

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

*Any reproduction is prohibited but
direct links to the document are allowed:*

<https://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/089-marche-de-la-complementaire-sante-inegalites-et-preferences-en-matiere-de-couverture.pdf>



Document de travail
Working paper

Marché de la complémentaire santé,
inégalités et préférences en matière de couverture :
les effets de la généralisation
de la complémentaire santé d'entreprise

Aurélie Pierre (Irdes)

DT n° 89

Octobre 2022

Institut de recherche et documentation en économie de la santé

Irdes - 21, rue des Ardennes - 75019 Paris - Tél. : 01 53 93 43 00 - www.irdes.fr

La collection des documents de travail de l'Irdes est un support de diffusion de prépublications scientifiques. Cette collection a pour vocation de stimuler la réflexion et la discussion en matière d'analyse et de méthode économiques appliquées aux champs de la santé, de la protection sociale ainsi que dans le domaine de l'évaluation des politiques publiques. Les points de vue exprimés dans les documents de travail ne reflètent que ceux de leurs auteurs. Les lecteurs des Documents de travail sont encouragés à contacter les auteurs pour leur faire part de leurs commentaires, critiques et suggestions.

* * *

IRDES Working Papers collection is established as a means of ensuring quick dissemination of research results and prepublished versions of scientific articles. The papers aim to stimulate reflection and discussion with regard to analysis and methods applied in health economics and public policy assessment. The work presented in IRDES Working papers collection may not always represent the final results and sometimes should be treated as work in progress. The opinions expressed are uniquely those of the authors and should not be interpreted as representing the collective views of IRDES or its research funders. Readers are encouraged to email authors with comments, critics and suggestions.



INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ
21, rue des Ardennes 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 06 •
www.irdes.fr • E-mail : publications@irdes.fr

- **Directeur de publication / Director of publication** Denis Raynaud
- **Éditrice / Publisher** Anne Evans • **Éditrice adjointe / Associate editor** Anna Marek
- **Maquettiste / Lay-out artist** Franck-Séverin Clérembault
- **Assistant à la mise en page / Lay-out assistant** Damien Le Torrec
- **Diffusion / Diffusion** Suzanne Chiqui
- **Imprimé par / Printed by** : Atelier de la Villette (75019 Paris) • **Dépôt légal** : décembre 2022
- **ISBN** : 978-2-87812-590-0 • **ISSN papier** : 2101-5902 • **ISSN électronique** : 2102-6386

Marché de la complémentaire santé, inégalités et préférences en matière de couverture : les effets de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise

Aurélie Pierre^a

RÉSUMÉ : La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise pour les salariés du secteur privé est effective depuis le 1^{er} janvier 2016. Cette réforme a introduit pour la première fois en France une obligation de couverture par une complémentaire santé pour une partie de la population. Assortie d'une obligation pour les employeurs de mettre en place et de cofinancer une complémentaire d'entreprise pour tous leurs salariés. Les effets à attendre de cette réforme ont fait l'objet de nombreux débats, notamment en termes d'équité et d'efficacité.

Dans ce travail, nous proposons d'étudier les effets de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise en poursuivant trois objectifs : (i) étudier les évolutions du marché de la complémentaire santé, notamment en ce qui concerne la mutualisation des risques, les primes des contrats et les niveaux de garanties ; (ii) analyser l'évolution des inégalités de couverture par une complémentaire santé ; (iii) apporter des éclairages sur les opinions et les préférences des individus quant à leur statut de couverture. Pour ce faire, nous exploitons les sources de données et d'information les plus actuelles et exhaustives possibles (données d'enquête, médico-administratives, travaux d'études déjà réalisés, etc.).

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a contribué, en améliorant l'accès aux salariés précaires, à réduire l'absence de complémentaire santé des classes moyennes les plus modestes. Les contrats collectifs proposés par les employeurs sont par ailleurs en moyenne plus avantageux en termes de niveaux de garanties que le minimum légal. Pour autant, les inégalités de taux de couverture en population générale entre les 10 % d'individus les plus pauvres et les 10 % les plus riches sont toujours aussi élevées et la situation économique et sociale reste le principal déterminant de l'absence de complémentaire santé. Cette réforme induit par ailleurs, sur le marché individuel de la complémentaire santé, une moindre mutualisation des risques entre les assurés qui devrait nécessairement participer à l'augmentation des primes des contrats. Elle renforce ainsi les inégalités d'accès à la complémentaire santé entre les personnes qui s'assurent sur le marché individuel et celles qui s'assurent sur le marché collectif. Enfin, si l'obligation d'adhérer à la complémentaire santé d'entreprise contraint tous les individus qu'elle concerne dans leur choix de couverture, elle semble exercer les contraintes les plus fortes sur les salariés les plus pauvres et sur ceux qui étaient déjà couverts avant cette réforme par un autre biais que celui de leur entreprise : 30 % d'entre eux environ en sont dispensés en 2017 et plus du tiers de ceux couverts *via* leur entreprise ont déclaré qu'ils auraient préféré ne pas y adhérer si cela avait été possible.

CODES JEL : I13, I18, I28.

MOTS CLÉS : Assurance maladie complémentaire, Complémentaire santé d'entreprise, Mutualisation des risques, Inégalités de couverture, Régulation.

^a

Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), Paris, France.

Marché de la complémentaire santé, inégalités et préférences en matière de couverture :
_____ les effets de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise _____

Complementary Health Insurance Market, Inequalities and Preferences for Coverage: The Effects of the Employer-provided Complementary Health Insurance Mandate

Aurélie Pierre^a

ABSTRACT: The employer-provided complementary health insurance mandate has been effective since 1st January 2016. This reform introduced for the first time in France an obligation to cover a part of the population, private sector employees, by a complementary health insurance (CHI). Coupled with an obligation for employers to set up and co-finance a CHI for all their employees, the likely effects of this reform have been the subject of much debate, particularly in terms of equity and efficiency.

We propose to study the effects of the employer-provided CHI mandate by pursuing three goals: (i) studying the evolution of the CHI market regarding risk pooling, policy premiums, and levels of coverage; (ii) analyzing the evolution of inequalities in CHI; (iii) shedding light on the opinions and preferences of individuals with regard to their coverage status. We use the most current and exhaustive sources of data and information (survey data, medico-administrative data, studies already carried out, etc.).

The generalization of employer-provided CHI has contributed to reducing non-CHI coverage for the lower middle classes by improving access for precarious employees. Employer policies set up after the mandate are on average more advantageous in terms of levels of coverage than the legal minimum. However, inequalities in coverage rates between the poorest 10 % of the population and the richest 10 % are still high, and the economic and social status remains the main determinant of the non-CHI coverage. This reform has also led to less mutualization of risk between the CHI-insured on the individual market, which should necessarily contribute to increase their policies premiums. It thus reinforces inequalities in access to CHI between people insured on the individual market and those insured by an employer-sponsored CHI policy. Finally, although the employer-provided CHI mandate constrains the choice of coverage of all the individuals affected by the reform, it seems to exert greatest constraints on the poorest employees and on those who were already covered, before the reform, by a CHI not offered by their employer: around 30 % of them managed to be exempted from their employer-provided CHI in 2017 and more than a third of those covered would have preferred not to join if it had been possible.

JEL CODES: I13, I18, I28.

KEYWORDS: Complementary Health Insurance (CHI), Employer-provided CHI, Mutualization of risk, Inequalities in coverage, Regulation.

^a

Institute for Research and Information in Health Economics (IRDES), Paris, France.

Marché de la complémentaire santé, inégalités et préférences en matière de couverture :
_____ les effets de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise _____

Sommaire

Résumé	1
Abstract.....	3
Remerciements	6
1. Introduction.....	7
2. La réforme de l'Ani.....	10
2.1. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise et de la portabilité.....	10
2.2. Des niveaux de garanties encadrés par la loi.....	10
2.3. Les dispenses d'adhésion des salariés	11
2.4. Les effets attendus de la réforme de l'Ani sur le marché de l'assurance et les inégalités de couverture.....	11
3. Sources et méthode	13
4. Les effets observables de la réforme de l'Ani sur le marché de la complémentaire santé et les inégalités de couverture par une complémentaire santé	15
4.1. La segmentation des risques santé et les primes des contrats individuels et collectifs.....	17
4.1.1. <i>Le risque santé couvert sur les marchés individuel et collectif</i>	17
4.1.2. <i>Les primes des contrats</i>	19
4.2. La complémentaire santé des salariés du secteur privé	25
4.2.1. <i>L'accessibilité à la complémentaire santé d'entreprise</i>	25
4.2.2. <i>Des nouveaux contrats collectifs avec des garanties plus généreuses que le minimum légal</i>	27
4.2.3. <i>Les dispenses d'adhésion, les trajectoires de couverture et les opinions des salariés vis-à-vis de la complémentaire santé d'entreprise</i>	28
4.2.4. <i>La couverture des salariés du secteur privé</i>	32
4.3. La couverture complémentaire en population générale.....	34
4.3.1. <i>L'évolution de la non-couverture</i>	34
4.3.2. <i>L'évolution du type de couverture (individuel, collectif)</i>	38
4.3.3. <i>L'évolution des déterminants de la non-couverture et des motifs de non-couverture</i>	39
5. Conclusion.....	41
6. Bibliographie	43
7. Annexes	47
7.1. Annexe 1 - L'évolution du recueil du statut de couverture par une complémentaire santé dans les enquêtes de la recherche et de la statistique publique entre 2014 et 2019	47
7.2. Annexe 2 - Déclaration des salariés concernant leurs statut de couverture et accès à la complémentaire santé de leur entreprise selon leurs caractéristiques individuelles	50

Remerciements

Je remercie chaleureusement Marc Perronnin pour son aide précieuse concernant l'exploitation de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017 et sa relecture minutieuse, Denis Raynaud et Renaud Legal pour leurs remarques et suggestions, les participants aux séminaires d'échanges sur l'enquête PSCE 2017 (Fédérations des organismes complémentaires et Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques-Drees), ainsi que Florence Jusot, avec qui j'ai mené les premiers travaux d'évaluation de la réforme de l'Ani qui ont largement contribué à la réflexion inhérente à ce travail.

1. Introduction

En France, la place accordée à l'assurance maladie privée dans l'organisation mixte publique/privée du système d'assurance est très spécifique. Sa fonction essentiellement complémentaire, qui consiste à prendre en charge une partie des dépenses de santé sur le même panier de soins que l'assurance maladie publique, concerne la quasi-totalité des postes de soins. Sa couverture est très étendue dans l'ensemble de la population : 96 % bénéficie d'une complémentaire santé en 2019 (Pierre, 2022). Elle finance une partie importante des dépenses de santé : 13 % de la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en 2021. En comparaison des autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la France est ainsi le pays où l'assurance privée est la plus répandue dans la population et parmi ceux où elle contribue le plus au financement des dépenses de santé (Drees, 2022 ; Pierre et Or, 2022).

Cette place singulière de l'assurance privée résulte des choix des décideurs publics qui, dans un contexte de restrictions budgétaires, ont cherché à améliorer la couverture assurantielle en France en conservant l'organisation hybride publique/privée originelle et en laissant inchangé le système d'assurance maladie publique. Le développement de la couverture complémentaire – tant en ce qui concerne le taux de personnes couvertes que les niveaux de garanties des contrats – a été utilisé comme outil de politique publique pour tenter de limiter les barrières financières d'accès aux soins qui subsistent après l'intervention de l'assurance publique et pour couvrir, en partie au moins, le risque faible mais réel de faire face à des dépenses de santé catastrophiques (Bricard, 2022 ; Adjerad et Courtejoie, 2020 ; Jusot *et al.*, 2019 ; Franc et Pierre, 2016 ; Gastaldi-Ménager *et al.*, 2016 ; Franc et Pierre, 2015a). Plusieurs dispositifs publics incitatifs ont été mis en place en faveur des plus précaires à partir de 2000 (Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en 2000, Aide à la complémentaire santé (ACS) en 2005, Complémentaire santé solidaire (CSS) depuis 2019). Les dispositifs d'aide au déploiement de la complémentaire santé sont toutefois bien antérieurs. Dès 1979, des exonérations de charges sociales et fiscales ont été introduites en faveur des employeurs et des salariés du secteur privé en contrepartie de la mise en place et de la souscription d'un contrat d'entreprise, qui est devenue obligatoire depuis le 1^{er} janvier 2016. La généralisation de la complémentaire santé au sein de la Fonction publique est par ailleurs d'ores et déjà prévue à partir de 2024 (LégiFrance, 2021). Des exonérations fiscales concernent également les indépendants depuis 1994. Parallèlement, la régulation de plus en plus forte du marché de la complémentaire santé à travers la réglementation des contrats solidaires et responsables, notamment, poursuit plusieurs objectifs (Pierre, 2018 ; Lafon et Montaut, 2017 ; Fromenteau *et al.*, 2011) : la limitation de la sélection des risques que des assureurs sont amenés à opérer dans un contexte concurrentiel (loi Evin 1989), la limitation de la hausse des dépenses de santé avec des garanties plafonnées incitant à respecter le parcours de soins et à consulter des médecins avec peu de dépassements d'honoraires ; la réduction du risque financier auquel les assurés peuvent faire face en cas de maladie avec la mise en place de garanties planchers. La réforme des contrats responsables la plus récente, le 100 % santé, a été introduite progressivement entre 2019 et 2021 afin de proposer des paniers de soins dentaires, optiques et en audiologie sans aucun reste à charge.

