

La protection sociale complémentaire en France

Aspects historiques et réglementaires

Synthèse documentaire

Décembre 2023

Centre de documentation de l'Irdes

Marie-Odile Safon

Synthèses & Bibliographies

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté
www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

Sommaire

Des assurances sociales à l'édification de la Sécurité sociale (1800-1946)	5
LES PREMICES DES ASSURANCES SOCIALES (1800-1920).....	5
Les caisses d'épargne	6
Les initiatives du patronat.....	7
Les initiatives de l'Etat	7
L'INSTAURATION DES ASSURANCES SOCIALES (1920-1944).....	7
L'EDIFICATION DE LA SECURITE SOCIALE ET DES INSTITUTIONS DE PREVOYANCE (1945-1946)	8
De la généralisation de la Sécurité sociale à la régulation de la protection complémentaire (1946-2012)	9
LA GENERALISATION DU SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE (1946-1986).....	9
LA REGULATION DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE (1987-2012).....	9
Vers un élargissement de la couverture complémentaire (2013-)	18
LA GENERALISATION DE LA COUVERTURE COMPLEMENTAIRE D'ENTREPRISE (2013-2019).....	19
Accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013.....	19
La réforme des contrats responsables et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).....	21
LA MISE EN PLACE DU TIERS PAYANT	30
L'INSTAURATION DE LA PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE – PUMA- (2016)	31
LA CREATION DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE (CSS)	32
LE RAC ZERO OU 100 % SANTE	34
LE DEPLOIEMENT DE LA COMPLEMENTAIRE D'ENTREPRISE DANS LA FONCTION PUBLIQUE	36
Une description du contenu de la couverture complémentaire	36
Une présentation des régimes d'assurance maladie complémentaire	38
LES REGIMES PUBLICS	38
La complémentaire santé solidaire	38
L'Aide médicale d'État (AME)	38
LES ORGANISMES PRIVES	40
Les mutuelles et groupements mutualistes.....	40
Les institutions de prévoyance	41
Les sociétés d'assurance	41
Conclusion : le développement de la protection complémentaire va-t-il à l'encontre du principe fondateur de solidarité ?	41
LES SCENARIOS DU HAUT CONSEIL DE L'ASSURANCE MALADIE SUR L'EVOLUTION DE LA SECURITE SOCIALE	42
Bibliographie	44
PROTECTION COMPLEMENTAIRE : PANORAMA D'ENSEMBLE	44
Publications Irdes	44
Autres publications.....	51
PROTECTION COMPLEMENTAIRE D'ENTREPRISE	70
Publications Irdes	70
Autres publications.....	74
AIDE MEDICALE D'ÉTAT.....	78
QUELQUES ETUDES SUR LES DISPOSITIFS ETRANGERS	82
Ressources électroniques.....	94
Quelques données chiffrées sur la couverture complémentaire en France	97
FOCUS.....	97
Lieu de soins selon la durée de couverture de l'Aide médicale d'Etat	97

L'accès des salariés à la prévoyance complémentaire selon le type de garantie et le niveau de salaire	97
Montant de la prime de complémentaire santé financée par l'employeur selon les catégories socio-professionnelles	98
L'accès à l'Aide médicale de l'Etat (AME) est plus faible pour les personnes sans papiers en situation de grande précarité	98
Evolution de la dépense moyenne et du taux de recours aux soins des bénéficiaires de la CMU-C de 2011 à 2014	98
La couverture complémentaire santé selon le statut d'emploi en 2014.....	98
Données sur les contrats de complémentaires les plus souscrits	98

Introduction

La naissance des systèmes de protection sociale complémentaire précède historiquement celle de la Sécurité sociale. Alors que les premières lois sur les assurances sociales sont votées en France entre 1928 et 1930 et que la Sécurité sociale naît en 1945, les premières formes de protection sociale reposant sur une collectivité apparaissent entre 1850 et 1900. Ce sont tout d'abord des assurances privées qui créent une caisse de retraite, puis assurent ensuite les entreprises pour le risque accident du travail à la suite de la loi de 1898, qui pose le principe de la responsabilité de l'employeur. Parallèlement, se développent les sociétés de secours mutuels, ancêtre de la Mutualité, qui interviennent de manière non lucrative et de façon limitée sur le risque maladie.

L'organisation institutionnelle de la Sécurité sociale mise en place en 1945 laisse un espace à d'autres modes de prise en charge des risques sociaux. En effet, à partir du moment où les régimes obligatoires de base ne couvrent pas l'intégralité de ces risques, des organismes ont assuré une protection sociale complémentaire à la Sécurité sociale de base. Ils représentent aujourd'hui un élément important du système social français : outre le caractère obligatoire de certains d'entre eux, le recours à une couverture sociale complémentaire est indispensable pour bénéficier de prestations à un niveau satisfaisant.

Les régimes de protection sociale complémentaire assurent tout un ensemble de prestations : santé, invalidité, arrêts de travail, retraite.

Mais cette synthèse porte plus particulièrement sur le risque maladie...

Quelques jalons historiques :

- Ancien régime : quelques exemples de protection sociale.
- 1800-1920 : les prémices des assurances sociales avec le développement des sociétés de secours mutuels et des caisses d'épargne d'une part, et les initiatives paternalistes du patronat d'autre part.
- 1920-1944 : l'instauration des assurances sociales obligatoires avec l'essor du rôle social de l'entreprise.
- 1945-1946 : l'édification de la Sécurité sociale et des institutions de prévoyance.
- 1946-1986 : le système de protection sociale se généralise avec la création des régimes spéciaux et des régimes complémentaires d'entreprise.
- 1987-2012 : régulation par l'État de la protection sociale complémentaire, avec l'adaptation aux directives européennes relatives à l'assurance.
- 2013- : vers un élargissement de la couverture complémentaire.

Des assurances sociales à l'édification de la Sécurité sociale (1800-1946)

Sous l'Ancien Régime, certaines formes de protection sociale existaient dans le cadre des corporations de métier, du compagnonnage, des regroupements de paysans ou de la charité religieuse.

On peut noter, en 1604, l'Arrêt d'Henri IV sur les mines.

« A l'ouverture de chaque mine, prévoir un trentième de la recette pour le secours des mineurs : maladie, décès, culte religieux... »

Mais le plus souvent, l'assurance-maladie ne concerne que les militaires invalides.

- Louis IX fonde les Quinze-vingts pour les croisés devenus aveugles.
- Henri III établit la Charité chrétienne au faubourg Saint-Marceau.
- 19 avril 1670 : une ordonnance institue un secours viager pour les marins du Roi blessés
- Avril 1674 : un édit royal établit un édifice pour les invalides.

A l'approche de la Révolution, les idées commencent à se préciser sur l'utilité d'une action organisée dans le domaine de la Prévoyance sous l'influence des philosophes, comme en témoignent certains articles rédigés dans l'Encyclopédie. Condorcet lance l'idée des Caisses d'Épargne dans *l'Esquisse d'un tableau historique des progrès de l'esprit humain*. L'idée sera reprise dans une loi du 19 mars 1793

Divers comités travaillent sur des projets d'assistance ou de protection sociale pendant la période révolutionnaire (Projet Barère en 1794 sur les secours à accorder aux campagnes).

L'Assistance tente de devenir un monopole d'État, avec la création des bureaux de bienfaisance dans chaque commune (Loi du 27 novembre 1796).

Mais il faut attendre le XIXe siècle pour qu'apparaissent les premières assurances sociales.

LES PREMICES DES ASSURANCES SOCIALES (1800-1920)

Au cours du XIXe siècle et, plus particulièrement, dans sa seconde moitié, avec l'essor industriel, la question sociale trouve trois grands types de réponse :

- La conception facultative, volontaire et individuelle de la prévoyance avec le développement des sociétés de secours mutuels et des caisses d'épargne ;
- Les initiatives paternalistes du patronat sur les grands sites industriels (métallurgie, mines...) ;
- Les initiatives de l'État, avec l'assistance médicale et l'aide sociale.

► Les sociétés mutualistes ou de secours mutuels :

Les lois du 2 et 17 mars 1791 (dites décret de Pierre d'Allarde) et la loi Le Chapelier du 17 juin 1791 avaient supprimé les confréries de métier. Certaines subsistaient dans la clandestinité.

Elles réapparaissent avec des statuts précisant leurs buts exclusifs de sociétés de prévoyance, afin de se distinguer des associations mutualistes de l'Ancien Régime.

Ces nouvelles sociétés de secours mutuels furent soumises au Code pénal du 12 février 1810 et doivent être agréées par le gouvernement.

A partir de 1806, elles ne doivent s'occuper que d'assistance.

Une circulaire de 1812 encourage leur développement pour mieux les surveiller. Moyennant une cotisation, les mutualistes recevaient des prestations en cas de maladie, d'accidents du travail, parfois même lorsque l'âge les rendait inaptes à travailler.

A la fin de l'Empire, 120 sociétés de secours mutuels sont connues. Elles affilient environ 10 000 travailleurs mutualistes parisiens (chefs de famille) sur 67 000 ouvriers environ.

Sous la Restauration et la monarchie de Juillet, les corps de métier restent organisés et les sociétés de secours mutuels sont très nombreuses : 160 à Paris en 1823, 34 à Marseille en 1821, 113 à Lille en 1830.

Les sociétés de secours mutuels ne peuvent se former que sous le contrôle du gouvernement, mais beaucoup détournent la loi.

Plusieurs de ces associations étaient des foyers de la résistance ouvrière (émeutes ouvrières de Lyon et Paris, 1831 et 1834).

10 avril 1834 : cette loi règle les associations pendant toute la monarchie de Juillet.

Les sociétés de secours mutuels sont fondées sur la prévoyance collective volontaire et limitée à quelques activités ou quelques entreprises.

Fondées sur le volontariat et l'aide sociale, droit à appréciation subjective et spécialisée, elles n'ont bénéficié qu'à une frange limitée de la population.

22 janvier 1852 : l'Empereur Napoléon III octroie 10 millions pris sur les biens de la famille d'Orléans aux sociétés de secours mutuels.

26 mars 1852 : décret créant les sociétés de secours mutuels approuvés sous tutelle administrative.

1865 : Rapport à l'Empereur sur les sociétés de secours mutuels.

La Mutualité continue de se développer pendant les débuts de la IIIe République.

En 1898, elle compte 1 700 000 adhérents.

1er avril 1898 : Loi qui constitue la Charte de la Mutualité

Elle définit les sociétés de secours mutuels en associations de prévoyance avec des fonctions d'assistance précise. Elles obtiennent une entière liberté de création et les encouragements des pouvoirs publics.

1905 : la Mutualité compte 3 750 000 adhérents.

Les caisses d'épargne

- **Loi du 19 mars 1793** : un article prévoit la création de la caisse d'épargne.
- **13 février 1800** : premiers statuts de la Banque de France

22 mai 1818 : une vingtaine de banquiers et d'hommes d'affaires signent l'acte constitutif d'une société anonyme, la Caisse d'épargne et de prévoyance.

29 juillet 1818 : une ordonnance royale en autorise l'existence.

Les Caisses d'épargne se développent considérablement grâce à l'action de Benjamin Delessert.

5 juin 1835 : une loi fixe le système de manière précise.

Pôle Documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.epub

Les initiatives du patronat

Sous le Premier Empire, sur l'initiative du baron de Nicard, une société de prévoyance est créée pour les mines de l'Ourte.

Première expérience de Sécurité sociale, elle consistait à réunir des fonds provenant du ministère de l'Intérieur, d'une retenue de 2 % sur le salaire des ouvriers et d'une somme payée par les propriétaires des exploitations correspondant à 0,5 % de la masse globale des salaires.

Ces fonds étaient ensuite répartis sous forme de secours et de pensions.

Les initiatives de l'Etat

La loi du 18 juillet 1893 et celle du **14 juillet 1905** instituent l'assistance médicale gratuite, **la loi du 27 juin 1904** le service départemental d'aide sociale.

L'aide sociale intervient pour faire face à des besoins spécifiques, appréciés selon des critères subjectifs par une commission composée en partie d'élus locaux ; le droit à l'aide sociale est subordonné à condition de ressources de l'individu ou de sa famille et les prestations, en nature ou en espèces, sont récupérables sur les débiteurs alimentaires et les successions ou les revenus de l'assisté à meilleure fortune.

Au début du XXe siècle, trois acteurs sont en place : l'Etat, le Patronat et les ouvriers.

Ces derniers ne sont pas encore très organisés, entre syndicalistes et mutualistes.
Le syndicalisme est reconnu en 1884 et la mutualité en 1898.

L'INSTAURATION DES ASSURANCES SOCIALES (1920-1944)

Après la 1^{re} guerre mondiale, différentes lois sociales sont votées : loi sur les 8 heures de travail journalier, loi sur les conventions collectives...

Les lois sur les assurances sociales n'aboutissent qu'à l'issue de dix années d'opposition dans les débats parlementaires :

- Opposition libérale : le patronat et la mutualité attachés à une notion de prévoyance « libre » et « éducative » s'opposent au législateur qui souhaite une prévoyance obligatoire ;
- Opposition économique : petites et grandes entreprises voient dans le financement de la protection sociale par des cotisations sociales un frein à la production.

Les **lois du 5 avril 1928** et du **30 avril 1930** instituent, pour les salariés titulaires d'un contrat de travail, une assurance pour les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès et **la loi du 30 avril 1928** instaure un régime spécial pour les agriculteurs.

Les assurances sociales de 1928 et 1930 sont obligatoires, mais la couverture est faible. La prévoyance tient la plus grande part en termes de protection sociale.

De même, pendant cette période, les assurances privées se développent pour les personnes non couvertes par les assurances sociales.

L'EDIFICATION DE LA SECURITE SOCIALE ET DES INSTITUTIONS DE PREVOYANCE (1945-1946)

En 1945, les organisateurs du système français de Sécurité sociale poursuivent un triple objectif : unité de la Sécurité sociale, généralisation quant aux personnes, extension des risques couverts sous la double influence du rapport Beveridge de 1942 et du système bismarckien.

Le système qui se met en place soumet l'ouverture des droits à la protection sociale à l'exercice d'un travail salarié et aux versements de cotisations assises sur le salaire.

La gestion du système est corporatiste. La démocratie sociale remplace le paternalisme patronal ou étatique.

[L'ordonnance du 4 octobre 1945](#) prévoit un réseau coordonné de caisses se substituant à de multiples organismes, l'unité administrative ne sera cependant pas réalisée.

Les professions agricoles vont conserver leurs institutions spécifiques dans le cadre de la mutualité sociale agricole.

Les salariés des régimes spéciaux vont refuser de s'intégrer dans le régime général et conserver dans un cadre " transitoire " qui dure encore, leurs régimes spécifiques (fonctionnaires, marins, cheminots, mineurs etc..).

[L'ordonnance du 19 octobre 1945](#) concerne les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès.

La loi du 22 août 1946 étend les allocations familiales à pratiquement toute la population et **la loi du 30 octobre 1946** précise les modalités de fonctionnement du système de réparation des accidents du travail à la sécurité sociale.

La loi du 22 mai 1946 pose le principe de la généralisation de la sécurité sociale à l'ensemble de la population mais les professions non salariées non agricoles s'y opposeront.

Le décret du 8 juin 1946 définit les « dispositions communes aux régimes complémentaires des salariés » et ouvre des espaces pour les activités des mutuelles, institutions de prévoyance et compagnies d'assurance pour la couverture des risques sociaux.

- La Mutualité perd son pouvoir gestionnaire par **l'ordonnance du 14 octobre 1945** réformant le statut de la Mutualité. Un lien privilégié s'instaure entre le comité d'entreprise et la mutuelle d'entreprise. La Mutualité est exclue des opérations collectives. « *C'est le rendez-vous manqué de la Sécurité sociale avec la Mutualité* ».
- Les sociétés d'assurance se voient retirer la gestion des accidents du travail par **l'ordonnance du 4 octobre 1945**. Elles deviennent des institutions de prévoyance (L14). Elles ont une gestion paritaire et la mise en place et la révision de la protection sociale complémentaire sont subordonnées au consensus de la collectivité concernée, soit par une convention collective, soit par un accord entre employeur et la majorité des travailleurs intéressés.

► *La protection sociale mutualiste ou privée ne vient donc plus qu'en complément de la protection sociale obligatoire.*

De la généralisation de la Sécurité sociale à la régulation de la protection complémentaire (1946-2012)

LA GENERALISATION DU SYSTEME DE PROTECTION SOCIALE (1946-1986)

14 mars 1947 et 8 décembre 1961 : accords collectifs interprofessionnels créant les régimes de retraite complémentaire des cadres et des non-cadres 5836 (Agirc et Arrco rendus obligatoires par la loi du 29 décembre 1972).

Loi du 22 décembre 1966 : création d'un régime complémentaire obligatoire des exploitants agricoles contre les accidents du travail, maladies professionnelles et accidents de la vie privée, avec libre choix de l'assureur.

Loi de mensualisation de 1978 : La mensualisation implique un certain nombre d'obligations de l'employeur :

- Droit au congé : mariage, naissance, décès d'un proche ;
- Indemnité de fin de carrière ou en cas de licenciement ;
- Maintien du salaire partiel ou total à la charge de l'employeur en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident.

LA REGULATION DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLEMENTAIRE (1987-2012)

En raison de la conjoncture économique et sociale (vieillesse de la population, croissance ralentie, dette sociale), la protection sociale obligatoire ne suffit plus à garantir une couverture suffisante. Le rôle de la protection sociale complémentaire devient crucial et doit donc se structurer dans un cadre politique et institutionnel qui la finance et lui assure des responsabilités élargies.

Parallèlement, elle doit s'adapter au contexte du droit communautaire européen. Au cours des années 70, les bases d'un marché européen de l'assurance sont jetées. Les assureurs sont concernés par les premières directives de 1973 et 1979, puis par celles de 1988 et 1990. Les premières introduisent la liberté d'établissement, les deuxièmes, la liberté de prestations pour les assureurs agréés par le pays d'accueil et satisfaisant aux règles de solvabilité.

► Adaptation aux règles communautaires de l'assurance :

La loi du 25 juillet 1985 réforme le Code de la Mutualité :

- Les spécificités de la Mutualité sont acquises par le label « mutuelles » qui ne peut être utilisé par les compagnies d'assurance ;
- Renforcement des moyens d'action, modernisation de ses règles de fonctionnement, allègement du contrôle administratif ;
- Abolition du *veto* du comité d'entreprise sur les mutuelles d'entreprise au profit d'un contrôle concerté ;
- Le champ d'intervention des mutuelles est élargi au champ de la prévoyance collective.

Mais les Mutuelles n'ont pas l'exclusivité de la complémentaire santé. Le marché santé s'ouvre à la concurrence.

1989 : création de la Commission de contrôle des assurances (CCA) et de la Commission de contrôle des mutuelles et institutions de prévoyance (CCMIP).

[Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989](#) sur la prévoyance renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques (**Loi Evin**). Elle fixe les règles entre l'État, les assurés et les organismes complémentaires.

Cette loi revêt trois grands principes :

- Reconnaissance des droits propres des assurés dans le champ des assurances collectives interdisant notamment la sélection médicale ;
- Reconnaissance du droit au maintien à titre individuel d'une couverture collective, par exemple, lorsque l'assuré tombe en incapacité ou invalidité, devient chômeur ou part en pré-retraite ou retraite ;
- Harmonisation des situations des différents organismes mettant en œuvre des couvertures prévoyance.

Loi n° 94-678 du 10 août 1994 : elle intègre les mutuelles et les institutions de prévoyance dans le cadre des directives communautaires.

2001 : Nouveau Code de la Mutualité

- Comme leurs concurrents, les mutuelles se voient imposer le respect des règles financières et prudentielles. Les premières amènent les mutuelles à constituer des provisions techniques correspondant à leurs engagements. Les deuxièmes les obligent à disposer de marges de solvabilité.
- Elles doivent disposer d'un agrément pour exercer leur activité. L'obtention de l'agrément est soumise à un ensemble de conditions, dont le respect du principe de spécialité. Les mutuelles, qui relèvent du livre II, exercent une activité d'assurance et de capitalisation, les mutuelles, qui relèvent du livre III, pratiquent la prévention, l'action sociale et la gestion des réalisations sanitaires et sociales.

► Adaptation à la conjoncture économique et sociale :

La loi du 10 juillet 1985 précise le cadre socio-fiscal de la Protection sociale d'entreprise (PSCE).

Loi n° 99-641 du 28 juillet 1999 : institution d'une couverture maladie universelle : protection de base sur le seul critère de résidence et protection complémentaire pour les plus démunis (CMU – CMUC). La loi entrera en vigueur le 1^{er} janvier 2000.

L'article 2 de la loi Evin du 31 décembre 2002 pose le principe de la prise en charge des états pathologiques survenus antérieurement à la souscription du contrat lorsque la couverture est à adhésion obligatoire. L'organisme assureur est donc placé devant cette alternative : soit il assure tout le groupe, soit il refuse tout le monde. En revanche, pour les systèmes à adhésion facultative, la loi Evin autorise l'organisme assureur à ne pas prendre en charge les suites des états pathologiques antérieurs à la souscription du contrat. De plus l'organisme assureur peut librement résilier le contrat pendant les deux premières années.

2003 : une autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (Acam) a été instituée, pour vérifier le respect de la réglementation applicable à l'ensemble de ces organismes. Elle résulte de la fusion,

en 2003, de la Commission de contrôle des assurances (CCA) et de la Commission de contrôle des mutuelles et institutions de prévoyance (CCMIP).

Loi n° 2003-774 du 21 août 2003 portant réforme des retraites (Loi Fillon)

Elle modifie le régime des cotisations de retraite et de prévoyance au regard de l'impôt sur le revenu. Les limites des déductions des cotisations sont précisées par la loi de finances pour 2004 (loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003), ainsi que par la loi du 13 août 2004 relative à l'Assurance maladie.

Quatre grands changements sont apportés par ces nouvelles règles :

- Les régimes de prévoyance et de santé doivent dorénavant, pour bénéficier de l'exonération sociale, revêtir clairement un caractère collectif, c'est-à-dire concerner l'ensemble du personnel ou une catégorie objective ;
- L'avantage socio-fiscal n'est accordé qu'aux contrats obligatoires ;
- La participation de l'employeur doit être effective et uniforme pour l'ensemble des salariés relevant d'une même catégorie ;
- Le bénéfice socio-fiscal est conditionné au caractère responsable du contrat.

Ces nouvelles règles ont amené les entreprises à revoir leurs régimes de protection sociale complémentaire. Elles furent complètement effectives à partir du 1^{er} juillet 2008.

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie :

► La coordination de la prise en charge des soins par les régimes obligatoires et complémentaires est indispensable. Un décret définira des contrats responsables, qui ne devront pas couvrir les dépenses induites par un non-respect du parcours de soins, sous peine de perdre le bénéfice des exonérations fiscales et sociales. L'entrée en vigueur du cahier des charges des contrats responsables est fixée au 1^{er} juillet 2006.

► Création de l'Unocam : l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie regroupe l'ensemble des organismes complémentaires, quel que soit leur statut, y compris le régime d'Alsace-Moselle. L'objectif est de mieux les associer, à titre consultatif, au dispositif de régulation des dépenses d'assurance maladie. En effet, les décisions prises concernant les taux de remboursement ou les tarifs des actes médicaux ont des conséquences directes sur l'équilibre financier des organismes de protection sociale complémentaire. L'objectif est de créer une politique concertée de gestion du risque.

► Création d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) sous la forme d'un crédit d'impôt, dont l'entrée en vigueur est prévue pour le 1^{er} janvier 2005. Elle concerne les personnes dont les revenus se situent au-dessus du plafond de la CMU, mais qui ne dépassent pas plus de 15 % dudit plafond.

Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006

Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 et décision du Conseil constitutionnel n° 2005-528 DC du 15 décembre 2005, JO du 21/12/2005.

L'entrée en vigueur des contrats responsables, prévue au 1^{er} janvier 2006, est aménagée. Ces contrats sont mis en place par l'article 57 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, pour s'assurer du respect par les assurés du parcours de soins coordonné. Pour bénéficier des

incitations fiscales et/ou sociales réservées à ces nouveaux contrats, les contrats d'assurance complémentaire santé doivent être adaptés. Ils doivent, en effet, respecter un cahier des charges dont le contenu a été fixé par le [décret n° 2005-1226 du 29 septembre](#) publié le 30 septembre 2005.

Des reports d'entrée en vigueur sont prévus :

- Contrats liés à un accord collectif de branche : le report est fixé au 1^{er} juillet 2006, entraîné par la publication tardive du décret fixant le cahier des charges des contrats responsables. L'octroi d'un délai supplémentaire de six mois vise ainsi à permettre aux partenaires sociaux de disposer du temps nécessaire à la renégociation des contrats complémentaires collectifs pour les mettre en conformité avec les nouvelles règles.
- Contrats offrant des garanties partielles : la loi reporte du 1^{er} janvier 2006 au 1^{er} janvier 2008 la date limite à laquelle les contrats, bulletins d'adhésion ou les règlements comportant exclusivement des garanties prenant en charge les dépenses occasionnées lors d'une hospitalisation ou ne prenant en charge que certaines spécialités ou certains dispositifs médicaux, doivent se mettre en conformité avec la nouvelle réglementation relative aux contrats responsables.
- Actions de prévention : l'obligation d'inclure des actions de prévention dans les contrats responsables est reportée de six mois. Le décret du 29 septembre précité, relatif au cahier des charges, a prévu que, dans le cadre des contrats responsables, l'assuré doit bénéficier d'une prise en charge totale d'au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique. La liste de ces prestations, qui doit être fixée par arrêté ministériel, est en cours d'élaboration sous l'égide de la Haute Autorité de santé. Dans la mesure où elle n'est pas publiée avant le 1^{er} janvier 2006, l'entrée en vigueur de la mesure est reportée au 1^{er} juillet 2006.
- CMU complémentaire : la loi soumet les contrats de couverture universelle complémentaire aux mêmes obligations que les contrats responsables.
- Contrats CMU-C : le panier de soins pris en charge au titre du dispositif de la CMU-C pourra désormais être limité par décret afin de respecter les dispositions relatives aux contrats responsables. Il pourra également être restreint pour prendre en compte les avis de la Haute Autorité de santé eu égard à l'insuffisance du service médical rendu des produits, actes ou prestations de santé.
- Contrats de sortie CMU-C : les bénéficiaires de la CMU-C disposent, à l'expiration de leurs droits à cette couverture, d'une prolongation d'un an de leur contrat de couverture complémentaire, lorsque leur contrat est géré par un organisme de protection sociale complémentaire. Le contrat maintenu doit offrir une couverture équivalente au contrat CMU-C. La loi crée une dérogation à cette règle en précisant que ce contrat doit respecter le cahier des charges des contrats responsables et ne pas prendre en charge les majorations applicables en cas de non-respect du parcours de soins coordonné. Cette mesure s'applique aux contrats et adhésions souscrits à partir du 1^{er} janvier 2006 ; ceux en cours à cette date bénéficient jusqu'à leur terme en 2006 de l'exonération de taxe sur les conventions d'assurance.

Une modification du contrat est prévue : toute addition ou modification apportée à un contrat d'assurance primitif doit être constatée par un avenant signé des parties (article L.112-3 du Code des assurances). Par dérogation, la modification proposée par l'assureur d'un contrat complémentaire santé, individuel ou collectif, visant à le mettre en conformité avec les règles relatives aux contrats responsables, est désormais réputée acceptée à défaut d'opposition du souscripteur. L'assureur doit toutefois informer ce dernier par écrit des nouvelles garanties proposées et des conséquences

juridiques sociales, fiscales et tarifaires qui résulteront de sa décision. Le souscripteur dispose d'un délai de 30 jours pour refuser par écrit la proposition. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai de 30 jours, et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des adhérents ou affiliés par le souscripteur. Cette mesure est entrée en vigueur le 21 décembre 2005.

- Garanties minimales : la loi précise le champ des garanties minimales que doivent comporter les contrats responsables. Ces dernières ne couvrent pas les spécialités pharmaceutiques dont le service médical rendu est insuffisant au regard des autres médicaments ou thérapies disponibles.

► Financement de la CMU-C

Le taux de participation des organismes complémentaires santé au Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture maladie universelle (CMU-C) est relevé de 1,75 % à 2,5 %. En contrepartie, le forfait attribué aux organismes complémentaires pour la prise en charge d'une personne en CMU complémentaire est relevé à 340 € par an (contre 304,52 € en 2005).

► Revalorisation de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé permet aux personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond de la CMU-C (de 15 % au maximum) de bénéficier d'une aide pour souscrire une assurance complémentaire santé. Afin d'améliorer l'attractivité de ce dispositif ? qui n'a pas encore rencontré le succès espéré lors de sa mise en place, les montants annuels de l'aide sont relevés : de 75 € à 100 € pour les personnes de moins de 25 ans, de 150 € à 200 € pour celles âgées de 26 ans à 59 ans, de 250 à 400 € pour celles de plus de 60 ans. Ces nouveaux montants s'appliquent aux nouveaux droits effectifs à compter du 1^{er} janvier 2006. A l'inverse, pour les droits qui ont débuté en 2005, ce sont les anciens montants qui s'appliqueront jusqu'à l'extinction du droit.

[Loi de financement de la Sécurité sociale 2007](#)

Loi n° 2006-1640 du 14 décembre 2006 de financement de la Sécurité sociale pour 2007, JO du 22/12/06 et rectificatif.

► Adaptation des règles d'accès à une complémentaire santé

- Relèvement du plafond des ressources : afin d'étendre le champ des personnes couvertes par une complémentaire santé, le plafond de ressources ouvrant droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé est relevé au 1^{er} janvier 2007 de 15 % à 20 % au-dessus de la base ressources de la CMU-C. Ainsi, une personne seule, en métropole, pourra prétendre à une aide si ces revenus ne dépassent pas 8 614,54 € annuels au 1^{er} janvier 2007. L'aide complémentaire santé est annuelle. Son montant est variable en fonction de l'âge des bénéficiaires au 1^{er} janvier de l'année (et plafonné au montant de la cotisation ou de la prime due). Il demeure fixé à 100 € pour les personnes âgées de moins de 25 ans, 200 € pour celles âgées de 25 à 59 ans et 400 € pour celles âgées de 60 ans et plus. Nombre de personnes susceptibles d'avoir accès à ce dispositif : 2,9 millions, alors que fin décembre 2005, seulement 400 000 attestations avaient été délivrées par les CPAM.
- Règle d'arrondi : au 1^{er} juillet 2007, le montant des plafonds de ressources pour ouvrir droit à la CMU-C et à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (crédit d'impôt) sera arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 sera comptée pour 1. La règle de l'arrondi entrera en vigueur le 1^{er} juillet 2007, date à laquelle les plafonds de ressources ouvrant droit à la CMU-C et au crédit d'impôt seront revalorisés.

Accord interprofessionnel du 11 janvier 2008, applicable au 1^{er} juillet 2009 : l'article 14 concerne la portabilité des droits santé prévoyance (couverture complémentaire) aux chômeurs ([Avenant n° 3 du 18 mai 2009 sur la modernisation du marché du travail](#)):

Les personnes se retrouvant au chômage peuvent continuer à bénéficier de la complémentaire santé et du contrat de prévoyance de leur ancienne entreprise pour une période maximale de 9 mois. Quant au financement de ce droit, il peut se faire soit par un système de "mutualisation" (où salariés actifs d'une entreprise ou d'une branche professionnelle prennent en charge le maintien des garanties des anciens salariés), soit par un "cofinancement" entre employeur et ancien salarié.

[Loi de financement de la Sécurité sociale 2009](#)

Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la Sécurité sociale pour 2009, JO du 19/12/08.

► Participation de l'Unocam aux négociations conventionnelles

L'article 36 vise à mieux associer les organismes complémentaires aux négociations conventionnelles avec les professionnels de santé afin de réguler l'ensemble des dépenses de santé. Les conditions d'application de ces nouvelles dispositions seront précisées par décret. Elles n'entreront donc en vigueur qu'après parution de celui-ci.

- Entrée en négociation de l'Unocam : l'Union nationale des organismes d'assurance-maladie complémentaire est dorénavant autorisée à participer aux négociations avec les professionnels de santé. Pour cela, l'Unocam (Union nationale des caisses d'assurance-maladie) devra systématiquement informer l'Unocam de son intention d'ouvrir une négociation. L'Unocam lui fera ensuite part, dans un délai fixé par décret, de sa décision d'y participer. Dans ce cas, elle pourra demander à être auditionnée par le Conseil de l'Unocam. Lorsque l'Unocam participera aux négociations conventionnelles, l'Unocam n'aura pas à lui transmettre pour avis les mesures conventionnelles de revalorisation selon la procédure prévue à l'article L.162-15 dernier alinéa du Code de la Sécurité sociale.

