



L'assurance maladie complémentaire

Vecteur de la reproduction des inégalités dans l'emploi

Jean-Paul DOMIN

Maitre de conférence en économie

OMI, Université de Reims Champagne-Ardenne

La loi du 13 août 2004 prône une corégulation du système de santé et renforce le rôle des organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM). La politique dite de "responsabilisation" repose en effet sur la coordination entre le régime obligatoire et les assureurs complémentaires. La loi couronne un long processus de transfert des dépenses vers l'assurance maladie complémentaire (AMC), entamé dans les années 1980 sans qu'aucune concertation n'ait jamais été engagée.

Le désengagement de la Sécurité sociale fait donc de l'AMC un acteur incontournable. Mais, cette évolution ne va pas sans poser certains problèmes dans la mesure où, si une grande partie de la population bénéficie en effet d'une assurance maladie complémentaire, l'accès à une couverture de qualité est fortement corrélé au niveau de vie. Les inégalités inhérentes au marché du travail se reproduisent sur le marché de l'assurance maladie complémentaire. L'accès à une bonne couverture complémentaire serait-il devenu un nouveau privilège ?

Le transfert d'une partie croissante de la dépense vers les OCAM renforce leur poids, mais les incite à se concentrer et à se restructurer. Cette évolution renforce la sélection des malades et fragilise les droits de salariés.

Croissance et restructuration du secteur de l'assurance maladie complémentaire

Le secteur de l'AMC connaît depuis quelques années un mouvement de transformation marqué par la croissance du volume d'activité et la redistribution des cartes entre les différents acteurs.

Alors que depuis 1945 l'assurance-maladie voyait son rôle grandir dans la couverture des dépenses de santé, les années 1980 ont initié un mouvement de constitution puis d'affirmation d'un marché des régimes complémentaires. Jean-Paul Domin, économiste de la santé, montre la conséquence de cette évolution : alors que l'assurance-maladie obéit à une logique salariale de mutualisation transversale aux emplois et aux entreprises, le marché des complémentaires relève, lui, d'une logique de l'emploi, avec de fortes disparités entre chômeurs et occupés, entre cadres et employés, entre petites et grandes entreprises. L'assurance maladie, quand elle se détache du salaire socialisé, dépend davantage de l'emploi. Nous avons ici un exemple de plus du risque encouru lorsqu'on ne fait plus du salaire le support des droits sociaux.

La croissance du secteur de l'assurance maladie complémentaire

Le secteur de l'AMC fait partie du paysage médical français. Dès 1945, il a la charge de rembourser le ticket modérateur. Progressivement, sa part grandit : en 1960, 30 % de la population a souscrit un contrat contre 69 % en 1980, 86 % en 2000 et 91 % à l'heure actuelle. Jusqu'en 1980, le poids de l'AMC reste faible dans la mesure où la Sécurité sociale n'hésite pas à rembourser les soins. C'est à cette date que la tendance s'inverse. La Sécurité sociale se désengage alors progressivement : création du secteur à honoraires libres en 1980, mise en œuvre du forfait hospitalier en 1983, déremboursement des médicaments dits de confort en 1987.

Ces différentes réformes se traduisent dans les faits par un transfert vers un financement privé, qu'il soit un OCAM ou qu'il prenne la forme d'un reste-à-charge pour les ménages. En 1995, les OCAM financent 12,2 % de la dépense de santé. À cette date, le reste-à-charge pour les ménages en représente 9,6 %. Entre 1995 et 2008, la structure du financement de la santé s'est modifiée. La part de la Sécurité sociale a diminué passant de 77,1 % à 75,5 % de la dépense de santé. En revanche, en 2008, la part des assurances complémentaires s'élève à 13,7 %, soit 23 milliards d'euros.

Cette tendance sur une période de moyenne durée doit cependant être analysée plus finement. Si de 1995 à 2004, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la dépense de santé est restée relativement stable, l'équilibre s'est modifié depuis en faveur des OCAM. La réforme de l'assurance maladie du 13 août 2004 a largement contribué à ce déplacement. La loi a en effet favorisé une nouvelle

répartition des rôles entre les assurances maladie obligatoire et complémentaire. La création de l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) associe *de facto* ces organismes à la réforme en délimitant la part de la Sécurité sociale, celle de l'AMC et le reste à charge pour les ménages. La réforme de 2004 est d'autant plus importante qu'elle transfère des pouvoirs du président de la Caisse nationale d'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAMTS) vers un nouvel organisme : l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM), dont le directeur est nommé par décret et l'autorité renforcée. Avec la réforme, les OCAM sont désormais associés à la gestion du panier de soins.

