



# Études et Résultats

N° 575 • mai 2007

## Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2005

L'enquête annuelle de la DREES auprès des organismes d'assurance maladie complémentaire permet d'analyser les garanties offertes en 2005 par les mutuelles, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance pour leurs contrats les plus fréquemment souscrits, dit « contrats modaux ». L'activité de santé des mutuelles et des sociétés d'assurance est davantage orientée vers les contrats individuels et celle des institutions de prévoyance plus liée aux contrats collectifs. Les mutuelles couvrent une population relativement plus âgée que les autres organismes, et notamment que les institutions de prévoyance dont les contrats collectifs s'adressent à une population en activité plus jeune.

La quasi-totalité des organismes complémentaires rembourse le ticket modérateur des médicaments. Deux tiers des contrats limitent en revanche le remboursement de la consultation chez un spécialiste à 100 % du tarif conventionnel. Mais les contrats collectifs prennent plus souvent en charge les dépassements d'honoraires et les remboursent mieux. Pour le petit appareillage, les lunettes et les prothèses dentaires, les tarifs de responsabilité de la Sécurité sociale sont nettement inférieurs aux coûts réels, aussi la plupart des organismes couvrent les dépenses au-delà du ticket modérateur. Là encore, les contrats collectifs sont plus généreux que les individuels. Enfin, le forfait journalier hospitalier est couvert par pratiquement tous les organismes, mais pour des durées plus courtes en psychiatrie qu'en médecine.

**Marie-Laure ARNOULD, Sylvain PICHETTI, Marie-Odile RATTIER**

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)  
Ministère de l'Emploi, de la Cohésion sociale et du Logement  
Ministère de la Santé et des Solidarités

**E**N 2005, plus de 92 % de la population française est couverte par une assurance maladie complémentaire<sup>1</sup>, dont 7,5 % au titre de la couverture maladie universelle complémentaire. Selon les comptes nationaux de la santé 2005<sup>2</sup>, les opérateurs d'assurance maladie complémentaire ont versé 19,3 milliards d'euros de prestations, en augmentation de 3 % par rapport à l'année précédente. Ces prestations représentent 12,8 % de l'ensemble des dépenses de soins et biens médicaux, faisant de ces organismes le deuxième financeur des dépenses de santé derrière la Sécurité sociale (77,1 %) et devant les ménages (8,7 %). 59,2 % des bénéficiaires d'une couverture complémentaire ont souscrit un contrat auprès d'une mutuelle, 25,5 % auprès d'une société d'assurance et 15,3 % auprès d'une institution de prévoyance<sup>3</sup>. Bien que remboursant les mêmes catégories de prestations (soins ambulatoires, pharmacie, optique, dentaire, hospitalisation), ces trois types d'organismes complémentaires ne poursuivent pas précisément les mêmes logiques économiques (encadré 1).

1. Selon l'enquête sur la santé et la protection sociale – ESPS 2004 – de l'IRDES.

2. Fenina A., Geffroy Y., 2006, *Comptes nationaux de la santé 2005*, Collection Études et Statistiques, DREES, La Documentation française.

3. Selon l'ESPS 2004 de l'IRDES.

4. Les mutuelles soumises aux dispositions du livre II du Code de la mutualité des opérations d'assurance et de capitalisation sous condition d'octroi d'un agrément délivré par l'autorité compétente.

L'enquête de la DREES auprès des organismes complémentaires portant sur l'exercice réalisé en 2005 permet d'établir un état des lieux de l'offre des organismes à partir de la description des garanties de leurs contrats les plus fréquemment souscrits dits « contrats modaux » (encadré 2), avant la mise en place en 2006 des contrats responsables et l'entrée en vigueur des mesures contenues dans la loi du 13 août 2004 portant réforme de l'assurance maladie.

Pour la santé individuelle, l'offre de contrats est plus concentrée : pour les mutuelles, les contrats modaux représentent en moyenne 74 % de l'ensemble des bénéficiaires et respectivement 46 % et 42 % pour les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance.

En revanche, en santé collective, l'offre est plus étendue. Les contrats modaux couvrent 34 % des bénéficiaires des mutuelles, et 28 % de ceux des institutions de prévoyance. Ils ne protègent que 10 % des adhérents et ayants droit des sociétés d'assurance. Cette faible représentativité invite à interpréter avec précaution les résultats de l'enquête pour les contrats collectifs des assurances.