- Signature de l'Unocam et validité de l'accord dans certains secteurs : dans les secteurs où la part des dépenses prises en charge par l'assurance-maladie est inférieure à 50 % du total des dépenses pour le patient (optique, dentaire, etc), la signature de l'Unocam devient obligatoire. L'accord, convention ou avenant ne sera valide qu'à cette condition (CSS, art. L.162-14-3 nouveau).

- Condition de signature de l'Unocam : la décision de signer un texte conventionnel sera prise par le Conseil de l'Unocam. Lorsqu'il s'agit d'un texte conventionnel négocié dans un secteur où la prise en charge par l'assurance-maladie est minoritaire, la décision sera prise à la majorité de 60 % des voix exprimées (CSS, art. L.182-3 modifié). L'Unocam est chargée de transmettre, chaque année avant le 15 juin, au Parlement et au ministre chargé de la Sécurité sociale, un bilan détaillé des négociations auxquelles elle a décidé de participer, ainsi que de la mise en œuvre des accords qu'elle a signés à l'issue de ces négociations (CSS art. L.182-3 nouveau).

- Conséquence du refus de l'Unocam : en cas de refus de l'Unocam de conclure un texte conventionnel, constaté dans des conditions fixées par décret, l'Unocam fera part aux ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale du constat de désaccord. S'il s'agit d'un texte conventionnel négocié dans un secteur où la prise en charge par l'assurance-maladie est minoritaire,

elle ne pourra alors leur transmettre ledit texte en vue de son approbation qu'après un délai minimal fixé par décret (CSS, art. L 162-14-3 nouveau).

► Forfait pour la prise en charge des bénéficiaires de la CMUC

Le forfait sur la base duquel les dépenses de CMU-C sont compensées par le Fonds CMU-C aux gestionnaires de la prestation est revalorisé de 7,5 € par bénéficiaire et par trimestre, pour passer de 85 € à 92,5 € à compter de 2009 (CSS, art. 862-4 modifié). Selon l'exposé des motifs du projet de loi, cette mesure permettra de mieux prendre en charge la dépense effective supportée par les gestionnaires. Le gouvernement en attend un gain de 100 millions par an pour l'assurance-maladie.

- Décret n° 2009-514 et arrêté du 5 mai 2009, JO du 7/05/09, portant application de l'article 36 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la Sécurité sociale pour 2009 (participation de l'Unocam aux négociations conventionnelles)

Loi de Financement de la Sécurité sociale 2010

Loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009, JO du 27/12/2009 et décision du Conseil constitutionnel n° 2009-596 du 22 décembre 2009.

Elle instaure la Contribution des complémentaires à la vaccination contre la grippe A. Les organismes complémentaires de santé sont soumis, au titre de la seule année 2010, à une contribution exceptionnelle au financement de la vaccination collective contre la grippe A H1N1, contribution affectée aux régimes obligatoires d'assurance maladie, pour un montant d'environ 300 millions d'€. Cette contribution obéit aux mêmes règles que la contribution au financement de la CMU-C en matière de détermination des redevables, d'assiette et de modalités de recouvrement. Son taux est fixé à 0,77 %.

- Décret n° 2010-1105 du 20 septembre 2010 relevant le plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé, JO du 22/09/10

- Arrêté du 30 juillet 2010 fixant pour 2010 le montant du report à nouveau du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie affecté à la Cnamts, JO du 18/09/10.

Loi de Financement de la Sécurité sociale 2011

Loi n° 2010 du 24 décembre 2010, JO du 21/12/2010, rectificatif et décision n° 2010-620 DC du Conseil constitutionnel

Loi n° 2011-894 rectificative du 28 juillet 2011, JO du 29 juillet 2011

L'article 27 relève de l'aide complémentaire santé

Les personnes résidant de façon stable et régulière en France et dont les revenus dépassent de peu les plafonds fixés pour la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) peuvent prétendre à l'ACS (aide à l'acquisition d'une complémentaire santé). Le montant de cette aide est croissant avec l'âge du bénéficiaire : de 100 € pour une personne âgée de moins de 16 ans à 500 € pour une personne âgée de plus de 60 ans. La LFSS pour 2011 porte le plafond de ressources à ne pas

dépasser pour bénéficier de l'ACS de 120 % du plafond de la CMU-C (soit 761 € par mois pour une personne seule en métropole, depuis le 1er juillet 2010) à 126 % du plafond de la CMU-C en 2011 (soit 799 € par mois) et 130 % à compter du 1er janvier 2012 (CSS, art. L. 863-1 modifié). Le texte précise que le taux de 126 % s'applique aux décisions d'attribution rendues entre le 1er janvier et le 31 décembre 2011. Le taux de 130 % s'appliquera aux décisions d'attribution prises à compter du 1er janvier 2012.

[Loi de finances rectificative n° 2011-1117 du 19 septembre 2011](#), JO du 20/09/11.

La loi prévoit la suppression de l'exonération partielle de taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) à 3,5 % pour les contrats santé « solidaires et responsables », à effet du 1er octobre 2011. Le taux de la taxe sur ces contrats passe à 7 % ; la hausse, à cette même date, de la TSCA appliquée sur les autres contrats d'assurance maladie (non responsables) de 7 % à 9 %.

L'instruction de la direction générale des finances publiques, concernant les modalités d'application aux contrats d'assurance complémentaire santé de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance, est parue au bulletin officiel des impôts du 16 novembre. [L'instruction fiscale sur la TSCA](#) précise les conditions d'entrée en vigueur du taux de 3,5% à compter du 1er janvier 2011 pour les contrats dits responsables et solidaires ainsi que les nouveaux taux de 7% et 9% à compter du 1er octobre 2011.

La loi de financement pour la Sécurité sociale 2012 n'a pas supprimé cette disposition.

7 décembre 2011 : La commission des Finances du Sénat a adopté un amendement, dans le cadre de l'examen du dernier projet de loi de finances rectificative (PLFR) de l'année, visant à élargir le champ du futur rapport sur l'impact des modifications du régime fiscal des mutuelles et des institutions de prévoyance (IP). Ce rapport, qui sera rédigé par le gouvernement et qui devra être remis avant le 1er septembre 2012 au Parlement, vise à évaluer les conséquences de l'entrée des mutuelles et des IP dans le droit commun de l'impôt sur les sociétés (IS) et de la contribution économique territoriale (la CET qui a remplacé la taxe professionnelle), votée par les députés en première lecture du PLFR. Concrètement, ce document est destiné à mesurer l'incidence de cette fiscalisation sur les fonds propres des mutuelles et des IP, et donc sur leur capacité à respecter les normes de la directive Solvabilité 2. Parmi les informations complémentaires demandées, l'amendement déposé par Nicole Bricq, la rapporteuse (PS) du Budget au Sénat, demande à ce que soient également évalués « *les effets concomitants de cette nouvelle taxation et du doublement de la taxe sur les conventions d'assurance (TSCA) sur le coût de l'accès aux soins.*

► [Décret n° 2011-1386 du 27 octobre 2011](#) relatif à la participation des mutuelles, institutions de prévoyance et entreprises régies par le code des assurances à la protection complémentaire en matière de santé, JO du 29/10/11.

Afin de renforcer les moyens d'action du fonds CMU pour assurer sa mission de financement et de contrôle de la protection complémentaire en matière de santé, le présent décret lui confie la compétence d'établir et de diffuser la liste des organismes de protection complémentaire de santé volontaires pour participer au financement de la CMU C jusqu'à présent établie par la Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale.

► [Arrêté du 27 octobre 2011](#) modifiant la déclaration figurant à l'annexe de l'arrêté du 20 octobre 2010 fixant le modèle de la déclaration de participation à la protection complémentaire en matière de santé.

Loi de financement de la Sécurité sociale 2012

Loi n° 2011-1906 du 21 décembre 2011, JO du 22/12/11 et Décision n° 2011-642 DC du 15 décembre 2011.

L'article 55 relève le plafond de ressources du foyer (35% au lieu de 30%) pour bénéficier de l'aide à la complémentaire santé (ACS). Bénéficiaire du label intitulé "Label ACS" les contrats d'assurance complémentaire de santé offrant des prestations adaptées aux besoins spécifiques des personnes concernées. Les modalités de cette labellisation sont déterminées par une convention conclue, après avis de l'Autorité de la concurrence, entre l'État, le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie et l'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire. Le fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie établit, dans des conditions définies par décret, la liste des mutuelles, institutions de prévoyance et entreprises régies par le Code des assurances offrant de tels contrats. Les caisses d'assurance maladie communiquent cette liste aux bénéficiaires de l'attestation du droit à l'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé.

► [Décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012](#) relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire : ce texte, attendu depuis près d'un an, précise dans quelles conditions les contrats collectifs de prévoyance, de santé et de retraite peuvent couvrir qu'une ou plusieurs catégories de salariés sans remettre en cause le bénéfice des exonérations sociales dont bénéficient les employeurs et salariés. Le décret, qui définit ces catégories objectives, entre en vigueur le « *lendemain du jour de sa publication* », à savoir le 12 janvier. Mais les régimes de protection sociale complémentaire ont jusqu'au 31 décembre 2013 pour se mettre en conformité avec ces nouvelles dispositions.

► [Décret n° 2012-386 du 21 mars 2012](#) relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales
Faisant suite à l'arrêté instaurant un secteur optionnel, ce décret stipule que les complémentaires santé seront tenues de prendre en charge l'intégralité des dépassements d'honoraires des chirurgiens, anesthésistes et obstétriciens de secteur 2 s'engageant à limiter leurs dépassements à 50% du tarif de Sécurité sociale et à facturer 30% de leurs actes à ce tarif. Cette "option de coopération renforcée", qui n'a pu être intégrée dans la dernière convention médicale, a fait l'objet d'un passage en force du gouvernement. Elle reste décriée par la majorité des acteurs: ainsi, Etienne Caniard, président de la Mutualité française, estime que son "impact sera probablement extrêmement limité pour les patients"; les associations de patients s'inquiètent d'une possible augmentation des honoraires de certains praticiens et des tarifs des complémentaires santé, tandis que les syndicats médicaux plaident pour l'élargissement de cette option aux praticiens de secteur 1 et que les chirurgiens réclament une revalorisation du secteur.

► **2 avril 2012** : l'Unocam s'oppose au projet d'arrêté relatif aux modalités de communication du montant et de la composition des frais de gestion et d'acquisition des organismes complémentaires concernant les couvertures santé. Pour les contrats collectifs, l'obligation sera réputée satisfaite dès lors que le montant des frais contractuels apparaîtra de manière lisible dans le rapport annuel adressé au souscripteur. Pour les contrats individuels, en revanche, les organismes devront spécifier les frais de gestion et d'acquisition et la somme des deux, exprimés en pourcentage des primes. Le projet d'arrêté entre dans le détail de la composition des sommes engagées pour concevoir les contrats, les commercialiser, les souscrire et les gérer. Cette disposition devrait entrer en vigueur entre le 1er octobre et le 1er décembre 2012 pour les contrats individuels et avant le 31 décembre 2012 pour les collectifs.

Loi de financement Sécurité sociale 2013

Loi n° 2012-1404 du 17 décembre 2012, JO du 18 décembre 2012 et Décision du Conseil constitutionnel n° 2012-659 DC du 13 décembre 2012.

- Abrogation du secteur optionnel pour les spécialités de bloc :

Face à la grogne des régimes complémentaires santé, l'article 49 de la LFSS supprime le secteur optionnel pour les médecins exerçant une spécialité de bloc (chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation) qui avait été mis en place début 2012. En effet, les études qui ont été menées sur le dispositif ne montrent pas d'amélioration concernant l'accès aux soins des patients.

Cette disposition remet en cause la mise en place des aides fiscales et sociales afférentes aux contrats dits responsables, les contrats d'assurance-maladie complémentaires qui prennent en charge l'intégralité des dépassements d'honoraires encadrés des médecins exerçant à titre libéral une spécialité chirurgicale, obstétricale ou d'anesthésie-réanimation, à hauteur de 50 % du tarif opposable de sécurité sociale (D. n°2012-386 du 21 mars 2012, JO 30 mars : arrêté du 21 mars 2012, JO 22 mars 2012 abrogés par le décret n° 2013-405 du 16 mai 2013).

Vers un élargissement de la couverture complémentaire (2013-)

Pour une évaluation de l'ANI, de la réforme de l'ACS et la CMU-C, se reporter aux études suivantes :

Pierre, A. et Jusot, F. (2015). Une évaluation ex ante de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur les inégalités et les déterminants de la non-couverture. Document de travail (Irdes) ; 67.

Jusot, F. et Pierre, A. (2015). "Quels impacts attendre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur la non-couverture en France ? Une simulation à partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012." Questions D'Economie de la Santé (Irdes)(209).

Pierre, A., Jusot F., Raynaud D. (2018). Généralisation de la couverture complémentaire d'entreprise une évaluation ex ante des gains et des pertes de bien être. Document de travail (Irdes)(75).

Lapinte A., Perronnin M. (2018). 96 % des salariés ont accès à une couverture complémentaire santé d'entreprise en 2017. Question d'économie de la santé (Irdes)(236).

L'enquête PSCE (Protection sociale complémentaire d'entreprise) 2017 permettra de réaliser une évaluation ex post de l'ANI.

(2017). Une évolution positive de l'ACS en 2016. Références (Fonds CMU)(67) : 2.

Bros A., L. Mathieu, et al. (2017) Le nouveau dispositif de l'ACS : quelles leçons tirer de sa mise en œuvre ? Recherches – Actions en protection sociale. Saint-Etienne : EN3S : 70.

Carré B., Perronnin M. (2018). Évolution de la dépense en part de complémentaire santé des bénéficiaires de la CMU-C : analyse et prévision. Rapport Irdes.

Cnam (2018). Bénéficiaires de la CMU-C au 26 novembre 2018.

LA GENERALISATION DE LA COUVERTURE COMPLEMENTAIRE D'ENTREPRISE (2013-2019)

Accord national interprofessionnel du 11 janvier 2013

L'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 inaugure un nouveau modèle économique et social au service de la compétitivité des entreprises et de la sécurisation de l'emploi. Il prévoit notamment la généralisation de la couverture complémentaire d'entreprise à l'ensemble des salariés du privé d'ici le 1^{er} janvier 2016. Entre 3,5 et 4 millions de salariés du privé devraient être concernés.

D'après le texte d'origine, cette généralisation doit se dérouler en trois temps : ouverture, d'ici le 1^{er} avril 2013, des négociations dans les quelque 260 branches non pourvues ; passage de relais aux entreprises en cas d'échec au 1^{er} juillet 2014 ; à défaut d'accord d'entreprise au 1^{er} janvier 2016, l'employeur devra cofinancer à 50 % un contrat collectif basé sur un panier de soins minimal.

Cet accord prévoit une autre avancée significative : celle de mutualiser au niveau des branches ou des entreprises le coût de la portabilité des droits santé-prévoyance des demandeurs d'emploi, la durée de celle-ci étant portée de neuf à douze mois.

Enfin, l'ANI marque une rupture spectaculaire par rapport aux pratiques traditionnelles de désignation des organismes assureurs au niveau de la branche (les institutions de prévoyance jouissent d'un quasi-monopole en matière d'accords de branche en santé). D'une part, en érigeant en principe la liberté de choix des entreprises de leur assureur, même en présence d'un régime de branche et, d'autre part, en exigeant une procédure d'appel d'offres s'il est fait le choix d'un assureur unique de branche.

> [Le texte de l'ANI du 11 janvier 2013.](#)

[La loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi](#) (JO du 16 juin 2013) entérine cet accord et instaure une complémentaire santé collective obligatoire avec la participation de l'employeur, quelle que soit la taille de l'entreprise, avant le 1^{er} janvier 2016.

Elle est validée par le Conseil constitutionnel à l'exception de la disposition sur les clauses de désignation des assureurs.

[Loi relative à la sécurisation de l'emploi : décision n° 2013-672 DC](#)

En effet, l'article 1^{er} (II, 2°) de la loi, qui donne le droit aux partenaires sociaux d'une branche professionnelle donnée de désigner l'organisme assureur qui prendra en charge la complémentaire santé de tous les salariés de cette branche, avait fait l'objet d'une saisine par les députés et sénateurs UMP en date du 15 mai 2014. Dans son avis rendu le 13 juin, le Conseil constitutionnel a validé l'ensemble du texte de loi à l'exception de la disposition sur les clauses de désignation des assureurs qui est jugée inconstitutionnelle, au nom de "la liberté d'entreprendre" et de la "liberté contractuelle". Dans sa décision, le Conseil constitutionnel juge inconstitutionnel l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale qui permettait jusqu'à présent aux partenaires sociaux des branches professionnelles d'imposer un assureur pour l'ensemble des entreprises de la branche (accords santé et prévoyance). Cette clause en question ajoutée par les députés contre l'avis des sénateurs ne figurait pas dans l'ANI du 11 janvier. L'Autorité de la concurrence avait déjà rendu fin mars un avis remettant clairement en cause cette disposition. La disparition des « clauses de désignation » sera cependant progressive et ne concernera pas les accords en cours. Avec la loi imposant de les réviser tous les cinq ans, tous vont disparaître d'ici à 2018.

[La loi de financement de la sécurité sociale pour 2014](#) complète le dispositif à destination des salariés d'une part et des personnes ayant des faibles revenus d'autre part. En application de l'article 14, les entreprises sont libres de choisir ou non un organisme recommandé par l'accord professionnel ou interprofessionnel, sans subir une majoration du taux du forfait social (cette mesure a été invalidée par le Conseil constitutionnel). La recommandation doit être précédée d'une procédure de mise en concurrence des organismes ou institutions concernées dans des conditions de transparence d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats. Un décret fixera les modalités de mise en œuvre de cette procédure. Les organismes ou institutions recommandées ont l'obligation d'assurer toutes les entreprises de la branche qui les choisiraient, selon un tarif unique. Les garanties doivent être identiques pour toutes les entreprises de la même branche et couvrir tous les salariés concernés. En outre, les organismes ou institutions chargés d'assurer la protection complémentaire devront inclure dans leurs contrats, en vertu du paragraphe 1 de l'article L.912.1 du Code de la sécurité sociale, des clauses prévoyant des droits non-contributifs, des mesures de prévention ou des prestations d'action sociale. Les organismes ou institutions devront adresser annuellement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport sur la mise en œuvre du régime, le contenu des éléments de solidarité et son équilibre. Le contenu de ce rapport sera fixé par décret.

L'article 34 de la [loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2016](#) crée une aide individuelle de l'employeur destinée à l'acquisition d'une complémentaire santé pour les salariés précaires :

- Meilleure articulation entre couverture collective en entreprise et couverture individuelle, éventuellement solvabilisée par un versement de l'employeur ;
- Possibilité pour ces salariés d'obtenir directement le versement par leur ou leurs employeurs ;
- Pas de cumul de cette somme avec d'autres dispositifs d'aide d'accès à la complémentaire santé ;
- Valable pour certains salariés ayant un contrat court ou une faible quotité de travail ;
- Possibilité pour les partenaires sociaux de prévoir par accord collectif la mise en œuvre de la généralisation de la couverture complémentaire santé pour certains salariés ;
- La contribution versée par l'employeur bénéficie du même régime social que sa participation au financement des contrats collectifs et obligatoires ;
- Possibilité pour l'employeur d'assurer pendant une année au plus la couverture en matière de remboursement complémentaire des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ;
- Différents décrets fixent les modalités du présent article.

L'article 35 de cette même loi stipule que le Gouvernement doit remettre un rapport sur les conditions d'extension de la couverture complémentaire collective aux travailleurs handicapés accueillis dans les établissements et services d'aide par le travail (ESAT).

[Décret n° 2019-65](#) du 31 janvier 2019 adaptant les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé, JO du 2/02/19. Ce décret adapte au nouveau cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires », le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé que les entreprises doivent mettre en place à titre obligatoire au profit de leurs salariés, adaptation qui doit être mise en œuvre à partir du 1er janvier 2020. Ces garanties couvrent intégralement le panier minimum des contrats dits « responsables et solidaires », et notamment les dispositifs d'optique médicale, les aides auditives et les soins prothétiques dentaires du panier de soins « 100 % santé » (*Voir la partie de cette synthèse intitulée : RAC zéro*).

La réforme des contrats responsables et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)

La Loi de financement Sécurité sociale 2014 précise les dispositions prises dans l'accord ANI.

[LOI n° 2013-1203 du 23 décembre 2013](#) de financement de la sécurité sociale pour 2014, JO du 24/12/13

[Décision](#) n° 2013-682 DC du 19 décembre 2013

[Saisine](#) du Conseil constitutionnel en date du 4 décembre 2013 présentée par au moins soixante sénateurs, en application de l'article 61, alinéa 2, de la Constitution, et visée dans la décision n° 2013-682 DC

[Saisine](#) du Conseil constitutionnel en date du 5 décembre 2013 présentée par au moins soixante députés, en application de l'article 61, alinéa 2, de la Constitution, et visée dans la décision n° 2013-682 DC

[Observations du Gouvernement](#) sur la loi de financement de la sécurité sociale pour 2014

Cette loi comprend plusieurs mesures relatives à la réforme de la complémentaire santé d'entreprise :

- Les clauses de recommandation :

En application de l'article 14, les entreprises sont libres de choisir ou non un organisme recommandé par l'accord professionnel ou interprofessionnel, sans subir une majoration du taux du forfait social (cette mesure a été invalidée par le Conseil constitutionnel).

La recommandation doit être précédée d'une procédure de mise en concurrence des organismes ou institutions concernées dans des conditions de transparence d'impartialité et d'égalité de traitement entre les candidats. Un décret fixera les modalités de mise en œuvre de cette procédure.

Les organismes ou institutions recommandées ont l'obligation d'assurer toutes les entreprises de la branche qui les choisiraient, selon un tarif unique. Les garanties doivent être identiques pour toutes les entreprises de la même branche et couvrir tous les salariés concernés.

En outre, les organismes ou institutions chargés d'assurer la protection complémentaire devront inclure dans leurs contrats, en vertu du paragraphe 1 de l'article L.912.1 du Code de la sécurité sociale, des clauses prévoyant des droits non-contributifs, des mesures de prévention ou des prestations d'action sociale.

Les organismes ou institutions devront adresser annuellement au ministre chargé de la sécurité sociale un rapport sur la mise en œuvre du régime, le contenu des éléments de solidarité et son équilibre. Le contenu de ce rapport sera fixé par décret.

- Reconfiguration du contrat solidaire et responsable :

Le contenu des contrats solidaires et responsables est réformé afin d'améliorer le niveau de couverture minimale des contrats et parallèlement, d'éviter que les contrats de complémentaire santé ne solvabilisent des pratiques tarifaires excessives ou abusives ou ne contribuent ainsi à la dérive tarifaire constatée dans certains secteurs.

Des critères plus rigoureux seront exigés de ces contrats qui bénéficient d'un traitement fiscal et social de faveur. Ainsi, le panier de soins minimal des contrats devra :

- Prendre en charge toute ou partie de la participation de l'assuré aux tarifs servant de base au calcul des prestations maladie (ticket modérateur sur les frais de santé remboursés par l'assurance maladie) et du forfait journalier hospitalier ;

- Prévoir les conditions dans lesquelles peuvent être prise en charge les dépassements perçus lors de la consultation ou d'autres actes médicaux ainsi que les frais exposés, en sus des tarifs de responsabilité, pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale et pour certains dispositifs médicaux à usage individuel admis au remboursement, notamment les dispositifs d'optique médicale.

Les contrats pourront donc prévoir des niveaux minimaux et maximaux de prise en charge.

Ces mesures s'appliqueront aux contrats complémentaires de santé individuels souscrits ou renouvelés à partir du 1^{er} janvier 2015.

- La hausse de la TSCA :

L'article 19 augmente la Taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) sur les contrats dits non solidaires et non responsables de 9 % à 14 %.

- Modification des conditions d'accès à la CMU-C :

L'article 56 facilite pour les étudiants bénéficiaires de certaines aides sociales (notamment de l'aide du Fonds national d'urgence versée par le Crous) l'accès à la couverture maladie universelle complémentaire.

- Modification concernant l'aide à la complémentaire santé (ACS) :

L'article 56 renforce aussi l'attractivité de l'ACS en améliorant le rapport qualité-prix des contrats souscrits par la mise en concurrence des organismes complémentaires, y compris pour la prévention.

Il instaure l'obligation pour les organismes complémentaires d'informer le bénéficiaire de l'ACS au moins un mois avant le renouvellement tacite du contrat, pour qu'il ne perde pas son éligibilité.

Il revalorise de 500 à 550 euros le chèque de l'ACS pour les personnes de plus de 60 ans.

Il prévoit le plafonnement de la prise en charge des dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins libéraux par un décret à paraître en Conseil d'Etat avant le 1^{er} janvier 2015.

Il prévoit, par décret, l'évolution des règles relatives aux contrats solidaires et responsables pour assurer un niveau de couverture minimale de soins et la mise en place de plafonds tarifaires, différents, selon les prestations, y compris pour les dispositifs médicaux à usage individuel, dont l'optique, les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dentofaciale.

- Soins thermaux :

L'article 66 impose enfin aux établissements thermaux de proposer aux bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS des soins thermaux à des prix n'excédant pas les tarifs forfaitaires de responsabilité.

Courant 2014 et 2015, plusieurs décrets d'application précisent la généralisation de la complémentaire obligatoire d'entreprise.

Décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014 (JO du 10 septembre 2014) relatif aux garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale. Il définit le panier de soins remboursable. Ce texte en vigueur à partir du 11 septembre permet aux entreprises d'engager des négociations pour la mise en place de la couverture santé de leurs salariés. Elle devra couvrir l'intégralité du ticket modérateur à la charge des

assurés sur les consultations, actes et prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire, à l'exception des médicaments dont le service médical rendu est classé comme modéré ou faible, des spécialités homéopathiques et des soins thermaux.

Il stipule aussi que les contrats d'entreprise devront prendre en charge, sans limitation de durée, le forfait journalier hospitalier, qui correspond aux frais d'hébergement d'un séjour (chambre et repas). Il est de 18 euros par jour à l'hôpital ou à la clinique, et de 13,50 euros pour les séjours en psychiatrie.

Concernant les frais dentaires, la prise en charge sera d'au moins 125 % des tarifs de la Sécurité sociale pour les soins prothétiques et d'orthodontie. En matière d'optique, le décret instaure une prise en charge forfaitaire de deux ans, d'un montant de 100 euros minimum pour une correction mixte simple et complexe et 200 euros minimum pour les corrections complexes. Ce forfait reste toutefois annuel pour les enfants ou en cas d'évolution de la vue.

Enfin, le décret précise les conditions dans lesquelles certains assurés peuvent demander à être dispensés de l'obligation d'affiliation au contrat collectif de leur entreprise. Il s'agit notamment d'éviter qu'un salarié soit contraint de cotiser à la fois comme salarié et comme ayant droit au titre de la couverture de son conjoint. Dans ce cas, le texte prévoit qu'une faculté de dispense d'adhésion est ouverte, au choix du salarié, ou au titre de cette couverture, sous réserve que les ayants droits soient déjà couverts.

[Décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014](#) (JO du 9 octobre 2014) relatif à la sélection des contrats d'assurance complémentaire de santé susceptibles de bénéficier du crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1 du code de la sécurité sociale. Il fixe les conditions dans lesquelles l'Etat pourra sélectionner les contrats et prévoit notamment la publication d'un avis d'appel à la concurrence qui précisera les conditions de recevabilité des candidatures ainsi que d'un cahier des charges fixant les prestations attendues et les critères d'évaluation des offres. Le nombre d'opérateurs sera précisé. Ce cahier des charges comprendra les obligations des organismes sélectionnés et donnera les caractéristiques de 3 contrats correspondants au niveau minima de prise en charge de chaque offre: A, B et C. Il énoncera les garanties demandées, notamment les services accessibles aux souscripteurs ainsi que les conditions de dispense d'avance de frais, d'encadrement des pratiques tarifaires et d'interdiction de clauses contractuelles de nature à remettre en cause l'objectif de solidarité et de mutualisation des risques. Le décret comprend également des règles visant à assurer l'égalité de traitement des candidats et l'impartialité lors du choix des offres, par exemple en prohibant les situations de conflits d'intérêt. Pour un recours facilité, les bénéficiaires conserveront l'ACS en cas d'utilisation incomplète, pour souscrire un nouveau contrat. Désormais il y a donc 6 paniers de soins (les 3 ACS, CMU, ANI, et contrats responsables).

[Décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014](#) (JO du 19 novembre 2015) relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales. Il fixe les plafonds et planchers de remboursement des contrats responsables des complémentaires santé et entrera en vigueur le 1er avril 2015, et au plus tard le 31 décembre 2017 pour les contrats obligatoires collectifs. La prise en charge des honoraires des médecins de secteur 2 n'ayant pas adhéré au contrat d'accès aux soins sera limitée à 125% du tarif de la sécurité sociale en 2015 et 2016, soit 56 €, puis à 100% dès 2017, et sera inférieure de 20% à la prise en charge des dépassements des médecins signataires. Les contrats devront couvrir l'intégralité du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée et le ticket modérateur, sauf pour les médicaments au service médical rendu (SMR) "faible" ou "modéré", l'homéopathie et les cures thermales. Le montant maximal de remboursement des lunettes sera de 470 € pour des verres simples.

Afin de suivre l'évolution du secteur de l'optique et s'assurer de l'impact des mesures sur l'accès aux soins, il est créé un observatoire des prix et de la prise en charge en optique médicale. Un rapport portant sur les pratiques constatées et formulant des préconisations sur l'évolution de l'encadrement

du secteur et des contrats d'assurance complémentaire devrait être remis au gouvernement au plus tard le 30 juin de chaque année. Le premier rapport est attendu pour le 30 juin 2016 au plus tard¹.

De l'avis du Collectif inter associatif sur la santé (CISS), "cela paraît intéressant sur le papier" mais "l'effet sera nul". Et "le risque que l'utilisateur perde tout" : les dépassements d'honoraires ne baisseront pas et "en plus, il devra payer une sur-complémentaire pour que le reste à charge soit remboursé". Même constat du côté de la Mutualité Française. Pour son président, Étienne Caniard, les niveaux de plafonds risquent d'apparaître plus comme "un niveau normal que comme une contrainte". Il prédit par ailleurs que ces nouvelles contraintes vont augmenter le prix des mutuelles "de l'ordre de 1 % du coût des contrats". Et pourraient "provoquer un effet d'éviction de la population" alors que "les gens qui n'ont plus les moyens de se payer un contrat complet (...) souscrivent déjà à des contrats partiels".

[Décret n° 2014-1498 du 11 décembre 2014](#) (JO du 13 décembre 2014) relatif aux garanties collectives présentant le degré élevé de solidarité mentionné à l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale, en cas de recommandation par les branches. Il s'agit de l'intégration dans les garanties collectives de prestations "à caractère non directement contributif". Le texte réglementaire prévoit que les accords professionnels ou interprofessionnels devront fixer "la part de la prime ou de la cotisation acquittée qui sera affectée au financement des prestations de solidarité, elle devra être "au moins égale à 2%". Sont considérées comme "des garanties présentant un degré élevé de solidarité" : la prise en charge totale ou partielle de la cotisation de tout ou partie des salariés ou apprentis pouvant bénéficier de dispense d'adhésion prévues par l'article R 242-1-6 (titulaire d'un CDD ou d'un contrat de mission inférieur à 12 mois même en cas de couverture individuelle), le financement d'actions de prévention sur les risques professionnels, ou encore la prise en charge de prestations sociales.

Ce décret est un début de réponse à l'invalidation des clauses de désignation par le Conseil constitutionnel en juin 2013. Ces clauses permettaient jusqu'alors aux branches professionnelles de contraindre les entreprises à recourir à l'organisme désigné pour la protection complémentaire de leurs employés. Avec la loi du 23 décembre, Marisol Touraine, ministre des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, avait essayé de contourner la décision des Sages en imposant plusieurs critères dans le cadre des nouvelles clauses de recommandation. L'enjeu d'alors pour le gouvernement était d'enjoindre les entreprises à accepter la recommandation, vecteur d'une mutualisation plus marquée. Pour ce faire, Marisol Touraine a notamment essayé de pénaliser fiscalement les couvertures hors recommandation. Peine perdue, le texte est à nouveau censuré par le Conseil constitutionnel au nom du principe d'égalité des citoyens devant les charges publiques. Le critère du degré élevé de solidarité, objet du présent décret, demeure, de même que le «*grand IV*» (paragraphe 4) de l'article L. 912-1 du code de la Sécurité sociale.