La réforme de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a été négociée dans le cadre de l'Accord national interprofessionnel (Ani) de 2013 afin de réduire les

inégalités de couverture au sein des salariés du secteur privé. Cette réforme, qui oblige depuis 2016 les employeurs du secteur privé à mettre en place et à financer à hauteur de 50 % minimum une complémentaire santé pour tous leurs salariés, a marqué une étape particulière dans les mesures de déploiement de la complémentaire santé (Franc et Pierre, 2015b). Contrairement aux mesures précédentes, toutes incitatives, cette réforme introduit pour la première fois une obligation de couverture par une complémentaire santé pour une part importante de la population qui a été assortie d'une obligation pour les employeurs d'instaurer et de financer en partie une couverture santé collective pour tous leurs salariés¹. Cette institutionnalisation massive de la complémentaire santé renforce par ailleurs toujours plus notre modèle d'assurance hybride et coûteux à deux étages et crée, en raison de la forte régulation de ce marché, un nouvel espace pour un troisième étage plus libre, celui des surcomplémentaires. Le développement du marché collectif de la complémentaire santé conduit par ailleurs à renforcer la segmentation des risques sur le marché de la complémentaire santé. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a en effet concerné au moment de sa mise en œuvre une population déjà quasiment couverte (94 % de la population était couverte en 2014 (Célang et Rochereau, 2017)), induisant surtout un transfert d'assurés – d'âge actifs et en bonne santé en moyenne – des contrats individuels vers des contrats collectifs qui devrait se traduire par une plus forte concentration d'assurés risqués (retraités, inactifs, chômeurs) sur le marché individuel.

De nombreux débats, qui font écho aux enjeux relatifs à l'organisation de notre modèle d'assurance (Hcaam, 2021), ont suivi la signature de l'Ani de 2013. En termes d'équité tout d'abord, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise ne concerne pas les personnes en dehors du marché de l'emploi (Pierre et Jusot, 2017). Cette réforme exclut donc *de facto* les individus les plus malades et les plus précaires qui sont ceux qui gagneraient le plus à bénéficier de la forte mutualisation des risques et du meilleur rapport qualité/prix offerts par les contrats d'entreprise. En effet, les primes des contrats de complémentaire santé ne dépendent pas de la capacité contributive des ménages mais essentiellement de l'âge des assurés (pour les contrats individuels) ou du *pool* d'assurés (pour les contrats collectifs), l'accès à la complémentaire santé est particulièrement coûteux pour les individus les plus modestes et les plus âgés qui ne peuvent bénéficier de la CSS et qui, le plus souvent parce qu'ils ne sont pas en emploi, sont amenés à s'assurer sur le marché individuel. La plus forte segmentation des risques entre les marchés individuel et collectif de la complémentaire santé, qui a pour conséquence une moindre solidarité entre les bien-portants et les malades, devrait par ailleurs mécaniquement induire une pression à la hausse sur les primes des contrats individuels (Pierre *et al.*, 2018) de nature à renforcer les difficultés d'accès à la complémentaire santé des individus les plus précaires et les plus âgés. Les contrats d'entreprise bénéficient pourtant, par les exonérations de charges sociales et fiscales qui leur sont accordées, d'aides publiques considérables (Fouquet et Pollak, 2022 ; Del Sol et Turquet, 2021). En termes d'efficacité et d'efficience, cette réforme renforce un modèle d'organisation complexe et coûteux. La France est en effet le pays de l'OCDE où les frais de gestion des contrats d'assurance sont les plus élevés, après les Etats-Unis. Par ailleurs, si l'obligation de couverture permet une forte

¹ L'accord national du 18 juin 2008 introduisait une couverture santé obligatoire pour une petite partie de la population, les salariés non-cadres du secteur agricole de plus d'un an d'ancienneté, avec une participation financière des employeurs à la prime des contrats de 15 % minimum.

mutualisation des risques pour les individus qu'elle concerne, elle contraint en contrepartie une partie de la population à ne plus pouvoir choisir librement un niveau optimal de couverture compte tenu de ses besoins, de sa contrainte budgétaire et de ses préférences vis-à-vis du risque (Nyman, 1999 ; Arrow, 1963). La question du choix de couverture par une complémentaire santé a en effet été peu considérée par les décideurs publics qui cherchent à développer massivement la couverture privée – jusqu'à la rendre en partie obligatoire – pour pallier les limites de l'assurance maladie publique. Or, le gain à attendre en termes de bien-être issu de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise (pour les salariés anciennement non couverts essentiellement) est relativement marginal en comparaison de la perte de bien-être que pourrait subir une autre partie de la population, du fait de la hausse potentielle des primes (Pierre *et al.*, 2018). L'obligation de mettre en place une complémentaire santé d'entreprise contraint par ailleurs les employeurs – notamment ceux des petites entreprises dont les marges financières sont plus étroites que celles des grandes entreprises – dans leurs politiques salariales, risquant de modifier à la baisse la demande de travail des employeurs et les salaires (Kolstad et Kowalski, 2016 ; Buchmueller *et al.*, 2011).

Dans ce travail, nous étudions les effets de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise qui sont observables – jusqu'à trois ans après le début de l'effectivité de la réforme – ainsi que ceux qui restent à analyser et les discutons au regard des effets initialement attendus. Nous poursuivons en particulier trois objectifs : 1/ étudier les évolutions du marché de la complémentaire santé en lien avec des questions d'accès à l'assurance et de mutualisation des risques (risques santé, primes, niveaux de garanties) ; 2/ analyser les effets de la réforme sur les inégalités de couverture par une complémentaire santé au sein de la population cible de la réforme et dans l'ensemble de la population ; 3/ apporter des éclairages sur les opinions et les préférences des individus quant à leur statut de couverture par une complémentaire santé. Nous exploitons les sources de données les plus actuelles et exhaustives possibles. Nous mobilisons en particulier les données de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017 et 2009, représentatives des salariés du secteur privé, ainsi que des données d'enquêtes représentatives de la population générale (Enquête santé européenne (EHIS) 2019, Enquête santé et protection sociale (ESPS)-EHIS 2014, enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2017). Nous mobilisons également des travaux qui ont déjà été menés et les contextualisons dans un cadre plus général d'évaluation de cette réforme (Pierre, 2022 ; Fouquet, 2020 ; Perronnin, 2019 ; Adjerad, 2019b ; Montaut, 2018b ; Lapinte et Perronnin, 2018 ; Pierre et Jusot, 2017).

Nous commençons par décrire la réforme de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, ses obligations et étudions les effets initialement attendus de cette réforme au regard de l'organisation du marché de l'assurance (partie 2). Nous présentons ensuite les effets observables de cette réforme trois ans après sa mise en place (partie 3). Nous discutons puis concluons sur les questionnements qui persistent autour de cette réforme ainsi que sur les enjeux assurantiels post réforme de l'Ani et sur la place de l'assurance privée dans l'organisation du système d'assurance (partie 4).

2. La réforme de l'Ani

2.1. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise et de la portabilité

Issue de l'Ani du 11 janvier 2013 signé par la majorité des partenaires sociaux, la loi relative à la sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 propose deux articles relatifs à la complémentaire santé d'entreprise pour renforcer les droits des salariés en contrepartie d'une plus grande flexibilité sur le marché du travail (LégiFrance, 2013). Le premier concerne la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. Il consiste à rendre obligatoire, pour les employeurs du secteur privé, la mise en place d'une complémentaire santé d'entreprise à destination de l'ensemble de leurs salariés à partir du 1^{er} janvier 2016 et à la financer à hauteur de 50 % minimum. Les garanties proposées par ces contrats doivent se conformer au cadre réglementaire imposé aux contrats responsables et aux garanties planchers des contrats collectifs (partie 2.2). Les salariés ont l'obligation d'adhérer à la complémentaire santé d'entreprise mise en place par leur employeur, sauf dispenses d'adhésion spécifiques (partie 2.3). Le deuxième article concerne la généralisation des droits à la portabilité. Il consiste à améliorer la portabilité de cette couverture pour les personnes anciennement salariées avec des indemnités de chômage qui, depuis le 1^{er} janvier 2015, peuvent continuer à bénéficier de leur ancienne complémentaire santé d'entreprise à titre gratuit pendant douze mois maximum selon l'ancienneté dans leur dernier contrat de travail (Franc et Pierre, 2015). Avant 2015, ce dispositif n'était pas obligatoire pour toutes les entreprises. Lorsqu'il était mis en place, sa durée s'étendait à dix mois maximum et les chômeurs continuaient de payer le même montant de prime que lorsqu'ils étaient salariés.

2.2. Des niveaux de garanties encadrés par la loi

Les contrats offerts par les employeurs (*i.e* les contrats collectifs) doivent respecter des garanties minimales définies par la loi. Ces garanties, couramment appelées les « planchers Ani », consistent à prendre en charge l'intégralité du ticket modérateur sur les consultations, les médicaments remboursés à 65 % et les actes et prestations remboursables par l'assurance maladie obligatoire ; le forfait journalier hospitalier sans limitation de durée ; les soins dentaires à hauteur de 125 % des tarifs de responsabilité et enfin les frais d'optique, à hauteur de 100 € pour les corrections simples, 150 € pour une correction mixte simple et complexe et 200 € pour les corrections complexes. Les « planchers Ani » sont légèrement supérieurs aux garanties planchers que doivent offrir les contrats responsables. Les contrats collectifs peuvent offrir des garanties supérieures aux « planchers Ani » dans la limite toutefois des remboursements autorisés dans le cadre des contrats responsables. La circulaire du 30 janvier 2015 relative aux contrats responsables impose ainsi des plafonds de remboursements à hauteur de 125 % (100 % à partir de 2017) pour les dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas signé l'Option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) ainsi que des plafonds de remboursement pour l'optique s'élevant par exemple à 470 € pour des verres simples (monture incluse) [LégiFrance, 2014 (décret n°2014-1374)].

2.3. Les dispenses d'adhésion des salariés

L'adhésion des salariés à la complémentaire santé de leur entreprise est obligatoire. Il existe néanmoins sous certaines conditions plusieurs motifs de dispense d'adhésion, qui préexistaient souvent déjà avant la réforme, mais qui ont été redéfinis et étendus depuis l'Ani. Les salariés déjà bénéficiaires d'un contrat collectif en tant qu'ayant droit d'un conjoint avant la mise en place par leur propre employeur d'un contrat collectif peuvent ainsi demander à être dispensés d'adhérer au contrat de leur entreprise². Il en est de même pour les bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS, anciennement CMU-C et ACS), les salariés apprentis, les salariés en contrat à durée déterminée de moins de trois mois et ceux de plus de trois mois si l'acte juridique instaurant la complémentaire santé au sein de l'entreprise le permet, les salariés à temps partiel si le montant de leur prime d'assurance représente plus de 10 % de leur salaire et que l'acte juridique le permet, ainsi que ceux couverts par une complémentaire santé individuelle jusqu'à l'échéance du contrat individuel et, enfin, ceux qui étaient déjà présents dans l'entreprise au moment où le contrat collectif a été instauré par décision unilatérale de l'employeur et que celui-ci ne finance pas 100 % de la prime du contrat des salariés.

2.4. Les effets attendus de la réforme de l'Ani sur le marché de l'assurance et les inégalités de couverture

À la suite de l'Ani de 2013, le développement attendu du marché collectif de la complémentaire, qui allait impacter de nombreux aspects d'organisation et de fonctionnement du marché de l'assurance, a été l'objet de nombreuses hypothèses. Tout d'abord, les parts respectives des contrats individuels et collectifs dans le chiffre d'affaires des trois grands types d'organismes de complémentaire santé (mutuelles, institutions de prévoyance, sociétés d'assurance) étant historiquement différentes, la réforme de l'Ani conduirait *de facto* à favoriser les organismes traditionnellement ancrés sur le marché collectif, c'est-à-dire les institutions de prévoyance. Aussi, par respect des règles concurrentielles, le conseil constitutionnel a, sur avis de l'Autorité de la concurrence, modifié la clause de désignation initialement envisagée *via* les négociations de branches (dont les partenaires sociaux, gestionnaires des institutions de prévoyance, sont partie prenante) en simple clause de recommandation.

Le transfert d'assurés couverts par un contrat individuel sur le marché collectif allait ensuite nécessairement impacter la façon dont la mutualisation des risques était organisée sur le marché de la complémentaire santé ainsi que les primes des contrats. En effet, si l'obligation de couverture associée aux contrats collectifs permet, en supprimant les problèmes associés à la sélection adverse, une forte mutualisation des risques pour les personnes couvertes sur ce marché, le transfert attendu d'assurés du marché individuel vers le marché collectif traduit un renforcement de la segmentation des risques entre les marchés individuel et collectif de la complémentaire santé, les personnes en emploi étant en moyenne en meilleure santé que celles qui ne sont pas présentes sur le marché du travail. Sur le marché individuel – qui concerne les étudiants, les fonctionnaires, les indépen-

² Ces dispenses concernent les ayants droit d'un contrat d'entreprise étendu obligatoirement aux proches ainsi que les contrats dits Madelin, les mutuelles des agents de l'État ou des collectivités territoriales, les personnes couvertes par le régime local d'Alsace-Moselle et par le régime complémentaire relevant de la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (Camieg).

dants, les chômeurs, les personnes en situation d'invalidité et les retraités –, chacun est libre de souscrire ou non un contrat et de choisir son niveau de couverture. Faisant face au problème d'antisélection, les assureurs offrent des contrats différenciés et la prime d'assurance est, pour un même niveau de contrat, ajustée à l'âge de chaque assuré. Sur le marché collectif – qui concerne dorénavant tous les salariés du secteur privé et, dans la plupart des cas, leurs ayants droit –, la souscription des assurés est, sauf cas particulier, obligatoire. Les primes sont uniformes pour les assurés d'un même contrat. Du fait du pouvoir de négociation des employeurs³ et d'une forte concentration d'individus ayant de bons risques santé, le marché collectif est par ailleurs beaucoup plus concurrentiel que celui de l'individuel (Benoît et Coron, 2019). A niveau de couverture équivalent, les primes des contrats sont donc, même avant la participation de l'employeur au financement de la prime, plus avantageuses que sur le marché individuel. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise accentue *de facto* les différences entre ces deux marchés. La dégradation du risque santé qu'elle induit sur le marché individuel devrait mécaniquement conduire à augmenter les primes des contrats individuels (Pierre *et al.*, 2018). Cette réforme pourrait également renforcer les problèmes de sélection adverse sur le marché individuel, ce qui inciterait alors d'autant plus les assureurs à augmenter les primes des contrats (Hackmann *et al.*, 2015) et à renforcer l'ajustement des primes au risque des assurés et donc, dans le cas français, à l'âge. Le suivi des primes des contrats individuels est un enjeu d'autant plus important que le décret sur les contrats solidaires et responsables introduit simultanément à la réforme de l'Ani, a instauré des planchers et des plafonds de remboursements. Ces derniers pourraient également participer à la hausse des primes des contrats individuels, qui offrent des niveaux de garanties plus faibles en moyenne que les contrats collectifs. La hausse des primes des contrats individuels pourrait également se voir renforcée par les réformes qui ont suivi, le 100 % santé obligeant les contrats solidaires et responsables à offrir, à partir de 2019, un panier de soins dentaires, optiques et en audiologie sans aucun reste à charge (Cour des comptes, 2022).