Au vu des résultats de l'enquête, les organismes complémentaires sont spécialisés. Les trois quarts du chiffre d'affaires de l'activité santé des mutuelles et 70 % de celui des sociétés d'assurance proviennent ainsi des contrats individuels, tandis que 77 % du chiffre d'affaires des institutions de prévoyance sont liés aux contrats collectifs (encadré 1). L'exercice d'autres activités, comme la gestion des risques incapacité, invalidité ou décès, concerne essentiellement les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance, 83 % des mutuelles relevant du livre II<sup>4</sup> offrant des contrats relevant uniquement du champ de la santé.

### Les mutuelles couvrent une population relativement plus âgée que les assurances et les institutions de prévoyance

Pour les trois types d'organismes, la part des assurés ou des bénéficiaires

■ TABLEAU 1

### Structure démographique par type d'organisme et par tranche d'âge des assurés et des bénéficiaires

en %

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance	
	Assurés	Bénéficiaires	Assurés	Bénéficiaires	Assurés	Bénéficiaires
Moins de 24 ans	8	28	9	24	7	25
De 25 à 59 ans	60	47	71	61	71	58
60 ans et plus	32	25	20	15	22	17
Total	100	100	100	100	100	100

Lecture • 28 % des bénéficiaires des mutuelles ont moins de 24 ans.

Sources • DREES, enquête statistique auprès des organismes d'assurance complémentaire à l'assurance maladie - année 2005.

de moins de 24 ans est assez voisine (tableau 1). En revanche, celle des assurés de plus de 60 ans est plus importante dans les mutuelles (32 %) que dans les institutions de prévoyance (20 %) et les assurances (22 %). Cette différence s'explique par la présence plus ancienne des mutuelles sur le marché de l'assurance de santé complémentaire. Par ailleurs, les contrats collectifs, très présents dans le portefeuille des institutions de prévoyance, sont destinés à des personnes en âge de travailler et leurs ayants droit et s'adressent à une population relativement plus jeune. Enfin, les organismes en charge de contrats collectifs proposent également des contrats individuels afin d'assurer, en application de la loi Évin du 31 décembre 1989, la continuité des droits aux assurés ne bénéficiant plus de contrats collectifs en raison d'un départ de l'entreprise (perte d'emploi, retraite...). Elles peuvent

aussi dans ce cas choisir de créer des mutuelles consacrées aux contrats individuels, ce qui conduit à transférer vers les groupements mutualistes une population plus âgée.

### **Pour la majorité des contrats individuels, les cotisations dépendent explicitement de l'âge**

En ce qui concerne l'adhésion individuelle, les tarifs de la quasi-totalité des contrats les plus souscrits auprès des assurances et les deux tiers de ceux souscrits auprès des mutuelles et des institutions de prévoyance tiennent compte de l'âge des assurés qui intègre le risque médical lié à l'avancée en âge (tableau 2).

De même, plus des trois quarts des contrats modaux des sociétés d'assurances imposent une limite d'âge à la souscription. Cette limite reste élevée puisqu'elle se situe en moyenne à 68 ans. Elle est de 55 ans pour les

mutuelles mais ne concerne que 40 % de leurs contrats, tandis qu'elle se situe à 66 ans en moyenne pour les institutions de prévoyance, pour à peine 15 % de leurs contrats. En revanche, en matière d'adhésion collective, les organismes qui imposent une limite d'âge à la souscription du contrat la rapprochent de l'âge de départ à la retraite (entre 61 et 63 ans).

Parallèlement, le montant des revenus intervient peu ou pas pour déterminer le niveau des cotisations des contrats individuels dans les assurances et les institutions de prévoyance. Ce constat se vérifie moins pour les mutuelles dans la mesure où leurs cotisations sont fondées dans un tiers des cas sur les revenus, cette particularité étant d'ailleurs principalement le fait de mutuelles de fonctionnaires ou de mutuelles d'entreprises. S'agissant de l'adhésion collective, la détermination des cotisations en fonction

## ENCADRÉ 1

### Cadre juridique des différents types d'organismes complémentaires

Pour compléter les prestations versées par les régimes obligatoires d'assurance maladie, les organismes complémentaires proposent des contrats santé. Les garanties de remboursement des frais de soins et de biens médicaux varient selon les contrats, de la prise en charge du seul ticket modérateur<sup>1</sup> au remboursement total ou partiel des frais laissés à la charge de l'assuré.