Loi de financement pour la sécurité sociale 2015

[LOI n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015](#), JO du 24 décembre 2014

[Décision n° 2014-706](#) DC du 18 décembre 2014

L'article 22 instaure le regroupement des taxes applicables aux contrats de complémentaires santé.

- Les taxes applicables aux garanties de protection en matière de frais de santé sont simplifiées ;
- Si les conditions ne sont pas respectées, une majoration du taux est prévue ;

¹ (2017). [Rapport 2016 de l'Observatoire des prix et de la prise en charge de l'optique médicale. Paris Observatoire des Prix et de la Prise en Charge de l'Optique Médicale](#) :

- Rationalisation du paiement : l'Urssaf Ile-de-France pour les contrats d'assurance maladie.

[Décret n° 2015-13 du 8 janvier 2015](#) (JO du 10 janvier 2015) relatif à la procédure de mise en concurrence des organismes dans le cadre de la recommandation prévue par l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale. Il détermine la procédure de mise en concurrence préalable au choix du ou des organismes assureurs recommandés par les accords professionnels ou interprofessionnels pour gérer des garanties collectives complémentaires.

[Circulaire N° DSS/SD2A/SD3C/SD5D/2015/30 du 30 janvier 2015](#) relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales. Elle complète donc le décret du 18 novembre 2014. Elle rappelle les dispositifs fiscaux et sociaux particuliers qui s'attachent à ces contrats, précise le contenu du nouveau panier de soins qu'ils doivent couvrir (garantie Optique), les modalités d'entrée en vigueur de cette réforme (le 1^{er} avril 2015) ainsi que son application en cas de contrats multiples, apporte des précisions importantes pour les surcomplémentaires.

[Arrêté du 10 avril 2015](#) (JO du 11 avril 2015) : il fixe la liste des contrats donnant droit au crédit d'impôt en application de l'article L. 863-6 du code de la sécurité sociale.

A partir du 1^{er} juillet 2015, seuls dix contrats, dûment sélectionnés dans le cadre d'un appel d'offres national, ouvrent droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Ont été retenues les dix offres les meilleures en termes de prix et de qualité de services (trois variantes par contrat retenu). A quelques exceptions près, toutes les offres proposées sont mutualisées entre plusieurs opérateurs, à l'exemple d'"ASACS" (Association solidaire pour l'aide à la complémentaire santé) créée début 2015 par la Mutuelle Intégrance, MICILS, APICIL Prévoyance, GRM, Miel, M comme mutuelle, MMC, Muros, Mut'Est, Mutuelle bleue, SMI, GEM/MBA/MHN (membres Union Radiance) afin de répondre à l'appel à concurrence. Les contrats ainsi sélectionnés permettront aux 1,2 million de Français bénéficiaires de l'ACS de voir baisser significativement le coût de leur complémentaire santé ou d'obtenir, pour un même prix, des contrats offrant une meilleure couverture. Une disposition du projet de loi de modernisation de notre système de santé permet une application aux bénéficiaires de l'ACS de tarifs plafonds pour les lunettes, prothèses dentaires et audioprothèses. D'après une étude de la Drees comparant les offres contractées en 2014 par les bénéficiaires de l'ACS et les nouveaux contrats ayant remporté l'appel d'offres, les contrats labellisés ACS permettront aux bénéficiaires de réduire leur budget mutuel de 15 à plus de 40 % selon les cas. Les contrats dits "haut de gamme" seront également concernés par la baisse des tarifs : "Un assuré pourra réduire sa facture de 161 euros par an (- 23 %)". Les niveaux de couverture, eux, varieront selon la gamme des contrats choisis par les bénéficiaires, trois niveaux ayant été retenus. Reste à présent à résoudre l'éternelle question du recours effectif à ce dispositif. On sait en effet que nombreux sont les bénéficiaires éligibles à l'ACS qui ne font pas valoir leurs droits. D'ici la fin 2015, le ministère mise sur 1,5 million de bénéficiaires. Trois millions de personnes, qui vivent sous le seuil de pauvreté, sont éligibles à l'ACS. Afin de garantir la lisibilité de l'information pour les bénéficiaires de l'ACS, le détail de chacune des offres sélectionnées est consultable en ligne sur le site du Fonds CMU et des organismes d'assurance maladie obligatoire.

> [Site d'Apicil sur le contenu des contrats responsables](#)

[Arrêté du 29 mars 2017](#) : il approuve le règlement arbitral organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes et l'assurance maladie, qui fixe de nouveaux tarifs plafonds pour les remboursements des soins prothétiques et dentaires aux bénéficiaires de l'ACS. Ils seront applicables au 1^{er} octobre 2017. Ce texte contient aussi des dispositions relatives à la revalorisation des montants maximaux des dépassements d'honoraires applicables aux bénéficiaires de la CMU-C. L'article 62 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2018 reporte d'un an l'application du

règlement arbitral dentaire sur le plafonnement des dépassements sur les soins prothétiques et de la revalorisation des soins conservateurs, initialement prévue le 1er janvier 2018.

Les dispenses d'affiliation à la couverture d'entreprise :

[Décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015](#) pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016 sur les dispenses d'affiliation à la couverture santé complémentaire collective et obligatoire. Il entre en vigueur le 1er janvier 2016. Peuvent être exemptés de plein droit : les bénéficiaires de l'ACS ou de la CMU-C, les salariés couverts en individuel avant leur embauche ou la mise en place des garanties (jusqu'à échéance de leur contrat) au sein de leur entreprise, ceux déjà couverts (y compris en tant qu'ayant droit) par un dispositif collectif et obligatoire de leur conjoint(e), et les salariés en CDD ou en contrat de mission ne bénéficiant pas "d'une couverture collective et obligatoire d'une durée au moins égale à trois mois". Le décret encadre également la participation de l'employeur à la couverture santé individuelle pour les salariés précaires : contribution mensuelle de l'employeur à la complémentaire santé multipliée par un coefficient de 105 % pour les CDI à temps partiel; 125 % pour les CDD ou contrat de mission.

[Décret n° 2017-162 du 9 février 2017](#) relatif au financement et à la gestion de façon mutualisée des prestations mentionnées au IV de l'article L. 912-1 du code de la sécurité sociale.

Ce décret d'application de la loi de financement de la Sécurité sociale 2014 est le dernier texte d'application pris dans le cadre de la généralisation de la couverture complémentaire santé aux salariés. Il crée l'article R 912-3 du code de la sécurité sociale et s'applique aux accords professionnels ou interprofessionnels, qui peuvent prévoir des garanties collectives de protection sociale complémentaire présentant un degré élevé de solidarité et comprenant à ce titre, des prestations à caractère non directement contributif. Les partenaires sociaux peuvent décider que ces garanties seront gérées de façon mutualisée pour toutes les entreprises de la branche. Le décret précise les modalités et le financement de cette gestion mutualisée. Ainsi les accords professionnels ou interprofessionnels concernés :

- Définissent les prestations gérées de manière mutualisée, comprenant des actions de prévention ou des prestations d'action sociale ;
- En déterminent les modalités de financement, qui peuvent prendre trois formes : montant forfaitaire par salarié, pourcentage de la prime ou de la cotisation, combinaison des deux ;
- Créent un fonds dédié et en précisent les règles de fonctionnement en particulier les conditions de choix du gestionnaire chargé de son pilotage par la commission paritaire de branche.

La couverture complémentaire des seniors :

[Décret n° 2016-509 du 25 avril 2016](#) relatif à la couverture complémentaire santé des personnes de soixante-cinq ans et plus. Il apporte des précisions concernant la labellisation des couvertures complémentaires santé pour les personnes âgées de 65 ans et plus, prévue par l'article n° 33 de la Loi de financement de la Sécurité sociale 2016 et ouvrant droit à un crédit d'impôt, JO du 27 avril 2016. Il détermine les conditions de saisine de l'Autorité de la concurrence et de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution sur le décret fixant les niveaux de garanties et les seuils de prix des contrats labellisés. Il fixe, par ailleurs, à trois le nombre de niveaux de garanties proposées par les contrats labellisés. Enfin, il prévoit que l'autorité habilitée à délivrer le label est le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie.

[Décret n° 2017-372 du 21 mars 2019](#) relatif à l'application de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques (J.O. du 26 mars 2017).

Ce texte renforce l'encadrement des tarifs des contrats de complémentaires santé pour les salariés partant à la retraite. Il modifie l'article 4 de la loi Évin imposant aux Ocam d'organiser les modalités de maintien pour permettre aux anciens salariés bénéficiaires d'une garantie collective de conserver leur couverture à un tarif encadré. Ce texte, qui s'appliquera à partir du 1er juillet prochain, organise un plafonnement progressif sur 3 ans. La première année suivant le départ en retraite, la cotisation est inchangée pour le salarié, la deuxième année, elle ne peut être supérieure à 25% des tarifs globaux applicables aux salariés actifs, elle passe à 50% la troisième année. Le décret ne prévoit pas d'encadrement au-delà. Ce texte réglementaire répond à un engagement pris par le président de la République, François Hollande, lors du Congrès de la Mutualité, à Nantes en juin 2015. Ce dispositif devait s'articuler avec la labellisation des complémentaires santé dédiées aux 65 ans et plus, dont le décret d'application est encore en attente.

La couverture complémentaire des salariés relevant du régime d'Alsace-Moselle :

[Décret n° 2016-609 du 13 mai 2016](#) relatif à la couverture complémentaire santé des salariés relevant des régimes locaux d'assurance maladie complémentaire des départements du Haut-Rhin, du Bas-Rhin et de la Moselle. Ce décret détaille l'articulation entre le régime local d'assurance maladie d'Alsace-Moselle et la réforme de la généralisation de la complémentaire santé.
> [Argus de l'assurance, 17 mai 2016](#)

Loi de financement pour la sécurité sociale 2017 :

[Loi n° 2016-1827](#) du 23 décembre 2016 de financement de la sécurité sociale pour 2017, JO du 24 décembre 2016
[Décision du 22 décembre : 2016-742 DC](#)

L'article 31 proroge pour l'année 2017 la taxe de 150 millions d'euros due par les organismes d'assurance maladie complémentaire pour le financement du « forfait médecin traitant ».

- Les conditions de recouvrement pourront être aménagées par décret en Conseil d'État.

L'article 32 mutualise les garanties de prévoyance en entreprise et met en place de clauses de co-désignation d'organismes de prévoyance d'entreprise par les branches professionnelles.

L'article 33 pérennise la possibilité pour l'employeur de mettre en place par décision unilatérale une aide à la complémentaire santé au bénéfice des salariés en contrats courts ou temps très partiel au-delà du 31 décembre 2016

L'article 61 simplifie les démarches permettant l'accès à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS).

L'article 77 inclut la nouvelle option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM), remplaçant le contrat d'accès aux soins, dans le contenu des contrats responsables.

Loi de financement pour la sécurité sociale 2018

[Loi n° 2018-2018](#) du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019, JO du 23/12/18
[Décision n° 2018-776 DC du 21 décembre 2018](#)

L'article 17 sécurise la participation des organismes complémentaires santé au financement des nouveaux modes de rémunération

- En 2012, les organismes complémentaires prenaient l'engagement de contribuer au forfait patientèle. Cet engagement a été renouvelé dans le cadre de la convention médicale du 25 août 2016.
- Le présent article sécurise leur engagement en instaurant une contribution à la prise en charge des modes de rémunération due par les organismes complémentaires. Cette contribution s'élèvera à 0,8 % des sommes versées au titre des contrats d'assurance maladie complémentaire et entrera en vigueur le 1er janvier 2019.
- Les modalités de recouvrement de cette taxe seront précisées par décret en Conseil d'État.
- Cette contribution prendra fin en même temps que l'expiration de la convention médicale de 2016.

Le [Décret n° 2019-65](#) du 31 janvier 2019 adapte les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé, JO du 2/02/19. Le décret adapte au nouveau cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires », le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé que les entreprises doivent mettre en place à titre obligatoire au profit de leurs salariés, adaptation qui doit être mise en œuvre à partir du 1er janvier 2020. Ces garanties couvrent intégralement le panier minimum des contrats dits « responsables et solidaires », et notamment les dispositifs d'optique médicale, les aides auditives et les soins prothétiques dentaires du panier de soins « 100 % santé ».

[Arrêté du 22 mars 2019](#) relatif aux conditions de prise en charge au titre de la protection complémentaire en matière de santé pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale, JO du 28/03/19

[LOI n° 2019-733](#) du 14 juillet 2019 relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé collectifs et individuels, JO du 16/07/19

Ouverture de la résiliation infra-annuelle des contrats de complémentaire santé, sans frais ni pénalité, à compter du 1er décembre 2020

À compter du 1er décembre 2020, les assurés auront ainsi la possibilité de résilier un contrat de complémentaire santé inadapté ou trop coûteux, lorsqu'ils ont repéré par exemple une offre plus avantageuse, dès lors que leur contrat a été souscrit depuis au moins une année. Le texte précise les modalités relatives au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé, notamment les contrats concernés, les informations que doit communiquer l'organisme assureur à l'assuré et au souscripteur qui lui a fait connaître sa volonté de résilier son contrat, ainsi que la procédure à suivre par le nouvel organisme assureur pour faire connaître à l'ancien la volonté de l'assuré ou du souscripteur de résilier le contrat.

> [Communiqué de presse commun des ministères chargé de la santé et des finances](#)

> [Décret sur le site de Legifrance](#)

[Loi n° 2019-1446 du 24 décembre 2019 de financement de la sécurité sociale pour 2020](#), JO n°0300 du 27 décembre 2019

[Décision n° 2019-795 DC du 20/12/2019](#)

Rectificatif

<https://www.legifrance.gouv.fr/affichTexte.do?cidTexte=JORFTEXT000039810220>

Article 46 : Refonte des dispositifs de complémentaire santé solidaire

- Mise en place des dispositifs de contrats de sortie pour les assurés affiliés aux dispositifs de complémentaire santé solidaire.

- Ces contrats seront proposés aux assurés dès la première année de leur sortie de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-c) et de l'aide à la complémentaire santé (ACS).
- Application de la réforme 100 % Santé aux contrats de sortie souscrits à compter du 1er janvier 2020.
- Participation financière de l'assuré au titre de la complémentaire santé solidaire sous forme d'un montant forfaitaire.
- Possibilité d'ouvrir le droit à la complémentaire santé solidaire en cours de mois pour les personnes en situation d'urgence médico-sociale et ayant fait une demande simultanée de droits de base et complémentaires.
- Mise en place d'une démarche active d'information auprès des bénéficiaires de l'allocation adultes handicapés (AAH) et les bénéficiaires de l'allocation invalidité sur leur éligibilité potentielle au dispositif de complémentaire santé solidaire.

Accompagnement des publics bénéficiaires de l'AAH et bénéficiaires de l'allocation invalidité par les caisses d'assurance maladie pour leurs démarches d'ouverture de droit ou de renouvellement du droit à la complémentaire santé solidaire

[Loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021](#)

Article 65 : Tiers payant intégral sur les équipements et soins du panier « 100% Santé »

- Est rendu obligatoire le tiers payant intégral sur les équipements et les soins du panier « 100 % Santé » pour les organismes de complémentaire santé proposant des « contrats responsables ».

Article 81 : Simplification du pilotage de la complémentaire santé solidaire

- Reprise en main du fonds de la complémentaire santé solidaire par la Cnam, l'Acoss et le ministère des Solidarités et de la Santé, chacun selon ses compétences propres.

[Loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022](#)

[Décision n° 2021-832 DC du 16 décembre 2021](#)

Article 88 : Simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire

- Extension de la prise en charge par le régime général d'assurance maladie des frais de santé à l'ensemble des personnes écrouées ainsi qu'aux enfants nés en détention.
- Afin de favoriser le recours à la complémentaire santé solidaire (CSS) pour les personnes en situation de précarité, les mesures suivantes sont proposées :
- l'attribution automatique de ce dispositif aux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) à compter du 1er janvier 2022
- un accès simplifié de ce dispositif à compter du 1er avril 2022 pour les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) n'ayant pas exercé d'activité salariée ou indépendante durant une période de référence et dans des conditions déterminées par décret.
- Les assurés des organismes de mutualité sociale agricole peuvent bénéficier d'une remise de leurs dettes lorsqu'ils se trouvent en situation de forte précarité, à l'instar de ce qui est déjà opéré pour les assurés du régime général.

LA MISE EN PLACE DU TIERS PAYANT

En anticipation sur la généralisation du tiers payant programmée à l'aube 2017, l'article 41 de la [loi n° 2014-1554 du 22 décembre 2014 de financement de la sécurité sociale pour 2015](#) étend le tiers payant intégral aux bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) à compter de l'entrée en vigueur de la réforme des contrats ACS, le 1^{er} juillet 2015, dès lors qu'ils respectent le parcours de soins (médecins traitants, médicaments génériques...). Des décrets fixeront les modalités du tiers-payant pour les professionnels et établissements de santé souhaitant avoir un interlocuteur unique, ainsi que la procédure à suivre. Un dispositif transitoire concernant la prise en charge de la part complémentaire est prévu pour la période allant du 1^{er} juillet au 31 décembre 2015. La dispense d'avance de frais s'appliquera à hauteur des niveaux minimaux de prise en charge prévue par le décret n° 2014-1144 du 8 octobre 2014 relatif à la mise en concurrence des contrats ACS. Par ailleurs, l'article 42 exonère des participations forfaitaires et des franchises les bénéficiaires de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Toutefois, certaines personnes ne sont pas concernées par ces dispositifs de franchise : les enfants et les jeunes de moins de 18 ans, les femmes prises en charge dans le cadre de la maternité, à partir du 6 sixième mois de grossesse et jusqu'au 12^e jour suivant l'accouchement, les bénéficiaires de la CMU-C ou de l'aide médicale d'État.

Le [Décret n° 2015-770](#) du 29 juin 2015 (JO du 30 juin 2015) *relatif aux modalités de mise en œuvre du tiers payant pour les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS)* instaure le tiers-payant intégral avec une entrée en vigueur le 1^{er} juillet pour les bénéficiaires de l'aide à la complémentaire santé (ACS). Ceux-ci devront avoir souscrit un des dix contrats complémentaires sélectionnés. La plupart des renouvellements de contrat se fera en janvier; entre temps, seuls les nouveaux signataires bénéficieront du tiers-payant sur la part complémentaire. Ils seront également dispensés de la participation forfaitaire d'1 € par consultation.

Le gouvernement lance, par ailleurs, une campagne sur internet (www.info-acfs.fr) et met en place un numéro de téléphone (0811 365 364). L'assurance Maladie informe par courrier les potentiels bénéficiaires. L'objectif est de toucher, fin 2015, 1,3 à 1,4 million de personnes contre 1,2 million aujourd'hui. Les médecins recevront l'argent directement de l'assurance-maladie, pour le compte du régime général et des complémentaires, et devront respecter l'interdiction de dépassements d'honoraires.

L'article n° 83 de la [loi de modernisation de notre système de santé](#) du 26 janvier 2016 prévoit la généralisation progressive du tiers payant à l'ensemble des assurés. Le nouveau gouvernement d'Emmanuel Macron du 21 juin 2017 envisage un tiers payant généralisable.

L'article 63 de la [loi de financement de la sécurité sociale pour 2018](#) instaure la transformation du tiers payant généralisé (obligatoire) en tiers payant généralisable (possible). Il supprime l'obligation de généralisation du tiers payant à l'ensemble de la population. Une concertation, avec les assurances maladie obligatoire et complémentaire, les représentants des professionnels de santé, des assurés et des éditeurs de logiciels sera menée dans les prochains mois afin de définir un calendrier de mise en œuvre opérationnelle et technique. Cette concertation devra identifier les publics prioritaires au-delà de ceux qui sont déjà couverts par le tiers payant. Un rapport sur cette concertation sera remis au Parlement avant le 31 mars 2018.

[Loi n°2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021](#)

Article 65 : Tiers payant intégral sur les équipements et soins du panier « 100% Santé »

- Est rendu obligatoire le tiers payant intégral sur les équipements et les soins du panier « 100 % Santé » pour les organismes de complémentaire santé proposant des « contrats responsables ».

L'INSTAURATION DE LA PROTECTION UNIVERSELLE MALADIE – PUMA- (2016)

Cette réforme, prévue par l'article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016, parachève la logique initiée avec la mise en place de la couverture maladie universelle (CMU) de base en 1999 qui visait à ouvrir des droits à l'assurance maladie à toutes les personnes qui en étaient dépourvues et substituait ainsi à l'aide médicale gratuite départementale un régime d'assurance maladie universelle pour toutes les personnes dont les revenus ne dépassent pas un certain seuil (voir [site de la complémentaire santé solidaire ex Fonds CMU](#)). La PUMa garantit désormais à toute personne qui travaille ou réside en France un droit à la prise en charge des frais de santé (remboursements des frais de santé hors prestations en espèces), sans démarche particulière à accomplir. Elle remplace la CMU de base.

Ses objectifs :

Cette réforme vise à moderniser l'assurance maladie pour simplifier la vie des assurés ; ses grandes mesures ayant pour objectif de :

- Garantir un droit au remboursement des soins de manière continue, sans que les changements familiaux ou professionnels n'affectent ce droit ;
- Réduire au strict nécessaire les démarches administratives et les situations nécessitant de changer de caisse d'assurance maladie ;
- Garantir davantage d'autonomie et de confidentialité à tous les assurés dans la prise en charge de leurs frais de santé.

Les bénéficiaires :

A partir du 1er janvier 2016, toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière relève de la protection maladie universelle et bénéficie à ce titre du droit à la prise en charge de ses frais de santé :

- ▶ Les personnes qui travaillent n'ont plus à justifier d'une activité minimale, seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte.
- ▶ Pour les personnes sans activité professionnelle, elles bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence stable et régulière en France, à savoir résider en France depuis au moins 3 mois à l'ouverture des droits puis au moins 6 mois par an.

La simplification et la continuité des droits pour les assurés :

En pratique, dans la mesure où une personne travaille ou réside en France de manière stable et régulière, la protection universelle maladie lui garantit un droit à la prise en charge de ses frais de santé en simplifiant ses démarches. Il n'y aura plus de sollicitations pour apporter des justificatifs, parfois chaque année, pour faire valoir ses droits à l'assurance maladie.

De même, cette réforme permet de rester dans son régime d'assurance maladie (en dehors des régimes spéciaux), y compris en cas de perte d'activité ou de changement de situation personnelle. Les éventuelles périodes de rupture dans les droits sont ainsi évitées.

En simplifiant le dispositif actuel et en réduisant à ces deux critères, professionnel ou de résidence, les conditions pour obtenir des droits, la réforme s'accompagne de nouvelles modalités de contrôle adaptées, en particulier pour identifier les personnes ayant quitté le territoire. Ces dernières devront ainsi se manifester auprès de l'assurance maladie afin de signaler leur départ à l'étranger, sans autre démarche administrative.

La protection universelle maladie couvre la prise en charge des frais de santé en cas de maladie ou de maternité, à titre personnel et de manière continue tout au long de la vie. Elle permet aux bénéficiaires d'être remboursés de leurs frais de santé (y compris à l'hôpital) sur la part obligatoire. Il reste à charge la part complémentaire, et le forfait journalier en cas d'hospitalisation, la participation forfaitaire et les franchises médicales.

Pour obtenir les prestations complémentaires prévues par ce régime, les bénéficiaires de la PUMa ayant des faibles ressources, peuvent s'adresser librement à un organisme d'assurance maladie de base, à une mutuelle, à une institution de prévoyance ou à une société d'assurance.

Un Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie rembourse, de manière forfaitaire, les dépenses engagées à ce titre par les organismes. Il est financé par une contribution assise sur le chiffre d'affaires des organismes de protection sociale complémentaire maladie, une dotation de la Cnam, une subvention budgétaire de l'Etat et des cotisations sur la consommation d'alcool et de tabac.

Dans la mesure où toutes les personnes qui travaillent ou résident en France de manière stable et régulière sont désormais couvertes par l'assurance maladie - soit au titre de leur activité professionnelle, soit au titre de leur résidence - le dispositif de la CMU de base n'a plus de raison d'être et est donc supprimé.

Il est à noter que la PUMa compliquait l'accès des immigrés à la couverture maladie, car ce droit s'interrompait à chaque expiration du titre de séjour. Cette défaillance est corrigée par [Le décret n° 2017-240 du 24 février 2017](#) relatif au contrôle des conditions permettant de bénéficier de la protection universelle maladie (PUMa), JO du 26/02/17, qui précise les conditions de régularité du séjour applicables aux personnes étrangères pour accéder à la prise en charge des frais de santé au titre de la protection universelle maladie. Il détermine les modalités des contrôles réalisés par les organismes de sécurité sociale ainsi que les conséquences de ces contrôles en termes de fermeture des droits après examen contradictoire.

Pour en savoir plus :

> [Site d'Ameli](#)

> [Site de la Complémentaire santé solidaire](#)

LA CREATION DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE SOLIDAIRE (CSS)

A compter du 1^{er} novembre 2019, l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) est supprimée et la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) étendue aux personnes éligibles à l'ACS, pour devenir la Complémentaire santé solidaire. Ce nouveau dispositif s'inscrit dans la lignée des mesures de simplification des démarches. Ainsi, celles pour accéder à la Complémentaire santé solidaire peuvent être effectuées en ligne auprès de l'Assurance Maladie ou de la MSA et les pièces justificatives demandées sont limitées. Le choix de l'organisme gérant la protection complémentaire est facilité pour le bénéficiaire : Il n'y aura plus de niveau de couverture à choisir parmi 3 choix (A, B et C) du moins protecteur ou plus protecteur, comme cela était le cas pour les bénéficiaires de l'ACS : la couverture la plus protectrice est automatiquement assurée ; Le

bénéficiaire est libre de choisir, au sein d'une liste unique, entre son organisme d'assurance maladie ou un organisme complémentaire - Le bénéficiaire a simplement à s'acquitter de la participation financière auprès de l'organisme choisi, selon son niveau de ressources. Les bénéficiaires du Revenu de solidarité active (RSA) et de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) bénéficieront toujours du renouvellement automatique. Pour les autres bénéficiaires, la demande devra être effectuée chaque année.

> Pour en savoir plus, consulter le Fonds de complémentaire santé solidaire

- [Complémentaire santé solidaire \(complementaire-sante-solidaire.gouv.fr\)](http://complementaire-sante-solidaire.gouv.fr)

Ce dispositif avait été annoncé dans l'article 52 de la [loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019](#), qui prévoyait une refonte des dispositifs de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Différents textes précisent les modalités de mise en œuvre de la CSS :

- Un [arrêté du 2 avril 2019](#) fixe le modèle de déclaration de participation au nouveau dispositif. Les Ocam désirant prendre part à la gestion de la nouvelle CMU-C (incluant la CMU-C avec participation financière et sans participation financière) doivent se manifester d'ici le 30 juin prochain auprès du Fonds CMU-C. Cette démarche concerne également les OC déjà inscrits sur la liste 2019 des organismes habilités à gérer la CMU-C. La liste sera valable jusqu'au 1er janvier 2021.
- [Décret n° 2019-621](#) du 21 juin 2019 relatif à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale, JO du 23/06/19 - les dispositions du présent décret s'appliquent à compter du 1er novembre 2019. Le décret fixe les modalités de mise en œuvre de l'extension de la CMU-C aux assurés jusqu'alors éligibles à l'ACS, sous réserve d'acquitter une participation financière au montant fixé par arrêté. Le texte ajuste le champ des ressources prises en compte pour l'attribution de la CMU-C, en prévoyant notamment l'exclusion des montants des bourses accordées sous condition de ressources. Il détermine les modalités de gestion des demandes, d'ouverture des droits et de recouvrement de la participation financière. Le droit à la CMU-c du bénéficiaire de l'allocation de solidarité aux personnes âgées ou du revenu de solidarité active est renouvelé automatiquement auprès du même organisme gestionnaire, en l'absence de décision contraire de l'intéressé. Enfin, le décret fixe à deux le nombre d'échéances de participations non acquittées avant l'initiation de la procédure de fermeture des droits et harmonise la procédure de recouvrement des indus de prestations.
- [Décret n° 2019-623](#) du 21 juin 2019 relatif aux modalités de remboursement des dépenses engagées par les organismes gestionnaires pour la mise en œuvre de la protection complémentaire en matière de santé mentionnée à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale. Le décret, pris pour l'application de la LFSS pour 2019, qui prévoit notamment le remboursement au réel des montants des dépenses des organismes gestionnaires de la CMU-c au titre de la couverture de ces assurés, modifie les articles D. 821-1 et suivants du code de la sécurité sociale pour tirer les conséquences de ces nouvelles modalités de calcul et de remboursement du montant dû aux organismes gestionnaires.
- [Arrêté du 21 juin 2019](#) : il fixe les montants de la participation financière à la protection complémentaire en matière de santé et la majoration applicable aux organismes complémentaires au titre des frais de gestion : montant mensuel de la participation financière acquitté par le bénéficiaire de la protection complémentaire, montant de la majoration au titre des frais de gestion qui s'applique aux remboursements effectués trimestriellement.

[Décret n° 2021-1642 du 13 décembre 2021](#) : il s'implifie l'accès à la protection complémentaire en matière de santé prévue à l'article L. 861-1 du code de la sécurité sociale.

[Loi n°2021-1754 du 23 décembre 2021 de financement de la sécurité sociale pour 2022](#)
[Décision n° 2021-832 DC du 16 décembre 2021](#)

Article 88 : Simplification de l'accès à la complémentaire santé solidaire

- Extension de la prise en charge par le régime général d'assurance maladie des frais de santé à l'ensemble des personnes écrouées ainsi qu'aux enfants nés en détention.
- Afin de favoriser le recours à la complémentaire santé solidaire (CSS) pour les personnes en situation de précarité, les mesures suivantes sont proposées :
- l'attribution automatique de ce dispositif aux bénéficiaires du revenu de solidarité active (RSA) à compter du 1er janvier 2022
- un accès simplifié de ce dispositif à compter du 1er avril 2022 pour les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (ASPA) n'ayant pas exercé d'activité salariée ou indépendante durant une période de référence et dans des conditions déterminées par décret.
- Les assurés des organismes de mutualité sociale agricole peuvent bénéficier d'une remise de leurs dettes lorsqu'ils se trouvent en situation de forte précarité, à l'instar de ce qui est déjà opéré pour les assurés du régime général.

[Loi n° 2022-1616 du 23 décembre 2022, JORF, n° 298 du 24 décembre 2022](#)
[Décision du Conseil constitutionnel n° 2022-845 DC du 20 décembre 2022](#)

Article 92 : Extension de la complémentaire santé solidaire à Mayotte

- Extension de la complémentaire santé solidaire à Mayotte.
- Prolongement du dispositif de rachat de trimestres pour les indépendants.
- Adaptation des modalités de versement des prestations familiales aux fonctionnaires à l'évolution des modalités de versement de leurs rémunérations.
- Entrée en vigueur le 1er janvier 2023.

> Pour un bilan de la couverture santé solidaire : [se reporter aux études du Fonds de la complémentaire santé solidaire](#) notamment le rapport annuel.

LE RAC ZERO OU 100 % SANTE

La réforme 100% Santé (initialement nommée RAC zéro) propose un ensemble de prestations de soins et d'équipements identifiés dans un panier spécifique pour trois postes de soins : audiologie (aides auditives), optique (lunettes de vue) et dentaire (prothèses dentaires). Ces paniers intègrent un large choix d'équipements de qualité qui seront pris en charge intégralement, sans frais supplémentaire à la charge de l'assuré. A partir du 1^{er} janvier 2021, l'offre 100% Santé, que ce soit en audiologie, en optique ou en dentaire, est accessible à tous les Français bénéficiant d'une complémentaire santé responsable* (soit actuellement 95% des contrats vendus sur le marché) ou de la Complémentaire santé solidaire (CSS) qui fusionne la CMU-C et l'ACS depuis le 1^{er} novembre 2019. Tous les équipements qui composent le panier 100% Santé sont pris en charge intégralement par la Sécurité sociale et les complémentaires santé. Désormais, les assurés qui choisissent les soins du panier 100% Santé n'ont donc plus de frais à leur charge. Mais les Français qui le souhaitent ont la possibilité de choisir d'autres équipements en dehors de l'offre 100% Santé. Les paniers de l'offre 100% Santé ont été définis par les professionnels de santé concernés, l'État, l'Assurance Maladie, les complémentaires santé et les fabricants des dispositifs pour proposer un large choix de produits de qualité et répondre aux attentes de chacun.

