

La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire

Résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006 (ESPS 2006)

Bidénam Kambia-Chopin, Marc Perronnin, Aurélie Pierre, Thierry Rochereau

En 2006, plus de 9 personnes sur 10 déclarent être couvertes par une complémentaire santé en France. Parmi les personnes non couvertes, plus d'une personne sur deux évoque des raisons financières. L'accès à la complémentaire santé reste donc encore difficile et coûteux pour les ménages dont les revenus sont faibles. En effet, ce sont eux qui déclarent les taux de couverture les plus bas. À l'inverse, les ménages ayant les revenus les plus élevés, notamment les cadres, bénéficient d'un accès plus facile à la complémentaire santé du fait de ressources financières plus importantes et d'un accès plus fréquent à la couverture d'entreprise.

Pour la première fois, les données de l'Enquête Santé et Protection Sociale (ESPS) sont exploitées pour calculer le taux d'effort, c'est-à-dire la part de revenu que les ménages consacrent à la couverture complémentaire. Ce taux d'effort varie de 3 % pour les ménages les plus aisés à 10 % pour les ménages les plus pauvres (exception faite des bénéficiaires de la CMU-C). Pour un taux d'effort trois fois plus élevé, les ménages les plus pauvres bénéficient cependant de contrats offrant en moyenne des garanties inférieures aux contrats des ménages les plus aisés.

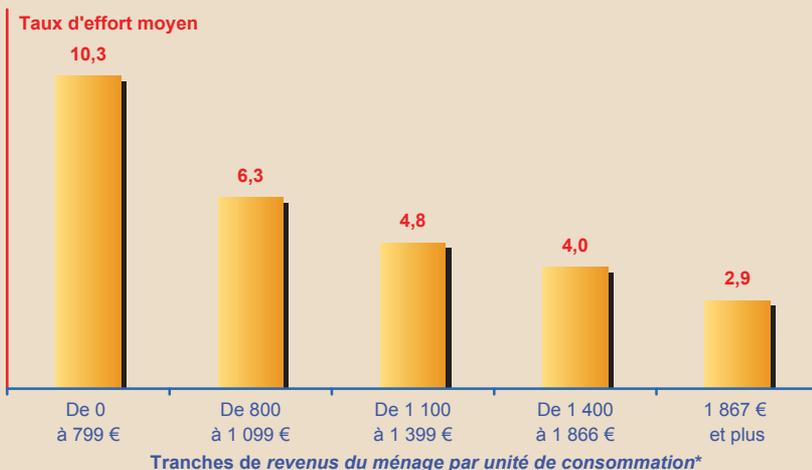
Par ailleurs, l'absence de couverture complémentaire est un facteur important du renoncement aux soins pour des raisons financières qui concerne, en 2006, 14 % de la population.

Plus de 20 % des dépenses de soins et biens médicaux sont laissés à la charge des patients par la Sécurité sociale. Les organismes complémentaires d'assurance maladie financent plus de la moitié de ces sommes. Au final, près de 9 % de la dépense reste effectivement à la charge des patients. Bien que facultative, la couverture santé complémentaire constitue donc aujourd'hui un élément clé de l'accès aux soins, notamment pour les soins les moins bien remboursés par l'assurance maladie obligatoire : prothèses dentaires, optique et soins de spécialistes en cas de dépassement. Ce rôle essentiel de la couverture complémentaire dans l'accès aux soins a été confirmé par la mise en place au 1^{er} janvier 2000 de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), protection gratuite et complémentaire à la Sécurité sociale pour les personnes disposant de faibles ressources financières. Les ménages ayant des revenus légèrement supérieurs aux seuils de la CMU-C peuvent, quant à eux, depuis 2005 bénéficier de l'Aide complémentaire santé (ACS)¹, qui se présente sous forme d'un bon d'achat allégeant sensiblement le coût de la complémentaire santé.

Par son questionnement spécifique sur la couverture complémentaire des ménages enquêtés, l'enquête ESPS 2006 permet de mettre à jour le tableau général de l'accès des bénéficiaires à la complémentaire santé, en lien avec leurs caractéristiques socio-économiques (Allonier *et al.*, 2008).

¹ Récemment rebaptisé « chèque santé ».

Taux d'effort moyen selon le revenu



Source : IRDES - Données : ESPS 2006

* Voir encadré Méthode page 3.