L'assurance complémentaire santé peut être souscrite :

- à titre individuel, par les personnes qui ne bénéficient pas de protection complémentaire dans le cadre de leur emploi, par les travailleurs indépendants, les étudiants et les retraités, au profit d'un ou de plusieurs membres de leur famille ; les fonctionnaires appartiennent aussi à cette catégorie lorsqu'ils souscrivent un contrat par l'intermédiaire de leur administration ;
- à titre collectif, en adhérant à un contrat collectif ou de groupe par l'intermédiaire de l'employeur, de l'entreprise ou de la branche professionnelle. La couverture complémentaire s'applique de manière uniforme aux salariés de l'entreprise, dans leur totalité ou à une catégorie définie d'entre eux. Selon les cas, elle peut être à adhésion facultative (choix des salariés d'y souscrire ou non) ou obligatoire (même si le salarié est déjà couvert par un autre régime, celui du conjoint par exemple). L'adhésion peut dans certains cas être étendue aux membres de la famille du salarié. Une partie des cotisations peut être prise en charge par l'employeur.

#### Trois principaux acteurs interviennent sur le marché de la complémentaire santé

Les mutuelles, régies par le Code de la mutualité du 19 avril 2001, sont essentiellement actives sur le marché de l'assurance individuelle. Organismes à but non lucratif, elles sont placées sous la tutelle du ministère de la Santé et des Solidarités. Elles sont notamment présentes dans la Fonction publique. La réforme du Code de la mutualité a dynamisé le marché : elle a d'abord permis une concentration du secteur qui s'est traduite par des mouvements de fusion et d'absorption débouchant sur la constitution de groupes. Elle a également favorisé un élargissement de l'offre de contrats qui a entraîné le rajeunissement de la clientèle. Depuis la mise en place de ce nouveau Code, les mutuelles doivent respecter un certain nombre de règles comptables et prudentielles qui devraient encore accélérer la consolidation du secteur. Cette étude ne porte que sur les

mutuelles du Livre II, soit sur un peu plus de 900 sur un total de près de 2 100 mutuelles.

Les institutions de prévoyance régies par le Code de la Sécurité sociale sont des personnes morales de droit privé ayant un but non lucratif. Organismes paritaires, elles réalisent une part majoritaire de leur activité sous forme de contrats collectifs. Elles sont représentées par le centre technique des institutions de prévoyance (CTIP). Elles interviennent presque exclusivement dans le cadre des entreprises et des branches professionnelles à la suite de la conclusion d'une convention ou d'un accord collectif entre toutes les entreprises d'un même secteur d'activité, dans le cadre d'un régime professionnel (institutions professionnelles) ou entre toutes les entreprises adhérentes de secteurs d'activité différents, dans le cadre d'un régime interprofessionnel (institutions interprofessionnelles), ou bien encore suite à la ratification par les salariés d'un projet de l'employeur (institutions d'entreprises). Un phénomène de concentration a également affecté le marché des institutions de prévoyance. Les institutions de prévoyance comptent actuellement 2 millions d'entreprises adhérentes et couvrent 12 millions de salariés pour les garanties de prévoyance et 5,3 millions au titre de la complémentaire santé<sup>2</sup>.

Les sociétés d'assurance sont régies par le Code des assurances. Sur la centaine d'entreprises d'assurance qui proposent des contrats complémentaires santé, les trente premières en termes de cotisations représentent plus de 90 % du marché des assureurs. Les sociétés d'assurance proposent des gammes de contrats d'assurance très diversifiées pour répondre aux différents besoins des clients et occuper des segments de marché négligés par les autres opérateurs. Contrairement aux deux autres types d'organismes complémentaires, elles ne bénéficient pas d'exonérations fiscales (par exemple, taxe professionnelle).

Ces trois types d'organismes sont contrôlés par une commission spécifique, l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (ACAM).

1. Le ticket modérateur est la différence entre le tarif de convention (ou tarif de responsabilité) et le remboursement de la Sécurité sociale.

2. CTIP, Rapport annuel 2005.

des revenus concerne plus de 40 % des contrats des institutions de prévoyance et des assurances contre 25 % pour les mutuelles.

Une singularité apparaît pour les mutuelles qui font dépendre le montant des cotisations de l'ancienneté dans le contrat, pour 22 % de leurs contrats individuels. Cette modalité n'est presque jamais utilisée par les autres types d'organismes.

Le lieu de résidence peut également influencer sur le prix des contrats. Cette clause est surtout pratiquée par les assurances et les institutions de prévoyance. La variation des tarifs prendrait ainsi en compte la consommation médicale du lieu d'habitation.

Les modalités de calcul des cotisations pour les enfants ayants droit sont contrastées entre les types d'organismes et la nature des contrats. Les institutions de prévoyance proposent majoritairement des forfaits famille. Les sociétés d'assurance adoptent ce même principe pour leurs contrats collectifs, alors qu'en individuel elles pratiquent la gratuité à partir du 2<sup>e</sup>, 3<sup>e</sup> ou 4<sup>e</sup> enfant comme les mutuelles pour respectivement 76 et 78 % de leurs contrats.

