



*Cette typologie, réalisée à partir de l'enquête statistique de la Drees auprès des organismes d'assurance maladie complémentaire pour l'année 2003, se fonde sur les niveaux de garantie offerts par les contrats individuels et collectifs qui dans chaque organisme couvrent le plus grand nombre de personnes. Ce sont les remboursements des prothèses dentaires, des lunettes et des dépassements d'honoraires pour les consultations de médecine de ville qui différencient le plus les contrats offerts. Parmi les quatre groupes de contrats de la typologie, deux d'entre eux sont de niveau intermédiaire et couvrent huit personnes sur dix. Ils comprennent à la fois des contrats « standards », dont les prestations servent ici de référence et des contrats qui apportent une meilleure couverture en dentaire. Les contrats « d'entrée de gamme » remboursent, quant à eux, rarement au-delà du tarif de la Sécurité sociale mais couvrent l'intégralité du ticket modérateur en pharmacie. Au contraire, les contrats « haut de gamme », qui sont souvent des contrats collectifs, ne le couvrent pas toujours complètement, mais ils offrent des garanties deux à trois fois supérieures à celles des contrats « standards » en matière d'optique, de prothèses dentaires et de dépassements d'honoraires.*

## Les contrats d'assurance maladie complémentaire, une typologie en 2003

En 2004, 92 % de la population française bénéficiait d'une assurance maladie complémentaire<sup>1</sup>, dont 7,5 % au titre de la Couverture maladie universelle. Selon les comptes nationaux de la santé 2004<sup>2</sup>, les opérateurs d'assurance maladie complémentaire ont versé 18,7 milliards d'euros de prestations, en augmentation de 6,8 % par rapport à l'année précédente. Ces prestations représentent 12,9 % de l'ensemble des dépenses de soins et biens médicaux, faisant de ces organismes le deuxième grand financeur des dépenses de santé derrière la Sécurité sociale (76,7 %) et devant les ménages (9,1 %). La part de ces organismes dans le financement de ces dépenses est d'ailleurs croissante

1. Selon l'enquête SPS 2004 de l'Irdes.

2. FENINA A., GEFFROY Y., 2005, « Les comptes nationaux de la santé 2004 », *Études et Résultats*, n° 413, juillet, Drees.

depuis l'année 2000, diminuant ainsi le reste à charge des ménages, et de nombreuses études ont démontré le rôle essentiel de la couverture maladie complémentaire dans l'accès aux soins<sup>3</sup>. Dans ce contexte, il est important d'améliorer la connaissance du marché de l'assurance maladie complémentaire, en appréhendant l'hétérogénéité de l'offre de contrats, à travers leurs principales caractéristiques. L'étude de l'offre de contrats est réalisée ici à partir de l'enquête statistique de la Drees auprès des organismes d'assurance maladie complémentaire pour l'année 2003 (encadré 1), et tente de dresser une typologie des contrats les plus souscrits<sup>4</sup>. Elle se fonde sur l'analyse des niveaux de garantie offerts, par le contrat individuel et le contrat collectif, à adhésion obligatoire ou facultative qui, dans chaque organisme couvre le plus grand nombre de personnes (contrats dits « modaux »), soit une palette de 175 contrats, 104 individuels et 71 collectifs<sup>5</sup>.

Cette typologie permet de classer les contrats en groupes homogènes selon les niveaux de remboursement offerts en analysant conjointement plusieurs garanties. Les comparaisons effectuées se limitent ici au niveau des garanties offertes, ne prenant pas en compte le montant des cotisations versées ou l'offre médicale à laquelle ont accès les personnes couvertes par ces contrats.

Une méthodologie en deux étapes (analyse des correspondances multiples et classification ascendante hiérarchique) a permis d'établir cette typologie à partir des garanties offertes par les contrats d'assurance maladie complémentaire pour cinq types de prises en charge : celles des consultations des médecins en ville, des prothèses dentaires, des lunettes, du forfait journalier hospitalier, et des prothèses mammaires ou capillaires (encadré 2). La prise en compte dans l'analyse d'autres prestations, comme le remboursement de la pharmacie « vignette bleue », remboursée à 35 % par la Sécurité sociale, la prise en charge des frais pour l'accompagnement d'un enfant ou d'une personne handicapée hospitalisée...

ne permet pas d'améliorer la classification obtenue, et elles ne figurent ici que comme variables illustratives.

