



# Études et Résultats

N° 752 • février 2011

## Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2008

L'enquête annuelle auprès des mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance porte sur les garanties des contrats modaux, c'est-à-dire les trois contrats individuels et les deux contrats collectifs les plus souscrits au sein de chaque organisme.

Pour la première fois, sur l'exercice 2008, l'enquête permet de connaître la structure par âge des assurés de chacun de ces contrats. Il est désormais possible d'apprécier les garanties des assurés en fonction de leur âge.

Quels types de contrats sont souscrits selon l'âge des assurés ? Les organismes complémentaires cherchent-ils à segmenter le marché ? Les garanties proposées par les contrats de complémentaire santé dépendent-elles de l'âge des adhérents ? À quel âge les assurés bénéficient-ils de la meilleure couverture complémentaire santé ?

L'enquête montre que 43 % des assurés d'âge actif sont couverts par un contrat collectif. Ceux-ci bénéficient donc plus souvent de garanties élevées que les assurés des autres tranches d'âge. Contrairement à de nombreuses garanties souvent plus favorables aux assurés les plus jeunes ou d'âge actif, la prise en charge des prothèses auditives est meilleure pour les assurés en individuel les plus âgés. La couverture des jeunes assurés pour une paire de lunettes à verres complexes est quant à elle très inférieure à celle de leurs aînés.

**Marguerite GARNERO et Marie-Odile RATTIER**

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)  
Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé  
Ministère du Budget, des Comptes publics, de la Fonction publique et de la Réforme de l'État  
Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale

**E**N 2008, les organismes d'assurance maladie complémentaire ont perçu 28,8 milliards d'euros de cotisations<sup>1</sup> et ont versé 23,3 milliards d'euros de prestations, soit 5,4 % de plus que l'année précédente selon les comptes nationaux de la santé (Fenina *et al.*, 2009). Ces prestations représentent 13,7 % de l'ensemble des dépenses de soins et de biens médicaux, faisant de ces organismes le deuxième financeur des dépenses de santé derrière la Sécurité sociale (75,5 %) et devant les ménages (9,4 %).

1. Sources : Rapport d'activité 2009 du Fonds CMU.

L'enquête annuelle de la DREES auprès des mutuelles, des institutions de prévoyance et des sociétés d'assu-

rance sur l'exercice 2008 porte sur les garanties des contrats modaux, c'est-à-dire les trois contrats individuels et les deux contrats collectifs les plus fréquemment souscrits auprès de chaque organisme (encadré 1). Pour la première fois, l'enquête permet de connaître la structure par âge des assurés de chacun des contrats modaux décrits. Grâce à cette nouvelle donnée, il est désormais possible d'apprécier les garanties des assurés en fonction de leur âge. Comme la répartition par âge est connue pour les assurés des contrats modaux et non pour l'ensemble des bénéficiaires de ces contrats, l'analyse est menée dans cette étude sur le champ des ouvrants droit plutôt que sur celui des bénéficiaires des contrats modaux

## ENCADRÉ 1

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

En 2008, 821 organismes se partagent le marché de la complémentaire santé ; les mutuelles sont les plus nombreuses (694 organismes, soit 84,6 % du nombre d'organismes complémentaires présents sur le marché en 2008) mais sont souvent de petite taille et ne représentent donc que 56,5 % du marché en termes de cotisations.

La DREES mène chaque année une enquête auprès des trois types d'organisme (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance) afin de mieux connaître leurs offres en matière de couverture complémentaire santé. Cette enquête porte sur les caractéristiques et les niveaux de garantie des trois contrats individuels et deux contrats collectifs les plus souscrits auprès de chaque organisme, appelés « contrats modaux ». Elle détient depuis 2005 le label d'intérêt général et de qualité statistique avec obligation de réponse délivré par le Conseil national de l'information statistique (CNIS).

Le tirage de l'échantillon interrogé a été réalisé suivant un sondage stratifié par type et taille des organismes. Le plan de sondage s'appuie sur la base des organismes complémentaires santé transmise par le Fonds CMU.

Le taux de réponse global à l'enquête pour l'exercice 2008 s'élève à 89 %, soit un niveau légèrement supérieur à celui de 2007 (87 %). Les cotisations des organismes répondants représentent 97 % des cotisations des organismes enquêtés (tableau A). Les 255 questionnaires réceptionnés ont permis d'étudier 989 contrats dont 631 individuels et 358 collectifs. Les contrats modaux représentent un peu moins de la moitié de l'ensemble des bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé (tableau B). L'offre de santé est plus concentrée en individuel qu'en collectif : 63 % des bénéficiaires de contrats individuels et 22 % des bénéficiaires de contrats collectifs sont couverts par des contrats modaux. Les contrats collectifs modaux ne couvrent qu'une faible partie de l'ensemble des contrats collectifs des sociétés d'assurance (8%). Les sociétés d'assurance, qui représentent un peu plus du quart (26%) du marché de la complémentaire santé collective, proposent en effet souvent des contrats « sur mesure » à leurs entreprises adhérentes. L'enquête présente par conséquent une faiblesse en termes de représentativité des contrats collectifs ; malgré cette faiblesse, les résultats sont stables dans le temps et peuvent être mis en cohérence avec ceux obtenus à partir de l'enquête Protection sociale complémentaire en entreprise 2009 (encadré 3\*).

