

Les organismes complémentaires en santé

Par Catherine Z Aidman, Secrétaire générale du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)

Catherine Z Aidman est économiste. Elle a commencé sa carrière à l'INSEE en 1975 en tant que chargée d'études sur les entreprises et les questions relatives à l'innovation et à la croissance, avant d'intégrer le Commissariat général du plan en 1991 en tant que chargée de mission sur les questions de protection sociale et de transferts sociaux. Elle a été ensuite nommée adjointe au sous-directeur de « la prévision et des études financières », à la Direction de la sécurité sociale (DSS) en 1997, puis secrétaire générale de l'observatoire de l'emploi public en 2000 à la direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) et enfin sous-directrice des « synthèses, études économiques et évaluation » à la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) en 2008, avant de rejoindre le HCAAM en 2014.

L'assurance maladie complémentaire joue aujourd'hui en France un rôle important, au côté de l'assurance maladie de base, pour assurer une couverture maladie de qualité à la grande majorité des Français. Avec une contribution de 14,5 % aux dépenses de soins, l'assurance maladie complémentaire¹ participe significativement à la réduction du reste à charge des ménages. En 2014 celui-ci s'élevait à 8,5 % des dépenses de soins en France. Parmi les principaux pays de l'OCDE, seuls les Pays-Bas avaient un reste-à-charge plus faible².

Les régimes de base en couvrant les risques les plus lourds permettent aux organismes privés, autorisés à proposer des couvertures maladie complémentaires (sociétés d'assurance, mutuelles ou encore institutions de prévoyance), de ne pas opérer de sélection de risques sur critère médical et de proposer ainsi des contrats financièrement accessibles à la grande majorité des français. Parmi les 95% de personnes disposant d'une couverture complémentaire, 89 % sont couvertes par un contrat d'assurance privée ; les 6 % autres l'étant par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), dispositif créé en 2000 afin de permettre aux familles aux revenus les plus modestes de disposer elles-aussi d'une couverture complémentaire.

1 Dans cet article l'assurance complémentaire regroupe les prestations versées par les organismes complémentaires, ainsi que les prestations versées par les régimes de base au titre de la CMU-C qui, dans les comptes de la santé, sont comptabilisées avec les prestations versées par l'État (invalides de guerre, aide médicale d'État et soins urgents). Ne sont pas prises en compte, en revanche, les prestations versées par le régime particulier d'Alsace-Moselle, ou le régime de la caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG), régimes obligatoires non redevables de la taxe de solidarité additionnelle (TSA). Ces deux régimes sont regroupés avec l'assurance maladie obligatoire de base. Ils ont versé en 2014 0,6 Md€ de prestations.

2 Pour ce pays, des réserves ont été émises par l'OCDE sur le niveau effectif de leur reste à charge dans la mesure où n'est pas comptabilisée dans ce chiffre leur franchise annuelle. En tenant compte de cette franchise annuelle, la France serait le pays où le reste-à-charge serait le plus faible en moyenne.



L'examen des couvertures proposées montre cependant que des disparités fortes existent entre les différents contrats d'assurance complémentaire proposés (entre contrats à adhésion individuelle ou contrats à adhésion collective) ; que les primes versées, si elles ne tiennent pas compte a priori de l'état de santé de la personne assurée, dépendent la plupart du temps de son âge ; ou encore que le recours à une complémentaire santé n'évite pas dans certains cas particuliers de devoir faire face à des restes à charge élevés.

Les constats qui peuvent être établis aujourd'hui sur la base des données disponibles, et qui vont être présentés dans cet article, doivent être regardés à l'aune des évolutions majeures en cours dans le champ de l'assurance maladie complémentaire, avec en particulier la mise en place cette année de l'accord national interprofessionnel de 2013 qui rend obligatoire la couverture santé complémentaire pour les salariés du secteur privé.

I- En 2014, 29 milliards de prestations ont été versés au titre de l'assurance complémentaire³

Selon les comptes nationaux de la santé⁴, 29,0 milliards de prestations ont été versés en 2014 au titre de l'assurance complémentaire.

Ces prestations viennent pour l'essentiel en complément de celles versées par les régimes de base : pour couvrir le ticket modérateur ou encore, dans certains cas⁵, les franchises et les participations forfaitaires laissés à la charge des assurés sur le montant de leurs dépenses reconnues par la Sécurité sociale⁶ ; les dépassements d'honoraires ou de tarifs pour les prothèses dentaires ou les dispositifs médicaux inscrits sur la liste des produits et prestations⁷ ; ou encore des dépenses non remboursables mais considérées comme des dépenses de soins et biens médicaux⁸. En 2014, les dépenses de soins et de biens médicaux non pris en charge par l'assurance maladie de base s'élevaient à 43,7 milliards d'euros. Sur ces 43,7 milliards d'euros, l'assurance maladie complémentaire en prenait à sa charge 27,6 milliards d'euros (cf. graphique).