Enfin, quel que soit l'organisme, la souscription s'effectue sans questionnaire médical pour la presque totalité des contrats.

### Deux tiers des contrats souscrits limitent le remboursement à 100 % du tarif conventionnel

Dans le cadre de l'étude, un bien de référence est choisi pour la plupart des garanties afin de pouvoir comparer les contrats. Cette référence est parfois volontairement élevée de façon à situer les couvertures proposées les unes par rapport aux autres.

Pour les soins ambulatoires, l'exemple choisi concerne la consultation chez un médecin spécialiste conventionné exerçant en secteur 2, qui pratique donc un dépassement d'honoraires et demande 50 € par consultation. La Sécurité sociale rembourse 70 % du tarif conventionnel, fixé à 23 €, soit 16,10 €, moins 1 €, correspondant à la participation forfaitaire instaurée le 1<sup>er</sup> janvier 2005. Il reste donc 34,90 € à la charge de l'assuré.

Les consultations chez un spécialiste sont massivement prises en charge par les contrats modaux des organismes complémentaires étudiés (99 %). Seul 1 % des contrats exclut cette prestation et 1 % des contrats ne prend en charge qu'une partie du ticket modérateur. Deux tiers des contrats limitent le remboursement à 100 % du tarif conventionnel et 31 % vont au-delà. La prise en charge de ces dépassements d'honoraires est

proposée dans 60 % des contrats collectifs et dans seulement 24 % des contrats individuels. Pour les contrats collectifs, le remboursement moyen se situe à 154 % du tarif conventionnel (TC), correspondant à 35,42 €, contre 25,99 € (113 % TC) pour les contrats individuels soit, une fois déduit le forfait de 1 €, un remboursement effectif total (y compris celui de la Sécurité sociale) de respectivement 34,42 € et 24,99 € (tableaux 3 et 4).

Le niveau moyen de prise en charge de la consultation spécialiste s'échelonne en contrat collectif de 141 % TC pour les mutuelles à 164 % TC pour les institutions de prévoyance et va jusqu'à 205 % TC pour les sociétés d'assurance. La prise en charge en contrat individuel est moins avantageuse et se situe en moyenne à 109 % TC pour les mutuelles, 129 % TC pour les assurances et à 131 % TC pour les institutions de prévoyance.

### La majorité des contrats souscrits rembourse la totalité du ticket modérateur des médicaments

En ce qui concerne la pharmacie, la quasi-totalité des organismes complémentaires (99 %) prend en charge tout ou partie du ticket modérateur dès lors

■ TABLEAU 2

### Formation des cotisations

Contrats modaux	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance	
	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs
<b>dont les cotisations dépendent<sup>1</sup></b>						
de l'âge	66	36	68	nd	99	4
des revenus	36	25	3	43	0	46
du lieu de résidence	12	6	60	44	66	31
Imposant une limite d'âge à la souscription	40	24	15	34	78	47
Âge moyen limite à la souscription	55 ans	62 ans	66 ans	61 ans	68 ans	63 ans
<b>Formation des cotisations des enfants</b>						
- tous les enfants cotisent	18	1	3	3	24	3
- gratuité à partir du 2 <sup>e</sup> , 3 <sup>e</sup> ou 4 <sup>e</sup> enfant	78	50	11	5	76	19
- forfait famille quel que soit le nombre d'enfants	4	49	86	92	0	78

1. Plusieurs critères peuvent être utilisés simultanément pour déterminer le montant des cotisations.

nd : données non diffusables.

**Lecture** • Pour 66 % des contrats individuels les plus souscrits auprès des mutuelles, les cotisations dépendent de l'âge.

**Sources** • DREES, enquête statistique auprès des organismes d'assurance complémentaire à l'assurance maladie - année 2005.

que les médicaments sont pris en charge par le régime obligatoire d'assurance maladie. Moins de 1 % des contrats ne propose aucun remboursement pour la pharmacie. Pour les médicaments à vignette blanche (taux de prise en charge par la Sécurité sociale de 65 %), 96 % des contrats complètent à hauteur du ticket modérateur et 3 % se limitent à un remboursement partiel. Pour les médicaments à vignette bleue (taux de prise en charge par la Sécurité sociale de 35 %), 85 % assurent un remboursement total, tandis que 14 % n'inter-

viennent que partiellement. Pour ces produits pharmaceutiques à service médical rendu modéré, 20 % des contrats individuels des mutuelles et 10 % de ceux des institutions de prévoyance laissent un reste à charge aux assurés de l'ordre de 5 % du TC.