### **Les contrats les plus généreux offrent des remboursements élevés pour l'ensemble des prestations**

Les prestations qui différencient pour l'essentiel les garanties offertes par les contrats d'assurance maladie complémentaire sont, selon la première étape de l'analyse, les remboursements relatifs aux prothèses dentaires, aux lunettes, et aux dépassements d'honoraires des médecins lors des consultations en médecine de ville (encadré 2). Par ailleurs, le regroupement des contrats en groupes homogènes montre une gradation

continue dans le niveau des garanties offertes (encadré 3). D'une manière générale, les contrats qui offrent des garanties élevées (respectivement faibles) dans l'une des trois dimensions les plus discriminantes (dentaire, optique ou dépassement d'honoraires), ont en effet de grandes chances de proposer des niveaux également élevés (respectivement faibles) de remboursement pour les autres prestations. Ainsi, la typologie en quatre classes permet de regrouper les contrats selon un critère, qui s'interprète comme le niveau global de garanties offertes. Ces groupes de contrats sont désignés par la suite par les lettres A, B, C et D, les contrats de type A étant ceux offrant la meilleure couverture et les contrats de type D la moins bonne (tableau 1).

## **E • 1**

### **L'enquête auprès des opérateurs d'assurance maladie complémentaire**

*Afin de mieux connaître l'offre de contrat proposée par les opérateurs d'assurance maladie complémentaire, la Drees a mis en place une enquête qui concerne depuis 2002 les trois types d'organismes (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance). L'échantillon d'organismes interrogés en 2003 a donné lieu à un sondage stratifié par type et taille des organismes. L'échantillon représente 75 % de l'ensemble des cotisations maladies perçues par les mutuelles, 94 % par les sociétés d'assurance, et est exhaustif pour les institutions de prévoyance.*

*Le taux de réponse global à l'enquête pour l'exercice 2003 (35 %) est inférieur à celui observé pour 2002 (40 %). La part des répondants représente toutefois 47 % des cotisations des organismes enquêtés.*

*Cette enquête permet d'obtenir une information détaillée sur les garanties proposées par les organismes interrogés, représentatifs de l'ensemble du secteur pour trois types de contrat, pour les garanties individuelles et collectives : le contrat couvrant le plus grand nombre de personnes (contrat modal), et deux autres types de contrats, définis selon les niveaux de garanties offerts pour les soins dentaires et optiques. En 2005, cette enquête a été transformée et le questionnaire portera désormais sur la description des trois contrats les plus souscrits.*

*L'analyse porte ici uniquement sur les niveaux de remboursement offerts par ces contrats modaux. Tous organismes confondus, ils représentent 51 % des personnes couvertes par un contrat individuel et 30 % par un contrat collectif.*

3. RAYNAUD D., 2005, « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire », *Études et Résultats*, n° 378, février, Drees.  
BUCHMUELLER T., COUFFINHAL A., GRIGNON M., PERRONNIN M., SZWARCENSZTEIN K., 2002, « Consulter un généraliste ou un spécialiste : l'influence de la couverture complémentaire », *Questions d'économie de la santé*, n° 47, janvier, Irdes.

4. Une première étude décrivait les contrats les plus souscrits ainsi que l'étendue de la gamme offerte : MARTIN-HOUSSART G., RATTIER M.-O., RAYNAUD D., 2005, « Les contrats offerts en 2002 par les organismes d'assurance maladie complémentaire », *Études et Résultats*, n° 402, mai, Drees.

5. Par construction, certains types de contrats ne sont pas représentés, comme les contrats répondant à des besoins spécifiques (par exemple, l'hospitalisation), ou ceux des PME, étant peu susceptibles de répondre à la définition des « contrats modaux ».

## Les contrats « intermédiaires » couvrent plus de 8 personnes sur 10

Parmi les personnes couvertes par les contrats les plus fréquemment proposés par les organismes, plus de 8 sur 10 sont couvertes par des contrats appartenant aux catégories intermédiaires (B et C), qu'il s'agisse de contrats individuels ou collectifs : environ la moitié des personnes couvertes (49 % en individuel et 53 % en collectif) bénéficie d'un contrat de la catégorie C, que l'on peut considérer comme « standard », et un tiers (34 % en individuel et 31 % en collectif) bénéficie d'un contrat de la catégorie B, aux garanties plus élevées. Il est cependant possible que le fait d'étudier spécifiquement les contrats dits « modaux », c'est-à-dire les plus souscrits auprès des organismes ayant répondu à l'enquête, conduise à surreprésenter les contrats proposant des garanties intermédiaires.