À ces prestations complémentaires, il faut également ajouter les remboursements de dépenses connexes, non considérées comme des soins et biens médicaux (les remboursements des dépenses de chambres particulières notamment). Ces prestations connexes se sont élevées à 1,4 milliard d'euros en 2014.

La part de la consommation de soins⁹ financée par l'assurance complémentaire s'élevait ainsi à 14,5 % en 2014.

3 Y compris CMU-C gérée par les régimes de base, mais hors CAMIEG et Alsace-Moselle.

4 Comptes nationaux de la santé 2014, édition 2015.

5 Pour les personnes bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS notamment (cf. ci-dessous).

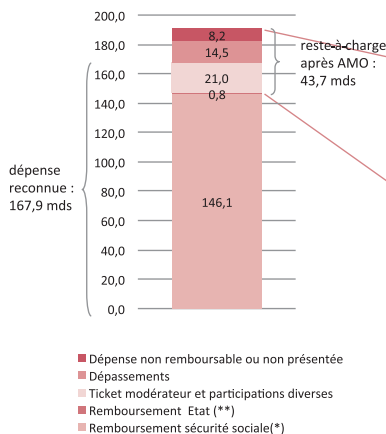
6 C'est-à-dire sur leurs dépenses présentées au remboursement dans la limite des tarifs opposables.

7 Sont notamment inscrits sur la Liste des Produits et Prestations (LPP), les lunettes, les prothèses et orthèses ainsi que les véhicules pour handicapés physiques.

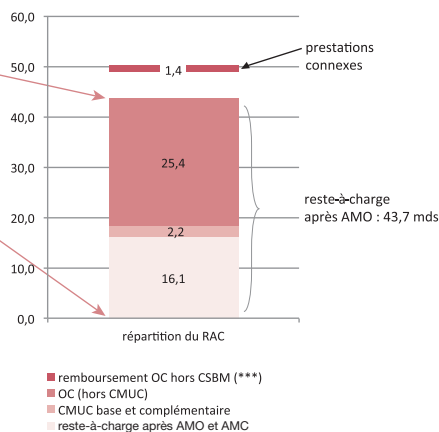
8 La catégorie des dépenses non présentées au remboursement ou non remboursables comprend : l'automédication et les médicaments non remboursables ainsi que certains soins non pris en charge (implants dentaires, soins effectués par des praticiens non conventionnés notamment).

9 Dépense de soins correspondant dans ce papier à la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM).

Consommation de soins en 2014



Répartition du reste-à-charge après AMO en 2014



NB : AMO : assurance maladie obligatoire ; AMC : assurance maladie complémentaire ; CSBM : consommation de soins et biens médicaux ; OC : organismes d'assurance complémentaire ; CMUC : couverture maladie universelle complémentaire.

(*) remboursement Sécurité sociale et régimes Alsace-Moselle et CAMIEG.

(**) remboursement État au titre des invalides de guerre, de l'aide médicale d'État (AME) et des soins urgents.

(***) prestations correspondant à des dépenses non considérées comme des soins et biens médicaux (chambres particulières notamment).

Source : comptes nationaux de la santé de 2014, édition 2015, DREES.

Cette part est en fait très variable selon le type de soins et biens médicaux¹⁰ : faible là où la prise en charge par les régimes de base est importante (6 % pour l'hôpital ou 5 % pour les transports notamment), elle peut être égale à celle des régimes de base là où la couverture de base est plus limitée (39 % pour les autres biens médicaux), voire même supérieure (41 % pour les soins dentaires), cf. tableau.

Cette couverture complémentaire bien qu'importante sur certains postes n'évite pas des restes-à-charge élevés pour le dentaire notamment.

Part des différents financeurs dans la prise en charge des consommations de soins

	AMO	État	AMC (*)	Ménages	total
Soins hospitaliers	91,1	0,4	6,1	2,4	100
Soins de ville	63,9	0,6	23,0	12,5	100
Médecins en ambulatoire	66,9	0,6	21,3	11,3	100
Auxiliaires en ambulatoire	79,0	0,3	12,1	8,7	100
Dentistes en ambulatoire	32,5	1,1	41,2	25,2	100
Analyses en ambulatoire	70,8	0,6	27,1	1,5	100
Transports de malades	93,0	0,3	4,9	1,8	100
Biens médicaux	61,6	0,4	21,8	16,2	100
Médicaments	69,1	0,4	14,6	15,9	100
Autres biens médicaux	43,3	0,3	39,6	16,9	100
CSBM	76,6	0,4	14,5	8,5	100

(*) y compris CMU-C prise en charge par les régimes de base

Source : comptes nationaux de la santé, retraitement de l'auteur pour l'AMC (y compris CMUC de base)

¹⁰ Y compris CMU-C prise en charge par les régimes de base (estimation de l'auteur sur la base des données DREES).