Tous les médicaments ne bénéficient pas d'un remboursement de la Sécurité sociale. 35 % des contrats offrent une aide pour ce type de prestations comme le vaccin antigrippe, les contraceptifs... Près de la moitié des contrats des assurances propose une prise en charge pour un ou plu-

sieurs de ces médicaments contre 36 % pour les mutuelles et 8 % pour les institutions de prévoyance.

### Pour le petit appareillage la majorité des organismes complémentaires couvre les dépenses au-delà du ticket modérateur

Pour le petit appareillage, les tarifs de responsabilité fixés par la Sécurité sociale sont nettement inférieurs aux prix réels. L'achat d'un appareil auditif ou d'une prothèse capillaire peut s'élever à plus de cinq fois le

## ENCADRÉ 2

### L'enquête auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé

Afin de mieux connaître les contrats commercialisés 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). Le questionnaire de l'enquête portant sur l'année 2005 a été profondément remanié, significativement allégé et recentré sur l'offre de soins proposée par les contrats les plus souscrits. Dans l'enquête précédente, les questions portaient sur trois points de référence dans le marché des contrats individuels et collectifs : le contrat « minimum » (ou contrat d'entrée, offrant la plus faible couverture en soins dentaires et en optique), le contrat « maximum » (offrant la plus forte couverture en soins dentaires et en optique) et entre ces deux extrêmes le contrat « modal » le plus souvent souscrit. Dans l'enquête renouvelée, les organismes complémentaires sont interrogés sur un champ plus vaste de leur activité ; ils sont amenés à décrire les caractéristiques de leurs trois contrats individuels et leurs deux contrats collectifs couvrant le plus grand nombre de personnes, appelés « contrats modaux » (contrats couvrant plus de 500 bénéficiaires). Les questions portent sur le nombre d'assurés, de bénéficiaires et sur les cotisations collectées pour chacun des contrats. Des précisions doivent être données sur la formation du montant des cotisations, puis sur les clauses particulières des contrats. Les organismes détaillent ensuite les niveaux de remboursement des garanties, regroupées en six grands thèmes : honoraires et soins ambulatoires, pharmacie, appareillage, optique, dentaire et hospitalisation. Compte tenu des modifications apportées, la comparaison des résultats de l'enquête précédente et de ceux de l'enquête renouvelée n'est pas pertinente.

Cette enquête a obtenu le label d'intérêt général et de qualité statistique par le Conseil national de l'information statistique (CNIS) avec obligation de réponse.

L'échantillon d'organismes interrogés en 2005 a donné lieu à un sondage stratifié par type et taille des organismes.

Pour les mutuelles, les plus grandes (c'est-à-dire les 85 premières, collectant 70 % des cotisations du secteur) ont été enquêtées de façon exhaustive, tandis que les autres ont été échantillonnées selon leur taille (182 mutuelles). L'échantillon représente 80 % de l'ensemble des cotisations reçues par les mutuelles proposant des prestations complémentaires à l'assurance maladie.

Les institutions de prévoyance ont toutes été interrogées dès lors qu'elles offraient des prestations complémentaires santé, soit 45 entités. Celles collectant plus de 100 millions d'euros de cotisations représentent 72 % du secteur.

Pour les sociétés d'assurance versant des prestations complémentaires maladie, les plus grandes qui réalisent 90 % du chiffre d'affaires du secteur ont été interrogées exhaustivement (soit 30 sociétés), les autres ont fait l'objet d'un échantillonnage (soit 16 sociétés). L'échantillon représente 93 % des cotisations.

Le taux de réponse global à l'enquête pour l'exercice 2005 s'élève à 77 %. En termes de cotisations, il est de 91 %. En 2002, 40 % des organismes enquêtés avaient répondu, représentant 53 % des cotisations de l'échantillon. Pour 2003, les taux de réponse étaient respectivement de 35 % et de 47 %. La très nette amélioration du taux de réponse est due d'une part à la simplification du questionnaire et d'autre part au caractère obligatoire donné à cette enquête.

Les données exploitées ont été redressées en fonction du taux de sondage. Elles ont également été corrigées des non-réponses, par pondération selon la taille des organismes complémentaires. En outre, les réponses concernant le descriptif de l'offre de contrats ont été pondérées par le poids de chaque contrat en termes de personnes couvertes.