Cette réforme avait été annoncée dans l'article 51 de la [loi n° 2018-1203 du 22 décembre 2018 de financement de la sécurité sociale pour 2019](#), qui prévoyait les mesures de déploiement du « reste à

charge zéro » après intervention des complémentaires santé pour les domaines de l'optique, des aides auditives et des prothèses dentaires :

- Les produits ou prestations qui feront l'objet du reste à charge zéro figureront sur la liste des produits et prestations remboursables (LPPR).
- Les produits ou prestations inscrits sur la LPPR pourront distinguer plusieurs classes dont au moins une aura vocation à ne faire l'objet d'aucun reste à charge. Les bases de remboursement par la sécurité sociale de ces produits ont été relevées.
- Un décret en Conseil d'État définit les conditions d'application de la distribution des produits de santé et prestation concernés.
- Un arrêté du ministre de la santé peut définir, pour des produits ou prestations n'appartenant pas à la classe « RAC 0 », des tarifs de responsabilité inférieurs à ceux y appartenant.
- Les opticiens et audioprothésistes seront tenus de proposer des offres sans reste à charge.
- Afin d'assurer la qualité des produits de la LPPR, le prescripteur ou le distributeur peuvent avoir l'obligation de participer à l'évaluation des produits par des enquêtes auprès des patients ou un recueil de données, les résultats pouvant être rendus publics. Les modalités de mise en œuvre de ces dispositifs d'évaluation seront fixées par décret.
- Renforcement de la prévention buccodentaire : les examens buccodentaires sont obligatoires dès le 1er janvier 2019 dans l'année qui suit le 3e, le 6e, le 9e, le 12e, le 15e, le 18e, le 21e et le 24e anniversaire du patient - ces examens restant pris en charge. Les modalités et les conditions de mise en œuvre de ces examens et leur prise en charge, sont définies par arrêté des ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale.
- Pour l'optique et l'audioprothèse, les devis comportent au moins un équipement appartenant à l'une des classes de prise en charge renforcée.
- Renforcement de la traçabilité des produits d'appareillage auditif ou lunetterie : les informations relatives à l'identification et la traçabilité de ces produits devront figurer sur le devis remis au patient.
- Cette mesure entrera en vigueur à compter des contrats souscrits au 1er janvier 2020. Les accords professionnels devront être conformes avant le 1er janvier 2020.

Un [comité de suivi de la réforme](#) a été installé le 14 février 2019.

[Le décret n° 2019-65 du 31 janvier 2019](#) (JO du 2 février 2019) adapte les garanties d'assurance complémentaire santé des salariés mises en place en application de l'article L. 911-7 du code de la sécurité sociale aux dispositions assurant un accès sans reste à charge à certains frais de santé. Il ajoute au nouveau cahier des charges des contrats dits « responsables et solidaires », le niveau minimal des garanties d'assurance complémentaire santé que les entreprises doivent mettre en place à titre obligatoire au profit de leurs salariés, adaptation qui doit être mise en œuvre à partir du 1er janvier 2020. Ces garanties couvrent intégralement le panier minimum des contrats dits « responsables et solidaires », et notamment les dispositifs d'optique médicale, les aides auditives et les soins prothétiques dentaires du panier de soins « 100 % santé ».

[L'Arrêté du 22 mars 2019](#) (JO du 28 mars 2019) détermine les conditions de prise en charge des soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale au titre de la protection complémentaire en matière de santé pour les soins dentaires prothétiques ou d'orthopédie dento-faciale.

[L'article 65 de la loi n° 2020-576 du 14 décembre 2020 de financement de la sécurité sociale pour 2021](#) instaure le tiers payant intégral sur les équipements et soins du panier « 100% Santé » pour les organismes de complémentaire santé proposant des « contrats responsables ».

➤ [Pour en savoir plus : site du ministère chargé de la santé](#)

[Pour une évaluation du dispositif, se reporter à l'étude de la Cour des comptes²³](#)

LE DEPLOIEMENT DE LA COMPLEMENTAIRE D'ENTREPRISE DANS LA FONCTION PUBLIQUE

La protection sociale complémentaire se déploie progressivement dans la Fonction publique. Le 19 juillet 2023, six organisations syndicales et sept organisations d'employeurs territoriaux viennent de conclure un accord national "portant réforme de la protection sociale complémentaire des agents publics territoriaux. Parmi les mesures mises en avant par les signataires, figure un contrat de prévoyance à adhésion obligatoire garantissant 90 % du revenu net de l'agent. L'accord prévoit un encadrement des pratiques contractuelles des opérateurs au profit de la solidarité entre bénéficiaires, en diminuant le ratio de cotisation entre les jeunes fonctionnaires et les plus âgés. La Coordination des assureurs mutualistes de la fonction publique territoriale, composée de neuf mutuelles, a d'ores et déjà alerté les partenaires sociaux sur ce point, en indiquant que cela allait entraîner une augmentation de tarif pour les cotisants les plus jeunes.

S'agissant de la fonction publique d'État, les négociations sur le volet prévoyance de la réforme ont repris le 18 juillet 2023, après une suspension de près de huit mois. La direction générale de l'administration et de la fonction publique (DGAFP) a présenté aux organisations syndicales un projet d'accord interministériel. Un nouveau régime d'invalidité serait mis en place et supprimerait la mise à la retraite d'office en cas d'invalidité. Les observations des organisations syndicales sont attendues pour septembre, avec une signature espérée à l'automne.

Par ailleurs, un décret publié le 16 juillet fixe le régime obligatoire de protection sociale complémentaire en santé des militaires, des anciens militaires et de leurs ayants droit en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident. Au moins 350 000 agents seraient concernés par ces dispositions. Le texte prévoit les garanties de couverture des risques en matière de santé. Il définit les modalités et critères de sélection des organismes complémentaires et les mécanismes d'adhésion de chaque catégorie de bénéficiaires aux contrats collectifs. Il détermine également les modalités de participation financière des ministères et des établissements publics dont relèvent les militaires. Il établit les modalités de calcul des cotisations dont chaque catégorie de bénéficiaires des contrats collectifs est redevable ainsi que les dispositifs de solidarité entre les bénéficiaires. Il institue enfin un dispositif de pilotage et de suivi des contrats collectifs.

Pour en savoir plus

- > [Site de l' Association des maires de France, 11 juillet 2023](#)
- > [Décret 2023-605 du 15 juillet 2023](#)

Une description du contenu de la couverture complémentaire

La protection complémentaire est assurée, soit par des régimes complémentaires (pour la plupart obligatoires), soit par le secteur de la mutualité, de la prévoyance et de l'assurance, soit directement par l'employeur.

² Cour des Comptes (2022). [La réforme du 100 % santé](#).

³ Imbert, C. (2022). [Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'enquête de la Cour des comptes sur la réforme du 100 % santé](#). Paris Sénat
Pôle Documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon
www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html
www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.pdf
www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.epub

Tous les risques sociaux sont concernés :

- Décès (versement d'un capital ou d'une rente au conjoint survivant) ;
- Invalidité, arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident (maintien temporaire du salaire ou complément des indemnités journalières servies par la Sécurité sociale ;
- Charges de famille (supplément familial de traitement versé aux fonctionnaires, allocations de vacances).

Deux risques majeurs, la vieillesse et la maladie, sont plus particulièrement concernés et mobilisent les sommes les plus importantes ainsi que les dispositifs les plus nombreux.

L'ensemble des dépenses prises en charge au titre de la Sécurité sociale, de l'aide sociale et de la protection sociale complémentaire est comptabilisé dans les comptes de la protection sociale. Néanmoins, on n'y retrouve pas les versements assurés par les sociétés d'assurance.

L'existence d'un ticket modérateur, c'est-à-dire d'une part des dépenses de soins non remboursée par les régimes de base de l'assurance maladie, variable selon les types de prestations ou de produits de santé (30 % pour les honoraires en médecine ambulatoire, 20 % pour les frais d'hospitalisation, 15 %, 35 % ou 65 % pour les médicaments par exemple), nécessite de bénéficier d'une protection complémentaire pour faire face aux risques liés à la santé. L'absence d'une telle complémentaire entraîne souvent un renoncement aux soins, notamment pour les appareillages coûteux (optique, dentaire).

Absence de complémentaire et renoncement aux soins sont inversement proportionnels au niveau de revenu : plus le revenu est faible, moins les ménages sont couverts par une complémentaire, plus le renoncement aux soins est important. Le recours aux soins est ainsi fonction du reste à charge des assurés ; soit la charge qu'ils doivent acquitter directement par leur revenu.

Les facteurs de difficultés d'accès aux soins ont toutefois été sensiblement réduits avec la mise en place de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en 2000.

Aujourd'hui, 92 % de la population française est couverte par une complémentaire, cependant le reste à charge tend d'augmenter avec la multiplication des dispositifs de franchises non remboursables, y compris par les organismes complémentaires, et la volonté des pouvoirs publics de limiter les prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale au titre des affections longue durée (ALD).

- Pour en savoir plus : [Bibliographie sur les Restes-à-charge – Irdes \(2021\)](#).

Une présentation des régimes d'assurance maladie complémentaire

LES REGIMES PUBLICS

La complémentaire santé solidaire

La complémentaire santé solidaire remplace en 2019 la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). Voir la partie de la synthèse intitulée : Complémentaire santé solidaire.

- Pour connaître le contenu et les modalités de la CSS :
[Complémentaire santé solidaire \(complémentaire-santé-solidaire.gouv.fr\)](http://Complémentaire%20santé%20solidaire%20(complémentaire-santé-solidaire.gouv.fr))

Pour rappel :

La CMU-C donnait droit à la prise en charge gratuite de la part complémentaire des dépenses de santé (y compris à l'hôpital). Les dépenses de santé étaient donc prises en charge à hauteur de 100 % des tarifs de la sécurité sociale. De plus, la CMU-C incluait des forfaits de prise en charge pour les soins dentaires, les lunettes, les prothèses auditives... Concrètement, pour faciliter l'accès aux soins, elle permettait de ne pas payer directement les dépenses de santé. Il s'agit de la dispense d'avance des frais. Elle était attribuée sur certaines conditions de ressources.

La CMUC-C provoquant un effet de seuil, différents dispositifs ont été mis en place pour pallier à ces effets : l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) en 2005. L'ACS était réservée aux personnes dont les ressources étaient légèrement supérieures au plafond d'attribution de la CMU-C. Elle donnait droit, durant un an, à une aide financière pour payer le contrat de complémentaire santé. Concrètement, cette aide permettait de réduire, et dans certains cas de prendre en charge totalement, le montant de la cotisation annuelle. Lors des visites chez le médecin, l'ACS permettait également de bénéficier d'une dispense totale d'avance des frais. De plus, elle permettait de bénéficier des tarifs médicaux sans dépassement d'honoraires dans le cadre d'un parcours de soins coordonnés, quel que soit le médecin, même s'il pratique des honoraires libres (professionnels en " secteur 2 "), sauf en cas d'exigences particulières (visite en dehors des heures habituelles de consultation, visite à domicile non justifiée...). Elle dispensait aussi des franchises médicales et de la participation forfaitaire.

L'Aide médicale d'État (AME)

Depuis la réforme de la couverture maladie universelle en 2000, l'Aide médicale d'État⁴ permet aux étrangers en situation irrégulière en France d'avoir accès aux services de santé, sous conditions de ressources.

En résumé, on distingue trois formes d'AME :

- Le droit commun qui s'adresse aux personnes étrangères résidant sur le territoire depuis plus de trois mois, en situation irrégulière ;
- Les soins urgents qui prennent en charge ceux qui n'ont pas l'AME et dont l'absence de soins mettrait en jeu le pronostic vital ou pourrait conduire à une altération grave et durable de l'état de santé de la personne ;

⁴ Auparavant nommée aide médicale départementale
Pôle Documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon
www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html
www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.pdf
www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.epub

- L'humanitaire, pour les personnes de passage en France avec un visa touristique, qui ne bénéficient ni de la couverture sociale de leur pays d'origine, ni d'une assurance privée, et dont l'état de santé nécessite des soins imprévus.

> Pour connaître les modalités d'accès et les prestations de soins prises en charge : [site d'Ameli](#)

Depuis son instauration, elle n'a depuis cessé d'être remise en question, au gré des débats sur l'immigration dans la politique française⁵. La dernière restriction en date, votée dans la loi de finances pour 2020⁶, est entrée en vigueur le 2 juin 2021.

- Pour bénéficier de l'AME, il faut prouver que l'on réside depuis plus de trois mois en France (condition déjà en vigueur), mais aussi – et c'est une nouvelle condition – que cela soit la durée de résidence en situation irrégulière. Cela va empêcher ou retarder l'accès à l'AME dans certaines situations : étrangers entrés avec un visa expiré depuis, étrangers dispensés de visa incluant les ressortissants de l'Union européenne sans couverture dans leur pays d'origine, certains demandeurs d'asile déboutés.
- Les demandes d'AME doivent être déposées uniquement par le demandeur physique (et non par courrier), dans un bureau de l'assurance maladie ou auprès d'un établissement de santé (hôpital, permanence d'accès aux soins). Cela supprime de nombreux points d'accès de proximité : mairies, services sociaux départementaux, associations, etc., et ce d'autant plus que le nombre de bureaux de l'assurance maladie décroît.
- Pour des soins considérés comme non urgents, il est prévu un délai de 9 mois entre le dépôt de la demande d'AME et l'accès à certaines interventions chirurgicales ou certains soins de ville considérés comme secondaires : chirurgie de la cataracte ou de la hanche, certaines rééducations...
- L'AME est accordée pour une durée d'un an.

Ces nouvelles restrictions ouvrent une brèche majeure dans le principe de l'universalité de l'accès aux soins et vont rendre encore plus difficile l'accès à l'AME, qui était déjà compliqué. Telles sont d'ailleurs les conclusions d'une étude menée en 2019 par les universités de Bordeaux et de Paris-Dauphine et l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes)⁷. La logique de santé publique serait de faciliter l'accès à l'AME et non de la compliquer à chaque réforme, en l'intégrant à la protection universelle maladie pour toutes les personnes résidant sur le territoire national.

2023 – Il est question de réformer l'aide médicale d'Etat en aide médicale d'urgence au sein de la loi immigration en cours d'examen parlementaire.

Le Sénat a adopté un amendement en faveur d'une réforme de ce dispositif afin de le rapprocher du dispositif de "soins d'urgence et vitaux". L'AME serait ainsi transformée en Aide médicale d'urgence "centrée sur la prise en charge des situations les plus graves et sous réserve du paiement d'un droit de timbre". Son montant serait fixé par décret, d'après Françoise Dumont, sénatrice à l'initiative de l'amendement. Le panier de soins serait réduit aux examens de médecine préventive, aux traitements des maladies graves et aux douleurs aiguës, aux soins liés à la grossesse et à la vaccination réglementaire.

400 000 personnes bénéficient de cette aide, selon les estimations de juin 2022, pour une dépense prévue de 1,3 Md€ en 2023. La réforme permettrait de réduire les dépenses de 350 M€. Elle "aiderait

⁵ (2021). "AME : un recours insuffisant, un accès à faciliter." *Revue Prescrire* **41**(455). 697-698

⁶ Article 264 de la loi n° 2019-1479 du 28 décembre 2019 de finances pour 2020.

⁷ Jusot, F., Dourgnon, P., Guillaume, S., et al. (2019). "[Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas.](#)" *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)*(245).

Pôle Documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.epub

à stopper la distribution d'aides incontrôlées qui créent un appel d'air migratoire que la France ne contrôle plus du tout", selon la sénatrice. Cet avis n'est partagé ni par les rédacteurs du rapport de l'Igas de 2019 ni par l'ancien Défenseur des droits, Jacques Toubon. Les inspecteurs rappellent que l'AME répond à un principe éthique et humanitaire s'inscrivant dans le respect du droit international. Jacques Toubon et les inspecteurs s'opposent au préjugé selon lequel la qualité de notre système de santé créerait un "appel d'air" migratoire et constituerait un outil de la politique migratoire⁸.

7 novembre 2023 : Le Sénat a voté la suppression de l'aide médicale d'Etat.

Selon le projet, une aide médicale d'urgence serait mise en place. La ministre déléguée aux Professions de santé, Agnès Firmin Le Bodo, a toutefois rappelé que selon le gouvernement, cette réforme "n'a rien à faire dans le projet de loi sur l'immigration", ouvrant ainsi la voie à une annulation de la mesure par l'Assemblée nationale, qui se penchera à son tour sur le texte à partir du 11 décembre 2023.

> [Le Point, 7 novembre 2023](#)

LES ORGANISMES PRIVÉS

En principe, les organismes privés prennent en charge intégralement le ticket modérateur et le forfait hospitalier. En revanche, ils ne couvrent pas toujours les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins. Et ils sont incités par l'Etat à ne pas prendre en charge le montant des franchises non remboursables instituées par la loi du 13 août 2004 (1 € pour chaque consultation) et par la Loi de financement de la Sécurité sociale 2008 (0,50 € par boîte de médicament...)

En s'engageant au travers de contrats solidaires et responsables à ne pas prendre en charge ces franchises, ni les dépenses des patients qui consultent hors du parcours de soins coordonné, ils bénéficient d'exonérations fiscales et sociales.

L'adhésion aux régimes complémentaires d'assurance maladie peut être, soit facultative sur une base individuelle, soit obligatoire ou facultative sur une base collective. À quelques exceptions près, l'ANI du 13 janvier 2013 a généralisé la couverture complémentaire d'entreprise dans le secteur privé.

Pour les salariés travaillant dans les grandes entreprises, les contrats collectifs obligatoires fournissent généralement de plus hauts niveaux de garanties, en raison de la participation de l'employeur et de coûts de gestion plus faibles. Ils sont souvent proposés par des institutions de prévoyance ou des sociétés d'assurance, alors que les contrats facultatifs sont plutôt souscrits auprès des mutuelles⁹.

Les mutuelles et groupements mutualistes

Elles relèvent du Code de la Mutualité.

Représentant 86 % des organismes complémentaires santé mais seulement 59 % du marché correspondant, en raison du morcellement du secteur, les mutuelles et groupements mutualistes qui relevaient à l'origine de la charte de la mutualité de 1898 et continuent de fonctionner en vertu de l'autogestion, sont des organismes privés à but non lucratif qui ne peuvent pas pratiquer de discrimination en fonction de l'état de santé de la personne.

⁸ Louwagie, V. (2023). L'évaluation du coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière : Rapport d'information. Paris Assemblée nationale: 70.

⁹ Montaut A. (2016). Assurance complémentaire santé : les contrats collectifs gagnent du terrain », Études et Résultats, n°952, Drees

Ces organismes financent une couverture sociale complémentaire de la Sécurité sociale ainsi que des actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide, au moyen de cotisations dont le montant est indépendant des caractéristiques individuelles des adhérents.

Les remboursements maladie représentent les deux tiers de l'activité des mutuelles, mais celles-ci peuvent aussi gérer des risques longs (vieillesse, invalidité, décès) et effectuer des opérations de prévoyance d'entreprise.

Les institutions de prévoyance

Elles relèvent du Code de la Sécurité sociale.

Ce sont généralement de grandes institutions : elles représentent 17 % du marché de la complémentaire santé, alors qu'elles ne constituent qu'un peu plus de 4 % du nombre des organismes complémentaires. Parmi ces institutions, 12 ont un chiffre d'affaires santé supérieur à 100 M €.

Organismes de droit privé à but non lucratif, elles assurent une couverture complémentaire, et sont gérées de manière paritaire par les représentants des salariés adhérents, d'une part, et des entreprises employeurs, d'autre part.

Elles sont nécessairement constituées sur la base d'un accord collectif d'entreprise, mais l'adhésion des salariés n'est pas toujours obligatoire.

Elles interviennent aussi sur les autres champs de l'assurance : retraite, décès, incapacité, invalidité.

Les sociétés d'assurance

Elles relèvent du Code des Assurances.

Ce sont des organismes complémentaires à but lucratif, qui n'ont pas de mission sociale comme les précédents. Elles sont donc exclues des comptes de la protection sociale. Pourtant, les mêmes règles prudentielles sont applicables à l'ensemble des régimes complémentaires.

Représentant près de 10 % des organismes complémentaires santé et 25 % du marché, les sociétés d'assurance sont très diverses : si 20 d'entre elles ont un chiffre d'affaires santé supérieur à 100 M €, il existe un grand nombre de structures dont l'activité santé est marginale.

Conclusion : le développement de la protection complémentaire va-t-il à l'encontre du principe fondateur de solidarité ?

La protection sociale complémentaire s'est développée dans une double perspective : d'une part, améliorer la couverture offerte (en termes de qualité des soins ou du niveau de prestations) et, d'autre part, diminuer le reste à charge des assurés eu égard aux faibles montants remboursés par la Sécurité sociale obligatoire (exemple, en maladie, frais dentaires et optique).

Elle occupe désormais une place importante dans le fonctionnement du système de santé français au plan institutionnel comme au plan des prestations offertes.

La protection sociale complémentaire est mise en œuvre par des acteurs privés dans un cadre concurrentiel. Ceux-ci tendent à développer leurs actions, notamment en proposant des couvertures contre des risques qui ne sont pas encore pleinement pris en charge par la Sécurité sociale (par exemple : la prise en charge de la dépendance...).

Ce qui peut aller à l'encontre de la logique de la solidarité, qui avait présidé à la création du système français de protection sociale...¹⁰

LES SCENARIOS DU HAUT CONSEIL DE L'ASSURANCE MALADIE SUR L'ÉVOLUTION DE LA SECURITE SOCIALE

Plusieurs scénarios ont été présentés par le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie pour réformer le partage de la prise en charge des soins entre l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'assurance maladie complémentaire (AMC)¹¹. Le premier projet d'avis date de septembre 2021 et avait pour objectif principal était d'améliorer l'architecture générale.

Le premier schéma ne remet en cause ni les réformes mises en place depuis 2013, ni l'économie générale du système. Le premier axe vise à simplifier les règles de remboursement de l'AMO, en passant par la mise en place d'un « mécanisme de type bouclier sanitaire ». En parallèle, les règles de participation financière des patients pourraient être simplifiées (par exemple, forfaitisation de la participation financière à la dépense hospitalière). Concernant la couverture des personnes âgées modestes, un relèvement des plafonds d'éligibilité à la Complémentaire santé solidaire (CSS) est envisagé. Tous les salariés à temps partiel en CDI et ceux en CDD (à l'exception des contrats très courts) bénéficieraient d'une couverture collective. Pour les cas échappant à ce cadre, l'obligation de cofinancement devrait être systématisée sous la forme d'un versement santé. Enfin, micro-entrepreneurs et exploitants agricoles seraient encouragés à se protéger à travers une extension de l'incitation fiscale.

Le deuxième scénario étend le champ d'intervention de la Sécurité sociale. Il revient en quelque sorte à généraliser le dispositif des ALD à l'ensemble des patients. Dans ce cadre, est préconisée la suppression de tous les tickets modérateurs. La participation des patients aux frais d'hospitalisation serait également prise en charge par le RO, avec à terme une refonte dans les tarifs des séjours « ou dans d'autres modes de financement ». En revanche, les chambres particulières pourraient être prises en charge par les complémentaires. Concernant l'optique, le dentaire et les audioprothèses, la Sécurité sociale pourrait prendre intégralement en charge les paniers 100% santé. L'exonération ALD « n'aurait plus lieu d'être et serait supprimée ». La Complémentaire santé solidaire (CSS) (ou une partie) conserverait son intérêt pour interdire les dépassements d'honoraires, voire pour l'accès à un panier plus large. Cette deuxième piste impliquerait des évolutions en termes de régulation des dépenses et de rôle de l'Assurance Maladie. Elle passerait ainsi par une évolution de la politique conventionnelle, les remboursements de la Sécurité sociale seraient alignés sur le tarif de responsabilité et les rémunérations de professionnels libéraux devraient être remises à plat. Les dépassements restants pourraient être remboursés par les complémentaires. L'approche de la gestion du risque devrait être renouvelée à travers un renforcement de la prévention, en passant notamment par la politique conventionnelle. La réforme du tiers payant devrait être relancée. Les complémentaires verraient leur champ d'intervention fortement réduit. Dès lors, leur réglementation serait allégée et un certain nombre de dispositifs supprimés notamment l'obligation de souscription de l'employeur, les mécanismes spécifiques pour la Fonction publique et les travailleurs indépendants, les exonérations socio-fiscales des contrats collectifs. Pour financer ce

¹⁰ Matt J.L. (2008). *La protection sociale complémentaire*. In M. Montalembert (Ed.), *La protection sociale en France : les notices : mise à jour 2008* (pp. 48-55). Paris : La Documentation Française

¹¹ Programme de travail du HCAAM : 2016-2017 : la prospective du reste à charge et la régulation du système de santé (cf [site du HCAAM](#))..
Pôle Documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

scénario et l'augmentation des recettes de l'AMO, le HCAAM mise en partie sur les cotisations patronales et la CSG et s'interroge sur la mobilisation de la TVA et des ITAF.

Le troisième scénario consiste en une complémentaire obligatoire, universelle et mutualisée. Il pousse la logique de généralisation de la couverture complémentaire santé à tous les résidents en France et prolonge la logique d'encadrement des contrats. Il implique la reconnaissance de la complémentaire santé comme service d'intérêt économique général (SIEG). Ceci entraînerait une déclaration pour les opérateurs concernés au ministère de la Santé, à charge pour ce dernier d'en diffuser la liste. L'obligation de couverture porterait sur des garanties définies par voie complémentaire qui comporterait au moins le panier de soins Ani. La tarification pourrait rester libre ou être appuyée sur le risque collectif (ce qui permettrait de soulager l'effort des âgés). Dans une troisième option, l'écart maximal entre la prime la basse et celle la plus élevée serait plafonné. Un mécanisme de péréquation des risques devrait être mis en place. En revanche, la couverture de garanties non comprises dans le SIEG resterait libre.

Le dernier scénario est un décroisement entre l'intervention de l'AMO et de l'AMC. Il vise à passer d'une logique d'assurance « complémentaire » à « supplémentaire », dans laquelle AMO et AMC interviendraient sur des paniers de soins distincts. Les soins pris en charge majoritairement par les Ocam sortiraient de la prise en charge du RO (optique, soins et prothèses dentaire, audioprothèses, médicament à SMR faible ou modéré, ...). « Tous les soins du panier remboursable actuel qui resteraient dans le panier public seraient alors remboursés à 100% sur la base des tarifs de responsabilité avec suppression de l'ensemble des copaiements actuels ». Certains publics bénéficieraient de « droits élargis », les bénéficiaires de la CSS conserveraient leur panier de soins actuel, qui pourrait être étendu à d'autres populations (moins de 18 ans par exemple). Cette hypothèse modifierait les règles du marché en passant par la liberté de s'assurer et une simplification du cadre réglementaire (allègement des contrats responsables). De même, la régulation des secteurs financés au premier euro par les opérateurs privés serait également revue.

Un autre avis du HCAAM présenté le 18 novembre 2021 a actualisé ces analyses sur les 4 scénarios étudiés en précisant notamment l'impact financier. Le scénario le plus documenté est le scénario 2. Ce scénario coûterait 22,4 Mds € par an aux finances publiques. La suppression du ticket modérateur (aujourd'hui acquitté par les Ocam) conduirait à 18,8 Mds € de dépenses supplémentaires pour l'AMO. Une facture qui se réduirait à 17,1 Mds €, si les franchises et participations forfaitaires étaient maintenues. Les soins de ville représenteraient 8,9 Mds €, la suppression du reste à charge hospitalier 3,3 Mds €, et celui des médicaments 4,6 Mds €. Et le coût du 100% santé en optique, dentaire, et audioprothèses représenterait, quant à lui, 2 Mds €. Par ailleurs, le recul de l'activité des complémentaires santé, entraînerait un repli de 70%, soit 27 Mds dont 19,7 Mds € en lien avec l'extension du périmètre de l'AMP et 7,3 Mds € faisant suite à la désaffiliation d'un grand nombre d'assurés mal couverts. Cela impliquerait ainsi un effondrement du rendement de la TSA (Taxe de solidarité additionnelle) estimé à 3,5 Mds €. Comme avancé lors de premiers travaux, le surcoût pour les dépenses publiques pourrait être financé par les cotisations patronales ou la CSG. Les économies sur les frais de gestions atteindraient, quant à elles, 5,4 Mds €. Concernant le scénario 3, reposant sur une assurance complémentaire « obligatoire, universelle et mutualisée », le HCAAM souligne : « si une requalification en régime de sécurité sociale intervenait, les ressources affectées à cette complémentaire généralisée deviendraient donc des prélèvements obligatoires. Ceci représenterait une augmentation du taux de prélèvements obligatoires de l'ordre de 1,5 % du PIB ». Enfin, concernant la dernière piste envisagée, soit le scénario 4 (« décroisement entre les domaines d'intervention de l'assurance maladie obligatoire et des assurances complémentaires »), l'augmentation des remboursements AMO atteindrait 2,7 Mds €, auxquels s'ajouterait également la réduction des recettes de la TSA, soit 0,2 M €. Au total le coût pour les finances publiques atteindrait donc 2,9 Mds €.

- Consulter aussi sur le blog du Collège des économistes de la santé (CES), le « position paper » intitulé « [Vers une grande Sécu, enfin ?](#) » (F. Jusot, J. Wittwer) – 16 novembre 2021.

A ce jour, aucune réforme de la Sécurité sociale n'a été mise en place.

Bibliographie

PROTECTION COMPLEMENTAIRE : PANORAMA D'ENSEMBLE

Publications Irdes

2023

Pierre, A. et Or, Z. (2023). [Is Public-Private Mix in French Health System Sustainable?](#) Document de travail Irdes ; 91. Paris Irdes: 28.

2022

Bricard, D., Dourgnon, P. et Poucineau, J. (2022). [Effets attendus sur la pauvreté de huit politiques de santé introduites dans la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté et dans le Ségur de la santé. Une revue de la littérature.](#) Document de travail Irdes ; 86. Paris Irdes: 52.

Dourgnon, P., Jusot, F., Marsaudon, A., et al. (2022). "[Just a question of time? Explaining non-take-up of a public health insurance program designed for undocumented immigrants living in France.](#)" *Health Economics, Policy and Law* **18**(1): 32-48.

Pichetti, S. et Espagnacq, M. (2022). "[Profils de consommation de soins et couverture complémentaire des bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés \(AAH\).](#)" *Questions D'Economie de la Santé (Irdes)*(271): 1-8.

Pierre, A. (2022). [Marché de la complémentaire santé, inégalités et préférences en matière de couverture : les effets de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise.](#) Document de travail Irdes ; 89. Paris Irdes: 56.

Pierre, A., Or, Z. et Palley, H. é. (2022). [The Public/Private Healthcare Mix in France: Implications and Current Debates. The Public/Private Sector Mix in Healthcare Delivery: A Comparative Study.](#), Oxford : Oxford University Press: 94-105.

Pierre, A. et Rochereau, T. c. (2022). "[L'absence de couverture par une complémentaire santé en France en 2019. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne \(EHIS\).](#)" *Questions D'Economie de la Santé (Irdes)*(268): 1-6.

2021

Bricard, D., Dourgnon, P., Poucineau, J., et al. (2021). [Effets attendus sur la pauvreté de huit politiques de santé introduits dans la stratégie et dans le Ségur de santé : une revue de littérature \(Irdes\).](#) Comité d'évaluation de la stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté : Rapport 2021., Paris : France stratégie: 45-103.

Poucineau, J., Bricard, D. et Dourgnon, P. (2021). "[Quels effets attendre sur la pauvreté des mesures de santé introduites dans la Stratégie nationale de prévention et de lutte contre la pauvreté ? Proposition de schéma théorique et revue des expériences françaises et étrangères.](#)" Questions D'Economie de la Sante (Irdes)(259): 8.

2020

Or, Z., Pierre, A., Flood, C. M. e., et al. (2020). [The Public-Private Mix in France: A Case for Two-Tier Health Care. Is Two-Tier Health Care the Future?](#), Ottawa : University of Ottawa Press: 237-266.

2019

Dourgnon, P., Guillaume, S., Jusot, F., et al. (2019). "[Étudier l'accès à l'Aide médicale de l'État des personnes sans titre de séjour. L'enquête Premiers pas.](#)" Questions D'Economie de la Sante (Irdes)(244): 8.

Jusot, F., Dourgnon, P., Guillaume, S., et al. (2019). "[Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas.](#)" Questions D'Economie de la Sante (Irdes)(245): 8.

Wittwer, J., Raynaud, D., Dourgnon, P., et al. (2019). "[Protéger la santé des personnes étrangères en situation irrégulière en France. L'Aide médicale de l'État, une politique d'accès aux soins mal connue.](#)" Questions D'Economie de la Sante (Irdes)(243): 8.