Enfin, la part restant à la charge des ménages s'est accrue passant de 8,3 % en 2004 à 9,4 % en 2008, alors qu'elle avait diminué de 1995 à 2004. Cette évolution est une des conséquences directes de la réforme de 2004 dans la mesure où certaines dépenses ne sont prises en charge ni par la Sécurité sociale, ni par les OCAM. C'est notamment le cas pour : la participation forfaitaire d'un euro pour chaque consultation, la majoration du ticket modérateur pour les assurés sociaux ne respectant pas le parcours de soins, le déremboursement de certains médicaments au service médical rendu insuffisant ou encore les franchises mises en place sur des postes dynamiques de dépenses (boîtes de médicaments, actes d'auxiliaire médical, transports, ...). La mise en place d'une participation des assurés de 18 euros (pour des actes lourds) en 2007 a également participé à l'accroissement de la part de financement des OCAM.

La restructuration du secteur : l'adaptation aux contraintes de marché

Le transfert d'une partie des dépenses sur les OCAM n'est pas sans conséquences sur le développement du secteur et la modification des frontières entre les acteurs. Ce marché connaît en effet depuis quelques années une croissance forte due au transfert de charges et aux augmentations tarifaires. Trois acteurs dominent aujourd'hui le marché : les mutuelles, les institutions de prévoyance et les compagnies d'assurance. Les mutuelles sont des structures à but non lucratif régies par le Code de la Mutualité. Les institutions de prévoyance, également à but non lucratif, fonctionnent sur la base d'une gestion paritaire par des représentants des salariés et des employeurs. Réglementées par le Code de la Sécurité sociale, elles sont spécialisées dans les contrats collectifs, mais autorisées depuis 1994 à proposer des contrats individuels. Enfin, les sociétés d'assurance sont régies par le Code des Assurances. Bien que la plupart d'entre elles soient à but lucratif, des sociétés d'assurance mutuelles à but non lucratif persistent dans leur activité. Le secteur a profondément évolué sous l'influence des lois françaises et des directives européennes, accélérant *de facto* la mise en concurrence des OCAM.

Le marché représentait en 2006 27,4 milliards d'euros

de primes collectées, soit 12 % du chiffre d'affaires total du secteur de l'assurance. Ce marché connaît, en raison du transfert d'une part croissante de la dépense de santé vers les OCAM, une croissance forte dont le rythme a cependant diminué, passant de 10,8 % en 2004 à 5,4 % en 2007. En 2009, les mutuelles dominent encore le marché avec 56 % des cotisations collectées. Elles sont suivies par les compagnies d'assurance (27 %) et les institutions de prévoyance (18 %). Mais, si les mutuelles dominent encore le marché, elles perdent tous les ans entre 0,1 et 0,2 point de parts de marché au profit des compagnies d'assurance dont la part de marché progresse au rythme annuel de 0,7 point. Les institutions de prévoyance sont elles aussi en phase de régression avec une diminution de leurs parts de marché au rythme annuel de 0,4 point. Depuis 2001, la part des sociétés d'assurance s'est accrue de 5,8 %, principalement au détriment des mutuelles.

La croissance du secteur a accéléré les mouvements d'alliance et de regroupement. La concentration permet en effet de réaliser des économies d'échelle, mais également de renforcer les positions face aux nouveaux entrants. Le secteur mutualiste a connu ces dernières années une phase de concentration. En 1973, 8 635 entités se partageaient un marché de 25 millions d'assurés. En 2006, elles ne sont plus que 1 996 sur un marché de 38 millions d'assurés. Le marché de la complémentaire santé connaît, depuis le début des années 2000, un processus de concentration caractérisé par la diminution du nombre d'entités, mais également par l'augmentation de la part des groupes consolidés. En 2008, les six principaux groupes consolidés dépassent le milliard d'euros d'assiette déclarée, soit 25 % de la complémentaire santé.

