milieux plus modestes et que la ponction que représente la complémentaire est relativement plus élevée pour eux. Toutefois, environ un quart des assurés considèrent que les lunettes et prothèses sont bien remboursées.

Encadré n° 5 Les contrats "ticket modérateur"

Les contrats « ticket modérateur » sont déterminés par un remboursement en prothèse dentaire inférieur ou égal à 30 % du tarif de convention en plus de la Sécurité sociale (compte tenu de la complexité des garanties lunettes, il était trop difficile de déterminer les contrats « ticket modérateur » en lunettes). Ils représentent environ 20 % des contrats exploitables de l'enquête.

Ce sont plus fréquemment des contrats mutualistes et plus rarement des contrats d'institution de prévoyance. Environ deux tiers des contrats « ticket modérateur » sont pris de la propre initiative des personnes, sans intervention de l'entreprise, contre la moitié pour l'ensemble des contrats.

Ces contrats sont peu généreux sur les autres dimensions aussi. On observe une proportion nettement moins forte de contrats prenant en charge les dépassements de spécialiste. Seulement 28 % le font contre 47 % pour les autres contrats et les assurés pensent être mal remboursés pour les lunettes (40 % contre 20 % pour les autres contrats), les prothèses dentaires (30 % contre 16 %) et les soins de spécialistes (10 % contre 5 %).

Ces contrats concernent plus souvent les assurés les plus jeunes et les plus âgés, les chômeurs et les retraités et rarement les cadres : 8 % des assurés à un contrat « ticket modérateur » sont des cadres contre 19 % pour les autres contrats.

Il existe peu de différences sur les variables d'état de santé entre les contrats tickets modérateurs et l'ensemble des autres contrats. La seule différence significative concerne le port de lunettes : 57 % des assurés avec un contrat « ticket modérateur » portent des lunettes contre 63 % des autres assurés. (Cf. Tableau annexe n° 11 bis et Tableau annexe n° 12 bis).

Ceci dit, les contrats « ticket modérateur » remboursent, comme l'écrasante majorité des contrats, le forfait hospitalier. Cette sécurité est loin d'être négligeable, notamment pour les personnes âgées et / ou de revenu modeste.

2.3.2.5 Complément d'analyse sur les profils des catégories de contrats

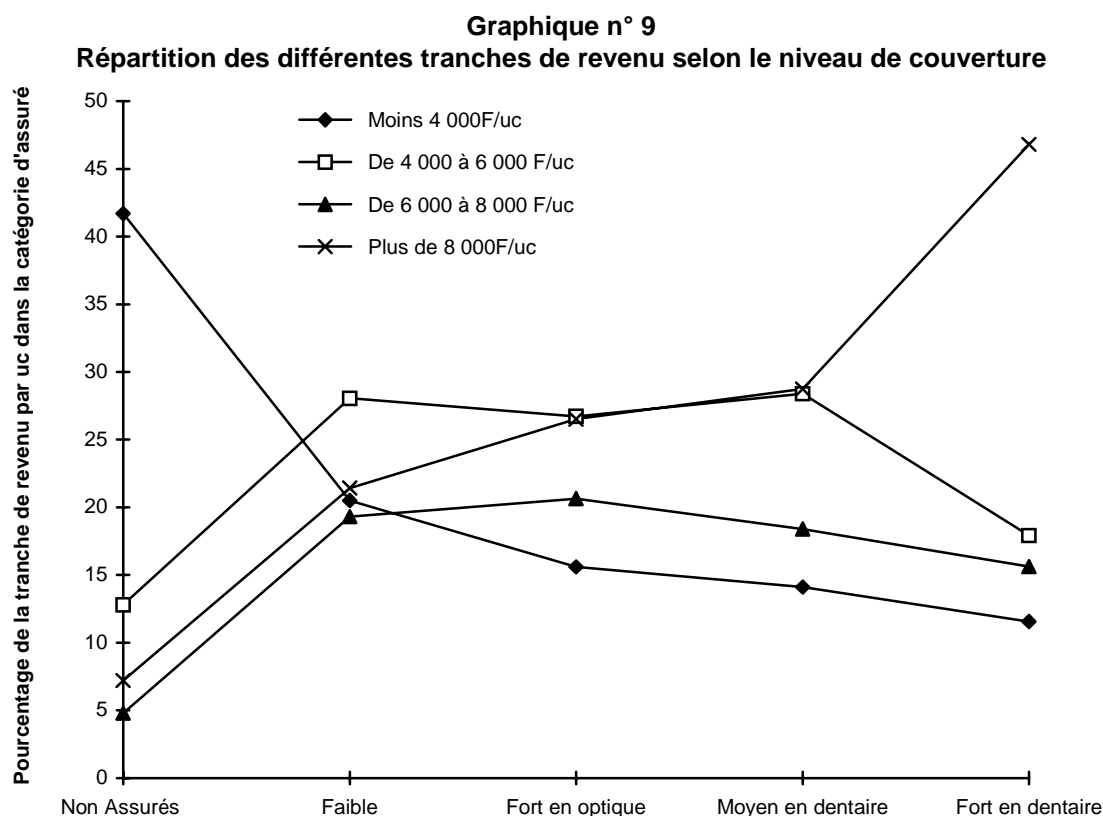
[Cf. Tableau annexe n° 11, Tableau annexe n° 12]

Un des objectifs de notre travail est d'affiner la comparaison des populations en fonction de leur degré de couverture. Nous avons jusqu'ici présenté le profil de la population souscrivant chaque type de contrats ; nous nous attachons maintenant à présenter de manière synthétique les principales caractéristiques de cinq populations : la population non assurée en complémentaire, et celles relevant de chacune des quatre catégories de contrat.

Nous avons jusqu'à présent choisi le type de contrat comme « clé d'entrée » pour l'analyse. Nous nous intéressons maintenant à la distribution des différents types de contrat au sein de catégories socio-démographiques.

Du côté des personnes couvertes nous étudions celles qui souscrivent les contrats et en sont les bénéficiaires principaux.

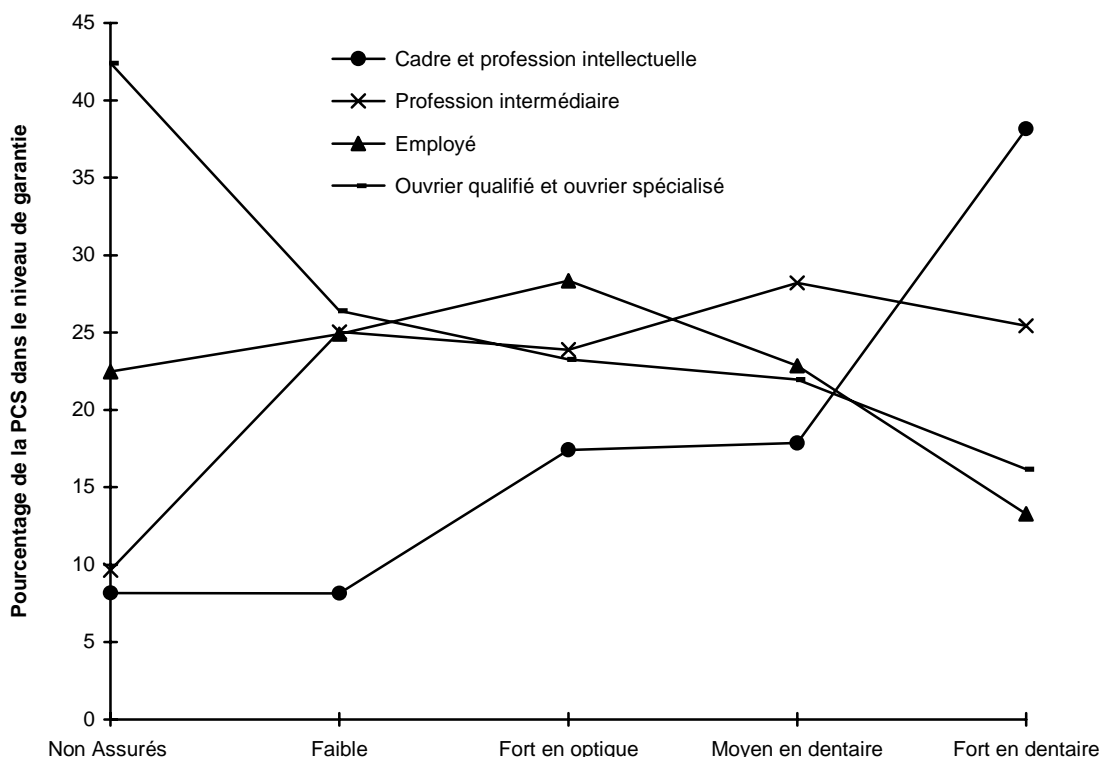
En ce qui concerne les personnes non couvertes et afin de travailler sur des structures de populations comparables⁴⁰, on fait les choix suivants. En premier lieu, on choisit d'observer des ménages non couverts au sens où aucune personne du ménage n'a de couverture complémentaire. Puis, nous devons observer dans ces ménages une personne qui est une unité décisionnelle de même type que le souscripteur du contrat au sein du ménage assuré. Nous choisissons donc ici la personne de référence au sens de l'INSEE. Dans le Tableau annexe n° 9 et le Tableau annexe n° 10, une colonne « non couvert » présente le profil de ces personnes de référence.



Source : CREDES-ESPS 1998

⁴⁰ Un choix alternatif consisterait à comparer les populations de bénéficiaires et celles de non couverts, ce que nous ferons plus tard.

Graphique n° 10
Répartition de quelques PCS selon le niveau de couverture



Source : CREDES-ESPS 1998

Le Graphique n° 9 et le Graphique n° 10 confirment l'existence d'un gradient entre catégories socio-démographiques en ce qui concerne l'accès à un niveau d'assurance donné. Le premier graphique montre que, parmi les personnes de référence non assurées, plus de 40 % vivent dans un ménage disposant de moins de 4 000 francs par unité de consommation, ce qui n'est le cas que de 13 % des souscripteurs de contrats « Forts en dentaire ». Le sens des courbes qui relient les différents points pour chaque tranche de revenu est assez nettement décroissant pour les plus bas revenus (qui sont de moins en moins bien représentés dans les catégories généreuses de contrats) et croissant pour les plus hauts revenus. Pour les positions intermédiaires en terme de revenu, la répartition est plus uniforme.

Par souci de clarté, le Graphique n° 10, ne représente que 4 catégories regroupées de PCS dont la représentation dans l'échantillon est assez importante, qui sont assez homogènes en termes de niveau socio-économique et enfin, entre lesquelles il est assez facile d'établir un gradient⁴¹. De façon similaire, on voit que plus les niveaux de couverture sont élevés, plus les catégories favorisées sont représentées et moins les catégories modestes le sont.

Ces deux graphiques montrent qu'il existe un gradient socio-économique entre les différentes catégories de couverture (du non couvert au très bien couvert). Indirectement, ceci confirme le primat de la variable revenu (ou de variables qui y sont associées) dans le choix de la couverture et il semble assez clair que l'accès à l'assurance et a fortiori à une assurance généreuse dépend surtout du revenu.

Cette hypothèse est renforcée par des tests de *chi-deux* menés sur les distributions des variables de morbidité. Ils montrent en effet que les profils d'état de santé des assurés sont similaires quelque soit le niveau de garantie de la couverture complémentaire. Les personnes

⁴¹ Pour ces différentes raisons, agriculteurs et travailleurs indépendants sont exclus (les chiffres sont représentés dans le Tableau annexe n° 11, et le Tableau annexe n° 12).

les plus malades ne sont pas les mieux couvertes. En effet, il n'existe pas de différence significative selon le risque vital, l'invalidité ou l'état de santé ressenti entre les 4 niveaux de garantie des contrats de couverture complémentaire. Cependant une différence significative apparaît quand on introduit les ménages non couverts. Les ménages non couverts s'attribuent plus fréquemment une note d'état de santé ressenti inférieure ou égale à 5 (16 % contre 10 à 7 % pour les autres contrats) et ils ont plus souvent une activité restreinte (45 % contre 33 % à 23 % pour les autres contrats). Cette différence s'explique par une multitude de facteurs déjà décrits dans des travaux du CREDES (Dumesnil, Grandfils et al. 1997 par exemple) : les personnes non couvertes sont souvent plus âgées, mieux prises en charge par le régime de base (exonération du ticket modérateur), etc.

Au total, cette comparaison rapide des profils des niveaux de garantie tend à souligner que le choix d'un niveau de couverture est plus subi, pour des raisons économiques, ou qui y sont indirectement liées, que choisi. Si le fait de souscrire un contrat ou de choisir un niveau de remboursement n'était pas du tout lié au revenu, on pourrait penser que les choix d'assurance sont plus directement liés à d'autres paramètres comme l'attitude face au risque ou l'état de santé. L'intérêt expliqué dans la première partie de mener une analyse qui prenne en compte le niveau de garantie est donc justifié *a posteriori* par ces premiers résultats.

2.3.3 Un bilan socio-démographique sur les personnes en fonction de l'étendue de leur couverture

[Cf. Tableau annexe n° 11, Tableau annexe n° 12]

On cherche maintenant à aller au-delà du traditionnel constat de généralisation de la couverture complémentaire, car il ne suffit pas de disposer d'un contrat, l'accès aux soins est, on le sait, conditionné par l'étendue de la garantie. Le bilan présenté ci-dessous est moins complet que celui que nous envisagions en début d'étude, principalement parce que la logique à l'œuvre sur les contrats de couverture complémentaire est moins apparente que nous ne l'espérons.

Le bilan par catégorie socio-démographique que nous proposons repose sur deux types d'approche.

1. On réalise une partition de la population entre les personnes qui sont peu ou pas couvertes et les autres. On construit alors un nouvel indicateur de garantie complémentaire, qui se substitue à l'actuel indicateur « est couvert » contre « n'est pas couvert » : le nouvel indicateur oppose les individus qui n'ont pas de couverture, ou une couverture faible à tous les autres, c'est-à-dire à ceux qui ont une couverture de garantie supérieure à la catégorie « faible ». On passe de 85 % de couverts (contre 15 % de non couverts) à 58 % de « bien couverts » contre 42 % de « pas ou mal couverts ».

Pour arriver à ce résultat, il faut résoudre un problème technique lié aux non-réponse. On a vu, dans l'analyse précédente, qu'il n'était possible de déterminer le niveau de couverture que pour un tiers environ des contrats. Deux attitudes sont alors envisageables : ne compter que ces contrats exploitables dans la construction de l'indicateur, ou bien faire comme si les contrats non remplis se comportaient comme ceux que nous avons exploités.

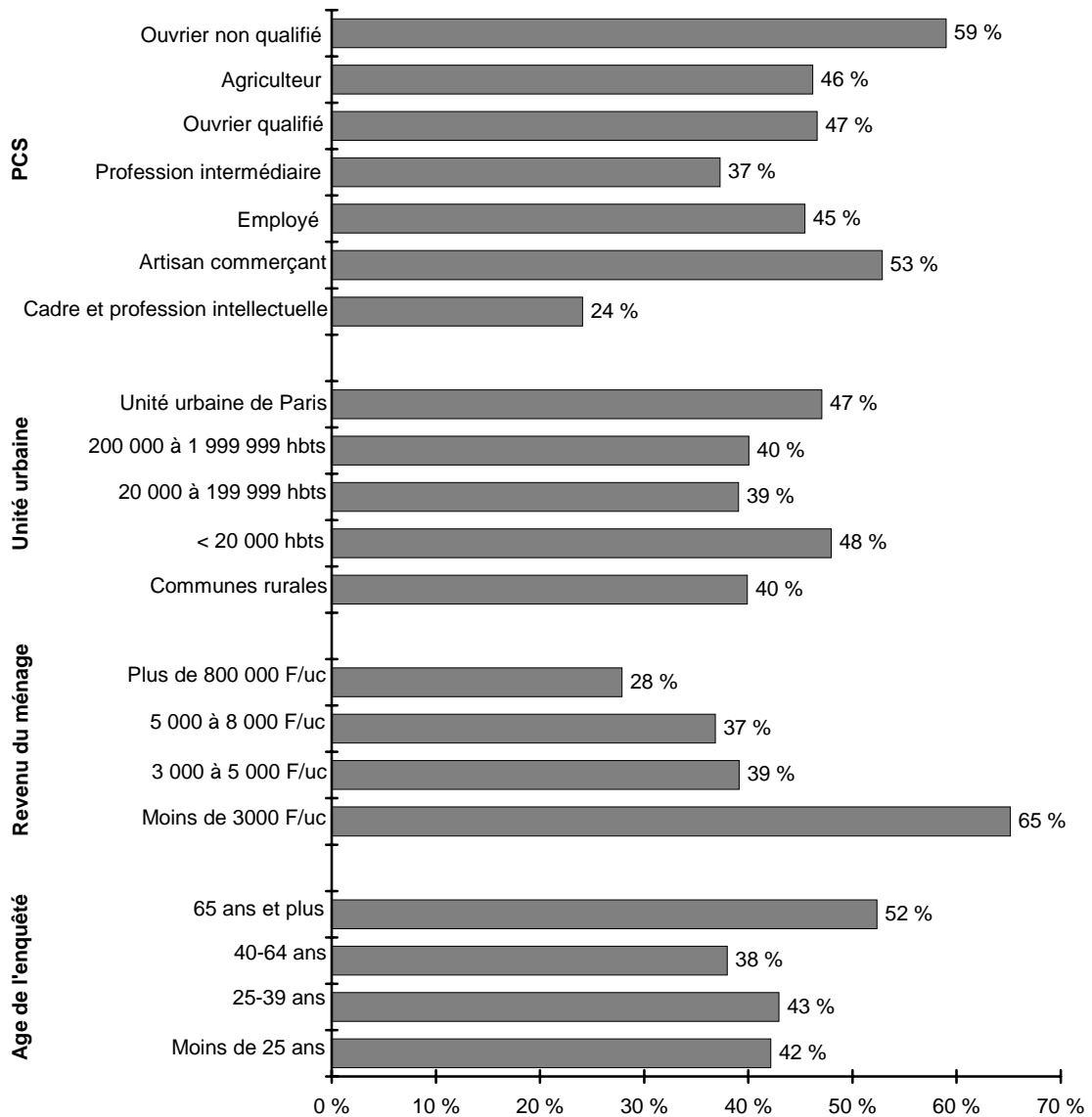
Nous adoptons cette seconde solution qui nous conduit à pondérer les personnes d'un coefficient d'environ 4,8 : une personne disposant d'un contrat exploitable représente 4,8 personnes⁴². C'est sur la base de ce nouvel indicateur, et de cette pondération que nous comparons le niveau de couverture complémentaire des différents milieux sociaux.

⁴² L'objectif de cette pondération est de conserver un effectif de population identique à celle d'origine (23 036 personnes).

2. On présente ensuite un taux moyen de couverture pour différentes catégories sociales ou d'âge. On tente, là aussi, d'agréger l'information disponible sur les non couverts et les couverts : on compte à 0 les taux de couverture des non couverts et on calcule la moyenne sur l'ensemble de la population enquêtée. Le même problème que précédemment se pose : si on ne calcule cette moyenne que sur les seuls contrats exploitables, on augmente artificiellement le poids des non couverts (seul un tiers des couverts ont un contrat exploitable). On choisit donc de faire comme si la moyenne calculée pour les seuls contrats exploitables s'appliquait en fait à l'ensemble des couverts.

L'effet revenu apparaît nettement dans le bilan. Les garanties faibles ou nulles concernent 28 % des plus riches et 65 % des plus pauvres (Graphique n° 11, page suivante). Le taux moyen de prise en charge en dentaire calculé sur l'ensemble de la population est de 188 % du TC pour les plus riches, de 131 % seulement pour les plus pauvres. Le forfait optique passe de 1 299 francs à 850 francs (l'ensemble des données sont présentées dans le Tableau 21).

Graphique n° 11
Pourcentage de personnes bénéficiant d'une complémentaire faible ou nulle
selon l'âge, le revenu par unité de consommation et la localisation



Source : CREDES-ESPS 1998

Le niveau de couverture est aussi une affaire d'âge, mais le lien est plus chaotique : la classe d'âge qui bénéficie plus souvent de bonnes garanties est la classe 40-60 ans avec 38 % de garanties faibles ou nulles, 162 % de prise en charge en dentaire et un forfait optique de 1 128 francs. Les personnes de plus de 65 ans sont les moins bien couvertes avec 52 % de garanties faibles ou nulles, 127 % de prise en charge en dentaire et un forfait optique de 921 francs.

Les Parisiens sont moins souvent assurés que les autres, mais ceux qui le sont s'assurent à des garanties plus fortes en moyenne. D'autre part, dans les petites unités urbaines (moins de 20 000 habitants), 48 % ont des garanties faibles ou nulles et leur niveau de protection moyen n'est pas élevé.

