

# questions

## d'économie de la santé

analyses

### Repères

La couverture complémentaire maladie finance 12 % des dépenses de santé et joue un rôle déterminant dans l'accès à certains biens et services médicaux (optique et dentaire notamment). 85 % des personnes vivant en France en bénéficient. Pourtant, on ne dispose d'aucune description statistique des remboursements proposés par les contrats.

Dans le cadre d'un appel d'offres MiRe - FNMF, le CREDES a inclus dans l'enquête Santé Protection Sociale 1998 des questions sur les montants de remboursement des prothèses dentaires et des lunettes. L'exploitation des 2 000 réponses permet de connaître la distribution des niveaux de remboursement et leur répartition selon le milieu social.

CENTRE DE RECHERCHE, D'ÉTUDE ET DE DOCUMENTATION  
EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :  
1, rue Paul-Cézanne 75008 Paris  
Téléphone : 01 53 93 43 02/17  
Télécopie : 01 53 93 43 50  
E-mail : document@credes.fr  
Web : www.credes.fr

Directrice de la publication :  
Dominique Polton

Rédactrice en chef :  
Nathalie Meunier

Secrétaire-maquettiste :  
Khadidja Ben Larbi

ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 300 F par an  
Environ 10 numéros par an

**Prix : 30 F**

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

Résultats de l'enquête Santé Protection Sociale 1998

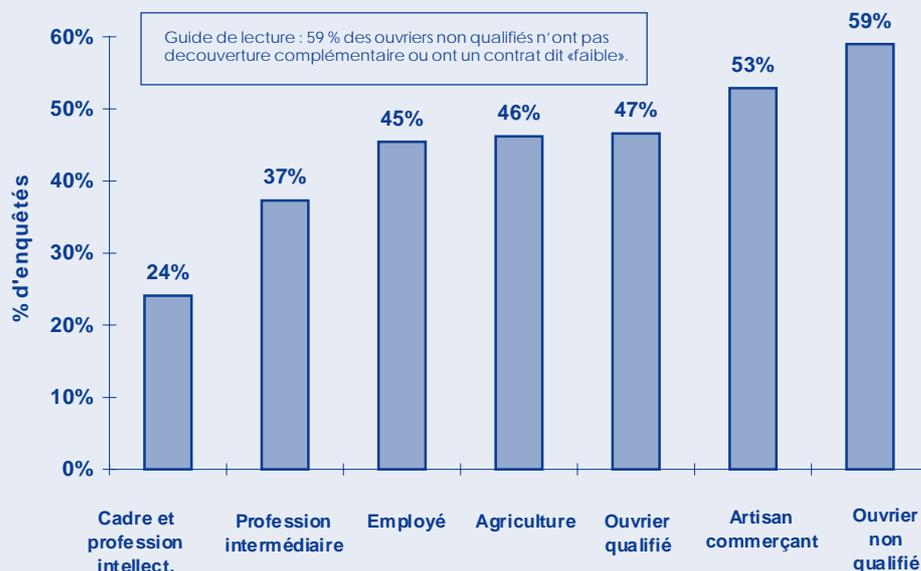
*Agnès Bocognano, Agnès Couffinal, Sylvie Dumesnil, Michel Grignon*

Le marché de la couverture complémentaire maladie est connu pour être très opaque, certains parlant même de "maquis". On conçoit dès lors qu'aucune enquête réalisée auprès des ménages ne soit parvenue jusqu'à présent à décrire les contrats, si ce n'est de manière subjective ou imprécise. Pour surmonter cette difficulté, le CREDES, dans le cadre de l'Enquête Santé et Protection Sociale 1998, a mis en place une méthode originale de collecte d'informations sur le contenu des contrats de couverture complémentaire.

Ces informations, qui portent sur les remboursements de prothèses dentaires et d'optique médicale, nous permettent de repérer quatre catégories de contrats. Les "faibles" qui proposent des remboursements souvent inférieurs à ceux de la Couverture Maladie Universelle (CMU). Deux catégories intermédiaires qui insistent l'une plutôt sur l'optique et l'autre plutôt sur le dentaire. Enfin, des contrats caractérisés surtout par des remboursements élevés en dentaire.