Les données exploitées sont redressées en fonction du taux de sondage. Elles sont également corrigées de la non-réponse, par pondération selon la taille des organismes complémentaires. En outre, les réponses concernant le descriptif de l'offre de contrats sont pondérées par le poids de chaque contrat en termes d'assurés (contrairement aux années précédentes, où ces résultats étaient pondérés en fonction du nombre de bénéficiaires de chaque contrat [encadré 2]). La pondération tient compte des poids respectifs au niveau de l'ensemble de l'organisme des contrats individuels et collectifs afin de ne pas sous-représenter les contrats collectifs.

#### Taux de réponse selon le type d'organisme complémentaire (A) et représentativité des contrats modaux (B)

(A) Types d'organisme	Taille de la population	Taille de l'échantillon	Part des répondants	Montant des cotisations de		Part des répondants (en % des cotisations)	(B) Représentativité des contrats modaux		
				la population (en millions d'euros)	l'échantillon (en millions d'euros)		Contrats individuels	Contrats collectifs	Ensemble
Mutuelles	694	209	88,0	16 437		97,0	69,8 %	30,4 %	58,7 %
Institutions de prévoyance	35	35	94,3	5 126	5 126	99,3	70,5 %	24,1 %	29,1 %
Sociétés d'assurance	92	43	90,7	7 545	7 095	95,2	45,7 %	8,2 %	30,2 %
Ensemble	821	287	89,2	29 108	25 420	97,0	63,3 %	22,2 %	45,9 %

**Lecture** • 88 % des mutuelles enquêtées ont renvoyé le questionnaire 2008. Leurs cotisations représentent 97 % du total des cotisations. 69,8 % des bénéficiaires de contrats individuels de mutuelles sont couverts par un des contrats modaux de l'organisme.

**Sources** • DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé - année 2008.

\* En annexe sur le site Internet dans la rubrique *Études & résultats* <http://www.sante-sports.gouv.fr/no-752-les-contrats-les-plus-souscrits-aupres-des-complementaires-sante-en-2008.html>

comme c'était le cas lors des précédentes exploitations des résultats de l'enquête (encadré 2).

Cette étude se penche ainsi sur de nouvelles questions : les organismes complémentaires cherchent-ils à segmenter le marché ? Les garanties proposées par les contrats de complémentaire santé dépendent-elles de l'âge des adhérents ? À quel âge les assurés des contrats modaux bénéficient-ils de la meilleure couverture complémentaire santé ?

### Près de six personnes sur dix sont couvertes par un contrat individuel

Le marché de la complémentaire santé se répartit entre trois types d'organisme : les mutuelles, les sociétés d'as-

surance et les institutions de prévoyance. Les bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé sont assurés dans 58 % des cas par un contrat individuel et dans 42 % des cas par un contrat collectif. Les contrats de mutuelles proposés aux fonctionnaires, bien qu'obtenus par l'intermédiaire de l'employeur, sont classés en individuel, car l'intégralité du coût de la complémentaire santé est à la charge de l'employé. On estime à partir de l'enquête Santé et protection sociale de l'IRDES que environ un quart des contrats individuels sont obtenus *via* l'employeur.

Les mutuelles couvrent plus de la moitié des personnes bénéficiant d'une assurance complémentaire santé en France (tableau 1). Elles occupent une place plus importante sur le marché des

contrats individuels (69 %) que sur le marché des contrats collectifs (37 %). Les sociétés d'assurance offrent quant à elles leurs services à un peu plus du quart des bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé, en individuel (27 %) comme en collectif (26 %). Les institutions de prévoyance, peu présentes sur le marché des contrats individuels (3 %), sont avec les mutuelles le premier acteur ex-æquo sur le marché des contrats collectifs (37 %).

### Les contrats individuels couvrent une population plus âgée

Les contrats individuels les plus souscrits couvrent une population plus âgée que les contrats collectifs (encadré 2) : 36 % des souscripteurs des

## ENCADRÉ 2

### La structure par âge de la population assurée par les contrats modaux

En 2008, le questionnaire de l'enquête auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé a été enrichi d'une nouvelle question : pour chacun des contrats modaux décrits, il est désormais demandé d'indiquer la répartition par âge de la population assurée par ce contrat. Les assurés (ou ouvrants droit) des contrats modaux sont regroupés en trois grandes tranches d'âge : moins de 25 ans, 25 à 59 ans et 60 ans et plus.