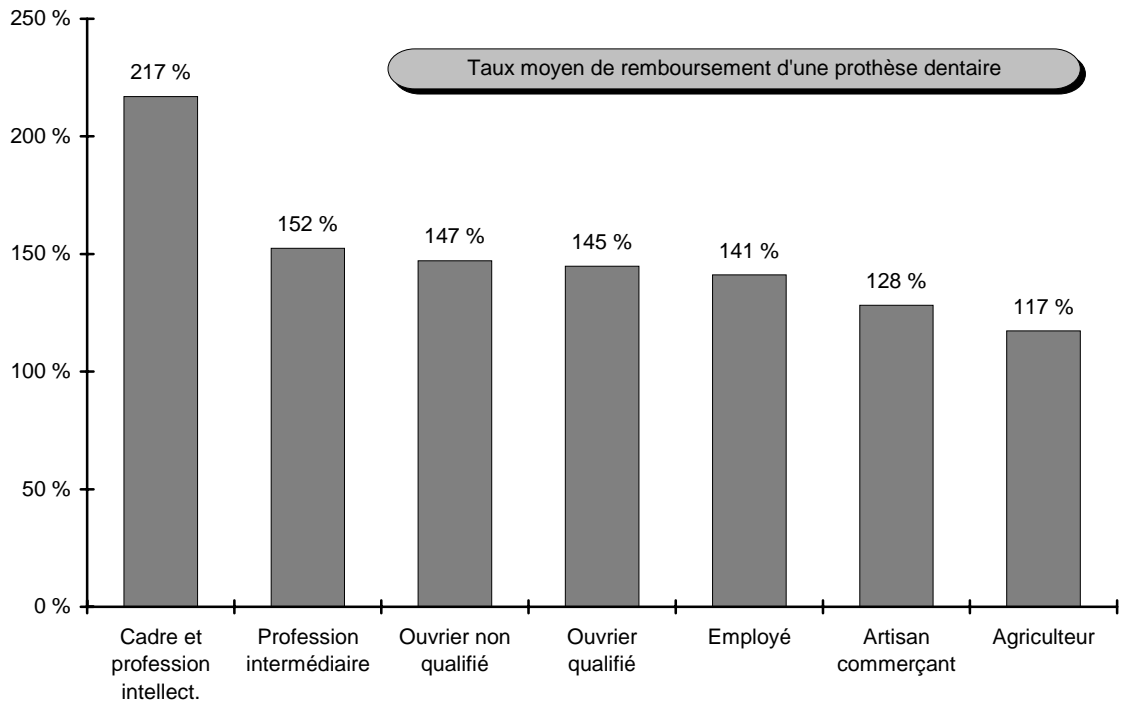
Certaines personnes sont exonérées du ticket modérateur par le régime obligatoire, c'est notamment le cas des personnes en ALD. Mais pour ces personnes, les dépassements restent en totalité à leur charge et on s'aperçoit que beaucoup d'entre elles disposent d'une couverture complémentaire faible ou nulle (51 % des personnes en ALD ont des garanties faibles ou nulles, 57 % des personnes invalides ou handicapées). Les personnes prises en charge à 100 % par le département au titre de l'Aide Médicale bénéficient rarement de couverture complémentaire. Parmi les personnes non exonérées, 39 % bénéficient de garanties faibles ou nulles.

En terme de milieu social⁴³, les personnes appartenant à des ménages de cadres sont les mieux couvertes avec seulement 24 % de couverture faible ou nulle et 217 % du TC en moyenne en dentaire, 1409 francs de forfait en optique. Les professions intermédiaires méritent bien leur nom (37 % de couverture faible, 152 % du TC en dentaire et 991 francs en optique). Les agriculteurs sont 46 % à avoir peu ou pas de couverture complémentaire et celle-ci semble assez faible avec seulement un remboursement moyen en prothèse dentaire de 117 % et un forfait optique moyen de 952 francs. Les ouvriers qualifiés et les employés ont des niveaux de garanties similaires et intermédiaires. Les ouvriers non qualifiés sont souvent mal protégés, 59 % ont des garanties faibles ou nulles, le forfait optique n'est que de 850 francs. Cependant leur niveau de remboursement en dentaire est moyen avec 147 %.

Les conclusions de cette première analyse statistique des contrats seront synthétisées en fin de partie 2. Auparavant, nous nous penchons sur le rôle spécifique du type d'OCAM et du mode de souscription du contrat dans l'organisation du marché.

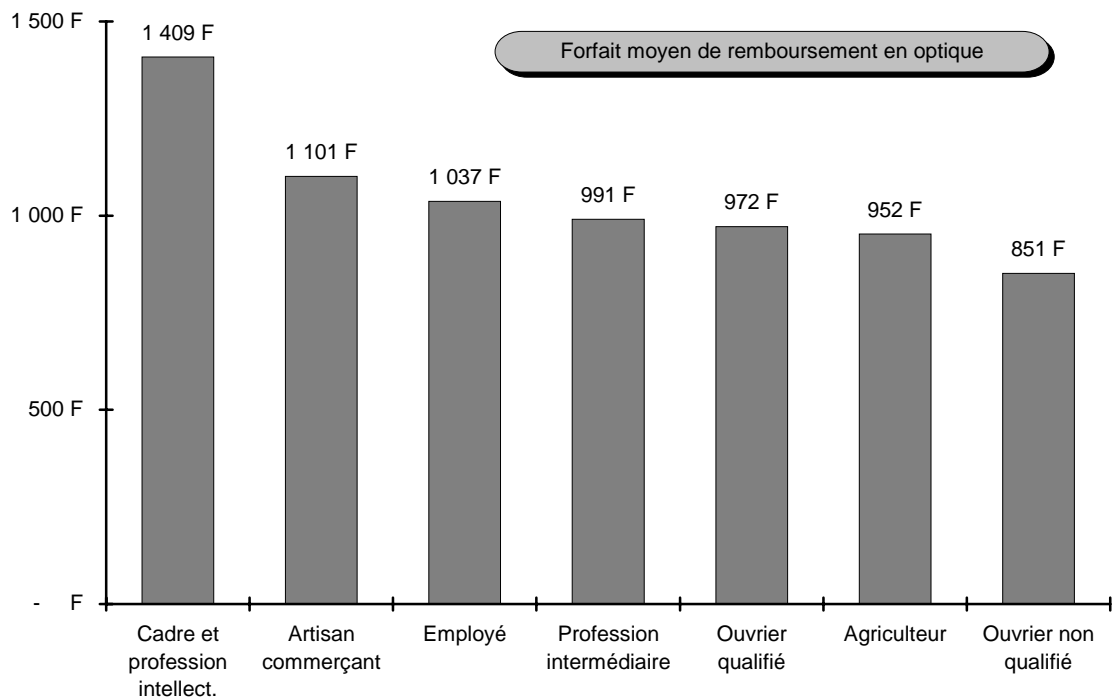
⁴³ *Le milieu social correspond à la profession de la personne de référence du ménage.*

Graphique n° 12
Niveau de garantie des couvertures complémentaires
selon le milieu social



Source : CREDES-ESPS 1998

Graphique n° 13
Niveau de garantie des couvertures complémentaires
selon le milieu social



Source : CREDES-ESPS 1998

Encadré n°6

Détails de la méthode employée pour définir les logiques d'agencement des contrats au sein de chaque combinaison mode d'obtention - type d'OCAM

Premier test : pour chacun des 9 couples (mode d'obtention, type d'OCAM), y a-t-il une logique proportionnelle ? Pour répondre à cette question, on teste la relation linéaire entre les garanties de prise en charge en dentaire et en optique.

La méthode générale de notre test consiste à régresser par des méthodes robustes le taux de garantie en dentaire sur le montant de garantie en optique. Le R^2 ajusté (corrélacion linéaire entre le taux de garantie dentaire prévu par le modèle et le taux de garantie observé) fournit une indication du lien entre les deux variables, c'est-à-dire de la capacité qu'a le montant de garantie en optique à prédire le taux de garantie en dentaire (voir encadré 2 ci-dessus).

Lorsque le test rejette l'hypothèse d'existence d'un lien linéaire, on cherche d'autres formes fonctionnelles simples qui pourraient expliquer le lien entre le niveau de garantie optique et dentaire. On pourrait ainsi imaginer que non pas une mais deux droites, de pentes différentes permettent de décrire la relation entre niveau de garantie optique et dentaire. Ceci correspondrait (par exemple) à une situation dans laquelle l'optique augmente plus vite que le dentaire pour des contrats peu généreux, alors que l'inverse se produit pour des contrats plus généreux. On teste de façon un peu rudimentaire ce type d'hypothèse en menant une régression du montant de la garantie optique sur le logarithme du montant de la garantie en dentaire, puis en réalisant l'opération l'inverse (dentaire en fonction du log de la garantie optique). Nous verrons que dans certains cas, ce type de lien semble plausible.

On a renoncé à tester des formes plus complexes ($X + X^2$ par exemple), en partant du postulat que la forme fonctionnelle doit refléter une logique d'offre, plus ou moins formulable en termes simples par les offreurs.

Deuxième test : si la logique proportionnelle semble respectée, s'étend-elle à la prise en charge des dépassements d'honoraires de spécialistes ?

Une capacité forte de prédiction (R^2 élevé) dénote une logique proportionnelle, les deux garanties progressant simultanément. Si c'est le cas, on cherche un lien entre le niveau d'une des deux garanties (par exemple le taux de couverture en prothèse dentaire) et la probabilité que le contrat prenne en charge le dépassement des honoraires de médecin de ville (au moyen d'une régression logistique, avec le taux de garantie comme seule explicative)⁴⁴. Si le lien est là aussi avéré, on peut vraiment parler de logique proportionnelle : toutes les garanties progressent ensemble, dans le même sens. Dans ce cas, il suffit de connaître une dimension du produit (par exemple le taux de couverture en dentaire) pour déduire la générosité du contrat. On peut même parler d'une logique de standardisation du produit. En revanche, si le lien entre la garantie en dentaire et la probabilité de couvrir les dépassements n'est pas avéré, on parlera de logique partiellement proportionnelle.

Troisième test : quelle logique lie les garanties dentaires et optiques si le test de lien linéaire est rejeté ?

S'il n'y a pas de relation linéaire forte, on cherche un lien taxinomique. On commence par mener un test d'indépendance entre les garanties sur les deux dimensions (optique et dentaire) et on ne mène la CAH que si le test rejette l'hypothèse nulle d'indépendance. Pour mener ce test, on transforme les deux variables numériques de garantie en variables qualitatives. Pour conserver des effectifs suffisants, on découpe chaque variable numérique en quatre classes (les quartiles de la distribution) et on mène le test du Chi-deux sur ces deux variables.

Deux cas peuvent se présenter :

- le test ne rejette pas l'hypothèse nulle d'indépendance des deux garanties. Ceci valide plutôt l'hypothèse que les contrats sont élaborés au cas par cas en fonction des préférences des clients et qu'ils se répartissent de façon uniforme dans l'espace des possibles ;
- dans le cas contraire, il existe un lien - au sens du Chi-deux - entre les deux variables (les écarts aux valeurs attendues sont différents de 0), qu'il convient de caractériser. On cherche alors à détecter une logique taxinomique par des méthodes de type CAH.

⁴⁴ On a testé aussi la probabilité que le contrat prenne en charge le forfait hospitalier, mais les résultats ne sont pas très intéressants, ce qui s'explique par le fait que cette prise en charge est quasi automatique (90 % des cas).

2.4 L'agencement des garanties selon le mode d'obtention du contrat et le type d'organisme offreur

On va maintenant tenter de caractériser les contrats relevant du même OCAM et du même mode d'obtention (collectif ou individuel).

2.4.1 Les logiques de produit par mode d'obtention et type d'offreur

2.4.1.1 La méthode

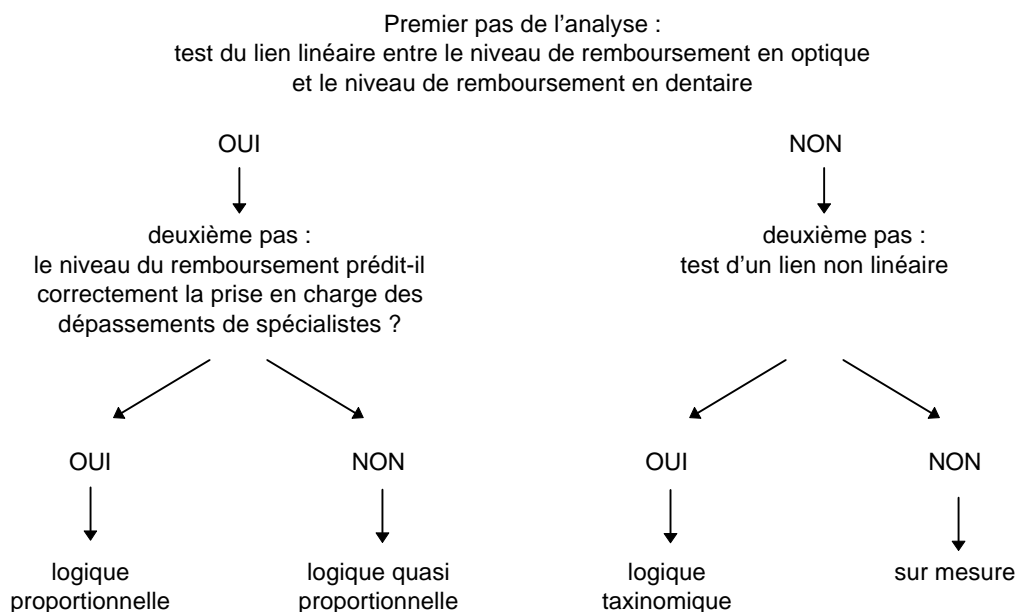
Jusqu'ici, nous avons cherché à caractériser les contrats sur la base des taux de couverture qu'ils proposent pour le dentaire et l'optique. Ceci nous a permis de définir une typologie et de dresser un bilan de la détention de types de garantie selon le milieu social (catégorie socio-professionnelle, revenu par unité de consommation, taille d'unité urbaine, niveau d'étude). Cette typologie est cependant peu stable, comme on l'a montré ci-dessus. Les résultats que nous avons obtenus sont donc contingents aux choix effectués pour définir les catégories à partir des classes de la CAH.

En outre, cette première approche reposait implicitement sur l'hypothèse que la logique du produit devait se lire à travers l'examen de tous les contrats décrits, ce qui revient à considérer d'une part que le niveau de couverture suffit à décrire le produit échangé et, d'autre part, que ce produit n'est échangé que sur un seul marché, ouvert à tous. Or, nous avons souligné dans la première partie de ce rapport que les employeurs et les OCAM influent sur la construction de l'objet « couverture complémentaire ».

On teste donc ici l'idée selon laquelle une logique plus stable et plus facilement interprétable apparaîtrait en analysant les contrats triés au préalable selon :

- le mode d'obtention : on distingue donc les contrats obtenus en collectif, selon qu'ils sont tenus par les enquêtés pour « obligatoires » ou « facultatifs » et les contrats « individuels » (trois catégories) ;
- le type d'OCAM auprès duquel ils sont souscrits (une mutuelle, une institution de prévoyance ou une assurance).

L'introduction des variables « type d'OCAM » et « mode d'obtention » dans l'analyse permet effectivement de mettre en lumière des logiques stables d'agencement des niveaux de remboursement « optique » et « dentaire ». L'encadré ci-contre détaille la méthode, résumée par le schéma suivant :



2.4.1.2 Résultats sur la répartition des logiques

Première étape : liens linéaires entre remboursements au sein d'un même contrat

Tableau n° 11
Relation linéaire entre la garantie dentaire et la garantie optique

Sous population des contrats	Tous points	MCR*
Tous modes, tous types, verres seuls	12 (1074)	15 (1043)
Tous modes, tous types, verre et monture	3 (763)	20 (738)
Mutuelles, tous modes	8 (1126)	16 (1092)
Prévoyance, tous modes	41 (271)	62 (253)
Assurances, tous modes	2 (357)	30 (346)
Collectif, tous types	8 (1039)	12 (1004)
Collectif obligatoire, tous types	9 (441)	13 (426)
Collectif facultatif, tous types	7 (566)	11 (549)
Individuel, tous types	4 (798)	28 (762)
Collectif Mutuelle	7 (615)	12 (603)
Collectif obligatoire, Mutuelle	9 (194)	14 (192)
Collectif facultatif, Mutuelle	5 (399)	11 (389)
Individuel, Mutuelle	9 (509)	19 (492)
Collectif, prévoyance	38 (204)	61 (190)
Collectif obligatoire, prévoyance	41 (128)	67 (120)
Collectif facultatif, prévoyance	32 (70)	40 (67)
Individuel, prévoyance	52 (65)	68 (62)
Collectif, assurance	1 (166)	4 (159)
Collectif obligatoire, assurance	0 (100)	1 (95)
Collectif facultatif, assurance	5 (66)	15 (65)
Individuel, assurance	5 (189)	82 (178)
Collectif obligatoire, mutuelle, Ln(optique)	21 (194)	36 (188)
Collectif facultatif, mutuelle, Ln(optique)	7 (399)	13 (389)
Individuel, mutuelle, Ln(optique)	13 (509)	32 (483)
Collectif obligatoire, assurance, Ln(optique)	3 (100)	10 (90)
Collectif facultatif, assurance, Ln(optique)	12 (66)	21 (63)

Guide de lecture : En gras, les cas dans lesquels on accepte l'hypothèse de lien linéaire.

Mode = mode de souscription ; Type = type d'OCAM

La répartition facultatif / obligatoire est celle perçue par les enquêtés.

Nota bene : on a calculé ces corrélations sur les contrats exprimés indifféremment en verres seuls ou verre et monture. On a testé que la population des points « aberrants » (sous pondérés dans l'analyse des MCR) ne différerait pas trop du reste des observations, en comparant des moyennes par un test de Student à 5 %. Il apparaît que ces points diffèrent systématiquement des autres par des niveaux de garantie plus élevés, sur les deux domaines, mais pas en âge, évaluation subjective de l'état de santé, ni en proportion de femmes, de fonctionnaires, de bas revenus, d'indépendants, d'individus estimant que leur couverture est chère.

L'introduction de la variable « type d'OCAM » permet de détecter des relations linéaires entre garanties dentaire et optique, dans le cas des contrats proposés par les IP et les compagnies d'assurance (tableau 11, lignes 4 et 5).

L'introduction du mode d'obtention seul n'a pas d'effet aussi net (lignes 6 à 8).

L'introduction simultanée des deux critères (type d'OCAM et mode d'obtention du contrat) permet d'accepter l'existence d'un lien linéaire entre niveaux de remboursement optique et dentaire pour les contrats suivants :

- les contrats proposés par les IP de manière générale (lignes 14 à 17) ; la valeur du R^2 est faible dans le cas des IP proposées en individuel, mais, comme les contrats individuels forment une part restreinte des contrats proposés par les IP, on peut maintenir l'affirmation selon laquelle, de manière générale, les contrats de ces institutions obéissent à une logique proportionnelle entre les niveaux de remboursement optique et dentaire ;
- les contrats « individuels » proposés par les compagnies d'assurance (ligne 21) ;
- les contrats « individuels » proposés par les mutuelles, le lien portant sur le niveau de remboursement en optique et le logarithme du niveau de remboursement en dentaire (ligne 24).

Deuxième étape : du lien linéaire à la logique proportionnelle

On teste maintenant, pour les catégories de contrats pour lesquelles le lien linéaire entre niveaux de remboursement optique et dentaire n'est pas rejeté, s'il y a aussi un lien avec la prise en charge des dépassements d'honoraires de médecins de ville. On teste, par une régression logistique, que le niveau de garantie en dentaire explique significativement la probabilité que le contrat prenne en charge les dépassements d'honoraires.

Parmi les contrats exploitables en dentaire et optique et en éliminant les non réponses à la question sur la prise en charge des dépassements d'honoraires, environ 63 % des contrats d'IP prennent en charge les dépassements d'honoraires, 55 % des contrats d'assurances en individuel, et 43 % en mutuelle en individuel.

En IP, le taux de prise en charge en prothèse dentaire a un impact significatif au seuil de 1 % sur la probabilité que le contrat prenne en charge les dépassements, et la régression classe correctement 69 % des paires. On peut donc confirmer l'existence d'un lien fort entre le montant de garantie en dentaire et la probabilité de prise en charge des dépassements.

En mutuelle, mode individuel, le taux est significatif au seuil de 5 % et 56 % des paires sont bien classées. Le lien existe donc statistiquement entre la garantie dentaire et la probabilité de prise en charge des dépassements, mais il est moins fort en mode individuel qu'en mode collectif.

En revanche, l'impact du taux de prise en charge en dentaire sur la probabilité de prise en charge des dépassements d'honoraires de ville n'est pas significatif pour les contrats d'assurance individuelle. La proportionnalité apparente ne s'étend donc pas aux dépassements d'honoraires de spécialistes.

Troisième étape : la logique taxinomique

Pour les cas de figure dans lesquels le test rejette le lien linéaire entre niveaux de remboursement optique et dentaire, (mutuelles et assurances en collectif), on mène le test du Chi-deux sur les variables numériques découpées en quatre modalités d'effectifs égaux (quartiles).

On ne peut rejeter l'hypothèse d'indépendance, au seuil de 10 % (statistique de 15, pour 9 degrés de liberté) dans le cas de l'assurance en contrat collectif⁴⁵. En revanche, dans le cas de la mutuelle, on peut la rejeter au seuil de 0,1 % (statistique de 73 pour les contrats collectifs dits obligatoires et de 33 pour les contrats collectifs dits facultatifs).

On peut donc dire que les contrats d'assurance en collectif (obligatoire et facultatif) sont du « sur-mesure », chacun choisissant comme il l'entend son portefeuille de garanties, sans que la valeur d'une garantie n'influence l'autre.