Plus de 9 personnes sur 10 sont couvertes par une complémentaire santé

En France, selon l'enquête ESPS, près de 93 % de la population générale déclare bénéficier d'une couverture complémentaire, dont un peu plus de 4 % au titre de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). L'enquête ESPS sous-estime toutefois la proportion de personnes déclarant bénéficier de la CMU-C puisque, d'après les statistiques ministérielles, le taux de couverture de la population est de 7,5 % en 2006 en France métropolitaine. Cette sous-estimation est due à la sous-représentation des personnes les plus précaires, commune aux enquêtes en population générale. Afin de disposer d'effectifs suffisants pour mener des études spécifiques sur les bénéficiaires de la CMU-C, l'enquête 2006 a interrogé un échantillon supplémentaire de Cmuistes (1 700 personnes), échantillon qui n'a pas été pris en compte dans cette analyse.

Les cadres ont plus souvent accès que les ouvriers aux couvertures complémentaires collectives

Plus de la moitié des contrats de couverture complémentaire (hors CMU-C) des

personnes qui travaillent sont obtenus par l'intermédiaire de l'entreprise (61 %). Ce sont les ménages de cadres qui, de loin, bénéficient le plus souvent des contrats collectifs : 77 % des contrats souscrits par les cadres sont collectifs contre 54 % pour les ménages d'ouvriers non qualifiés et 44 % pour les ménages d'employés du commerce.

Dans le cas des contrats de groupe, l'employeur participe généralement au financement de la prime à hauteur de 50 % en moyenne (Couffinhal *et al.*, 2004), ce qui constitue un avantage en nature important pour les salariés². L'appréciation par les assurés du rapport qualité/prix de ces contrats collectifs comparativement à celle des personnes bénéficiant de contrats individuels l'atteste : 84 % des bénéficiaires de contrats collectifs le jugent d'un bon rapport qualité/prix (dont 23 % très bon) contre près de 78 % pour les contrats obtenus à titre individuel (dont seulement 11 % qui les jugent très bons).

² Ces contrats sont par ailleurs exonérés de charges sociales et fiscales.

L'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) menée par l'IRDES tous les deux ans en population générale dresse un tableau de l'état de santé, de la consommation de soins et de la protection sociale en France.

Elle comprend notamment un questionnaire spécifique sur les contrats de couverture complémentaire détenus par les ménages enquêtés. En associant ces données avec les caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé des personnes interrogées, l'enquête ESPS fournit une source de données unique sur l'assurance complémentaire. Elle permet de dresser un panorama de l'accès à la couverture complémentaire et du niveau de garanties des contrats. Elle forme ainsi, avec l'enquête sur la complémentaire d'entreprise menée par l'IRDES et l'enquête auprès des organismes de couverture complémentaire de la DREES, un triptyque assez complet sur ce domaine.

Un effort financier plus important pour les ménages modestes et âgés

Pour la première fois, le poids d'un contrat de couverture complémentaire santé dans le budget des ménages est étudié à partir de l'enquête ESPS (Kambia-Chopin *et al.*, 2008). Ce poids, appelé taux d'effort, correspond à la part du revenu des ménages consacrée à l'achat d'un contrat de complémentaire santé. Précisons que ce taux d'effort n'a pu être évalué que pour les personnes bénéficiant d'un contrat individuel, c'est-à-dire d'un contrat obtenu en dehors du cadre de l'entreprise. En effet, pour les contrats collectifs, les données sont plus difficiles à recueillir, le salarié ne connaissant pas toujours le montant de sa prime, souvent prélevée directement sur sa feuille de paie. Nous avons également exclu les bénéficiaires de la CMU-C qui ne paient pas l'accès à la complémentaire santé.

Ainsi, pour les seuls contrats obtenus à titre individuel, le taux d'effort des ménages augmente nettement quand leur revenu diminue : il est de 2,9 % pour les ménages les plus riches et s'élève progressivement pour atteindre 10,3 % pour les ménages les plus pauvres. Si le taux d'effort des ménages les plus pauvres est élevé, les sommes qu'ils consacrent à l'achat d'une couverture complémentaire sont moindres que celles mobilisées par les ménages plus aisés. Par conséquent, en dépit d'un effort financier important, les ménages les plus pauvres

Présentation de l'enquête ESPS

Objectifs de l'enquête

Depuis 1988, l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS) interroge les personnes résidant en France sur leur état de santé, leur recours aux services de santé et leur couverture santé. Par sa fréquence, l'étendue de ses questionnements et sa dimension longitudinale, elle participe à l'évaluation des politiques de santé, au suivi des problèmes de santé publique en population générale et sert de support à la recherche en économie de la santé et en sciences sociales.