2018

Carré, B., Perronnin, M. (2018). [Évolution de la dépense en part de complémentaire santé des bénéficiaires de la CMU-C : analyse et prévision.](#) Paris : Irdes / Fonds CMU.

Jusot, F. et Perronnin, M. (2018). "[Le reste à charge comme instrument de régulation des dépenses de santé.](#)" Actualite et Dossier en Sante Publique(102): 19-23.

Lapinte, A. et Perronnin, M. (2018). "[96 % des salariés ont accès à une assurance complémentaire santé d'entreprise en 2017.](#)" Questions D'economie De La Sante (Irdes)(236): 1-6
2017

Jusot, F., R. Legal, A. Louvel, C. Pollak and A. Shmuel (2017). "[Assurance maladie et complémentaires santé : comment contribuent-elles à la solidarité entre hauts et bas revenus ?](#)" Questions D'economie De La Sante (Irdes)(225): 1-6.

Perronnin, M. et Louvel, A. c. (2018). "[La complémentaire santé en 2014 : 5 % de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres.](#)" Questions D'economie De La Sante (Irdes)(229): 1-6.

Perronnin, M. et Louvel, A. c. (2018). "[La complémentaire santé en 2014 : 5 % de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres.](#)" Etudes et Resultats (Drees)(1048): 1-6.

Pierre, A. (2018). [Assurance maladie complémentaire: régulation, accès aux soins et inégalités de couverture.](#) Paris Université Paris Dauphine: 199 , tab., graph., fig.

Pierre, A. and F. Jusot (2017). "The Likely Effects of Employer-Mandated Complementary Health Insurance on Health Coverage in France." *Health Policy On line*: 1-8.

Pierre, A. and F. Jusot (2017). [The Likely Effects of Employer-Mandated Complementary Health Insurance on Health Coverage in France](#). Document de travail Irdes ; 67bis. Paris Irdes: 27.

2016

Franc, C. and A. Pierre (2016). "[Restes à charge élevés : profils d'assurés et persistance dans le temps](#)." *Questions D'economie De La Sante (Irdes)*(217): 1-6.

Perronnin, M. (2016). "[Restes à charge publics en ville et à l'hôpital : des taux d'effort inégalement répartis](#)." *Questions D'economie De La Sante (Irdes)*(218): 1-8.

2015

Barnay T., Franc K., Jusot F. (2015). [La santé et les soins : prise en charge, déterminants sociaux, conséquences professionnelles](#) : Introduction générale. *Economie et Statistique*, (475-476)

Celant N, Dourgnon P., Guillaume S., et al. (2014). [L'Enquête santé et protection sociale \(ESPS\) 2012. Premiers résultats](#). *uestions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (198)

2014

Celant N. Guillaume.S., Rochereau S. (2014). [Enquête sur la santé et la protection sociale 2012](#). Les rapports de l'Irdes ; 556. Paris : IRDES.

Franc C., Perronnin (M.), Pierre A. (2014). [Supplemental health insurance and healthcare consumption : a dynamic approach to moral hazard](#) : Paris : Irdes.

Guthmuller S. J. (2014). [Comment expliquer le non recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ?](#) Les résultats d'une enquête auprès des bénéficiaires potentiels à Lille en 2009. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (195).

2013

Dourgnon P., Or Z., Sorasith C. (2013). [L'impact du dispositif des affections de longue durée \(ALD\) sur les inégalités de recours aux soins ambulatoires entre 1998 et 2008](#). *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (183).

Rochereau T., Azogui-Levy S. (2013). [La prise en charge du suivi bucco-dentaire des personnes diabétiques est-elle adaptée ? Exploitation de l'enquête ESPS 2008](#). *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (185).

2012

Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2012). [Panorama de la complémentaire santé collective en France en 2009 et opinions des salariés sur le dispositif](#). *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (181).

Dourgnon P., Guillaume S., Rochereau T. (2012). [Enquête sur la santé et la protection sociale 2010](#). Rapport Irdes ; 1886. Paris : Irdes

Berchet C., Jusot F. (2012). [Etat de santé et recours aux soins des immigrés en France : une revue de la littérature](#). In : Numéro thématique - Santé et recours aux soins des migrants en France. *Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire*, (2-3-4) : 17-20

Dourgnon P., Jusot F., Fantin R. (2012). [Payer peut nuire à votre santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé](#). (47) : -30p.

2011

Desprès C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F. (2011). [Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique](#). *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (170) : -6p.

Desprès C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F. (2011). [Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique](#). *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (169) : -7p.

Afrite A., Bourgueil Y., Dufournet M., Mousques J. (2011). [Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires ?](#) *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (165) : -8p.

Dourgnon P., Desprès C., Fantin R., Jusot F. (2011). [Dépense de santé et accès financier aux services de santé : une étude du renoncement aux soins](#). In : Comptes nationaux de la santé 2010. *Série Statistiques - Document de Travail - Drees*, (161) : 85-96.

Desprès C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F. (2011). [Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique](#). *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (170) : -6p.

Guthmuller S., Jusot F., Wittwer J., Desprès C. (2011). [Le recours à l'Aide complémentaire santé : les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille](#). *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (162) : -8p.

Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2011). [La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès](#). *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (161) : -4p.

2010

Debrand T., Dourgnon P. (2010). [Building bridges between health economics research and public policy evaluation](#). *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 10 (6) : 627-640.

Debrand T., Sorasith C. (2010). [Apports du modèle de microsimulation Arammis : une analyse des effets redistributifs du plafonnement des restes à charge en ambulatoire](#). *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (159) : 1-8.

Debrand T., Sorasith C. (2010). [Out-of-pocket maximum rules under a compulsory health care insurance scheme : a choice between equality and equity](#) ; Paris : Irdes. Document de travail (Irdes) ; 34

Franc C., Perronnin M., Pierre A. (2010). [Subscribing to supplemental health insurance in France : a dynamic analysis of adverse selection](#) ; Paris : Irdes. Document de travail (Irdes) ; 35

Guillaume S., Rochereau T. (2010). La [protection](#) sociale complémentaire collective : des situations diverses selon les entreprises. *Questions d'Economie de la Sante (Irdes)*, (155) : -4p.

Guthmuller S., Jusot F., Wittwer J., Desprès C. (2010). [Le recours à l'Aide complémentaire santé : les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille](#) ; Paris : Irdes. Document de travail (Irdes) ; 36

Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. (2010), [Rapport Irdes n° 1800 « Enquête sur la santé et la protection sociale 2008 »](#). Paris : Irdes

Debrand T., Sorasith C. (2010). [Bouclier sanitaire : choisir entre égalité et équité ?](#) Une analyse à partir du modèle Arammis ; Paris : Irdes. Document de travail ; 32

Franc C., Perronnin M., Pierre A. (2010). [Qui a souscrit une surcomplémentaire ? Une analyse dynamique de l'auto-sélection](#). *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (150) : 1-6.

Grignon M., Kambia-Chopin B. (2010). [Quelle subvention optimale pour l'achat d'une complémentaire santé](#). *Questions d'Economie de la Sante (Irdes)*, (153) : 6p.

2009

Cases C., Franc K., Perronnin M., Pierre A. (2009). Analyse des consommations de soins des bénéficiaires de la MGET+ ; rapport final ; Paris : MGET ; Paris : Irdes.

Grignon M., Kambia Chopin.B. (2009). [Income and the demand for complementary health insurance in France](#) ; Paris : Irdes

Or Z., Cases C. (2009). [France : rising taxes on private health insurers](#). *Health Policy Developments*, (12) : 38-40.

Perronnin M. (2009). La couverture complémentaire santé en France. In G.de.Pouvourville (Ed.), *Traité d'économie et de gestion de la santé* (pp. 387-392). Paris : Editions de Santé ; Paris : SciencesPo Les Presses

2008

Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. (2008). [Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006](#). Rapport Irdes ; 1701. Paris : Irdes.

Cases C. (2008). [L'accès à la complémentaire santé pour les plus défavorisés : quel bilan ?](#) In : [Les assurances complémentaires](#). *Lettre du Collège (La)*, (2) : 5-6.

Franc C., Couffinhal A. (2008). [Analyse économique du secteur de l'assurance maladie complémentaire pour la France](#). *Lettre du Collège (La)*, 19 (2) : 2-4.

Franc C., Perronnin M., Pierre A. (2008). [Private supplementary health insurance : retirees' demand](#) : Paris : Irdes

Kambia- Chopin.B., Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2008). Les contrats individuels de complémentaire santé : quel poids dans le budget des ménages ?, *Enquête Santé et Protection Sociale 2006* (pp. 45-55). Paris : Irdes

2007

Franc C., Perronnin M. (2007). [Aide à l'acquisition d'une assurance maladie complémentaire : une première évaluation du dispositif ACS](#). *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (121) : 1-6.

Grignon M., Perronnin M., Lavis J.N. (2007). Does free complementary health insurance help the poor to access health care ? Evidence from France. *Health Economics*, 17.

Perronnin M. (2007). [Analyse de la variabilité de la dépense en part complémentaire des bénéficiaires de la CMU-C](#) : rapport final : Paris : Fonds CMU.

2006

Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. (2006). [L'Enquête Santé Protection Sociale 2004, un outil d'analyse pluridisciplinaire de l'accès aux soins, de la couverture maladie et de l'état de santé des Français](#). *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (105) : 4p.

Cases C. (2006). Impact des complémentaires santé dans l'économie de la santé, Une identité mutualiste forte pour de nouveaux défis. Marseille, 28-3-2006. Montreuil : Viva

Franc C., Perronnin M. (2006). [Note de l'Irdes sur la classification des contrats de couverture complémentaire](#) : Annexe 3, *Evolution du prix et du contenu des contrats ouvrant droit au crédit d'impôt (en application de l'article L863-5 du Code de la Sécurité Sociale)* (pp. 39-53). Paris : Fonds CMU

Grignon M., Perronnin M., Lavis J.N. (2006). [Does free supplementary health insurance help the poor to access health care ? Evidence from France](#) : Hamilton : McMaster University

2005

Franc C. (2005). Quelles perspectives pour l'assurance maladie complémentaire ? In : Les nouvelles frontières de la santé. *Sève : les Tribunes de la Santé*, (6) : 43-48.

Lengagne P., Perronnin M. (2005). [Impact des niveaux de garantie des complémentaires santé sur les consommations de soins peu remboursées par l'Assurance maladie : le cas des lunettes et des prothèses dentaires](#). *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (100) : 6p.

2004

Pôle Documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.epub

Couffinhal A., Perronnin M. (2004). Accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursement. Enquête ESPS 2000 et 2002. Rapport Credes. Paris : Credes.

Couffinhal A., Perronnin M. (2004). [Accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursement](#). Enquête ESPS 2000 et 2002. *Questions d'Economie de la Santé (Credes)*, (80) : 6p.

Grignon M., Perronnin M. (2004). [Mesure empirique de la valeur économique de la couverture complémentaire maladie universelle pour ses bénéficiaires, à partir des données de l'assurance maladie et d'une enquête auprès des ménages](#). Rapport Irdes. Paris : Fonds CMU.

Perronnin M. (2004). [Les primes de contrats individuels des couvertures complémentaires en 1998](#). *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (90) : 8p.

2003

Grignon M. (2003). [Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations de soins](#). *Questions d'Economie de la Santé (Credes)*, (74) : 6p.

Grignon M. (2003). [Qui change de couverture complémentaire maladie et pourquoi ? Une étude longitudinale réalisée à partir de l'enquête ESPS 1988-1998](#). *Questions d'Economie de la Santé (64)* : 6p.

2002

Buchmueller T.C., Couffinhal A., Grignon M., Perronnin M., Szwarcenstein K. (2002). [Consulter un généraliste ou un spécialiste : influence des couvertures complémentaires sur le recours aux soins](#). *Questions d'Economie de la Santé (Credes)*, (47) : 8p.

Dourgnon P., Sermet C. (2002). [La consommation de médicaments varie-t-elle selon l'assurance complémentaire ?](#) *Questions d'Economie de la Santé (Credes)*, (52) : 4p.

Dourgnon P., Sermet C. (2002). [La consommation de médicaments varie-t-elle selon l'assurance complémentaire ?](#) Rapport Credes. Paris : Credes.

2001

Perronnin M. (2001). Généralistes versus spécialistes : une étude de l'influence des couvertures complémentaires santé sur les comportements de consommation à partir de l'enquête Santé et Protection Sociale 1998. Mémoire fin 3ème année Ensae : 2000-2001. Paris : Ensae.

2000

Dourgnon P., Grignon M., Jusot F. (2001). L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? Une revue de littérature. *Questions d'Economie de la Santé (Credes)*, (43) : -8p.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes43.pdf>

Pôle Documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.epub

1994

Couffinhal A. (1994). L'assurance complémentaire en France : une approche économique. DEA d'Economie Appliquée ; Economie et Finances Internationales. Paris : Ieps.

1993

Bocognano A. (1993). Qui bénéficie d'un bon niveau de protection sociale face au risque maladie en France ?, De l'analyse économique aux politiques de santé : actes de l'atelier 3 Paris, 16-12-1993. P Paris : Credes

1992

Bocognano A. (1992). Evolution de la protection sociale entre 1980 et 1990. Rapport Credes. Paris : Credes.

Autres publications

2023

CNLE (2023). [Avis du CNLE sur le rapport 2022 de la complémentaire santé solidaire](#). Paris CNLE: 20.

CTIP, P. (2023). [L'activité des institutions de prévoyance en 2022](#). Paris CTIP.

CTIP, P. (2023). [Cahier statistique 2022 des institutions de prévoyance](#), Paris : CTIP

Le Rollan, D., Mendras, P., Roy, D., et al. (2023). "[Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État - Un testing portant sur une première prise de rendez-vous médical par téléphone auprès des généralistes, des ophtalmologues et des pédiatres.](#)" Dossiers De La Drees (Les)(109): 70.

Le Défenseur des Droits (2023). [Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire et de l'Aide médicale de l'État](#). Paris Le Défenseur des droits: 25.

Ministère chargé de la Santé (2023). [Rapport annuel sur la complémentaire santé solidaire](#). Paris ministère chargé de la santé : 69.

2022

Alazard, V. (2022). "Les regroupements d'organismes assureurs sur le marché de la protection sociale complémentaire." Revue De Droit Sanitaire Et Social(5): 948- 961.

André, J.-M., Del Sol, M. et Moisdon-Chataigne, S. (2022). "[L'articulation entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire : quelles implications pour la solidarité ?](#)" Regards **60**(1): 129-141.

- Arnaud, F., Lefebvre, G., Mikou, M., et al. (2022). [Les dépenses de santé en 2021 – édition 2022 - Résultats des comptes de la santé](#). Panoramas de la DREES. Paris Drees: 285.
- Ayari, A., Dieu, C., Dolz, J., et al. (2022). [Le revenu de solidarité active \(RSA\) et la complémentaire santé solidaire \(CSS\) : la nécessité d'une complémentarité effective de ces deux dispositifs afin de garantir l'accès aux soins des publics précaires](#). Saint-Etienne EN3S: 90.
- Batifoulier, P. et Del Sol, M. (2022). [Plus d'assurance santé pour moins de protection ? Le patient face au marché](#), Rennes : Institut de l'Ouest : Droit de l'Europe
<https://www.calameo.com/amplitude-du-droit/read/0069682465953e0a9d360>
- Bertrand, M. (2022). "La protection sociale complémentaire à l'épreuve du droit des données personnelles." [Revue De Droit Sanitaire Et Social](#)(3): 553-656.
- Cabannes, P. Y. (2022). "[Fin 2018, un bénéficiaire de minima sociaux sur six n'avait pas de complémentaire santé](#)." [Etudes et Resultats \(Drees\)](#)(1232): 6 , tab.
- CCSS (2022). Les comptes de la sécurité sociale. Résultats 2021, prévisions 2022 et 2023. Paris CCSS: 2 vol. (179 +105).
https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/CCSS_tome1.pdf
https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/CCSS_tome2.pdf
- Cour des Comptes (2022). [La réforme du 100 % santé](#). Paris Cour des comptes : 73.
- De Willencourt, C. (2022). [Rapport 2021 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé](#). Paris Drees: 80.
- Del Sol, M. (2022). "[Nouveau Regard sur « L'articulation entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire : quelles implications pour la solidarité ? »](#)." [Regards](#) **60**(1): 142-148.
- FNMF (2022). [Mutuelles : des cotisations qui augmentent avec les dépenses santé des Français ?](#), Paris : FNMF
- Fouquet, M. et Pollack, C. (2022). "[L'assurance maladie publique contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu](#)." [Etudes et Resultats \(Drees\)](#)(1220): 8 , graph., tab.
- Fouquet, M. et Pollak, C. (2022). [Impact des assurances complémentaires santé et des aides socio-fiscales à leur souscription sur les inégalités de niveau de vie](#). Paris Drees: 32 , tab., graph.
- Gueniau, J. (2022). [Bouclier sanitaire : un scénario de repli à oublier de toute urgence](#), Paris : Institut Sapiens
<https://www.institutsapiens.fr/bouclier-sanitaire-un-scenario-de-repli-a-oublier-de-toute-urgence/>
- Gueniau, J. (2022). [Grande Sécu : la solution est délétère. Une contreproposition est nécessaire](#), Paris : CES
- Gueniau, J., Houis, M. S., Lacam Denoel, V., et al. (2022). [Régime obligatoire, régime complémentaire : Parité Assurance s'engage dans le débat. Libre blanc](#). Paris Institut Sapiens: 44.
- Gueniau, J. et Moukala Same, G. (2022). [La face cachée des propositions du HCAAM](#). Paris Institut Sapiens: 38.

- Gueniau, J. et Moukala-Same, G. (2022). [Le rôle des complémentaires santé dans le processus d'innovation](#), Paris : Institut Sapiens
- HCAAM (2022). [La place de la complémentaire santé et prévoyance en France](#). Paris HCAAM: 2 vol. (43 +39).
- HCAAM (2022). [Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre sécurité sociale et assurance maladie complémentaire](#). Paris HCAAM: 138 , ann.
- Imbert, C. (2022). [Rapport d'information fait au nom de la commission des affaires sociales sur l'enquête de la Cour des comptes sur la réforme du 100 % santé](#). Paris Sénat: 29 + annexes.
- Institut Sapiens (2022). [La vérité sur les frais de gestion des complémentaires santé](#), Paris : Institut Sapiens
<https://www.institutsapiens.fr/la-verite-sur-les-frais-de-gestion-des-complementaires-sante/>
- Jegot, R., Pierru, F., Canil, I., et al. (2022). "[La grande Sécu que nous voulons](#)." *Pratiques : Les Cahiers De La Medecine Utopique*(97): 1-66.
<https://pratiques.fr/-Pratiques-No97-La-Grande-Secu-que-nous-voulons>
- Pellet, R. (2022). "[Les réformes financières : bilan et perspectives](#)." *Seve : les Tribunes de la Santé*(71): 111-122.
- Pierru, F. (2022). "« [La Grande Sécu](#) » : une réorientation substantielle du financement de la santé en France ?" *Raison présente* **223-224**(3): 15-23.
- Pradier, P. C., Borella, L., Daniel, J. M., et al. (2022). "Quel avenir pour les complémentaires santé ?" *Risques*(129): 43-107.

2021

- (2021). [Complémentaires santé Plus de 4 % d'inflation en 2021](#), Paris : UFC
- Barbier, J. C., Zemmour, M. et Theret, B. (2021). [Le système français de protection sociale](#), Paris : Editions La Découverte
- Batifoulier, P., Duchesne, V. et Ginon, A.-S. (2021). "[La construction d'un « marché éduqué » de l'assurance santé : une réorientation de la solidarité ?](#)" *La Revue de l'Ires* **103-104**(1): 21-44.
- Bazzochi, D. (2021). "Entre État et marché : quel rôle futur pour l'assurance de santé en France ?" *Revue D'economie Financiere*(143): 95-108
- Bouzou, N. et Moukala Same, G. (2021). [Complémentaire santé : moteur de l'innovation politique](#). Paris : Fondation pour l'Innovation Politique.
- Caniard, E. (2021). "L'étouffement progressif des OCAM." *Revue D'economie Financiere*(143): 109-122
- Comer, C. (2021). "[Bricoler une action municipale de santé à faible coût ou rebâtir des solidarités organisées ? Regard sur la diversité des « mutuelles communales »](#)." *La Revue de l'Ires* **103-104**(1): 131-155.

Cornu Pauchet, M., Bellabas, A., Despierre, B., et al. (2021). [La réforme de la complémentaire santé solidaire : quelles incidences organisationnelles sur les caisses d'assurance maladie ?](#) Saint-Etienne EN3S, Ecole Nationale Supérieure de Sécurité Sociale

Cour des Comptes (2021). [Les complémentaires santé : un système très protecteur mais peu efficient.](#) Paris Cour des Comptes : 150.

Davet, J. L., Gueniau, J. et Tison, E. (2021). [Oser une nouvelle complémentarité entre la sécurité sociale et les complémentaires santé.](#) Paris Institut Sapiens: 20.

FCSS (2021). "[Retour sur 2020, l'année du renouveau de la complémentaire santé solidaire.](#)" [La Complémentaire Santé Solidaire Et L'accès Aux Soins](#)(1): 5.

FFA (2021). Redessiner l'assurance santé au bénéfice de tous les Français : Livre blanc. Paris : Fédération française des assurances : 48.

Franc, C., Raynaud, D., Barnay, T. c., et al. (2021). Le financement du risque maladie en France : quelle place pour une assurance privée concurrentielle en complément de l'assurance publique ? [Le système de santé français aujourd'hui : enjeux et défis.](#), Paris : Éditions Eska: 83-104.

Gay, R., Sauvat, C., Batifoulier, P., et al. (2021). "[Assurance santé : aux frontières du public et du privé.](#)" [Revue De L'ires](#)(103-104).

Gay, R. et Sauviat, C. (2021). "[Introduction : les frontières public/privé de l'assurance santé aux États-Unis et en France.](#)" [La Revue de l'Ires](#) **103-104**(1): 3-19.

Gonzalez, L., Lefebvre, G., Mikou, M., et al. (2021). [Les dépenses de santé en 2020 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2021.](#) Panoramas de la DREES. Paris Drees: 225.

Goron, G., Houssoy, T. et Benoit, C. (2021). Europeanized, marketized but still governed by the State? Private Health Insurance in France. [Private Health Insurance and the European Union.](#), Cham : Palgrave Macmillan: 191-218.

Gueniau, J. (2021). [Osons une nouvelle complémentarité entre la sécurité sociale et les complémentaires santé.](#) Paris : Institut Sapiens

HCAAM, P. (2021). [Complémentaire santé et prévoyance.](#) Paris HCAAM: 43, ann.

Hoibian, S., Marsico, G., Geracl, M., et al. (2021). "[Confiance et protection sociale.](#)" [Regards](#)(58): 212.

Huteau G. (2021). Le droit de la protection sociale : systèmes et finalités. Paris : Presses Ehesp.

Kervasdoue, J. d. (2021). "Assurance maladie : l'impossible colmatage du tonneau des Danaïdes." [Revue D'economie Financiere](#)(143): 61-79.

Kervasdoue, J. d., Okma, K. G. H., Marmor, R., et al. (2021). "Le financement de la santé." [Revue D'economie Financiere](#)(143): 9-230.

Laurent, E. (2021). [Construire une protection sociale-écologique : le cas de la France face aux canicules.](#) Paris Ofce: 26.

Loiseau, R. (2021). "[Complémentaires santé : en 2016, les seniors restent moins bien couverts malgré une hausse des garanties depuis 2011.](#)" *Etudes et Resultats (Drees)*(1198): 6 , tab., Fig.

Renaudin, A. (2021). [Etat des lieux et perspectives pour la prévoyance.](#) Paris Le Cercle de l'Assurance : 50.

2020

Adjerad, R. (2020). [Rapport 2020 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé.](#) Paris Drees: 76.

Aésio (2020). [Améliorer le système de santé français : les enseignements internationaux et les leviers de performance.](#) *Les Carnets Aésio.* Paris Aésio: 15.

Bas, A. C., Dourgnon, P., Azogui-Levy, S., et al. (2020). "[Impact of fees on access to dental care: evidence from France.](#)" *European Journal of Public Health* **30**(6): 1066-1071.

Bec, C., Gombert, F., Paris, V., et al. (2020). "[Les transformations de l'Assurance maladie.](#)" *Seve : les Tribunes de la Sante*(65): 27-102.

Bec, C. et Lochard, Y. (2020). "L'assurance maladie : une obligation bien tempérée." *Seve : les Tribunes de la Sante*(65): 27-38.

Belabbas, A., Despierres, B., Diop, V., et al. (2020). "[Les impacts organisationnels de la Complémentaire santé solidaire \(CSS\).](#)" *Regards* **58**(2): 179-190.

Belabbas, A., Despierres, B., Diop, V., et al. (2020). [La réforme de la Complémentaire Santé Solidaire : quelles incidences organisationnelles sur les caisses d'assurance maladie ?](#) Saint-Etienne EN3S: 139.

Dormont, B. et Gayet, B. (2020). Impact de l'accueil [des](#) bénéficiaires de la CMU-C sur l'activité des médecins et des dentistes libéraux. Paris Legos: 34.

Drees (2020). [Couverture des risques sociaux par les organismes privés d'assurances en 2018.](#) Paris : Drees: 3 , Tab., graph.

FCSS (2020). [Fonds de la Complémentaire Santé Solidaire. Rapport d'activité 2019.](#) Paris Fonds de la Complémentaire Santé Solidaire : 150 , tabl., fig.

FCSS (2020). "[L'accueil des patients bénéficiaires de la CMU-C : une baisse des dépassements par acte mais pas d'impact sur les honoraires totaux des médecins et dentistes libéraux.](#)" *References Etude*(2): 2.

France Assos Santé. (2020). [Renoncement aux soins, restes à charge, refus de soins : Comment lever les barrières de l'accès aux soins ?](#), Journée de l'Assurance maladie, 25 novembre 2019. Paris : France Assos Santé

HCFEA (2020). [L'incidence des Réformes du « 100 % santé » et de la complémentaire santé solidaire pour les personnes âgées. Avis-note et synthèse.](#) Paris HCFEA: 3 vol. (1;75;16).

Houssin, D. (2020). "[Rapport 19-10. Couverture santé universelle : utopie aujourd'hui, réalité demain. Qu'apporte l'expérience française ?](#)" *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine* **204**(2): 118-123.

Loiseau, R. (2020). "[Aide au paiement d'une complémentaire santé : un niveau de couverture équivalent à celui des contrats du marché individuel en 2018.](#)" *Etudes et Resultats (Drees)*(1142): 5.

Mazevet, M. E., Garyga, V., Mayne, C., et al. (2020). "2018 French dental contracts: On the road to achieving universal dental health coverage?" *Health Policy* **124**(8): 781-786.

Pelen, F. et Bouzou, N. (2020). [Point vision : l'avenir de la filière visuelle et évaluation des recommandations de l'Igas.](#) Paris Asterès: 2 vol. (65 +12).

Raynaud, D. (2020). [Quels restes à charge en France ?](#), Paris : France Assos Santé
<https://www.france-assos-sante.org/wp-content/uploads/2020/08/Actes-journee-AM-25-nov->

Pellet, R. (2020). "Vers la suppression du Fonds de la Complémentaire santé solidaire ?" *Journal De Droit De La Sante Et De L' Assurance Maladie*(25): 133-134.

Tison, E., Calmels, D. et Kyrlesku, A. (2020). [Sécuriser et améliorer notre système de santé : capitaliser sur nos points forts pour corriger nos faiblesses.](#) Paris Institut Sapiens: 98.

Unocam (2020). [Glossaire de l'assurance complémentaire](#), Paris : Unocam

Waneck, T. (2020). "[Le reste à charge zéro, fin d'un cycle ou nouvelle perspective ?](#)" *Seve : les Tribunes de la Sante*(65): 79-94.

2019

(2019). "[En cas de problème de santé, les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS s'adresseraient davantage au pharmacien que le reste de la population et moins au médecin de ville.](#)" *References Etude*(1): 2.

Adjerad, R. (2019). "[Complémentaire santé : la hausse modérée de la part des contrats collectifs se poursuit en 2017.](#)" *Etudes et Resultats (Drees)*(1112): 4.

Adjerad, R. (2019). [La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé](#) - Rapport 2019. Paris Drees: 76.

Adjerad, R., Perronnin, M., Pollak, C., et al. (2019). [La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties](#) - édition 2019, Paris : Drees

Chaumel, D., Gratioux, L., Lidsky, V., et al. (2019). [Protection sociale complémentaire des agents publics. Rapport spécifique à la fonction publique hospitalière.](#) Paris Igas: 101 , tab.

Cnam (2019). [Nouvelle complémentaire santé solidaire : plus simple, plus large et plus protectrice pour un meilleur accès aux soins](#), Paris : Cnam

Denormandie, P. (2019). [Améliorer l'accès aux soins des personnes en situation de handicap accompagnées par un établissement ou service médico-social.](#) Paris CNSA: 26.

FCSS (2019). "[En cas de problème de santé, les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS s'adresseraient davantage au pharmacien que le reste de la population et moins au médecin de ville.](#)" *References Etude*(1): 2.

FCSS (2019). Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé. Bilan du dispositif. Paris Fonds de la Complémentaire Santé Solidaire: 54 , tabl., fig.

FNMF (2019). [Hôpital : des restes à charge inégaux](#). L'Observatoire de la Mutualité française. Paris FNMF: 40.

Fonds CMU (2019). Rapport d'activité 2018 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Paris Fonds CMU: 139 , tabl., fig.

Jusot, F., Carre, B. et Wittwer, J. (2019). "[Réduire les barrières financières à l'accès aux soins.](#)" Revue Française D'economie **34**(1): 133-181.

Le Bras, P. L. (2019). "Une assurance maladie pour tous à 100 % ?" Seve : les Tribunes de la Santé(60): 87-106.

Le Défenseur des Droits (2019). [Les refus de soins discriminatoires : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales](#). Paris Le Défenseur des droits: 42.

Montaut, A. (2019). "Première estimation du nombre de personnes couvertes par les organismes privés d'assurances, par risque social." Etudes et Resultats (Drees)(1101): 6.

Revil, H., Daabek, N. et Bailly, S. (2019). Synthèse descriptive des données du baromètre du renoncement aux soins (BRS). Grenoble Odenore: 41.

Shapira, I., Desforges, C., Gratieux, L., et al. (2019). [Protection sociale complémentaire des agents publics](#). Paris Igas: 54 +annexes.

Stamane, A. S. (2019). "Complémentaires santé : forte fièvre pour les tarifs." Que Choisir ?(579): 49.

2018

(2018). "[L'Observatoire citoyen des restes à charge en santé : enquêter pour comprendre, sensibiliser, améliorer.](#)" Actualite et Dossier en Sante Publique(102): 45-47.

Beaudet, T. et Pierron, L. (2018). [La mutualité](#), Paris : Presses universitaires de France

Berchet, C. et et al. (2018). "[Reste à charge et santé. Dossier.](#)" Actualite et Dossier en Sante Publique(102): 10-54.

Caniard, E. (2018). "[Les assureurs complémentaires face au défi du reste à charge.](#)" Actualite et Dossier en Sante Publique(102): 50-52.

Cano, J. M. (2018). "Le reste à charge en matière de soins médicaux." Cahiers De La Sante Publique Et De La Protection Sociale (Les)(29): 42-48.

Charpy, C. R. (2018). La dépense moyenne par bénéficiaire de la couverture maladie universelle complémentaire. Les comptes de la sécurité sociale : résultats 2017, prévisions 2018 et 2019., Paris : Ministère chargé de la santé: 124-127, tab., graph., fig.

Cornu Pauchet, M., Gissotc et Lagasgnier, G. (2018). "Quelle complémentarité entre AMO ET AMC ? Actes de la 13e Matinée thématique du 19 octobre 2017." Lettre du Collège (La)(2): 22 , tab., graph., fig.

Cour des Comptes (2018). Dix ans d'évolution des systèmes de soins et de prise en charge des dépenses de santé en Europe : de profonds changements, des enseignements pour des réformes du système de soins en France. Paris Cour des Comptes : 131-174, tab.

Czernichow, P. et Com-Ruelle, L. (2018). "Reste à charge : entre souhaitable et possible. Editorial." Actualité et Dossier en Santé Publique(102): 2-2.

Fonds Cmu (2018). Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé. Bénéficiaires, prix et contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide. Paris Fonds CMU: 63 , tabl., fig.

Fond Cmu (2018). VIIIème rapport d'évaluation de la Loi CMU 2016. Paris Fonds CMU: 193 , tabl., fig., annexes.

Imbert, C. (2018) Avis de la mission santé sur le projet de loi de finances de finances pour 2019. Paris Sénat: 43.