Le niveau de remboursement dont dispose un individu dépend assez peu de son état de santé, mais varie fortement selon son milieu social.

#### Proportion de personnes peu ou non couvertes dans chaque milieu social



Source : CREDES, ESPS 1998

Le financement des soins de santé en France est principalement pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire. Basé sur un principe de solidarité, il repose sur une collecte de cotisations proportionnelles aux revenus, sans rapport avec l'état de santé de la personne. Ce système garantit théoriquement une protection contre l'ensemble du risque maladie.

Cependant, l'Assurance maladie obligatoire ignore environ un quart des dépenses de consommation médicale. Cela peut entraîner les plus pauvres ou les plus malades à renoncer à des soins. Rappelons que, selon l'enquête Santé et Protection Sociale menée en 1998, un quart des enquêtés déclarait avoir renoncé à des soins pour des raisons financières.

Pour pallier les lacunes de la protection obligatoire, on peut avoir recours à des organismes de protection complémentaire. Ces organismes interviennent toujours en aval de la protection obligatoire, à la suite des remboursements de l'assurance maladie. Avec 85 % de personnes protégées en France, la couverture complémentaire est très répandue mais n'est pas généralisée. En outre, les personnes couvertes ne disposent pas toutes du même contrat, ni donc des mêmes niveaux de remboursement. Par ailleurs, notons que d'après l'enquête Santé et Protection sociale 1998, plus de la moitié des contrats sont souscrits par l'intermédiaire de l'entreprise de l'assuré (contrats collectifs).

## L'enjeu

Nous avons cherché à approfondir la connaissance de la couverture complémentaire en France, tout d'abord en décrivant la distribution des niveaux de remboursement, puis en cherchant à comprendre quels facteurs expliquent l'acquisition des différents contrats. Nous avons donc analysé com-

ment le revenu, l'état de santé, l'âge, la situation géographique ou la position sur le marché du travail entraînent des disparités d'accès à la couverture complémentaire maladie.

Pour la première fois en 1998, l'enquête Santé et Protection Sociale a été enrichie de questions permettant non seulement de recueillir l'information sur l'existence du contrat et sur l'opinion des assurés à son égard mais également d'en connaître précisément le contenu. Nous nous sommes concentrés sur les remboursements proposés pour l'optique et les prothèses dentaires. En effet, le débat sur la Couverture Maladie Universelle a montré que toute personne devait avoir un accès à ces biens que la couverture obligatoire ne garantissait pas.

Concrètement, les informations concernant les remboursements dentaires et optiques étant aisément repérables, nous avons simplement demandé aux enquêtés de recopier la partie des contrats concernant ces biens. Nous leur avons également demandé si leur contrat cou-

vrait le forfait journalier à l'hôpital ou les honoraires que certains médecins peuvent percevoir au delà du tarif de la Sécurité sociale (secteur 2).

## Niveaux de remboursement en dentaire et en optique

Compte tenu des conventions exposées dans l'encadré méthodologique (cf. p. 4), les remboursements par les complémentaires qui viennent s'ajouter aux remboursements de la Sécurité sociale ont les caractéristiques suivantes (tableaux ci-dessous) :

- le contrat moyen prévoit un remboursement forfaitaire maximum en optique de 1 043 francs pour deux verres, 10 % des contrats remboursant jusqu'à 2 148 francs.
- pour le dentaire, le contrat moyen prévoit un remboursement d'une fois et demi le tarif de la Sécurité sociale, ce qui pour une couronne simple représente  $1,5 \times 705 \text{ F.} = 1057,50 \text{ F.}$ , qui viennent s'ajouter aux  $705 \text{ F.} \times 70 \% = 493,50 \text{ francs}$  remboursés par la Sécurité sociale.

