

En 2022, la prévention dite « institutionnelle » est majoritairement prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et seulement de façon secondaire par les organismes de complémentaire santé. Les organismes participent aussi à la prévention non institutionnelle, à l'initiative des patients ou des professionnels de santé. Les organismes de complémentaire santé interviennent en menant des actions de sensibilisation auprès de leurs adhérents. Les contrats peuvent proposer des garanties sur des postes de soins non couverts par l'AMO (certains actes de prévention, la chambre particulière à l'hôpital, les forfaits « bien-être », etc.). Ainsi, la majorité des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé disposent d'une prise en charge des soins non conventionnels.

La prévention regroupe l'ensemble des actions menées pour éviter ou diminuer l'apparition de maladies et de troubles de santé dans la population. Dans un contexte de vieillissement de la population et de prévalence accrue des maladies chroniques, les actions menées représentent un investissement de long terme. La prévention recouvre un champ d'intervention très large, allant de l'éducation à la santé et à la sécurité sanitaire jusqu'aux politiques pesant sur les déterminants de santé (pauvreté, logement, emploi, environnement, conditions de travail, alimentation, exercice physique, etc.).

Les organismes de complémentaire santé : des acteurs secondaires de la prévention

De nombreux acteurs interviennent dans le champ de la prévention institutionnelle, qui regroupe, dans les comptes de la santé, les dépenses spécifiquement identifiées comme relevant de la prévention notamment financées ou organisées par les fonds ou programmes nationaux ou territoriaux (Arnaud, Lefebvre, 2023). Sur ce périmètre de dépenses, l'assurance maladie en est, en 2022, le premier financeur. Interviennent également les entreprises, le ministère de la Santé et de la Prévention, les agences régionales de santé (ARS), ou encore les collectivités locales ainsi que les organismes de complémentaire santé.

L'assurance maladie obligatoire (AMO) finance les deux tiers de ces dépenses (64 % en 2022, 75 % en 2021) contre moins d'un tiers avant la crise sanitaire, en raison de la prise en charge par l'AMO de l'essentiel des dépenses de lutte contre l'épidémie de Covid-19. Sur ce champ de la prévention institutionnelle, les dépenses des organismes complémentaires estimées à ce jour correspondent aux achats de vaccins (moins de 200 millions d'euros en 2022). Ces dépenses, qui ne représentent pas la totalité des dépenses de prévention des organismes complémentaires, correspondent, entre 2013 et 2022, à une part de prise en charge des dépenses de prévention institutionnelle comprise entre 1 % et 3 %.

Les dépenses de prévention institutionnelle, estimées à 12,7 milliards d'euros en 2022, ne couvrent qu'une partie du champ de la prévention. À celles-ci s'ajoute la prévention dite « non institutionnelle », à l'initiative des patients ou des professionnels de santé, hors programmes de santé publique, tels que les séjours de prévention à l'hôpital (séjours de sevrage au tabac, par exemple) ou les dépenses de prévention en ville (comme les visites de surveillance chez le pédiatre ou chez le médecin généraliste). En l'absence de données permettant de distinguer spécifiquement la prévention du reste des soins courants, ces dépenses

sont comptabilisées au sein de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) sans être isolées¹. Leur financement est assuré par l'AMO, les organismes complémentaires et les ménages, au même titre que le reste du champ de la CSBM.

Des actions de prévention pour sensibiliser les bénéficiaires

Les organismes de complémentaire santé peuvent avoir intérêt à sensibiliser leurs bénéficiaires et à encourager certaines pratiques pour limiter leurs dépenses de santé futures. Ils peuvent, par exemple, mettre en place des campagnes de prévention sur des sujets variés, tels que les risques routiers, les troubles de l'audition, le vieillissement, les maladies cardiovasculaires...

Les initiatives mises en place par l'assurance maladie complémentaire (AMC) sont mal connues, faute d'informations exhaustives sur leur ampleur (nombre, montants financiers en jeu). Leur intérêt est *a priori* plus élevé en milieu professionnel que dans le cadre des contrats individuels. La question de l'incitation financière se pose, car l'essentiel des gains associés à la prévention est réalisé par l'AMO (Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie [HCAAM], 2021). L'incitation pour les organismes complémentaires à développer les actions de prévention s'inscrit davantage dans une logique de service, sur un marché concurrentiel.

Les organismes de complémentaire santé se distinguent au niveau des soins et des actes non réglementés par l'assurance maladie obligatoire

Les niveaux de prise en charge par les organismes de complémentaire santé sont de plus en plus encadrés, conduisant à une uniformisation d'un certain nombre de garanties (mise en place de planchers et de plafonds

de remboursement, remboursement intégral des biens du panier 100 % santé...). Dans ce contexte, les organismes peuvent se différencier par exemple *via* l'offre de services de prévention ou de réseaux de soins (voir fiche 09).