Jacquier, K. (2018). "Réforme des contrats responsables en optique : moins de lunettes vendues et des prix moyens stables." Etudes et Résultats (Drees)(1096): 4 , tab., graph., fig.

Ministère chargé de la santé (2018). Améliorer l'accès aux soins "Reste-à-charge zéro" : optique, audioprothèse, dentaire, Paris : Ministère chargé de la santé

Perronnin, M. (2018). "Pour quels soins et quels patients ? Iniquités des restes à charge selon la santé et le niveau de vie. Enseignements de travaux récents de l'Irdes." Actualité et Dossier en Santé Publique(102): 24-35.

Revil, H. et et al. (2018). "Quelles conséquences ? Quelles prises en charge ?" Actualité et Dossier en Santé Publique(102): 36-44.

2017

(2017). Rapport 2016 de l'Observatoire des prix et de la prise en charge de l'optique médicale. Paris Observatoire des Prix et de la Prise en Charge de l'Optique Médicale: 68, tab., graph., fig.

(2017). Une évolution positive de l'ACS en 2016. Références (Fonds CMU)(67) : 2.

(2017). Rapport d'activité 2016 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Paris Fonds CMU: 127 , tabl., fig.

Alberola, E., L. Brice, C. Maes and et al. (2017). La caractérisation de la population éligible à l'ACS et les motifs de non-recours. Paris Fonds CMU: 106.

Barthelemy, J. (2017). "Les finalités de la protection sociale complémentaire ne peuvent être sacrifiées aux intérêts du marché de l'assurance." Droit Social(4): 372-377.

Bros A., L. Mathieu, et al. (2017) Le nouveau dispositif de l'ACS : quelles leçons tirer de sa mise en œuvre ? Recherches – Actions en protection sociale. Saint-Etienne : EN3S : 70.

Cohen, F. (2017). "Quel avenir pour la Mutualité avec le 100 % sécu ?" Cahiers de Sante Publique et de Protection Sociale (Les)(26): 37-39, tab.

Cour des Comptes (2017). L'avenir de l'Assurance maladie. Assurer l'efficience des dépenses, responsabiliser les acteurs. Paris Cour des Comptes : 287 , tabl., cartes.

Desgrees Du Lou, A. et Lert, F. (2017). Un système de protection sociale universaliste, mais des barrières à l'accès aux soins encore trop nombreuses. Parcours de vie et santé des Africains immigrés en France, Paris : Editions de la Découverte : 113-135, tab., graph., fig.

Fonds Cmu (2017). La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire 2015-2016. Paris Fonds Cmu: 54 , tabl., fig., carte.

Fonds Cmu (2017). Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé. Bénéficiaires, prix et contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide. Paris Fonds CMU: 68 , tabl., fig.

HCFPS (2017). Rapport sur les perspectives de financement à moyen-long terme des régimes de protection sociale. Paris HCFPS: 172, tabl., fig., annexes.

Lafon, A. et Louvel, A. Montaut, et al.. (2017). "La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens - La France, l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suisse." Dossiers De La Drees (Les)(19): 32 , tab., graph., fig.

Lafore, R. (2017). "Les caractéristiques du système de protection sociale français." Cahiers Francais(399): 9-15.

Libault, D., Johannet, G., Laborde, J. P., et al. (2017). "La gouvernance de la sécurité sociale." Regards(52): 9-185.

Médecins duMonde (2017). Synthèse du rapport de l'Observatoire 2017. Les laissés pour compte : l'échec de la couverture santé universelle en Europe. Paris Médecins du Monde : 136, annexes.

Montaut, A. (2017). "Organismes complémentaires : les sociétés d'assurances dominent la couverture des risques sociaux, sauf en santé." Etudes et Resultats (Drees)(1016): 4.

Soual, H. (2017). "Les dépenses de santé depuis 1950." Etudes et Resultats (Drees)(1017): 6.

Wicky Hisse, M. (2017). Causes de renoncements et de non-recours aux soins primaires des personnes en situation de précarité. Besançon Université de Franche Comté, Université de Franche-Comté. UFR Sciences et Médecine. Besançon. FRA. **Thèse pour le diplôme d'Etat en médecine**: 146 , ann.

2016

(2016). "Assurance maladie complémentaire en France : généralisée mais avec moins de solidarité." Revue Prescrire **36**(397): 856-862.

(2016). Baromètre santé Mercer. Premier bilan du contrat d'accès aux soins, Paris : Mercer.

(2016). La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire 2014-2015. Paris Fonds Cmu: 58 , tabl., fig., carte.

(2016). [La participation des assurés au financement de leurs dépenses de santé : une charge croissante, une protection maladie à redéfinir](#). In : Rapport annuel sur la sécurité sociale. Paris Cour des Comptes : 51.

(2016). [Les comptes de la sécurité sociale : Résultats 2015. Prévisions 2016](#). Paris Ministère chargé de la santé: 193 , tabl., graph.

(2016). [Les soins bucco-dentaires : une action publique à restaurer, une prise en charge à refonder. Sécurité sociale : Rapport 2016 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale.](#), Paris : Cour des Comptes : 247-286., tabl., fig.

(2016). Rapport annuel 2015-2016 sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé. Bénéficiaires, prix et contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide. Paris Fonds CMU : 52 , tabl., fig.

(2016). Rapport d'activité 2015 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Paris Fonds CMU : 132 , tabl., fig.

(2016). [Tiers payant : l'assurance maladie et les complémentaires santé présentent leur rapport commun](#), Paris : Cnamts.

Batto, V., A. Leduc, R. Legal, A. et al. (2016). [La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2016](#), Paris : Drees.

Brechat, P. H., D. P. Tabuteau and M. P. Borgetto (2016). [Sauvons notre système de santé et d'assurance maladie](#).

Bruant-Buisson, A., Daude, M. (2016) [Contribution au rapport au Parlement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé](#). Paris : Igas

Caniard, E. (2016). [Mieux soignés demain !](#), Paris : Recherche Midi.

Chauveaud, C. and P. Warin (2016). Le non-recours à la Couverture maladie universelle Complémentaire. Enquête auprès de populations précaires. Grenoble ODENORE: 66.

Dormont, B. and A. Bozio (2016). "Gouverner la protection sociale : Transparence et efficacité." [Notes Du Conseil D'analyse Economique \(Les\)\(28\)](#): 12 , tab., graph., fig.

Hennion, S., M. Del Sol, and P. Pierre (2016). "Chronique de protection sociale complémentaire." [Droit Social\(9\)](#): 760-772.

Leduc, A. and A. Montaut (2016). "Tarification des complémentaires santé : déclin des solidarités dans les contrats individuels." [Etudes Et Resultats \(Drees\)\(972\)](#): 6.

Martin, P. et Bec, C. p. (2016). [Les métamorphoses de l'assurance maladie : conversion managériale et nouveau gouvernement des pauvres](#), Rennes : Presses universitaires de Rennes

Montaut, A. (2016). "Assurance complémentaire santé : les contrats collectifs gagnent du terrain." [Etudes Et Resultats \(Drees\)\(952\)](#): 6.

Montaut, A. (2016). La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé : rapport 2015. Paris DREES: 63.

Paris, V. and D. Polton (2016). "L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ?" Regards(49): 69-79.

Pierron, L. (2016). Complémentaire santé, sortir de l'incurie. Paris Terra Nova: 20 , tab., graph., fig.

Sireyjol, A. (2016). "La CMU-C et l'ACS réduisent les inégalités en soutenant le pouvoir d'achat des plus modestes : impact redistributif de deux dispositifs d'aide à la couverture complémentaire santé." Dossiers De La Drees (Les)(7): 21.

Tessier, R. (2016). "Généralisation de la complémentaire santé : où en est-on ?" Cahiers De La Sante Publique Et De La Protection Sociale (Les)(22): 9-11.

2015

(2015). L'accès aux soins des ménages défavorisés : un bilan en demi-teinte, une action à mieux cibler. Sécurité sociale : Rapport 2015 sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale, Paris : Cour des Comptes: 417-448, tabl.

(2015). "L'ACS, 10 ans après son entrée en vigueur." References Cmu : Lettre du Fonds de Financement de la Couverture Maladie Universelle (La)(58): 1-4 , tabl.

(2015). Rapport d'activité 2014 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie : Paris : Fonds CMU

Brechat, P. H., et al. (2016). Sauvons notre système de santé et d'assurance maladie

Delattre, F. (2015). Rapport d'information sur l'enquête de la Cour des Comptes relative au fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie. Paris Sénat: 193 , tabl., fig.

Dormont, B. et Peron, M. (2015). Does health insurance encourage the rise in medical prices? HEDG Working Paper 15/16. York HEDG: 25 , tabl., fig.

Dormont, B. et Peron, M. (2015). "Does health insurance encourage the rise in medical prices? A test on balance billing in France." Cahiers de la Chaire Santé(22): 26 , tab., graph., fig.

Jacod Olivier M.A. (2015). Le marché de l'assurance complémentaire santé : des excédents dégagés en 2013. Etudes et Résultats (Drees), (919)

Hennion, S. et Del, Sol. M. (2015). "Chronique de protection sociale complémentaire." Droit Social(3): 271-281.

Viel, L. (2015). "Dépassements d'honoraires : des complémentaires santé pas si inflationnistes." Argus De L'assurance (L'): 1.

2014

(2014). Sixième rapport d'évaluation de la Loi du 27 juillet 1999 portant création d'une création d'une couverture maladie universelle : Paris : Fonds CMU

Beau O. (2014). La gestion des bénéficiaires de la CMU-C par les OC agréés : Paris : Fonds Cmu.

Chaupain-Guillot S. G. (2014). Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV. *Economie et Statistique*, (469-470).

Garnero M., Le Palud V. (2014). Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires de santé en 2010. *Série Statistiques - Document de Travail - Drees*, (191)

Garnero M., Le Palud V. (2014). Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires de santé en 2009. *Série Statistiques - Document de Travail - Drees*, (190)

Guthmuller S., Jusot F., Wittwer J., Desprès C. (2013). [Faire valoir ses droits à l'Aide complémentaire santé : les résultats d'une expérimentation sociale](#). In : Systèmes de santé. *Economie et Statistique*, (455-456)

Jusot F. (2014). La complémentaire santé : une source d'inégalités face à la santé ? In : Les inégalités de santé. *Sève : les Tribunes de la Santé*, (43)

Moisy M. (2014). État de santé et renoncement aux soins des bénéficiaires du RSA. *Etudes et Resultats (Drees)*, (882)

Warin P., Chauveau C. (2014). L'absence de complémentaire santé chez les étudiants. Paris : Fonds Cmu

2013

(2013). La généralisation de la couverture complémentaire en santé : rapport : Paris : HCAAM.

(2013). La généralisation de la couverture complémentaire en santé : avis : Paris : HCAAM

(2013). Les principes de solidarité de l'assurance maladie : Paris : HCAAM.

(2013). Rapport sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide complémentaire santé (ACS) en 2012 : Paris : Fonds CMU.

(2013). La dépense moyenne des bénéficiaires de la CMU-C en 2011 et 2012 : Paris : Fonds de Financement de la Protection Complémentaire de la Couverture Universelle du Risque Maladie.

Dormont B., Geoffard P.Y., Lamiraud K. (2013). [Assurance maladie en Suisse : les assurances supplémentaires nuisent-elles à la concurrence sur l'assurance de base ?](#) In : Systèmes de santé. *Economie et Statistique*, (455-456).

Guthmuller S. J. (2013). Le non recours à l'Aide Complémentaire Santé : les enseignements d'une enquête auprès d'une population éligible de la CPAM de Lille-Douai : rapport pour le Fonds Cmu : Paris : Université Paris Dauphine.

Le Garrec.M.-A., Koubi M., Fenina A. (2013). 60 années de dépenses de santé. Une rétopolation des Comptes de la santé de 1950 à 2010. *Etudes et Résultats (Drees)*, (831) : -8p.

Perronnin M. (2013). [Effet de l'assurance complémentaire santé sur les consommations médicales : entre risque moral et amélioration de l'accès aux soins](#). Thèse de doctorat de sciences économiques. Paris : Université Paris Dauphine. Warin P. (2013). Informer pour éviter le non-recours à la CMU-C et à

l'ACS : Grenoble : ODENORE.

2012

(2012). La protection sociale en France et en Europe en 2010. *Série Statistiques - Document de Travail - Drees*, (170) : -209p.

(2012). L'accès aux soins : quel rôle pour la mutualité ? quel rôle pour les mutuelles ? Paris : Fédération Nationale des Mutuelles de France

(2012). Evaluation de la loi CMU - Rapport n° V novembre 2011 réalisé en application de l'article 34 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 : Paris : Fonds CMU.

Borowy I., Cornilleau G., Sarlat G. (2012). La crise économique et la santé. *Sève : les Tribunes de la Santé*, (36) : 21-80, fig.

Bourgueil Y., Elbaum M., Grignon M., Le P.C., Saout C. (2012). Quand les patients renoncent aux soins : un diagnostic sur notre état de santé ? (Table ronde). *Esprit*, 90-101.

Bras P.L., Tabuteau D. (2012). Les assurances maladie. Que sais-je ? 3942. Paris : Presses Universitaires de France

Bruant-Buisson, A. et Daude, M. Contribution au rapport au Parlement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé. Paris IGAS: 179 , tab., graph., fig.

Brunat M., Fargeon V., Euzéby C. (2012). La contribution du secteur de la santé et de l'assurance santé au développement et à la croissance économique de la France : Paris : Institut Montparnasse.

Del Sol. M. (2012). De quelques faces cachées de l'accès à une assurance-complémentaire individuelle. *Droit Social*, (7/8) : 732-740.

Desprès C., Renaud T., Coldefy M., Lucas-Gabrielli V., Dely R., Wiechert M. (2012). Analyse territoriale des obstacles à l'accès aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire dans les départements de l'Orne et de la Nièvre : Paris : Fonds CMU ; Paris : Irdes.

Dormont B., Jusot F. (2012). L'avenir de la protection sociale. *Esprit*, 86-89.

Duval J., Lardellier R. (2012). La redistribution verticale opérée par l'assurance maladie. In : Comptes nationaux de la santé 2011. *Série Statistiques - Document de Travail - Drees*, (172) : 29-46.

Dourgnon P., Jusot F., Fantin R. (2012). Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. In : Politiques de santé. Accès aux soins et performance économique. *Economie Publique*, (28-29) : 123-147.

Gabarro, C. (2012). "Les demandeurs de l'aide médicale d'État pris entre productivisme et gestion spécifique." *Revue Ruoepenne Des Migrations Internaionales* **28**(2): 35-56.

Garneo M. (2012). Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2009. *Etudes et Resultats (Drees)*, (789) : -8p.

Gobert-Danelon C. (2012). Réformes du système de santé en France : quels impacts sur les organismes complémentaires d'assurance maladie ? Mémoire en vue de l'obtention du Master en sciences de gestion. Paris : CNAM.

Guthmuller S., Wittwer J. (2012). L'effet de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) sur le nombre de visites chez le médecin : une analyse par régression sur discontinuités. *Economie Publique*, (28-29) : 95-120.

Fahet G., Cayla F., Barthelemy A.I., Corty J.F., PAUTIM.D., Tomasino A., Veron P. (2012). Observatoire de l'accès aux soins de la mission France de Médecins du Monde : rapport 2011 : Paris : Médecins du Monde.

Jusot F., Perraudin C., Wittwer J. (2012). [L'accessibilité financière à la complémentaire santé en France : les résultats de l'enquête Budget de Famille 2006](#). *Economie et Statistique*, (450-2011)

Kerdraon R., Procaccia C. (2012). [Rapport d'information sur la sécurité sociale et la santé des étudiants](#) : Paris : Sénat.

Legros M., Bauer D., Goyaux N. (2012). Groupe de travail 'Santé et accès aux soins' : pour un accès plus égal et facilité à la santé et aux soins : Paris : Ministère chargé de la santé et des affaires sociales.

Meyer C., Caniard E. (2012). Les complémentaires et la crise : menace ou opportunité ? In : La crise économique et la santé. *Sève : les Tribunes de la Sante*, (36) : 55-66.

N'Sonde V., Lespinasse S. (2012). Complémentaires santé : bien comprendre, pour bien choisir. *60 Millions de Consommateurs*, (474) : 42-53.

Pianezza P. (2012). La santé à crédit : les stratégies des patients face à la crise. In : La crise économique et la santé. *Sève : les Tribunes de la Sante*, (36) : 67-72.

Pierre A., Gosselin A., Perronnin M., Franc K. (2012). Impact d'une sur-assurance santé sur le reste à charge des patients. In : Politiques de santé. Accès aux soins et performance économique. *Economie Publique*, (28-29) : 149-164.

Poncet R. (2012). Les effets de l'acquisition d'une complémentaire maladie sur la consommation médicale. Etude comparée de l'efficacité des dispositifs existants dans le département des Alpes de Haute-Provence. Mémoire de stage. Diplôme de l'IUT2-Département STID-Licence professionnelle études statistiques, Sondages et marketing. Grenoble : Odenore.

Saint-Paul G. (2012). Réflexions sur l'organisation du système de santé. Les Rapports du Conseil d'analyse économique ; 103. Paris : La documentation française.
<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/134000014/index.sht-ml//>

Tabuteau D. (2012). Typologie des politiques sociales. Première partie. *Droit Social*, (6) : 620-628.

Toulon X. (2012). Complémentaires santé. Il va falloir assurer ! Paris : Tribune Santé

2011

(2011). Rapport du Fonds CMU au Gouvernement sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide pour une complémentaire santé (ACS) en 2010 : Paris : Fonds CMU.

(2011). La hausse de la taxe sur les conventions d'assurances. *Références Cmu : Lettre du Fonds de Financement de la Couverture Maladie*, (45) : 1.

(2011). Coût de la santé pour les ménages : Vers la démutualisation des populations fragiles ? Paris : UFC-Que Choisir ?

(2011). [L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer ?](#) Avis : Paris : HCAAM.

Arnero M., Rattier M. (2011). [Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2007](#). *Série Statistiques - Document de Travail - Drees*, (151) : -62p.

Crie D. (2011). Le marketing des complémentaires santé. In : Assurance et santé. *Sève : les Tribunes de la Santé*, (31) : 73-83.

Dourgnon P. (2011). Le renoncement aux soins pour raisons financières, une approche économique. In B.Boisguerin (Ed.), *Le renoncement aux soins. Actes du colloque du 22 novembre 2011* (pp. 9-19). Paris : Drees

Duval J., Lardellier R., Legal R. (2011). La redistribution opérée par l'assurance maladie obligatoire et par les assurances complémentaires selon l'âge. In : Comptes nationaux de la santé 2010. *Série Statistiques - Document de Travail - Drees*, (161) : 31-50.

Ewald F., Lorenzi J.H., Lequoy J.F. (2011). Assurance et santé. *Sève : les Tribunes de la Santé*, (31) : 23-83.

Fromenteau M., Ruol V., Eslous L. (2011). Sélection des risques : où en est-on ? In : Assurance et santé. *Sève : les Tribunes de la Santé*, (31) : 63-71.

Garnero M., Zaidman C. (2011). La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé : Paris : Ministère chargé de la santé.

Garnero M., Rattier M. (2011). Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2008. *Etudes et Résultats (Drees)*, (752) : -8p.

Mizrahi A., Mizrahi A. (2011). Le financement individuel des dépenses médicales : un indicateur de participation individuelle aux dépenses médicales. *Bibliographie Arsges*, (50) : 1-6.

Prieur C. (2011). Financer nos dépenses de santé : Que faire ? Paris : L'Harmattan

Tuppin P., Drouin J., Mazza M., Ricordeau P., Weill A., al A.e. (2011). Hospitalization admission rates for low-income subjects with full health insurance coverage in France. *European Journal of Health Economics (The)*, 21 (5) : 560-566.

2010

(2010). [Sauver l'assurance maladie universelle](#). Pistes de réflexion et de réformes pour les prochaines années : Paris : Institut Montaigne

Domin J.P. (2010). [L'assurance maladie complémentaire. Vecteur de la reproduction des inégalités dans l'emploi](#). Notes de l'les(14) : 4p.

Batifoulier P., Domin J.P., Abecassis P. (2010). Marchandisation et politique incitative : l'exemple de l'assurance maladie complémentaire : Paris : AFS

Dormont B. (2010). Liberté ou solidarité : le dilemme des complémentaires. In : La privatisation de la santé. *Sève : les Tribunes de la Santé*, (28) : 65-74.

Elbaum M. (2010). L'évolution des dépenses de santé depuis vingt ans : quelques éléments d'analyse. In : Les vingt ans des économistes de la santé. *Sève : les Tribunes de la Santé*, 15-29.

Garnero M., Zaidman C. (2010). [La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé](#) : Paris : Ministère chargé de la santé.

Grignon M. (2010). Le financement du système de santé et le partage obligatoire-volontaire : un point des connaissances. *Revue Française des Affaires Sociales*, (4) : 53-73.

Le Pen.C. (2010). [Assurance-maladie : le modèle de 45 est-il mort ?](#) *Débat (Le)*, (161) : 116-128

Legal R., Raynaud D., Vidal G. (2010). La prise en charge des dépenses maladie des assurés sociaux en fonction du risque constaté : quelle contribution de l'assurance maladie et des organismes complémentaires ? *Série Statistiques - Document de Travail - Drees*, (149) : 57-72.

Legal R., Raynaud D., Vidal G. (2010). Financement des dépenses de santé et reste à charge des ménages : une approche par micro-simulation. *Série Statistiques - Document de Travail - Drees*, (149) : 73-93.

Tabuteau D. (2010). Du plan Seguin à la loi HPST : les évolutions de la politique de santé. In : Les vingt ans des économistes de la santé. *Sève : les Tribunes de la Santé*, 37-51.

Tabuteau D. (2010). L'avenir de l'assurance maladie. Un enjeu politique majeur pour la France. *Futuribles*, (368) : 5-22.

Tabuteau D. (2010). La métamorphose silencieuse des assurances maladie. *Droit Social*, (1) : 85-92.

2009

(2009). Les dix ans de la CMU (1999-2009). Verbatim Santé. Paris : Editions santé ; Paris : Les Presses SciencesPo

(2009). La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé : Paris : Ministère chargé de la Santé.

Boisguerin B. (2009). Quelles caractéristiques sociales et quel recours aux soins pour les bénéficiaires de la CMUC en 2006 ? *Etudes et Résultats (Drees)*, (675) : 6p.

Cases C., Franc K., Perronnin M., Pierre A. (2009). Analyse des consommations de soins des bénéficiaires de la MGET+ ; rapport final : Paris : Mget ; Paris : Irdes.

Frehaut P., Klein T., Laffon P. (2009). Comparaison internationale sur les choix effectués en matière de couverture complémentaire santé : Paris : CAS.

Klein T. (2009). Choisir une couverture complémentaire santé : comment font les pays de l'OCDE ? *Note de Veille (La)*, (146) : 1-8.

Legal R. (2009). L'influence de l'offre de soins et du niveau des primes sur la demande d'assurance complémentaire santé en France. In : Le marché de la santé : efficacité, équité et gouvernance. *Revue Economique*, 60 (2) : 441-453.

Matallah M. (2009). Quel avenir pour la mutualisation en assurance santé. *Sève : les Tribunes de la Santé*, (24) : 47-52.

2008

Arnoult M.L. (2008). Les cotisations des contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2006. *Série Sources et Méthodes - Document de Travail - Drees*, (3) : -44p.

Kerleau M., Durand F., Fretel A., Hirtzlin I. (2008). Pratiques et enjeux autour de la protection sociale complémentaire d'entreprise ; Tome 1 : rapport final. Paris : Université Paris 1 – Centre d'Economie de la Sorbonne.

Vasselle A. (2008). [Rapport d'information sur la répartition du financement de l'assurance maladie depuis 1996 et sur les transferts de charges entre l'assurance maladie obligatoire, les assurances complémentaires et les ménages](#). Rapport d'information ; 385. Paris : Sénat.

2007

Marical F., Saint Pol T.de. (2007). La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités. *Insee Première*, (1142) : 4p.
2006

(2006). Evolution du prix et du contenu des contrats ouvrant droit au crédit d'impôt (en application de l'article L863-5 du Code de la Sécurité Sociale : Paris : Fonds CMU.

Barthélémy J. (2006). Protection sociale complémentaire : champ de la règle de neutralité fiscale et sociale des contributions. *Droit Social*, (11) : 1026-1031.

Dufour-Kippelen S., Legal A., Wittwer J. (2006). [Comprendre les causes du non-recours à la CMUC](#) : rapport final : Paris : Fonds cmu.

Segouin C., Brechat P.H., Bertrand D. (2006). Les rôles des assurances maladie obligatoires et complémentaires dans la loi portant réforme de l'assurance maladie du 13.08.2004. In : Événements de l'année 2006 en Économie Médicale - Paris, 13 janvier 2006. *Journal D'Economie Médicale*, 24 (5) : 241-247.

Simon M.O. (2006). Les Français, la réforme de l'assurance maladie et la complémentaire santé : Paris : Credoc.

2005

(2005). Complémentaires santé, ce qui va changer pour vous en 2006. *Particulier (Le)*, (995) : 62-69.
(2005). Les couvertures complémentaires maladie : Paris : HCAAM

Comité d'histoire de la Sécurité sociale (2005), *La Sécurité sociale : son histoire à travers les textes* (4 tomes : 1780-2005) / Laroque M. (dir.), Paris : Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale

Raynaud D. (2005). Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire. *Etudes et Résultats*, (378) : 12p.

2004

Hatzfeld H (2004)., *Du paupérisme à la Sécurité sociale : 1850-1940, essai sur les origines de la Sécurité sociale en France*, Nancy : PUN

(2004). *Couverture santé solidaire ; suivi de : Assurance maladie : les pistes de l'Institut Montaigne* : Paris : Institut Montaigne.

Delvallée C., Ventelou B. (2004). Assurance maladie : Redéfinir le partage entre couverture obligatoire et complémentaire ? *Revue de L'Ofce : Observations et Diagnostics Economiques*, (91) : 333-348.

Roussel P. (2004). Les mutuelles en France : un panorama économique en 2001. *Etudes et Résultats*, (299) : 8p.

Roussel P. (2004). Les institutions de prévoyance en France : un panorama économique en 2001. *Etudes et Résultats*, (329) : 8p.

2003

Buchmueller T.C., Couffinhal A. (2003). [Private health insurance in France](#) : Paris : OCDE

2002

(Buchmueller T.C., Couffinhal A., Grignon M., Perronnin M. (2002). [Access to physician services : does supplemental insurance matter ? Evidence from France](#). *Nber Working Paper Series*, (9238) : 33p.

Roussel P. (2002). L'activité des groupements mutualistes, une rétrospective de 1991 à 1999. *Etudes et Résultats*, (170) : 8p.

2001

Barthélémy J. (2001). Protection sociale complémentaire : contribution salariale non prélevée et assiette des cotisations de Sécurité sociale (après l'arrêt Société Picoty, Cass. soc. 31 octobre 2000). *Droit Social*, (2) : 175-177.

Chabaud S., Collombet C. (2001). Le panier de biens et services médicaux remboursés par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire : d'une réalité implicite à une redéfinition explicite. 39e promotion du Cness. Saint-Etienne : Cness.

2000

Join-Lambert M.T., Attias-Donfut C., Langlois P., Polton D., Claveranne J.P., Friot B., Prieur C., Hassenteufel P., Vincent G., Matillon Y., Delande G., Euzeby C. et al. (2000). Encyclopédie protection sociale : quelle refondation ? Paris : Economica

1999

Aladame C., Colin L., Garreau C., Pujo J.B. (1999). La couverture maladie universelle et la protection complémentaire des exclus. Mémoire de fin d'études, Cnesss, 38e promotion. Saint-Etienne : Cnesss.

Commaret N. (1999). La révision d'un régime de protection sociale complémentaire : parallélisme ou altérité des formes. *Droit Social*, (4) : 384-390.

Moreau I., Le Gall J.Y., Beau P. (1999). Dossier : Directives européennes sur l'assurance. L'exception

1998

Aproberts L., Reynaud E. (1998). Un panorama de la protection sociale complémentaire : Paris : MIRE.

Berger B., Manceau D., Nauleau M., Poulet-Mathis P. (1998). Faut-il créer un étage complémentaire obligatoire en assurance maladie ? Mémoire Cnesss, 37ème promotion. Saint-Etienne : Cnesss.

Boulard J.C. (1998). Pour une couverture maladie universelle de base et complémentaire : Paris : Ministère chargé de la Santé.

Laurent D., Kessler D. (1998). Le rôle des assurances dans la couverture maladie, Séminaire sur la protection sociale. Paris, 1998.

1997

Blanpain N., Pankeshon J.L. (1997). L'assurance complémentaire maladie : une diffusion encore inégale. *Insee Première*, (523) : 4p.

Maurel D. (1997). Consommation médicale et assurance complémentaire. Mémoire pour le DESS de Gestion des services de Santé. Paris : Université Paris IX.

Rey J.P. (1997). Etendre à la couverture complémentaire la vocation des caisses d'assurance. *Droit Social*, (1) : 60-67.

1996

Jacobzone S. (1996). Les politiques de santé face aux propriétés incitatives et redistributives des systèmes d'assurance-maladie. In : Economie de la protection sociale : assurance, solidarité, gestion des risques. *Economie et Statistique*, (291-292) : 49-70.

Blanchet D. (1996). La référence assurantielle en matière de protection sociale : apports et limites. *Economie et Statistique*, (291-292) : 33-45.

Boisselot P. (1996). Exonération du ticket modérateur et protection complémentaire. *Solidarité Sante - Etudes Statistiques*, (3) : 82-91.

Mauroy H. (1996). La mutualité en mutation. Les pratiques solidaristes en question. Logiques Sociales. Paris : L'Harmattan

1995

Barat-Payraud F., Blond C., Deghine J.M. (1995). La mutualité face à un environnement évolutif. Mémoire de fin d'études. Saint-Etienne : CNESS.

1994

Boisselot P., Remond M.C. (1994). La protection complémentaire des assurés sociaux. *Informations Rapides*, (53) : 4p.

Dumont J.P. (1994). L'avenir de la protection sociale complémentaire en France. *Revue Française des Affaires Sociales*, 48 (3) : 31-48.

Galbois Y. (1994). Les perspectives d'avenir de la mutualité : le développement des systèmes solidaires. *Revue Française des Affaires Sociales*, 48 (3) : 19-30.

Reynaud E., Galbois Y., Dumont J.P. (1994). A propos des systèmes de protection sociale complémentaire. *Revue Française des Affaires Sociales*, 48 (3) : 3-48.

Soubie R., Portos J.L., Prieur C. (1994). Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie. Collection des rapports officiels. Paris : La Documentation française

1993

Bucheton M., Rotman M. (1993). Groupe de travail sur la participation des institutions de prévoyance et des entreprises d'assurance aux dépenses de santé (1992-1993) : rapport d'étape.

Coudreau D. (1991). La protection maladie complémentaire en France (mutualité, assurances) est-elle un obstacle à la maîtrise de la dépense ? Paris : Ena.

PROTECTION COMPLEMENTAIRE D'ENTREPRISE

Publications Irdes

2022

Pierre, A. (2022). [Marché de la complémentaire santé, inégalités et préférences en matière de couverture : les effets de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise](#). Document de travail Irdes ; 89. Paris Irdes: 56.

2020

Perronnin, M. et Raynaud, D. (2020). "[La couverture complémentaire collective : des modalités de mise en œuvre variables selon les entreprises. Résultats de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017](#)." Questions D'Economie de la Sante (Irdes)(251): 1-8.

2019

Perronnin, M. (2019). [L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017](#). Les rapports de l'Irdes ; 572. Paris Irdes : 236.

2018

Lapinte, A. et Perronnin, M. (2018). "[96 % des salariés ont accès à une assurance complémentaire santé d'entreprise en 2017](#)." Questions D'Economie de la Sante (Irdes)(236): 1-6.

Pierre, A., Jusot, F., Raynaud, D., et al. (2018). [Généralisation de la complémentaire santé d'entreprise : une évaluation ex-ante des gains et des pertes de bien-être](#). Document de travail Irdes ; 75. Paris Irdes: 56.

2018

Lapinte, A. et Perronnin, M. (2018). "[96 % des salariés ont accès à une assurance complémentaire santé d'entreprise en 2017](#)." Questions D'Economie de la Sante (Irdes)(236): 1-6.

Perronnin, M. (2018). "[Pour quels soins et quels patients ? Iniquités des restes à charge selon la santé et le niveau de vie. Enseignements de travaux récents de l'Irdes](#)." Actualite et Dossier en Sante Publique(102): 24-35.