### Les remboursements en dentaire (2 094 contrats exploitables)

	... au mieux % du tarif Sécurité sociale
<b>Le contrat moyen rembourse...</b>	<b>150 %</b>
<b>un quart des contrats remboursent moins de</b>	<b>55%</b>
<b>la moitié des contrats remboursent moins de</b>	<b>130%</b>
<b>un quart des contrats remboursent plus de</b>	<b>205%</b>
<b>10% des contrats remboursent plus de</b>	<b>284%</b>

### Les remboursements pour deux verres en optique (1 176 contrats exploitables)

	... au mieux en francs
<b>Le contrat moyen rembourse...</b>	<b>1 043 F</b>
<b>un quart des contrats remboursent moins de</b>	<b>370 F</b>
<b>la moitié des contrats remboursent moins de</b>	<b>667 F</b>
<b>un quart des contrats remboursent plus de</b>	<b>1 264 F</b>
<b>10% des contrats remboursent plus de</b>	<b>2 148 F</b>

Source : CREDES, ESPS 1998

Les remboursements proposés par la complémentaire CMU sont, en optique, meilleurs que ceux proposés par plus d'un tiers des contrats de l'enquête et en dentaire, meilleurs que 40 % d'entre eux.

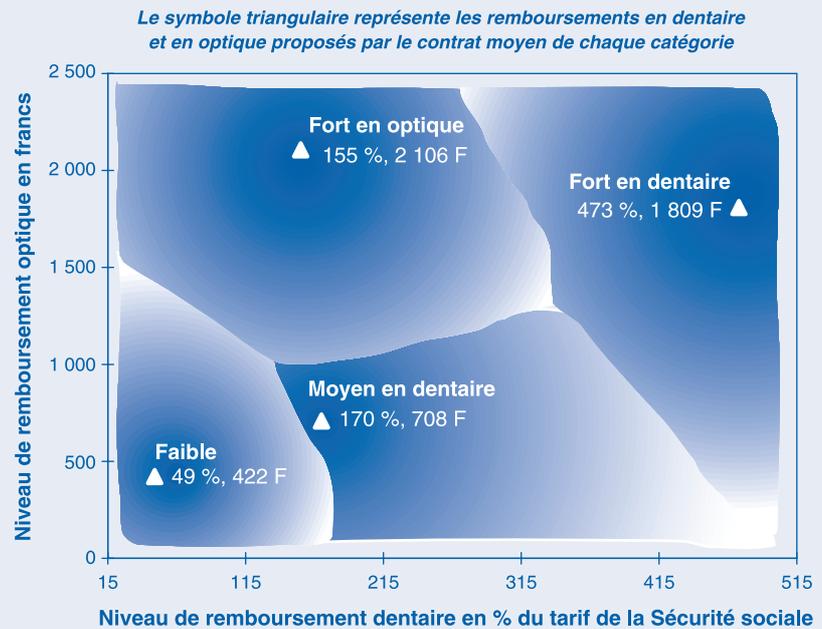
### Quatre types de contrats

L'étape suivante du travail consiste à caractériser chaque contrat par la combinaison de ses remboursements optiques et dentaires. On pourrait penser que les contrats qui proposent des remboursements faibles en optique proposent aussi des remboursements faibles en dentaire et que des niveaux de remboursements élevés en dentaire sont systématiquement associés à des niveaux élevés en optique. Cette hypothèse dite "de contrat proportionnel" n'étant pas vérifiée sur nos données, nous avons mis en œuvre une procédure de classification statistique qui permet de regrouper les contrats en catégories homogènes mais sans imposer a priori de lien entre les deux types de remboursements. Cette analyse nous conduit à distinguer quatre catégories de contrat, dont les caractéristiques sont présentées dans le graphique et le tableau ci-contre :

- catégorie "faible" : des contrats qui offrent des niveaux de remboursement faibles en optique et en dentaire,
- catégorie "moyen en dentaire" : des contrats qui sont moyens en dentaire mais restent assez faibles en optique,
- catégorie "fort en optique" : des contrats qui offrent un niveau de remboursement faible ou moyen en dentaire mais qui couvrent bien l'optique,
- catégorie "fort en dentaire" : des contrats caractérisés par un taux très élevé en dentaire, et des forfaits variables en optique<sup>1</sup>.