La structure par âge des assurés des contrats modaux est relativement proche de celle de l'ensemble des personnes assurées par les organismes complémentaires santé en France : les moins de 25 ans sont légèrement sur-représentés tandis que les 60 ans et plus sont sous-représentés dans la même mesure (tableau). Se restreindre au champ des contrats modaux ne déforme donc qu'à peine la structure par âge observée au niveau de l'ensemble de l'organisme. On peut donc étudier, pour chaque acte ou soin médical couvert par le questionnaire de l'enquête, le niveau de garantie des assurés des contrats modaux selon leur âge.

Notre étude est, cette année, focalisée sur l'analyse des garanties des contrats selon les tranches d'âge des personnes couvertes. Cette analyse ne peut être menée que sur le champ des assurés (ouvrants droit) des contrats, plutôt que sur les bénéficiaires (ouvrants droit et ayants droit) des contrats. Les résultats présentés ici sont donc pour la plupart pondérés selon le nombre d'assurés couverts par chacun des contrats modaux. La pondération par bénéficiaire a été maintenue : elle est notamment utilisée pour présenter les évolutions des garanties d'une année sur l'autre. L'ensemble des résultats obtenus en utilisant une pondération selon le nombre de bénéficiaires seront disponibles dans le document de travail DREES à paraître sur les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2008.

En individuel, plus du tiers des assurés des contrats modaux ont 60 ans et plus, tandis que ça n'est le cas que d'un assuré sur dix en collectif (tableau A). Les contrats individuels modaux des institutions de prévoyance sont essentiellement souscrits (dans 88,4 % des cas) par des assurés seniors (60 ans et plus), profitant de la possibilité prévue par la loi Évin de conserver les garanties de leur ancien contrat collectif lors du passage à la retraite. Les seniors sont minoritaires (21,3 %) parmi les assurés en individuel des sociétés d'assurance.

#### Répartition par âge des personnes assurées (en %)

		Assurés de moins de 25 ans	Assurés de 25 à 59 ans	Assurés de 60 ans et plus	Ensemble des assurés
Mutuelles	Contrats individuels modaux	7,6	54,6	37,8	100,0
	Contrats collectifs modaux	16,2	67,3	16,5	100,0
Institutions de prévoyance	Contrats individuels modaux	2,3	9,3	88,4	100,0
	Contrats collectifs modaux	13,5	83,8	2,7	100,0
Sociétés d'assurance	Contrats individuels modaux	10,6	68,1	21,3	100,0
	Contrats collectifs modaux	7,6	88,4	4,0	100,0
Trois types d'organisme	Contrats individuels modaux	8,0	55,7	36,3	100,0
	Contrats collectifs modaux	14,4	75,2	10,4	100,0
	Contrats modaux	10,3	62,7	27,0	100,0
	Ensemble des contrats proposés	8,3	63,0	28,7	100,0

**Lecture** • 7,6 % des personnes assurées à titre individuel auprès d'une mutuelle par un des trois contrats modaux de l'organisme sont âgées de moins de 25 ans.

**Sources** • DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé - année 2008.

contrats individuels modaux ont plus de 60 ans, alors que cette proportion se limite à 10 % pour les souscripteurs des contrats collectifs modaux. En effet, au moment du passage à la retraite, les souscripteurs de contrats collectifs basculent généralement sur des contrats individuels. Au sein des organismes, les mutuelles couvrent, en collectif comme en individuel, une part de personnes de plus de 60 ans plus importante que les autres organismes, exception faite des contrats individuels proposés par les institutions de prévoyance, qui sont essentiellement destinés aux bénéficiaires de contrats collectifs de ces organismes au moment de leur retraite. Ainsi, 38 % des souscripteurs d'un contrat individuel auprès d'une mutuelle ont plus de 60 ans, contre seulement 21 % des souscripteurs d'un contrat individuel auprès d'une société d'assurance<sup>2</sup>.

### Des aides générales pour les contrats collectifs, ciblées sur les plus modestes pour les contrats individuels

Les primes des contrats collectifs bénéficient d'un financement des employeurs. Selon la dernière enquête de l'IRDES sur la protection sociale complémentaire d'entreprise menée en 2009<sup>3</sup>, 80 % des salariés travaillent dans des entreprises qui proposent une couverture complémentaire et, parmi celles-ci, huit sur dix financent au moins la moitié du coût de la complémentaire santé, la participation moyenne étant de 60 %. Cette participation financière de l'entreprise est exonérée de charges sociales et fiscales, et la part

payée par le salarié est déduite de son revenu imposable. Les contrats collectifs sont plus fréquemment souscrits par des ménages de niveau de vie supérieur au niveau de vie médian (Arnould et Vidal, 2008).