Perronnin, M. et Louvel, A. (2018). "[La complémentaire santé en 2014 : 5% de non-couverts et 12% parmi les 20% les plus pauvres](#)." Etudes et Resultats (Drees)(1048): 6.

Perronnin, M. et Louvel, A. c. (2018). "[La complémentaire santé en 2014 : 5 % de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres](#)." Questions D'Economie de la Sante (Irdes)(229): 1-6.

Pierre, A. (2018). Assurance maladie complémentaire: régulation, accès aux soins et inégalités de couverture. Paris Université Paris Dauphine. **Doctorat en sciences économiques ; PSL University**: 199 , tab., graph., fig.

Pierre, A., Jusot, F., Raynaud, D., et al. (2018). [Généralisation de la complémentaire santé d'entreprise : une évaluation ex-ante des gains et des pertes de bien-être](#). Document de travail Irdes ; 75. Paris Irdes: 56.

Pierre, A., Jusot, F., Raynaud, D., et al. (2018). "[Généralisation de la complémentaire santé d'entreprise : une évaluation ex-ante des gains et des pertes de bien-être.](#)" *Revue Economique* **69**(3): 407-441.

2015

Pierre, A. et Jusot, F. (2015). [Une évaluation ex ante de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur les inégalités et les déterminants de la non-couverture.](#) Document de travail Irdes ; **67**. Paris Irdes: 56.

Jusot, F. et Pierre, A. (2015). "[Quels impacts attendre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur la non-couverture en France ?](#) Une simulation à partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012." *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)*(209): 1-8.

Franc C., Pierre (A.). (2015). [Compulsory private complementary health insurance offered by employers in France: Implications and current debate.](#) *Health Policy*, 119 (2)

Franc C, Pierre A.. (2015). Conséquences de l'assurance publique et complémentaire sur la distribution et la concentration des restes à charge : une étude de cas. *Economie et Statistique*, (475-476

Jusot F, Pierre (A.). (2015). [Quels impacts attendre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur la non-couverture en France ?](#) Une simulation à partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. *Questions d'Economie de la Sante (Irdes)*, (209)

Pierre A., Jusot (F.) (2015). [Une évaluation ex ante de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur les inégalités et les déterminants de la non-couverture](#) : Paris : Irdes

2012

Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2012). Panorama de la complémentaire santé collective en France en 2009 ; [Questions d'économie de la santé \(Irdes\)](#), (181) : 6p.

Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2012). [Enquête sur la protection sociale complémentaire d'entreprise 2009.](#) Rapport Irdes ; 1890. Paris : IRDES.

2009

Guillaume S., Rochereau T., [La protection sociale complémentaire collective : des situations diverses selon les entreprises](#) : premiers résultats de la nouvelle enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2009 ; *Questions d'économie de la santé (Irdes)*, (155) : 6p.

2008

Kambia- Chopin.B., Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2008). [La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire : résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006 \(ESPS 2006\).](#) *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (132) : 4p.

Grignon M., Perronnin M., Lavis J. (2008). Does free complementary health insurance help the poor to access health care? Evidence from France. *Health Econ.*, 17 (2) : 203-219.

2007

Franc C., Perronnin M., Pierre A. (2007). [Changer de complémentaire santé à l'âge de la retraite : un comportement plus fréquent chez les titulaires de contrats d'entreprise.](#) *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (126) : 1-6.

2006

Francesconi C., Perronnin M., Rochereau T. (2006). [La complémentaire maladie d'entreprise : contrats obligatoires ou facultatifs, lutte contre l'antisélection et conséquences pour les salariés.](#) *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (115) : 4p.

Francesconi C., Perronnin M., Rochereau T. (2006). [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 (Irdes)*, (112) : 6p.

2004

Couffinal A., Grandfils N., Grignon M., Rochereau T. (2004). [Enquête sur la protection sociale complémentaire d'entreprise en France. Méthodologie et premiers résultats.](#) Rapport Irdes. Paris : Irdes.

2002

Couffinal A., Grandfils N., Grignon M., Rochereau T. (2004). [La complémentaire maladie d'entreprise. Premiers résultats nationaux d'une enquête menée fin 2003 auprès de 1 700 établissements.](#) *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (83) : 4p.

Couffinal A., Dumesnil S., Grignon M. (2002). [Les inégalités sur le marché de la complémentaire maladie](#), Séminaire MIRE. 20-3-2002. Grignon M. (2002). Complémentaire santé. Quel contenu, quel rôle, quel contexte ?, Euroforum. Paris, 15-11-2001.

2000

Bocognano A., Couffinal A., Dumesnil S., Grignon M. (2000). [La complémentaire maladie en France : qui bénéficie de quels remboursements ?](#) Résultats de l'enquête Santé Protection Sociale 1998. *Questions d'Economie de la Santé (Credes)*, (32) : 4p.

Bocognano A., Couffinal A., Dumesnil S., Grignon M. (2000). La complémentaire maladie en France : qui bénéficie de quels remboursements ? *Chirurgien Dentiste de France (Le)*, (1007) : 90-96.

Bocognano A., Couffinal A., Dumesnil S., Grignon M. (2000). La complémentaire maladie en France : qui bénéficie de quels remboursements ? Résultats de l'enquête Santé Protection Sociale 1998. Rapport Credes. Paris : Credes.

1998

Bocognano A., Grignon M. (1998). Aperçu du contenu des couvertures de frais de soins de santé dans les entreprises : Paris : Credes.

Autres publications

2022

Guilloton, V. et Lapinte, A. (2022). "[Enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire 2019 - Analyse des changements méthodologiques, révisions des années antérieures et premiers résultats.](#)" *Dossiers De La Drees (Les)*(93): 40 , tab., fig.

2021

Malakof fHumanis (2021). [Les chefs d'entreprise et le système de santé](#) : Elabe. Paris Malakoff Humanis: 12.

Del Sol, M. et Turquet, P. (2021). "[L'assurance maladie complémentaire des salariés au prisme du fiscal welfare... what's going wrong in France ?](#)" *La Revue de l'Ires* **103-104**(1): 45-73.

2020

Fouquet, M. (2020). [Une hausse modérée de la couverture de la population après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise.](#) Paris Drees: 5, graph.

2019

Adjerad, R. (2019). "[Complémentaire santé : la hausse modérée de la part des contrats collectifs se poursuit en 2017.](#)" *Etudes et Resultats (Drees)*(1112): 4.

Adjerad, R., Perronnin, M., Pollak, C., et al. (2019). [La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties](#) - édition 2019, Paris : Drees

CTIP, P. (2017). [Résultats du 12e baromètre CTIP Garanties et services : les attentes des salariés et des employeurs](#), Paris : Credoc
<https://ctip.asso.fr/wp-content/uploads/2017/12/CREDOC-pour-CTIP-12e-barom%C3%A8tre-de-la->

2016

(2016). 11e baromètre de la prévoyance CTIP/Credoc : Étude sur les garanties et services : les attentes des salariés et des entreprises. Résultats 2015. Paris : CTIP :

Beau, P., et al. (2016). "Bilan ANI santé." *Espace Social Europeen*(1091): 7-15, tabl.

Montaut, A. (2016). "Assurance complémentaire santé : les contrats collectifs gagnent du terrain." *Etudes et Resultats (Drees)*(952): 6.

2015

Jess, N., et al. (2015). [Les dépenses de santé à la charge des ménages retraités. Note de la Drees pour le COR.](#) Paris COR : 30, tabl.

Bies, P., et al. (2015). Rapport sur le régime local complémentaire d'assurance maladie d'Alsace-Moselle et son articulation avec la généralisation de la complémentaire santé en entreprise. Paris Ministère chargé de la santé : 91 , tabl., graph., fig.

Jacod O., Montaut A. (2015). Le marché de l'assurance complémentaire santé : des excédents dégagés en 2013. *Etudes et Resultats (Drees)*, (919)

Libault D. (2015). Rapport sur la solidarité et la protection sociale complémentaire collective : Paris : Ministère chargé de la Santé

2014

Garnero M., Le Palud V. (2014). Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires de santé en 2010. *Série Statistiques - Document de Travail - Drees*, (

Jusot F. (2014). [La complémentaire santé : une source d'inégalités face à la santé ?](#) In : Les inégalités de santé. *Sève : les Tribunes de la Sante*, (43)

Gilles L. (2014). Garanties et services : les attentes des salariés et des entreprises. Mars 2014. Synthèse des résultats du 10ème Baromètre de la Prévoyance réalisé par le Crédoc pour le CTIP : Paris : Credoc

2013

(2013). État des lieux de la protection sociale complémentaire d'entreprise. In Ministère chargé de la Santé. (Ed.), *Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2012 - Prévisions 2013* : Paris : Commission des comptes de la Sécurité sociale.

Le Palud., V (2013). Comment les organismes complémentaires fixent leur tarif. *Etudes et Résultats (Drees)*, (850)

Pierre A. (2013). Restes à charge en ambulatoire et accès aux soins. *Lettre du Collège (La)*, 23 (1)

2012

Pierre A., Gosselin A., Perronnin M., Franc K. (2012). Impact d'une sur-assurance santé sur le reste à charge des patients. In : Politiques de santé. Accès aux soins et performance économique. *Economie Publique*, (28-29)

Garnero M. (2012). Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2009. *Etudes et Résultats (Drees)*, (789) : -8p.

2011

Garnero M. (2011). Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2008. *Série Statistiques - Document de Travail - Drees*, (162) : -75p.

Crie D. (2011). Le marketing des complémentaires santé. In : Assurance et santé. *Sève : les Tribunes de la Santé*, (31) : 73-83.

Garnero M., Rattier M. (2011). Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2007. *Série Statistiques - Document de Travail - Drees*, (151) : -62p.

Garner M., Rattier M. (2011). Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2008. *Etudes et Résultats (Drees)*, (752) : -8p.

2009

(2009). La complémentaire santé d'entreprise obligatoire. *Lettre de l'Observatoire (La)*, (26) : 16p.

Garnero M., Rattier M. (2009). Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2007. *Etudes et Résultats (Drees)*, (698) : 8p.

Kerleau M., Fretel A., Hirtzlin I. (2009). Regulating Private Health Insurance in France : New Challenges for Employer-Based Complementary Health Insurance : Paris : Centre d'économie de la Sorbonne

Loones A. (2009). Garanties et services : les attentes des salariés et des entreprises : synthèse des résultats de la huitième vague d'enquête réalisée pour : Paris : Credoc.

Loones A. (2009). Ce qu'attendent les employeurs et les salariés de la complémentaire santé d'entreprise. Etude Santé Ctip/Credoc réalisée en décembre 2008 : Paris : Credoc.

2008

Arnoult M.L. (2008). Les cotisations des contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2006. *Série Sources et Méthodes - Document de Travail - Drees*, (3) : -44p.

Arnoult M.L., Rattier M.O., Raynaud D., Vidal G. (2008). Comparaisons des contrats d'assurance complémentaire individuels et collectifs, Paris : Drees

Arnoult M., VIDAL G. (2008). Typologie des contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2006. *Etudes et Résultats (Drees)*, (663) : 8p.

2007

Saliba B., Ventelou B. (2007). Complementary health insurance in France : who pays? Why? Who will suffer from public disengagement? *Health Policy*, 81 (2-3) : 166-182.

Pôle Documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.epub

2006

Turquet P. (2006). L'obtention d'une couverture complémentaire maladie dans le cadre de l'entreprise. In : Déterminants psychosociaux des inégalités de la santé. *Sciences Sociales et Santé*, 24 (3) : 95-119.

2005

HCAAM (2005). Les couvertures complémentaires en assurance maladie : Paris : Hcaam

2004

Turquet P. (2004). Vers un renforcement de l'assurance privée dans la couverture maladie en France ? *Revue Internationale de Sécurité Sociale (Aiss)*, 57 (4) : 77-103.

Caniard E. (2003). Le crédit d'impôt, outil d'organisation de la protection sociale complémentaire. *Droit Social*, (5) : 518-526.

Chadelat J.F. (2003). La répartition des interventions entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé : Paris : MSSPS, Paris : La documentation française.

Simon M.O. (2003). Les salariés apprécient la complémentaire santé d'entreprise. *Consommation et Modes de Vie*, (166) : 4p.

2001

Turquet P. Del Sol M. (2001). Les spécificités mutualistes à l'épreuve de la protection sociale d'entreprise. Rapport Mire : Paris : Ministère chargé de la Santé

2000

Huteau G., Poulet A. (2000). La privatisation de la Sécurité sociale : Paris : Ires.
(2000). La protection sociale d'entreprise : entre le marché et la sécurité - Approche juridique et comparative : Paris : MIRE.

1999

Aproberts L. (1999). La protection sociale d'entreprise ou la solidarité fragmentée. *Revue de L'Ires (La)*, (30) : 93-120

1998

Laurent D., Kessler D. (1998). Le rôle des assurances dans la couverture maladie, Séminaire sur la protection sociale. Paris, 1998.

1996

Bousquet F., Couffinal A., Meyer C. (1996). La prise en charge du risque dentaire en assurance de groupe et en assurance individuelle. Rapport de synthèse : Boulogne-Billancourt : Sanesco.

1992

Gibaud B. (1992). L'assurance privée et le développement de la prévoyance collective d'entreprise en France (1850-1914) : Canteleu : IRTS

Jours Y. (1992). La protection sociale complémentaire d'entreprise. In : Protection sociale : grands problèmes. *Droit Social*, (2) : 141-149.

AIDE MEDICALE D'ÉTAT

2023

Focus : L'AME en bref

L'aide médicale d'État : une aide qui ne pèse que 0,47 % des dépenses de santé
> [Radio France, 2 novembre 2023](#)

Suppression de l'AME : cela aurait "un effet délétère sur notre système de santé", dénonce Nicolas Revel
> [Radio France, 9 novembre 2023](#)

Projet de loi immigration : la suppression de l'AME va pousser les gens "à recourir aux urgences" au lieu d'aller chez le médecin, estime l'économiste Paul Dourgnon
> [France Info, 8 novembre 2023](#)

2023

Conférence Nationale de la Santé (2023). Avis du 03.11.23 relatif à l'accès à la santé des personnes ayant recours à l'aide médicale d'État (AME) publié le 08.11.23. : Conférence nationale de la santé. Paris, Ministère chargé de la Santé
https://sante.gouv.fr/IMG/pdf/avis_cns_ame_envoye_cp_2023_1017_v1_env_modif_er_061123.pdf

Dasinieres, L. (2023). "[Ce que contient vraiment l'AME, pour en finir avec les clichés sur le tourisme médical.](#)" *Slate*. 24 avril.

Dourgnon, P., Jusot, F., Marsaudon, A., et al. (2023). "[Just a question of time? Explaining non-take-up of a public health insurance program designed for undocumented immigrants living in France.](#)" *Health Economics Policy and Law* **18**(1): 32 - 48.

Louwagie, V. (2023). [L'évaluation du coût des soins dispensés aux étrangers en situation irrégulière](#) : Rapport d'information. Paris Assemblée nationale : 70.

Marsaudon, A., Jusot, F., Wittwer, J., et al. (2023). ["Accès aux soins et lieux de soins usuels des personnes sans titre de séjour couvertes par l'Aide médicale de l'État."](#) Questions D'Economie de la Sante (Irdes)(280): 6p.

Petit, S., Wittwer, J., Dourgnon, P., et al. (2023/12). ["Des assurés comme les autres : une analyse des consommations de soins de ville des personnes couvertes par l'Aide médicale d'État."](#) Questions D'Economie de la Sante (Credes)(284): 6p.

2022

Dourgnon, P., Jusot, F., Marsaudon, A., et al. (2022). ["Non, l'Aide médicale d'État n'encourage pas les migrations pour raisons de santé."](#) De Facto(31): 30-33.

Dourgnon, P., Jusot, F., Marsaudon, A., et al. (2022). ["Just a question of time? Explaining non-take-up of a public health insurance program designed for undocumented immigrants living in France."](#) Health Economics, Policy and Law **18**(1): 32-48.

Gabarro, C., Dourgnon, P., Jusot, F., et al. (2022). ["L'aide médicale d'Etat, la fabrique d'un faux problème."](#) De Facto(31): 74.

ODSE (2022). [Étrangers malades résidant en France : Démarches préfectorales et accès aux droits](#), Paris : ODSE

Prieur, C., Dourgnon, P., Jusot, F., et al. (2022). ["Une personne sans titre de séjour sur six souffre de troubles de stress post-traumatique en France."](#) Questions D'Economie de la Sante (Irdes)(266): 8.

Rambliere, L., Pizarik, J. et Prioux, M. (2022). ["Caractéristiques et parcours vaccinal des personnes en situation de précarité vaccinées contre la Covid-19 sur un lieu de distribution alimentaire à Paris."](#) BULLETIN EPIDEMIOLOGIQUE HEBDOMADAIRE (BEH) - Covid-19(15): 9.

Vignier, N., Moussaoui, S., Marsaudon, A., et al. (2022). ["Burden of Infectious Diseases Among Undocumented Migrants in France: Results of the Premiers Pas Surveys."](#) Frontiers in Public Health **10**: 1-15.

2021

(2021/10/29). "L'aide médicale d'État : dossier juridique." ASH(3231): 16-21.

(2021). "AME : un recours insuffisant, un accès à faciliter." Revue Prescrire **41**(455). 697-698

(2021). "Malades étrangers en France : recul du droit de séjour après la loi de 2016." Revue Prescrire **41**(447): 60-64.

2020

CNLE (2020). Soutenir, accompagner, protéger 12 propositions [pour](#) accompagner les plus fragiles face à la crise. Paris CNLE: 23.

Cour des Comptes (2020). [L'entrée, le séjour et le premier accueil des personnes étrangères](#). Paris Cour des comptes: 178.

Laforgerie, F. (2020). "[Santé des étrangers-ères : la dégradation en marche. Épisode 2 : on rentre dans le dur !](#)" *Cahier Gingembre : Remaides N° 111(42)*: 16.

Marsaudon, A., Dourgnon, P., Jusot, F., et al. (2020). "[Anticiper les conséquences de l'épidémie de la Covid-19 et des politiques de confinement pour les personnes sans titre de séjour](#)." *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)(253)*: 6.

Marsaudon, A., Dourgnon, P., Jusot, F., et al. (2020). "[Anticiper les conséquences de l'épidémie de la Covid-19 et des politiques de confinement pour les personnes sans titre de séjour](#)." *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)(253)*: 6.

2019

Dourgnon, P., Guillaume, S., Jusot, F., et al. (2019). "[Étudier l'accès à l'Aide médicale de l'État des personnes sans titre de séjour. L'enquête Premiers pas](#)." *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)(244)*: 8.

Jusot, F., Dourgnon, P., Guillaume, S., et al. (2019). "[Le recours à l'Aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas](#)." *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)(245)*: 8.

Latournerie, J.Y., Bartoli, F., Felinger, F., Sauliere, J., et al. (2019). [L'aide médicale d'État : diagnostic et propositions](#). Paris Igas: 204.

Sénat (2019). [Une stabilisation en trompe l'oeil des crédits versés au nom de l'aide médicale d'État](#). In : *Projet de finances pour 2020 : Santé*. Paris : Sénat.

Wittwer, J., Raynaud, D., Dourgnon, P., et al. (2019). "[Protéger la santé des personnes étrangères en situation irrégulière en France. L'Aide médicale de l'État, une politique d'accès aux soins mal connue](#)." *Questions D'Economie de la Sante (Irdes)(243)*: 8.

2018

(2018). "Droit au séjour pour raisons médicales : analyse de la Case de santé à Toulouse." *Revue Prescrire* **38**(415): 380-382.

Denormandie, P. et Cornu Pauchet, M. (2018). L'accès aux droits et aux soins des personnes en situation de handicap et des personnes en situation de précarité. Paris CNSA: 102.

(2018). [Personnes étrangères malades : Soigner ou suspecter ?](#) Paris La Cimade: 19 , tab., graph., fig.

2017

Joyandet, A. (2017). [Rapport de la mission santé du Sénat sur la loi de finance 2018](#). Paris Sénat.

2016

Martin, P. et Bec, C. p. (2016). [Les métamorphoses de l'assurance maladie : conversion managériale et nouveau gouvernement des pauvres](#), Rennes : Presses universitaires de Rennes

Papuchon, A. (2016). "Prestations sociales : les personnes éligibles sont-elles les mieux informées ?" [Etudes et Resultats \(Drees\)\(954\)](#): 6.

2015

Goasguen, C. et Sirugue, C. (2015). [Rapport d'information déposé \(...\) par le comité d'évaluation et de contrôle des politiques publiques sur la mise en oeuvre des conclusions du rapport d'information n° 3524 du 9 juin 2011 sur l'évaluation de l'aide médicale de l'Etat](#). [Documents d'information de l'Assemblée nationale](#). Paris La Documentation française: 69, tabl., ann.

2013

Archimbaud, A. (2013). [L'accès aux soins des plus démunis](#). Paris Premier Ministre: 156 , ann.

2012

Goasguen, C. et Sirugue, C. (2012). [L'aide médicale de l'État : mieux gérer un dispositif nécessaire. Suivi du rapport de 2011 sur l'évaluation de l'aide médicale de l'État](#) : rapport d'information. Paris Assemblée nationale: 24, tabl., ann.

2011

Goasguen, C. et Sirugue, C. (2011). [L'évaluation de l'aide médicale d'Etat](#) : rapport d'information. Paris Assemblée nationale: 159 , tabl., ann.

Laude, A. (2011). "Le droit à l'accès aux soins des étrangers : réforme de l'aide médicale d'Etat." [Seve : les Tribunes de la Sante](#) **54**(30): 17-19.

2010

Cordier, A. et Salas, F. (2010). [Analyse de l'évolution des dépenses au titre de l'aide médicale d'État](#). Paris IGF ; Paris Igas: 24 , 13 ann.

2008

Azoulay, J., Chambaud, L., Corlay, D., et al. (2007). Rapport sur la gestion de l'aide médicale d'Etat : Mission d'audit de modernisation. Paris IGS, Igas: 45 , ann.

2003

Guillemot, B. et Mercereau, F. (2003). [Rapport sur l'évolution de l'aide médicale d'État](#). Paris Igas : 52 , ann.

QUELQUES ETUDES SUR LES DISPOSITIFS ETRANGERS

- Pour les pays de l'Union européenne, consulter les rapports de l'OMS Europe : [Health system reviews \(HIT series\)](#)
- Consulter aussi sur le site de l'OCDE le panorama des indicateurs de santé ([Health at glance Europe 2022](#) et [Health at glance 2023](#))

2023

Baicker, K., Chandra, A. et Shepard, M. (2023). [Achieving Universal Health Insurance Coverage in the United States: Addressing Market Failures or Providing a Social Floor?](#) NBER Working Paper ;30854. Cambridge NBER: 24.

Drake, C., Anderson, D., Cai, S.-T., et al. (2023). "[Financial transaction costs reduce benefit take-up evidence from zero-premium health insurance plans in Colorado](#)." *Journal of Health Economics* **89**: 102752.

Remmerswaal, M., Boone, J. et Douven, R. (2023). "[Minimum generosity levels in a competitive health insurance market](#)." *Journal of Health Economics*: 102782.

2022

Bell-Aldeghi, R., Sirven, N., Le Guen, M., et al. (2022). "[One Last Effort. Are High Out-of-Pocket Payments at the End of Life a Fatality?](#)" *The European Journal of Health Economics* **23**: 879–891.

Bonsang, E. et Costa-Font, J. (2022). "[Buying control? 'Locus of control' and the uptake of supplementary health insurance](#)." *Journal of Economic Behavior and Organization*(204): 4766489.

Douven, R., Kauer, L., Demme, S., et al. (2022). "[Should administrative costs in health insurance be included in the risk-equalization? An analysis of five countries](#)." *The European Journal of Health Economics* **23**(9): 1437-1453.

Milcent, C. et Zbiri, S. (2022). "[Supplementary private health insurance: The impact of physician financial incentives on medical practice](#)." *Health Economics* **31**(1): 57-72.

Winkelmann, J., Gomez Rossi, J., Schwendicke, F., et al. (2022/03/09). "[Exploring Variation of Coverage and Access to Dental Care for Adults in 11 European Countries: A Vignette Approach](#)." *BMC Oral Health*(65): 18p.

2021

ApRoberts, L. (2021). "L'assurance sociale confiée à des assureurs privés : Medicare Advantage aux États-Unis." La Revue de l'Ires **103-104**(1): 75-107.

Beaussier, A.-L. (2021). "[Le gouvernement fédéral américain au chevet de l'assurance santé.](#)" La Revue de l'Ires **103-104**(1): 109-129.

Benoit, C., Del Sol, M. et Martin, P. (2021). Private Health Insurance and the European Union, Cham : Palgrave Macmillan

Biker, J. et Bekooij, J. (2021). [Market forces in healthcare insurance: the impact of healthcare reform on regulated competition revisited.](#) DNB Working Paper; 705. Amsterdam Netherlands Central Bank: 25 , fig.

Bonsang, E., Costa-Font, J. et al.. (2021). Buying Control? 'Locus of Control' and the Uptake of Supplementary Health Insurance. IZA Discussion Paper ; 14633. Bonn Iza: 72.
<https://ftp.iza.org/dp14633.pdf>

Carey, C. (2021). [Sharing the Burden of Subsidization: Evidence on Pass-Through from a Subsidy Revision in Medicare Part D.](#) NBER Working Paper Series ;28529. Cambridge NBER: 26 , tabl., fig.
<https://www.nber.org/papers/w28529>

Cremer, H. et Lozachmeur, J. M. (2021). [Coinsurance vs. Copayments: Reimbursement Rules for a Monopolistic Medical Product with Competitive Health Insurers.](#) CESifo Working Papers ; 9160-2021. München CESifo: 17.

Dickstein, M. J., Ho, K. et Mark, N. D. (2021). [Market Segmentation and Competition in Health Insurance.](#) NBER Working Paper ; 29406. Cambridge NBER: 59 , annexes.

Ding, H., Duggan, M. et Starc, A. (2021). [Getting the Price Right? The Impact of Competitive Bidding in the Medicare Program.](#) NBER Working Paper Series ;28457. Cambridge NBER: 49 , tabl., fig.

Duggan, M., Garthwaite, C. et Wang, A. Y. (2021). [Heterogeneity in the Impact of Privatizing Social Health Insurance: Evidence from California's Medicaid Program.](#) NBER Working Paper Series ;28944. Cambridge NBER: 84 , fig., ann.

Hong, L. et Mommaerts, C. (2021). [Time Aggregation in Health Insurance Deductibles.](#) NBER Working Paper Series ;28430. Cambridge NBER: 42 , tabl., fig.

Macleod, W. B. (2021). [A Welfare Analysis of Competitive Insurance Markets with Vertical Differentiation and Adverse Selection.](#) NBER Working Paper Series ;28565. Cambridge NBER: 40 , tabl., fig.

Marmor, T. R. (2021). "Assurance sociale et assurance maladie aux Etats-Unis : principes et paradoxes." Revue D'economie Financiere(143): 47-60.

Marenzi, A., Rizzi, D. et Zanette, M. (2021). "[Incentives for voluntary health insurance in a national health system: Evidence from Italy.](#)" Health Policy **125**(6): 685-692.

McGuire, T. G., Schillo, S. et van Kleef, R. C. (2021). "[Very high and low residual spenders in private health insurance markets: Germany, The Netherlands and the U.S. Marketplaces.](#)" The European Journal of Health Economics **22**(1): 35-50.

McIntyre, A. L., Shepard, M. et Wagner, M. (2021). [Can Automatic Retention Improve Health Insurance Market Outcomes?](#) NBER Working Paper Series ;28630. Cambridge NBER: 21.

Mulligan, C. B. (2021). [The Value of Employer-Sponsored Health Insurance](#). NBER Working Paper Series ;28590. Cambridge NBER: 26 , tabl.

OCDE (2021). [Public and Private Sector Relationships in Long-term Care and Healthcare Insurance](#). Paris OCDE: 30.

Okma, K. G. H. et Tenbenschel, T. (2021). "Les réformes de la santé dans le monde." Revue D'economie Financiere(143): 15-46

Palm, W., Webb, E., Hernández-Quevedo, C., et al. (2021). "[Gaps in coverage and access in the European Union](#)." Health Policy **125**(3): 341-350.

2020

Abaluck, J., Caceres Bravom, Hull, P., et al. (2020). [Mortality Effects and Choice Across Private Health Insurance](#) Plans. NBER Working Paper Series ; n° 22578. Cambridge NBER: 60 , tabl., fig., annexes.

Aizawa, N. et Fu, C. (2020). [Interaction of the Labor Market and the Health Insurance System: Employer-Sponsored, Individual, and Public Insurance](#). NBER Working Paper Series ; 26713. Cambridge NBER: 33 , tabl., fig., annexes.

Alessie, R. J. M., Angelini, V., Mierau, J. O., et al. (2020). "Moral hazard and selection for voluntary deductibles." Health Economics **29**(10): 1251-1269.

Assa, J. et Calderon, C. (2020). [Privatization and Pandemic: A Cross-Country Analysis of COVID-19 Rates and Health-Care Financing Structures](#). The New School for Social Research Working Paper ; 08/2020. New York New School for Social Research: 24.

Barnett, M. L., Olenski, A. et Sacarny, A. (2020). [Common Practice: Spillovers from Medicare on Private Health Care](#). NBER Working Paper Series ; 27270. Cambridge NBER: 39 , fig., tab.+annexes.

Bichay, N. (2020). "[Health insurance as a state institution: The effect of single-payer insurance on expenditures in OECD countries](#)." Social Science & Medicine **265**: 113454.

Fels, M. (2020). "[Incentivizing efficient utilization without reducing access: The case against cost-sharing in insurance](#)." Health Economics **29**(7): 827-840.

Fioretti, M. et Wang, H. (2020). [Performance Pay in Insurance Markets: Evidence from Medicare](#). Working Paper 2020.03. Cologne INFER: 59 , fig., annexes.

Flood, C. M. et Thomas, B. (2020). [Is Two-Tier Health Care the Future?](#), Ottawa : University of Ottawa Press

Fronsdal, T. L., Bhattacharya, J. et Tamang, S. (2020). Variation in Health Care Prices Across Public and Private Payers. NBER Working Paper Series ; 27490. Cambridge NBER: 60 , fig., tab.
www.nber.org/papers/w27490.pdf

Hobbins, A. P., Barry, L., Kelleher, D., et al. (2020). "[Do people with private health insurance attach a higher value to health than those without insurance? Results from an EQ-5D-5 L valuation study in Ireland.](#)" *Health Policy*(Ahead of pub).

Jaffe, S. et Shepard, M. (2020). "[Price-Linked Subsidies and Imperfect Competition in Health Insurance.](#)" *American Economic Journal: Economic Policy* **12**(3): 279-311.

Kaplan, G., Moll, B. et Violante, G. L. (2020). [The Social Determinants of Choice Quality: Evidence from Health Insurance in the Netherlands.](#) NBER Working Paper Series ; n° 27785. Cambridge NBER: 60 , tab., fig., annexes.

Kettlewell, N. (2020). [Subjective Expectations for Health Service Use and Consequences for Health Insurance Behavior.](#) IZA Discussion Paper Series ; 13445. Bonn IZA: 62.
<http://ftp.iza.org/dp13445.pdf>

Lamiraud, K. et Stadelmann, P. (2020). [Switching Costs in Competitive Health Insurance Markets: The Role of Insurers' Pricing Strategies.](#) Essec Research Center Working Paper ; hal-02635107. Cergy-Pontoise Essec: 41.

Lucarelli, C., Frea, M. et Gordon, A. S. (2020). [How Does Cost-Sharing Impact Spending Growth and Cost-Effective Treatments? Evidence from Deductibles.](#) NBER Working Paper Series ;28155. Cambridge NBER: 43 , fig., tab., annexes.

OCDE (2020). [Long-term care and health care insurance in OECD and other countries.](#) Paris OCDE: 33.

Palm, W., Webb, E., Hernández-Quevedo, C., et al. (2021). "[Gaps in coverage and access in the European Union.](#)" *Health Policy* **125**(3): 341-350.

Paris, V. (2020). "La couverture santé dans les pays de l'OCDE." *Seve : Les Tribunes De La Sante*(65): 47-59.

Robertson, C., Yun, A. et Zhang, W. (2020). [Distinguishing Moral Hazard from Access for High-Cost Healthcare Under Insurance.](#) Arizona Legal Studies Discussion Paper ; 20-18. Tucson University of Arizona.

Samek, A. et Sydnor, J. R. (2020). Impact of Consequence Information on Insurance Choice. *NBER Working Paper Series ; 28003.* Cambridge NBER: 33 +annexes.
<https://www.nber.org/papers/w28003>

Tavares, A. I. et Ferreira, P. L. (2020). "[Public satisfaction with health system coverage, empirical evidence from SHARE data.](#)" *International Journal of Health Economics and Management* **20**(3): 229-249.