<sup>1</sup> La prise en charge du forfait journalier à l'hôpital n'est pas discriminante dans la mesure où presque tous les contrats la proposent.

### Représentation stylisée des quatre catégories de contrat



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

Source : CREDES, ESPS 1998

Le graphique révèle une hiérarchie des catégories, les contrats faibles d'une part, les contrats "fort en dentaire" d'autre part se détachant nettement. En revanche, on ne peut classer entre eux les contrats intermédiaires. Ces conclusions sont renforcées par l'observation d'autres caractéristiques

des contrats : ceux de la catégorie "faible" prennent plus rarement en charge les dépassements d'honoraires que ceux de la catégorie "fort en dentaire", les catégories intermédiaires ne se distinguant pas entre elles et se plaçant entre les deux précédentes.

### Informations de synthèse sur les quatre catégories de contrat

	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 %
Proportion de contrats couvrant les dépassements d'honoraires	31 %	46 %	49 %	64 %
Proportion de contrats familiaux	48 %	60 %	60 %	62 %

Guide de lecture : chaque colonne fournit quatre informations sur une catégorie de contrats. Prenons l'exemple de la catégorie dite «Faible» (1ère colonne), la première ligne indique qu'elle regroupe 35 % de l'ensemble des contrats, la seconde ligne qu'elle concerne 32 % des personnes, la troisième, que 31 % des contrats de cette catégorie prennent en charge les dépassements d'honoraires, et la dernière que 48 % d'entre-eux prennent en charge d'autres membres de la famille de l'assuré.

Source : CREDES, ESPS 1998

## Qui accède à quel type de contrat ? l'effet du revenu et de l'état de santé

En premier lieu, il apparaît que les profils d'état de santé des assurés sont similaires dans les quatre catégories de contrat, que l'on considère les indicateurs synthétiques de morbidité (risque vital, invalidité) ou l'état de santé ressenti. Autrement dit, il ne semble pas que les personnes les plus malades soient différemment couvertes par les complémentaires. 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.

En revanche, les catégories de contrats se distinguent fortement par la proportion de pauvres et de riches qui les souscrivent. Les plus riches (plus de 8 000 F. par unité de consommation) ne représentent que 11 % des non assurés complémentaires, 24 % des assurés de la catégorie " faible ", mais 31 % des assurés des contrats intermédiaires et 51 % des assurés de la catégorie fort en dentaire. Inversement, les pauvres sont de moins en moins représentés quand on monte dans la hiérarchie des contrats.

## Qui est peu ou non couvert en France ?

Une autre manière de caractériser les différences d'accès aux prestations de couverture complémentaire consiste à décrire la population qui n'est pas couverte ou est couverte par un contrat de la catégorie " faible ".

Les garanties faibles ou nulles concernent 28 % des plus riches et 65 % des plus pauvres. La seule tranche d'âge qui se détache nettement est celle des plus de 65 ans qui sont plus nombreux à être peu ou pas couverts. Enfin, comme le montre le graphique de la première page, les personnes appartenant à des ménages de cadre sont les mieux cou-

## Méthodologie

### De la difficulté d'interpréter les contrats de couverture complémentaire maladie

L'information est collectée au cours de l'enquête " Santé Protection Sociale " réalisée en 1998 par le CREDES auprès de 9 700 personnes. Deux mille enquêtés ont répondu aux questions posées sur les remboursements de prothèse dentaire et d'optique médicale proposés dans les contrats de couverture complémentaire.