La concentration s'accompagne d'un développement des stratégies d'alliance des mutuelles entre elles, mais également avec des institutions de prévoyance et des sociétés d'assurance. Cette stratégie permet de conquérir des marchés nouveaux, d'étendre la gamme des produits et de réduire les coûts de gestion par une mutualisation des activités. Les institutions de prévoyance ont connu un mouvement similaire pour des raisons différentes. L'objectif est de proposer une offre de produits santé-prévoyance-vie en mettant en commun des moyens (plates-formes techniques, centres d'appel, ...). En dix ans, le nombre des institutions de prévoyance a réduit de moitié passant en 1996 d'une quarantaine à une vingtaine de groupes en 2006. Enfin, les assureurs ont développé une stratégie de conquête du marché en s'appuyant sur des acteurs déjà présents (achat de mutuelles et d'institutions de prévoyance, développement de la réassurance, ...). Les transformations dans le secteur de l'assurance maladie complémentaire ont donné naissance à des entités regroupant des structures régies par des droits différents. Ainsi, les distinctions juridiques entre les acteurs ont-elles tendance progressivement à s'estomper.

Enfin, les directives européennes ont imposé aux OCAM de revoir leur règles comptables et prudentielles. Ces

« Les distinctions juridiques entre mutuelles, institutions paritaires et sociétés d'assurance ont tendance à s'estomper. »

règles dites *Solvency* exigent des organismes complémentaires un minimum de solvabilité, les obligent à augmenter leurs réserves prudentielles et les contraignent à la création d'un fonds de garantie.

Les répercussions sur les assurés sociaux

Les transformations en cours dans le secteur de l'AMC ne sont pas sans conséquence sur les assurés sociaux. Elles se caractérisent notamment par une spécialisation sur les risques qui se traduit *in fine* par une fragilisation des droits sociaux.

Une sélection cachée des risques

Le secteur de l'AMC attirerait, selon la théorie économique, une forte proportion d'individus dont la propension à consommer des soins serait plus importante. La loi interdisant la sélection des risques, un des moyens de la détourner légalement repose sur la différenciation des risques. En d'autres termes, si la loi interdit aux OCAM d'exclure les mauvais risques (malades chroniques, personnes âgées, ...), elle ne les empêche pas, par le biais d'une politique commerciale, d'inciter les bons risques à souscrire un contrat.

Les OCAM proposent trois types de formules. Les contrats collectifs obligatoires en constituent la première forme. Ils sont réglementés et doivent respecter un certain nombre d'obligations (l'ensemble des salariés doivent être concernés, les garanties s'appliquent à tous, le calcul des cotisations est uniforme, ...). Pour ce type d'opération, l'assureur doit compenser les mauvais risques par une proportion plus importante de bons risques. Les contrats individuels, quant à eux, ne sont soumis à aucune contrainte réglementaire. Les opérateurs, ne pouvant ici compenser les risques, les utilisent avec des pratiques de différenciation des risques. Enfin, les contrats collectifs facultatifs sont à la frontière des deux premiers. Ils sont peu réglementés et proposent plusieurs options de remboursement. Les trois quarts du chiffre d'affaires de l'activité santé des mutuelles et 70 % de celui des compagnies d'assurance proviennent de la gestion de contrats individuels. En revanche, 77 % du chiffre d'affaires des institutions de prévoyance sont liés à la gestion de contrats collectifs.

Un autre moyen d'attirer les bons risques consiste à se spécialiser sur des populations cibles. Si la part des moins de 24 ans est assez proche pour chacune des trois structures, les assurés de plus de 60 ans sont plutôt concentrés autour des mutuelles. Dans le même temps, certains organismes se sont spécialisés vers de bons risques par l'intermédiaire de contrats à ristourne. L'exemple du contrat double effet des Mutuelles du Mans assurance (MMA), structure régie par le Code des assurances, est tout à fait éloquent. L'assuré souscrit un contrat d'assurance avec une majoration de la cotisation d'environ 15 % capitalisée par l'opérateur. Dans le cas où sa consommation reste faible, la compagnie lui rétrocède la moitié de la surprime capitalisée. En revanche, s'il connaît de graves ennuis de santé, la somme capitalisée

reste au profit des MMA. Les initiateurs de cette opération pensent qu'elle est susceptible, d'une part, d'attirer un nouveau type de clientèle, d'autre part de limiter les comportements dépensiers.