À l'inverse, les primes des contrats individuels sont intégralement à la charge des assurés, à l'exception des personnes ayant de faibles ressources qui peuvent être couvertes par la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) ou bénéficiaire de l'aide à la complémentaire santé (ACS). Le seuil de ressources mensuelles pour une personne seule est fixé au 1er juillet 2010 à 634 euros pour la CMUC et 761 euros pour l'ACS. Or en 2008, le seuil de pauvreté (à 60 % du revenu médian) s'établissait à 949 euros mensuels et 7,8 millions de personnes vivaient sous ce seuil. Les aides pour les contrats individuels ciblent donc des ménages assez nettement au-dessous du seuil de pauvreté. Alors que la CMU complémentaire, gratuite, bénéficie à 4,2 millions de personnes au 1er janvier 2010, l'aide à la complémentaire santé, qui laisse un reste à charge aux ménages, connaît un développement continu mais lent et bénéficie au 1er janvier 2010 à 600 000 personnes.

### Fixation des primes : des logiques différentes en collectif et en individuel

Pour déterminer le montant de la cotisation payée, les organismes complémentaires tiennent compte de paramètres différents selon que le contrat est collectif ou individuel (tableau 2).

En individuel, le montant de la cotisation de trois assurés sur quatre est fixé en fonction de l'âge ; la quasi-totalité des assurés couverts par les contrats modaux des sociétés d'assurance et la très grande majorité de ceux des mutuelles versent une prime ajustée en fonction de l'âge<sup>4</sup>. Le lieu de résidence est également un déterminant important du niveau de prime, plus souvent considéré en individuel par les sociétés d'assurance que par les mutuelles (pour respectivement 74 % et 16 % des assurés des contrats modaux). Ce résultat reste valable lorsque l'on se restreint au champ des plus gros contrats individuels des mutuelles, le plus souvent proposés à l'échelle nationale. Enfin, le montant des primes dépend des revenus pour un tiers des personnes couvertes par un contrat individuel mutualiste, ce qui concerne en réalité essentiellement les mutuelles de la fonction publique. Au total, ces différents éléments traduisent une tarification individuelle plus proche du risque pour les sociétés d'assurance que pour les mutuelles, même si les pratiques tendent à se rapprocher sous la pression de la concurrence. Ainsi, la tarification en fonction de l'âge est devenue plus fréquente pour les contrats individuels des mutuelles, concernant en 2008 73 % des personnes couvertes par un contrat modal contre 66 % en 2005 (Arnould *et al.*, 2007).

En collectif, le montant de la cotisation dépend moins souvent de l'âge et du lieu de résidence qu'en individuel. Les cotisations varient en revanche plus souvent en fonction du niveau de revenus (pour un tiers des assurés contre un quart en individuel). Le mode de prise en charge des enfants de l'ouvrant droit est plus généreux qu'en individuel : 56 % des assurés des contrats collectifs modaux profitent d'un « forfait famille » (le tarif ne dépend pas du nombre d'enfants) alors que ce mode de prise en charge ne concerne que 5 % des assurés en individuel.

En imposant une limite d'âge à la souscription d'un contrat, les organismes complémentaires peuvent segmenter le marché et cibler ainsi une catégorie d'assurés. En individuel, cette pratique est plus courante parmi les sociétés d'assurance (77 % des assurés des contrats modaux) que pour les

2. Sur le champ des contrats modaux.

3. Colloque Protection sociale d'entreprise, 25 et 26 mars 2010, au CNAM.

4. Les institutions de prévoyance jouent un rôle mineur sur le marché individuel et couvrent une population atypique (leurs assurés sont quasiment tous retraités) ; leur mode de tarification en individuel n'est donc pas commenté ici.

■ TABLEAU 1

### Répartition des personnes couvertes selon le type d'organisme

	Contrats individuels	Contrats collectifs	Ensemble
Mutuelles	69,4 %	36,9 %	55,6 %
Institutions de prévoyance	3,3 %	36,9 %	17,6 %
Assurances	27,3 %	26,2 %	26,8 %
Total	100,0 %	100,0 %	100,0 %

**Lecture** • 69,4 % des bénéficiaires d'un contrat individuel de complémentaire santé sont couverts par une mutuelle.

**Champ** • Ensemble des personnes couvertes par un contrat d'assurance complémentaire santé (contrat modal ou non modal).

**Sources** • DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé - année 2008.

■ TABLEAU 2

## Formation des cotisations des assurés des contrats modaux (en %)

Part des assurés par des contrats modaux	Contrats individuels				Contrats collectifs				Ensemble
	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Sociétés d'assurance	Ensemble	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Sociétés d'assurance	Ensemble	
Dont les cotisations dépendent :									
De l'âge	72,0	80,2	99,7	77,7	22,9	0,2	42,2	16,7	55,8
Du lieu de résidence	15,6	74,7	73,8	29,0	6,9	9,0	50,3	11,9	22,9
Des revenus	32,1	3,7	0,0	24,8	23,7	53,6	12,2	33,2	27,8
De l'ancienneté dans le contrat	19,6	0,2	9,0	16,8	0,2	0,0	0,0	0,1	10,8
Imposant une limite d'âge à la souscription	22,4	81,9	77,0	35,2	23,9	4,4	44,5	19,0	29,4
Formation des cotisations des enfants									
Pas de prise en charge des enfants	0,0	0,0	0,9	0,2	20,5	0,0	0,0	11,2	4,2
Tous les enfants cotisent	18,8	4,3	28,9	20,3	2,5	0,5	0,0	1,5	13,5
Gratuité à partir du 2 <sup>e</sup> , 3 <sup>e</sup> ou 4 <sup>e</sup> enfant	75,6	77,5	70,2	74,6	48,0	8,6	20,5	31,4	59,0
Forfait famille quel que soit le nombre d'enfants	5,7	18,2	0,0	5,0	29,0	90,9	79,5	55,9	23,3