### Taux de réponse selon le type d'organisme complémentaire

	Taille de l'échantillon	Nombre d'organismes répondants	% de répondants	Montant des cotisations de l'échantillon (en millions d'euros)	Montant des cotisations des répondants (en millions d'euros)	Part des répondants (en % des cotisations)
Mutuelles	267	210	79	11 598	10 513	91
Institutions de prévoyance	45	33	73	4 216	3 908	93
Sociétés d'assurance	46	33	72	5 393	4 874	90
<b>Ensemble</b>	<b>358</b>	<b>276</b>	<b>77</b>	<b>21 207</b>	<b>19 295</b>	<b>91</b>

**Lecture** • 79 % des mutuelles enquêtées ont renvoyé le questionnaire 2005. Elles représentent 91 % des cotisations.

**Sources** • DREES, enquête statistique auprès des organismes d'assurance complémentaire à l'assurance maladie - année 2005.

montant du tarif de responsabilité (TR). Pour compenser le faible remboursement de la Sécurité sociale (65 % du tarif de responsabilité), la plupart des organismes complémentaires prévoient un remboursement supérieur au ticket modérateur : 84 % des contrats le proposent pour les prothèses auditives, 68 % pour les prothèses capillaires. La prise en charge moyenne pour les appareils auditifs est de 220 % du TR pour les contrats individuels (soit 878,72 € pour deux prothèses, remboursement Sécurité sociale compris) et de 292 % du TR pour les contrats collectifs (tableau 3). La contribution des complémentaires reste cependant insuffisante pour couvrir la totalité de la dépense (tableau 4). En outre, pour la prothèse capillaire un contrat sur cinq ne prévoit aucun remboursement, les contrats individuels des assurances ne participent quant à eux à cette prestation que pour un contrat sur deux.

### Les lunettes sont mieux remboursées par les contrats collectifs...

La formulation des garanties optiques est très variable selon les

opérateurs, ce qui ne facilite pas la comparaison des offres sur le marché. Ces garanties s'expriment aussi bien en forfait, en pourcentage du tarif de responsabilité, en frais réels, qu'en combinaison « forfait et pourcentage du tarif de responsabilité ». Afin de comparer dans cette étude les niveaux de garanties offerts par les contrats, le montant remboursé au patient par l'organisme complémentaire, en plus du remboursement de la Sécurité sociale a été calculé pour deux « cas-type » : d'une part pour une paire de lunettes avec des verres simples<sup>5</sup>, d'une valeur de 200 € (100 € pour la monture et 50 € par verre) et d'autre part pour une paire de lunettes avec des verres complexes<sup>6</sup>, coûtant 500 € (100 € pour la monture et 200 € par verre). Le tarif de responsabilité est de 2,84 € pour une monture, de 2,29 € pour un verre simple et de 10,37 € pour un verre complexe. La Sécurité sociale rembourse 65 % de ces tarifs soit 4,82 € pour une paire de lunettes simples et 15,33 € pour une paire de lunettes complexes. 95 % des contrats modaux des complémentaires proposent une prise en charge au-delà du ticket modérateur pour les frais d'optique.

Pour les contrats individuels, le remboursement médian est de 104 € pour une paire de lunettes simples et de 179 € pour des lunettes complexes (tableau 3). Les contrats collectifs apparaissent plus généreux. Le remboursement médian se situe à 174 € pour des lunettes simples et à 205 € pour des lunettes complexes.

Dans leurs contrats individuels, les sociétés d'assurance modulent peu leurs remboursements en fonction de la correction des verres (25 € de différence entre les deux types de lunettes), alors que les mutuelles et les institutions de prévoyance augmentent nettement leur prise en charge pour une paire de lunettes complexes.

Les lentilles de contact peuvent être prises en charge par le régime obligatoire pour certaines affections. En dehors de ces cas, une majorité d'organismes complémentaires prévoient une participation dans leurs garanties (88 % des contrats).

### ... tout comme les prothèses dentaires

Comme l'optique, la prothèse dentaire est peu prise en charge par la Sécurité sociale. Le tarif de respon-