En revanche, la logique de la mutuelle en collectif facultatif d'après les employés est « intermédiaire », sans lien linéaire immédiatement apparent, mais présentant une logique d'articulation entre les garanties dentaire et optique. On peut la qualifier de logique taxinomique. Le nuage oppose bien deux classes extrêmes, une faible sur les deux dimensions, une forte sur les deux dimensions (Quartile 4), mais la répartition est plus complexe au milieu.

Tableau n° 12
Tableau récapitulatif : logique à l'œuvre selon le type et le mode du contrat

Type et mode	Logique à l'œuvre
Mutuelle, collectif obligatoire	Taxinomique
Mutuelle, collectif facultatif	Taxinomique
Mutuelle, individuelle	Proportionnelle
Prévoyance, collectif obligatoire	Proportionnelle
Prévoyance, collectif facultatif	Proportionnelle
Prévoyance, individuel	Proportionnelle
Assurance, collectif obligatoire	Sur mesure
Assurance, collectif facultatif	Sur mesure
Assurance, individuel	Proportionnelle partiellement (pas sur les dépassements)

La répartition facultatif / obligatoire est celle perçue par les enquêtés.

2.4.2 Un marché segmenté ?

Alors que, sur l'ensemble des contrats souscrits, les garanties ne semblent pas s'agencer selon une logique bien nette et stable, on voit apparaître des logiques plus claires au sein des groupes découpés selon le type d'OCAM et le mode d'obtention du contrat. On peut donc dire que le marché de la couverture complémentaire n'est pas simplement un marché sur lequel on acquiert un produit (ici, un ensemble de garanties), sans se soucier de l'identité du fournisseur et indépendamment de la position qu'on détient en tant qu'acheteur ; il s'agit plutôt d'un marché sur lequel on acquiert en même temps un triplet de caractéristiques portant sur les garanties, la nature de l'offreur et le mode d'obtention, acquisition simultanée qui reflète le caractère collectif des choix réalisés et des préférences exprimées.

⁴⁵ *Comme plus de 30% des cases ont des effectifs faibles, on a mené aussi le test exact bilatéral de Fisher, qui refuse lui aussi de rejeter l'hypothèse d'indépendance (on se tromperait 9% des fois si on a rejetait en collectif obligatoire, et 36% en collectif facultatif).*

On va maintenant tester l'hypothèse selon laquelle l'accès à tel type d'offreur et tel mode de souscription dépend des caractéristiques socio-économiques du souscripteur. En d'autres termes, on cherche à savoir dans quelle mesure la nature de l'offreur et le mode d'obtention du contrat segmentent le marché des garanties. On commence par passer en revue les facteurs de segmentation possibles : pour quels facteurs socio-économiques note-t-on des différences significatives de mode d'accès ou de type d'offreurs ? On synthétisera alors ces résultats au moyen d'une analyse de correspondances, comparant les profils de mode d'obtention / type d'offreurs des catégories socio-économiques retenues.

Analyse univariée : caractéristiques socio-démographiques des souscripteurs et accès aux différents modes d'obtention des contrats ainsi qu'aux différents types d'OCAM

On crée une variable croisant mode et type d'obtention du contrat, en neuf positions. On commence par croiser les variables susceptibles de se répartir autrement qu'au hasard avec cette combinaison : sexe, âge, occupation, PCS, statut de l'emploi (privé / public), revenu, CDI ou non, craint de perdre son emploi, niveau d'études, durée hebdomadaire de travail.

De manière générale, toutes ces variables sont liées significativement (seuil de 1 %) au sens du chi - deux à la combinaison mode-type.

Le contrat individuel est une affaire de pauvres (moins de 4 000 francs par unité de consommation et par mois), surtout en mutuelles et assurances, d'âges extrêmes, de niveaux d'études faibles, d'individus craignant de perdre leur emploi (en mutuelles seulement), d'hommes en assurance, de salariés du privé en IP, d'ouvriers en mutuelles, d'indépendants, de retraités et de chômeurs (surtout en mutuelles et assurances).

Le contrat collectif dit « obligatoire » (rappelons qu'il s'agit de l'idée que se font les enquêtés du caractère obligatoire du contrat, non de son réel statut juridique) se trouve chez les plus riches (plus de 8 000 francs par UC), les 40-64 ans en mutuelles et les 25-64 ans en IP et assurances, les CDI, les études supérieures, les actifs occupés, les cadres, les professions intermédiaires (sauf en IP), les fonctionnaires en mutuelles, les salariés du privé en IP et assurance, les hommes en IP.

Enfin, le contrat collectif « facultatif » se trouve chez les plus riches en mutuelles seulement, les 40-64 ans en mutuelles et IP, les 25-40 ans en assurance, les CDI, les études supérieures en mutuelles, les actifs occupés, les cadres en IP et assurances, les ouvriers et professions intermédiaires en mutuelles, les fonctionnaires en mutuelles, les salariés du privé en IP et assurance, les hommes en IP et assurance.

Analyse multivariée : profils socio-économique des souscripteurs selon l'accès aux différents modes d'obtention des contrats ainsi qu'aux différents types d'OCAM

On mène une analyse factorielle de correspondances (AFC), afin de préciser ces profils toutes choses égales par ailleurs. La table croise :

- en colonnes, les neuf combinaisons possibles de mode d'obtention (collectif obligatoire, collectif facultatif et individuel) et de type d'organisme offreur (mutuelle, institution de prévoyance, assurance privée) ;
- en lignes, les caractéristiques socio-économiques des assurés principaux des contrats : âge, revenu par unité de consommation du ménage, profession et catégorie socio-professionnelle, et une variable de « statut » professionnel, construite comme suit. En premier lieu, on distingue les fonctionnaires, les non salariés, les salariés à contrat à durée indéterminée (CDI) ne craignant pas de perdre leur emploi à court terme, tous les autres salariés (regroupés sous le terme générique de « précaires »), les chômeurs et en congés longue maladie ou maternité au moment de l'enquête, les retraités, enfin les autres inactifs.

Un premier axe, regroupant 34 % de l'inertie du nuage, oppose les contrats de type collectif (obligatoire ou facultatif d'après les assurés) aux contrats individuels. Un deuxième axe, regroupant 26 % de l'inertie, oppose les contrats souscrits auprès d'une mutuelle, d'une part, aux contrats souscrits auprès des assurances d'autre part⁴⁶. Les contrats souscrits auprès des IP se situent nettement du côté de ceux des assurances en mode collectif, mais nettement du côté de ceux des mutuelles en mode individuel (cf. Graphique 16 et Graphique 17 p. 132 et 133).

On ne trouve en revanche pas de nette différence de profils socio-économiques entre les contrats facultatifs et les obligatoires, pour chaque type d'offreur, si ce n'est le contrat collectif obligatoire souscrit auprès d'un assureur, un peu éloigné du paquet « collectif IP et assureur ». Dans le domaine des contrats individuels, on trouve que les contrats souscrits auprès des assureurs sont très éloignés du centre du nuage, et l'opposition se situe plutôt entre mutuelles et IP d'une part, assurance d'autre part.

Dans l'espace des observations, il apparaît que le statut professionnel est déterminant : les sous-nuages par statut sont assez compacts et bien séparés les uns des autres. Le fonctionnaire marque le pôle « contrat collectif de mutuelle », l'indépendant marque le pôle « contrat individuel auprès d'une assurance », le retraité est proche du contrat individuel auprès d'une mutuelle, le CDI stable est clairement au pôle « collectif IP ou assurance ». Deux catégories sont moins nettement positionnées, le chômeur, situé clairement du côté de l'individuel, mais indifféremment côté mutuelle ou assurance ; le salarié précaire, clairement du côté assurance ou IP, mais indifféremment côté collectif ou individuel.

Le revenu n'est pas discriminant sur le type d'OCAM, mais, en revanche, un revenu croissant est associé à un choix de contrat collectif. L'AFC sans le revenu révèle un premier axe à 43 % de l'inertie et un deuxième à 34 %.

Les jeunes et les vieux sont proches, du côté individuel, les vieux plutôt en mutuelles, les âges moyens sont du côté collectif, les 25-39 ans plutôt en assurance et IP.

L'effet catégorie sociale est assez clair : au sein de chaque statut, la catégorie des cadres s'oppose aux deux autres (ouvriers d'une part, employés et intermédiaires de l'autre) en étant plus du côté IP et assurance.

On a pu mettre en évidence une segmentation du marché des garanties complémentaires maladies : certains profils socio-économiques ont accès de manière privilégiée à des combinaisons (type/mode), qui proposent elles mêmes des logiques caractéristiques d'agencement des garanties.

Il peut rester des degrés de liberté au sein d'un profil pour choisir une combinaison mode - type et la logique qui lui est associée : par exemple, les salariés stables du privé de catégorie sociale élevée, clientèle privilégiée des IP et assureurs en contrat collectif ont encore le choix entre la logique sur mesure des assureurs et la logique proportionnelle des IP. De même, les fonctionnaires ont le choix entre la logique proportionnelle de la mutuelle obligatoire (ou perçue comme telle) et taxinomique de la mutuelle facultative. En revanche, les indépendants et les retraités sont du côté de la logique proportionnelle sans choix possible de leur part.

⁴⁶ *Compte tenu du faible nombre de variables construisant le nuage, il est normal que les deux premiers axes soient très explicatifs*

Conclusion de la partie 2

A l'occasion de l'enquête SPS 1998, nous avons observé de façon détaillée le contenu des contrats de couverture complémentaire maladie en France. Nous avons plus précisément relevé des informations sur les remboursements proposés dans ces contrats en optique et en prothèse dentaire.

Sur la base de cette information, nous avons cherché à caractériser les contrats de la façon la plus simple possible.

Nous avons tout d'abord naturellement considéré que les contrats n'étaient caractérisés que par les remboursements qu'ils proposaient et que la nature du produit vendu sur ce marché était indépendante des conditions dans lesquelles il était souscrit.

Que peut-on retenir de cette analyse des contrats ?

1. Les contrats sont libellés de manière très hétérogènes. Outre le fait que ceci nous a conduit à faire de nombreuses hypothèses pour comparer les contrats entre eux, il s'agit d'un résultat intéressant en soi confirmant l'intuition selon laquelle le marché de la complémentaire maladie est peu transparent pour le consommateur.
2. Les taux de remboursement sont très disparates.

Pour le dentaire, nous observons un taux de couverture moyen égal à 150 % du TC en plus du RSS. Ceci dit, près de 18 % des contrats remboursent le TM ou moins et 20 % des contrats remboursent plus de 230 % du TC en plus du RSS.

Pour l'optique, il est plus difficile de fournir un résultat en valeur absolue. Cela tient au fait qu'une proportion importante des contrats propose des remboursements forfaitaires et non fonction du TC. Il est alors très difficile de juger de la valeur intrinsèque du contrat, celle-ci dépendant du type de verre dont a besoin le bénéficiaire. Comme nous raisonnons en terme d'accès aux soins, nous avons adopté le point de vue d'un individu ayant besoin de verres coûteux. Avec cette convention, le remboursement moyen est de 1 043 francs pour les contrats VS et 1 031 francs pour les contrats VM en plus du RSS⁴⁷.

Nous avons montré que, pour le dentaire et pour l'optique, les remboursements proposés par la complémentaire CMU sont meilleurs que ceux proposés par plus d'un tiers des contrats de couverture complémentaire offerts en France.

3. Les contrats se répartissent en quatre catégories. Une analyse des contrats multidimensionnels doit comparer simultanément le niveau des remboursements optiques et dentaires. On n'a pas pu mettre en évidence un lien simple de type linéaire. A l'inverse, tous les agencements possibles ne sont pas observés et on a pu constituer, sur la base d'une analyse statistique, quatre catégories de contrats que nous désignons de la façon suivante :
 - **faible** (sous entendu faible pour l'optique et faible pour le dentaire) ;
 - **moyen en dentaire** (sous entendu assez faible en optique) ;
 - **fort en optique** (et faible ou moyen en dentaire) ;
 - **fort en dentaire** (et d'assez bonne qualité en optique).

Ces catégories de contrats ne sont pas directement et simplement comparables les unes aux autres, mais on peut sans ambiguïté désigner les catégories extrêmes.

⁴⁷ *Le remboursement moyen est nettement plus faible si on adopte le calcul par le TC modal.*

4. On ne met pas en évidence de lien statistique entre la qualité de la couverture et l'état de santé. Tout juste peut-on noter que le contrat dit « fort en dentaire » regroupe un peu plus d'individus ayant une prothèse dentaire que le reste de la population. Une première raison pour laquelle on n'observe pas de lien instantané entre une mauvaise couverture et un état de santé dégradé, est que le régime obligatoire joue un rôle prépondérant. Rappelons que les cas les plus graves de maladies sont pris en charge sans ticket modérateur par le régime obligatoire et que le coût de l'hôpital se réduit, dans le public, au forfait journalier. Une seconde explication, non exclusive de la première, est que la couverture complémentaire ménage vraisemblablement une solidarité entre malades et bien portants.
5. En revanche, on met en évidence une disparité importante dans l'accès selon le milieu social. Les ouvriers représentent 29 % des souscripteurs de contrats dits faibles ; contre 16% des contrats dits dentaire élevés. A l'inverse, les cadres représentent 8 % des contrats faibles et 38 % des contrats dits dentaire élevés.

Si la classification des contrats en quatre catégories a permis de faire apparaître des différences importantes du niveau de remboursement souscrit par les différents milieux sociaux, elle ne saurait constituer une description satisfaisante de l'univers des contrats de couverture complémentaire maladie, notamment en raison de son absence de robustesse. Les catégories de contrats que nous avons délimitées ne sont pas suffisamment disjointes les unes des autres pour former de véritables entités bien identifiables.

Nous avons donc cherché, dans un deuxième temps, à améliorer cette connaissance de l'univers des contrats de complémentaire maladie. En nous inspirant de l'analyse qualitative du fonctionnement du marché, qui suggérait l'image d'un marché segmenté, nous avons introduit dans l'analyse les variables décrivant les conditions de l'accès des souscripteurs au marché : auprès de quel type d'OCAM est souscrit le contrat, et selon quel mode, individuel ou collectif, est-il souscrit ? Deux résultats principaux se dégagent de cette deuxième analyse :

1. Les contrats de complémentaire maladie offerts par un type d'OCAM et à un type de clientèle ont une logique d'organisation propre et cette logique est fréquemment assez simple, le niveau de remboursement progressant simultanément sur toutes les garanties. Le produit mis sur le marché est donc la combinaison d'un contrat, d'un type d'OCAM et d'un mode d'obtention (collectif ou individuel).
2. En outre, le marché est segmenté au sens où l'accès à un type d'OCAM et à un mode d'obtention est largement conditionné par des caractéristiques sur lesquels les individus n'ont que peu d'influence à court terme, notamment leur position par rapport au marché du travail et, au sein du marché du travail, par rapport au salariat privé à durée indéterminée.

Si on ajoute l'information selon laquelle les segments obéissent non seulement à des logiques différentes d'agencement des contrats, mais aussi à des niveaux moyens de remboursement différents, on détient une première piste d'explication des différences d'accès aux garanties de la complémentaire selon les milieux sociaux. Cette première piste permet d'interpréter les différences d'accès aux garanties de couverture complémentaire en termes d'inégalités sociales, car, comme l'explique Pfefferkorn (1999) « pour qu'une inégalité puisse être qualifiée de sociale, il faut encore qu'elle soit l'œuvre de la société dans le cadre de laquelle on la constate, c'est-à-dire de ses structures fondamentales ».

Conclusion

Conclusion

On a mis en évidence, dans ce rapport, une inégalité d'accès des individus aux niveaux de remboursement des couvertures complémentaires maladies.

L'analyse des contrats relevés dans l'enquête montre que si l'état de santé et l'âge ont peu d'influence sur la générosité des contrats auxquels les individus détiennent, en revanche quand le revenu augmente, les contrats souscrits offrent une meilleure prise en charge.

Cet effet du revenu peut s'expliquer de deux façons :

- soit les plus riches font plus de cas de leur santé, sont plus prudents, et se montrent plus enclins à se couvrir ;
- soit, les plus pauvres n'ont pas moyens d'accéder à un meilleur taux de complémentaire. Dans ce second cas, les disparités constatées constituent une inégalité.

Notre étude ne permet de pas de trancher directement entre ces deux explications, notamment parce que nous ne disposons pas d'une information fiable sur le montant des primes acquittées par chacun.

Elle nous montre cependant que le marché n'est pas simplement le lieu d'expression des préférences des individus. Il s'organise à l'intérieur de segments définis par la conjonction d'un type d'OCAM et d'un mode d'obtention (collectif ou individuel), l'employeur jouant un rôle propre de médiation et de structuration de l'offre.

Cette organisation segmentée ne garantit pas à tous le même accès à tous les types de contrats. Pas construction, les contrats collectifs sont peu accessibles aux chômeurs, retraités et indépendants. En outre, on a pu aussi mettre en évidence des différences significatives entre les contrats des fonctionnaires, des salariés du privé en CDI et en CDD.

Cette segmentation du marché introduit donc une disparité entre individus de statut différents, mais elle coïncide aussi avec la mise en œuvre de solidarité au sein de populations restreintes : les contrats de complémentaire ne sont que rarement actuariels, et certains même sont financés de manière proportionnelle au revenu.

Il en résulte que la couverture complémentaire contribue en France à renforcer la solidarité entre riches et pauvres, malades et biens portants.

Si on ajoute à cela l'idée normative selon laquelle la complémentaire couvre à l'heure actuelle des biens et services médicaux nécessaires, l'accès inégal à la complémentaire peut s'interpréter comme une inégalité, au même titre qu'un éventuel accès inégal au régime de base.

Dans un prochain travail nous chercherons à mesurer l'impact du niveau de remboursement obligatoire et complémentaire sur l'accès réel aux soins. Il s'agira d'utiliser notre connaissance des contrats pour calculer le montant restant à la charge du patient après intervention de tous les tiers payeurs éventuels. On tentera alors de mesurer l'impact de ce reste à payer sur la consommation de soins.

Glossaire

Glossaire

Actuariel : terme issu du vocabulaire de l'assurance qui qualifie un paiement qui est égal à l'espérance de dommage de l'individu (probabilité de subir ce dommage multiplié par le montant du dommage). La prime actuarielle reflète parfaitement le risque (maladie) de l'individu.

Affection de longue durée : un malade peut être exonéré du ticket modérateur pour affection de longue durée (ALD) dans les cas suivants :

- s'il présente l'une des affections figurant sur une liste de 30 maladies, les critères médicaux définissant ces maladies ayant été précisés par le Haut Comité Médical de la Sécurité sociale ;
- s'il est atteint d'une forme évolutive et invalidante d'une affection caractérisée ne figurant pas sur la liste précédente. On dira alors que le malade est exonéré en HL (Hors Liste) ;
- s'il est atteint de plusieurs affections caractérisées entraînant un état invalidant global. On dira alors que le malade est exonéré en ALD32.

Aide médicale : l'Aide médicale est une des formes de l'aide sociale qui assure la prise en charge totale ou partielle (le montant du ticket modérateur) des soins médicaux, dès lors que les dépenses de soins paraissent hors de proportion avec les ressources de cette personne. Elle est souvent appelée Aide médicale généralisée ou Aide médicale gratuite c'est-à-dire AMG.

Assurance : société commerciale à but lucratif recevant des primes de sa clientèle et versant en contrepartie, dans le domaine de la santé, des compléments aux remboursements effectués par les régimes obligatoires d'Assurance maladie ou par d'autres couvertures complémentaires.

Assuré : dans le présent rapport on désigne par ce terme, la personne ayant souscrit un contrat de couverture complémentaire (quel que soit le type d'OCAM auprès duquel l'assuré a souscrit le contrat). Les personnes couvertes sont désignées par le terme de bénéficiaire.

Bénéficiaire : toute personne couverte par un contrat de couverture complémentaire.

Catégorie : dans ce rapport, nous proposons une typologie des contrats de couverture complémentaire. A partir d'un couple "taux de couverture dentaire / taux de couverture optique" on peut déterminer à quelle catégorie le contrat appartient. Contrairement à la classe (voir ce terme), les bornes des catégories sont fournies par nombre et un seul.

Classe : dans ce rapport, nous utilisons la classification ascendante hiérarchique pour trouver une typologie des contrats de couverture complémentaire. Cette méthode statistique permet de constituer, à partir d'un couple "taux de couverture dentaire / taux de couverture optique", des groupes de contrats. Représentés dans un plan (x,y), ces groupes, que nous appelons classes, ont des frontières non linéaires (patates).

Cluster : synonyme de classe

Copaiement : partie de la dépense non prise en charge par un assureur (qu'il soit public ou privé) l'occasion de l'acquisition d'un bien ou service médical (franchise, ticket modérateur). Remarque : on ne parle pas de copaiement quand l'assureur ne reconnaît pas la dépense et ne prend rien en charge.

Couverture complémentaire (maladie) : contrat proposant aux bénéficiaires, moyennant le paiement d'une contribution, le remboursement ou l'avance de frais engagés pour se soigner et non pris en charge par le régime de base.

Dépassement de tarif : différence entre les honoraires exigés par un membre d'une profession de santé et le tarif de responsabilité du régime obligatoire, ou par un texte légal ou réglementaire.

Dépense Courante de Santé : elle mesure l'effort consacré par l'ensemble des financeurs du système au titre de la santé. Elle regroupe l'ensemble des paiements intervenus au cours d'une année au titre de la santé et comprend 4 sous-ensembles : la dépense pour les malades, la dépense en faveur du système de soins, la dépense de prévention, la dépense de gestion générale de la santé.