La spécificité d'ESPS est de se fonder sur une base de sondage unique, constituée d'un échantillon d'assurés de l'Assurance maladie. Ce dispositif rend possible notamment l'appariement des données de l'enquête avec celles issues des fichiers de prestations des caisses d'Assurance maladie, permettant une connaissance des consommations de soins, en volume et en dépense, avec un grand degré de finesse.

Le mode d'échantillonnage garantit une représentativité constante de l'échantillon au cours du temps, qui reste représentatif de la population française métropolitaine. Il permet donc de réaliser des photographies régulières de la santé, de l'accès aux soins et de la complémentaire, mais aussi de suivre des parcours individuels.

Nouveaux questionnements et premiers résultats de l'enquête 2006

En 2006, l'enquête ESPS a interrogé 8 000 ménages et 22 000 individus. Elle inclut, outre un module sociodémographique standard (âge, sexe, composition du ménage, catégorie socioprofessionnelle, revenu, occupation, éducation), des informations particulièrement détaillées sur l'état de santé, l'expérience du patient dans le système de soins, la couverture complémentaire et d'autres dimensions du statut socio-économique. De nouveaux questionnements ont été intégrés : sur la réforme du médecin traitant, la santé respiratoire, les conditions de vie dans l'enfance et l'état de santé des parents des enquêtés.

Les premiers résultats d'ESPS 2006 sont détaillés dans un rapport qui présente également un premier bilan de la réforme du médecin traitant et une analyse du poids dans le budget des ménages des contrats individuels de complémentaires santé. Une présentation complète de ce rapport est disponible sur le site de l'IRDES : www.irdes.fr/EspaceRecherche/BiblioResumeEtSommaire/2008/rap1701.htm





accèdent à des contrats offrant en moyenne des garanties inférieures à celles obtenues par les ménages plus aisés.

Le taux d'effort varie fortement selon la catégorie professionnelle du chef de ménage : il est de plus de 6 % pour les employés du commerce et les ouvriers non qualifiés contre moins de 4 % pour les cadres et les professions intellectuelles (cf. graphique ci-dessus).

Par ailleurs, plus le chef de ménage est âgé, plus le montant des primes versées représente un effort financier important. Le taux d'effort moyen est de 7,1 % pour les ménages dont le chef est âgé de 65 ans ou plus et de 3,2 % lorsqu'il est âgé de moins de 30 ans. Les personnes âgées qui ont des besoins de soins plus importants consacrent une partie élevée de leur revenu à l'achat d'une couverture complémentaire.

L'absence de couverture complémentaire dépend essentiellement du niveau de revenu et du milieu social

Plus de 7 % des Français déclarent en 2006 ne pas avoir de couverture complémentaire santé. Le taux de non-bénéficiaires varie selon les âges. S'il est faible en début de vie (6 % environ jusqu'à 19 ans), il augmente pour les 20-29 ans (11 %), puis baisse avec l'âge à partir de 30 ans jusqu'à 60 ans (il est de 5 % environ entre 50 et 59 ans), pour augmenter ensuite (12 % pour les 80 ans et plus). Mais c'est surtout selon la situation sociale, notamment le revenu que le taux de non-bénéficiaires de complémentaire santé varie le plus fortement. En effet, 14,4 % des personnes vivant dans des ménages disposant de moins de 800 euros par mois n'ont pas de couverture complémentaire. Ce taux baisse régulièrement au fur et à mesure que le revenu augmente. Il n'est que de 3 % parmi les ménages les plus aisés (ceux disposant d'un revenu supérieur à 1 867 euros par unité de consommation et par mois). Ces résultats confirment le rôle déterminant du revenu dans l'accès à la complémentaire santé (Marical, de Saint Pol, 2007).

On observe des différences similaires selon le milieu social. Moins de 5 % des personnes vivant dans un ménage dont la personne de référence est cadre ne sont pas couvertes, tandis que cette proportion est d'environ 15 % dans les ménages d'employés de commerce et d'ouvriers non qualifiés. Cette différence résulte non seulement de plus faibles ressources financières, mais également d'un moindre accès à la couverture d'entreprise (Francesconi et al., 2006).

Avec 18 % de personnes non couvertes, les chômeurs représentent la population pour laquelle l'accès à la complémentaire santé est le plus difficile. À la faiblesse de leurs ressources financières vient s'ajouter l'impossibilité de bénéficier d'un contrat d'entreprise³.