D'autres OCAM préfèrent développer une offre ciblée vers certaines populations. C'est le cas, pour une compagnie d'assurance (groupe Swiss life) qui vient de lancer plusieurs types de contrats : les "astucieuses" avec un taux de couverture à hauteur de 100 ou 150 % du tarif conventionnel, un remboursement à hauteur de 30 % du prix des médicaments quel que soit le niveau prévu par la Sécurité sociale et les "avantageuses", destinées aux familles à revenu modeste. Swiss life propose également un contrat réservé aux personnes âgées de plus de 65 ans qui ne peuvent souscrire les contrats précédents en raison des limites d'âge. La différenciation des risques et la spécialisation sont un moyen de sélectionner les assurés et participent ainsi de la désocialisation du système.

« L'accès à une complémentaire de qualité est devenu désormais un privilège dû à la position dans l'emploi. »

La fragilisation des droits sociaux

La sélection des risques conduit inéluctablement au développement des inégalités. Celles-ci s'ajoutent à celles existantes sur le marché du travail. Si l'accès au secteur de l'AMC s'est généralisé en quelques années, cette généralisation masque des inégalités dans la mesure où l'accès est fortement corrélé au niveau de vie des ménages. En 2003, 21 % des individus appartenant aux 20 % des ménages les plus pauvres ont déclaré ne bénéficier d'aucune couverture complémentaire. Si un chômeur a trois fois plus de risques qu'un salarié en emploi de ne bénéficier d'aucune couverture complémentaire, l'inactif a une probabilité 1,6 fois plus grande d'en être écarté [Marical, Saint-Pol (de), 2007].

Cette situation a conduit les pouvoirs publics à mettre en place des mécanismes correcteurs. Le premier, la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) offre à ses bénéficiaires une couverture gratuite et complète du reste-à-charge. Le second, l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé, cible les ménages dont les revenus sont légèrement supérieurs au seuil de la CMUC. Ce mécanisme se présente sous la forme d'un bon d'achat et limite les effets de seuil générés par la CMUC. Mais, ce dispositif reste massivement non utilisé dans la mesure où seulement 10 % des bénéficiaires potentiels en profitent. Plusieurs raisons sont avancées pour expliquer ce non-recours : manque d'information, lourdeur de la démarche, reste-à-charge trop important [Perronin, 2009, p. 387-392].

Les inégalités sont également présentes dans certaines entreprises où les contrats des cadres sont différents de ceux des autres catégories. Dans les entreprises proposant au moins un contrat d'assurance maladie complémentaire à leurs salariés, les cadres bénéficient généralement d'un bon contrat. Ils sont 29 % à bénéficier d'un contrat avec de meilleures garanties en optique et 15 % à avoir accès à un contrat avec de bonnes garanties en dentaire. À l'inverse, les non-

cadres sont seulement 18 % à bénéficier des premiers et 12 % des seconds. Dans les entreprises offrant des contrats différenciés selon les catégories sociales, les inégalités sont encore plus marquées : 48 % des cadres bénéficient de contrats à fortes garanties (en optique et en dentaire) contre 18 % des non-cadres [Francesconi, Perronnin, Rochereau, 2006]. Enfin, les salariés des grandes entreprises sont généralement couverts par une meilleure AMC que les autres.

Des inégalités semblables existent entre contrats individuels et collectifs. Les premiers sont plus souvent des contrats d'entrée de gamme, les seconds sont majoritairement des contrats de haut de gamme offrant des garanties deux à trois fois supérieures à celles des contrats standards. Les inégalités sociales y sont également présentes : les cadres sont plus souvent couverts par un contrat collectif que les ouvriers (76 % contre 50 %) alors que ceux-ci souscrivent majoritairement (41 % contre 24 %) des contrats individuels [Arnould, Vidal, 2008]. Pour ces derniers, l'effort financier des ménages est plus important dans la mesure où la tarification est calculée en fonction de l'âge et est indépendante du revenu. En l'absence d'aide financière, la contribution des ménages qui disposent de moins de 800 euros par personne et par mois dépasse 10 % du revenu total, alors qu'il est de moins de 3 % pour les ménages dont le revenu est supérieur à 1 867 euros par mois et par personne.