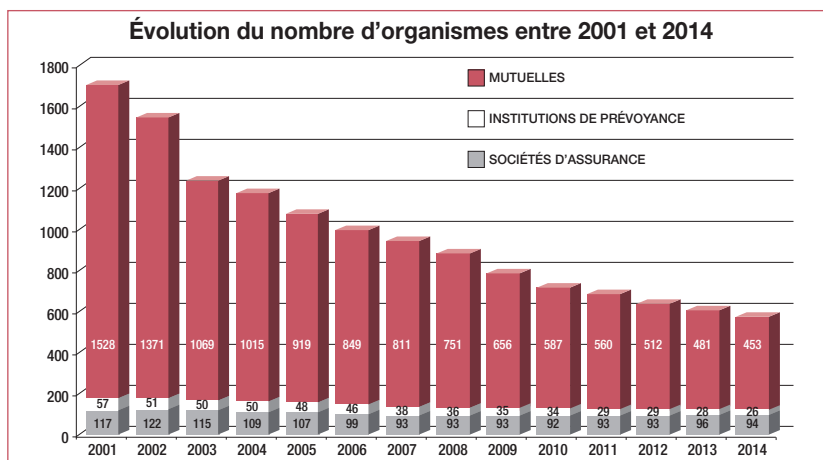
II- Trois types d'organismes se partagent aujourd'hui le marché de la complémentaire santé

La gestion de ces prestations complémentaires relève principalement d'organismes d'assurance privée (mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance¹¹) et plus marginalement des régimes de base de l'assurance maladie en ce qui concerne la CMU-C. Créée en 2000, afin de permettre un accès à la complémentaire santé aux ménages aux revenus les plus modestes, ses bénéficiaires peuvent choisir pour la gestion de leur dossier, soit un régime de base de l'assurance maladie, soit un des organismes complémentaires autorisés.

Sur les 29 milliards d'euros de prestations complémentaires (y compris prestations connexes), les organismes d'assurance en ont versé 26,8 milliards d'euros au titre de leurs contrats d'assurance, les 2,2 milliards d'euros restant correspondent aux versements effectués au titre de la CMU-C, soit par les organismes d'assurance complémentaires (0,3 milliards d'euros), soit par les régimes de base de l'assurance maladie (1,9 milliard d'euros).

Sur ce marché de la complémentaire privée, les mutuelles sont prédominantes avec 53 % des primes collectées¹², suivies par les sociétés d'assurance avec 28 % et les institutions de prévoyance avec 19 % (données 2014¹³). La part des mutuelles diminue toutefois depuis plus d'une quinzaine d'années, elle était de 60 % en 2001.

Depuis de nombreuses années ce secteur est en pleine restructuration, sous l'effet de la concurrence et du renforcement des règles de solvabilité¹⁴, avec de nombreuses fusions-absorptions. Alors que l'on comptait en 2001, 1 702 organismes ayant versé une contribution au Fonds CMU, on en dénombre trois fois moins en 2014 (573 exactement, cf. graphique). Cette évolution a particulièrement concerné les mutuelles dont le nombre a été divisé par 3,4 ; mais également dans une moindre mesure les institutions de prévoyance (divisé par 2,2).



Source DREES : rapport 2015 sur « la situation des organismes complémentaires assurant une couverture santé »

11 Hors régimes d'Alsace Moselle et de la CAMIEG (cf. note de page n°1 ci-dessus).

12 Le terme de primes correspond dans le code de la mutualité à celui de cotisations.

13 Rapport 2015 de la DREES sur la situation des organismes complémentaires assurant une couverture santé.

14 Pour les mutuelles la transposition à ces organismes en 2002 des directives européennes relatives aux assurances a très nettement accéléré le processus de concentration.

Les contrats proposés par ces organismes complémentaires, très encadrés pour certains d'entre eux¹⁵, peuvent être de nature différente, selon qu'ils sont à adhésion individuelle ou encore à adhésion collective (dans le cadre d'un accord de branche ou d'entreprise). Selon le type d'organismes, le poids relatif de ces deux catégories de contrats diffère : les mutuelles et dans une moindre mesure les sociétés d'assurance proposent majoritairement des contrats à adhésion individuelle (71 % pour les mutuelles et 56 % pour les sociétés d'assurance), à l'opposé, les institutions de prévoyance sont pour l'essentiel positionnées sur des contrats à adhésion collective de branche ou d'entreprise (seuls 15 % de leurs contrats sont à adhésion individuelle, et ces contrats s'adressent pour l'essentiel à des anciens salariés antérieurement couverts par l'accord de branche ou d'entreprise).

III- Des contrats à adhésion collective plus avantageux pour les assurés que les contrats à adhésion individuelle

Cela n'est pas sans conséquences sur le niveau des garanties proposées par les différents types d'organismes et sur la structure de la dépense qu'ils remboursent.

Les contrats collectifs apparaissent aujourd'hui globalement plus couvrants que les contrats individuels.