Les contrats sont rédigés de manière très variable. Dans certains, par exemple, le remboursement affiché s'ajoute à ce qu'a déjà payé la Sécurité sociale, alors que dans d'autres le remboursement affiché inclut le paiement déjà effectué par la Sécurité sociale. Mais il est surtout important de distinguer les contrats selon le montant choisi comme référence pour calculer le remboursement. Certains contrats proposent un montant maximal de remboursement appelé forfait. L'assuré est alors remboursé intégralement si le prix du bien concerné ne dépasse pas le forfait, mais il risque de devoir payer cher de sa poche s'il a besoin d'un matériel coûteux. D'autres contrats proposent un remboursement proportionnel au tarif de la Sécurité sociale. Or, ce dernier reflète la gravité de la pathologie : il est de 48 F. pour un verre de lunette corrigeant une myopie moyenne et monte à 246,9 F. pour une amblyopie. Contrairement au cas du forfait, le remboursement de la complémentaire augmente donc avec le besoin. On trouve aussi des contrats intitulés « frais réels », donnant l'impression d'une prise en charge totale, mais ces contrats sont toujours assortis d'une forme de plafond, plus ou moins explicite.

Après avoir testé d'autres méthodes, et pour éviter que les enquêtés aient à interpréter une information complexe, nous leur avons demandé de recopier le contenu exact et complet de leur contrat de couverture en matière de prothèses dentaires et optiques.

Ce choix ne nous affranchit nullement d'un travail d'interprétation, visant à traduire les multiples appellations pour ramener tous les contrats à une échelle comparable. Ce travail comporte une part d'arbitraire, mais au moins est-il mené selon une logique uniforme et transparente.

Nous avons choisi de transcrire tous les remboursements de prothèses dentaires en pourcentage du tarif de la Sécurité sociale. Pour une couronne, par exemple, dont le tarif de la Sécurité sociale est de 705 F., un contrat spécifiant " un remboursement forfaitaire de 700 F. en plus du remboursement de la Sécurité sociale " rembourse environ 100 % du tarif de la Sécurité sociale. Un contrat qui rembourse les frais réels, dans la limite du tarif de la Sécurité sociale, ne rembourse en fait que le ticket modérateur, soit 30 % du tarif de la Sécurité sociale. En dépit de son appellation " frais réels ", il est de moins bonne qualité que le contrat forfaitaire précédent.

Pour l'optique, nous avons choisi au contraire d'exprimer les contrats sous forme de montant forfaitaire, car ce type de formulation est plus fréquent. Comment transcrit-on alors en forfait un contrat qui prend en charge 300 % du tarif de la Sécurité sociale ? Si on adopte le point de vue d'une personne à faible myopie (48 F. par verre pour la Sécurité sociale), un tel contrat serait équivalent à un forfait par verre de 144 F. ; en revanche, si on adopte le point de vue d'une personne dont le verre est reconnu à 246,9 F. par la Sécurité sociale, ce même contrat est l'équivalent d'un forfait de 740,7 F. Le contrat remboursant 300 % du tarif Sécurité sociale est pour la personne simplement myope, moins bon qu'un autre contrat remboursant un forfait de 200 F. par verre, et pour la personne amblyope, bien meilleur. Nous avons systématiquement adopté le point de vue de la personne qui présente le risque le plus élevé pour ramener les contrats exprimés en pourcentage du tarif de la Sécurité sociale à un montant forfaitaire. Dans ce cas précis, nous avons donc traduit le 300 % du tarif Sécurité sociale en un forfait de 740 F. x 2 en sachant que ce montant de remboursement n'est pas accordé dans le cas d'une simple myopie. Ceci 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 rend cependant les contrats exprimés en pourcentage du tarif de la Sécurité sociale plus généreux que les contrats exprimés directement en forfait. Afin de mesurer l'impact de notre décision sur nos conclusions, nous avons mené les mêmes calculs que ceux présentés ici, mais en adoptant le point de vue d'une personne n'ayant besoin que de verres dont le tarif Sécurité sociale est de 48 F. Ce changement de point de vue modifie évidemment les résultats en valeur absolue, mais pas trop les résultats relatifs : les formes des catégories de contrats sont similaires et leurs effectifs comparables. De même, les différences par milieu social sont insensibles au choix d'un tarif de référence.

vertes avec seulement 24 % de couverture faible ou nulle, les professions intermédiaires présentent 37 % de couvertures faible ou nulle, les agriculteurs sont 46 % à avoir peu ou pas de couverture complémentaire, les ouvriers non qualifiés sont souvent mal protégés, 59 % ayant des garanties faibles ou nulles.