## Les contrats intermédiaires comprennent à la fois des « contrats standards »...

Cette classe de contrats concentre environ la moitié des personnes couvertes par un contrat modal, et les garanties qu'ils offrent peuvent s'in-

terpréter comme celles d'un « contrat standard », qui fournit un certain nombre de prestations de référence.

Dans ces contrats, le remboursement des consultations de médecins se limite en général au ticket modérateur, une minorité d'entre eux prenant néanmoins en charge des petits dépassements d'honoraires, la plupart du temps dans la limite de 120 % du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale. Concernant les remboursements de prothèses dentaires et de lunettes, les cas types choisis d'une prothèse dentaire céramo-métallique sur dent visible coûtant 750 € et une paire de lunettes à verres complexes coûtant 600 € conduisent à des remboursements de la Sécurité sociale de 75 € pour la prothèse dentaire et de 34 € pour la paire de lunettes. En complément, l'organisme assureur verse dans le cadre de ces contrats des montants compris entre 134 € (1<sup>er</sup> quartile) et 194 € (3<sup>e</sup> quartile) pour une prothèse dentaire et entre 150 et 257 € pour des lunettes. En outre, ces contrats prennent fréquemment en charge le forfait journalier hospitalier pour une durée supérieure à 30 jours, la moitié d'entre eux allant même au-delà de 90 jours. Enfin, ils remboursent presque toujours intégralement le ticket modérateur des médicaments à vignette bleue.

Certains de ces contrats privilégient toutefois le remboursement des lunettes et des forfaits journaliers, tandis que d'autres mettent plutôt l'accent sur les dépassements d'honoraires de médecins (encadré 4).

## ... et des contrats qui apportent une meilleure couverture en dentaire

Par rapport aux contrats « standards » de la classe C, les contrats de la classe B se définissent comme des contrats apportant une meilleure couverture en dentaire. En effet, les remboursements pour une prothèse dentaire s'échelonnent pour les contrats de cette classe entre 215 € (1<sup>er</sup> quartile) et 301 € (3<sup>e</sup> quartile), soit des montants supérieurs de l'ordre de deux tiers par rapport aux contrats dits « standards » (+105 € pour le remboursement médian). Pour autant, la classe B ne se caractérise pas seulement par de meilleurs remboursements dentaires, les autres soins de ville apparaissant aussi, à des degrés divers, mieux pris en charge, conformément à la gradation observée dans la combinaison des garanties offertes. Ainsi, les dépassements d'honoraires des médecins sont généralement pris en charge dans la limite d'un plafond allant de 125 % (1<sup>er</sup> quartile) à 160 %

3

### T • 01 principales caractéristiques des contrats de la typologie en 4 groupes

	Contrats modaux		Personnes couvertes (1)		Consultations (2)			Optique (3)			Dentaire (3)		
	Nombre	Parts	Individuel	Collectif	1 <sup>er</sup> quartile	Médiane	3 <sup>e</sup> quartile	1 <sup>er</sup> quartile	Médiane	3 <sup>e</sup> quartile	1 <sup>er</sup> quartile	Médiane	3 <sup>e</sup> quartile
Classe A	17	10 %	2 %	11 %	196 % TC	207 % TC	217 % TC	304 €	462 €	546 €	355 €	387 €	525 €
Classe B	43	24 %	34 %	31 %	125 % TC	150 % TC	160 % TC	167 €	220 €	317 €	215 €	247 €	301 €
Classe C	82	47 %	49 %	53 %	100 % TC	100 % TC	120 % TC	150 €	182 €	257 €	134 €	142 €	194 €
Classe D	33	19 %	15 %	5 %	100 % TC	100 % TC	100 % TC	52 €	62 €	110 €	32 €	48 €	86 €
Ensemble	175	100 %	100 %	100 %									

Lecture : Seules les variables quantitatives sont ici détaillées. La classe C, avec 82 contrats modaux représente 53 % des personnes couvertes par un contrat collectif. Un quart des contrats de la classe A (soit 4 contrats sur 17) prennent en charge moins de 196 % du tarif conventionnel pour les consultations (1<sup>er</sup> quartile).

(1) Ces taux sont calculés avec pondérations, c'est-à-dire redressement du taux de sondage et du taux de non réponse.

(2) Remboursement en % du taux de convention, y compris remboursement de la Sécurité sociale.