Plus généralement, les raisons financières constituent le principal motif invoqué par plus de la moitié des intéressés (53 %) pour expliquer l'absence de couverture complémentaire privée. Les autres motifs renvoient au fait d'être en bonne santé (17 %)

³ Précisons que si les chômeurs n'ont pas accès à la couverture d'entreprise, ils peuvent cependant, dans le cadre de la loi Evin du 31 décembre 1989 et sous certaines conditions, bénéficier du prolongement du contrat dont ils bénéficiaient dans leur dernière entreprise. Cette dernière situation paraît toutefois peu répandue : ne sont la plupart du temps couverts par le contrat collectif que les salariés effectivement en poste dans l'entreprise.

Revenu par unité de consommation

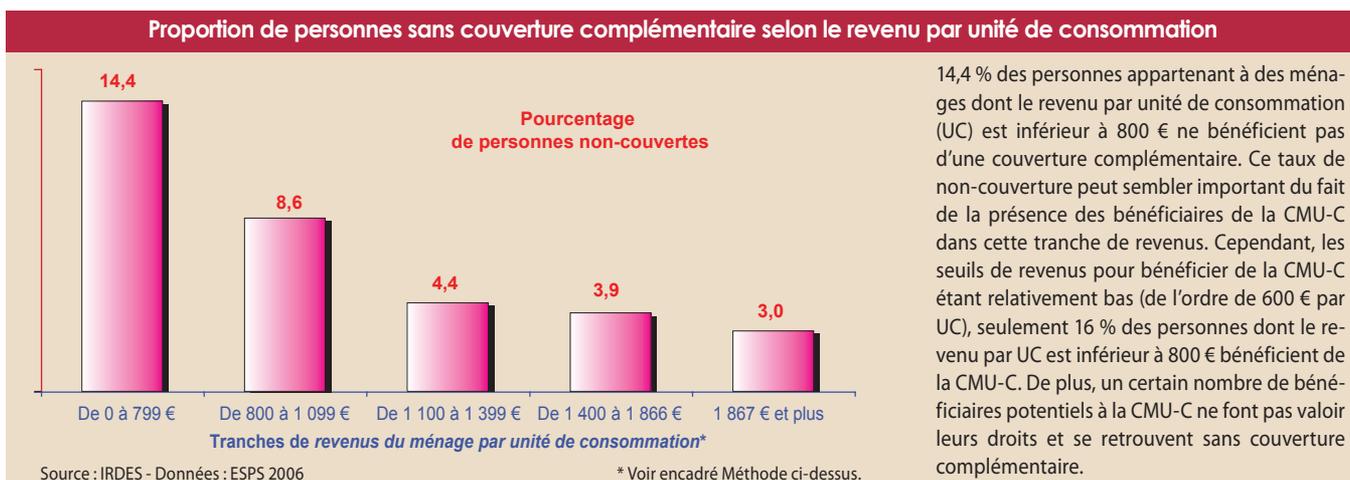
MÉTHODE

Le revenu par unité de consommation (UC) permet, à l'aide d'une échelle d'équivalence, de comparer les niveaux de vie de ménages de taille ou de composition différente.

Nous utilisons l'échelle de l'OCDE qui retient la pondération suivante :

- 1 UC pour le premier adulte du ménage ;
- 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans ou plus ;
- 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.

Exemple : un ménage composé du père, de la mère, d'un enfant de 16 ans et d'un autre de 12 ans compte 2,3 UC (1+0,5+0,5+0,3). Le revenu du ménage par UC est égal au revenu total du ménage divisé par 2,3.



14,4 % des personnes appartenant à des ménages dont le revenu par unité de consommation (UC) est inférieur à 800 € ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire. Ce taux de non-couverture peut sembler important du fait de la présence des bénéficiaires de la CMU-C dans cette tranche de revenus. Cependant, les seuils de revenus pour bénéficier de la CMU-C étant relativement bas (de l'ordre de 600 € par UC), seulement 16 % des personnes dont le revenu par UC est inférieur à 800 € bénéficient de la CMU-C. De plus, un certain nombre de bénéficiaires potentiels à la CMU-C ne font pas valoir leurs droits et se retrouvent sans couverture complémentaire.

ou au contraire de bénéficier d'une prise en charge à 100 % dans le cadre d'une affection de longue durée (14 %).

