

Complémentaires, une couverture inégalitaire

■ Pierre Volovitch, économiste

La revue de l'Irdes de janvier 2011 *Question d'économie de la santé* met à disposition une utile synthèse sur la question de l'accès à la couverture complémentaire ¹.

La complémentaire santé en France : une large diffusion mais des inégalités d'accès

Entre 1980 et 2008, le « reste à charge », c'est-à-dire la part des dépenses de soins qui demeure à la charge des ménages, qu'ils le financent eux-mêmes ou grâce à la couverture apportée par une complémentaire santé, est passé de 217 euros à 547 euros par personne et par an, à prix relatifs ².

Alors que la part des dépenses de soins prise en charge par l'Assurance maladie était de 80 % en 1980, elle n'est plus que de 75,5 % en 2009.

Au regard de l'augmentation constante du reste à charge laissé par l'Assurance maladie obligatoire, bénéficier d'une complémentaire santé est devenu déterminant pour continuer à accéder aux soins.

Une couverture liée au revenu

Entre 1980 et 2008, la proportion de personnes couvertes par une complémentaire santé a fortement augmenté, passant de 69 % de la population de France métropolitaine à 94 %. Néanmoins, selon l'Enquête Santé Protection Sociale (ESPS), près de 4 millions de personnes restent sans complémentaire santé en France métropolitaine en 2008.

Le premier motif de non-recours à une complémentaire santé évoqué par les enquêtés est financier. Parmi les personnes sans complémentaire santé, 46 % souhaiteraient en bénéficier, mais ne le peuvent pas pour des raisons financières.

Conséquence, le fait de ne pas disposer d'une couverture complémentaire santé est directement lié au niveau de revenu. Dans les ménages les plus pauvres (moins de 870 euros par unité de consommation UC) ³, 12 % des personnes ne bénéficient pas d'une complémentaire santé contre seulement 3 % au sein des ménages les plus riches (1 997 euros et plus par UC).

Deux dispositifs ont été mis en place pour faciliter l'accès à la complémentaire santé pour les plus pauvres. Ils n'ont pas totalement résolu le problème. La CMU-C permet aux personnes dont le revenu est inférieur à 620 euros par UC (634 euros en 2011) de bénéficier d'une complémentaire gratuite. Une étude du Legos estime qu'en 2006, de 700 000 à 1,2 million de bénéficiaires potentiels de la CMU-C n'avaient pas fait valoir leurs droits.

Pour les personnes dont le revenu est situé entre

le seuil CMU-C – et 20 % au-dessus (26 % en 2011), on a mis en place une Aide à l'acquisition d'une complémentaire (ACS). Le Fonds CMU estime aujourd'hui à une sur quatre la proportion de personnes ayant fait valoir ses droits à l'ACS : 516 499 bénéficiaires en mai 2010 pour une cible de 2 millions de personnes.

Au-delà de l'ACS (744 euros par UC), de nombreux ménages ne peuvent prétendre ni à la CMU-C, ni à l'ACS alors même qu'ils appartiennent au premier quintile de revenus (≤ 870 euros par UC).

Les cotisations pour avoir accès à une complémentaire santé ne sont proportionnelles au revenu que pour une minorité de mutuelles. Pour la très grande majorité des complémentaires, la cotisation est forfaitaire. Résultat le « taux d'effort », c'est-à-dire la part de revenu que les ménages consacrent à la couverture complémentaire, varie de 3 % pour les ménages les plus riches (1 867 euros et plus par UC) à 10 % pour les ménages les plus pauvres (moins de 800 euros par UC). Une étude du Leda-Legos à partir de l'Enquête budget de famille 2006 de l'Insee donne des taux similaires de 2 % et 8 % pour les deux déciles extrêmes.

Le niveau de garanties proposées est lui aussi sensible au revenu. Cette information n'est pas reprise dans ce numéro de *QES*, mais dans une étude plus ancienne, l'Irdes distinguait trois types de couverture complémentaire – « faible », « moyen en dentaire, fort en optique », « fort en dentaire » et trois niveaux de revenu. On constatait alors que la part des plus aisés était de 51 % pour les meilleurs couvertures (« fort en dentaire ») et de 24 % pour les couvertures « faibles », alors que les moins aisés représentaient 23 % des personnes ayant des contrats « faibles », mais seulement 13 % des contrats de meilleures qualité (« fort en dentaire »).

Le travail, un mode d'accès privilégié, mais inégalitaire, à la complémentaire santé

Selon l'enquête ESPS 2008, les deux tiers des salariés couverts par une complémentaire santé le sont par le biais de leur entreprise. Selon la Fédération Française des Sociétés d'Assurance, trois quarts des travailleurs indépendants seraient détenteurs d'un « contrat Madelin ».

Cependant, force est de constater que la complémentaire santé d'entreprise est source d'inégalités. Inégalités pour ceux qui ne bénéficient pas d'un emploi : 10,5 % des femmes au foyer, 14 % des chômeurs n'ont pas de couverture complémentaire contre 5 % des actifs.