Les décideurs publics qui ont porté la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise et les représentants syndicaux qui l'ont soutenue souhaitaient, par le biais de cette réforme, améliorer l'accès à la complémentaire santé d'entreprise des salariés les plus précaires. Sous réserve que tous les employeurs proposent réellement une complémentaire santé collective à tous leurs salariés, quel que soit leur statut et leur ancienneté, et que les dispenses d'adhésion ne soient pas essentiellement mobilisées par les salariés les plus précaires, il était en effet probable que cette réforme contribue à réduire les inégalités sociales de taux de couverture au sein de sa population cible. La question des inégalités de couverture est toutefois bien plus large que le simple fait d'être couvert ou non et, surtout, elle doit être étudiée en considérant l'ensemble de la population (Pierre et Jusot, 2017). Avant l'Ani, les salariés les plus précaires qui avaient accès à un contrat d'entreprise se voyaient offrir des contrats moins avantageux que les salariés les plus aisés. Les établissements qui n'avaient pas mis en place de couverture d'entreprise étant principalement de petits établissements (67 % des Très petites entreprises-TPE, par exemple, *versus* 7 % des établissements de plus de 250 salariés, Perronnin *et al.*, 2012), avec des marges

³ Le pouvoir de négociation des employeurs pour mettre en place un contrat de complémentaire santé d'entreprise est d'autant plus grand que le nombre de salariés dans l'entreprise – ou la branche – est élevé. Il est également porté par la capacité des employeurs à négocier des assurances connexes et notamment des contrats de prévoyance santé.

financières et un pouvoir de négociation limités, il était attendu que les contrats d'entreprise instaurés dans le cadre de l'Ani correspondraient souvent au minimum légal imposé par la loi, avec des garanties proches des « planchers Ani » et une participation financière des employeurs de 50 % de la prime des salariés. Les effets attendus de cette réforme sur les inégalités de couverture (au-delà du fait d'être couvert) des salariés du secteur privé n'étaient donc pas si évidents. Par ailleurs, les primes des contrats collectifs n'étant pas ajustées individuellement à l'âge des salariés, les primes des salariés jeunes – qui sont globalement en meilleure santé que les salariés les plus âgés mais aussi moins bien payés – sont, à niveaux de garanties équivalentes, plus élevées sur le marché collectif que sur le marché individuel (Pierre *et al.*, 2018). *A contrario*, les primes des salariés plus âgés sont plus avantageuses sur le marché collectif que sur le marché individuel. A condition que la participation des employeurs soit un réel avantage qui ne se substitue pas à la rémunération des salariés, la participation financière des employeurs à la prime des contrats diminue d'autant les primes payées par les salariés. Seuls les salariés les plus jeunes doivent alors payer une prime plus élevée sur le marché collectif que sur le marché individuel.

Le caractère obligatoire, pour les salariés, d'une souscription au contrat d'entreprise mis en place par leur employeur a également soulevé plusieurs questions. D'une part, parce que l'obligation d'assurance contraint les salariés à ne plus pouvoir choisir un niveau optimal de couverture. D'autre part, parce que si l'obligation d'assurance permet d'instaurer un système solidaire envers les individus avec les risques santé les plus lourds en les protégeant de la sélection des risques opérée par les assureurs dans un contexte concurrentiel, celle-ci concerne, dans le cas de la réforme de l'Ani, un champ très restreint de la population et laisse de côté les individus les plus malades et les plus précaires qui, le plus souvent, ne sont pas en emploi.

3. Sources et méthode

Plusieurs sources sont mobilisées pour ce travail : tout d'abord, les enquêtes Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017 et 2009, représentatives des salariés du secteur privé, ainsi que des enquêtes réalisées en population générale, notamment, l'Enquête santé et protection sociale (ESPS-EHIS) 2014, l'Enquête statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2017 et l'Enquête santé européenne (EHIS) 2019, présentées ci-dessous. Nous mobilisons ensuite les rapports de la Drees qui exploitent les données de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) sur la situation financière des organismes de complémentaire santé et les données des enquêtes Organismes complémentaires (OC) qui s'intéressent aux caractéristiques des contrats de complémentaire santé les plus souscrits (De Williencourt, 2022 ; Adjerad, 2021, 2020, 2019a ; Barlet *et al.*, 2019 ; Montaut, 2018, 2017, 2016, 2015 ; Jacob et Zaidman, 2014). Nous mobilisons enfin les résultats de travaux déjà réalisés que nous complétons et contextualisons dans un cadre plus général d'évaluation de la réforme de l'Ani (Pierre, 2022 ; Fouquet, 2020 ; Perronnin et Raynaud, 2020 ; Perronnin, 2019 ; Adjerad, 2019b ; Lapinte et Perronnin, 2018 ; Pierre *et al.*, 2018 ; Pierre et Jusot, 2017).

Les enquêtes réalisées auprès des salariés et des établissements du secteur privé. Les enquêtes PSCE 2009 et 2017 interrogent conjointement les employeurs du secteur privé et leurs salariés sur la complémentaire santé d'entreprise (mode de mise en place, niveaux

de garanties, primes, couverture des salariés, statut d'emploi et contrat de travail des salariés, etc.). L'appariement de ces enquêtes avec les données des Déclarations annuelles des données sociales (DADS) de l'Insee permet de recueillir de nombreuses informations sur les caractéristiques des établissements (taille de l'établissement, distribution des salaires, etc.). L'enquête PSCE 2009, réalisée par l'Irdes, interroge environ 2 700 salariés et 1 700 établissements. Cette enquête est la dernière qui ait été menée avant l'effectivité de la réforme de l'Ani. Elle est mobilisée ici pour apporter des éclairages sur la situation qui prévalait avant l'Ani. L'enquête PSCE 2017, réalisée conjointement par l'Irdes et la Drees, interroge environ 6 000 salariés, 1 500 anciens salariés et 6 000 établissements (dont 5 500 proposent effectivement un contrat d'entreprise). Cette enquête permet d'étudier l'offre de couverture des établissements et la couverture des salariés juste après l'effectivité de la réforme de l'Ani. Elle est exploitée ici afin d'apporter des informations complémentaires aux premiers travaux de l'enquête PSCE 2017 (Perronnin, 2019 ; Lapinte et Perronnin, 2018), notamment en ce qui concerne les trajectoires de couverture des salariés, les dispenses d'adhésion mobilisées et les opinions des individus quant à leur couverture. Certains résultats présentés dans ce travail diffèrent légèrement de ces premiers travaux lesquels ont en effet été menés à partir des personnes qui étaient salariées du secteur privé depuis au moins un an et demi (correspondant au délai entre l'échantillonnage de l'enquête PSCE et le terrain d'enquête). Pour mieux tenir compte des salariés précaires, nous avons ici considéré le statut de couverture de toutes les personnes qui étaient salariées du secteur privé au moment de l'échantillonnage de l'enquête : pour celles qui étaient toujours salariées au moment du terrain d'enquête, les informations étudiées concernent leur couverture au moment du terrain d'enquête (en 2017) ; pour celles qui n'étaient plus salariées lors du terrain d'enquête, les informations étudiées concernent leur couverture lorsqu'elles étaient encore salariées (en 2016). L'enquête interroge en effet les anciens salariés sur la complémentaire santé d'entreprise (accessibilité à la complémentaire d'entreprise, couverture par le biais de son employeur, dispenses d'adhésion mobilisées) au moment où ils étaient encore salariés. Seul le fait de ne pas être couvert (quel que soit le type de couverture) ne peut être corrigé de la sous-représentation des salariés avec des contrats très courts, cette question n'ayant pas été posée aux personnes anciennement salariées pour la période où elles étaient encore salariées.

Les enquêtes réalisées en population générale. Trois sources de données sont exploitées pour étudier le statut de couverture par une complémentaire santé en population générale (France métropolitaine), au-delà de la population cible de l'Ani. La première concerne l'enquête ESPS-EHIS 2014 de l'Irdes et de la Drees (26 000 individus environ) appariée (pour la moitié des individus enquêtés) avec les données de consommations de soins du Système national des données de santé (SNDS) de 2014. Elle permet d'étudier le statut de couverture de l'ensemble de la population, avant la réforme de l'Ani, selon des caractéristiques individuelles telles que l'âge, le revenu, le statut d'emploi et l'état de santé perçu. Elle présente également l'intérêt de recueillir les préférences des individus vis-à-vis du risque et les motifs de non-couverture. L'appariement de cette enquête avec les dépenses de santé des individus permet également d'approcher le risque santé couvert par les marchés individuel et collectif de la complémentaire santé. La deuxième enquête concerne l'enquête SRCV de l'Insee ayant accueillie, en 2017, des questions sur la complémentaire santé (25 000 personnes enquêtées environ). Au-delà du fait de recueillir des informations sur le statut de couverture de l'ensemble de la population juste après la réforme de l'Ani, cette enquête permet de compléter les informations relatives aux

salariés du secteur privé issues de l'enquête PSCE 2017 en identifiant notamment leur type de couverture (individuel/collectif). Cette enquête est appariée avec les données de la Direction générale des finances publiques (DGFip) permettant de recueillir au mieux les revenus des individus. La troisième enquête, l'enquête EHIS 2019, est réalisée par la Drees et l'Irdes qui, contrairement aux deux enquêtes précédentes, se focalise sur le champ des individus de 15 ans et plus (15 000 individus environ sont interrogés). Elle permet d'observer le statut de couverture par une complémentaire santé en population générale trois années après l'effectivité de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. A l'instar de l'enquête EHIS-ESPS 2014, elle présente l'intérêt d'interroger les individus sur leurs préférences vis-à-vis du risque et sera également, à termes, appariée avec les données de consommation de soins issus du SNDS (cet appariement n'est pas encore disponible au moment de la rédaction de cet article). Comme pour l'enquête SRCV, les informations relatives au revenu des individus sont issues de l'appariement de cette enquête avec les données de la DGFip.

Méthode d'analyse. Les données que nous exploitons sont issues d'enquêtes réalisées en coupe transversale. Pour étudier les effets de la réforme de l'Ani, nous cherchons à analyser les évolutions du marché de la complémentaire et du statut de couverture des individus – au sein de la population salariée et en population générale – avant et après la réforme de l'Ani, en comparant différentes photographies temporelles. En effet, il n'existe pas de données de panel qui permettraient de mener des analyses d'impact de cette réforme. Nous commentons ces évolutions au regard des effets à attendre de la réforme en tenant compte des potentiels effets d'anticipation de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise mais aussi des changements qui peuvent être induits par d'autres réformes (notamment les réformes des contrats solidaires et responsables) et des biais potentiels d'analyse associés à l'évolution des enquêtes mobilisées ici. L'évolution du recueil de la couverture par une complémentaire santé et des différents apurements qu'il est possible de réaliser dans chaque enquête implique de comparer avec prudence les changements de type de couverture (individuel ou collectif). Le fait de bénéficier ou non d'une complémentaire santé, quel que soit le type de couverture, est une information qui est moins sujette à des modifications de recueil de questions entre les différentes enquêtes (Annexe 1).

4. Les effets observables de la réforme de l'Ani sur le marché de la complémentaire santé et les inégalités de couverture par une complémentaire santé

Nous présentons ici les effets de la réforme de l'Ani qui sont observables depuis le début de son effectivité. Nous apportons d'abord des éléments d'information sur l'évolution de la segmentation des risques sur le marché de la complémentaire santé et sur l'évolution des primes des contrats. Nous étudions ensuite la couverture des salariés du secteur privé (accessibilité à la complémentaire santé d'entreprise, niveaux de garanties offerts, trajectoire de couverture et dispenses d'adhésion, opinions des salariés sur leur couverture, etc.) avant de nous intéresser au statut de couverture de l'ensemble de la population (type de couverture, déterminants et motifs de l'absence de complémentaire santé, etc.).