Thomson, S., Sagan, A. et Mossialos, E. (2020). [Private health insurance : history, politics and performance 2020.](#) Bruxelles : Observatoire Européen sur les Systèmes et les Politiques de Santé ; Cambridge University Press

van der Schors, W., Brabers, A. E. M. et de Jong, J. D. (2020). "[Why do people not switch insurer in a market-based health insurance market? Empirical evidence from the Netherlands.](#)" *European Journal of Public Health* **30**(4): 633-638.

2019

Armour, P. et O'Hanlon, C. (2019). [How Does Supplemental Medicare Coverage Affect the Disabled Under-65 Population?: An Exploratory Analysis of the Health Effects of States' Medigap Policies for SSDI Beneficiaries](#). *NBER Working Paper Series ; 25564*. Cambridge NBER: 32 , tabl., fig., annexes. <http://papers.nber.org/papers/W25564>

Courtemanche, C. J., Fazlul, I., Marton, J., et al. (2019). [The Impact of the ACA on Insurance Coverage Disparities After Four Years](#). *NBER Working Paper Series ; 26157*. Cambridge NBER: 32 , tabl., fig.

Hanbali, H., Claassens, H., Denuit, M., et al. (2019). "[Once covered, forever covered: The actuarial challenges of the Belgian private health insurance system](#)." *Health Policy* **123**(10): 970-975.

Klimaviciute, J. et Pestieau, P. (2019). [Insurance with a deductible. A way out of the long term care insurance puzzle](#). *CORE Discussion Paper; 2019/02*. Louvain-la-Neuve CORE: 11.

Kullberg, L., Blomqvist, P. et Winblad, U. (2019). "[Health insurance for the healthy? Voluntary health insurance in Sweden](#)." *Health Policy* **123**(8): 737-746.

Milcent, C. et Zbiri, S. (2019). [Impact of private health insurance on a public healthcare system: the case of cesarean deliveries](#). *PSE Working Papers ; 2018-52*. Paris PSE.

Vonk, R. A. A. et Schut, F. T. (2019). "Can universal access be achieved in a voluntary private health insurance market? Dutch private insurers caught between competing logics." *Health Econ Policy Law* **14**(3): 315-336.

2018

Cooke, O. D. N., Kumpunen, S. et Holder, H. D. (2018). [Can people afford to pay for health care? New evidence on financial protection in the United Kingdom](#). Copenhagen Office des publications du bureau régional de l'Europe: 96 , tab., graph., fig.

Nishi, T. (2018). [The impact of revision for coinsurance rate for elderly on healthcare resource utilization: a pilot study using interrupted time series analysis of employee health insurance claims data](#). *MPRA Paper : 86329*. Munich MPRA: 13 , tabl.

2017

Lafon, A., Louvel, A. et Montaut, A. (2017). "[La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens - La France, l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suisse](#)." *Dossiers De La Drees (Les)*(19): 32 , tab., graph., fig.

Lefebvre, E. et Le Minez, S. (2017). [Les périmètres des dépenses de protection sociale en comparaison internationale](#). Paris HCFi-PS: 49.

2017

(2017). Patient Protection and Affordable Care Act: Concentration, Plan Availability and Premiums, and Enrollee Experiences in Health Insurance Markets Since 2014. Washington GAO: 11 , tabl., graph., fig.

<http://www.gao.gov/assets/690/681541.pdf>

Atal, J. P., et al. (2017). Exit, Voice or Loyalty? An Investigation into Mandated Portability of Front-Loaded Private Health Plans. NBER Working Paper Series ; n° 23468. Cambridge NBER: 37 , tabl., fig., annexes.

<http://www.nber.org/papers/w23468>

Curto, V., et al. (2017). Healthcare Spending and Utilization in Public and Private Medicare. NBER Working Paper Series ; n° 23090. Cambridge NBER: 57 , fig., tabl.

www.nber.org/papers/w23090

Eibner, C., et al. (2017). The Effects of the American Health Care Act on Health Insurance Coverage and Federal Spending in 2020 and 2026. Santa Monica Rand Corporation: 36 , tabl., fig.

https://www.rand.org/pubs/research_reports/RR2003.html

Lafon, A. et Louvel, A., Montaut A. (2017). "La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens - La France, l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suisse." Dossiers De La Drees (Les)(19): 32 , tabl., graph., fig.

<http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dd19.pdf>

Lefebvre, E. et Le Minez, S. (2017). Les périmètres des dépenses de protection sociale en comparaison internationale. Paris HCFI-PS: 49.

<http://www.strategie.gouv.fr/publications/perimetres-depenses-de-protection-sociale-comparaison-internationale>

Mougeot, M. et Naegelen, F. (2017). "Medical service provider networks." Cahiers de la Chaire Santé(25): 28 , fig.

Nishi, T. (2018). The impact of revision for coinsurance rate for elderly on healthcare resource utilization: a pilot study using interrupted time series analysis of employee health insurance claims data. MPRA Paper : 86329. Munich MPRA: 13 , tabl.

<https://econpapers.repec.org/paper/pramprapa/86329.htm>

Van Gestel, R., Goedeme, T., Janssens, J., et al. (2017). A Reminder to Pay Less for Healthcare: take-up of Increased Reimbursement in a large-scale randomized field experiment. Working Paper; 17.11. Antwerpen University of Antwerp: 34 , tabl., annexes.

<http://www.centrumvoorsociaalbeleid.be/index.php?q=node/6254>

Verdier-Molinie, A. et Francois, P. (2017). "Pays-Bas : un système de santé performant." P@Ges Europe: 1.

<http://www.ladocumentationfrancaise.fr/pages-europe/pe000043-pays-bas-un-systeme-de-sante-performant-par-agnes-verdier-molinie-philippe/article>

2016

Abaluck, J. et Gruber, J. (2016). Improving the Quality of Choices in Health Insurance Markets. NBER Working Paper Series ; n° 22917. Cambridge NBER: 69 , tabl., fig., annexes.

<http://www.nber.org/papers/w22917>

Pôle Documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.epub

Batifoulier, P. (2016). "L'extension de l'assurance santé privée : une stratégie inégalitaire et inefficace." CEPN Policy Brief(8): 1-3.

Cabral, M. et Cullen, M. R. (2016). Estimating the Value of Public Insurance Using Complementary Private Insurance. NBER Working Paper series : n° 22583. Cambridge NBER: 32 , tabl., fig., annexes. www.nber.org/papers/w22583

Courtemanche, C., et al. (2016). Impacts of the Affordable Care Act on Health Insurance Coverage in Medicaid Expansion and Non-Expansion States. NBER Working Paper Series ; n° 22182. Cambridge NBER: 52 , fig., tabl., annexes. <http://www.nber.org/papers/w22182>

Decarolis, F. et Guglielmo, L. (2016). Insurers' Response to Selection Risk: Evidence from Medicare Enrollment Reforms. NBER Working Paper Series ; n° 22876. Cambridge NBER: 29 , fig., annexes. www.nber.org/papers/w22876

Einav, L., et al. (2016). Private Provision of Social Insurance: Drug-specific Price Elasticities and Cost Sharing in Medicare Part D. NBER Working Paper Series ; n° 22277. Cambridge NBER: 44 , fig., tabl., annexes. <http://www.nber.org/papers/w22277>

Frean, M., et al. (2016). Premium Subsidies, the Mandate, and Medicaid Expansion: Coverage Effects of the Affordable Care Act. NBER Working Paper Series ; n° 22213. Cambridge NBER: 57 , fig., tabl., annexes. <http://www.nber.org/papers/w22213>

Geruso, M. (2016). Demand Heterogeneity in Insurance Markets: Implications for Equity and Efficiency. NBER Working Paper series : n° 22440. Cambridge NBER: 60 , tabl., fig., annexes. www.nber.org/papers/w22440

Glied, S., et al. (2016). "How the ACA's Health Insurance Expansions Have Affected Out-of-Pocket Cost-Sharing and Spending on Premiums." Issue Brief: 14 , tabl., fig.

Mikkers, M. C. (2016). The Dutch Healthcare System in International Perspective. Tilburg Tilburg University: 68 , fig.

Paris, V., et al. (2016). Health care coverage in OECD countries in 2012. OECD Health Working Papers ; 88. Paris OCDE: 72 , tab., graph. fig. http://www.oecd-ilibrary.org/fr/social-issues-migration-health/health-care-coverage-in-oecd-countries-in-2012_5jlz3kbf7pzv-en

Sagan, A. (éd.) et Thomson, S. (éd.) (2016). Voluntary health insurance in Europe: Role and regulation, Copenhague : Bureau régional de l'Europe http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0005/310838/Voluntary-health-insurance-Europe-role-regulation.pdf

2015

Dormont, B. et Peron, M. (2015). Does health insurance encourage the rise in medical prices? HEDG Working Paper 15/16. York HEDG: 25 , tabl., fig.

<http://www.york.ac.uk/media/economics/documents/hedg/workingpapers/1516.pdf>

Dormont, B. et Peron, M. (2015). "Does health insurance encourage the rise in medical prices? A test on balance billing in France." Cahiers de la Chaire Santé(22): 26 , tab., graph., fig.

Jia, L., et al. (2014). "Strategies for expanding health insurance coverage in vulnerable populations." Cochrane Database Syst Rev(11): Cd008194.

2014

Abraham J.M. (2014). How will the Affordable Care Act change employers'incentives to offer insurance? Washington : U.S Census Bureau

<ftp://ftp2.census.gov/ces/wp/2014/CES-WP-14-02.pdf>

Boone, J. (2014). Basic versus Supplementary Health Insurance: The Role of Cost Effectiveness and Prevalence. CentER Discussion Paper Series No. 2014-065. Le Tilburg Center for Economic Research.: 36 , tabl.

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2516298

Cabral M. (2014). Externalities and Taxation of Supplemental Insurance: A Study of Medicare and Medigap : Cambridge : NBER.

<http://www.nber.org/papers/w19787>

Rebba, V. (2014). The Long-Term Sustainability Of European Health Care Systems. Padoue Université de Padoue: 49 , tabl., fig.

<http://economia.unipd.it/sites/decon.unipd.it/files/20140191.pdf>

Sanwald A. (2014). What drives out-of pocket health expenditures of private households? Empirical evidence from the Austrian household budget survey : Innsbruck : University of Innsbruck.

<http://eeecon.uibk.ac.at/wopec2/repec/inn/wpaper/2014-04.pdf>

2013

Buchmueller, T., et al. (2013). "Will employers drop health insurance coverage because of the affordable care act?" Health Aff.(Millwood.) **32**(9): 1522-1530.

Dicken J.E. (2013). Medicare Supplemental Coverage: Medigap and Other Factors Are Associated with Higher Estimated Health Care Expenditures : Washington : GAO.

<http://www.gao.gov/assets/660/657956.pdf>

Jelovac I. (2013). Physicians' Balance Billing, Supplemental Insurance and Access to Health Care : Ecully : Groupe d'Analyse et de Théorie Economique

http://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=2215671

Fronstin, P. (2013). "Trends in Health Coverage for Part-Time Workers." Ebri Notes **34**(5).

2012

Blumberg, L. J., et al. (2012). "Why employers will continue to provide health insurance: the impact
Pôle Documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.epub

of the Affordable Care Act." *Inquiry* **49**(2): 116-126.

Bras P.L., Tabuteau D. (2012). Les assurances maladie. Que sais-je ? 3942. Paris : Presses Universitaires de France

Palier B. (2012). La réforme des systèmes de santé. Que sais-je ; n° 3710. Paris : Presses Universitaires de France

(2012). La protection sociale en France et en Europe en 2010. *Série Statistiques - Document de Travail - Drees*, (170) : -209p.

<http://www.drees.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat170.pdf>

Dafny L., Ramanarayanan S. (2012). Does it Matter if Your Health Insurer is For-Profit? Effects of Ownership on Premiums, Insurance Coverage, and Medical Spending : Cambridge : NBER

<http://www.nber.org/papers/w18286>

2011

Paolucci F. (2011). Health care financing and insurance. Options for design. *Developments in Health Economics and Public Policy*, Vol. 10. Berlin: Springer

Werding M., McLennan S. (2011). International portability of health-cost coverage : concepts and experience : Washington : Banque mondiale

http://www-wds.worldbank.org/servlet/WDSContentServer/WDSP/IB/2011/08/19/00-0386194_20110819010330/Rendered/PDF/639290WP0Healt00Box0361533B0PUBLIC0.pdf

2010

(2010). Une sécurité sociale dynamique pour l'Europe : choix et responsabilité. *Développements et tendances* : Genève : AISS.

<http://www.issa.int/fre/content/download/111420/2436978/file/1-DT-Europe.pdf>

Bolin K., Hedblom D., Lindgren B., Lindgren A. (2010). Asymmetric Information and the Demand for Voluntary Health Insurance in Europe : Cambridge : NBER

<http://www.nber.org/papers/w15689>

Grunow M., Nuscheler R. (2010). Public and Private Health Insurance in Germany: The Ignored Risk Selection : Augsburg : University of Augsburg

<http://www.wiwi.uni-augsburg.de/vwl/institut/paper/312.pdf>

Merrien F.X., Nezos G., Palier B. (2010). La protection sociale : quels débats ? quelles réformes ? *Cahiers Français*, (358) : -95p.

Debrand T., Dourgnon P. (2010). Building bridges between health economics research and public policy evaluation. *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 10 (6) : 627-640.

<http://www.expert-reviews.com/doi/pdf/10.1586/erp.10.79>

2009

Avitabile C. (2009). The Health Insurance Puzzle in Europe: The Role of Information : Naples : Center for Studies in Economics Studies and Finance
<http://www.csef.it/WP/wp221.pdf>

Frehaut P., Klein T., Laffon P. (2009). Comparaison internationale sur les choix effectués en matière de couverture complémentaire santé : Paris : CAS.
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/104000613/0000.pdf>

Leu R.E., Rutten F.F.H., Brouwer W., Matter P., Rutschi C. (2009). The Swiss and Dutch Health Insurance Systems: Universal Coverage and Regulated Competitive Insurance Markets : New York : The Commonwealth Fund.
<http://www.commonwealthfund.org/Publications/Fund-Reports/2009/Jan/The-Swiss-and-Dutch-Health-Insurance-Systems--Universal-Coverage-and-Regulated-Competitive-Insurance.aspx>

Schoen C., Helms D., Folsom A. (2009). Harnessing Health Care Markets for the Public Interest: Insights for U.S. Health Reform from the German and Dutch Multipayer Systems : New York : The Commonwealth Fund.
http://www.commonwealthfund.org/~media/Files/Publications/Fund%20Report/20-09/Dec/Schoen_German%20and%20Dutch%20Governance%20Report_1215_v2.pdf

Thomson S., Foubister T., Mossialos E. (2009). Financing health care in the European Union: challenges and policy responses. Observatory Studies Series ; 17. Copenhagen : OMS Bureau régional de l'Europe
<http://www.euro.who.int/document/E92469.pdf>

2008

Devolder P., Denuit D., Maréchal X., Yerna B.L., Closon J.P., Senn A., Vinck I. (2008). Construction d'un index médical pour les contrats privés d'assurance. KCE report; 96B. Bruxelles : KCE.
<http://kce.fgov.be/Download.aspx?ID=1358>

Elbaum M. (2008). Participation financière des patients et équilibre de l'assurance maladie. *Lettre de L'Ofce : Observations et Diagnostics Economiques*, (301) : -8p.
<http://www.ofce.sciences-po.fr/pdf/lettres/301.pdf>

Glied S.A. (2008). Universal coverage one head at a time - The risks and benefits of individual health insurance mandates. *New-England Journal of Medicine (The)*, 358 (15) : 1540-1542.
<http://content.nejm.org/cgi/reprint/358/15/1540.pdf>

Hermesse J. (2008). Protection santé aujourd'hui : structures et tendance dans 13 pays : Bruxelles : AIM.
<http://www.aim-mutual.org/index.php?page=29>

2007

(2007). La participation des patients aux dépenses de santé dans cinq pays européens : St Denis la Plaine : HAS

2006

Pôle Documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.epub

Lewalle H. (2006). Regard sur l'assurance maladie privée dans l'Union européenne. In : Réformes et régulation des systèmes de santé en Europe. *Revue Française des Affaires Sociales*, (2-3) : 141-166.

Thomson S., Mossialos E. (2006). Regulating private health insurance in the European Union : the implications of single market legislation and competition policy : Londres : LSE
<http://eprints.lse.ac.uk/28786/>

2004

Mossialos E., Thomson S. (2004). Private health insurance and access to health care in the European Union. *Euro Observer - Newsletter of the European Observatory on Health Systems and Policies*, 6 (1) : 1-4.
http://www.euro.who.int/document/Obs/EuroObserver6_1.pdf

Colombo F., Tapay N. (2004). Private Health Insurance in OECD countries : the benefits and costs for individuals and Health Systems : Paris : OCDE
<http://www.oecd.org/dataoecd/34/56/33698043.pdf>

Polton D., Rochaix L. (2004). Partage optimal entre assurance maladie privée et publique : la situation française au regard d'expériences étrangères. *Economie Publique - Etudes et Recherches*, (14) : 7-23.
<http://www.vcharite.univ-mrs.fr/idep/Docs/Revue/revue14/rochaix-polton.pdf>

Van Beusekom., I, Tönshoff S., Spreng C., Keeler E.B. (2004). Possibility or utopia ? Consumer choice in health care : a literature review : Santa Monica : Rand Corporation.
<http://www.rand.org/publications/TR/TR105>

2003

Mossialos E, Thomson S. (2003) Access to Health Care in the European Union: The Impact of User Charges and Voluntary Health Insurance. In *Access to Health Care*. Edited by Gulliford, M., Morgan, M., London : Routledge, London

Nyman J.A. (2003). The theory of demand for health insurance : Stanford : Stanford University Press

2001

(2001). Rapport sur le panier de biens et de services dans les pays de l'Union Européenne, aux Etats-Unis et en Suisse : Paris : Cnamts.

(2001). Panier de biens et services de santé : du concept aux modalités de gestion : rapport à la Conférence Nationale de la Santé 2001 : Paris : Haut Comité de la Santé Publique.
<http://www.hcsp.ensp.fr/hcspi/explore.cgi/ouvrage?clef=63&menu=090471> –

Chabaud S., Collombet C. (2001). Le panier de biens et services médicaux remboursés par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire : d'une réalité implicite à une redéfinition explicite. 39e promotion du CNESSS. Saint-Etienne : CNESSS.

Dourgnon P., Grignon M., Jusot F. (2001). L'assurance maladie réduit-elle les inégalités sociales de santé ? Une revue de littérature. *Questions d'Economie de la Santé (Credes)*, (43) : -8p.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes43.pdf>

Emmerson C., Frayne C., Goodman A. (2001). Should private medical insurance be subsidised? *Health Care Uk*, 49-65.

http://www.ifs.org.uk/docs/private_med.pdf

2000

(2000). La protection sociale d'entreprise : entre le marché et la sécurité - Approche juridique et comparative : Paris : MIRE.

Couffinhal A. (2000). Concurrence et efficacité productive en assurance santé, *Efficacité versus équité en économie sociale* (pp. 313-324). Paris : L'Harmattan

Couffinhal A. (2000). De l'antisélection à la sélection en assurance santé : pour un changement de perspective. *Economie et Prévision*, (142) : 101-120.

Huteau G., Poulet A. (2000). La privatisation de la Sécurité sociale : Paris : IRES.

Jacobs R., Goddard M. (2000). Social health insurance systems in European countries - The role of the insurer in the health care system : a comparative study of four European countries. *Occasional Paper*, (39) : -128p.

<http://www.york.ac.uk/che/pdf/op39.pdf>

1999

Bocognano A., Couffinhal A., Grignon M., Mahieu R., Polton D. (1999). Concurrence entre assureurs, entre prestataires et monopole naturel. Une revue des expériences étrangères en matière de santé. In : Transferts sociaux. Comparaison des rendements des régimes de retraite. *Economie et Statistique*, (328) : 21-36.

1998

Bocognano A., Couffinhal A., Grignon M., Mahieu R., Polton D. (1998). Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé : théorie et bilan des expériences étrangères. *Questions d'Economie de la Santé (Credes)*, (15) : -8p.

<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes15.pdf>

Bocognano A., Couffinhal A., Grignon M., Mahieu R., Polton D. (1998). Mise en concurrence des assurances dans le domaine de la santé : théorie et bilan des expériences étrangères. Rapport Credes. Paris : CREDES.

Couffinhal A., Rochaix L. (1998). Concurrence et antisélection en assurance maladie : l'expérience des Pays-Bas. In : Economie des systèmes de santé. *Economie Publique - Etudes et Recherches*, (2) : 35-65.

Dumont J.P. (1998). Les systèmes de protection sociale en Europe : Paris : Economica

Pôle Documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.epub

Laurent D., Kessler D. (1998). Le rôle des assurances dans la couverture maladie, Séminaire sur la protection sociale. Paris, 1998.

1994

Cammilleri A.F. (1994). La protection sociale en Europe : étude de droit public comparé : Paris : GLN Joly

Reynaud E., Galbois Y., Dumont J.P. (1994). A propos des systèmes de protection sociale complémentaire. *Revue Française des Affaires Sociales*, 48 (3) : 3-48.

1993

Newhouse J.P. (1993). Free for all ? Lessons from the RAND health insurance experiment : Londres : Havard University Press

- ► Voir aussi sur le site de l'Irdes : bibliographie, [Congrès Protection sociale d'entreprise, Paris, 25-26 mars 2010](#)

Ressources électroniques

- Descriptif des régimes de protection sociale (Vie Publique)
- [Voir la page : Les régimes de sécurité sociale](#)

AISS (Association Internationale de la Sécurité Sociale)

Plusieurs bases de données sur ce site. Les profils par pays contiennent une description globale des régimes de sécurité sociale, des indicateurs sociodémographiques, un examen des réformes survenues depuis 1995, des ressources bibliographiques. Une base de données sur les bonnes pratiques en matière de sécurité sociale est également proposée. Nombreux documents en texte intégral.

CLEISS (Centre des Liaisons Européennes et Internationales des Systèmes de Santé)

Ce site propose des informations sur la Sécurité sociale à l'international.

CNAM (Caisse Nationale d'Assurance Maladie)

La Cnam cherche, par ce site, à répondre aux besoins d'information de ses différents publics sur le régime général d'assurance maladie : assurés, professions de santé, employeurs, journalistes, chercheurs. Le site est structuré en 3 espaces principaux : assurés, professionnels de santé, employeurs. Ils sont complétés par deux rubriques présentes sur la page d'accueil : l'espace presse et un mini-site sur les activités et fonctions de l'assurance-maladie.

Commission Européenne

MISSOC : système d'information mutuelle sur la protection sociale

MISSOC publie des [tableaux comparatifs](#) régulièrement mis à jour et couvrant tous les domaines de la protection sociale.

Conseil de l'Europe

MISSCEO : Système mutuel d'information sur la protection sociale du Conseil de l'Europe

Pôle Documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.epub

Ce site met en ligne des tableaux comparatifs des régimes de protection sociale relatifs aux pays membres du Conseil de l'Europe, mais non membres de l'Union européenne ou de l'Espace économique européen

CTIP – Centre Technique des Institutions de Prévoyance

Ce site rassemble des informations sur la prévoyance d'entreprise et met en ligne les résultats annuels du Baromètre de la prévoyance réalisée en collaboration avec le Credoc.

France Assureurs

Créée en 2016, la FFA regroupe la FFSA (Fédération Française des Sociétés d'Assurance) et la GEMA (Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurance au sein d'une même organisation. Elle est devenue France Assureurs en janvier 2022.

FNMF – Fédération Nationale de la Mutualité Française

On trouve sur le site : une présentation de la Mutualité française (quelques chiffres, spécificités, valeurs, organisation, fonctionnement, la Fédération, histoire de la Mutualité), une présentation des activités de ses membres (remboursements, garanties de prévoyance, établissements médico-sociaux de la mutualité), un annuaire des 3000 mutuelles adhérentes à la Mutualité Française, un petit glossaire de la mutualité, et dans la rubrique communication, les publications mutualistes (communiqués de presse mutualiste, les ouvrages et la presse mutualiste, des forums, des dossiers d'actualité, 32 fiches conseil santé et un dossier spécial médicament à destination du grand public

Fonds complémentaire santé

Depuis janvier 2021, les missions du Fonds Cmu sont entièrement reprises par la Cnam, l'Acoss et le ministère des Solidarités et de la Santé au titre de leurs compétences respectives. Le nouveau site mis en place par le ministère est tourné vers le grand public en fournissant des informations pratiques sur les conditions d'obtention de la complémentaire santé solidaire. Il met à disposition également rapports et études, ainsi que des statistiques.

HCCAM - Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie

Le Haut conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) est une instance de réflexion et de propositions qui contribue, depuis 2003, à une meilleure connaissance des enjeux, du fonctionnement et des évolutions envisageables des politiques d'assurance maladie.

HCFCP – Haut Conseil de financement pour la protection sociale

Créé en 2012, Le Haut Conseil du financement de la protection sociale (HCFi-PS) est chargé d'établir un état des lieux du système de financement de la protection sociale et de formuler des propositions d'évolution.

Institut de la Protection Sociale (IPS)

Think tank au service de la réforme de la protection sociale de l'entreprise, de ses dirigeants et de leurs salariés. Il souhaite promouvoir une meilleure prise en compte, par les pouvoirs publics, des difficultés posées par les règles actuelles encadrant la protection sociale.

Ministère de la santé

L'espace santé du portail gouvernemental sur la santé en France met à la disposition de l'internaute des synthèses sur le système de santé et de protection sociale français. Un espace donne accès à des dossiers thématiques classés par ordre alphabétique : voir notamment à Assurance maladie, politique de santé, système de santé, mais aussi à Histoire de la Sécurité sociale, Sécurité sociale, etc.

MSA – Mutualité Sociale Agricole

Deuxième régime de protection sociale en France, la MSA protège l'ensemble de la profession agricole. Le site statistique de la MSA est la référence en matière de statistiques sur la protection sociale agricole. Il offre un accès à plus de 300 publications de type études, synthèses, notes de conjoncture... couvrant 8 thématiques (démographie agricole, retraite, santé...).

Portail de la Sécurité sociale

Entièrement refondu en 2011, ce site offre un accès différencié selon que l'on soit un professionnel de la sphère santé/social ou usagers de la Sécurité sociale. Il propose six rubriques communes aux deux espaces : maladie, famille, retraite, accidents du travail et maladies professionnelles, cotisations et recouvrement, dépendance. Il donne des informations sur :

- les sites des organismes de sécurité sociale
- comprendre la sécurité sociale (histoire, domaines d'intervention, réformes, dossiers, métiers, lexique et glossaire).
- les institutions de la sécurité sociale (Cor, HCAAM etc..)
- Europe et international
- la Sécurité sociale en chiffres ((Lois de financement, comptes de la sécu, COG, barèmes).
- le suivi des textes juridiques
- documentation (avis, études, rapports, manifestations).

Portail Humanis pour la protection sociale à l'international

Ce portail regroupe des informations utiles liées à la mobilité internationale et sur la protection sociale en Outre-Mer. Deux espaces structurent le site, le premier dédié aux particuliers, le second aux entreprises.

Questions sociales : les travaux de l'OCDE

Les travaux de l'OCDE sur la lutte contre la pauvreté et l'exclusion, sur les politiques et dépenses sociales.

REIF – Représentation des Institutions Françaises de Sécurité Sociale auprès de l'Union européenne

Mise en place en mai 2003 par les caisses françaises en charge la sécurité sociale obligatoire, la REIF est chargée de promouvoir les valeurs et les principes du système français auprès des instances européennes. On y trouve des informations sur l'organisation et le fonctionnement des systèmes de Sécurité sociale en France et dans les pays de l'Union européenne.

Secu-jeune.fr

Le site secu-jeunes.fr, propriété de l'EN3S, a pour ambition de faire mieux connaître tous les droits auxquels les jeunes peuvent prétendre et leur donner à comprendre ce qu'est la Sécurité sociale. Santé, protection professionnelle, études, logement, familles, handicap, minima sociaux, international ..., selon chaque thème, la plateforme explique quelles aides existent ou quelles démarches doivent être effectuées selon sa situation

Simulateur de droits Complémentaire santé solidaire

L'Assurance Maladie met à disposition de ses assurés un simulateur pour leur permettre d'obtenir en ligne une estimation anonyme, en quelques clics, de l'aide pour faciliter l'accès à la complémentaire santé solidaire. Cette simulation est proposée pour les situations les plus courantes.

Union nationale des complémentaires santé – Unocam

Créée en 2005, l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) rassemble sous une même bannière les différentes familles d'organismes complémentaires d'assurance maladie.

Union nationale des régimes spéciaux

Pôle Documentation de l'Irdes - Marie-Odile Safon

www.irdes.fr/documentation/syntheses-et-dossiers-bibliographiques.html

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.pdf

www.irdes.fr/documentation/syntheses/la-protection-sociale-complementaire-en-france.epub

L'UNRS (Union Nationale des Régimes Spéciaux) est composée de 9 régimes spéciaux d'assurance maladie obligatoire qui assure l'ensemble des actions de gestion de l'assurance maladie :

Vie Publique

Réalisé par la Documentation française, ce site met en ligne des dossiers relatifs au système de santé et de protection sociale en France. L'accès se fait par trois entrées :

- Découverte des institutions : dossiers sur la protection sociale et son financement, la maîtrise des dépenses, la réforme de l'assurance maladie et l'organisation hospitalière ;
- Dossiers politiques publiques : rubrique Santé et protection sociale
- Evaluation : Rubrique alimentée par des brèves d'actualité présentant des rapports ou études d'évaluation d'une politique publique ou d'un segment d'une politique publique, en général sur une période pluriannuelle. Possibilité de limiter à la thématique « Santé »

Voir notamment le dossier sur [la protection complémentaire d'entreprise](#) (Mai 2018).

⇒ Consulter aussi l'annuaire des sites thématiques de l'Irdes :

<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/EntreesThema.pdf>

Voir les rubriques : Protection sociale et systèmes de santé en France

Quelques données chiffrées sur la couverture complémentaire en France

Focus

[Selon les comptes de la santé 2021, les dépenses de santé sont financées en France :](#)

- 79,8 % par l'assurance maladie obligatoire (AMO)
- 12,9 % par les assurances maladie complémentaires (AMC)
- 7 % par les ménages (Reste à charge – RAC)

5 % de la population n'a pas de couverture complémentaire.

Le taux de renoncement aux soins se situe aux alentours de 16 %.

Lieu de soins selon la durée de couverture de l'Aide médicale d'Etat

Juillet 2023

<https://www.irdes.fr/presse/le-graphique-du-mois.html>

L'accès des salariés à la prévoyance complémentaire selon le type de garantie et le niveau de salaire

[Enquête PSCE Drees/Irdes](#)

Juin 2021

<https://www.irdes.fr/presse/2021/le-graphique-du-mois-juin-acces-des-salaries-a-la-prevoyance-complementaire-selon-le-type-de-garantie-et-le-niveau-de-salaire.html>

Montant de la prime de complémentaire santé financée par l'employeur selon les catégories socio-professionnelles

[Enquête PSCE Drees/Irdes](#)

Septembre 2021

<https://www.irdes.fr/presse/2021/le-graphique-du-mois-septembre-montant-de-la-prime-de-complementaire-sante-financee-par-l-employeur-selon-les-categories-socio-professionnelles.html>

L'accès à l'Aide médicale de l'Etat (AME) est plus faible pour les personnes sans papiers en situation de grande précarité

Février 2020

<https://www.irdes.fr/presse/2020/le-graphique-du-mois-fevrier-l-acces-a-l-aide-medicale-de-l-etat-plus-faible-pour-les-personnes-sans-papiers-en-situation-de-grande-precarite.html>

Evolution de la dépense moyenne et du taux de recours aux soins des bénéficiaires de la CMU-C de 2011 à 2014

Décembre 2018

<https://www.irdes.fr/presse/2018/le-graphique-du-mois-decembre-evolution-de-la-depense-moyenne-et-du-taux-de-recours-aux-soins-des-beneficiaires-de-la-cmu-c.html>

La couverture complémentaire santé selon le statut d'emploi en 2014

[Enquête PSCE Drees/Irdes](#)

Janvier 2018

<https://www.irdes.fr/presse/2018/le-graphique-du-mois-janvier-la-couverture-complementaire-selon-le-statut-d-emploi-en-2014.html>

Données sur les contrats de complémentaires les plus souscrits

Enquête OC Drees

https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/345_enquete-sur-les-contrats-de-complementaire-sante-les-plus-souscrits-2011-a-2/information/