Dépense reconnue : synonyme de tarif de responsabilité.

Exonération du ticket modérateur : les personnes exonérées du ticket modérateur ont leurs dépenses intégralement prises en charge par l'Assurance maladie, dans les limites des tarifs de responsabilité du régime obligatoire. Cette prise en charge peut être relative à l'ensemble des soins ou aux seuls soins liés à la maladie exonérante.

Institution de prévoyance : organisme régi par le code de la Sécurité sociale, à but non lucratif, géré paritairement par les entreprises et les salariés adhérents et pouvant remplir les fonctions d'Organisme Complémentaire d'Assurance Maladie

Morbidité : il s'agit des maladies ou des troubles de santé déclarés dans l'enquête SPS par un individu. Cette morbidité déclarée est affinée par une relecture systématique des médecins codificateurs.

Mutuelle : les mutuelles sont des groupements à but non lucratif qui mènent dans l'intérêt de leurs membres et de leur famille des actions de prévoyance collective, de solidarité et d'entraide. Elles sont régies par le code de la Mutualité. Les membres de ces groupes adhèrent, sans obligation, en acquittant des cotisations qui leur ouvrent droit à des prestations et à l'accès à différents services. Dans le domaine de la santé, les mutuelles interviennent principalement pour assurer une fonction d'OCAM.

Organisme Complémentaire d'Assurance Maladie : institution proposant une prise en charge de la part des dépenses de santé non couvertes par la Sécurité sociale. Ce terme regroupe : les compagnies d'assurance (voir ce terme) les mutuelles (idem) et les institutions de prévoyance (idem).

Personne de référence : la « personne de référence » (PR) d'un ménage est une notion mise au point par l'Insee, qui remplace celle de « chef de famille ». Elle est basée sur la prédominance donnée à la famille (couple avec ou sans enfant, adulte sans conjoint avec enfant), au sexe masculin, à l'activité par rapport à l'inactivité et à l'âge. Elle permet de repérer une personne servant de pivot dans tout ménage, et de décliner, à partir de ce point fixe, les liens entre les personnes composant ce ménage.

La règle précise est la suivante :

- si le ménage comporte au moins un couple, la PR est l'homme du couple, s'il y a plusieurs couples, on choisit l'homme le plus âgé des actifs ou à défaut d'actif le plus âgé ;
- si le ménage comprend au moins une famille monoparentale alors la PR est, parmi les parents de ces familles monoparentales, le plus âgé des actifs ou à défaut d'actif le plus âgé ;
- si le ménage ne comprend aucune famille, la PR est, parmi les personnes du ménage, à l'exception des pensionnaires ou salariés logés, le plus âgés des actifs ou, à défaut le plus âgé.

Dans la très grande majorité des ménages, la catégorie socio-professionnelle de la PR est donc simplement celle de l'homme adulte et cette notion souffre donc des mêmes imperfections que l'approximation du milieu social d'un ménage entier par celui du père de famille.

Profession catégorie socioprofessionnelle (PCS) : le code PCS résulte de la combinaison de plusieurs critères : profession individuelle (métier), secteur d'activité, statut juridique (salarié, travailleur indépendant, employeur), qualification et place dans la hiérarchie (pour les salariés), importance de l'entreprise (nombre de salariés) pour les chefs d'entreprise. Dans l'enquête SPS, les retraités sont classés à leur ancienne profession.

Protection sociale : héritière des assurances sociales d'entre deux guerres, la protection sociale réunit des assurances obligatoires contre les risques de baisse du bien être liés au chômage et à l'insertion professionnelle, à la maladie, à l'invalidité, à la maternité, aux accidents du travail, à la vieillesse, et à la présence d'enfants. Ces risques sont dits « sociaux », soit parce qu'ils résultent de phénomènes économiques d'ensemble comme le chômage ou l'impossibilité de gagner sa vie aux âges élevés, soit parce qu'ils sont trop prévisibles pour être correctement assurés par les assurances classiques (maladie, maternité, présence d'enfants), soit enfin parce que l'établissement des responsabilités est trop coûteux (accidents du travail).

Tous les mécanismes de protection sociale se distinguent par un certain degré d'obligation d'adhérer et l'application d'un principe de péréquation des risques, appelée aussi répartition. En ce sens, ils s'opposent à l'assurance, qui vise à séparer des classes de risques d'espérances mathématiques différentes. Le degré de coercition peut conduire à l'universalité, on parle alors de protection sociale obligatoire, ou se manifester seulement à l'intérieur d'une population restreinte, par statut d'emploi, par secteur d'activité, ou encore par entreprise ; on parle alors de protection sociale complémentaire. Le cas le plus limite est constitué par les OCAM à base volontaire et géographique, qui ne sont attachés à la protection sociale que par leur fonctionnement en péréquation des risques.

Les mécanismes de protection sociale se distinguent aussi, en théorie du moins, des mécanismes purs de solidarité, comme les revenus minimum ou les aides au logement. Dans la pratique, cependant, les comptes de la protection sociale incluent les prestations versées aux ménages au titre du RMI et des aides personnelles au logement.

En 1999, les prestations de protection sociale représentaient 2 552 milliards de francs, soit 29 % du produit intérieur brut (Abramovici et de la Gorce, 2000).

Protection sociale d'entreprise : Comme signalé dans la définition de la protection sociale, on distingue une protection sociale obligatoire dite encore légale, qui s'impose à tous, et une protection sociale complémentaire, qui concerne des populations spécifiques. Pour reprendre les termes de l'appel d'offres de la MiRe, « une part grandissante de la protection sociale s'exerce, dans un cadre collectif ou individuel, en complément de la protection légale [et] [u]n des foyers important de cette protection complémentaire est l'entreprise ou la branche et provient de conventions et accords collectifs ou d'une décision du chef d'entreprise ». Jusqu'à une date récente, la protection sociale d'entreprise gérait principalement de la prévoyance (retraite, décès, invalidité), mais la maladie prend une place croissante.

Revenu : le revenu collecté dans l'enquête SPS est un revenu disponible, c'est-à-dire regroupant revenus nets d'activité, du patrimoine, de remplacement, de transfert et net d'impôts directs. En 1998, l'enquêté déclare le montant des revenus de son ménage et non la classe de revenu à laquelle il appartient.

Revenu par unité de consommation : le pouvoir d'achat d'un ménage dépend non seulement de ses ressources disponibles mais aussi de la taille dudit ménage. Le revenu par unité de consommation permet de comparer des ménages de tailles différentes. Pour tenir compte des économies d'échelle, le nombre d'unités de consommation (UC) d'un ménage est inférieur au nombre de membres du ménage. Le nombre d'UC est le nombre de parts entre lesquelles on divise le revenu disponible du ménage pour estimer ce dont dispose chaque individu pour vivre.

Risque : dans ce travail, le terme de risque désigne en priorité toute dépense qui peut être couverte par une couverture complémentaire. Ce terme est choisi en référence à la théorie de l'assurance où il désigne un événement aléatoire (ici, celui de faire face à une dépense de santé d'un type particulier). On distingue aussi les notions de **petit risque** et de **gros risque**, en fonction du montant de dépense engagé. Le terme « risque » est aussi utilisé dans le vocabulaire de la protection sociale pour désigner les catégories d'événements couverts : risque maladie, risque invalidité, risque décès...

Tarif de convention : la Sécurité sociale négocie avec les prestataires de soins les tarifs d'un certain nombre de biens et services. Ce tarif dit de convention sert de base au calcul du remboursement de la Sécurité sociale et, dans un certain nombre de cas il est égal aux prix des services.

Tarif de responsabilité : le tarif de responsabilité est le montant qui sert de base au calcul du remboursement de la Sécurité sociale. Il est souvent négocié (on parle alors de tarif de convention) mais il peut être aussi fixé unilatéralement par la Sécurité sociale. Le taux du ticket modérateur s'applique sur ce tarif.

Ticket modérateur : pourcentage d'un tarif ou d'un prix laissé à la charge de la personne protégée. Actuellement pour les séances de médecin, le ticket modérateur de l'Assurance maladie est de 30 % du tarif conventionnel.

Tiers payant : système évitant à l'assuré de faire l'avance des frais et lui permettant de déboursier uniquement le ticket modérateur. Le tiers payant peut être étendu à certaines couvertures complémentaires. En cas de *tiers payant*, la Sécurité sociale paie directement au médecin, dentiste, pharmacien, etc., la somme à sa charge, laissant au patient le soin de payer le reste (*ticket modérateur, dépassement*). En cas d'accord entre la couverture complémentaire et le producteur, le tiers payant peut être étendu, pour tout ou partie, à ces sommes (ticket modérateur, dépassement).

3. Annexes

Annexes méthodologiques

- *Annexe méthodologique concernant l'enquête*
- *Annexe méthodologique sur la classification des contrats*

Annexe méthodologique concernant l'enquête

3.1 Le recueil des données

Depuis 1988, le CREDES conduit chaque année l'Enquête Santé et Protection sociale⁴⁸ (ESPS), dont la base de sondage est issue de l'Echantillon Permanent des Assurés Sociaux (EPAS) du régime général (CNAMTS) et d'échantillons similaires provenant du régime des indépendants (CANAM ou AMPI) et du régime agricole (MSA). Elle est représentative des ménages dont un membre au moins est assuré à l'un de ces trois régimes, soit environ 95 % des ménages ordinaires de France métropolitaine. En 1998, la moitié de cet échantillon a été enquêté, ce qui conduit à un taux de sondage de 1/2400, soit près de 8 000 ménages et 23 000 personnes.

L'enquête se déroule en deux vagues : une vague de printemps, d'avril à juin, et une vague d'automne, d'octobre à décembre. Elle combine la méthode de l'entretien téléphonique (ou du déplacement d'enquêteur, lorsque l'on ne peut pas disposer des coordonnées téléphoniques) et celle de questionnaires auto-administrés.

Cette enquête relève des données démographiques, socio-économiques, de morbidité, de protection sociale et de consommation médicale. Les principales informations sont acquises dès le premier contact grâce au questionnaire principal, administré par l'enquêteur et qui porte notamment les caractéristiques socio-économiques et de protection sociale de chaque membre du ménage. Le ménage enquêté doit également remplir lui-même certains documents dont :

- le questionnaire « couverture complémentaire » qui relève notamment des informations sur les niveaux de garantie de la complémentaire et à partir duquel cette étude est effectuée et
- le questionnaire « santé » qui est destiné à recueillir, pour chaque membre du ménage, les informations de morbidité un jour donné.

A partir des questionnaires auto-administrés « couvertures complémentaires », on recueille des informations sur les remboursements des prothèses dentaires et des verres de lunettes. Deux méthodes de recueil ont été testées lors de la 1^{ère} vague de l'enquête SPS 1998.

3.1.1 Première méthode testée : faire remplir un tableau type décompte reçu par l'assuré de sa mutuelle (QCC version 2⁴⁹)

On recueille ainsi la dépense engagée, le montant remboursé par la Sécurité sociale et celui remboursé par la couverture complémentaire. Mais deux problèmes de fond se sont posés :

- les lignes du tableau concernaient souvent des soins sans dépassement de tarif de convention (TC), notamment une C à 115 francs, dont on ne peut tirer aucune conclusion pour le remboursement de la couverture complémentaire.
- lorsque la ligne concerne une prestation sur laquelle il y a dépassement et que la somme des remboursements Sécurité sociale + Couverture complémentaire couvre la dépense engagée, soit un reste à charge (rac) nul, on ne peut en conclure qu'un taux de remboursement minimal ; on ne sait pas si la couverture complémentaire aurait remboursé un montant supérieur pour une dépense engagée plus importante.
- on n'a aucune information sur les franchises ou les plafonds, or les remboursements des couvertures complémentaires peuvent être le résultat de l'application d'une franchise ou d'un plafond ; ainsi, les niveaux de garantie déduits peuvent être entachés d'erreurs.

⁴⁸ Pour plus de précisions sur la méthode d'enquête, cf. S. Dumesnil, N. Grandfils, Ph. Le Fur « Méthode et déroulement de l'enquête sur la santé et la protection sociale, Mise à jour », CREDES n°1 234 [4].

Ainsi, peu de questionnaires apportent réellement une information ; de plus cette information n'est souvent que partielle puisqu'on en déduit soit un taux réel de remboursement mais qui peut être le produit de l'application de franchise ou de plafond, soit un taux minimal.

Ce mode de recueil, qui paraissait séduisant par sa simplicité tant pour le relevé effectué par l'enquêté que pour la saisie s'est avéré en fait très décevant, puisque quasiment inopérant.

3.1.2 Seconde méthode testée : faire recopier des lignes de son contrat par l'assuré (QCC version 1)

On recueille ainsi les garanties dont bénéficie l'assuré, exprimées de diverses manières : en % des frais réels avec un plafond, en % du tarif conventionnel avec un complément ...

Du fait de la complexité des informations recueillies, il a donc fallu que ces informations soient interprétées et codées en interne, à l'occasion de la saisie. Cette méthode a donné de meilleurs résultats en termes de participation et d'exploitabilité des données. Cependant, il peut y avoir un biais dans la population des répondants. En effet, recopier un contrat est une démarche particulière dans l'enquête, et n'engendre peut-être pas les mêmes non réponses que les autres types de questions.

Une personne du CREDES a saisi l'intégralité des questionnaires de la 1^{ère} vague. Cette personne a encadré une étudiante pour la saisie de la 2^{ème} vague. Les décisions prises lors de la saisie sont donc cohérentes entre les deux vagues et l'on peut dire que toute l'enquête a été saisie par une seule « main ».

3.2 Les règles de saisie

Règles générales :

1. Saisir toutes les informations relevées : le masque de saisie a été élaboré dans cette perspective. Il permet de relever les informations concernant le remboursement de base, le complément et le plafond éventuels. On a créé autant de codes que de bases de calcul rencontrées.
2. Faire confiance à la déclaration de l'enquêté, sans chercher à interpréter les informations.

Règles particulières :

1. Le complément doit s'interpréter comme un remboursement complémentaire au remboursement de base, sauf dans le cas où le montant de base est exprimé en % des frais réels ; dans ce cas, si un complément existe, il s'applique au plafond et non à la base.
2. La garantie des verres est exprimée pour 2 verres, ce qui signifie que le montant indiqué par l'enquêté a été doublé lorsqu'il était exprimé par verre.

La règle générale 1 a été appliquée, sauf pour les informations si rares, ou si complexes qu'il a été choisi de ne pas les relever. Il s'agit des garanties enfants pour les verres, et des garanties des prothèses amovibles pour les prothèses dentaires.

La règle générale 2 a une conséquence importante sur un code concernant les verres optiques. En effet, la variable « verva » permet de savoir si la garantie optique a été renseignée ou pas. Si elle est renseignée elle permet aussi de savoir si les garanties concernent les verres seuls ou les verres et la monture. Lorsque l'enquêté n'a rien précisé, le code saisi est « sai », mais le principe, issu de la règle 2, consiste à faire remonter les codes « sai » en « verres seuls », puisque la question est posée pour les verres seuls. Lorsque la notion de forfait optique est précisée, le code utilisé est le « verres + lunettes ».

3.3 La création des variables

Deux variables vont servir à apprécier la qualité des garanties dentaires (prothèses) et optique (verres ou verres + montures) :

- TXCCPF = Taux de remboursement de la Couverture Complémentaire pour les Prothèses dentaires Fixes.
- FRCCVA = Remboursement en Francs par la Couverture Complémentaire des Verres (ou verres et montures) Adultes.

Nous avons choisi d'exprimer la garantie dentaire en % du TC car c'est ainsi qu'elle apparaît le plus souvent dans les contrats, elle nous semblait donc d'emblée plus lisible. Elle est exprimée « en plus du remboursement Sécurité sociale » afin de pouvoir comparer les garanties sans nécessiter une référence au régime de base.

Nous avons choisi d'exprimer la garantie optique en Francs car elle apparaît souvent dans les contrats sous forme de forfait, elle semblait donc là encore d'emblée plus lisible. Elle est exprimée « en plus du remboursement Sécurité sociale » afin de pouvoir comparer les garanties sans nécessiter une référence au régime de base.

3.3.1 Le dentaire

TXCCPF est une variable qui donne le taux de remboursement en % du Tarif Conventionnel, en plus du remboursement de la sécurité sociale.

TXCCPF est le résultat d'un calcul. Pour chaque contrat, nous avons en effet calculé:

- un taux de base, TXCCBA
- un taux complémentaire dans le cas où un supplément est indiqué, TXCCOM
- et un taux plafond dans le cas où un plafond est indiqué, TXCCPL.

Tous les montants exprimés par les personnes enquêtées sont transformés en % du TC, en plus de la Sécurité sociale. La mise en œuvre de cette décision est facilitée par le fait que le TC a une valeur unique pour les prothèses dentaires fixes.

Exemple :

Dépense engagée	Remboursement Sécurité sociale	TXCCPF	Remboursement Couverture complémentaire calculé	Remboursement total
2 000 francs	493,50 francs	150 % du TC	1 057,50 francs	1 551 francs

TC = 705 francs ; Remboursement Sécurité sociale (RSS) = 70 % du TC, si régime autre que Canam et Alsace Moselle.

La part de la Sécurité sociale a été retranchée lorsque la garantie est exprimée explicitement en « % du TC y compris la Sécurité sociale » et que le taux est supérieur à celui de la Sécurité sociale. Le calcul tient compte des variations des taux de remboursement Sécurité sociale selon 3 groupes de régimes : Alsace Moselle, Canam, Régime général et Autres.

Si un complément est exprimé, alors le TXCCPF = TXCCBA + TXCCOM

Si la garantie dentaire est exprimée en % des frais réels, nous avons choisi d'estimer un montant pour une dépense engagée maximale. Le montant remboursé est ensuite ramené à une fraction du

TC. Le % relevé est appliqué à la différence entre le montant de la dépense (estimée) et le remboursement de la Sécurité sociale. Cette dernière disposition nous a paru légitime pour 2 raisons : 1°) si 100 % des frais réels sont remboursés, on doute que le remboursement couverture complémentaire comprenne le remboursement Sécurité sociale, 2°) c'est le calcul le plus avantageux pour l'assureur.

⇒ la dépense a été estimée à 5 000 francs.

C'est 2 000 francs de plus que le montant moyen de prothèse fixe calculé à partir des informations recueillies dans ESPS 98. C'est le montant maximal d'honoraires pour une prothèse fixe, d'après une enquête auprès des chirurgiens dentistes (*Dentaire Hebdo*, Nov. 1996).

Garantie exprimée	Dépense estimée	Remboursement. Sécurité sociale	Remb. Couverture complémentaire calculé	TXCCPF
50 % des frais réels	5 000 francs	493,5 francs	50 % de (5 000 – 493,5) = 2 253 francs	320 % du TC

Si un plafond est indiqué, alors le TXCCPF = TXCCPL.

NB : le TXCCPF ainsi calculé pourrait être directement utilisé pour permettre le calcul d'un RAC, hormis les cas de remboursement exprimé en % des frais réels.

3.3.2 L'optique

Le cas de l'optique est plus complexe. Après avoir présenté les règles générales, nous évoquons le problème crucial du choix d'un tarif de convention de référence pour calculer les remboursements en optique.

Le principe général

FRCCVA est une variable qui donne le montant en francs remboursé par la Couverture Complémentaire pour des verres pour adulte (ou verres et monture), en plus du montant remboursé par la sécurité sociale.

Cette variable est calculée soit pour les verres seuls (FRCCVA) soit pour les verres et la monture (FRCCLU).

FRCCVA est le résultat d'un calcul. Nous avons en effet calculé pour chaque contrat :

- un forfait de base, FRCCBA
- un forfait complémentaire dans le cas où un supplément est indiqué, FRCCOM
- un forfait plafond dans le cas où un plafond est indiqué.

Tous les montants exprimés par les personnes enquêtées sont transformés en forfait, en plus de la Sécurité sociale. La part de la Sécurité sociale a été retranchée lorsque la garantie est exprimée explicitement en « % du TC y compris la Sécurité sociale » et que le taux est supérieur à celui de la Sécurité sociale. Le calcul tient compte des variations des taux de remboursement Sécurité sociale selon 3 groupes de régimes : Alsace Moselle, Canam, Régime général et Autres.

Si un complément est exprimé, alors le FRCCVA = FRCCBA + FRCCOM

Comment traduire les contrats exprimés en % du TC pour les verres ?

(i) La méthode choisie pour l'analyse présentée dans le rapport

La difficulté est de transformer des % de TC en francs, parce que le TC varie selon la qualité du verre et du degré de correction. Aussi, nous avons choisi de fixer le TC au niveau des verres les plus onéreux, soit 246,90 francs par verre, tarifs adultes en 1998. Le forfait ainsi calculé correspond au montant maximal de remboursement que pourrait obtenir l'assuré. Cependant, comme une partie des garanties n'est pas exprimée en référence au TC, soit ni en % du TC ni en % du RSS % du TM, elle n'est donc pas affectée par le choix du montant du TC.

Nota bene : le FRCCVA ainsi calculé ne pourrait pas être utilisé pour le calcul d'un RAC, puisqu'il représente un forfait remboursé pour des verres spéciaux : les plus chers, parmi les plus courants.

Le test d'un autre choix de tarif de convention pour estimer les montants de remboursement en optique.