Tableau 1 Caractéristiques socio-démographiques de l'ensemble de la population selon le statut de couverture par une complémentaire santé en 2014 et 2017

	2014 (EHIS-ESPS)*				2017 (SRCV)**				2019 (EHIS)***			
	Non couverts	CMU-C ¹	Contrat d'entreprise	Contrat individuel	Non couverts	CMU-C ¹	Contrat d'entreprise	Contrat individuel	Non couverts	CMU-C ¹	Contrat d'entreprise	Contrat individuel
Ensemble	100 % N=1 143	100 % N=2 476	100 % N=9 138	100 % N=12 973	100 % N=905	100 % N=1 589	100 % N=9 203	100 % N=12 817	/	/	/	/
Âge												
Moins de 15 ans	16,8	34,7	25,3	12,8	22	29,1	24,3	11,5	/	/	/	/
15/24 ans	17,6	15,3	12,4	9,4	18,1	13,9	14,6	10,1	/	/	/	/
25/34 ans	17	14,7	15,8	9,3	20	15,6	15,9	8,4	/	/	/	/
35/44 ans	12,9	15,2	18,9	9,2	7,2	12,9	18,7	8,7	/	/	/	/
45/54 ans	11,2	10	18,3	11,2	8,2	11,4	17,1	9,6	/	/	/	/
55/64 ans	8,9	7,7	8,7	16,4	8,1	10,1	8,9	16,7	/	/	/	/
65/74 ans	8,6	1,5	0,6	16,3	8,6	3,6	0,4	18,4	/	/	/	/
75/84 ans	3,8	0,5	0	11,1	5,2	2,5	0	12,2	/	/	/	/
85 ans et plus	3,1	0,3	0	4,3	2,6	0,9	0	4,3	/	/	/	/
Sexe												
Femmes	47	55,2	49	53,5	44,8	50,5	48,6	53,4	/	/	/	/
Hommes	53	44,8	51	46,5	55,2	49,5	51,4	46,6	/	/	/	/
Population âgée de 15 ans et plus	100 % N=929	100 % N=1 599	100 % N=6 757	100 % N=11 230	100 % N=678	100 % N=1 102	100 % N=6 953	100 % N=11 366	100 % N=513	100 % N=794	100 % N=5 140	100 % N=7 393
Âge												
15/24 ans	21,1	23,5	16,5	10,8	23,3	19,6	19,3	11,4	18,2	22,4	17,3	10,5
25/34 ans	20,4	22,6	21,2	10,7	25,6	22,1	21	9,5	15,4	18,3	19,5	8,7
35/44 ans	15,5	23,4	25,3	10,6	9,2	18,1	24,7	9,9	15,7	21,4	24,2	9,4
45/54 ans	13,5	15,3	24,5	12,8	10,5	16,1	22,6	10,9	12,9	17,3	24,2	11,7
55/64 ans	10,7	11,8	11,7	18,8	10,4	14,2	11,8	18,9	13,7	13,4	13,7	16,9
65/74 ans	10,4	2,3	0,8	18,6	11	5,1	0,5	20,8	13,9	5,8	1	23,9
75/84 ans	4,5	0,7	0	12,8	6,7	3,5	0,1	13,8	7,1	0,9	0,1	13,6
85 ans et plus	3,8	0,4	0	4,9	3,3	1,3	0	4,8	3,1	0,6	0	5,3
Sexe												
Femmes	46,7	58,5	48,9	54,4	43,6	52,1	48,6	53,8	44	56,7	48,8	55,2
Hommes	53,3	41,5	51,1	45,6	56,4	47,9	51,4	46,2	56	43,3	51,2	44,8
Décile de revenu par unités de consommation (UC)												
Non renseigné	22,5	14,8	16,6	19,3	1,8	1,5	1,4	0,7	0	0	0	0
Décile 1	20,3	55,6	3	5,7	24,8	48	4,4	6,8	31,6	53,2	5,7	8,2
Décile 2	21	17	5,2	9,3	14,9	15,1	7,5	9,6	17,2	24,5	8,2	10,1
Décile 3	8,1	5	6,7	7,8	9,5	7,2	9,9	9,6	12,5	11,8	10,3	11
Décile 4	6,9	3	7,9	9,1	8	7,7	10,2	9,9	7,1	4,2	11,1	10,7
Décile 5	5,1	1,8	8,9	8,3	8,2	5,1	10,8	10,2	7,4	2,5	11,5	11
Décile 6	3,4	1,1	9,9	8,4	6	3,1	11,7	9,8	5,2	2	11,6	10,3
Décile 7	3,5	0,7	13,3	10,3	5,2	2,4	11,3	10	5,3	1,2	11,3	10,4
Décile 8	3,1	0,1	7,2	5,9	7,1	4,3	12,3	9,9	5	0,5	10,8	9,8
Décile 9	3,5	0,4	10,4	8	5,2	2,9	10,5	11,4	3,4	0,1	9,9	9,4
Décile 10	2,5	0,4	10,8	7,9	9,4	2,8	10	12,1	5,3	0	9,7	9
Santé perçue												
Très bonne/Bonne	48,2	54,8	68	52,6	73	63	79,4	61	66,6	61,7	81,6	64,6
Assez bonne	17,6	20,1	12,4	24,6	17,6	24	17,2	29	21,8	25,5	15,3	24,8
Mauvaise/Très mauvaise	11,5	11	2,2	7,7	9,4	12,9	3,5	10	11,6	12,8	3,1	10,6
Non renseigné	22,8	14,1	17,4	15,2	0	0	0	0	0	0	0	0
Maladie chronique												
Oui	26,7	29,3	21,2	38	30,4	38,7	25,8	47,1	39,7	37,2	28,4	44,9
Non	46,6	51,1	59,2	44,5	67,6	57,7	70,9	51,4	60,3	62,8	71,6	55,1
Non renseigné	26,6	19,6	19,6	17,5	2	3,6	3,3	1,5	0	0	0	0
Affection de longue durée (ALD)												
Oui	22,4	17,4	8,5	25,9	17,2	15,3	7,2	25,3	/	/	/	/
Non	76,6	81,1	89,9	72,8	80,4	80,8	89,6	73,2	/	/	/	/
Non renseigné	1	1,5	1,7	1,2	2,3	3,9	3,2	1,5	/	/	/	/
Statut d'emploi												
Chômeurs	23,6	35	4,1	5,3	21,9	30,8	4,2	3,9	18,4	22,9	2,4	3,2
Etudiants	8,5	11,7	10,9	7	12,9	8,9	9,1	7,2	8,2	14,7	10,6	7,2
Inactifs	16,3	26,1	3,3	8,1	8,9	13,4	2,9	3,8	13,1	24,4	2,5	6,5
Retraités	17,4	4,2	1,2	42,1	23	13	1,1	48,1	26,8	6,2	1,2	47,1
Indépendants	5,8	4,1	1,9	6,6	7,7	4,6	1,7	8,4	7,4	4,2	2,4	6,7
Salariés du secteur privé	20,2	12,4	68,8	12	13,5	18,2	70,5	7,5	13,5	19,9	71,6	9,1
Salariés du secteur public	5,9	2,9	7	15,2	6,2	5,2	4	17,8	8,4	5,2	7,1	17,3
Autres personnes en emploi	1,1	1,6	2,1	2	2,6	1,4	2,4	1,5	4,2	2,6	2,2	2,9
Autre	1,3	2	0,7	1,7	3,2	4,4	4,2	2	0	0	0	0

¹CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire.

Lecture : En 2014, les personnes âgées entre 65 et 74 ans représentaient 16,3 % des personnes couvertes par un contrat individuel *versus* 18,4 % en 2017.

Sources et champ : *Enquête EHIS-ESPS 2014 ; **Enquête SRCV 2017 ; ***Enquête EHIS 2019. Population générale.

4.1. La segmentation des risques santé et les primes des contrats individuels et collectifs

4.1.1. *Le risque santé couvert sur les marchés individuel et collectif*

La masse des cotisations perçues par les organismes de complémentaire santé sur le marché collectif a augmenté de respectivement +819 millions d'euros et +912 millions d'euros en 2016 et en 2017 (Adjerad, 2019b ; Montaut, 2018b). En comparaison, la masse des cotisations perçues par les organismes sur le marché individuel a diminué de -274 millions d'euros en 2016 et augmenté de 145 millions d'euros en 2017. L'évolution de ces cotisations reflète plusieurs éléments : la hausse continue du nombre de personnes couvertes, le transfert des assurés du marché individuel vers le marché collectif, l'évolution des prix des contrats. La diminution du total de cotisations perçues en individuel en 2016 traduit nécessairement le transfert d'assurés du marché individuel vers le marché collectif, bien qu'il ne soit pas possible à partir de ces éléments d'estimer le nombre d'assurés concernés. Les enquêtes réalisées en population générale révèlent que le taux de personnes sans complémentaire santé a diminué d'environ 1 point en France depuis l'effectivité de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise (Pierre, 2022 ; Fouquet, 2020). Sans pouvoir estimer son évolution avec précision, le taux de personnes couvertes par un contrat individuel a diminué d'une plus grande ampleur (58 % en 2014 selon l'enquête EHIS-ESPS *versus* 55 % en 2017 selon l'enquête SRCV et 50 % en 2019 selon l'enquête EHIS (parmi les 15 ans et plus)). Et la proportion de personnes couvertes par un contrat collectif a évolué à la hausse (32 % en 2014 *versus* 35 % en 2017 et 38 % en 2019 (tableau 8)).

La modification de ces *pools* d'assurés conduit nécessairement à modifier les risques santé couverts par les marchés individuel et collectif de la complémentaire santé. Il n'existe pas à un niveau national de données issues des organismes de complémentaire santé qui permettent d'observer la distribution des dépenses de santé des assurés couverts sur les marchés collectif et individuel de la complémentaire santé. Nous approchons cette information en exploitant les enquêtes réalisées en population générale qui permettent d'étudier l'évolution, avant et après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, de la structure socio-démographique des individus selon leur type de couverture (tableau 1). La structure d'âge des personnes couvertes par un contrat individuel s'est globalement dégradée en 2017 par rapport à 2014 : les personnes âgées de plus de 64 ans représentent 35 % de l'ensemble des assurés d'un contrat individuel en 2017 (*versus* 31,7 % en 2014). Les retraités représentent 48,1 % des assurés de 15 ans et plus couverts par un contrat individuel en 2017 (*versus* 42,1 % en 2014). La structure d'âge des assurés couverts en collectif est très légèrement plus jeune en 2017 par rapport à 2014. En ce qui concerne la population des non couverts, celle-ci concentre conjointement plus souvent, en 2017, des individus de moins de 35 ans et des individus de plus de 65 ans. La structure du statut d'emploi des personnes de 15 ans et plus sans complémentaire santé a été modifiée : les chômeurs, qui constituent une partie importante des personnes non couvertes, représentent 23,6 % des non couverts en 2014 *versus* 21,9 % en 2017. La représentation des salariés du secteur privé est également plus faible (20,2 % en 2014 *versus* 13,5 % en 2017). A l'inverse, la proportion de personnes retraitées a largement augmenté parmi les non couverts (17,4 % en 2014 *versus* 23 % en 2017). L'évolution de la composition socio-démographique selon le statut de couverture des individus entre 2014 et 2017 se confirme également en 2019.

Tableau 2 Accès des salariés du secteur privé à la complémentaire santé de leur entreprise avant et après la généralisation de la Complémentaire santé d'entreprise (CSE)

	Selon les déclarations des salariés		Selon les déclarations des employeurs	
	Accès à une Complémentaire santé d'entreprise (CSE)... en 2017*	en 2009**	Travailler dans un établissement qui offre une Complémentaire santé d'entreprise (CSE)... après l'Ani ¹ (en 2017)*	avant l'Ani (juste avant 2016)*
Catégorie socio-professionnelle				
Cadres	96,8	80,4	98,9	85,3
Professions intermédiaires	97	74,1	97,2	76,9
Employés	95,5	74	94,7	72,7
Ouvriers	94,9	73,7	96,3	76,9
Non renseigné	88,8	67,6	99,4	72,5
Total	95,8	74,6	96,6	77,4
Contrat de travail				
Non renseigné	75,6	74,8	92,9	71,8
Contrat à durée indéterminée (CDI)	97,5	78,6	97,2	78,8
Contrat à durée déterminée (CDD) < 12 mois	82	44,8	92,7	70,7
Contrat à durée déterminée (CDD) ≥ 12 mois	89,6		93,5	68,5
Apprenti	95,8	62,9	93,6	78,9
Autre (CAE ² , contrat d'avenir, etc)	78,1	67,4	90,9	49,4
Total	95,8	74,6	96,6	77,4
Salaire				
Non renseigné	88,7	66,4	99,3	73,4
1 ^{er} quartile	91,5	54,6	92,2	61,2
2 ^e quartile	97,1	76,6	97,4	75,6
3 ^e quartile	96,9	86,9	98,2	81,9
4 ^e quartile	98,1	93,3	98	89,6
Total	95,8	74,6	96,6	77,4
Santé perçue				
Non renseigné	99,4		97,1	70,3
Très bon/Bon	95,8	74,4	96,3	78
Assez bon	96,5	72,5	97,4	75,8
Mauvais/très mauvais	92,8	87,4	98,5	73,5
Couverture par une Complémentaire santé (CS) avant l'Ani (juste avant 2016)				
Non couverts	93,7	/	97,2	68,9
Contrat collectif - Assuré principal	99,4	/	99,8	92,3
Contrat collectif - Ayant droit	99,3	/	94,9	64,8
Contrat individuel	97,9	/	96,7	56,7
CMU-C ³ /ACS ⁴	99	/	99,2	54,7
Ne se prononce pas	89,9	/	94,1	83,3
Total	95,8	74,6	96,6	77,4

¹ANI : Accord national interprofessionnel ; ²CAE : Contrat d'accompagnement dans l'emploi ; ³CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire ; ⁴ACS : Aide au paiement d'une complémentaire santé.

Sources et champ : * Enquête PSCE 2017. ** Enquête PSCE 2009. Salariés et employeurs du secteur privé.