L'absence de couverture complémentaire est un facteur important de renoncement aux soins

En 2006, un Français métropolitain sur sept déclare avoir renoncé à des soins pour des raisons financières au cours des douze derniers mois. Près d'un renoncement sur cinq est déclaré comme définitif, les autres étant reportés. Les renoncements (ou reports) sont concentrés sur un nombre limité de soins, ceux pour lesquels le reste à charge des assurés est le plus important : parmi les personnes ayant déclaré avoir renoncé à des soins, 63 % citent les soins bucco-dentaires, 25 % les lunettes et 16 % les soins de spécialistes.

L'absence de couverture par une complémentaire maladie est un facteur important de renoncement : 32 % des personnes non couvertes déclarent avoir renoncé à des soins, contre 19 % des bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire et 13 % des bénéficiaires d'une complémentaire privée (hors CMU-C). Le taux de renoncement varie également selon le revenu des ménages (24 % pour la

première tranche contre 7,4 % pour la dernière) et selon le milieu social : les ménages d'employés de commerce, d'employés administratifs et d'ouvriers non qualifiés sont ceux qui déclarent renoncer le plus (respectivement 21 %, 19 % et 19 %) ; les cadres et les agriculteurs le moins (respectivement 9 % et 5,4 %).



Malgré l'existence de la couverture maladie universelle complémentaire

et malgré la mise en place de l'aide à la mutualisation (ou chèque santé), l'accès à la couverture complémentaire reste coûteux en France pour les ménages modestes. Avec l'instauration de nouvelles franchises de soins depuis janvier 2008, la santé risque de peser de plus en plus dans le budget des ménages. Bénéficiaire d'une couverture complémentaire santé sera donc plus que jamais un atout pour accéder aux soins. De nombreux travaux à l'IRDES sont prévus pour analyser la place de cette couverture complémentaire dans notre système de santé actuel. Parmi eux, citons le suivi de la montée en charge de l'aide à la complémentaire santé, ainsi qu'une analyse de la place des contrats de complémentaire santé d'entreprise dans la rémunération des salariés à partir d'une nouvelle enquête menée fin 2008 auprès des salariés. De nouvelles questions dans l'enquête ESPS 2008 devraient également permettre, à l'horizon 2010, d'en savoir plus sur l'application de la Loi Evin datant de 1989, qui oblige les organismes complémentaires d'assurance maladie à faire une offre encadrée prolongeant le contrat collectif des salariés qui partent à la retraite ou qui sont licenciés.



POUR EN SAVOIR PLUS

- Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. (2008), *Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006*, Rapport IRDES n° 1701.
- Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. (2008), *L'Enquête Santé Protection Sociale 2006, un panel pour l'analyse des politiques de santé, la santé publique et la recherche en économie de la santé*, *Questions d'économie de la santé* (131).
- Kambia-Chopin B., Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2008), *Les contrats complémentaires individuels : quels poids dans le budget des ménages ?*, In Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T., *Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006*, Rapport IRDES n° 1701.
- Marical F., Saint Pol (de) T. (2007), *La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités*, *Insee Première* (1142).
- Francesconi C., Perronnin M., Rochereau T. (2006), *La complémentaire maladie d'entreprise : niveaux de garanties des contrats selon les catégories de salariés et le secteur d'activité*, *Questions d'économie de la santé* (112).
- Couffinal A., Grandfils N., Grignon M., Rochereau T. (2004), *La complémentaire maladie d'entreprise. Premiers résultats nationaux d'une enquête menée fin 2003 auprès de 1 700 établissements*, *Questions d'économie de la santé* (83).
- **Voir aussi**
- Franc C., Perronnin M., Pierre A. (2007), *Changer de couverture complémentaire santé à l'âge de la retraite. Un comportement plus fréquent chez les titulaires de contrats d'entreprise*, *Questions d'économie de la santé* (126).
- Franc C., Perronnin M. (2007), *Aide à l'acquisition d'une assurance maladie complémentaire : une première évaluation du dispositif ACS*, *Questions d'économie de la santé* (121).
- Francesconi C., Perronnin M., Rochereau T. (2006), *Complémentaire maladie d'entreprise : contrats obligatoires ou facultatifs, lutte contre l'antiselection et conséquences pour les salariés*, *Questions d'économie de la santé* (115).
- Lengagne P., Perronnin M. (2005), *Impact des niveaux de garantie des complémentaires santé sur les consommations de soins peu remboursés par l'Assurance maladie : le cas des lunettes et des prothèses dentaires*, *Questions d'économie de la santé* (100).
- Couffinal A., Perronnin M. (2004), *Accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursement - Enquêtes ESPS 2000 et 2002*, *Questions d'économie de la santé* (80).

Taux de renoncement aux soins selon le type de couverture complémentaire