La version que nous venons de présenter et que nous utilisons dans le corps du rapport consiste à se placer du point de vue du bénéficiaire : ce qui importe, c'est la somme maximale jusque à laquelle l'assureur est prêt à suivre le suivre. On a donc traduit les pourcentages de TC en forfaits sur la base du TC maximum, à savoir les verres pour amblyopie avec astigmatie et forte aphakie (246,9 francs pour les adultes).

(ii) L'utilisation d'un TC modal

Une version alternative, suggérée par la FNMF, consiste à retenir plutôt un TC modal, s'appliquant à un cas fréquent, par exemple un verre multifocal sphérique, de sphère comprise entre -4 et +4, de TC égal à 48 francs pour un adulte. C'est ce qui compte pour l'assureur quand il fait son bilan ; pour autant, ce raisonnement ne tient que si les adhérents sont indifférents au mode de rédaction du contrat : si les cas lourds préfèrent les rédactions en pourcentage du TC, notre raisonnement par plafond est le bon, sinon, il est préférable de raisonner en moyenne.

Nous verrons dans l'analyse de robustesse (annexe 3.7) que l'harmonisation des garanties optiques sur la base d'un TC modal de 48 francs n'affecte pas trop la forme de la classification des contrats, même si, évidemment, les effectifs des différentes catégories sont différents.

De même, l'hypothèse faite sur le TC n'affecte pas les résultats des tests de lien linéaire entre niveaux de remboursement optique et dentaires. Le fait de prendre le TC modal renforce plutôt les corrélations brutes, mais les corrélations robustes indiquent des liens linéaires dans les mêmes cas que ceux détectés sous l'hypothèse de TC maximum. Seule exception, le cas « individuel » tous types d'OCAM, qui, avec un R^2 de 57 % pour 762 observations est significatif. Autre différence, mais moins importante : le lien linéaire qu'on trouvait en individuel mutuelles sur le logarithme de FRCCVA se trouve maintenant directement sur FRCCVA.

En revanche, les résultats en valeur absolue sont affectés par le choix du TC modal : le taux de couverture moyen passe à 509 francs pour les contrats libellés en « verre seul » et 623 francs pour les contrats libellés en « verre et monture ». La moitié des contrats remboursent plus de 400 francs et un quart plus de 705 francs en « verre seul », les chiffres correspondant étant de 503 francs et 898 francs en « verre et monture ». Le Tableau annexe n° 1 ci-dessous résume les distributions des niveaux de remboursement obtenues sous l'hypothèse de TC modal.

Tableau annexe n° 1
Distribution en percentiles du niveau de remboursement des verres de lunettes

Percentiles	Forfait en Francs	
	Verres seuls	Verres + monture
10	34	34
20	62	130
25	130	178
30	160	226
40	250	380
50	400	503
60	485	633
70	617	800
75	705	898
80	800	1 000
90	1 117	1 286

Source CREDES-ESPS 1998

3.4 Les questions « prothèses dentaires » du questionnaire santé

Le questionnaire « santé » de l'enquête SPS de 1998 comporte quelques questions concernant la consommation de prothèses fixes ou amovibles au cours des 12 derniers mois, la dépense engagée et le reste à charge.

Nous avons espéré pouvoir utiliser ces informations pour compléter et surtout contrôler les résultats obtenus à partir des questionnaires « couverture complémentaire ».

Nous avons à cette fin procédé en 3 étapes :

- Ne retenant que les personnes déclarant une couverture complémentaire d'une part et la consommation de couronnes, à l'exclusion de la consommation de bridges ou de dentiers d'autre part, nous avons relevé la dépense engagée par personne et le nombre de couronnes consommées
- Puis, nous avons calculé le montant remboursé par la SS, soit 493,5 par couronne. Ceci traduit l'hypothèse forte que toutes les couronnes consommées ont été acceptées par la SS. En réalité, 25 % ne le seraient pas, d'après des chiffres approximatifs fournis par le Dr Viala de la CNAMTS. Mais en ne retenant pas les bridges, nous espérons faire un peu baisser ce % et rendre donc notre hypothèse plus réaliste
- Enfin, avec le calcul suivant, nous obtenons un montant de remboursement par la CC :
 $RCC = \text{Dépense} - \text{RSS} - \text{RAC}$

Ce montant est ensuite ramené à une fraction du TC afin de pouvoir le comparer au TXCCPF calculé par ailleurs.

Les taux de remboursement ainsi obtenus sont pour environ 40 % des cas assez éloignés des taux de remboursement calculés à partir des questionnaires spécifiques « couverture complémentaire ».

Deux remarques s'imposent :

- D'une part, nous ne savons pas si la dépense engagée correspond bien à la dépense de couronnes, à l'exclusion de tout autre prothèse ou soin dentaire. Si la dépense indiquée concerne aussi les soins par exemple, alors le remboursement que nous calculons n'a plus aucun sens.
- D'autre part le RAC n'apparaît dans aucun document administratif, dans aucun décompte reçu par l'assuré. Il faut que la personne qui répond à l'enquête en fasse le calcul ; or ce calcul est très complexe, sans doute trop complexe dans le cadre de l'enquête SPS. Rappelons ici que le questionnaire santé est auto administré.

Il semble donc inutile de poursuivre dans cette voie pour obtenir des informations sur les garanties dentaires.

Cette partie du questionnaire est destinée à déterminer le niveau de couverture complémentaire maladie dont disposent les personnes résidant en France. Aujourd'hui, cette information n'est pas connue et il est impossible d'évaluer la somme dépensée pour se soigner et qui n'est remboursée, ni par l'Assurance Maladie, ni par les mutuelles ou les assurances. C'est pourquoi il est très important que vous répondiez aux questions qui suivent ; elles permettront de connaître vraiment les sommes engagées pour se soigner et qui restent à la charge des personnes.

5. Un employeur verse-t-il de son côté une cotisation à cette mutuelle (ou assurance) ?

- ₁ oui ₂ non ₃ ne sait pas

6. Vous même ou quelqu'un de votre foyer, versez-vous une cotisation à cette mutuelle (ou assurance) ?

- ₁ oui ₂ non ₃ ne sait pas

7. Si oui, quel est le montant de la cotisation (ou prime) que vous versez à cette mutuelle (ou assurance), en francs :

|_|_|_|_|_|_|_| Francs Précisez : 1 par mois
 2 par trimestre
 3 par semestre
 4 par an
 5 autre, précisez

8. Si vous consultez un médecin SPECIALISTE pour une simple consultation et qu'il vous fait payer plus de 150 francs, cette mutuelle ou cette assurance vous rembourse-t-elle la somme au-delà de 150 francs ? (Cette somme supplémentaire correspond à des dépassements d'honoraires ou des honoraires libres)

Le tarif d'une simple consultation de spécialiste, c'est-à-dire une consultation sans examen ou soin très particulier est fixé par la sécurité sociale à 150 francs.

- ₁ oui ₂ non ₃ ne sait pas

9. Cette mutuelle ou cette assurance rembourse-t-elle le forfait journalier en cas d'hospitalisation (actuellement fixé à 70 francs par jour) ?

- ₁ oui ₂ non ₃ ne sait pas

Pour remplir la suite de ce questionnaire, il est utile d'avoir sous les yeux le contrat ou la notice explicative que vous a fourni cette mutuelle ou assurance.

Version 1

10. Pouvez-vous recopier exactement le niveau de remboursement proposé par cette mutuelle ou cette assurance pour les prothèses dentaires ou les verres de lunettes :

Exemples :

- 250 % du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale,
- 200 % du tarif de convention sous déduction des prestations de la Sécurité sociale,
- forfait égal à 390 francs,
- 100 % des frais réels, moins les remboursements de la Sécurité Sociale, dans la limite de 250 % du tarif de convention,
- 5 % du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale),
- ...

- pour les prothèses dentaires :

.....
.....
.....

- pour les verres de lunettes :

.....
.....
.....

Version 2

10. Pouvez vous recopier, à partir de vos derniers décomptes de mutuelle ou assurance, les montants dépensés ainsi que les montants remboursés par la Sécurité sociale et par cette mutuelle ou assurance pour des prothèses dentaires, des consultations et des lunettes ?

Nature des soins	Montant dépensé (dépense engagée)	Montant remboursé par la sécurité sociale	Montant remboursé par cette mutuelle (ou assurance)
<i>Exemple : Prothèses dentaires</i>	<i>3 000 francs</i>	<i>493,50 francs</i>	<i>1 269 francs</i>
Prothèses dentaires (couronne, bridge, dentier)			
Consultations			
Lunettes (verres, monture)			

Annexe méthodologique sur la classification des contrats

Le travail mené sur les contrats nous conduit à envisager qu'il existe 4 groupes de contrats que nous désignons dans le corps du texte de la façon suivante **faible** (sous entendu faible pour l'optique et faible pour le dentaire), **moyen en dentaire** (sous entendu assez faible en optique) **fort en optique** (et faible ou moyen en dentaire) et **fort en dentaire** (tout niveau en optique).

La question que nous nous posons ici est de savoir si cette classification est robuste.

Pour cela nous étudions tout d'abord la robustesse de la classification présentée dans le rapport (3.2.1). Celle-ci repose sur une estimation des remboursements en optique réalisée à partir du TC maximal de 246,9 francs. Dans un second temps (3.2.2) nous reprenons rapidement l'analyse de classification lorsque les remboursements optiques sont calculés sur la base d'un tarif de convention modal de 48 francs (cf. 3.1.3.2).

3.6 Stabilité de la typologie sur la base des remboursements optiques présentés dans le corps du rapport

3.6.1 Méthode

On mène une analyse de sensibilité un peu fruste, qui consiste à effectuer la procédure de CAH sur des échantillons de la population totale. On effectue donc 50 tirages aléatoires de 70 % des observations. Sur chaque échantillon on refait la classification hiérarchique et on repère les quatre premières classes. L'idée générale est d'étudier la dispersion des bornes des quatre catégories issues des classifications : plus la dispersion est importante, moins la classification est robuste.

La première difficulté, liée justement à un manque de robustesse des catégories, est que la forme des profils n'est pas constante d'un échantillon à l'autre. Cela signifie que, dans certains échantillons, les 4 premières classes ont des bornes très différentes, voire, qu'elles ne sont pas agencées de la même façon que dans la classification que nous avons choisi d'utiliser et que nous qualifions d'initiale.

Pour les séries de quatre classes qui sont agencées selon cette forme initiale (et donc pour moins de 50 tirages), on compare les valeurs des bornes obtenues pour chaque classe selon le principe suivant :

Détermination de la borne. Pour chaque classe, issu de chaque tirage, on observe la distribution des niveaux de garantie en optique et en dentaire. On choisit comme borne supérieure (respectivement inférieure), le montant qui correspond au percentile P90 (respectivement percentile P10) de la distribution du niveau de garantie pour ce soin dans la classe⁴⁹.

Comparaison des bornes obtenues. On obtient, pour chaque classe issue de chaque échantillon, une borne inférieure et supérieure. On calcule, pour chaque classe, la moyenne et l'écart type de la distribution des bornes inférieures et supérieures (Tableau annexe n° 2, Tableau annexe n° 4 plus loin). Sous l'hypothèse que les bornes ont une répartition « normale », on peut dire que trois échantillons sur quatre tombent dans les bornes égales à la moyenne de la distribution plus ou moins 1.126 écart types.

⁴⁹ Autrement dit, on choisit arbitrairement des bornes inférieures et supérieures pour la classe considérée telles que 80% des taux de garanties observés au sein de cette classe et pour cette catégorie de soins sont situés entre ces deux bornes. On aurait pu choisir les valeurs minimales et maximales de la distribution mais on aurait alors risqué de donner trop d'importance à des valeurs aberrantes.

Nous obtenons donc, pour chaque borne de chaque classe, un intervalle de confiance donné dans les Tableau annexe n° 3, Tableau annexe n° 5 ci-après. Tous ces intervalles sont représentés dans le Graphique n° 14 et le Graphique n° 15.

3.6.2 Les contrats verres et montures

Pour les contrats rédigés en « verres et montures », on trouve 8 résultats dont la forme ne correspond pas à la forme initiale. Les coefficients de variation (CV^{50}) sont faibles, sauf en ce qui concerne la catégorie « Moyen en dentaire », en borne inférieure des garanties de prothèses dentaires ($CV=0.4$) et la catégorie « Fort en dentaire », en borne inférieure des garanties de prothèses dentaires ($CV=0.55$).

Le tableau ci-dessous donne, pour chaque borne, la moyenne et l'écart-type de la distribution des P10 et des P90.

Tableau annexe n° 2
Valeur moyenne des bornes obtenues par tirages pour chaque classe

	Garantie dentaire (% du TC)		Garantie optique (francs)	
	Borne inférieure moyenne (écart-type)	Borne supérieure moyenne (écart-type)	Borne inférieure moyenne (écart-type)	Borne inférieure moyenne (écart-type)
Faible	30 (0)	120 (20)	160 (20)	990 (210)
Moyen en dentaire	130 (50)	250 (30)	550 (80)	1430 (120)
Fort en optique	60 (10)	220 (20)	1610 (180)	2720 (110)
Fort en dentaire	310 (70)	580 (40)	730 (400)	2780 (320)

Source : CREDES-ESPS 1998

Nota bene :

- les chiffres sont arrondis à la dizaine
- le chiffre entre parenthèse est l'écart-type

Guide de lecture : pour la classe faible et la garantie dentaire la borne inférieure vaut en moyenne 30 % du TC (écart type inférieur à 5 approché à 0) et la borne supérieure 120 % du TC (écart-type = 20). En optique, la borne inférieure de la même classe vaut en moyenne 160F et la borne supérieure 990francs

Sous l'hypothèse que les bornes ont une répartition « normale », on peut dire que trois échantillons sur quatre tombent dans les bornes suivantes (Cf. Tableau annexe n° 3 ci-après⁵¹) :

Catégorie « Faible » : la borne supérieure en prothèses dentaires évolue entre 100 % et 140 % du TC, la borne supérieure en forfait optique évolue entre 750 francs et 1 230 francs.

Catégorie « Moyen en dentaire » : la borne inférieure en prothèses dentaires évolue entre 70 % et 180 %, et la borne supérieure entre 220 % et 290 % du TC, et la borne inférieure en forfait optique évolue entre 450 francs et 650 francs.

Catégorie « Fort en optique » : la borne supérieure en prothèses dentaires évolue entre 210 % et 240 % du TC, la borne inférieure en forfait optique évolue entre 1 410 francs et 1 810 francs.

Catégorie « Fort en dentaire » : la borne inférieure en prothèses dentaires évolue entre 230 % du TC et 390 % du TC.

⁵⁰ Plus le rapport écart type / moyenne est faible, plus la distribution est resserrée autour de la moyenne, ce qui signifie que la borne varie peu d'un échantillon à l'autre.

⁵¹ Ce tableau est construit à partir du précédent. Un exemple : la borne supérieure en dentaire du contrat faible vaut en moyenne 120 (écart type 20). L'intervalle de confiance pour la borne est délimité vers le bas par $120 - 1.126 \cdot 20 \approx 100$ et vers le haut par $120 + 1.126 \cdot 20 \approx 140$. Rappelons que tous les chiffres des tableaux sont arrondis à la dizaine mais que les calculs sont réalisés sur les chiffres exacts.

**Tableau annexe n° 3
Contrats verres et monture**

Information de synthèse sur les bornes obtenues en optique et en dentaire pour chaque classe

	Garantie dentaire (% du TC)				Garantie optique (francs)			
	Borne inférieure 75 % des bornes sont comprises entre		Borne supérieure 75 % des bornes sont comprises entre		Borne inférieure 75 % des bornes sont comprises entre		Borne inférieure 75 % des bornes sont comprises entre	
	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max
Faible	30	30	100	140	140	180	750	1230
Moyen en dentaire	70	180	220	290	450	650	1290	1560
Fort en optique	50	60	210	240	1410	1810	2600	2850
Fort en dentaire	230	390	530	630	280	1180	2420	3140

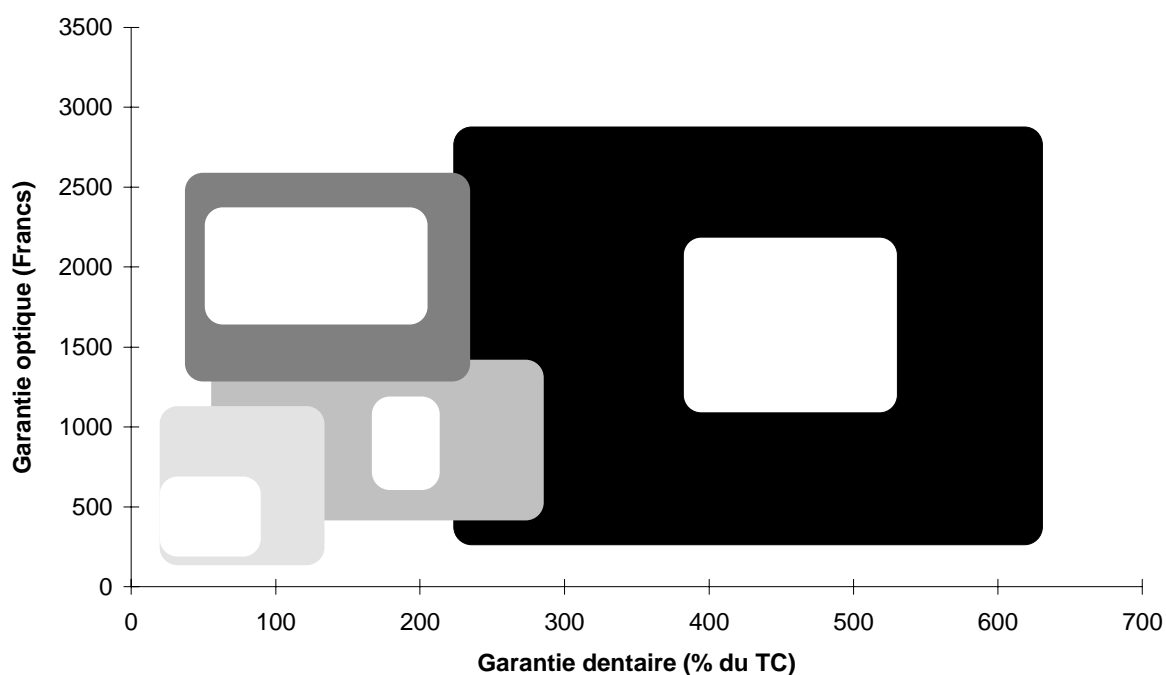
Source : CREDES-ESPS 1998

Nota bene : les chiffres sont arrondis à la dizaine

Guide de lecture : Dans 75 % des cas, pour la classe faible et la garantie dentaire, la borne inférieure est égale environ à 30 et la borne supérieure varie entre 100 et 140 ; pour la garantie optique, la borne inférieure est comprise entre 140 et 180 et la borne supérieure entre 750 et 1 230.

Le graphique ci-après a été construit sur la base du Tableau annexe n° 3. Il permet de visualiser les zones dans lesquelles les 4 classes sont disposées et les intervalles de confiance des bornes. A chaque classe on associe une frontière intérieure et extérieure. Le graphique permet de voir que si les « cœurs » des différentes classes sont disjoints, leurs frontières extérieures se recoupent de façon assez systématique, ce qui dénote l'imbrication que nous avons déjà évoquée et montre encore une fois que la robustesse de l'analyse n'est pas très forte. Ceci dit, lorsqu'on observe le « cœur » des classes, la typologie des contrats est globalement confirmée : faible en dentaire et en optique ; moyen en dentaire et légèrement meilleur en optique ; bon en optique et faible ou moyen en dentaire et enfin, bon en dentaire tous niveaux en optique.

**Graphique n° 14
Périmètres intérieurs et extérieurs des quatre classes
Contrats « Verres et montures »**



Source : CREDES-ESPS 1998

3.6.3 Contrats verre seul

Dans le cas des contrats exprimés en « verre seul », 16 échantillons sur 50 échappent à la forme initiale, ce qui représente 34 % des tirages.

Parmi, les 34 échantillons restant, la distribution des bornes des 4 catégories est modérément dispersée, les coefficients de variation allant de 0.10 à 0.30. Deux cas font exception, en ce que la dispersion des bornes est élevée : il s'agit de la borne inférieure pour les contrats de lunettes de la catégorie « Moyen en dentaire » ($CV > 1$) et de la borne supérieure pour les mêmes contrats et la même catégorie ($CV=0.58$).

Le Tableau annexe n° 4 ci-dessous donne pour chaque borne la moyenne et l'écart type de la distribution des P10 et des P90.

Tableau annexe n° 4
Contrats verres seuls

Information de synthèse sur les bornes obtenues en optique et en dentaire pour chaque classe

	Garantie dentaire (% du TC)		Garantie optique (francs)	
	Borne inférieure moyenne (écart type)	Borne supérieure moyenne (écart type)	Borne inférieure moyenne (écart type)	Borne inférieure moyenne (écart type)
Faible	20 (0)	100 (30)	90 (20)	680 (90)
Moyen en dentaire	100 (30)	240 (60)	650 (750)	1470 (850)
Fort en optique	50 (10)	200 (30)	1270 (270)	2650 (410)
Fort en dentaire	210 (40)	400 (40)	410 (170)	1810 (360)

Source : CREDES-ESPS 1998

Nota bene : les chiffres sont arrondis à la dizaine

Guide de lecture : pour la classe faible et la garantie dentaire la borne inférieure vaut en moyenne 20 % du TC (écart type inférieur à 5 approximé à 0) et la borne supérieure 100 % du TC (écart-type = 30). En optique, la borne inférieure de la même classe vaut en moyenne 90F et la borne supérieure 680francs

Sous l'hypothèse que les bornes ont une répartition « normale », on pourrait dire que trois échantillons sur quatre tombent dans les bornes suivantes (Cf. Tableau annexe n° 5 ci-après) :

Catégorie « Faible » : la borne supérieure en prothèses dentaires évolue entre 60 % et 130 % du TC, la borne supérieure en forfait optique évolue entre 580 francs et 780 francs.