Les garanties offertes par ces contrats sont généralement plus élevées que celles des contrats individuels. Parmi les personnes couvertes par les contrats collectifs, 66 % disposaient en 2013 d'un contrat de classe A ou B (les contrats les plus couvrants¹⁶), contre 9 % pour celles relevant de contrats individuels. À l'inverse, 48 % des personnes couvertes par un contrat individuel disposaient d'un contrat de classe D ou E, contre 9 % pour celles couvertes par un contrat collectif¹⁷.

Ainsi, par exemple, alors que les dépassements d'honoraires des spécialistes sont pris pour partie en charge dans 80 % des cas pour les contrats collectifs, ils ne le sont que dans 60 % des cas pour les contrats individuels. La prise en charge est en outre plus élevée dans les contrats collectifs : en 2013 une consultation de spécialiste payée 60 euros était intégralement remboursée (déduction faite de la participation forfaitaire de 1 euro) dans 50 % des cas à un assuré ayant un contrat collectif, et dans seulement 20 % des cas pour ceux ayant un contrat individuel. Le même type de constat peut être fait pour les dépenses d'optique ou d'audioprothèse, les soins prothétiques et d'orthodontie ou encore les dépenses de chambre particulière et les forfaits journaliers, notamment en psychiatrie.

Ces écarts de couverture entre les contrats individuels et collectifs expliquent en partie les écarts de prestations versées par grand poste de dépenses selon le type d'organismes. On constate ainsi que les institutions de prévoyance se distinguent des mutuelles et des sociétés d'assurance car elles offrent une prise en charge proportionnellement plus élevée des soins dentaires et des biens médicaux, notamment de l'optique.

Pour 100 euros de prestations versées, les institutions de prévoyance reversent en moyenne 21 euros de prestations en optique contre 14 euros et 15 euros pour les mutuelles et les sociétés d'assurance. De même, elles reversent en moyenne 19 euros de prestations pour les soins dentaires contre environ

15 En particulier lorsque l'organisme veut bénéficier des allègements fiscaux (contrats dans ce cas appelés contrats responsables).

16 L'enquête de la DREES auprès des organismes complémentaires sur les contrats les plus souscrits permet d'établir une classification des différents contrats proposés. Ceux-ci sont classés en 5 classes, de la classe A à la classe E. Les contrats de la classe A sont ceux qui offrent la meilleure couverture et ceux de la classe E la moins bonne. Ces contrats se différencient essentiellement par le niveau de prise en charge des prothèses dentaires, de l'optique et des dépassements d'honoraires.

17 Ouvrage : « La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties », Panorama de la DREES, édition 2016.



14 euros pour les deux autres catégories d'organismes¹⁸. Cela s'explique surtout par la prépondérance dans le portefeuille des institutions de prévoyance des contrats collectifs (complémentaire santé d'entreprise) dont les garanties sont souvent plus avantageuses pour les assurés, notamment en optique et dentaire. À l'inverse, les institutions de prévoyance reversent relativement moins de prestations en médicaments et en soins hospitaliers que les deux autres catégories d'organismes complémentaires. Ceci s'explique par les caractéristiques des bénéficiaires de ces contrats. Ceux-ci sont en moyenne plus jeunes et consomment donc moins ces deux types de soins.

Cette différence de structure – contrats collectifs / contrats individuels – entre les organismes n'est également pas sans conséquence sur le montant des prestations qu'ils versent comparativement aux primes qu'ils collectent¹⁹.

Les contrats collectifs ont en effet un retour sur primes meilleur que les contrats individuels. En 2014, le ratio prestations versées²⁰ / primes collectées s'établissait en moyenne à 86 % pour les contrats collectifs et à 75 % pour les contrats individuels²¹. Les charges de gestion²² plus faibles des contrats collectifs expliquent en partie ce résultat : celles-ci représentent 18 % des primes collectées des contrats collectifs et 21 % des contrats individuels. Ce résultat s'explique également mais dans une moindre mesure par une rentabilité plus faible pour les organismes complémentaires des contrats collectifs : exprimé en pourcentage des primes collectées le résultat technique des contrats collectifs est systématiquement inférieur à celui des contrats individuels. Quel que soit le type d'organismes (mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance), on constate même que les contrats collectifs en santé sont rarement équilibrés ou excédentaires.

Ces différences entre contrats collectifs et contrats individuels peuvent trouver leur explication dans le pouvoir de négociation des branches et des entreprises qui permet à celles-ci d'obtenir des contrats meilleurs à des prix plus faibles. Une étude de la DREES réalisée, toutes choses égales par ailleurs pour les contrats individuels d'une part, et les contrats collectifs d'autre part (c'est à dire à caractéristiques identiques en termes d'âge des assurés, de taille de chiffre d'affaires, de nombre de salariés couverts par les entreprises souscriptrices, et de nombre d'ayants droit pris en charge) montre notamment que les frais d'acquisition des contrats collectifs des institutions de prévoyance sont plus faibles que ceux des mutuelles ou encore des sociétés d'assurance ayant des caractéristiques identiques : « les institutions de prévoyance peuvent en effet bénéficier de leur spécialisation sur les contrats collectifs et du fait que les entreprises peuvent être obligées de s'affilier à l'organisme assureur sélectionné à l'issue de la négociation collective (« clause de désignations²³ »). Les frais d'acquisitions, engagés lors de la négociation sont dès lors amortis (cf. rapport de D. Libault sur la solidarité et la protection sociale complémentaire collective, septembre 2015) »²⁴.