Afin d'appréhender la façon dont les risques santé couverts par les marchés individuel et collectif de la complémentaire santé ont été modifiés par l'Ani, nous estimons l'évolution des restes à charge moyens après remboursement de l'assurance maladie publique en population générale par type de couverture. Les restes à charge de 2014 sont ceux observés en population générale dans l'enquête EHIS-ESPS 2014 appariée aux données de consommation de soins du SNDS. Les restes à charge de 2017 qui, faute d'appariement avec l'enquête SRCV 2017, ont été estimés par simulation à partir de modèles de dépenses réalisés en 2014 selon les caractéristiques observées des individus en 2017⁴. Les restes à charges de 2017 sont estimés en supposant inchangés, entre 2014 et 2017, les liens entre les caractéristiques individuelles et les dépenses de santé, les niveaux de couverture des contrats individuels et collectifs et les prix des soins : la comparaison temporelle des restes à charge traduit uniquement la façon dont l'évolution de la structure socio-démographique des *pools* d'assurés conduit à modifier les restes à charge moyens par type de couverture, toutes choses égales par ailleurs. D'après ces calculs, les restes à charge après remboursement de l'assurance maladie publique s'élèvent respectivement à 528 € et 526 € en 2014 et 2017 dans l'ensemble de la population. Le reste à charge moyen des assurés couverts par un contrat individuel augmente de 4,8 % entre 2014 et 2017 (623 € en 2014 *versus* 653 € en 2017). Le dernier décile de la distribution des restes à charge augmente de 8,4 % (1 470 € en 2014 *versus* 1 594 € en 2017) et les 5 % de restes à charge les plus élevés de 14,9 % (2 074 € en 2014 *versus* 2 383 € en 2017) [graphique 1]. En comparaison, le reste à charge moyen des personnes couvertes par un contrat collectif diminue de 11,8 % entre 2014 et 2017 (457 € en 2014 *versus* 403 € en 2017). Ce sont les 6^e, 7^e et 8^e déciles de la distribution qui ont le plus diminué (-20 % environ). L'évolution de ces restes à charge traduit la façon dont le risque à couvrir évolue, toutes choses égales par ailleurs, compte tenu des modifications de composition de groupes d'assurés qui se traduit par une aggravation du risque santé couvert en individuel et par une amélioration du risque couvert en collectif.

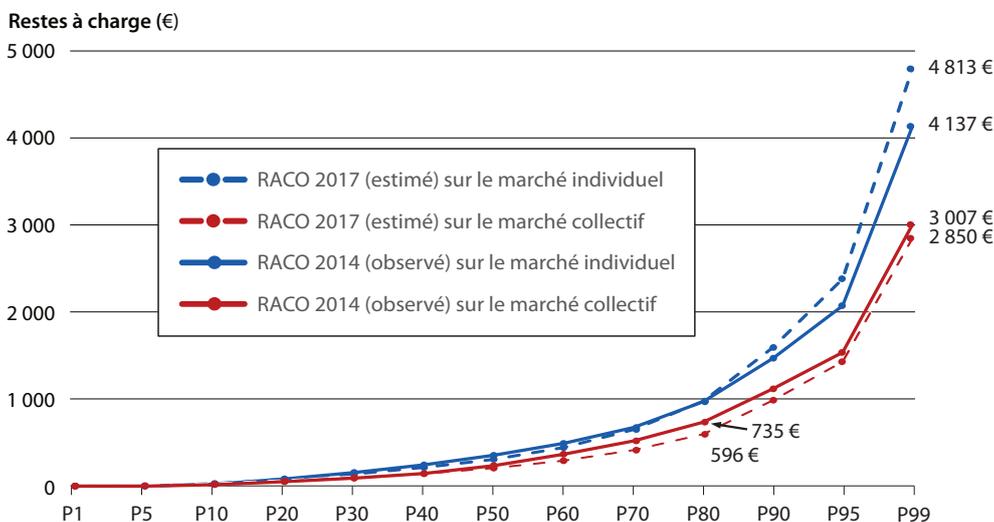
4.1.2. *Les primes des contrats*

L'évolution des primes des contrats individuels et collectifs, qui dépend du risque santé couvert par les organismes de complémentaire santé mais aussi des niveaux de garanties et, plus généralement, des pratiques actuarielles des assureurs n'est pas connue à ce jour au-delà de l'indice de prix fourni par l'Insee, qui révèle une hausse générale du sous-indice relatif à l'assurance complémentaire santé de 7 % entre 2015 et 2021 (Insee, 2022). Des informations connexes issues principalement des rapports de la Drees sur la situation financière de ces organismes, les dépenses de santé moyennes engagées par les individus et les niveaux de couverture des contrats permettent d'appréhender de façon plus fine la façon dont les primes ont évolué au cours de la dernière décennie.

Les données administratives collectées auprès des organismes complémentaires par ACPR révèlent que, depuis 2016, le résultat technique du marché individuel de la complémentaire santé n'a cessé de s'améliorer malgré la détérioration du risque santé induite

⁴ Les Restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (Rac) de 2017 ont été estimés par micro-simulation à partir de modèles réalisés sur l'année 2014 : les Rac de 2014 ont été modélisés en fonction de l'âge, du sexe, du statut d'emploi, du revenu par unité de consommation, de l'état de santé déclaré (santé perçue, maladie chronique, Affection de longue durée-ALD) et du type de couverture complémentaire (individuel, collectif). Les coefficients estimés de 2014 ont été utilisés pour estimer les Rac de 2017, à partir des caractéristiques observées des individus en 2017.

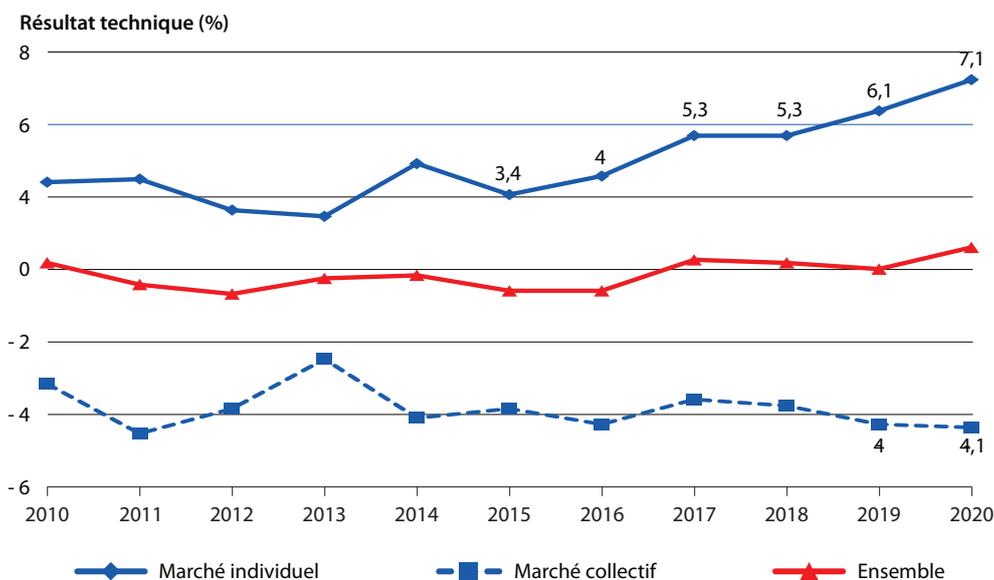
Graphique 1 Évolution estimée des restes à charge après remboursement de l'assurance maladie publique sur le marché de la complémentaire santé entre 2014 et 2017



Méthode : Restes à charge après remboursement par l'assurance maladie publique en 2014 (Rac observés) et estimés en 2017 selon le type de couverture des individus (individuel, collectif). Les Raco de 2017 ont été estimés par micro-simulation à partir des coefficients estimés des modèles de Raco réalisés sur l'année 2014, en tenant compte des caractéristiques des individus en 2017.

Sources et champ : Enquête EHIS-ESPS 2014-SNDS 2014 ; Enquête SRCV 2017. Population générale.

Graphique 2 Évolution du résultat technique (en % des primes collectées) des marchés individuel et collectif de la complémentaire santé entre 2010 et 2020

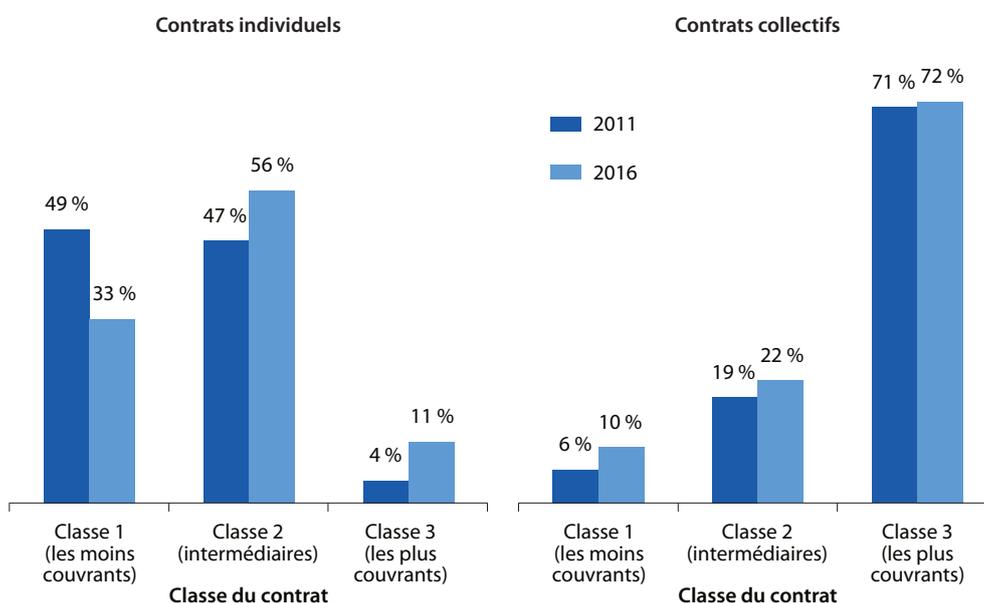


Note : Le résultat technique correspond à la différence entre le montant total des primes collectées par les organismes de complémentaire santé et le montant total des prestations (dépenses de santé prises en charge par les organismes complémentaires) versées auprès des assurés.

Sources : Rapports de la Drees sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé (De Williencourt, 2022 ; Adjerad, 2021 et 2019a ; Montaut, 2018, 2017, 2016 et 2015). Données ACPR, calculs Drees.

par la réforme de l'Ani : le résultat technique représentait 3,4 % des cotisations perçues par les organismes en 2015, 4 % en 2016, 5 % en 2017 et en 2018, 6 % en 2019 et 7,1 % en 2020, qui correspond à son meilleur résultat technique sur une période d'observation dix ans (graphique 2). En théorie, trois facteurs peuvent contribuer à expliquer une amélioration du résultat technique : 1/ une diminution des prestations moyennes versées par les organismes de complémentaire santé auprès de chaque assuré, qui peut être la conséquence d'une baisse des niveaux de garanties moyens ou d'une baisse de la consommation de soins des assurés ; 2/ une diminution des frais de gestion ; 3/ une augmentation des primes par assuré. Si on ne connaît pas à ce jour l'évolution des primes des contrats individuels, on sait en revanche que les garanties des contrats individuels ont augmenté en moyenne depuis le début des années 2000, notamment entre 2011 et 2016⁵ (graphique 3). On sait par ailleurs que la CSBM par habitant n'a cessé d'augmenter depuis 2012, du fait de l'augmentation des besoins de soins des assurés associée au vieillissement de la population et de l'amélioration des technologies médicales (graphique 4). On sait également que le reste à charge moyen des assurés des contrats individuels après remboursement de l'Assurance maladie obligatoire, qui correspond au risque moyen à couvrir par ces contrats, est plus élevé depuis l'Ani (section précédente). Enfin, on observe une légère hausse des frais de gestions collectés au titre des contrats individuels par les organismes de complémentaire santé individuels (+0,1 milliard d'euros entre 2013 et 2020, graphique 5), alors même que le nombre d'assurés couverts en individuel est

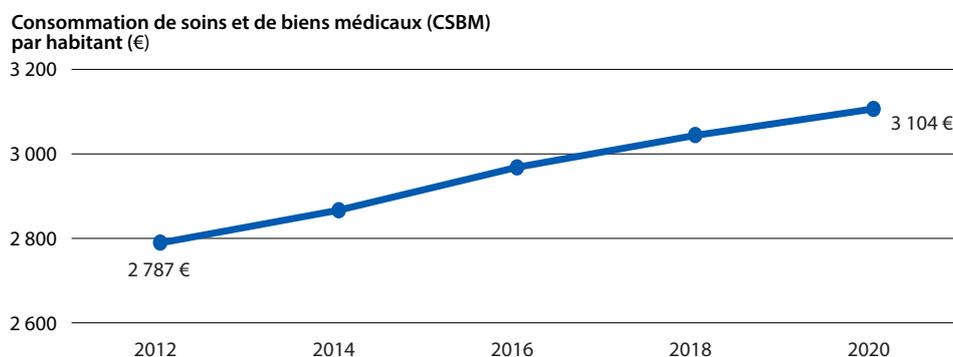
Graphique 3 Évolution des niveaux de garanties des contrats de complémentaire santé individuels et collectifs entre 2011 et 2016



Sources : Graphique issu de Barlet *et al.*, 2019, données enquêtes Organismes complémentaires (OC), Drees.