En plus des garanties complémentaires qu'ils couvrent sur le périmètre des soins de l'assurance maladie, les contrats de complémentaires peuvent offrir des garanties complémentaires sur des postes de soins non couverts par l'AMO : prise en charge de la chambre particulière à l'hôpital (voir fiche 21), forfait « bien-être », ostéopathie, certains actes de prévention... Les contrats sont alors totalement libres de prendre en charge, partiellement ou intégralement, ces postes de soins.

En 2022, les prestations « connexes », qui comprennent à la fois des actes de prévention (patchs anti-tabac, vaccinations internationales, etc.), mais aussi des prestations de confort à l'hôpital ou en cure thermale (chambre particulière, lit accompagnant, télévision, etc.) ainsi que des prestations à la périphérie des soins de santé, comme les soins non conventionnels² ou encore les consultations de psychologues, représentent 6 % du montant des cotisations perçues par les organismes de complémentaire santé (de Williencourt, 2023), soit 2,2 milliards d'euros (Arnaud, Lefebvre, 2023).

La majorité des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé disposent d'une prise en charge des soins non conventionnels

En 2021, comme en 2019, les consultations de soins non conventionnels sont prises en charge, au moins partiellement, pour huit bénéficiaires de contrat de complémentaire santé sur dix. Cela concerne les trois quarts des bénéficiaires de contrat individuel, et plus de huit bénéficiaires de contrat collectif sur dix (*tableau 1*). Par ailleurs, plus de la moitié des personnes

1. La dépense de prévention non institutionnelle a été estimée à au moins 9,1 milliards d'euros en 2016 (Gonzalez et al., 2018).

2. Les soins non conventionnels, non reconnus au plan scientifique par la médecine conventionnelle, incluent notamment l'homéopathie, l'ostéopathie, la chiropraxie. Parfois appelées « médecines alternatives », « médecines complémentaires », « médecines naturelles », ou encore « médecines douces », ces pratiques sont diverses, tant par les techniques qu'elles emploient que par les fondements théoriques qu'elles invoquent.

couvertes par des contrats individuels bénéficient d'une prise en charge, en 2021 comme en 2019, du ticket modérateur (TM) sur le sevrage tabagique – pris en charge à 65 % par l'AMO. Les consultations de diététiciens ou la pilule contraceptive, non remboursables par l'AMO, sont prises en charge, au moins partiellement, pour près de six bénéficiaires sur dix. La prise en charge du sevrage tabagique et de la pilule concerne en 2021 un peu moins de personnes couvertes par des contrats collectifs

(respectivement 44 % et 49 %), mais semble s'étendre depuis 2019 (respectivement 41 % et 42 %). Les conditions de prise en charge sont très diverses, en fonction notamment de l'existence de plafonds de consultations et de montants annuels remboursés. La prochaine enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) sur des données de 2023 permettra d'affiner ces éléments, avec un questionnaire plus détaillé. ■

Tableau 1 Part des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé disposant d'une prise en charge des actes de prévention ou de soins non conventionnels

	En %			
	Contrats collectifs		Contrats individuels	
	2019	2021	2019	2021
Sevrage tabagique	41	44	53	50
Diététiciens, nutritionnistes	47	57	57	56
Pilule contraceptive non prise en charge par l'AMO	42	49	63	59
Soins non conventionnels (homéopathes, ostéopathes, chiropracteurs...)	82	88	75	75

AMO : assurance maladie obligatoire.

Note > L'enquête OC recueille les caractéristiques des dix contrats les plus souscrits ; celles-ci sont extrapolées à l'ensemble des bénéficiaires de complémentaire santé.

Lecture > En 2019, 57 % des bénéficiaires d'un contrat collectif sont couverts par un contrat offrant un remboursement pour les consultations de diététiciens ou de nutritionnistes non remboursées par l'AMO.

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CMU-C, ACS et CSS, France entière.

Sources > DREES, enquête OC 2019 et 2021.

Pour en savoir plus

> **Arnaud, F., Lefebvre, G. (dir.)** (2023). *Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2023*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

> **de Williencourt, C.** (2023). *Rapport 2023 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. Paris, France : DREES.

> **Gonzalez, L. et al. (dir.)** (2018). *Les dépenses de santé en 2017 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2018*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

> **Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)** (2021, janvier). La place de la complémentaire santé et prévoyance en France. Document de travail du HCAAM.