18 Source DREES 2015, rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, calcul de l'auteur.

19 Rapport appelé : taux de retour prestations / primes.

20 Les prestations versées correspondent aux sinistres payés et autres charges de prestations (variations des provisions techniques pour sinistres à payer et recours à encaisser, et participation aux excédents ou résultats incorporée dans l'exercice).

21 DREES, la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, édition 2015.

22 Les charges de gestion comprennent les frais d'administration, les frais d'acquisition et les frais de gestion des sinistres.

23 Dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, les dernières clauses de désignation devraient disparaître d'ici 2018.

24 Rapport DREES 2015 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé.

IV- En 20 ans, la prise en charge par l'assurance complémentaire s'est accrue

Depuis les années 1950, l'assurance maladie complémentaire s'est largement développée. Alors qu'elle couvrait un tiers des assurés en 1980, la moitié en 1970, les deux-tiers en 1980 et les quatre-cinquièmes en 1998 (84 % selon l'enquête IRDES de 1998), elle en couvre aujourd'hui 95 %. La création de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), en 2000, puis de l'aide à la complémentaire santé (ACS) en 2005, dispositifs destinés aux ménages aux revenus les plus modestes, ont permis son élargissement à des populations qui en étaient jusqu'alors exclues. Sur les 95 % de personnes couvertes par une complémentaire santé en 2012²⁵, 89 % l'étaient au titre d'un contrat d'assurance privée et 6 % au titre de la CMU-C.

La Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS)

La CMU-C, entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000, est destinée aux ménages à revenus modestes. Elle est attribuée sous conditions de résidence et de ressources et offre une prise en charge complémentaire gratuite des soins (prise en charge du ticket modérateur, prise en charge également du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée, et exonération des différentes participations forfaitaires et franchises). Ceux-ci ne sont en outre pas soumis aux dépassements d'honoraires et bénéficient de tarifs opposables pour les prothèses dentaires, l'optique et autres dispositifs médicaux. En 2014, le plafond de ressources pour bénéficier de la CMU-C s'élevait pour une personne seule de France métropolitaine à 720 euros mensuels. Pour la gestion de son dossier, le bénéficiaire peut choisir un des régimes de base ou un organisme complémentaire. En 2014, 14 % des bénéficiaires avaient choisi un organisme complémentaire, et 86 % un régime de base.

L'ACS, destinée à faciliter l'acquisition d'un contrat individuel d'assurance complémentaire, est venue compléter en 2005 ce dispositif d'aide aux familles aux revenus les plus modestes. Il permet de bénéficier de réductions de cotisations auprès des organismes d'assurance complémentaire allant de 100 euros annuels pour les moins de 16 ans à 550 euros annuels pour les 60 ans et plus. Les ménages bénéficiaires doivent avoir des ressources comprises entre le plafond de la CMU-C et ce même plafond majoré de 35 %²⁶. Les bénéficiaires de l'ACS sont également exonérés du paiement des participations forfaitaires et des franchises²⁷ et bénéficient de tarifs sans dépassement d'honoraires.

Au 31 décembre 2014, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C s'élevait à 5,2 millions²⁸, et celui de l'ACS de 1,2 million, sachant que seules 79,3 % des personnes concernées avaient utilisé leur attestation ACS en novembre de cette même année.

Entre 1995²⁹ et 2014, la part des dépenses de santé prises en charge par l'assurance complémentaire s'est ainsi accrue de plus de deux points.

25 Enquête IRDES, santé et protection sociale de 2012.

26 Plafond majoré au 1^{er} janvier 2012 (antérieurement il était de 26% en 2011 et de 20% en 2010).

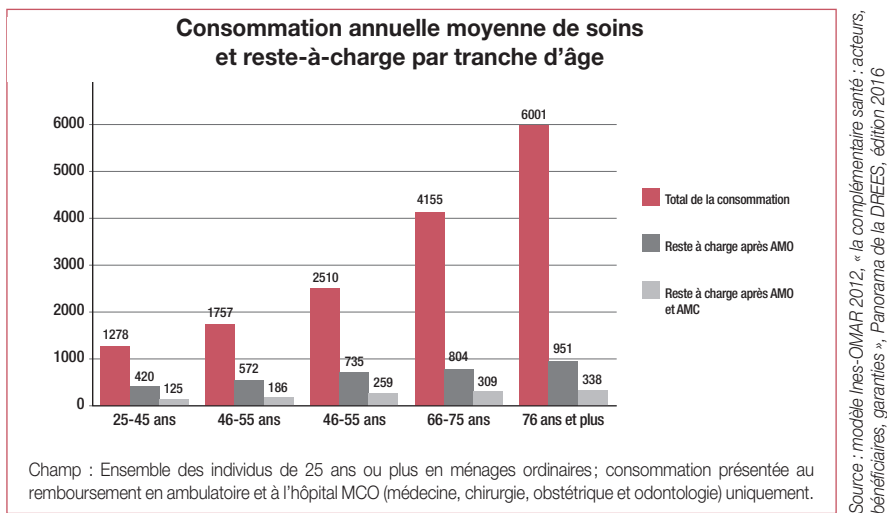
27 Exonération depuis 2015.