5. Verres simple foyer, sphère de -6 à +6 dioptries.

6. Verres multifocaux ou progressifs, sphère de -8 à +8 dioptries.

■ TABLEAU 3

## Remboursements des prestations par type d'organisme et nature des contrats les plus souscrits

	Mutuelles			
	contrats individuels		contrats collectifs	
	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane
<b>Remboursements par la Sécurité sociale et par les organismes complémentaires, en % du tarif conventionnel (TC) ou de responsabilité (TR)</b>				
Consultations et visites des médecins spécialistes (prix de référence = 50 euros) [% TC]	70 + 39	70 + 30	70 + 71	70 + 50
Prothèses auditives (prix de référence pour deux appareils = 3 000 euros) [% TR]	65 + 164	65 + 161	65 + 179	65 + 150
Prothèse capillaire (prix de référence = 400 euros) [% TR]	65 + 147	65 + 135	65 + 125	65 + 85
<b>Remboursements par la Sécurité sociale et par les organismes complémentaires, en euros</b>				
Optique simple (prix de référence = 100 euros pour la monture, 50 euros par verre, soit un total de 200 euros)	4,82 + 107	4,82 + 103	4,82 + 153	4,82 + 169
Optique complexe (prix de référence = 100 euros pour la monture, 200 euros par verre, soit un total de 500 euros)	15,33 + 182	15,33 + 188	15,33 + 236	15,33 + 205
Prothèse dentaire (prix de référence = 750 euros)	75,25 + 195	75,25 + 183	75,25 + 223	75,25 + 215

**Lecture** • pour les consultations chez un spécialiste, les contrats individuels les plus souscrits auprès des mutuelles remboursent en moyenne 39 % TC en plus des 70 % TC pris en charge par la Sécurité sociale. Pour une prothèse dentaire, les contrats individuels les plus souscrits auprès des mutuelles remboursent en moyenne 195 € en plus des 75,25 € pris en charge par la Sécurité sociale.

**Sources** • DREES, enquête statistique auprès des organismes d'assurance complémentaire à l'assurance maladie - année 2005.

sabilité est fixé à 107,50 € dont 70 % sont remboursés par le régime obligatoire, soit 75,25 €. Pour le bien de référence choisi, d'une valeur de 750 €, le montant restant à la charge de l'assuré s'élève à 674,75 € qui peut être couvert en partie, voire intégralement, par les complémentaires.

Si l'assuré bénéficie d'un contrat collectif, les assurances l'indemnisent en moyenne de 442 €, les institutions de prévoyance de 274 € et les mutuelles se montrent moins généreuses en lui versant 223 €. Au contraire, si l'assuré a souscrit à un contrat individuel, il recevra en moyenne 195 € des mutuelles, 176 € des institutions de prévoyance, et seulement 149 € de la part des assurances (tableau 3).

Certains travaux dentaires ne font l'objet d'aucune prise en charge par la Sécurité sociale tels que l'orthodontie adulte, les implants... La moitié des contrats individuels et deux tiers des contrats collectifs proposent une prise en charge partielle.

### La prise en charge du forfait journalier hospitalier est moins fréquente en psychiatrie qu'en médecine

Lors des séjours à l'hôpital, le forfait journalier reste à la charge du patient<sup>7</sup> (participation financière aux frais d'hébergement). En médecine, 99 % des contrats modaux le prennent en charge. De même, pour les séjours en soins de suite et de réadaptation, ou en psychiatrie, seuls 3 et 4 % des contrats l'excluent respectivement de leurs garanties. En revanche, les organismes se différencient les uns des autres par la durée de prise en charge. Certains organismes fixent une durée maximale d'un an, ou plus généralement inférieure à six mois (par exemple de 30 jours ou 90 jours). Les autres, proposent une prise en charge illimitée. Pour les séjours en médecine, les mutuelles limitent plus souvent la durée de prise en charge : 19 % des contrats individuels et 29 % des contrats collectifs couvrent une durée inférieure à 180 jours, contre

au plus 8 % pour les contrats des autres organismes complémentaires quelle que soit leur nature. Les mutuelles sont encore plus nombreuses à restreindre la durée de prise en charge des séjours en soins de suite et surtout en psychiatrie. 8 % des contrats collectifs ne couvrent pas les séjours en psychiatrie et 52 % limitent la prise en charge entre 15 et 90 jours ; c'est respectivement le cas de 3 % et 42 % des contrats individuels. En revanche, le forfait journalier est presque toujours pris en charge par les institutions de prévoyance, quels que soient la durée et le type de séjour. 96 % des contrats individuels des sociétés d'assurance remboursent le forfait journalier en médecine au-delà de 360 jours, alors que seuls 53 % de leurs contrats collectifs et 58 % de leurs contrats individuels le garantissent pour une période aussi longue en psychiatrie.

En outre, certains organismes complémentaires ne remboursent pas la totalité du montant du forfait journalier, fixé en 2005 à 14 € par jour en

7. Les victimes d'accidents du travail et de maladie professionnelle, les femmes enceintes à compter du 6<sup>e</sup> mois de grossesse, les enfants hospitalisés dans leur premier mois de naissance, les pensionnés militaires (article L.115 du Code des pensions militaires), les bénéficiaires de la CMU, les malades admis en hospitalisation incomplète (hospitalisation de jour), les enfants bénéficiaires de l'allocation d'éducation spéciale n'acquittent pas le forfait journalier.