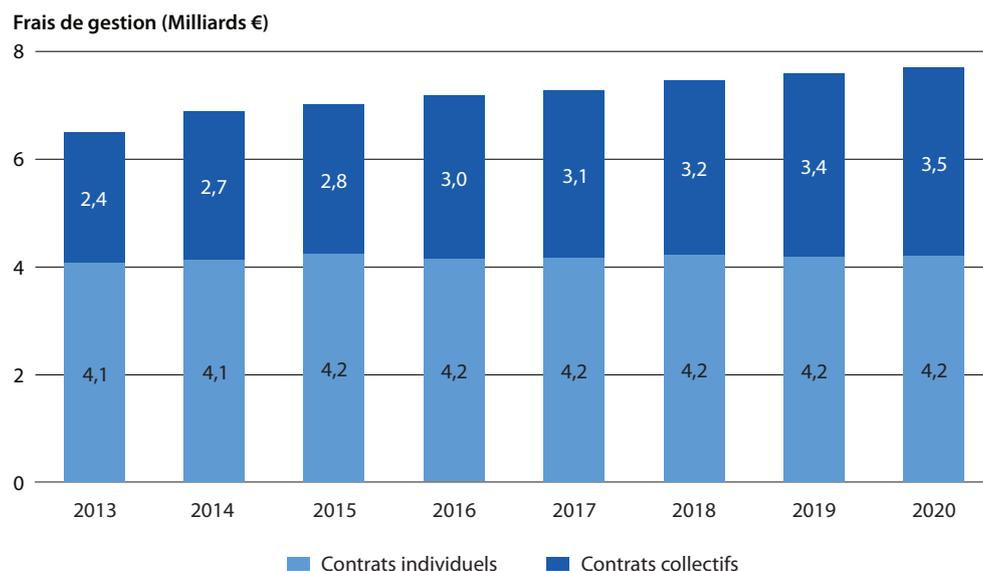
⁵ Le décret de 2015 qui redéfinit le contour des contrats solidaires et responsables a instauré des garanties planchers (avec notamment la prise en charge du forfait journalier hospitalier sans limitation de durée) qui ont principalement impacté les garanties des contrats individuels. Les garanties plafonds concernent en effet plus souvent les contrats collectifs qui offraient des niveaux de garanties plus élevés en moyenne que les contrats individuels.

Graphique 4 Évolution de la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) par habitant de 2012 à 2020



Sources : Comptes nationaux de la santé, 2020 (Drees), Bilan démographique, 2020 (Insee).

Graphique 5 Évolution des frais de gestion (en milliards d'euros) du marché de la complémentaire santé entre 2012 et 2020



Sources : Rapports de la Drees sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé (De Williencourt, 2022, Adjerad, 2021-2019a ; Montaut 2018, 2017, 2016, 2015). Données ACPR.

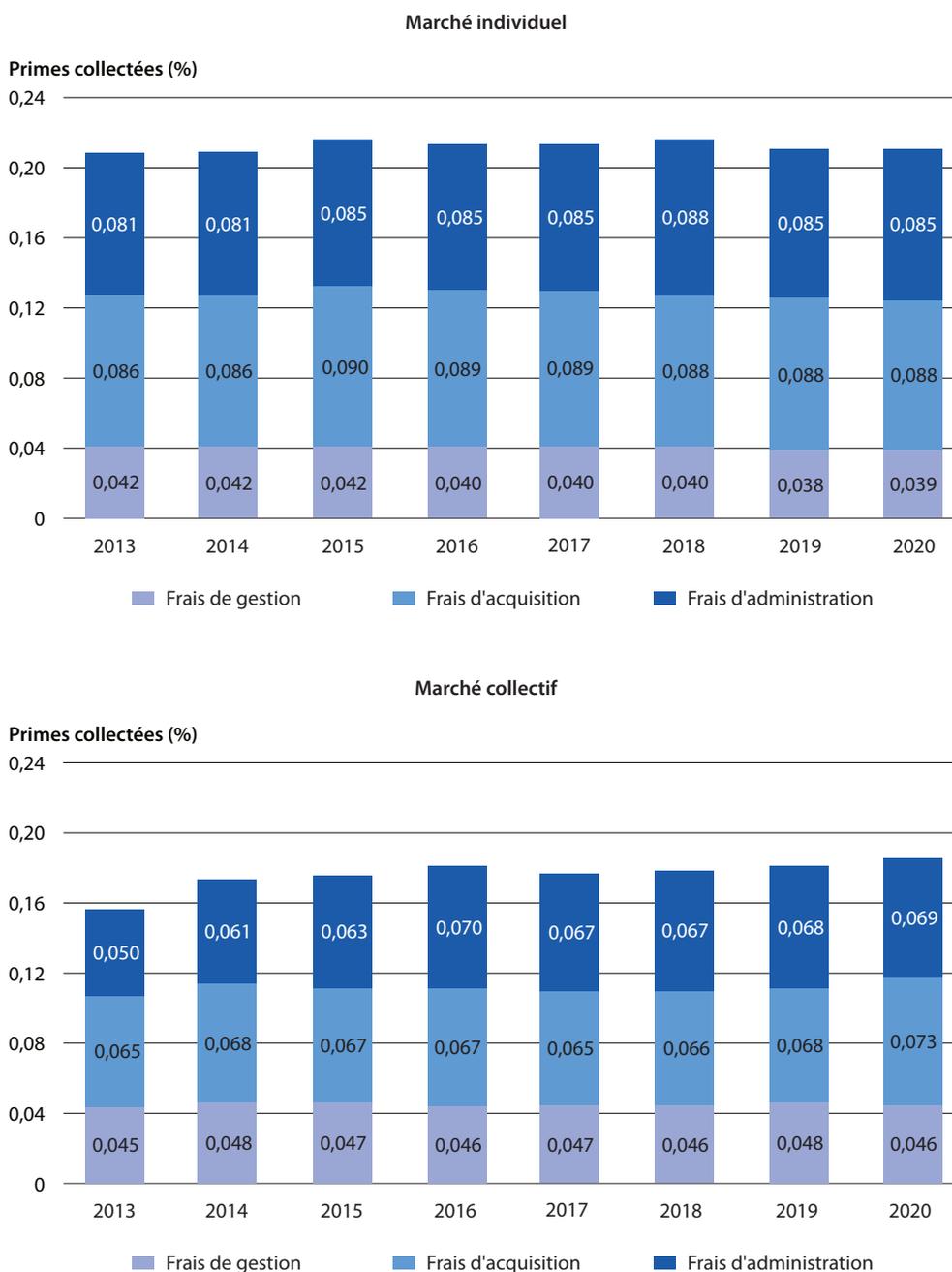
moins depuis la réforme de l'Ani. La part représentée par les frais de gestion dans les primes payées par les assurés est quant à elle relativement stable sur la période de l'Ani, 22 % environ (graphique 6).

Ainsi, l'augmentation des primes des contrats individuels contribue probablement à expliquer la continuité de l'amélioration du résultat technique du marché individuel de la complémentaire santé après la réforme de l'Ani (7,1 % en 2020). Ni l'ampleur de l'augmentation de ces primes ni la façon dont la hausse se distribue sur les assurés, selon leur âge ou leur contrat, ne peuvent en revanche être appréhendées par ces éléments. Il est possible que la dégradation du risque santé couvert sur le marché individuel, induite par le départ d'assurés salariés du secteur privé, affecte uniquement les primes des contrats individuels des assurés des mêmes tranches d'âge (c'est-à-dire entre 20 et 60 ans environ). Il est également possible que les primes de tous les assurés soient impactées, celles-ci dépendant évidemment des niveaux de garanties des contrats (qui ont augmenté en moyenne pour les contrats individuels compte tenu du décret sur les contrats solidaires et responsables introduits simultanément à la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise) et, évidemment, des pratiques actuarielles des assureurs. Les travaux de la Drees ont en effet montré que la tarification à l'âge des contrats individuels s'était accélérée entre 2006 et 2016, du fait d'un rapprochement des pratiques actuarielles des mutuelles par rapport aux assureurs (Barlet *et al.*, 2019 ; Benoît et Coron, 2019). La réforme de l'Ani, qui contribue à accentuer le phénomène de sélection adverse sur le marché individuel, participe probablement à expliquer cette évolution. L'augmentation des primes des contrats individuels permet par ailleurs de compenser la rentabilité négative des contrats collectifs (-4,1 % en 2020) qui s'est légèrement détériorée en 2016, en 2018 et en 2019 (graphique 2). Les exigences réglementaires européennes ayant conduit à la réforme de la Solvabilité 2 de 2016, qui participe à la concentration du marché de la complémentaire santé sur le marché individuel, notamment, peut également avoir contribué à l'amélioration du résultat technique de ce marché en permettant aux organismes de bénéficier d'économies d'échelles.

L'évolution du résultat technique du marché collectif de la complémentaire santé, toujours négatif, est moins évidente à appréhender que celle du marché individuel. Alors que le résultat technique s'est globalement détérioré depuis 2015, son évolution a connu différentes fluctuations (graphique 2) : il s'est légèrement amélioré en 2015 à l'introduction de la portabilité, puis s'est légèrement dégradé en 2016 à l'introduction de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, pour s'améliorer ensuite en 2017 et se détériorer de nouveau en 2018, 2019 et 2020.

Si l'on cherche à comprendre les facteurs ayant conduit à cette évolution, on constate tout d'abord que les garanties planchers et plafonds associées à la réglementation des contrats collectifs et des contrats responsables et solidaires ont peu modifié en moyenne les niveaux de garanties des contrats collectifs entre 2011 et 2016 (graphique 3). Par ailleurs, le risque santé couvert par le marché collectif a pu être affecté par des évolutions contraires : la portabilité de 2015 a pu le détériorer (les chômeurs étant plus souvent en moins bonne santé que les personnes en emploi) alors que la généralisation de la complémentaire santé a pu l'améliorer (section précédente). Le montant total des frais de gestion des contrats collectifs a quant à lui augmenté fortement depuis 2013 (graphique 5). Il en est de même, mais de façon plus modérée, pour les frais de gestion exprimés en parts des primes collectées (graphique 6). Il est donc difficile, au vu de ces éléments, de déduire l'évolution des primes des contrats collectifs. La concurrence ardue induite par la géné-

Graphique 6 Évolution des frais de gestion (en % des primes collectées) des marchés individuel et collectif de la complémentaire santé entre 2013 et 2020



Sources : Rapports de la Drees sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé (De Williencourt, 2022 ; Adjerad, 2021-2019a ; Montaut, 2018, 2017, 2016, 2015). Données ACPR, calculs Drees.

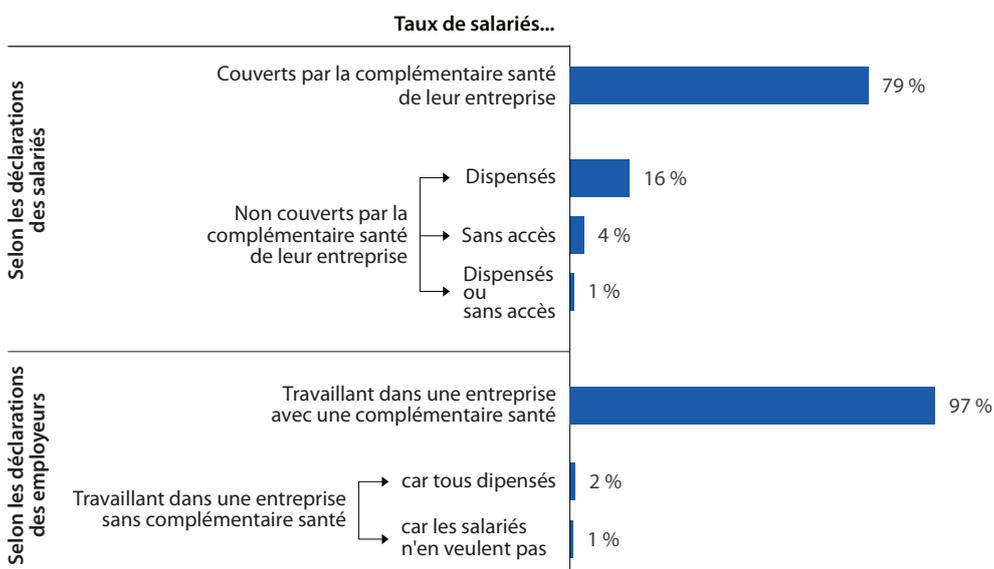
ralisation de la complémentaire santé d'entreprise a probablement impacté à la baisse – à court terme tout du moins – le montant des primes des contrats en 2016.

4.2. La complémentaire santé des salariés du secteur privé

4.2.1. L'accessibilité à la complémentaire santé d'entreprise

Les publications de l'enquête PSCE 2017 ont montré que 84 % des employeurs déclaraient avoir mis en place une complémentaire santé d'entreprise pour tous leurs salariés en 2017 (correspondant au fait que 96 % des salariés y ont accès) [Perronnin, 2019 ; Lapinte et Perronnin, 2018]. Des analyses complémentaires montrent que les salariés sont 95 %, de leur côté, à déclarer pouvoir bénéficier d'une telle couverture par le biais de leur employeur (graphique 7). Bien que l'amélioration de l'accès à la complémentaire santé d'entreprise ait principalement profité aux salariés les plus précaires, qui se voyaient moins souvent offrir un contrat d'entreprise avant l'Ani (Perronnin, 2019), ces derniers déclarent malgré tout toujours plus souvent que les autres ne pas avoir accès à un tel contrat en 2017 : c'est le cas de 7,6 % des salariés du premier quartile de salaire (*versus* 1,7 % pour ceux du dernier quartile), de 23,4 % des salariés avec des contrats particuliers, et de 17 % de ceux avec un Contrat à durée déterminée (CDD) de moins d'un an (*versus* 2,4 % de ceux avec un Contrat à durée indéterminée-CDI) et de 7,4 % des salariés en mauvaise santé (*versus* 3,9 % pour ceux en très bonne santé) [Annexe 2]. Des différences notables s'observent entre les déclarations des employeurs et celles des salariés selon les caractéristiques du contrat de travail des salariés. D'après les déclarations des

Graphique 7 Accès des salariés à la complémentaire santé de leur entreprise en 2017 selon les déclarations respectives des salariés et des employeurs



Note : L'accessibilité des salariés du secteur privé à la Complémentaire santé de leur propre entreprise, selon les déclarations des employeurs, est calculée en pondérant la situation des établissements par leurs effectifs de salariés.