Parmi les actifs salariés, la proportion de personnes sans couverture complémentaire est nettement plus importante chez les ouvriers non qualifiés (8,5 %) que chez les cadres (4 %).

L'inégalité se manifeste aussi dans le mode de financement de la complémentaire santé. Les inactifs, les chômeurs, les fonctionnaires et la très grande majorité des salariés de PME financent seuls leur couverture complémentaire. Les salariés d'entreprises plus grandes bénéficient, par le biais de complémentaires d'entreprises, d'une participation financière de leur employeur à ce financement. Ici aussi l'inégalité se redouble d'une inégalité entre catégories professionnelles. Parmi les salariés non-fonctionnaires bénéficiant d'une complémentaire santé, 76 % des cadres ont un contrat collectif, contre seulement 58 % des ouvriers non qualifiés. Les enquêtes sur la Protection Sociale Complémentaire d'Entreprise (PSCE) 2003 et 2009 montrent également que la complémentaire santé collective est d'un accès inégal pour les salariés selon la taille de l'entreprise, le secteur d'activité et la catégorie socio-professionnelle.

Les personnes sans complémentaire santé recourent moins aux soins et se déclarent davantage en mauvaise santé

Le taux de renoncement aux soins, qui concerne pour l'essentiel les soins dentaires et d'optique peu remboursés par l'Assurance maladie obligatoire, est de 30 % pour les personnes sans couverture complémentaire, 21 % pour les bénéficiaires de la CMU-C, contre 14 % pour les personnes qui bénéficient d'une couverture privée.

Selon l'enquête ESPS 2008, les personnes sans couverture complémentaire se déclarent en plus mauvais état de santé que les personnes couvertes par une complémentaire privée, mais pas forcément plus que les bénéficiaires de la CMU-C : 37 % des personnes sans couverture complémentaire déclarent un état de santé de moyen à très mauvais, contre 39 % des bénéficiaires de la CMU-C et 27 % des titulaires d'une complémentaire privée.

Les personnes sans complémentaire santé sont par ailleurs 34 % à déclarer une maladie chronique, contre 28 % des bénéficiaires de la CMU-C et 28 % pour les titulaires d'une complémentaire privée.

Parmi les personnes couvertes par une complémentaire santé privée, 84 % ont eu recours à un généraliste au cours des douze derniers mois, 76 % à un chirurgien-dentiste au cours des vingt-quatre derniers mois et 50 % à un spécialiste au cours des douze derniers mois. Ces taux sont respectivement de 84 %, 68 % et 40 % pour les bénéficiaires de la CMU-C. Ils sont de 74 % (moins 10 points par rapport aux personnes couvertes), 57 % (moins 19 points) et 37 % (moins 13 points) pour les personnes qui n'ont pas de complémentaire santé.

Conclusion (que ne tire pas explicitement le n° 161 de QES). Alors que la couverture maladie obligatoire couvre TOUT le monde, avec une cotisation proportionnelle au revenu, en apportant à tous le même niveau de couverture, les couvertures complémentaires ne couvrent pas toute la population, la charge de leur financement pèse plus lourdement sur les ménages les plus modestes, et la qualité de la couverture apportée est meilleure pour les populations les plus favorisées.

Au moment où le Premier ministre, François Fillon, annonce qu'il va saisir le Conseil Economique Social et Environnemental de la question « centrale : quelle devra être la part de la solidarité nationale et celle de la protection sociale complémentaire ? »⁴ le rappel de l'ensemble de ces éléments de comparaison est peut-être utile.

Utile sans doute aussi ce chiffre que le n°161 de QES donne. « Selon le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam), la collectivité publique dépense 5,2 milliards d'euros d'exonérations pour les contrats collectifs et contrats "loi Madelin" », c'est-à-dire 5,2 milliards d'euros pour subventionner une forme de couverture santé moins solidaire⁵.

Sans oublier que, puisqu'il s'agit d'exonérations sociales et fiscales, elles sont d'autant plus importantes que les revenus de ceux qu'elles aident sont plus élevés. La couverture santé la moins solidaire est donc financée de la façon la plus injuste. ■



1. Intégralité du document sur le site de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé www.irdes.fr/Publications/2011/Qes161.pdf
2. Le prix relatif représente le prix nominal déflaté de l'indice général des prix afin de tenir compte de l'évolution du pouvoir d'achat.
3. Le revenu par unité de consommation (UC) permet, à l'aide d'une échelle d'équivalence, de comparer les niveaux de vie des ménages de taille et de composition différentes.
4. Discours du 22 février 2011 devant le Conseil Economique Social et Environnemental.
5. Rêvons un peu : et si ces 5,2 milliards étaient affectés à un renforcement de la couverture solidaire (l'Assurance maladie obligatoire) ?