### Un marché segmenté

La classification des contrats présentée ci-dessus permet de mettre en lumière des effets importants du revenu et de la catégorie sociale sur l'accès à la complémentaire maladie. Pour autant, cette classification présente deux faiblesses : en premier lieu, les frontières établies entre catégories sont en partie arbitraires. En second lieu, et cette deuxième faiblesse découle de la première, la classification ne suffit pas à comprendre la logique autour de laquelle s'organise le marché de la complémentaire.

En revanche, si on analyse les combinaisons de remboursements optiques et dentaires pour des contrats relevant tous du même type d'organisme (mutuelle, institution de prévoyance, assurance privée) et du même mode d'obtention du contrat (collectif ou individuel) on met en lumière des logiques d'organisation beaucoup plus claires. Schématiquement :

- les institutions de prévoyance proposent des contrats proportionnels : en connaissant le remboursement en prothèse dentaire, on peut déduire le remboursement en optique, et la probabilité de prise en charge des dépassements ;
- les assurances n'offrent pas, contrairement à une idée reçue, des contrats standardisés mais semblent négocier les contrats au gré à gré, en collectif tout au moins ;
- enfin, les mutuelles sont intermédiaires, proposant une gamme de produits plus vaste que les institutions de prévoyance, mais pas, pour autant, le sur mesure des assurances.

Comme on n'accède pas à la même complémentaire selon le type d'organisme auquel on s'adresse et selon le mode d'obtention, on peut alors s'interroger sur les caractéristiques des personnes qui vont avoir accès à l'un ou l'autre des segments du marché.

L'accès aux différents segments du marché dépend fortement du statut par rapport à l'emploi. Le recours aux complémentaires collectives est le fait des salariés du privé en CDI, ils ont alors le choix entre institutions de prévoyance et assurances privées, dont on a vu qu'elles proposaient des produits aux logiques diamétralement opposées (proportionnel contre sur mesure). Les fonctionnaires ont accès aux mutuelles collectives, les indépendants aux assurances individuelles. Les salariés "précaires" (CDD ou craignant de perdre leur emploi) ont nettement moins souvent accès aux contrats collectifs. Enfin, retraités et chômeurs sont sur le segment des mutuelles à inscription individuelle.

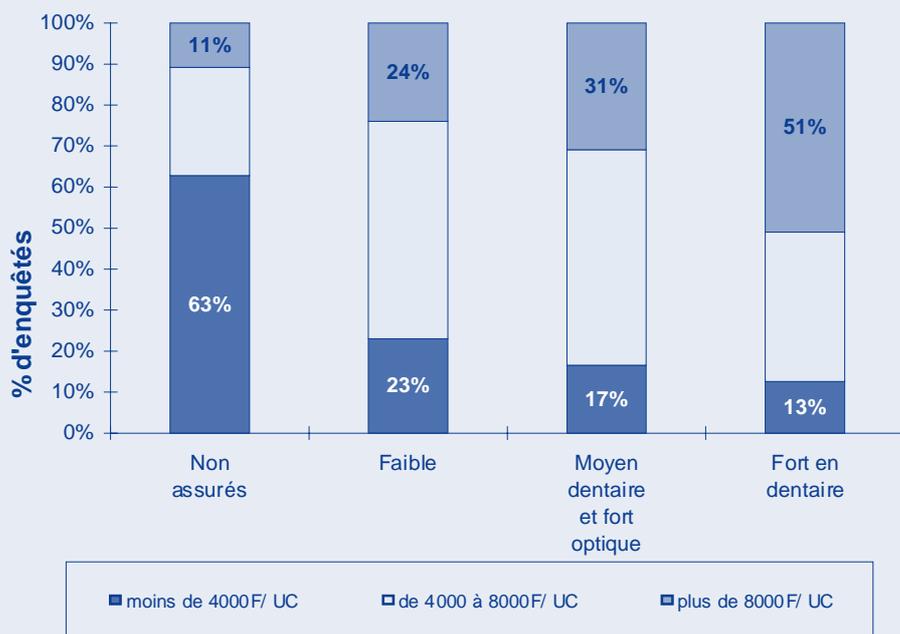
Notre analyse montre finalement que le contrat ne peut être seulement ca-