(3) Remboursement en euros par l'organisme complémentaire.

Source : Drees, enquête statistique auprès des organismes d'assurance complémentaire à l'assurance maladie - 2003

(3<sup>e</sup> quartile) du tarif de responsabilité de la Sécurité sociale. La prise en charge des lunettes apparaît en revanche en retrait dans les contrats de la classe B par rapport aux autres garanties offertes qui apparaissent surtout « bonnes en dentaire ». En effet, les remboursements d'une paire de lunettes à verres complexes vont de 167 € (1<sup>er</sup> quartile) à 317 € (3<sup>e</sup> quartile), soit une progression modeste (de 10 à 20 %) par rapport aux contrats dits « standards » de la classe C (+38 € pour le remboursement médian).

Comme pour la classe des contrats « standards », le ticket modérateur est presque toujours remboursé en totalité en pharmacie. Enfin, les soins de ville sont en général mieux remboursés alors que la durée de prise en charge du forfait journalier hospitalier reste comparable à celle des contrats « standards ».

Là encore toutefois, certains contrats du groupe B ont tendance à privilégier le remboursement des frais hospitaliers et d'autres la prise en charge des soins de ville (encadré 4).

**Les contrats « d'entrée de gamme » sont plus souvent souscrits en garantie individuelle et les contrats « haut de gamme » en garantie collective**

La typologie fait par ailleurs apparaître deux groupes minoritaires en termes de personnes couvertes, et radicalement opposés en termes de garanties offertes. D'un côté, la classe D, qualifiée « d'entrée de

## E-2

### Une analyse des correspondances multiples suivie d'une classification ascendante hiérarchique

La méthodologie permettant de dresser la typologie des contrats modaux comporte deux étapes, une analyse des correspondances multiples (ACM) suivie d'une classification ascendante hiérarchique (CAH).

L'ACM permet de synthétiser l'information de variables dites « actives », en la projetant sur un nombre réduit d'axes. Après une analyse préalable des corrélations, cinq variables « actives » sont retenues : les remboursements de consultations de médecins, des lunettes, des prothèses dentaires, la durée de prise en charge du forfait journalier hospitalier (en médecine et en psychiatrie) et la prise en charge ou non de frais pour les prothèses capillaires ou mammaires. D'autres variables, dites « illustratives » sont ajoutées pour compléter la description des classes : la pharmacie (vignette bleue), les frais d'accompagnement d'un enfant ou d'une personne handicapée hospitalisé.

Pour les trois premières variables (consultations, lunettes et prothèses dentaires), les garanties étant exprimées de manière hétérogène selon les organismes, des biens de référence ont été choisis pour permettre la comparaison des contrats (tableau). Les tarifs de ces biens sont de niveaux volontairement élevés (prix moyen plus un écart-type) de manière à pouvoir discriminer les contrats.

Le premier axe obtenu par l'ACM, le plus informatif, s'interprète selon le niveau de garantie global du contrat, opposant les contrats offrant des garanties généreuses à ceux se limitant au remboursement du ticket modérateur. Le deuxième axe oppose, quant à lui, les contrats proposant des garanties intermédiaires en dentaire et en optique aux contrats offrant des garanties extrêmes dans ces deux dimensions, qu'elles soient fortes ou faibles. Les axes 3 à 5 permettent enfin de différencier les contrats intermédiaires selon les trois garanties évoquées. L'axe 3 oppose ces contrats selon leur niveau de couverture en dentaire, l'axe 4 selon leur lien entre remboursement des prothèses dentaires et des dépassements d'honoraires, mettant en évidence une corrélation particulièrement élevée entre ces deux dimensions, et l'axe 5 oppose les contrats intermédiaires en fonction de leurs garanties optiques. La prise en charge du forfait journalier hospitalier et des prothèses mammaires et capillaires ne contribue que marginalement à la construction des cinq axes.

La classification ascendante hiérarchique (CAH) consiste, dans un deuxième temps, à regrouper les contrats en classes selon les garanties offertes, à partir des axes définis en première étape. Les cinq premiers axes issus de l'ACM sont ainsi conservés pour la deuxième étape. Les 175 contrats sont progressivement regroupés de manière à maximiser l'homogénéité des classes à chaque étape. Le choix final du nombre de classes se fait de manière à conserver le maximum d'information, tout en ayant des classes suffisamment interprétables. Une consolidation de la partition permet enfin de maximiser l'homogénéité au sein de chaque classe en réaffectant les contrats se situant au voisinage des frontières.