Catégorie « Moyen en dentaire » : la borne inférieure en prothèses dentaires évolue entre 70 % et 120 %, et la borne supérieure entre 180 % et 310 % du TC, et la borne inférieure en forfait optique évolue entre -200 francs et 1 500 francs.

Catégorie « Fort en optique » : la borne supérieure en prothèses dentaires évolue entre 170 % et 230 % du TC, la borne inférieure en forfait optique évolue entre 970 francs et 1 570 francs.

Catégorie « Fort en dentaire » : la borne inférieure en prothèses dentaires évolue entre 170 % du TC et 260 % du TC.

**Tableau annexe n° 5
Contrats verres seuls**

Information de synthèse sur les bornes obtenues en optique et en dentaire pour chaque classe

	Garantie dentaire (% du TC)				Garantie optique (francs)			
	Borne inférieure 75 % des bornes sont comprises entre		Borne supérieure 75 % des bornes sont comprises entre		Borne inférieure 75 % des bornes sont comprises entre		Borne inférieure 75 % des bornes sont comprises entre	
	Min	Max	Min	Max	Min	Max	Min	Max
Faible	20	30	60	130	80	110	580	780
Moyen en dentaire	70	120	180	310	0	1 500	510	2 440
Fort en optique	30	60	170	230	970	1 570	2 180	3 110
Fort en dentaire	170	260	350	450	220	600	1 410	2 210

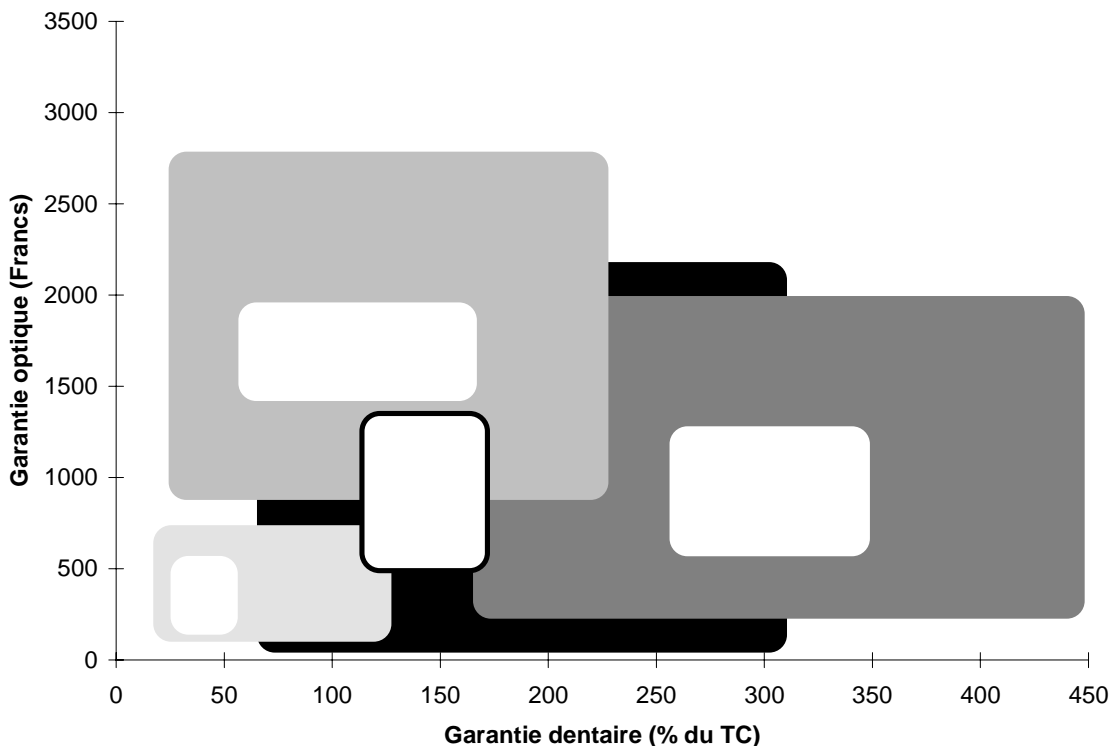
Source : CREDES-ESPS 1998

Nota bene : les chiffres sont arrondis à la dizaine

Guide de lecture : Dans 75 % des cas, pour la classe faible et la garantie dentaire, la borne inférieure est comprise entre 20 et 30 et la borne supérieure entre 60 et 130 ; pour la garantie optique, la borne inférieure est comprise entre 80 et 110 et la borne supérieure entre 580 et 780.

Le graphique ci-dessous illustre ces résultats. Il semble que sur les contrats « verres seuls », les classes soient moins bien disjointes notamment en ce qui concerne les frontières extérieures qui se chevauchent de façon plus importante que dans le cas « verres et montures ». Le contrat moyen dentaire (en noir) est en particulier difficile à distinguer des autres. Ceci dit, la configuration générale demeure identique.

**Graphique n° 15
Périmètres intérieurs et extérieurs des quatre classes
Contrats « Verres Seuls »**



Source : CREDES-ESPS 1998

En conclusion, cette analyse de robustesse montre que la catégorisation menée sur l'ensemble des contrats ne conduit pas à un résultat très stable. La classification des contrats finalement retenue est donc une approximation.

3.7 Analyse de la classification des contrats lorsque le remboursement optique est calculé sur la base du TC modal

Les classes ont des formes voisines de ce qu'on trouve en TC maximum, à condition de changer les limites d'élimination des points aberrants, en les ramenant à 600 % du TC en dentaire (inchangé) et 2 000 francs en optique au lieu de 3 400. Mais les bornes sont différentes, et, partant, la répartition des individus dans les classes.

Les catégories connexes reproduisant au mieux les effectifs des classes

Contrats libellés en verre seul :

- Faible : moins de 300 francs en optique, et moins de 75 % du TC en dentaire
- Moyen en dentaire : moins de 300 francs en optique, de 75 % à 250 % du TC en dentaire
- Fort en optique : plus de 300 francs en optique, moins de 250 % du TC en dentaire
- Fort en dentaire : plus de 250 % du TC en dentaire

Contrats libellés en verre et monture :

- Faible : moins de 300 francs en optique, et moins de 120 % du TC en dentaire
- Moyen en dentaire : moins de 300 francs en optique, et plus de 120 % du TC en dentaire
- Fort en optique : plus de 300 francs en optique et moins de 120 % du TC en dentaire
- Fort en dentaire : plus de 300 francs en optique et plus de 120 % du TC en dentaire

Au passage, on voit que la catégorie « fort en dentaire » est maintenant aussi « moyen en optique », elle exclue les contrats à moins de 300 francs en optique, qui font partie de la catégorie dite « moyen en dentaire ».

La répartition des catégories dans la population

Le taux global de contrats faibles est plus petit (on passe de 35 % à 22 %), mais la distribution des catégories de contrats selon les principales variables socio-économiques n'est pas modifiée. Le Tableau annexe n° 6 ci-dessous résume les effectifs des catégories selon l'hypothèse retenue pour exprimer les contrats libellés en pourcentage du TC en contrats libellés en forfaits.

Tableau annexe n° 6
Poids des différentes catégories de contrats selon l'hypothèse retenue pour exprimer les contrats optiques libellés en pourcentage du TC en contrats libellés en forfaits.

Catégorie	TC modal	TC maximum
Faible	22 %	35 %
Moyen dentaire	17 %	30 %
Fort optique	37 %	26 %
Fort dentaire	24 %	9 %

Tableaux de résultats

Tableaux de résultats

Tableau annexe n° 7
Profil des contrats exploitables et non exploitables selon les variables socio-économiques
 (non compris les inconnus)

	Contrat non exploitable		Contrat exploitable		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Type de couverture complémentaire						
Mutuelle	3 122	57,5	1 128	61,3	4 250	58,4
Caisse de prévoyance	801	14,7	273	14,8	1 074	14,8
Assurance	1 155	21,3	359	19,5	1 514	20,8
Ne sait pas	353	6,5	81	4,4	434	6,0
Assuré par son entreprise ou individuellement						
Collectif obligatoire	1 315	24,2	443	24,1	1 758	24,2
Collectif facultatif	1 475	27,2	568	30,9	2 043	28,1
Individuel	2 396	44,1	800	43,5	3 196	43,9
Autre ou inconnu	245	4,5	30	1,6	275	3,8
Age de l'assuré						
Moins 25 ans	504	9,3	146	7,9	650	8,9
25-39 ans	1 523	28,0	570	31,0	2 093	28,8
40-64 ans	2 411	44,4	876	47,6	3 287	45,2
65 ans et +	986	18,2	249	13,5	1 235	17,0
Etat matrimonial						
En couple	3 892	71,7	1 392	75,6	5 284	72,7
Divorcé, séparé, veuf	626	11,5	160	8,7	786	10,8
Célibataire	910	16,8	289	15,7	1 199	16,5
Profession de l'assuré (PCS)						
Agriculteur	289	5,3	50	2,7	339	4,7
Artisan - commerçant	289	5,3	94	5,1	383	5,3
Cadre et prof. libérale	753	13,9	278	15,1	1 031	14,2
Profession intermédiaire	1 128	20,8	478	26,0	1 606	22,1
Employé	1 251	23,0	449	24,4	1 700	23,4
Ouvrier	1 450	26,7	436	23,7	1 886	25,9
Jamais travaillé	258	4,8	55	3,0	313	4,3
Assuré fonctionnaire, salarié						
Fonctionnaire	1 395	25,7	459	24,9	1 854	25,5
Salarié du privé	3 140	57,8	1 156	62,8	4 296	59,1
non salarié	628	11,6	171	9,3	799	11,0
Jamais travaillé	267	4,9	55	3,0	322	4,4
Niveau d'étude						
CEP	1 173	21,6	281	15,3	1 454	20,0
CAP BEP	1 866	34,4	680	36,9	2 546	35,0
BAC ET +	2 203	40,6	850	46,2	3 053	42,0
Autres	72	1,3	15	0,8	87	1,2
Revenu du ménage par unité de consommation						
Inconnu	1 061	19,5	190	10,3	1 251	17,2
Moins 4000F/uc	1 090	20,1	308	16,7	1 398	19,2
4000 à 6000 F/uc	1 245	22,9	499	27,1	1 744	24,0
6000 à 8000 F/uc	817	15,0	355	19,3	1 172	16,1
Plus de 8000F/uc	1 218	22,4	489	26,6	1 707	23,5
Tranche d'unité urbaine						
Communes rurales	1 650	30,4	530	28,8	2 180	30,0
Unité urbaine < 20 000 hbts	953	17,5	328	17,8	1 281	17,6
20 000 à 199 999 hbts	1 138	21,0	423	23,0	1 561	21,5
200 000 à 1 999 999 hbts	1 007	18,5	337	18,3	1 344	18,5
Unité urbaine de Paris	683	12,6	223	12,1	906	12,5
Ensemble	5 431	100	1 841	100	7 272	100

Source : CREDES-ESPS 1998

Tableau annexe n° 8
Profil des contrats exploitables et non exploitables selon les variables de couverture
complémentaire
(non compris les inconnus)

	Contrat non exploitable			Contrat exploitable			Ensemble		
	Effectif	% tot.	% (1)	Effectif	% tot.	% (1)	Effectif	% tot.	% (1)
Appréciation des cotisations									
Plutôt chère ou très chère	2 292	42,2	56,5	913	49,6	55,5	3 205	44,1	56,2
Plutôt pas chère ou pas chère	1 762	32,4	43,5	731	39,7	44,5	2 493	34,3	43,8
Non déclaré	1 377	25,4	-	197	10,7	-	1 574	21,6	-
Remboursements des dépassements de spécialiste									
Oui	1 768	32,6	54,6	774	42,0	54,2	2 542	35,0	54,5
Non	1 468	27,0	45,4	655	35,6	45,8	2 123	29,2	45,5
Ne sait pas	1 314	24,2	-	361	19,6	-	1 675	23,0	-
Inconnu	881	16,2	-	51	2,8	-	932	12,8	-
Appréciation du niveau de remboursements des soins de spécialiste									
Bien	3 033	55,8	77,1	1 249	67,8	76,3	4 282	58,9	76,9
Moyennement	634	11,7	16,1	272	14,8	16,6	906	12,5	16,3
Mal	267	4,9	6,8	115	6,2	7,0	382	5,3	6,9
Non déclaré	1 497	27,6	-	205	11,1	-	1 702	23,4	-
Ensemble	5 431	100	-	1 841	100	-	7 272	100	-

(1) non compris les inconnus

Source : CREDES-ESPS 1998

Tableau annexe n° 9
Profil des contrats exploitables et non exploitables selon les variables de morbidité
 (non compris les inconnus)

	Contrat non exploitable		Contrat exploitable		Ensemble	
	Effectif	%	Effectif	%	Effectif	%
Note sur votre état de santé						
Inférieure ou égale à 6	1 019	20,9	315	17,2	1 334	19,9
7	656	13,4	274	15,0	930	13,8
8	1 249	25,6	501	27,3	1 750	26,1
9	902	18,5	352	19,2	1 254	18,7
10	1 057	21,6	390	21,3	1 447	21,5
Degré d'invalidité						
Pas de gêne	527	10,8	157	8,6	684	10,2
Gêne infime	574	11,8	243	13,3	817	12,2
Peu Gêné	1 038	21,3	430	23,5	1 468	21,9
Gêné mais vie normale	1 463	30,0	558	30,5	2 021	30,1
Diminution activité	890	18,2	333	18,2	1 223	18,2
Gêne très importante	391	8,0	111	6,1	502	7,5
Etat des dents						
Toutes intactes	466	9,5	116	6,3	582	8,7
Toutes dont traitées	2 704	55,4	1 087	59,3	3 791	56,5
Perdu une partie	979	20,0	374	20,4	1 353	20,1
Perdu presque toutes	577	11,8	225	12,3	802	11,9
Inconnu	157	3,2	30	1,6	187	2,8
Portez-vous une prothèse dentaire ?						
Oui	1 803	36,9	805	43,9	2 608	38,8
Non	2 889	59,2	949	51,8	3 838	57,2
Inconnu	191	4,0	78	4,3	269	4,0
Au cours 12 mois, pose de prothèses dentaires ?						
Oui	515	10,5	221	12,1	736	11,0
Non	4 279	87,6	1 582	86,4	5 861	87,3
Ne sait pas	89	1,8	29	1,6	118	1,8
Portez-vous des lunettes ?						
Oui	2 892	59,2	1 141	62,3	4 033	60,1
Non	1 924	39,4	672	36,7	2 596	38,7
Inconnu	67	1,4	19	1,0	86	1,2
Ensemble Q. santé exploitable	4 883	100	1 832	100	6 715	100
Questionnaire santé exploitable	4 883	89,9	1 832	99,5	6 715	92,3
Questionnaire santé inexploitable	548	10,1	9	0,5	557	7,7
Ensemble	5 431	100	1 841	100	7 272	100

Source : CREDES-ESPS 1998

Tableau annexe n° 10
Profils des garanties selon les variables de couverture complémentaire
(ensemble des contrats avec niveau)

	Faible		Moyen en dentaire		Fort en optique		Fort en dentaire		Ensemble	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Type de couverture complémentaire										
Mutuelle	420	63,4	318	56,8	335	67,8	59	34,1	1 132	59,9
Caisse de prévoyance	81	12,2	88	15,7	78	15,8	46	26,6	293	15,5
Assurance	134	20,2	128	22,9	64	13,0	53	30,6	379	20,1
Ne sait pas	28	4,2	26	4,6	17	3,4	15	8,7	86	4,6
Mode d'obtention de la complémentaire										
Par son entreprise, obligatoire	95	14,3	157	28,0	139	28,1	86	49,7	477	25,2
Par son entreprise, non obligatoire	151	22,8	189	33,8	186	37,7	56	32,4	582	30,8
par sa propre initiative	407	61,4	206	36,8	157	31,8	31	17,9	801	42,4
Inconnu	10	1,5	8	1,4	12	2,4	-	-	30	1,6
Appréciation du niveau des cotisations										
Plutôt chère ou très chère	350	52,8	267	47,7	243	49,2	70	40,5	930	49,2
Plutôt pas chère ou pas chère	239	36,1	233	41,6	206	41,7	81	46,8	759	40,2
Non déclaré	74	11,2	60	10,7	45	9,1	22	12,7	201	10,6
Dépassement de spécialiste										
Oui	203	30,6	258	46,1	241	48,8	110	63,6	812	43,0
Non	294	44,3	175	31,3	160	32,4	30	17,3	659	34,9
Ne sait pas	153	23,1	108	19,3	77	15,6	29	16,8	367	19,4
Non rempli	13	2,0	19	3,4	16	3,2	4	2,3	52	2,8
Remboursement des lunettes										
Bien	151	22,8	229	40,9	230	46,6	103	59,5	713	37,7
Moyennement	190	28,7	173	30,9	162	32,8	38	22,0	563	29,8
Mal	247	37,3	105	18,8	73	14,8	17	9,8	442	23,4
Non déclaré	75	11,3	53	9,5	29	5,9	15	8,7	172	9,1
Remboursement des prothèses dentaires										
Bien	169	25,5	257	45,9	219	44,3	109	63,0	754	39,9
Moyennement	200	30,2	166	29,6	149	30,2	30	17,3	545	28,8
Mal	199	30,0	79	14,1	68	13,8	16	9,3	362	19,2
Non déclaré	95	14,3	58	10,4	58	11,7	18	10,4	229	12,1
Remboursement des soins de spécialiste										
Bien	392	59,1	407	72,7	351	71,1	142	82,1	1 292	68,4
Moyennement	133	20,1	68	12,1	64	13,0	9	5,2	274	14,5
Mal	58	8,8	27	4,8	26	5,3	5	2,9	116	6,1
Non déclaré	80	12,1	58	10,4	53	10,7	17	9,8	208	11,0
Contrat individuel ou familial										
Individuel	348	52,5	223	39,8	199	40,3	66	38,2	836	44,2
Familial	315	47,5	337	60,2	295	59,7	107	61,9	1 054	55,8
Ensemble	663	100	560	100	494	100	173	100	1 890	100

Source : CREDES-ESPS 1998

Tableau annexe n° 11
Profils socio-démographiques des personnes souscrivant les contrats selon le niveau de
couverture complémentaire (ensemble des contrats dont on connaît le niveau)
Dernière colonne : Profil des personnes de référence des ménages non-assurés