Sources et champ : Enquête PSCE 2017. Salariés du secteur privé.

Tableau 3 Garanties moyennes des contrats collectifs de base, en 2017

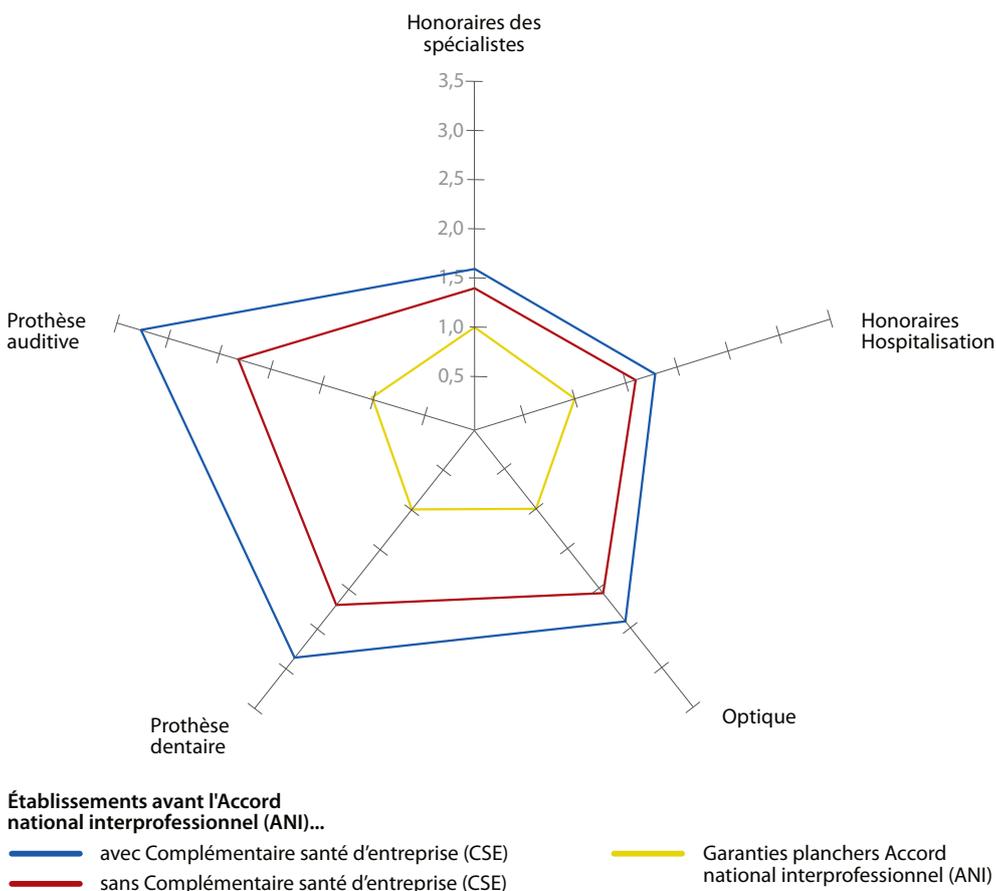
	Etablissements avec CSE ¹ avant l'Ani ²	Etablissements sans CSE avant l'Ani	Non renseigné
Honoraires de spécialistes hors Option pratique tarifaire maîtrisée (OPTAM)			
Consultation de ville	161 % TC (yc SS)	141 % TC (yc SS)	155 % TC (yc SS)
Hospitalisation	178 % TC (yc SS)	157 % TC (yc SS)	173 % TC (yc SS)
Chambre particulière en Médecine, chirurgie, obstétrique			
Durée de prise en charge	319 jours	263 jours	313 jours
Remboursement journalier	68 €	49 €	6 €
Lunettes à verres très complexes	557 € (yc SS)	472 € (yc SS)	526 € (yc SS)
Prothèses dentaires	358 % TC (yc SS)	275 % TC (yc SS)	326 % TC (yc SS)
Prothèses auditives	1 288 € (yc SS)	922 € (yc SS)	1 170 € (yc SS)

¹CSE : Complémentaire santé d'entreprise ; ²ANI : Accord national interprofessionnel.

Note : Les dépassements d'honoraires considèrent le cas d'une consultation de ville auprès d'un médecin spécialiste hors Option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) et lors d'une hospitalisation en établissement privé. Le poste optique concerne la prise en charge de deux verres très complexes et d'une monture. Le poste prothèse dentaire considère le cas d'une couronne sur dent visible. Le poste prothèse auditive concerne l'appareillage des deux oreilles.

Sources et champ : Tableau issu de Perronnin, 2019 (données PSCE 2017). Contrats d'entreprise.

Graphique 8 Garanties moyennes des contrats collectifs de base comparativement aux garanties minimales imposées par l'Ani, en 2017



Note : Voir supra.

Sources et champ : Enquête PSCE 2017. Contrats d'entreprise.

employeurs, 93 % des salariés en CDD de moins d'un an travaillent dans un établissement qui offre un contrat d'entreprise en 2017. En comparaison, 82 % de ces salariés déclarent y avoir accès (tableau 2). De même, selon les déclarations des employeurs, 91 % des salariés avec des contrats de travail temporaires spécifiques (contrats d'accompagnement, contrats d'avenir, etc.) ont accès à un contrat d'entreprise en 2017 alors qu'ils sont seulement 78 % à déclarer y avoir accès. D'après les déclarations des employeurs, les inégalités sociales d'accès à la complémentaire santé d'entreprise qui perdurent après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise s'expliquent principalement par le fait que les salariés les plus précaires travaillent plus souvent au sein de petites structures qui n'ont pas mis en place de contrat d'entreprise et non du fait d'une différenciation de l'offre de complémentaire selon les catégories de salariés (Perronnin et Raynaud, 2020). Les différences de déclarations entre les employeurs et les salariés en CDD conduisent à s'interroger sur l'existence d'éventuels délais dans la proposition d'adhérer au contrat d'entreprise et sa mise en œuvre.

La quasi-totalité des salariés du secteur privé qui étaient respectivement couverts par des contrats individuels et collectifs avant l'Ani déclarent avoir accès à un contrat d'entreprise en 2017 (respectivement 98 % et 99 %). C'est légèrement moins souvent le cas (93,7 %) pour les salariés qui étaient sans couverture avant la réforme de l'Ani (tableau 2).

4.2.2. *Des nouveaux contrats collectifs avec des garanties plus généreuses que le minimum légal*

Les premiers résultats de l'enquête PSCE 2017 ont révélé que les établissements ayant mis en place un contrat collectif à l'occasion de l'Ani proposent souvent des contrats avec des garanties moins généreuses que ceux qui offraient déjà, avant l'Ani, une complémentaire santé à leurs salariés (tableau 3). Il apparaît toutefois que les garanties de ces contrats sont supérieures au minimum légal imposé par les « planchers Ani ». Le graphique 8 considère les remboursements des dépassements d'honoraires des spécialistes hors Option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) pour une consultation de ville et lors d'une hospitalisation en établissement privé, ainsi que ceux des prothèses auditives, dentaires et des dispositifs optiques. Pour l'optique⁶, les garanties de base proposées par les établissements qui ont mis en place une couverture collective pour se conformer à la loi sont en moyenne deux fois supérieures aux garanties minimales définies par les « planchers Ani ». Il en est de même pour les garanties des prothèses auditives et dentaires. En comparaison de la typologie des contrats de complémentaire santé réalisée par la Drees, les niveaux de garanties de ces « nouveaux contrats Ani » sont plus proches de celles d'un contrat de milieu de gamme (classe 2) que d'un contrat d'entrée de gamme. Les garanties des contrats d'entreprise ont néanmoins peu évolué en moyenne entre 2011 et 2016 (graphique 3). Les contrats les plus couvrants (classe 3) restent majoritaires parmi les contrats d'entreprise qui, dans la majorité des cas, préexistaient déjà avant la réforme de l'Ani.

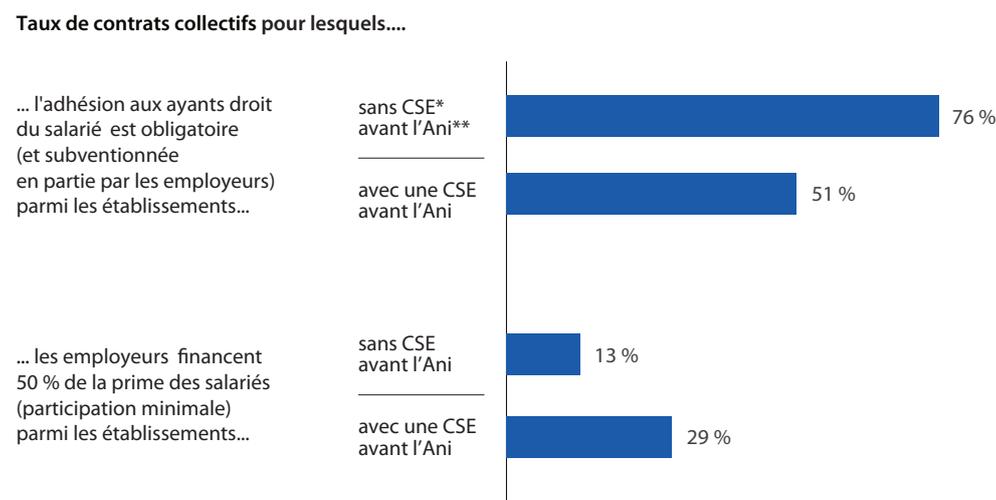
La participation financière des employeurs à la prime des contrats s'élève en moyenne à 60 % de la prime (Perronnin, 2019 ; Lapinte et Perronnin, 2018). Elle correspond au minimum légal pour 76 % des « nouveaux contrats Ani » *versus* 51 % des autres contrats. On constate également que l'extension obligatoire de la complémentaire santé aux proches des salariés, qui inclue *de facto* que l'employeur participe financièrement à la prime des

⁶ Il s'agit ici d'une prise en charge relative à deux verres très complexes et à une monture.

ayants droit dans les mêmes proportions que pour ses salariés, concerne seulement 13 % des « nouveaux contrats Ani » (correspondant à 10 % des salariés) *versus* 29 % des contrats qui préexistaient déjà avant la réforme (correspondant à 36 % des salariés) [graphique 9].

4.2.3. *Les dispenses d'adhésion, les trajectoires de couverture et les opinions des salariés vis-à-vis de la complémentaire santé d'entreprise*

Graphique 9 Participation financière des employeurs à la prime des contrats d'entreprise de leurs salariés et de leurs ayants droit en 2017



* CSE : Complémentaire santé d'entreprise

** Ani : Accord national interprofessionnel

Sources et champ : Enquête PSCE 2017. Contrats d'entreprise.

Les dispenses d'adhésion, qui permettent à certains salariés de conserver une certaine liberté de choix de couverture, sont de différentes natures. Une première catégorie s'adresse aux salariés les plus précaires : les salariés en CDD de moins d'un an, les personnes à temps très partiel avec un niveau de salaire bas, les bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS. Une deuxième catégorie de dispenses, qui permet d'éviter les doubles couvertures, s'adresse aux salariés qui bénéficient déjà d'une couverture d'entreprise obligatoire ou d'un contrat spécifique (contrat de fonctionnaire, contrat Madelin, etc.), en tant qu'ayant droit ou par le biais d'un autre employeur.

En 2017, 21 % des salariés du secteur privé ont déclaré ne pas être couverts par le biais de leur propre entreprise, 16 % déclarant être dispensés (graphique 7). Le motif le plus souvent évoqué concerne le fait d'être déjà couvert, en tant qu'ayant droit, par un contrat collectif (43 % des salariés dispensés, tableau 4). Vient ensuite le fait que le contrat ait été instauré par une décision unilatérale de l'employeur (30 % des cas). Les dispenses associées au fait d'être en CDD concernent 11 % des salariés dispensés. Le bénéfice de la CMU-C et de l'ACS est mentionné par 6,5 % des salariés dispensés et le fait d'être à temps partiel par 6 % des salariés.

Les salariés les plus précaires sont plus souvent dispensés d'adhésion à la complémentaire santé de leur entreprise : c'est le cas de 16 % des ouvriers (*versus* 8 % des cadres), 44 % des salariés avec un contrat de moins de douze mois (*versus* 13 % des salariés avec un CDI) et 26 % des salariés les plus pauvres (*versus* 7 % des plus riches) [tableau A1 en annexe]. Les motifs de dispenses énoncés par ces salariés ne sont toutefois pas nécessairement des motifs associés à la précarité de leur statut d'emploi. Ainsi, parmi les 29 % de salariés à temps partiels dispensés d'adhésion (c'est le cas de 56 % de ceux à temps très partiels), 44 % évoquent une dispense relative au fait d'être ayant droit d'un contrat collectif, 29 % déclarent une Décision unilatérale de l'employeur (DUE), 11 % le fait d'être à la CMU-C et 12 % déclarent que leur dispense est relative à leur temps partiel (tableau 5). Rappelons en effet que la dispense d'adhésion pour temps partiel est assortie de la condition selon laquelle le montant de la prime payée par le salarié doit être supérieure à 10 % de son revenu brut, ce qui est une situation relativement rare. Les salariés en CDD de moins d'un an, qui sont 44 % à être dispensés d'adhésion à leur contrat d'entreprise, ont quant à eux le plus souvent mentionné une dispense du fait de leur contrat de travail (36 %), bien qu'un certain nombre d'entre eux évoquent également le fait d'être déjà ayant droit d'un contrat collectif (28 %).