La qualité des garanties des contrats d'AMC varie en fonction du niveau de revenu et du milieu social de l'assuré. Dans cette perspective, la prise en charge des dépassements d'honoraires est assez significative de ces inégalités. Cette pratique est devenue courante chez beaucoup de médecins et sa prise en charge n'est plus considérée comme illégitime par la mutualité. Mais, les contrats d'AMC restent variables. Globalement, les dépassements d'honoraire sont pris en charge pour un tiers de la population. Mais, contrat par contrat, les garanties sont très disparates et vont d'une absence totale à une prise en charge complète du dépassement. Les contrats collectifs sont, une fois de plus, plus favorables. Plus de deux tiers d'entre eux les couvrent partiellement ou totalement. En revanche, seulement 17 % des contrats individuels prennent en charge les dépassements.

Conclusion

Le recours croissant aux OCAM les a incités à se restructurer et à modifier leur mode d'intervention. Certains opérateurs signent des protocoles d'accord avec des professionnels de soins (dentistes, médecins généralistes, ...) et incitent leurs adhérents à les fréquenter en proposant des barèmes de remboursements plus avantageux. La Cour de cassation, dans un arrêt du 18 mars 2010 a condamné la MGEN pour ce type de pratique au motif qu'un opérateur ne pouvait pas prévoir différents niveaux de prestation pour des cotisations identiques. Il est évident que des pratiques commerciales comme celle-ci sont significatives d'un déplacement des valeurs au sein des OCAM.

Plus généralement, le recours à l'AMC pose des

problèmes d'égalité d'accès aux soins. En effet, si la part couverte de la population ne cesse d'augmenter, les contrats proposés vont du meilleur au plus mauvais. Les inégalités du marché du travail sont ainsi reproduites, sur le marché de l'assurance maladie complémentaire. Les salariés en emploi ont généralement plus de chances que les chômeurs de bénéficier d'une couverture santé. Les cadres en particulier ont la possibilité d'être couverts par un contrat avec de bonnes garanties, ce qui n'est pas toujours le cas pour les non-cadres.

L'accès à une complémentaire de qualité est donc devenu désormais un privilège dû à la position dans l'emploi. Cette situation est aggravée par la part croissante du reste à charge des ménages qui correspond à 9,4 % de la dépense de santé, soit le retour à un niveau proche de celui de 1995. La mise en place d'une politique d'incitations (participation forfaitaire, franchises, ...) à partir de 2004 a pesé sur la situation des plus fragiles et a entraîné des renoncements aux soins que les correctifs (aides à l'acquisition d'une complémentaire santé, ...) n'arrivent pas résoudre. La persistance de ces inégalités devrait inciter à repenser la répartition des rôles entre la Sécurité sociale et les OCAM.

Jean-Paul Domin

Références:

- Arnould M.-L., Vidal G., « Typologie des contrats les plus souscrits auprès de complémentaires santé en 2006 », *Études et résultats*, n° 663, 2008.
- Francesconi C., Perronnin M., Rochereau T., « La complémentaire maladie d'entreprise : niveaux de garanties des contrats selon les catégories de salariés et le secteur d'activité », *Questions d'économie de la santé*, n° 112, 2006.
- Marical F., Saint-Pol (de) T., « La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités », *INSEE Première*, n° 1142, 2007.
- Perronnin M., « La couverture complémentaire santé en France », in Bras P.-L., Pouvourville (de) G., Tabuteau D. (Eds), *Traité d'économie et de gestion de la santé*, Paris, Presse de la FNSP, 2009, p. 387-392.

Les notes de L'Institut Européen du Salarial

Directeur de la publication: Bernard Friot

Comité de rédaction : Lucy apRoberts, Aurélien Casta, Nicolas Castel, Jean-Luc Deshayes, Bernard Friot, Mathieu Grégoire, Jean-Pascal Higélé, Jean-Vincent Koster, Maud Simonet.

Secrétariat de rédaction: postmaster@ies-salarial.org, IDHE, Université Paris Ouest Nanterre, Maison Max Weber, 200, av. de la République, 92001 Nanterre cedex 01.

ISSN: 1969-6442