Description de l'assuré ou de la personne de référence	Faible		Moyen en dentaire		Fort en optique		Fort en dentaire		Ensemble		Ménage non assuré	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Age												
Moins 25 ans	69	10,4	25	4,5	20	4,1	8	4,6	122	6,5	31	3,9
25-39 ans	217	32,7	187	33,4	151	30,6	61	35,3	616	32,6	223	28,0
40-64 ans	265	40,0	287	51,3	258	52,2	92	53,2	902	47,7	399	50,1
65 ans et +	112	16,9	61	10,9	65	13,2	12	6,9	250	13,2	137	17,2
Niveau d'étude												
Non scolarisé, jamais scolarisé	2	0,3	-	-	-	-	1	0,6	3	0,2	53	6,7
Maternelle, primaire, CEP	117	17,7	75	13,4	75	15,2	13	7,5	280	14,8	176	22,1
1er cycle	260	39,2	189	33,8	192	38,9	47	27,2	688	36,4	312	39,2
2nd cycle	91	13,7	105	18,8	74	15,0	32	18,5	302	16,0	88	11,0
Supérieur	179	27,0	185	33,0	145	29,4	78	45,1	587	31,1	120	15,1
Autre	8	1,2	4	0,7	2	0,4	1	0,6	15	0,8	11	1,4
Inconnu	6	0,9	2	0,4	6	1,2	1	0,6	15	0,8	37	4,6
Occupation principale												
Actif occupé	399	60,2	416	74,3	350	70,9	139	80,4	1 304	69,0	375	47,1
Chômeur	41	6,2	24	4,3	12	2,4	1	0,6	78	4,1	180	22,6
Retraité / veuf	168	25,3	106	18,9	116	23,5	29	16,8	419	22,2	173	21,7
Femme au foyer	11	1,7	7	1,3	6	1,2	-	-	24	1,3	15	1,9
Autre inactif	12	1,8	2	0,4	2	0,4	-	-	16	0,9	41	5,1
Contingent, enfant	32	4,8	5	0,9	8	1,6	4	2,3	49	2,6	12	1,5
Exonération du ticket modérateur												
Exonéré par AMG	1	0,2	-	-	1	0,2	-	-	2	0,1	112	14,1
Exonéré pour ALD	73	11,0	39	7,0	44	8,9	6	3,5	162	8,6	99	12,4
Exonéré Invalidité, handicap...	4	0,6	5	0,9	5	1,0	-	-	14	0,7	29	3,6
Exonéré autre motif	5	0,8	6	1,1	3	0,6	1	0,6	15	0,8	8	1,0
Non exonéré	576	86,9	507	90,5	441	89,3	164	94,8	1 688	89,3	515	64,6
Inconnu	4	0,6	3	0,5	-	-	2	1,2	9	0,5	34	4,3
Tranche d'unité urbaine du ménage												
Communes rurales	201	30,3	157	28,0	130	26,3	49	28,3	537	28,4	146	18,3
unité urbaine < 20 000 hbts	143	21,6	84	15,0	79	16,0	31	17,9	337	17,8	121	15,2
20 000 à 199 999 hbts	134	20,2	132	23,6	140	28,3	25	14,5	431	22,8	157	19,7
200 000 à 1 999 999 hbts	112	16,9	117	20,9	88	17,8	30	17,3	347	18,4	176	22,1
unité urbaine de Paris	73	11,0	70	12,5	57	11,5	38	22,0	238	12,6	197	24,7
PCS												
Agriculteur	18	2,7	18	3,2	10	2,0	4	2,3	50	2,7	38	4,8
Artisan commerçant	48	7,2	24	4,3	17	3,4	5	2,9	94	5,0	67	8,4
Cadre et profession intellectuelle	54	8,1	100	17,9	86	17,4	66	38,2	306	16,2	65	8,2
Profession intermédiaire	166	25,0	158	28,2	118	23,9	44	25,4	486	25,7	77	9,7
Employé	165	24,9	128	22,9	140	28,3	23	13,3	456	24,1	179	22,5
Ouvrier qualifié	115	17,4	83	14,8	91	18,4	24	13,9	313	16,6	192	24,1
Ouvrier non qualifié	60	9,1	40	7,1	24	4,9	4	2,3	128	6,8	146	18,3
Non précisé	37	5,6	9	1,6	8	1,6	3	1,7	57	3,0	33	4,1
Statut												
Fonctionnaires	125	18,9	113	20,2	101	20,5	16	9,3	355	18,8	72	9,0
Salariés agricoles	9	1,4	9	1,6	13	2,6	1	0,6	32	1,7	16	2,0
Autres salariés	420	63,4	373	66,6	339	68,6	144	83,2	1 276	67,5	555	69,6
Non salariés	73	11,0	56	10,0	33	6,7	9	5,2	171	9,1	124	15,6
Inconnu	36	5,4	9	1,6	8	1,6	3	1,7	56	3,0	30	3,8
Revenu par unité de consommation du ménage												
Moins 4000F/uc	136	20,5	79	14,1	77	15,6	20	11,6	312	16,5	332	41,7
4000 à 6000 F/uc	186	28,1	159	28,4	132	26,7	31	17,9	508	26,9	102	12,8
6000 à 8000 F/uc	128	19,3	103	18,4	102	20,7	27	15,6	360	19,1	38	4,8
Plus de 8000F/uc	142	21,4	161	28,8	131	26,5	81	46,8	515	27,3	57	7,2
inconnu	71	10,7	58	10,4	52	10,5	14	8,1	195	10,3	268	33,6
Ensemble	663	100	560	100	494	100	173	100	1 890	100	797	100

Source : CREDES-ESPS 1998

Tableau annexe n° 11 bis
Profils socio-démographiques des personnes souscrivant les contrats « ticket modérateur »
ou l'ensemble des autres contrats dont on connaît le niveau

Description de l'assuré ou de la personne de référence	Contrat TM		Autre contrat		Garantie non remplie		Ensemble	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Age								
Moins 25 ans ans	36	9,7	99	5,8	409	7,9	544	7,5
25-39 ans	131	35,3	543	31,5	1 525	29,5	2 199	30,2
40-64 ans	141	38,0	866	50,3	2 280	44,0	3 287	45,2
65 ans et +	63	17,0	215	12,5	957	18,5	1 235	17,0
Niveau d'étude								
Non scolarisé, jamais scolarisé	1	0,3	4	0,2	59	1,1	64	0,9
Maternelle, primaire, CEP	68	18,3	241	14,0	1 082	20,9	1 391	19,1
1er cycle, 6ème jusqu'à CAP et BEP	137	36,9	616	35,8	1 794	34,7	2 547	35,0
2nd cycle, Bac technique (BT), Baccalauréat	53	14,3	287	16,7	732	14,1	1 072	14,7
Supérieur	106	28,6	545	31,6	1 331	25,7	1 982	27,3
Autre	2	0,5	16	0,9	69	1,3	87	1,2
Inconnu	4	1,1	14	0,8	111	2,1	129	1,8
Occupation principale								
Actif occupé	223	60,1	1 235	71,7	3 310	63,9	4 768	65,6
Chômeur	30	8,1	53	3,1	192	3,7	275	3,8
Retraité / veuf	89	24,0	368	21,4	1 307	25,2	1 764	24,3
Femme au foyer	5	1,4	22	1,3	88	1,7	115	1,6
Autre inactif	6	1,6	12	0,7	58	1,1	76	1,1
Contingent, enfant	18	4,9	33	1,9	222	4,3	273	3,8
Exonération du ticket modérateur								
Exonéré par AMG	1	0,3	1	0,1	10	0,2	12	0,2
Toutes, dont certaines traitées/remplacées	36	9,7	152	8,8	501	9,7	689	9,5
Exonéré Invalidité, handicap, ...	3	0,8	14	0,8	66	1,3	83	1,1
Exonéré autre motif	1	0,3	14	0,8	42	0,8	57	0,8
Non exonéré	328	88,4	1 534	89,0	4 483	86,6	6 345	87,3
Inconnu	2	0,5	8	0,5	76	1,5	86	1,2
Tranche d'unité urbaine du ménage								
Communes rurales	107	28,8	479	27,8	1 594	30,8	2 180	30,0
Unité urbaine < 20 000 hbts	79	21,3	299	17,4	903	17,4	1 281	17,6
20 000 à 199 999 hbts	79	21,3	399	23,2	1 083	20,9	1 561	21,5
200 000 à 1 999 999 hbts	65	17,5	319	18,5	960	18,5	1 344	18,5
Unité urbaine de Paris	41	11,1	227	13,2	638	12,3	906	12,5
PCS								
Agriculteur	7	1,9	49	2,8	283	5,5	339	4,7
Artisan commerçant	13	3,5	97	5,6	273	5,3	383	5,3
Cadre et profession intellectuelle	30	8,1	318	18,5	684	13,2	1 032	14,2
Profession intermédiaire	98	26,4	431	25,0	1 077	20,8	1 606	22,1
Employé	99	26,7	399	23,2	1 204	23,3	1 702	23,4
Ouvrier qualifié	64	17,3	288	16,7	951	18,4	1 303	17,9
Ouvrier non qualifié	39	10,5	103	6,0	441	8,5	583	8,0
Non précisé	21	5,7	38	2,2	265	5,1	324	4,5
Statut								
Fonctionnaires	85	22,9	305	17,7	1 063	20,5	1 453	20,0
Salariés agricoles	6	1,6	30	1,7	107	2,1	143	2,0
Autres salariés	239	64,4	1 179	68,4	3 136	60,6	4 554	62,6
Non salariés	19	5,1	172	10,0	608	11,7	799	11,0
Inconnu	22	5,9	37	2,2	264	5,1	323	4,4
Revenu par unité de consommation du ménage								
Moins 4000F/uc	70	18,9	277	16,1	1 051	20,3	1 398	19,2
4000 à 6000 F/uc	99	26,7	461	26,8	1 184	22,9	1 744	24,0
6000 à 8000 F/uc	73	19,7	326	18,9	773	14,9	1 172	16,1
Plus de 8000F/uc	89	24,0	477	27,7	1 141	22,0	1 707	23,5
Inconnu	40	10,8	182	10,6	1 029	19,9	1 251	17,2
Ensemble	371	100	1 723	100	5 178	100	7 272	100

Source : CREDES-ESPS 1998

Tableau annexe n° 12
Profils morbides des personnes souscrivant les contrats selon le niveau de couverture
complémentaire (ensemble des contrats dont on connaît le niveau)
Dernière colonne : Profil des personnes de référence des ménage non-assurés

Description de l'assuré ou de la personne de référence	Faible		Moyen en dentaire		Fort en optique		Fort en dentaire		Ensemble		Ménage non assuré	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Appréciation personnelle de son état de santé												
1 à 5	64	9,7	44	7,9	34	6,9	12	7,0	154	8,2	78	15,2
6 à 8	303	45,8	277	49,6	232	47,3	82	48,0	894	47,5	210	40,9
9 à 10	266	40,2	216	38,7	208	42,4	74	43,3	764	40,6	186	36,2
inconnu	28	4,2	21	3,8	17	3,5	3	1,8	69	3,7	40	7,8
Risque Vital												
Aucun indice (0)	137	20,7	112	20,1	107	21,8	47	27,5	403	21,4	91	17,7
Risque faible (1,2)	350	53,0	302	54,1	258	52,6	93	54,4	1 003	53,3	259	50,4
Risque possible (3)	130	19,7	117	21,0	102	20,8	24	14,0	373	19,8	118	23,0
Risque important (4,5)	44	6,7	26	4,7	24	4,9	6	3,5	100	5,3	43	8,4
Inconnu	-	-	1	0,2	-	-	1	0,6	2	0,1	3	0,6
Degré d'invalidité												
Pas de gêne ou infime (0,1)	146	22,1	116	20,8	103	21,0	46	26,9	411	21,9	125	24,3
Peu gêné (2)	161	24,4	123	22,0	119	24,2	41	24,0	444	23,6	81	15,8
Gêné mais vie normale (3)	183	27,7	188	33,7	153	31,2	54	31,6	578	30,7	131	25,5
Activité restreinte (4,5)	165	25,0	128	22,9	114	23,2	27	15,8	434	23,1	165	32,1
Pas d'autonomie (6,7)	6	0,9	2	0,4	2	0,4	2	1,2	12	0,6	10	2,0
Inconnu	-	-	1	0,2	-	-	1	0,6	2	0,1	2	0,4
Etat des dents												
Toutes les dents intactes/en bon état	55	8,3	30	5,4	24	4,9	9	5,3	118	6,3	63	12,3
Toutes, dont certaines traitées/remplacées	377	57,0	336	60,2	297	60,5	110	64,3	1 120	59,5	216	42,0
Perdu une partie des dents, mais sans besoin de prothèse dentaire	128	19,4	113	20,3	107	21,8	37	21,6	385	20,5	134	26,1
Perdu toutes/presque toutes les dents	91	13,8	66	11,8	57	11,6	13	7,6	227	12,1	82	16,0
Inconnu	10	1,5	13	2,3	6	1,2	2	1,2	31	1,7	19	3,7
Portez-vous des lunettes ?												
Oui	388	58,7	350	62,7	331	67,4	103	60,2	1 172	62,3	260	50,6
Non	260	39,3	204	36,6	159	32,4	66	38,6	689	36,6	248	48,3
Inconnu	13	2,0	4	0,7	1	0,2	2	1,2	20	1,1	6	1,2
Portez-vous une prothèse dentaire ?												
Oui	252	38,1	262	47,0	229	46,6	90	52,6	833	44,3	108	21,0
Non	378	57,2	269	48,2	248	50,5	74	43,3	969	51,5	391	76,1
Inconnu	31	4,7	27	4,8	14	2,9	7	4,1	79	4,2	15	2,9
Portez-vous une prothèse dentaire amovible?												
Oui	139	21,0	107	19,2	98	20,0	27	15,8	371	19,7	95	18,5
Non	478	72,3	423	75,8	376	76,6	135	79,0	1 412	75,1	404	78,6
Inconnu	44	6,7	28	5,0	17	3,5	9	5,3	98	5,2	15	2,9
Ensemble	661	100	558	100	491	100	171	100	1 881	100	514	100

Source : CREDES-ESPS 1998

Tableau annexe n° 12 bis
Profils morbides des personnes souscrivant les contrats « ticket modérateur »
ou l'ensemble des autres contrats dont on connaît le niveau

Description de l'assuré ou de la personne de référence	Contrat TM		Autre contrat		Garantie non remplie		Ensemble	
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Appréciation personnelle de son état de santé								
1 à 5	36	9,8	129	7,5	472	10,2	637	9,5
65 ans et plus	167	45,4	836	48,8	2 039	44,0	3 042	45,3
9 à 10	153	41,6	689	40,2	1 859	40,1	2 701	40,2
inconnu	12	3,3	61	3,6	262	5,7	335	5,0
Risque Vital								
Aucun indice (0)	72	19,6	379	22,1	987	21,3	1 438	21,4
Risque faible (1,2)	203	55,2	902	52,6	2 467	53,3	3 572	53,2
Risque possible (3)	69	18,8	342	19,9	847	18,3	1 258	18,7
Risque important (4,5)	24	6,5	90	5,3	314	6,8	428	6,4
Inconnu	,	,	2	0,1	17	0,4	19	0,3
Degré d'invalidité								
Pas de gêne ou infime (0,1)	84	22,8	374	21,8	1 043	22,5	1 501	22,4
Peu gêné (2)	83	22,6	402	23,4	983	21,2	1 468	21,9
Gêné mais vie normale (3)	111	30,2	531	31,0	1 379	29,8	2 021	30,1
Activité restreinte (4,5)	86	23,4	394	23,0	1 137	24,6	1 617	24,1
Pas d'autonomie (6,7)	4	1,1	12	0,7	72	1,6	88	1,3
Inconnu	,	,	2	0,1	18	0,4	20	0,3
Etat des dents								
Toutes les dents intactes/en bon état	25	6,8	111	6,5	446	9,6	582	8,7
Toutes, dont certaines traitées/remplacées	225	61,1	1 019	59,4	2 547	55,0	3 791	56,5
Perdu une partie des dents, mais sans besoin de prothèse dentaire	62	16,9	360	21,0	931	20,1	1 353	20,2
Perdu toutes/presque toutes les dents	52	14,1	195	11,4	555	12,0	802	11,9
Inconnu	4	1,1	30	1,8	153	3,3	187	2,8
Portez-vous des lunettes ?								
Oui	211	57,3	1 082	63,1	2 740	59,2	4 033	60,1
Non	148	40,2	621	36,2	1 827	39,4	2 596	38,7
Inconnu	9	2,5	12	0,7	65	1,4	86	1,3
Portez-vous une prothèse dentaire ?								
Oui	147	40,0	782	45,6	1 679	36,3	2 608	38,8
Non	207	56,3	861	50,2	2 770	59,8	3 838	57,2
Inconnu	14	3,8	72	4,2	183	4,0	269	4,0
Portez-vous une prothèse dentaire amovible?								
Oui	78	21,2	325	19,0	850	18,4	1 253	18,7
Non	269	73,1	1 301	75,9	3 574	77,2	5 144	76,6
Inconnu	21	5,7	89	5,2	208	4,5	318	4,7
Ensemble	368	100	1 715	100	4 632	100	6 715	100

Source : CREDES-ESPS 1998

Tableau annexe n° 13
Profils socio-démographiques des personnes peu ou pas couvertes par une couverture complémentaire

	Sans couv. comp.	Couv. comp. faible	Ensemble faible	Effectif faible	Forfait optique moyen	Taux dentaire moyen
Age du bénéficiaire						
Moins 25 ans	19 %	24 %	42 %	3 312	1 075,30	167 %
25-39 ans	15 %	28 %	43 %	2 309	1 010,00	156 %
40-64 ans	12 %	26 %	38 %	2 757	1 127,50	162 %
65 ans et +	14 %	39 %	52 %	1 188	921,20	127 %
Exonération du ticket modérateur						
Exonéré par AMG	97 %	2 %	99 %	485	502,03	55 %
Exonéré pour ALD	18 %	33 %	51 %	774	1 007,90	129 %
Exonéré Invalidité, handicap, ...	39 %	18 %	57 %	110	1 352,60	141 %
Exonéré autre motif	31 %	25 %	56 %	90	921,82	142 %
Non exonéré	12 %	27 %	39 %	7 969	1 065,90	161 %
Inconnu	63 %	12 %	76 %	176	700,46	150 %
Milieu social						
inconnu	56 %	33 %	89 %	243	365,26	74 %
Agriculteur	15 %	31 %	46 %	344	952,38	117 %
Artisan commerçant	19 %	34 %	53 %	684	1 101,40	128 %
Cadre et profession intellectuelle	6 %	18 %	24 %	983	1 408,50	217 %
Profession intermédiaire	6 %	31 %	37 %	1 992	990,91	152 %
Employé	23 %	23 %	45 %	1 444	1 037,20	141 %
Ouvrier qualifié	17 %	30 %	47 %	2 781	971,95	145 %
Ouvrier non qualifié	35 %	24 %	59 %	1 132	851,20	147 %
Revenu du ménage par unité de consommation						
Moins 3000F/uc	40 %	25 %	65 %	2 081	850,39	131 %
3000 à 5000 F/uc	10 %	29 %	39 %	2 269	1 060,40	153 %
5000 à 8000 F/uc	5 %	32 %	37 %	2 402	982,09	156 %
Plus de 8000F/uc	5 %	23 %	28 %	1 223	1 298,50	188 %
Inconnu	38 %	19 %	56 %	1 629	1 021,90	146 %
Tranche d'unité urbaine						
Communes rurales	10 %	30 %	40 %	2 561	989,13	164 %
Unité urbaine < 20 000 hbts	13 %	35 %	48 %	1 930	990,53	145 %
20 000 à 199 999 hbts	15 %	24 %	39 %	1 967	1 095,00	143 %
200 000 à 1 999 999 hbts	16 %	24 %	40 %	1 713	1 071,70	160 %
Unité urbaine de Paris	28 %	19 %	47 %	1 433	1 291,60	193 %
Ensemble	15 %	27 %	42 %	9 604	1 060,90	158 %

Source : CREDES-ESPS 1998

Remarque : les montants moyens de garantie sont supérieurs à ceux trouvés sur la population des contrats alors qu'on a ajouté environ 15 % de zéro (population non couverte). Il y a deux raisons à cela : tout d'abord, le présent tableau est calculé sur la population des bénéficiaires, et non sur les seuls souscripteurs, or les contrats familiaux sont plus généreux que la moyenne. En second lieu, on n'a retenu dans ce tableau que le meilleur contrat lorsque les individus étaient bénéficiaires de plusieurs contrats.

Tableau annexe n° 14
Profils morbides des personnes peu ou pas couvertes par une couverture complémentaire

	Sans couv. comp.	Couv. comp. faible	Ensemble faible	Effectif faible	Forfait optique moyen	Taux dentaire moyen
Incapacité regroupée						
Pas de gêne ou infime (0,1)	12 %	26 %	38 %	2 945	1 103 F	168 %
Peu gêné (2)	9 %	29 %	37 %	1 647	1 055 F	155 %
Gêné mais vie normale (3)	8 %	30 %	38 %	2 018	1 035 F	158 %
Activité restreinte (4,5)	11 %	32 %	44 %	1 596	1 028 F	139 %
Pas d'autonomie (6,7)	33 %	32 %	64 %	86	688 F	322 %
Inconnu	89 %	4 %	93 %	1 315	1 096 F	170 %
Risque Vital regroupé						
Aucun indice (0)	11 %	26 %	36 %	3 089	1 116 F	168 %
Risque faible (1,2)	10 %	29 %	39 %	3 552	1 029 F	156 %
Risque possible (3)	10 %	31 %	42 %	1 235	1 012 F	141 %
Risque important (4,5)	14 %	36 %	50 %	414	1 025 F	150 %
Inconnu	89 %	4 %	93 %	1 317	1 096 F	170 %
Note regroupée						
1 à 5	16 %	34 %	50 %	794	890 F	151 %
6 à 8	9 %	30 %	39 %	3 107	1 056 F	157 %
9 à 10	10 %	26 %	36 %	3 986	1 103 F	162 %
Inconnu	64 %	14 %	78 %	1 720	884 F	134 %
Etat des dents						
Inconnu	54 %	12 %	66 %	1 734	1 048 F	161 %
Toutes les dents intactes/en bon état	14 %	27 %	41 %	1 896	1 057 F	163 %
Toutes, dont certaines traitées/remplacées	8 %	28 %	36 %	3 851	1 103 F	161 %
Perdu une partie des dents, mais sans besoin de prothèse dentaire	11 %	29 %	40 %	1 267	1 020 F	154 %
Perdu toutes/presque toutes les dents	11 %	36 %	47 %	858	905 F	135 %
Ensemble	15 %	27 %	42 %	9 607	1 061 F	158 %

Source : CREDES-ESPS 1998

Tableau annexe n° 15
Profils socio-démographiques des personnes peu ou pas couvertes
par une couverture complémentaire hypothèse TC modal en optique (48 francs)