**Champ** • Pour 72 % des personnes assurées par un contrat modal individuel de mutuelle, le montant de la cotisation a été fixé en fonction de l'âge.

**Sources** • DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé - année 2008.

mutuelles (22 % des assurés). Cette limite d'âge est généralement de 65 ans.

Certains contrats, toutefois, ciblent spécifiquement les jeunes assurés, comme les mutuelles étudiantes, en imposant une limite d'âge très basse à la souscription. En effet, quatre assurés de moins de 25 ans des contrats modaux sur dix adhèrent à des contrats imposant une limite d'âge ; pour la moitié d'entre eux, cette limite d'âge est inférieure ou égale à 28 ans.

### Les contrats collectifs offrent de meilleures garanties que les contrats individuels

Le niveau de garanties des personnes assurées par les contrats modaux des organismes complémentaires santé varie fortement selon le type de contrat adopté et l'âge du souscripteur. La typologie mise en place par la DREES en 2006 (Arnould et Vidal, 2008) permet de regrouper les contrats modaux en quatre classes désignées par une lettre allant de A à D selon leur degré de couverture.

La représentativité de l'enquête étant meilleure en assurance individuelle qu'en assurance collective, les résultats de celle-ci ont été comparés avec ceux de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise menée par l'IRDES en 2009 (encadré 3<sup>5</sup>). Il apparaît que les niveaux de garantie des contrats collectifs modaux de l'enquête DREES n'apparaissent pas incohérents

avec ceux des contrats collectifs observés dans les entreprises. La typologie de la DREES met en évidence le meilleur niveau de garantie offert par les contrats collectifs par rapport aux contrats individuels. Ainsi, les contrats les plus haut de gamme (de classe A) sont dans 80 % des cas souscrits à titre collectif (tableau 3).

### Les jeunes assurés optent pour des contrats d'entrée de gamme

Les assurés de moins de 25 ans s'orientent très souvent vers les contrats aux garanties les plus limitées (de classe D). En effet, quatre jeunes assurés sur dix sont couverts par ce type de contrat, en collectif comme en individuel, alors que cela n'est le cas que de 7 % des assurés de plus de 25 ans. Ce phénomène peut s'expliquer, d'une part, par le fait que les jeunes assurés sont moins consommateurs de soins et éprouvent donc moins le besoin de profiter de garanties étendues et, d'autre part, par des raisons financières, les assurés de moins de 25 ans ayant plus souvent des revenus modestes.

### Les contrats collectifs permettent aux 25-59 ans de bénéficier de garanties élevées

Les contrats collectifs, qui offrent des garanties plus élevées, profitent surtout aux 25-59 ans. En effet, 43% des assu-

rés des contrats modaux de cette classe d'âge bénéficient d'une couverture collective, dont le niveau de garanties est très élevé (A) dans un tiers des cas. Individuels et collectifs confondus, plus de la moitié des assurés de 25 à 59 ans couverts par un contrat modal bénéficient d'un contrat de niveau A ou B et seulement 7 % sont couverts par des contrats d'entrée de gamme (D).

Les seniors (plus de 60 ans) assurés par des contrats modaux sont dans la plupart des cas couverts par des contrats milieu de gamme : le tiers d'entre eux bénéficient d'un contrat de classe B et la moitié d'entre eux d'un contrat de classe C. Malgré des besoins en santé plus importants, ils bénéficient d'une couverture santé moins étendue que celle des assurés d'âge actif, qui sont 57 % à profiter d'un contrat de classe A ou B.

### Les plus âgés des assurés sont couverts par des contrats de moyenne gamme

La plupart des assurés de 60 ans et plus ayant atteint l'âge de la retraite, une faible partie d'entre eux (14 %) bénéficient d'une couverture collective ; il s'agit d'ailleurs probablement pour l'essentiel des salariés âgés<sup>6</sup>. Les contrats collectifs offrant généralement des couvertures plus étendues que les contrats individuels, les plus de 60 ans bénéficient donc de garanties globalement moins élevées que les 25-59 ans. Le

5. En annexe sur le site Internet dans la rubrique *Études & résultats* <http://www.sante-sports.gouv.fr/no-752-les-contrats-les-plus-souscrits-aupres-des-complementaires-sante-en-2008.html>

6. Certains retraités peuvent toutefois bénéficier du maintien de la prise en charge d'une partie de leur cotisation par leur ancien employeur.