#### Caractéristiques des biens de référence

2003	Caractéristiques	Prix du bien de référence	Base de remboursement de la Sécurité sociale	Taux de remboursement de la Sécurité sociale	Remboursement de la Sécurité sociale	Reste à charge pour l'assuré
Consultation	Consultation chez un spécialiste	50 €	23 €	70%	16,10 €	33,90 €
Prothèse dentaire	Couronne céramo-métallique	750 €	107,50 €	70%	75,25 €	674,75 €
Monture		100 €	2,84 €	65%	1,85 €	98,15 €
Verres	Verre multi-focal ou progressif, quelle que soit la puissance du cylindre pour une sphère située en dehors de la zone [-8 ; +8]	250 € par verre	24,54 € par verre	65%	15,95 € par verre	234,05 € par verre, soit 468,10 € pour deux verres

1. Le premier axe résume 15 % de l'information, les cinq premiers 54 %.

gamme », qui regroupe les contrats offrant les garanties les plus basses, concerne 15 % des personnes couvertes par les contrats individuels le plus souvent souscrits, mais seulement 5 % des personnes couvertes par un contrat collectif du même type. De l'autre, la classe A, qualifiée de « haut de gamme », regroupe les contrats offrant les garanties les plus élevées, et concerne à peine 2 % des personnes couvertes par un contrat individuel, mais 11 % des personnes bénéficiant d'un contrat collectif parmi les plus souvent offerts.

Selon une enquête de l'Irdes<sup>6</sup>, la majorité des personnes couvertes par le biais de l'entreprise le sont dans le cadre d'une adhésion obligatoire. Or,

dans le cadre de ces contrats collectifs obligatoires, l'employeur participe au paiement de la cotisation, à hauteur de 60 % en moyenne, cette participation étant en outre exonérée de cotisations sociales. La participation de l'employé est, quant à elle, déductible de l'impôt sur le revenu. Au final, pour un niveau de garantie et un risque donnés, les contrats collectifs sont probablement moins onéreux que les contrats individuels, ce qui pourrait conduire à choisir des garanties plus élevées. En outre, l'étude se limitant aux contrats les plus fréquemment souscrits, les contrats collectifs proposés par les PME, probablement moins protecteurs, sont peu pris en compte.

### Les contrats « d'entrée de gamme » prévoient avant tout le remboursement du ticket modérateur des produits pharmaceutiques

Les plus faibles garanties, offertes par les contrats de la classe D « d'entrée de gamme » couvrent très rarement les dépassements d'honoraires de médecins, et les remboursements des prothèses dentaires et des lunettes y sont nettement inférieurs à ceux des contrats « standards » de la classe C. Ainsi, le remboursement du contrat médian de la classe D est inférieur de 94 € pour une prothèse dentaire céramo-métallique et de 120 € pour une paire de lunettes à