	Sans couv. comp	Couv. comp. faible	Ensemble faible	Forfait optique moyen	Taux dentaire moyen
Age du bénéficiaire					
Moins 25 ans	19 %	15 %	33 %	623 F	163 %
25-39 ans	15 %	17 %	31 %	561 F	153 %
40-64 ans	12 %	17 %	29 %	613 F	159 %
65 ans et plus	14 %	27 %	40 %	455 F	127 %
Exonération du ticket modérateur					
Exonéré par AMG	97 %	2 %	99 %	98 F	55 %
Exonéré pour ALD	18 %	20 %	38 %	516 F	130 %
Exonéré Invalidité, handicap	39 %	6 %	45 %	581 F	141 %
Exonéré autre motif	31 %	11 %	42 %	600 F	142 %
Non exonéré	12 %	17 %	29 %	594 F	158 %
Inconnu	63 %	10 %	74 %	495 F	150 %
Milieu social en 7 classes					
Inconnu	52 %	14 %	67 %	230 F	101 %
Agriculteur	15 %	24 %	39 %	422 F	117 %
Artisan commerçant	19 %	26 %	44 %	496 F	129 %
Cadre et profession intellectuelle	6 %	10 %	17 %	761 F	213 %
Profession intermédiaire	6 %	19 %	26 %	575 F	151 %
Employé	23 %	16 %	39 %	556 F	139 %
Ouvrier qualifié	17 %	17 %	34 %	578 F	140 %
Ouvrier non qualifié	35 %	16 %	51 %	448 F	147 %
Revenu par unité de consommation					
Moins 3000F/uc	40 %	18 %	58 %	536 F	129 %
3000 à 5000 F/uc	10 %	16 %	27 %	584 F	148 %
5000 à 8000 F/uc	5 %	19 %	24 %	558 F	155 %
Plus de 8000F/uc	5 %	16 %	21 %	666 F	184 %
Inconnu	37 %	13 %	50 %	577 F	145 %
Tranche d'unité urbaine					
Communes rurales	10 %	18 %	28 %	610 F	160 %
Unité urbaine < 20 000 hbts	13 %	22 %	35 %	502 F	142 %
20 000 à 199 999 hbts	15 %	16 %	31 %	510 F	142 %
200 000 à 1 999 999 hbts	16 %	15 %	31 %	653 F	160 %
Unité urbaine de Paris	29 %	13 %	42 %	722 F	189 %
Ensemble	15 %	17 %	32 %	588 F	156 %

Source : CREDES-ESPS 1998

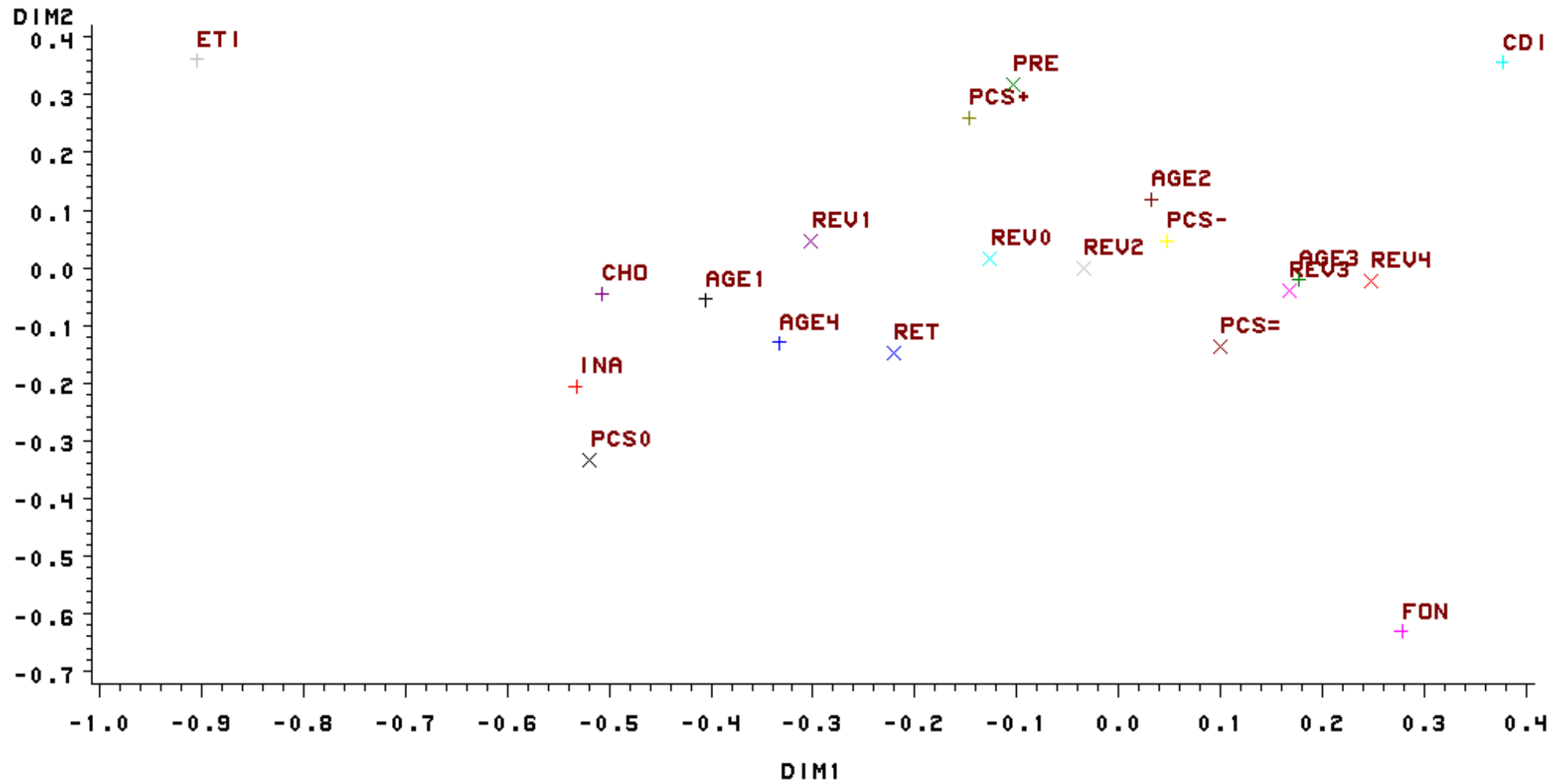
Tableau annexe n° 16
Profils morbides des personnes peu ou pas couvertes par une couverture complémentaire
hypothèse TC modal en optique (48 francs)

	Sans couv. comp.	Couv. comp. faible	Ensemble faible	Forfait optique moyen	Taux dentaire moyen
Invalidité regroupée					
Pas de gêne ou infime (0,1)	12 %	17 %	29 %	606 F	164 %
Peu gêné (2)	9 %	16 %	24 %	607 F	153 %
Gêné mais vie normale (3)	8 %	19 %	27 %	581 F	155 %
Activité restreinte (4,5)	11 %	22 %	33 %	542 F	140 %
Pas d'autonomie (6.7)	33 %	16 %	49 %	311 F	322 %
Inconnu	89 %	3 %	92 %	648 F	165 %
Risque Vital regroupé					
Aucun indice (0)	11 %	16 %	27 %	626 F	165 %
Risque faible (1.2)	10 %	18 %	28 %	575 F	153 %
Risque possible (3)	10 %	21 %	31 %	532 F	141 %
Risque important (4.5)	14 %	23 %	37 %	532 F	151 %
Inconnu	89 %	3 %	92 %	648 F	165 %
Note regroupée					
1 à 5	16 %	20 %	36 %	497 F	149 %
6 à 8	9 %	18 %	27 %	595 F	153 %
9 à 10	10 %	17 %	27 %	608 F	161 %
inconnu	64 %	10 %	74 %	440 F	136 %
Etat des dents					
Inconnu	54 %	8 %	62 %	629 F	160 %
Toutes les dents intactes/en bon état	14 %	17 %	31 %	619 F	161 %
Toutes. dont certaines traitées/remplacées	8 %	17 %	25 %	600 F	158 %
Perdu une partie des dents mais sans besoin de prothèse dentaire	11 %	20 %	31 %	555 F	153 %
Perdu toutes/presque toutes les dents	11 %	26 %	37 %	466 F	134 %
Ensemble	15 %	17 %	32 %	588 F	156 %

Source : CREDES-ESPS 1998

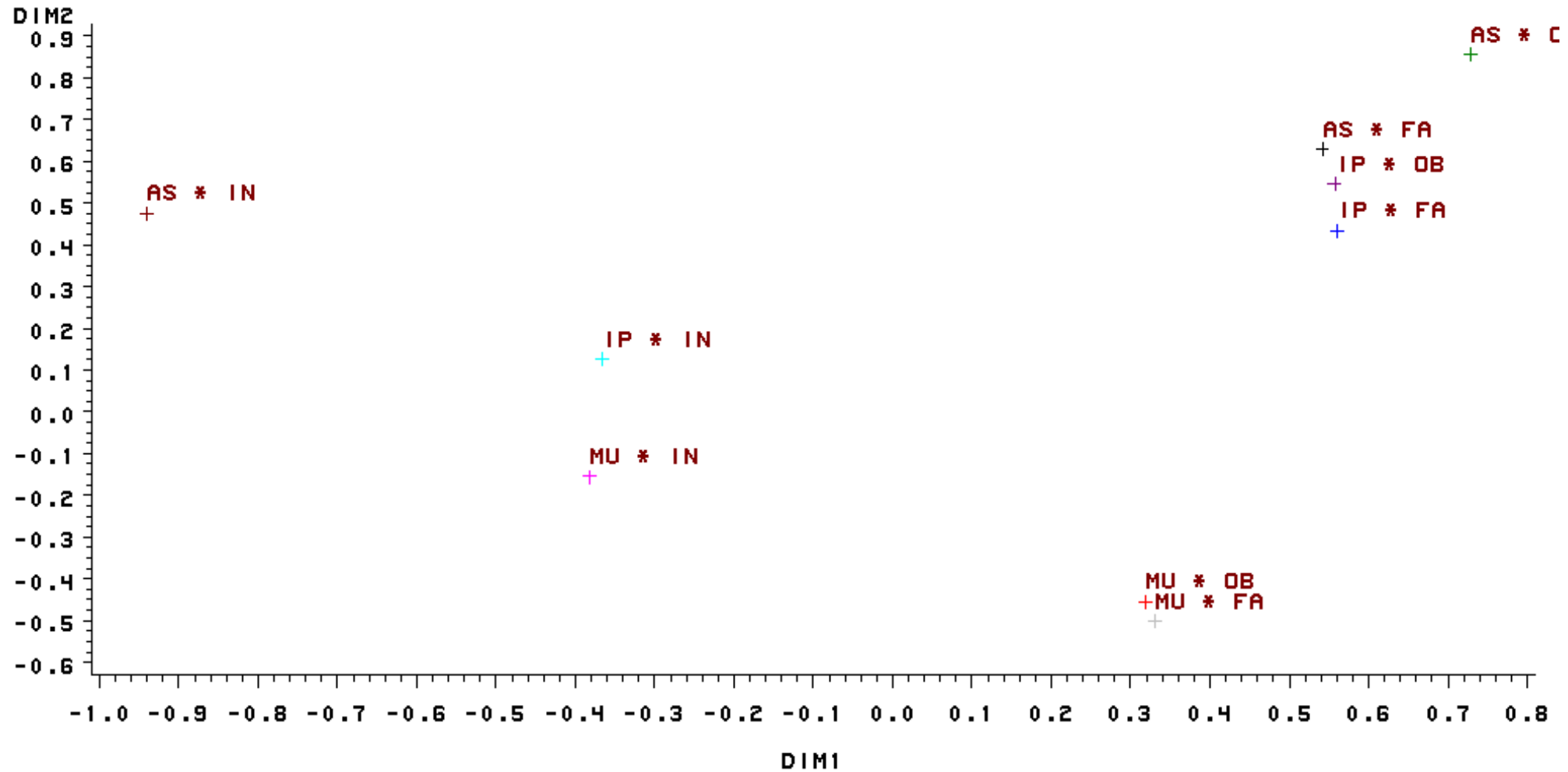
Pages suivantes :
les graphiques de l'analyse factorielle de correspondances commentés en partie 2.4.2

Graphique n° 16
Segmentation du marché selon le type d'offreur et le mode d'obtention
espace des observations



Source : CREDES-ESPS 1998

Graphique n° 17
Segmentation du marché selon le type d'offreur et le mode d'obtention
espace des variables



Source : CREDES-ESPS 1998

Bibliographie

Bibliographie

Abramovici, G. et G. de la Gorce, 2000, « Les prestations sociales en 1999 », *Etudes et Résultats*, 70, juin

Anglès d'Auriac, B., 1998, « Les assurances complémentaires maladie, incapacité de travail, décès », in Ewald, F. et J.-H. Lorenzi (sous la direction de), *Encyclopédie de l'assurance*, Economica, 627-54

Bocognano A. et M. Grignon, 1999, *La couverture complémentaire maladie à travers les accords d'entreprise*, Crédes, note n°1260

Bocognano A., A. Couffinhal, M. Grignon, R. Mahieu, D. Polton, 1998, *Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé Théorie et bilan des expériences étrangères* CREDES - INSEE - Novembre 1998, n° 1243

Bocognano A., S. Dumesnil, L. Frérot, N. Grandfils, Ph. Le Fur, C. Sermet, 1999, *Santé, soins et protection sociale en 1998 Enquête sur la santé et la protection sociale - France 1998* Série résultats CREDES - Décembre 1999, n° 1282

Chopart J.N., Gibaud, B., 1989, *Concurrences Solidarités, la protection sociale depuis 1945* LERS / IRTS.

Couffinhal, A., Rochet J.-C., 1998 "Couverture maladie universelle ou accès gratuit aux soins", Cahiers du GREMAQ n° 98.24.511, Toulouse.

Couffinhal, A., 1994, *L'assurance complémentaire en France : une approche économique*, Mémoire de DEA, IEP de Paris.

Couffinhal, A., 1999, *Concurrence en assurance santé : entre efficacité et sélection*, Thèse, Paris-IX Dauphine.

Derquenne, C., 1998, *Méthodes de régression robuste*, miméo Club SAS Stat.

Dreyfus, M., B. Gibaud et A. Gueslin, 1999, *Démocratie, solidarité et mutualité - autour de la loi de 1898*, Economica - Mutualité Française.

Dumesnil, S. Grandfils, N., Le Fur Ph., Mizrahi An, Mizrahi Ar., 1997 *Santé, soins et protection sociale en 1996*. CREDES n° 1204.

Friot, B., 1998, *Puissances du salariat*, Ed. La dispute.

Galtier, B., 1996, « Gérer la main-d'œuvre dans la durée : des pratiques différenciées en renouvellement », *Economie et Statistique*, 298, 45-70.

Gibaud, B., 1986, *De la mutualité à la Sécurité Sociale*, Editions ouvrières.

Grandfils N., 1997, *Déterminants de la consommation médicale de ville en 1992 : Tome 5 : les dentistes*. CREDES n° 1202.

Grignon, M., Polton D., 2000, « Inégalités d'accès et de recours aux soins ». in *Mesurer les inégalités, de la construction des indicateurs aux débats sur les interprétations*, C. Daniel et C. Le Clainche éditeurs, DREES - MiRe, pp. 188-200

Hatzfeld, H., 1989, *Du paupérisme à la Sécurité sociale : 1850-1940*, Presses Universitaire de Nancy (première édition, Armand Colin 1971)

Henriet D., Rochet J. C., 1987, "Some Reflections on Insurance Pricing", *European Economic Review* 31, 863-885.

Lorenzi, J.-H., 1998, « L'industrie de l'assurance », in Ewald, F. et J. -H. Lorenzi, sous la direction de, *Encyclopédie de l'assurance*, Economica, 27-62

Maurel, D., 1997, *Consommation médicale et assurance complémentaire*, Mémoire de DESS, Paris IX Dauphine.

Mauroy, H., 1996, *La mutualité en mutation*, ed. L'Harmattan

Ministère de la Solidarité - de la Santé et de la Protection Sociale, 1999, *Rapport sur les comptes de la santé*, Direction de la Recherche - des Etudes de l'Evaluation et des Statistiques. (D.R.E.E.S.), Collection statistiques, Paris.

Mizrahi, An. Et Mizrahi A.r (1996), *Protection sociale et disparités sociales de consommations médicales*. C.R.E.D.E.S. n°1147.

Mormiche, P., (1993), « Les disparités de recours aux soins en 1991 », *Economie et Statistique*, 265, 45-52.

Peugeot, P., 1998, « L'offre en assurances collectives », in Ewald, F. et J.-H. Lorenzi (sous la direction de), *Encyclopédie de l'assurance*, Economica, 1151-68

Pfefferkorn, R., 1999, « Proposition de définition des inégalités sociales », in *Définir les inégalités - des principes de justice à leur représentation sociale*, DREES collection MiRe, 127-37

Verret, M., 1982, *L'ouvrier français : le travail ouvrier*, Armand Colin, Collection U.

Volatier, J.-L., 1989, « Couverture complémentaire maladie : un marché en expansion mais en déséquilibre », *Socio-Economie de la santé*, 1989/3, 49-64

Volatier, J.-L., 1990, *Les modes de protection sociale*, CREDES n°839

***Liste des tableaux
et des graphiques***

Liste des tableaux

Tableau n° 1	
Répartition des contrats de couverture complémentaire selon leur mode d'obtention France 1998	26
Tableau n° 2	
Part du financement des différents types d'OCAM dans les dépenses de santé (%).....	28
Tableau n° 3	
Répartition des enquêtes SPS selon la nature de l'offreur (%).....	29
Tableau n° 4	
Nombre de contrats de couverture complémentaire exploitables.....	53
Tableau n° 5	
Les principaux libellés de garanties en dentaire	56
Tableau n° 6	
Les principaux libellés de garanties en optique.....	57
Tableau n° 7	
Distribution en percentiles du niveau de remboursement des prothèses dentaires	60
Tableau n° 8	
Distribution en percentiles du niveau de remboursement sdes verres de lunettes.....	61
Tableau n° 9	
Représentation stylisée et identification des quatre catégories réalisées à partir des classes de la CAH.....	67
Tableau n° 10	
Principales caractéristiques des quatre types de contrats	68
Tableau n° 11	
Relation linéaire entre la garantie dentaire et la garantie optique	80
Tableau n° 12	
Tableau récapitulatif : logique à l'œuvre selon le type et le mode du contrat	82
Tableau annexe n° 1	
Distribution en percentiles du niveau de remboursement des verres de lunettes	106
Tableau annexe n° 2	
Valeur moyenne des bornes obtenues par tirages pour chaque classe	112
Tableau annexe n° 3	
Contrats verres et monture Information de synthèse sur les bornes obtenues en optique et en dentaire pour chaque classe	113
Tableau annexe n° 4	
Contrats verres seuls Information de synthèse sur les bornes obtenues en optique et en dentaire pour chaque classe	114
Tableau annexe n° 5	
Contrats verres seuls Information de synthèse sur les bornes obtenues en optique et en dentaire pour chaque classe	115
Tableau annexe n° 6	
Poids des différentes catégories de contrats selon l'hypothèse retenue pour exprimer les contrats optiques libellés en pourcentage du TC en contrats libellés en forfaits.....	116

Tableau annexe n° 7	
Profil des contrats exploitables et non exploitables selon les variables socio-économiques.....	119
Tableau annexe n° 8	
Profil des contrats exploitables et non exploitables selon les variables de couverture complémentaire.....	120
Tableau annexe n° 9	
Profil des contrats exploitables et non exploitables selon les variables de morbidité	121
Tableau annexe n° 10	
Profils des garanties selon les variables de couverture complémentaire	122
Tableau annexe n° 11	
Profils socio-démographiques des personnes souscrivant les contrats selon le niveau de couverture complémentaire.....	123
Tableau annexe n° 12	
Profils morbides des personnes souscrivant les contrats selon le niveau de couverture complémentaire.....	125
Tableau annexe n° 13	
Profils socio-démographiques des personnes peu ou pas couvertes par une couverture complémentaire.....	127
Tableau annexe n° 14	
Profils morbides des personnes peu ou pas couvertes par une couverture complémentaire	128
Tableau annexe n° 15	
Profils socio-démographiques des personnes peu ou pas couvertes par une couverture complémentaire hypothèse TC modal en optique (48 francs)	129
Tableau annexe n° 16	
Profils morbides des personnes peu ou pas couvertes par une couverture complémentaire hypothèse TC modal en optique (48 francs)	130

Liste des graphiques

Graphique n° 1	
Structure de financement de la dépense courante de soins et biens médicaux.....	20
Graphique n° 2	
Evolution de la part des OCAM dans le financement de différents types de dépenses.....	20
Graphique n° 3	
Structure des dépenses en soins et biens médicaux des OCAM en 1998	30
Graphique n° 4	
Distribution du niveau de remboursement des prothèses dentaires.....	59
Graphique n° 5	
Distribution du niveau de remboursement des verres de lunettes seuls	60
Graphique n° 6	
Distribution du niveau de remboursement des verres et monture de lunettes.....	61
Graphique n° 7	
Représentation des classes (verres seuls)	65
Graphique n° 8	
Représentation des classes (verres + monture)	66
Graphique n° 9	
Répartition des différentes tranches de revenu selon le niveau de couverture	72
Graphique n° 10	
Répartition de quelques PCS selon le niveau de couverture	73
Graphique n° 11	
Pourcentage de personnes bénéficiant d'une complémentaire faible ou nulle selon l'âge, le revenu par unité de consommation et la localisation	75
Graphique n° 12	
Niveau de garantie des couvertures complémentaires selon le milieu social	77
Graphique n° 13	
Niveau de garantie des couvertures complémentaires selon le milieu social	77
Graphique n° 14	
Périmètres intérieurs et extérieurs des quatre classes Contrats « Verres et montures »	113
Graphique n° 15	
Périmètres intérieurs et extérieurs des quatre classes Contrats « Verres Seuls »	115
Graphique n° 16	
Segmentation du marché selon le type d'offreur et le mode d'obtention espace des observations	132
Graphique n° 17	
Segmentation du marché selon le type d'offreur et le mode d'obtention espace des variables	133

Achévé d'imprimer le 3 octobre 2000
ELECTROGELOZ, 58, rue de Rochechouart
75009 PARIS
Dépôt légal : Octobre 2000