TABLEAU 3

## Niveaux de garanties selon l'âge des assurés et le type de contrat (en %)

	Assurés de moins de 25 ans			Assurés de 25 à 59 ans			Assurés de 60 ans et plus			Ensemble des assurés		
	Individuel	Collectif	Ensemble	Individuel	Collectif	Ensemble	Individuel	Collectif	Ensemble	Individuel	Collectif	Ensemble
Classe A	3,9	14,0	9,0	4,6	32,5	16,6	5,4	12,3	6,4	20,2	79,8	100,0
Classe B	25,1	21,6	23,3	41,7	37,4	39,9	39,1	14,2	35,6	70,7	29,3	100,0
Classe C	35,1	21,6	28,3	43,2	26,9	36,2	47,5	70,8	50,8	73,1	26,9	100,0
Classe D	35,9	42,9	39,4	10,4	3,1	7,3	8,0	2,6	7,3	68,9	31,1	100,0
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	64,1	35,9	100,0
Ensemble	49,8	50,2	100,0	56,9	43,1	100,0	86,1	13,9	100,0	64,1	35,9	100,0

Les contrats de type A sont ceux qui offrent les meilleures garanties et ceux de type D les moins bonnes. Description de la méthode de classement des contrats : Amould M.-L., Vidal G., 2008.

**Champ** • 3,9 % des personnes de moins de 25 ans assurées par un contrat modal individuel bénéficient de garanties de classe A. 20,2% des personnes assurées couvertes par un contrat modal de classe A le sont à titre individuel. 49,8% des personnes de moins de 25 ans couvertes par un contrat modal le sont à titre individuel.

**Sources** • DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé - année 2008.

passage à la retraite, malgré la loi Évin<sup>7</sup> qui limite les hausses de primes, se traduit mécaniquement par un renchérissement de la couverture complémentaire santé pour les assurés précédemment couverts par un contrat collectif : dans la plupart des cas, le montant des cotisations augmente et la participation financière de l'employeur n'est pas maintenue. En conséquence, ces assurés sont susceptibles de choisir des contrats individuels offrant de moins bonnes garanties que les contrats collectifs qui les couvraient quand ils étaient actifs. Une étude de l'IRDES (Franc *et al.*, 2008) à partir de l'observation répétée de ménages participant à l'enquête Santé et protection sociale entre 1994 et 2004 a ainsi montré qu'au moment du passage à la retraite, les bénéficiaires de contrats d'entreprise changeaient plus souvent d'organisme assureur que les bénéficiaires de contrats individuels.

En revanche, en individuel, malgré la tarification en fonction de l'âge qui conduit les plus de 60 ans à payer des primes plus importantes, les garanties pour cette classe d'âge sont comparables à celles des assurés individuels d'âge actif.

### Médicaments : une partie du ticket modérateur plus fréquemment à la charge des plus âgés

Si les assurés des contrats modaux âgés de moins de 25 ans sont globalement moins bien couverts que leurs aînés, ils profitent néanmoins de meilleures garanties pour leurs dé-

penses en médicaments à vignette bleue (remboursés à 35 % par l'assurance maladie obligatoire). En effet, 98 % d'entre eux sont couverts intégralement pour ces dépenses, tandis que c'est le cas de 90 % des assurés d'âge actif et de 85 % des assurés seniors. Cela pourrait découler d'une stratégie de gestion des risques de la part des assureurs complémentaires : offrir une couverture intégrale en médicaments aux plus âgés est relativement bien plus coûteux qu'offrir cette garantie aux plus jeunes car la consommation de médicaments augmente avec l'âge. Les mutuelles, qui couvrent 71 % des assurés de 60 ans et plus, laissent dans 14 % des cas un reste à charge à leurs assurés pour ce type de médicaments à service médical rendu modéré. Les institutions de prévoyance font de même pour 5 % des assurés de leurs contrats modaux, tandis que les sociétés d'assurance remboursent toujours intégralement les médicaments à vignette bleue.

Les assureurs complémentaires prennent entièrement en charge le ticket modérateur des médicaments à vignette blanche (remboursés à 65 % par l'assurance maladie obligatoire) pour la quasi-totalité de leurs assurés.

### Consultations de spécialistes : les assurés d'âge actif des contrats collectifs modaux sont privilégiés

Lors d'une consultation d'un médecin spécialiste dans le parcours de soins, la quasi-totalité des assurés des contrats modaux sont remboursés d'un

montant au moins égal à celui du ticket modérateur par leurs organismes complémentaires santé. Quatre assurés sur dix sont remboursés en cas de dépassements d'honoraires. Cette garantie est plus fréquente en collectif qu'en individuel : 60 % des assurés des contrats modaux collectifs et 29 % des assurés des contrats modaux individuels sont pris en charge au-delà du ticket modérateur.