28 En augmentation nette par rapport à 2013 année pour laquelle on en comptabilisait 4,9 millions au 31 décembre. Cette augmentation est en partie due au relèvement exceptionnel du plafond de ressources (7% en termes réels) intervenu au 1^{er} juillet 2013.

29 Date à partir de laquelle on dispose de données permettant d'identifier les remboursements des sociétés d'assurance et des institutions de prévoyance.

Notons que le rôle joué par les organismes de base pour assurer une forte solidarité entre les assurés a rendu possible le développement des assurances complémentaires privées en réduisant le risque à couvrir entre bien portants et malades. Placés sur un marché concurrentiel, les organismes d'assurance privés doivent en effet pouvoir moduler les primes des contrats qu'ils proposent en fonction des risques encourus afin d'éviter que les « bons risques » ne se détournent de leurs offres.

Ainsi, alors que les dépenses moyennes des personnes en affection de longue durée (ALD) s'élevaient à 7 500 euros en moyenne annuelle en 2006³⁰ et celles des personnes non classées en ALD à 1 220 euros, leurs restes-à-charge après prise en charge par l'assurance maladie obligatoire s'établissaient respectivement à 620 euros et à 400 euros en moyenne annuelle, soit une réduction des écarts de plus de 6 000 euros. Par tranche d'âge, on retrouve un résultat similaire : les personnes âgées qui sont généralement plus malades que les autres et qui présentent ainsi des dépenses au remboursement plus élevées que les autres, ont, après prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, des restes-à-charge largement réduits, même s'ils restent supérieurs à ceux des autres assurés. Après prise en charge par l'assurance maladie obligatoire, les restes-à-charge s'élevaient en 2012 à 420 euros en moyenne annuelle pour les 25-45 ans et à 950 euros pour les 75 ans et plus (cf. graphique).



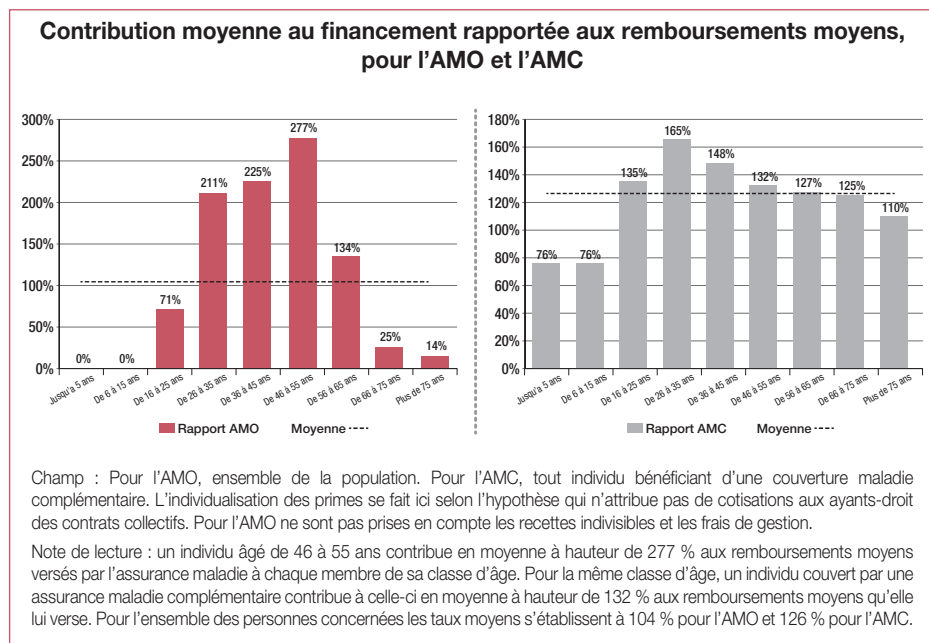
Cette redistribution selon l'âge est d'autant plus importante que les cotisations et contributions versées par les ménages aux régimes de base sont nettement décroissantes au-delà de 60 ans, les retraités ayant des cotisations sociales très limitées sur leurs pensions de retraite (taux de 1 % sur les retraites complémentaires) et des taux de contributions sociales réduits (les retraités pouvant être exonérés de contributions sociales ou taxés à un taux réduit selon le niveau de leurs revenus³¹).