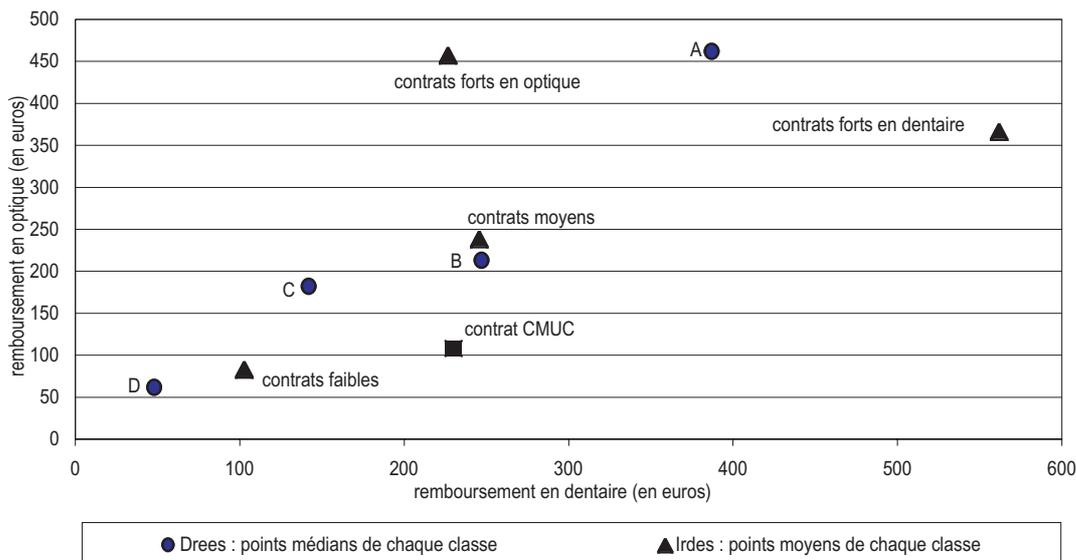
## E•3

### La comparaison avec la typologie de l'Irdes confirme la logique proportionnelle des garanties

Une précédente typologie des contrats avait été établie par l'Irdes<sup>1</sup> à partir des enquêtes Santé et protection sociale 2000 et 2002. Ce travail, qui avait permis de dresser les premiers contours des contrats souscrits alors, reposait néanmoins sur les seules garanties dentaires et optiques déclarées par les assurés. L'Irdes dressait une typologie de quatre groupes de contrats : « fort en dentaire » (9 % des personnes couvertes), « fort en optique » (12 %), « moyen en optique et dentaire » (41 %), et « faible en optique et dentaire » (38 %).

Dans la présente étude, réalisée à partir de l'enquête de la Drees, les informations utilisées émanent des organismes assureurs, les garanties étudiées vont au-delà des seules prestations dentaires et optiques, et le champ des contrats étudiés est restreint aux contrats les plus souscrits (« contrat modal »). Ces différences méthodologiques conduisent à considérer la comparaison des deux études avec une certaine prudence. Toutefois, la gradation des garanties entre « entrée de gamme » et « haut de gamme » qui se dégage de la classification issue de l'enquête de la Drees apparaissait déjà dans la typologie de l'Irdes entre les couvertures dentaires et optiques.

#### Comparaison des typologies de la Drees et de l'Irdes



1. COUFFINHAL A., PERRONNIN M., 2004, « Accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursement », *Série analyse*, n° 1521, Irdes.

6. COUFFINHAL A., GRANDFILS N., GRIGNON M., ROCHEREAU T., 2004, « Enquête sur la protection sociale complémentaire d'entreprise en France », *Questions d'économie de la santé*, n° 83, juin, Irdes.

**E•4**

**Une deuxième typologie en six classes  
fait apparaître une spécialisation  
des contrats intermédiaires**

Une deuxième typologie des contrats les plus souscrits, affinant la première, a été établie en six classes. Les deux classes intermédiaires B et C se divisent chacune en deux, alors que les deux classes extrêmes restent inchangées. Néanmoins, le passage de quatre à six groupes ne préserve pas strictement la répartition des contrats de la typologie en quatre classes, les contrats situés aux frontières d'un groupe pouvant en changer selon le nombre de classes de la typologie, même si la définition des classes reste globalement stable. Les deux typologies en quatre et six groupes ne sont donc pas strictement emboîtées.

Alors que la première classification en quatre groupes met en évidence la proportionnalité des différentes garanties proposées par les contrats, la division des classes intermédiaires B et C permet de compléter l'analyse en soulignant, au sein de ces classes, une logique de spécialisation. Au-delà des garanties dentaires, optiques et de la prise en charge des consultations de médecins, cette spécialisation concerne aussi la durée de prise en charge du forfait journalier hospitalier ou le remboursement des prothèses mammaires et capillaires, ce dernier indicateur s'interprétant comme un indicateur de prises en charges « annexes ».

Au sein de la classe des « contrats standards », les contrats se limitant au remboursement du ticket modérateur pour les consultations de médecins tout en proposant des garanties optiques plutôt élevées forment un groupe spécifique. Il offre également une bonne durée de prise en charge du forfait journalier hospitalier (dans la moitié des cas, au-delà de 90 jours), ainsi que la participation quasi-systématique aux frais des prothèses capillaires ou mammaires.

Au contraire, un deuxième sous-groupe de contrats « standards » offre des remboursements plus limités en optique, hospitalisation et pour les prothèses capillaires et mammaires. À l'inverse, il prend généralement en charge les dépassements d'honoraires pour les consultations de médecin et propose des garanties dentaires plus élevées.