ractérisé par les montants de remboursement proposés mais qu'il faut prendre en compte le type d'organisme qui le vend et le mode de souscription. Pour finir, nous nous sommes donc interrogés sur le rôle spécifique des employeurs dans la définition des contrats de couverture complémentaire.

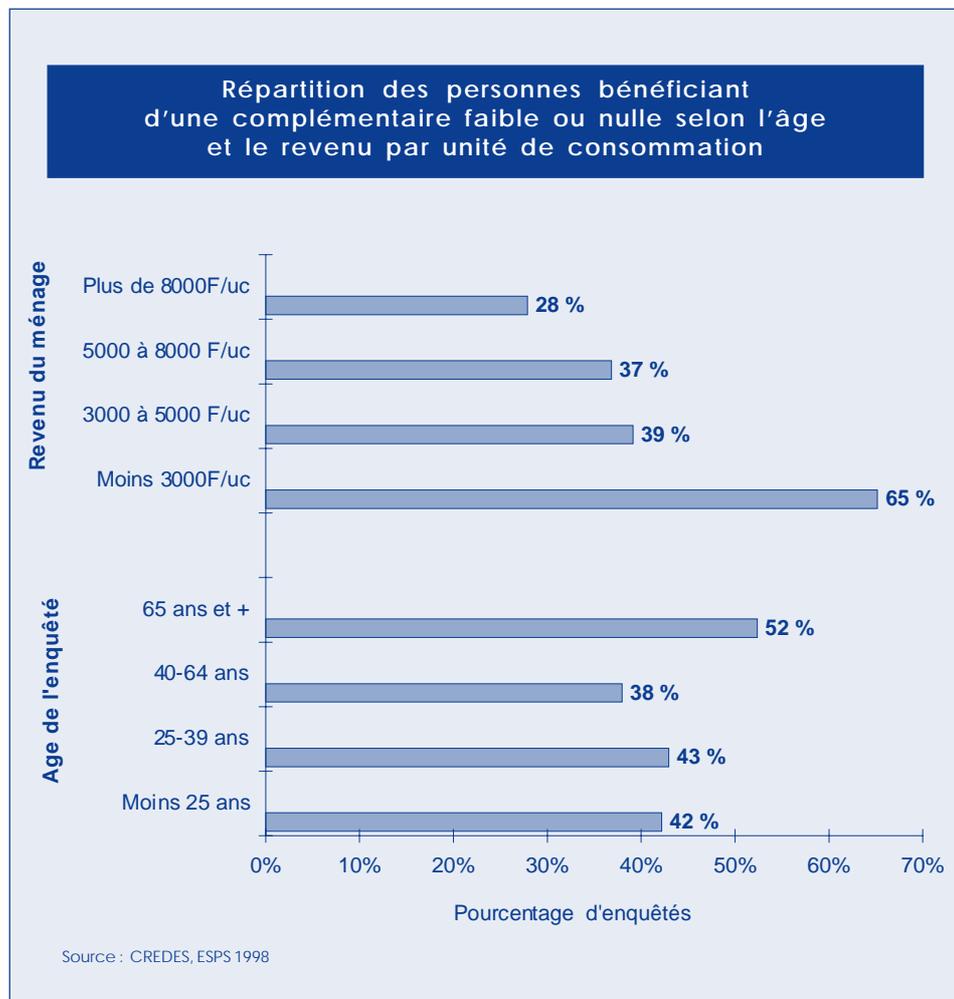
### Le rôle des employeurs dans l'élaboration de la couverture maladie : quelques pistes de réflexion