30 R. Legal, D. Raynaud et G. Vidal : « la prise en charge des dépenses maladie des assurés sociaux en fonction du risque constaté : quelle contribution de l'assurance maladie et des organismes complémentaires », Comptes nationaux de la santé de 2009, édition 2010, DREES.

31 Cf. J. Duval, R. Lardellier et R. Legal : « La redistribution opérée par l'assurance maladie obligatoire et par les assurances complémentaires selon l'âge », Comptes nationaux de la santé de 2010, édition 2011, DREES.

La forte solidarité entre bien portants et malades qu'assurent les régimes de base permet ainsi aux organismes privés d'assurance de proposer des contrats individuels à la fois sans questionnaire médical, mais également avec une croissance des primes avec l'âge limitée³², malgré une prise en charge, elle aussi, accrue avec l'âge. Après prise en charge de la complémentaire santé, les restes-à-charge moyens des 76 ans et plus ne seraient plus que de 338 euros par an contre 125 euros pour les 25-45 ans.

Selon le modèle Omar-Ines de 2008 de la DREES, on notait par exemple que les rapports [contribution moyenne / remboursement moyen] des régimes de base et des régimes complémentaires avaient le même profil d'évolution par âge (une forme en cloche). La baisse de ce rapport aux âges élevés, marquant la solidarité intergénérationnelle opérée par les régimes de base et les régimes complémentaires, est toutefois moins prononcée pour les régimes complémentaires que pour les régimes de base (cf. graphique).



Source : Ines-Omar 2008. « La redistribution opérée par l'assurance maladie obligatoire et par les assurances complémentaires selon l'âge », DREES, comptes nationaux de la santé de 2010 (édition 2011)

V- Des niveaux de couverture différents selon les situations personnelles

Cette analyse globale masque toutefois des différences à la fois parce que les taux moyens ne rendent pas compte des dispersions de consommation et de prises en charge existant au sein des différentes catégories de population³³, ni des restes à charge qui peuvent dans certains cas être particulièrement

³² Selon les contrats individuels proposés, les primes peuvent être multipliées de 2 à 4 entre les personnes de 20 ans et celles de 75 ans. Notons que les contrats collectifs pour bénéficier des exonérations fiscales et sociales pour l'employeur et de réductions d'impôts pour le salarié doivent être « responsables » et ne peuvent dans ce cadre appliquer de tarification à l'âge.

³³ La dispersion des consommations s'accroît notamment fortement avec l'âge (cf. comptes nationaux de la santé de 2010 : « la redistribution opérée par l'assurance maladie obligatoire et par les assurances complémentaires selon l'âge », DREES).

élevés, en particulier lorsque les personnes ne disposent pas d'assurance maladie complémentaire (cf. rapport du HCAAM de 2013), mais également parce qu'elle ne donne qu'une vue partielle des caractéristiques des contrats proposés par les différents types d'organismes.

L'analyse des contrats proposés par les différents organismes complémentaires montre, par exemple, que le niveau de garanties de ces contrats, outre le fait qu'il se différencie selon que l'adhésion est individuelle ou collective, est en partie dépendant du statut professionnel des personnes concernées. Les actifs en emploi, plus souvent couverts par un contrat collectif, bénéficient plus largement des contrats les plus couvrants et pour lesquels le retour prestations / primes est le plus élevé, à l'inverse les chômeurs, les bénéficiaires de l'ACS³⁴ sont ceux qui sont les plus représentés parmi les adhérents aux contrats aux garanties les plus faibles. De même, les retraités bien qu'ayant des besoins de santé plus élevés sont plus souvent représentés dans les contrats de milieu de gamme. Seuls 12 % des plus de 60 ans bénéficient d'un contrat collectif, contre 49 % pour les 25-59 ans, si bien que contrats collectifs et contrats individuels confondus, les plus de 60 ans ne sont que 12 % à disposer de contrats aux garanties élevées (catégorie A et B) contre 35 % pour les 25-59 ans, ils sont en revanche 46 % à disposer d'un contrat de milieu de gamme (catégorie C) contre 36 % pour les 25-59 ans.

Outre cette différence de niveau, on constate également un plus fort taux de non couverture pour les ménages les plus fragiles. Si les retraités disposent, comme le reste de la population, de contrats d'assurance complémentaire, il n'en est rien en ce qui concerne là encore les chômeurs et les personnes au foyer. Selon l'enquête de l'IRDES, 14 % de chômeurs, 9 % des personnes au foyer, et 14 % des autres inactifs ne disposeraient pas d'une complémentaire santé (cf. tableau).