La deuxième classe des contrats intermédiaires, qui regroupe des contrats aux garanties plus élevées peut également être scindée en deux catégories. La première, offre des garanties plus faibles pour les consultations de médecins, les prothèses dentaires et les lunettes, mais couvre des durées de prise en charge du forfait journalier hospitalier plus longues (deux tiers des contrats remboursent au-delà de 90 jours). La seconde catégorie propose au contraire des remboursements plus généreux des soins de ville (qui restent toutefois éloignés de ceux offerts par les contrats « haut de gamme »), mais peu tournés vers l'hospitalisation, avec même des durées de prises en charge inférieures à celles des contrats « standards ».

verres complexes à celui de la classe C. Les remboursements offerts par les contrats « d'entrée de gamme » vont à cet égard, respectivement pour les premiers et troisièmes quartiles, de 32 à 86 € pour la prothèse dentaire et de 52 à 110 € pour les lunettes (encadré 5).

Pour les autres garanties, les contrats « d'entrée de gamme » présentent aussi des prises en charge inférieures à celles des autres contrats. Ainsi, la moitié de ces contrats ne prennent pas en charge le forfait journalier hospitalier au-delà de 30 jours, alors que cette proportion se limite à un cinquième pour l'ensemble des contrats étudiés. En outre, la participation aux frais engagés pour les prothèses capillaires et mammaires est moins fréquente que dans les contrats des autres classes. Toutefois, quasiment tous les contrats de la classe D remboursent l'intégralité du ticket modérateur en pharmacie, ce qui montre que les couvertures d'entrée de gamme visent avant tout à améliorer le remboursement des produits pharmaceutiques.

**Les contrats « haut de gamme »  
offrent des garanties deux à trois  
fois supérieures à celles  
des contrats « standards »  
sauf pour la pharmacie**

Les contrats « haut de gamme » de la classe A prennent au contraire en charge les dépassements d'honoraires de médecins à partir de deux fois le tarif de responsabilité de la Sécurité sociale (entre 196 % et 217 % pour les premiers et troisièmes quartiles), certains contrats prenant même en charge l'intégralité des frais réels. Pour les remboursements des prothèses dentaires et des lunettes, les garanties sont près de trois fois plus élevées que celles des contrats de la classe C, dites « standard ». Les prises en charge s'échelonnent en effet, pour une prothèse dentaire céramo-métallique entre 355 € (1<sup>er</sup> quartile) et 525 € (3<sup>e</sup> quartile) et pour une paire de lunettes à verres complexes entre 304 et 546 €.

**E•5**

**La Couverture maladie universelle complémentaire  
offre une garantie meilleure pour les prothèses dentaires  
que pour les lunettes**

Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire ne sont pas confrontés aux mêmes choix que les autres assurés quand ils ont besoin de lunettes ou de prothèses dentaires car les tarifs sont opposables, et ils ne doivent en principe rien payer. Toutefois, ils ont la possibilité de choisir, par exemple, une paire de lunettes d'un modèle supérieur à celui proposé, en payant alors la différence, ce qui les ramène à une situation proche des autres assurés. Il semble ainsi intéressant de situer le niveau de garantie offert par la CMU complémentaire par rapport aux autres contrats du marché.

La CMU complémentaire offre un couple de garantie dentaire-optique qui semble différent de la logique mise à jour dans cette étude. En effet, la couverture dentaire apparaît dans le cadre de la CMU supérieure à la couverture optique. Ainsi, il ne serait pas aisé de classer ce contrat dans la typologie, la garantie dentaire étant proche de celle des contrats de la classe B, qui regroupe des contrats intermédiaires plutôt bons en dentaire, alors que la garantie optique classerait plutôt le contrat CMU dans la classe D, qui regroupe les contrats « d'entrée de gamme ».

L'hospitalisation est également très bien couverte pour ces contrats, le forfait journalier étant remboursé pour une durée illimitée dans la quasi-totalité d'entre eux. De même, les frais pour accompagnement d'enfants ou de personnes handicapées sont presque toujours pris en charge. Toutefois, la participation pour les prothèses capillaires et mammaires s'avère restreinte en comparaison du caractère « haut de gamme » des