Institutions de prévoyance				Sociétés d'assurance			
contrats individuels		contrats collectifs		contrats individuels		contrats collectifs	
Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane	Moyenne	Médiane
70 + 61	70 + 30	70 + 94	70 + 80	70 + 59	70 + 30	70 + 135	70 + 147
65 + 229	65 + 185	65 + 290	65 + 235	65 + 95	65 + 65	65 + 261	65 + 280
65 + 206	65 + 185	65 + 194	65 + 185	65 + 65	65 + 35	65 + 266	65 + 315
4,82 + 107	4,82 + 63	4,82 + 151	4,82 + 173	4,82 + 116	4,82 + 110	4,82 + 187	4,82 + 195
15,33 + 188	15,33 + 128	15,33 + 241	15,33 + 189	15,33 + 141	15,33 + 134	15,33 + 313	15,33 + 308
75,25 + 176	75,25 + 140	75,25 + 274	75,25 + 247	75,25 + 149	75,25 + 142	75,25 + 442	75,25 + 462

médecine et en soins de suite et de réadaptation, et à 10 € par jour en psychiatrie. Tous organismes confondus, environ 5 % des contrats laissent à la charge de l'assuré un montant qui varie entre 1 et 7 € en médecine et en soins de suite et de réadaptation, et entre 1 et 3 € pour la psychiatrie.

Aux frais d'hospitalisation courants, peuvent s'ajouter d'éventuels suppléments de confort (chambre individuelle...) ou des dépassements d'honoraires. La moitié des contrats prévoient une participation pour les dépassements d'honoraires. 86 % contribuent également aux frais d'accompagnement d'un enfant hospitalisé,

mais pour une durée souvent limitée. La grande majorité des contrats (88 %) prévoient une prise en charge des frais liés à la chambre particulière, sauf ceux des institutions de prévoyance à caractère individuel qui excluent cette prestation dans la moitié des cas. Compte tenu de la diversité d'expression des garanties offertes (en forfait jour, en forfait annuel ou en frais réel), un montant de référence de 80 € par jour a été retenu afin de pouvoir situer les contrats les uns par rapport aux autres. Pour les organismes qui prévoient une prise en charge de ce type de dépense, les mutuelles rembour-

sent en moyenne 42 € en contrat individuel et 49 € en collectif et les institutions de prévoyance respectivement 54 € et 46 €. Les sociétés d'assurance remboursent davantage, soit 59 € en individuel et 64 € en collectif.

Les résultats présentés dans cette étude constituent une première exploitation de l'enquête rénovée. L'accueil favorable réservé au nouveau questionnaire devrait permettre à la DREES de réaliser par la suite une nouvelle typologie qui complètera celle déjà réalisée à partir des données de 2003<sup>8</sup>.

8. Arould M.-L., Rattier M.-O., Raynaud D., 2006, « Les contrats d'assurance maladie complémentaire, une typologie en 2003 », *Études et Résultats*, DREES, n° 490, mai.

■ TABLEAU 4

### Restes à charge médians pour l'assuré par type d'organisme et nature des contrats

en euros

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance	
	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs	contrats individuels	contrats collectifs
Consultation chez un médecin spécialiste (prix de référence = 50 euros) tarif de convention = 23 euros	28,00	23,40	28,00	16,50	28,00	1,00
Optique simple (prix de référence : monture (100 euros) + verres (2 * 50 euros) : total = 200 euros) tarif de responsabilité : monture = 2,84 euros et 2,29 euros pour un verre simple	92,58	26,58	132,58	22,16	85,18	0,00
Optique complexe (prix de référence : monture (100 euros) + verres (2 * 200 euros) : total = 500 euros) tarif de responsabilité : monture = 2,84 euros et 10,37 euros pour un verre complexe	296,42	279,67	356,42	295,67	350,67	176,68
Prothèse dentaire (prix de référence : 750 euros) tarif de responsabilité = 107,5 euros	492,00	459,75	535,00	427,50	532,50	212,50
Prothèses auditives numériques (prix de référence pour deux appareils = 3 000 euros) tarif de responsabilité = 199,71 euros pour un appareil	2095,88	2140,57	2001,45	1801,74	2480,76	1622,00
Prothèse capillaire (prix de référence = 400 euros) tarif de responsabilité = 76,22 euros	247,56	285,67	209,45	209,45	323,78	110,37

Sources • DREES, enquête statistique auprès des organismes d'assurance complémentaire à l'assurance maladie - année 2005.