Taux de personnes couvertes par une complémentaire santé, selon l'occupation principale et le type de couverture

Occupation principale	Avec une complémentaire santé					Sans complémentaire santé (en %)
	Ensemble (en %)	Collectif (en %)	Individuel (en %)	CMU-C (en %)	Indéterminé (en %)	
Actifs salariés du secteur privé	96,4	64,0	28,7	2,5	1,3	3,6
Actifs salariés du secteur public	97,4	21,7	73,1	2,1	0,4	2,6
Autres actifs (indépendants, PDG, etc.)	94,0	19,6	70,7	2,6	1,1	6,0
Chômeurs	86,2	16,5	44,2	25,0	0,5	13,8
Retraités	95,4	1,7	92,6	1,1	0,1	4,6
Femmes / hommes au foyer	91,1	19,0	51,5	20,3	0,3	8,9
Étudiants	95,1	42,0	48,9	3,4	0,8	4,9
Enfants	95,8	46,3	38,7	10,1	0,6	4,2
Autres inactifs	85,9	6,6	66,1	13,2	0,0	14,1
Non renseigné	93,6	4,1	86,2	3,3	0,0	6,4
Ensemble	95,0	34,7	53,5	6,2	0,7	5,0

Champ : France métropolitaine, personnes vivant en ménage ordinaire

Source : ESPS 2012, IRDES.

34 87 % des bénéficiaires de l'ACS sont couverts par des contrats individuels offrant des garanties de niveau D et E (les moins couvrants), alors que ces contrats individuels ne couvrent que 48 % de la population française (Fonds CMU).

Pour 53 % des personnes ne disposant pas d'une complémentaire santé, le manque de moyen financier ou encore le coût de la complémentaire serait le motif principal de leur non-affiliation.

Cela n'est bien évidemment pas sans conséquences sur les niveaux des restes à charge et sur les renoncements aux soins, en particulier là où l'assurance maladie de base a les taux de couverture les plus faibles. L'enquête de l'IRDES santé protection sociale de 2012, montre l'importance de ces renoncements pour les personnes n'ayant pas de couverture, en particulier pour les soins dentaires et l'optique (cf. IRDES, questions d'économie de la santé n°198, mai 2014). Ce sujet a été largement évoqué au HCAAM et analysé dans ses rapports annuels de 2011 et 2013, mais également dans son rapport particulier sur la généralisation de la couverture complémentaire en santé³⁵.

VI- Les évolutions en cours qui pourraient modifier la donne

Les données présentées ne tiennent évidemment pas compte ou partiellement compte, selon les sources utilisées, des dernières dispositions prises afin d'améliorer encore la couverture santé :

- ▼ En premier lieu, en renforçant l'accès aux dispositifs d'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé aux ménages aux revenus les plus modestes :
 - ▷ que ce soit avec l'augmentation des plafonds de ressources pour l'obtention de la CMU-C et de l'ACS³⁶,
 - ▷ ou que ce soit par l'amélioration depuis le 1^{er} juillet 2015 de la lisibilité des contrats ACS avec l'établissement d'une liste de contrats sélectionnés après un appel d'offre. La baisse des primes permise par cet appel d'offre a été estimée entre 15 % (pour le contrat le plus couvrant) et 37 % pour le contrat le moins couvrant. Actuellement l'ACS est une des prestations pour lesquelles le taux de recours estimé est l'un des plus faibles entre 30 % et 43 % en 2014 (contre 64 à 77 % pour la CMU-C). Dans une étude l'IRDES³⁷ montre que les raisons le plus souvent évoquées de ce non-recours sont le manque d'information sur les critères d'éligibilité – nombre de personnes pensant ne pas être éligibles –, la complexité des démarches à engager ainsi que le coût de la complémentaire, même après déduction du chèque santé.
- ▼ En deuxième lieu, en améliorant le contenu des contrats responsables et en encadrant certaines dépenses donnant lieu à des dépassements :
 - ▷ prise en charge illimitée par les complémentaires depuis 2015 du forfait journalier,
 - ▷ encadrement des prises en charge de certaines dépenses (optique notamment ou encore dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré aux contrats d'accès aux soins) avec pour objectif de limiter ces dépassements.
- ▼ En troisième lieu, en généralisant, en 2016, la couverture santé d'entreprise, pour faire suite à la signature de l'accord national interprofessionnel de 2013, et en mettant en place une labellisation des contrats destinés aux seniors.

35 Cf. avis du HCAAM de juillet 2013.

36 Augmentations des plafonds de ressources pour l'obtention de la CMU-C (+7 % en réel au 1^{er} juillet 2013) et de l'ACS (plafond fixé à 35 % de celui de la CMU-C au 1^{er} janvier 2012, ce taux était de 26 % en 2011 et de 20 % en 2010).

37 IRDES : questions d'économie de la Santé, n°195, février 2014.



Lorsque les données seront disponibles, il sera nécessaire de prolonger l'analyse pour examiner l'impact de ces différentes mesures, tant sur le niveau et la qualité de la couverture pour les familles aux revenus les plus modestes, que sur les coûts induits sur la gestion globale du système, en particulier avec la mise en œuvre de l'accord national interprofessionnel.