Pour apprécier la démarche des employeurs, nous nous sommes entretenus avec des responsables de complémentaire maladie dans six grandes entreprises, principalement du secteur secondaire. Ces entretiens montrent qu'il existe des raisons multiples pouvant pousser un employeur à intervenir dans l'organisation de la complémentaire de son entreprise. Même si nous constatons des degrés divers d'implication des employeurs, nos interlocuteurs ont aussi insisté sur le fait qu'ils gardent l'essentiel du pouvoir de décision sur les grandes orientations de la couverture complémentaire.

Répartition entre tranche de revenu par UC de personnes caractérisées par différents niveaux de couverture complémentaire



Source : CREDES, ESPS 1998



6

En conséquence, le contrat reflète non seulement les préférences des salariés mais aussi les valeurs que l'entreprise souhaite promouvoir. Parmi ces valeurs, la solidarité entre malades et biens portants qu'implique la souscription d'un contrat collectif est systématiquement mise en avant.

Les autres faits saillants issus de nos entretiens sont les suivants :

- l'employeur propose en général un contrat unique à l'ensemble de ses salariés ;
- les accords de branche sont plus rares que pour d'autres éléments de la protection sociale d'entreprise (décès, retraite, invalidité) ;
- l'employeur ne propose pas seulement un contrat de couverture maladie mais aussi un service de gestion administrative des remboursements, qui s'étend parfois à ceux de la Sécurité sociale ;

- les contrats collectifs prennent en charge les mêmes soins que la Sécurité sociale, à quelques rares extensions près. De plus, ils ne semblent pas promouvoir la gestion des risques (sélection des professionnels de soins, actions de prévention...) ;
- la gestion de la complémentaire maladie est souvent déléguée, au Comité d'entreprise ou à une entité *ad hoc* (la mutuelle d'entreprise) dans lesquels les élus syndicaux sont impliqués. Cette délégalation, le plus souvent justifiée par des motifs juridiques de séparation des comptes et des risques, est aussi motivée par le fait que la complémentaire maladie est perçue comme plus proche du rôle " culturel " que du rôle " prévoyance " par la main d'œuvre. En outre, les salariés étant très concernés par les services rendus, ils sont prompts à critiquer le gestionnaire et la délégalation permet à l'em-

ployeur de se protéger contre un éventuel mécontentement.

\* \* \*

Au terme de ce travail, il apparaît clairement que le revenu et le statut par rapport à l'emploi conditionnent l'accès à un niveau de remboursement des soins.

Nous avons aussi montré que, pour comprendre l'organisation du marché, il faut étudier séparément les contrats individuels et les contrats collectifs proposés par chaque type de prestataire. Le marché est donc segmenté. Il reste à souligner que cette segmentation résulte probablement en partie d'une volonté implicite de conférer à la complémentaire un caractère solidaire. Cette solidarité non universelle s'organise de façon relativement spontanée (par exemple à l'initiative des employeurs). Elle atténue le fait que se couvrir contre ce qui n'est pas pris en charge par la Sécurité sociale pourrait coûter relativement plus cher aux pauvres ou aux malades. Autrement dit, elle contribue à empêcher que l'accès aux soins dépende plus du revenu que de l'état de santé.

L'étape suivante de ce travail consistera à étudier plus précisément les liens entre niveau de couverture et niveau de consommation médicale. En effet, grâce à la connaissance que nous avons désormais des contrats, nous pourrions calculer avec précision ce qui reste à la charge des patients et représente donc pour eux le véritable prix des services de santé.

**Pour en savoir plus :**

*La complémentaire maladie en France : qui bénéficie de quels remboursements ?*, Agnès Bocognano, Agnès Couffinal, Sylvie Dumesnil, Michel Grignon : Biblio n° 1317, CREDES 2000, 150 p., prix : 190 F.