Par conséquent, dans le cas d'une consultation d'un médecin spécialiste dans le parcours de soins réglée 60 euros par le patient<sup>8</sup> et remboursée 15,10 euros par le régime obligatoire au 31 décembre 2008, les assurés des contrats modaux perçoivent de leur assurance complémentaire en moyenne 11 euros en individuel et le double en collectif (tableau 4).

Cette garantie dépend également de l'âge des ouvriers droit : ainsi, les assurés d'âge actif sont plus souvent couverts en cas de dépassements d'honoraires (dans 46 % des cas) que ceux de moins de 25 ans (26 %) et ceux de 60 ans et plus (28 %). En individuel, la part des personnes profitant de cette garantie varie assez peu en fonction de l'âge. En collectif, en revanche, plus des deux tiers (69 %) des assurés d'âge actif sont couverts en cas de dépassements d'honoraires tandis que cela n'est le cas que d'un peu moins d'un tiers des jeunes assurés (29 %) et des assurés seniors (30 %) ; les assurés de 25 à 59 ans sont en effet plus souvent couverts par des contrats haut de gamme en collectif (tableau 3).

7. L'article 4 de la loi Évin du 31 décembre 1989 prévoit le maintien de la garantie en matière de santé en cas de sortie de contrat de groupe à caractère obligatoire, notamment lors du départ à la retraite. Les tarifs proposés ne doivent pas excéder de plus de 50 % les tarifs du contrat complémentaire santé de groupe précédemment souscrit.

8. Prix de référence choisi élevé de sorte à pouvoir différencier les offres des organismes les uns par rapport aux autres.

### **Prothèses auditives : un niveau de couverture croissant avec l'âge**

Les organismes complémentaires santé offrent à 86 % de leurs assurés un remboursement supérieur au ticket modérateur pour l'achat de prothèses auditives numériques.

Contrairement à de nombreuses garanties, souvent plus favorables aux assurés d'âge actif, le remboursement de ce type d'appareil est croissant avec l'âge en individuel. Ainsi, le montant moyen remboursé par l'organisme complémentaire aux assurés des contrats modaux individuels de moins de 25 ans (calculé en prenant comme bien de référence deux prothèses auditives numériques facturées 1 500 euros chacune à l'assuré) est de 426 euros, tandis qu'il est de 661 euros pour les assurés d'âge actif et de 706 euros pour les assurés seniors. Les organismes complémentaires semblent donc formuler leurs garanties en fonction des personnes couvertes par leur contrat, le besoin d'appareils contre la surdité augmentant avec l'âge.

Le remboursement des prothèses capillaires obéit à une logique similaire : en individuel, la prise en charge supérieure au ticket modérateur concerne 48 % des assurés de moins de 25 ans, 73 % des assurés de 25 à 59 ans et 79 % des assurés de 60 ans et plus.

### **Optique complexe : des niveaux de garanties très dispersés, mais globalement meilleurs en collectif**

Afin de pouvoir comparer les garanties en optique des organismes complémentaires enquêtés (la façon dont elles sont exprimées étant très variable), on calcule pour chacun des contrats

modaux le montant remboursé pour deux paires de lunettes « de référence », l'une à verres simples, réglée 200 euros par l'assuré et l'autre à verres complexes, réglée 500 euros par l'assuré. Ces montants de référence ont été choisis élevés afin de mieux pouvoir différencier les offres présentes sur le marché.

Pour une paire de lunettes à verres complexes, les assurés des contrats modaux sont remboursés en moyenne 238 euros (tableau 4). Le montant moyen pris en charge est bien supérieur en collectif (285 euros) qu'en individuel (212 euros). Les contrats collectifs proposent des remboursements très dispersés : si la moitié des assurés en collectif perçoivent moins de 267 euros pour une paire de lunettes à verres complexes, le quart d'entre eux touchent plus de 441 euros, soit un montant peu inférieur à l'intégralité de la dépense hors remboursement de la Sécurité sociale (485 euros). La couverture des jeunes assurés est très nettement inférieure à celle de leurs aînés : le quart d'entre eux sont remboursés à hauteur du ticket modérateur pour une paire de lunettes à verres complexes et ont donc un reste à charge très élevé s'ils doivent engager une telle dépense.

### **Forfait journalier : une durée de prise en charge limitée pour les plus âgés**

Le forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement entraînés par son hospitalisation. Son montant s'élève depuis le 1er janvier 2010 à 18 euros par jour en hôpital ou en clinique et à 14 euros par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé. Ce

forfait n'est pas remboursé par l'assurance maladie obligatoire, mais est en revanche pris en charge pour la quasi-totalité des personnes adhérant à un contrat d'assurance complémentaire santé (100 % des assurés lors d'un séjour en médecine, 99 % des assurés en soins de suite et réadaptation et des assurés hospitalisés en psychiatrie).