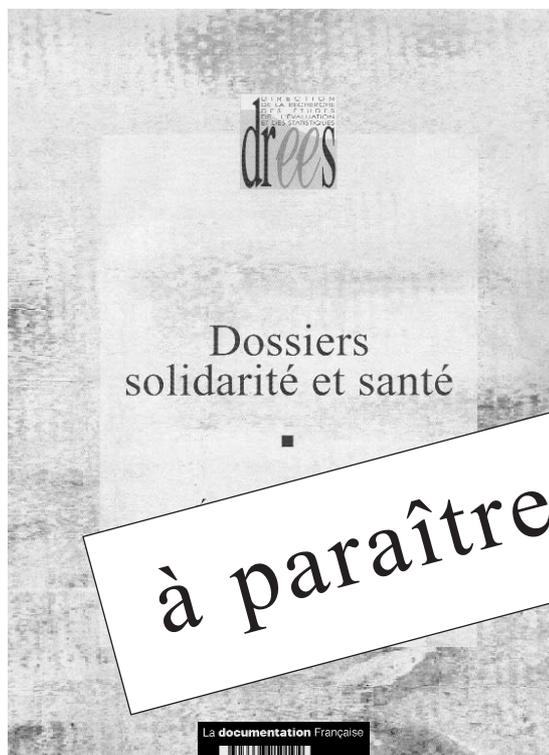
autres garanties : seuls deux tiers des contrats indemnisent ces prestations.

Ces contrats « haut de gamme » ne remboursent pourtant pas systématiquement la totalité du ticket modérateur en pharmacie, un sur trois laissant à la charge de l'assuré une partie de la dépense de médicaments à vignette bleue, qui ne sont remboursés qu'à hauteur de 35 % par l'assurance maladie obligatoire car leur service médical rendu est jugé modéré. Ce reste

à charge est en général limité à 5 % de la dépense. Cette caractéristique est spécifique à cette catégorie de contrats. En effet, plus de neuf sur dix des contrats étudiés ici remboursent intégralement le ticket modérateur de la pharmacie à vignette bleue. L'agencement très favorable des garanties des contrats les plus généreux ne semble donc pas incompatible avec une logique de participation des assurés à certaines dépenses. ●

# DOSSIERS SOLIDARITÉ ET SANTÉ

## N° 1 JANVIER - MARS 2006



à paraître

## LES PROFESSIONS DE SANTÉ ET LEURS PRATIQUES

Prix : 11,60 euros (4 numéros par an)

Les Dossiers solidarité et santé  
sont diffusés par la Documentation  
Française  
29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07

Renseignements,  
commande et abonnement annuel au :  
01 40 15 70 00

Commande en ligne :  
[www.ladocfrancaise.gouv.fr](http://www.ladocfrancaise.gouv.fr)

### *Derniers numéros parus :*

- Les revenus sociaux en 2004  
N° 4, octobre-décembre 2005
- Études diverses  
N° 3, juillet-septembre 2005
- Études diverses  
N° 2, avril-juin 2005
- Études sur les dépenses de santé  
N° 1, janvier-mars 2005
- Études diverses  
N° 3, juillet-septembre 2004

*au sommaire de ce numéro*

### LES ÉVOLUTIONS DÉMOGRAPHIQUES DES PROFESSIONS DE SANTÉ

*Daniel SICART*

### LES SALARIÉS DANS LE SECTEUR HOSPITALIER EN 2003

*Marc COLLET*

### LES TROIS PREMIÈRES ANNÉES DE CARRIÈRE DES INFIRMIERS DE LA GÉNÉRATION 2001

*Rémy MARQUIER et Salah IDMACHICHE*

### LES REVENUS LIBÉRAUX DES CHIRURGIENS-DENTISTES, INFIRMIERS ET MASSEURS-KINÉSITHÉRAPEUTES

*Nadine LEGENDRE*

### UNE TYPOLOGIE DES RECOURS URGENTS OU NON PROGRAMMÉS À LA MÉDECINE DE VILLE

*Marie GOUYON*

### LES EFFETS DE LA MISE EN OEUVRE DE SYSTÈMES DE PAIEMENTS PROSPECTIFS DE TYPE T2A SUR LA QUALITÉ : UNE APPROCHE À PARTIR DE LA LITTÉRATURE INTERNATIONALE

*Frédéric BOUSQUET, Pierre LOMBRIL, Anne-Lise GUISET*

drees

ÉTUDES et RÉSULTATS

N° 490 • mai 2006

Directrice de la publication : Mireille ELBAUM • Rédactrice en chef technique : Elisabeth HINI • Conseiller technique : Gilbert ROTBART •  
Secrétaires de rédaction : Ezra DANIEL, Catherine DEMAISON, Sarah NETTER • Mise en page : Laurent OUARD •

Impression : AIT du ministère de la Santé et des solidarités  
Internet : [www.sante.gouv.fr/html/publication](http://www.sante.gouv.fr/html/publication)

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources - ISSN 1146-9129 - CPPAP 0506 B 05791