Le plus souvent, le montant est intégralement pris en charge par les organismes complémentaires ; les contrats se distinguent en revanche par la durée de prise en charge de ce forfait journalier. Les séjours en médecine, relativement courts, sont pris en charge pour une durée illimitée pour 92 % des assurés ; les séjours en soins de suite et en psychiatrie, souvent plus longs, sont pris en charge sans limite de durée pour respectivement 82 % et 66 % des assurés. Les assurés seniors qui ont le plus de risques d'être hospitalisés pour une longue durée sont bien moins souvent remboursés du forfait journalier sans limite de durée que les assurés des contrats modaux de moins de 60 ans. Ainsi, si 90 % des assurés de moins de 25 ans bénéficient d'une prise en charge illimitée du forfait journalier en soins de suite et réadaptation, seuls 83 % des assurés d'âge actif et 76 % des assurés de 60 ans et plus bénéficient de la même garantie. Ce constat se vérifie aussi bien en individuel qu'en collectif et est valable pour les trois types de séjours (médecine, soins de suite et psychiatrie). Les organismes complémentaires cherchent probablement à gérer au mieux leurs dépenses en limitant les durées de remboursement dans les secteurs où les hospitalisations sont les plus longues et pour les assurés les plus risqués. ■

■ TABLEAU 4

## Remboursements moyens et médians des assurés des contrats modaux selon leur type de contrat et leur âge (en euros)

	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Organismes complémentaires	Assurés de moins de 25 ans	Assurés de 25 à 59 ans	Assurés de 60 ans et plus	Contrats individuels	Contrats collectifs	Ensemble des assurés
Consultation chez un médecin spécialiste dans le parcours de soin Prix de référence* = 60 € Tarif de convention = 23 €	70 % BRSS (23 €) - 1 € = 15,10 €	Remboursement moyen Remboursement médian	11,97 6,90	16,18 6,90	11,35 6,90	10,80 6,90	21,98 18,40	14,81 6,90
Consultation chez un médecin spécialiste hors du parcours de soin Prix de référence = 60 € Tarif de convention = 23 €	50 % BRSS (23€) - 1 € = 10,50 €	Remboursement moyen Remboursement médian	10,60 6,90	12,79 6,90	9,31 6,90	9,00 6,90	17,19 10,40	11,90 6,90
Optique simple Prix de référence : 200 € (100€ de monture et 50€ par verre simple)	65 % BRSS (2,84 € de monture et 2,29 € par verre simple) = 4,82 €	Remboursement moyen Remboursement médian	97,91 110,00	145,20 147,02	130,22 142,02	129,05 142,02	152,46 180,18	137,46 143,02
Optique complexe Prix de référence : 500 € (100€ de monture et 200€ par verre complexe)	65 % BRSS (2,84 € de monture et 10,37 € par verre complexe) = 15,33 €	Remboursement moyen Remboursement médian	159,97 148,25	256,14 254,67	215,29 199,00	212,21 200,07	285,28 266,96	238,45 221,84
Prothèse dentaire (prothèse céramo-metallique sur dent visible) Prix de référence : 750 €	70 % BRSS (107,5 €) = 75,25 €	Remboursement moyen Remboursement médian	161,51 139,75	244,13 247,25	217,09 193,50	213,80 215,00	266,36 274,13	232,68 240,00
Prothèses auditives numériques Prix de référence pour deux appareils = 3 000 €	65 % BRSS (199,71 € pour un appareil) = 259,62 €	Remboursement moyen Remboursement médian	518,64 259,62	816,22 738,93	719,07 700,00	667,92 610,00	991,27 938,64	784,05 738,93
Supplément chambre particulière Prix de référence = 60 € par nuit	Non remboursé	Remboursement moyen Remboursement médian	23,88 23,00	39,50 40,00	35,36 35,00	36,43 35,00	39,81 47,00	37,64 39,50

\* Les montants de référence ont été choisis élevés afin de pouvoir différencier les offres des organismes complémentaires les unes par rapport aux autres.

**Lecture** • Les personnes de moins de 25 ans assurées par un contrat modal sont remboursées en moyenne 11,97 euros par leur organisme complémentaire pour une consultation chez un médecin spécialiste dans le parcours de soin, facturée 60 euros par le médecin. La moitié d'entre elles sont remboursées d'un montant inférieur ou égal à 6,90 euros par leur organisme complémentaire.

**Sources** • DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé - année 2008.

### ■ Pour en savoir plus

- Arnould M.-L., Pichetti S., Rattier M.-O., 2007, « Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2005 », *Études et Résultats* n° 575, DREES, mai.
- Arnould M.-L., Vidal G., 2008, « Typologie des contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2006 », *Études et Résultats*, n° 663, DREES, octobre.
- Fenina A., Le Garrec M.-A., Duée M., 2009, *Les comptes nationaux de la santé 2008*, DREES, septembre.
- Franc C., Perronin M., Pierre A., 2008, « Private supplementary health insurance: retirees' demand », *The Geneva Papers*, vol. 33, n° 4, 610-626.