Tableau 4 Motifs de dispenses d'adhésion à la complémentaire santé d'entreprise déclarés par les salariés dispensés

	Effectif	% pondéré
Déjà ayant-droit d'un contrat collectif	620	42,9 %
Décision unilatérale de l'employeur	398	29,7 %
En contrat de travail temporaire (moins d'un an)	160	10,5 %
CMU-C ¹ /ACS ²	48	6,5 %
Temps partiel	66	6,0 %
Autres	140	13,2 %
Total	1 307	108,8 %

¹CMU-C : Couverture Maladie Universelle Complémentaire ; ²ACS : Aide au paiement d'une complémentaire santé.

Sources et champ : Enquête PSCE 2017. Salariés dispensés d'adhésion à la complémentaire santé de leur entreprise et ayant renseigné un motif de dispenses (plusieurs réponses possibles).

Si l'on s'intéresse aux dispenses selon le statut de couverture des salariés avant la réforme de l'Ani, on constate que les salariés qui ont déclaré être anciennement couverts par un contrat individuel sont 24 % à être dispensés d'adhésion du contrat de leur entreprise en 2017, la majorité ayant fait jouer une dispense du fait d'une DUE (58 % évoquent ce motif). La majorité des salariés anciennement couverts par un contrat individuel sont donc couverts, après l'Ani, par le contrat collectif de leur propre entreprise (73 %). Les salariés qui étaient ayants droit d'un contrat d'entreprise avant l'Ani (par le biais du conjoint essentiellement) sont plus nombreux à être dispensés d'adhésion à la complémentaire santé de leur entreprise en 2017 : 44 %. Une petite majorité d'entre eux, 55 %, bénéficient ainsi du contrat de leur propre entreprise. Dans la très grande majorité des cas, les dispenses évoquées concernent le fait d'être déjà couvert par ailleurs par un contrat d'entreprise (88 %). Les salariés anciennement couverts par un contrat individuel avant l'Ani et ceux qui étaient ayants droit d'un contrat collectif sont par ailleurs conjointement ceux qui, lorsqu'ils sont couverts par le contrat de leur entreprise en 2017, ont le plus souvent souscrit une surcomplémentaire santé (respectivement 28 % et 31 % *versus* 21 % parmi

Tableau 5 Couverture d'entreprise des salariés du secteur privé et dispenses d'adhésion

	Effectif	Qui déclarent ne pas avoir accès à une CSE ¹ au sein de leur établissement en 2017		Couverts par la CSE de leur établissement en 2017	Ayant souscrit une sur-complémentaire*	Qui auraient refusé la CSE de leur établissement si cela avait été possible*	Dispensés d'adhésion à la CSE de leur établissement	Motif de dispense (parmi les salariés dispensés d'adhésion)				Non couverts par la CSE pour raison indéterminée	
		CDD ²	Temps partiel					CMU-C/ ³ ACS ⁴	Ayant droit d'un contrat collectif	Décision Unilatérale de l'em- ployeur	Autre		
Ensemble des salariés du secteur privé	7 640	3,9 %	79,0 %	21,30 %	25,1 %	15,9 %	9,5 %	6,1 %	6,9 %	44,5 %	31,0 %	11,3 %	1,2 %
Selon le fait d'être concernés par les dispenses d'adhésion													
Salariés à temps partiel	1 087	3,7 %	67,5 %	28,3 %	29,6 %	28,2 %	11,5 %	11,8 %	11,0 %	44,4 %	29,1 %	11,1 %	0,6 %
Salariés CMUCistes	369	7,7 %	68,6 %	11,3 %	14,5 %	21,4 %							2,3 %
Salariés en CDD <1 an	403	16,6 %	34,3 %	7,3 %		43,8 %	35,7 %	12,2 %	12,0 %	27,7 %	21,8 %	9,2 %	5,2 %
Selon le type de couverture avant la réforme de l'Ani⁵													
Non couverts	234	5,7 %	82,9 %	12,5 %	15,5 %	10,3 %	/	/	/	/	/	/	1,1 %
CMU-C	68	1,9 %	42,1 %										1,4 %
Contrat collectif - Ayant droit	828	0,8 %	54,8 %	30,7 %	35,7 %	43,6 %	2,1 %	2,3 %	0,7 %	88,3 %	8,1 %	3,5 %	0,8 %
Contrat collectif - Assuré principal	2 181	0,7 %	97,5 %	21,0 %	23,5 %	1,7 %							0,1 %
Contrat individuel	1 877	1,9 %	73,4 %	28,3 %	32,9 %	23,7 %	5,3 %	5,4 %	0,4 %	20,8 %	58,0 %	15,1 %	1,0 %

¹CSE : Complémentaire santé d'entreprise ; ²CDD : Contrat à durée déterminée ; ³CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire ; ⁴ACS : Aide au paiement d'une complémentaire santé ; ⁵ANI : Accord national interprofessionnel.
 *Salariés couverts par la Complémentaire santé d'entreprise (CSE) de leur propre entreprise.
 Lecture : Les salariés avec un Contrat de travail à durée déterminée (CDD) de moins d'un an sont 30,7 % à être couverts par le contrat de leur entreprise en 2017 et 46,4 % à être dispensés d'adhésion à la complémentaire santé de leur entreprise. 33 % des salariés dispensés évoquent leur CDD comme motif de dispense. « / » Effectifs trop faibles.
 Sources et champ : Enquête PSC 2017. Salariés du secteur privé.

l'ensemble des salariés). Ils sont également ceux pour lesquels les employeurs déclarent le plus souvent qu'ils n'offraient pas de couverture collective avant l'Ani (respectivement 43 % et 35 % *versus* 23 % en moyenne, tableau 2). Ces salariés ont donc probablement souvent basculé sur des nouveaux contrats Ani avec des niveaux de garanties plus faibles que les autres contrats d'entreprise qui, possiblement, étaient également plus faibles que ceux dont ils bénéficiaient avant cette réforme. Ces salariés sont ainsi ceux qui déclarent le plus souvent qu'ils auraient aimé pouvoir la refuser si cela avait été possible : à hauteur de 33 % pour ceux anciennement couverts en individuel et 36 % pour ceux anciennement ayant droit d'un contrat collectif. En comparaison, les salariés sans complémentaire santé avant l'Ani sont seulement 20 %, en 2017, à être dispensés de la complémentaire santé de leur établissement et 83 % à être couverts par cette couverture, dont seulement 16 % qui auraient souhaité pouvoir la refuser.

Ainsi, si l'obligation d'adhérer à la complémentaire santé de son entreprise contraint tous les individus qu'elle concerne dans leur choix de couverture, elle semble toutefois exercer les contraintes les plus fortes sur ceux qui, avant l'Ani, bénéficiaient d'une complémentaire santé par un autre biais que celui de leur employeur plutôt que sur ceux qui étaient non couverts. Les Enquêtes santé et protection sociale (ESPS) de l'Irdes ont en effet montré qu'une minorité de personnes sans complémentaire santé déclaraient ne pas souhaiter être couvertes parce qu'elles n'en n'avaient pas besoin (13 % des personnes non couvertes en 2010 et en 2012), l'absence de couverture étant, le plus fréquemment, liée à des raisons financières (43 % en 2010 et 53 % en 2012) (Célan *et al.*, 2014 ; Dourgnon *et al.*, 2012). La participation financière des employeurs à la prime des contrats, qui réduit le coût apparent de la complémentaire santé, améliore l'accès financier à la complémentaire santé des salariés sans couverture avant l'Ani. Cette réforme est en revanche plus contraignante pour ceux qui étaient déjà couverts avant la réforme pour lesquels près du tiers d'entre eux auraient souhaité conserver leur ancienne couverture. Les salariés les plus précaires sont toutefois nombreux à déclarer qu'ils auraient souhaité ne pas souscrire la complémentaire santé de leur entreprise si cela avait été possible : 37 % des salariés du premier quintile de revenu (*versus* 16 % pour ceux du dernier quintile). C'est également le cas de 32 % des salariés en mauvaise santé perçue (*versus* 21 % pour ceux en bonne ou très bonne santé) et de 27 % pour ceux avec une faible aversion au risque (*versus* 23 % pour ceux fortement averses au risque) [tableau A1 en annexe]

4.2.4. La couverture des salariés du secteur privé

L'enquête PSCE 2017 estime à 1 % le taux de salariés sans complémentaire santé après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise (tableau 6). Ce taux est toutefois probablement légèrement sous-estimé puisqu'il ne considère pas la situation des salariés avec les contrats de travail les plus courts⁷. L'enquête EHIS 2019 réalisée en population générale estime à 1,5 % le taux de salariés du secteur privé non couverts par une complémentaire santé (tableau 7) : 3,6 % bénéficient de la CMU-C, 79,9 % sont couverts par un contrat d'entreprise – par le biais de leur propre employeur ou en tant qu'ayant droit d'un membre de leur ménage – et 13,5 % sont couverts par un contrat individuel. Malgré la réforme de l'Ani, l'absence de couverture concerne toujours plus fréquemment, en 2017, les salariés les plus précaires. 7,5 % des salariés appartenant au premier décile de revenu ne sont pas couverts *versus* respectivement 2,3 %, 1,5 % et 0,5 % parmi les 2^e, 3^e et 4^e déciles (tableau 7). En comparaison avec la situation qui prévalait avant la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, la non-couverture s'est principalement réduite pour les personnes appartenant aux classes moyennes les plus modestes (déciles 2, 3 et 4). Leur couverture individuelle a également beaucoup diminué, au profit d'une couverture d'entreprise : 66 % des salariés appartenant au 2^e décile de revenu sont couverts par un contrat d'entreprise en 2017 *versus* 53 % en 2014. Ils étaient alors 31 % à être couverts par un contrat individuel, ils ne sont plus que 21 % en 2017. Si l'évolution du type de couverture (individuel/collectif) doit être interprétée avec précaution compte

Tableau 6 La non-couverture des salariés et anciens salariés du secteur privé en 2017

	Sans complémentaire santé en 2017	Couverts en 2017	Total
	%	%	Effectif
Parmi les salariés du secteur privé en 2017	1	99	6453
Selon leur mode de couverture avant l'Ani ¹			
Sans couverture avant l'Ani	7	93	197
Couverts par la CSE ² de son entreprise avant l'Ani	0,1	99,9	1928
Couverts par la CSE de l'entreprise d'un membre du ménage avant l'Ani	0,8	99,2	722
Couverts par un contrat individuel avant l'Ani	0,3	99,7	1577
Couverts par la CMU-C ³ /ACS ⁴ avant l'Ani	0	100	48
Couverture non renseignée avant l'Ani	1,7	98,3	1981
Parmi les personnes anciennement salariés du secteur privé*	9,9	90,1	1138
Selon leur statut d'emploi actuel			
Et actuellement à leur compte ou salariées du public	7,5	92,5	399
Et actuellement au chômage	12,9	87,1	452
Et actuellement retraitées	5	95	204
Et actuellement dans une autre situation inactive	17,3	82,7	83

¹ANI : Accord national interprofessionnel ; ²CSE : Complémentaire santé d'entreprise ; ³CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire ; ⁴ACS : Aide au paiement d'une complémentaire santé.

Sources et champ : Enquête PSCE 2017. Salariés du secteur privé. *Personnes qui étaient salariées du secteur privé au cours des dix-huit mois précédant le terrain d'enquête PSCE.

⁷ Contrairement aux autres caractéristiques de couverture (type de couverture, etc.), le fait de ne pas être couvert ne peut être corrigé de la sous-représentation des salariés avec des contrats très courts (voir section 3).

Tableau 7 Couverture complémentaire des salariés du secteur privé en 2019, 2017 et 2014

	2019 (EHIS)*						2017 (SRCV)**						2014 (EHIS-ESPS)***					
	Non couverts			Couverts par une complémentaire santé			Non couverts			Couverts par une complémentaire santé			Non couverts			Couverts par une complémentaire santé		
	%	CMU-C ¹	Indiv- duelle	%	Collective	Indiv- duelle	%	CMU-C	Collective	Indiv- duelle	%	CMU-C	Collective	Indiv- duelle	%	CMU-C	Collective	Indiv- duelle
Revenu par unité de compte																		
Décile 1	7,5	20,3	56,5	15,8	0	261	6,2	17,8	52,7	23,3	335	11,1	22,3	46,4	20,2	276		
Décile 2	2,3	12,8	67,3	17,6	0	346	3,4	9,8	65,5	21,3	470	8,1	8	53,2	30,8	416		
Décile 3	1,5	4,2	73,5	19,5	1,4	463	1,5	3	77,2	18,3	589	4,2	1,9	65,3	28,6	422		
Décile 4	0,5	1,4	81,4	14,1	2,5	453	1,6	2,3	81,4	14,7	621	4,4	1,4	69,3	24,8	484		
Décile 5	1,1	1,8	78,9	17	1,3	494	2,2	3,5	75,6	18,6	694	2,6	1,6	71,4	24,4	571		
Décile 6	0,9	1,3	85	10,5	2,4	473	0,4	1	86,7	11,9	693	2,4	1	71,6	25	588		
Décile 7	0	1	85,3	12,5	1,3	497	0,9	1,2	84,1	13,9	755	1,1	0,3	77,9	20,7	733		
Décile 8	1,4	0,4	89,7	7,6	0,9	488	1,5	2,4	87,9	8,3	712	1,5	0	79,9	18,6	402		
Décile 9	0,2	0	87,9	10,1	1,8	473	0,9	1	84,2	13,9	680	1,8	0,1	79,4	18,7	571		
Décile 10	1,4	0	84,9	9,8	3,8	449	2,5	2	80	15,5	617	0,1	0,4	86,4	13,1	502		
Non renseigné	/	/	/	/	/	/	/	0,8	86,1	13,1	58	4,6	1,9	66,9	26,6	1 165		
Catégorie socio-professionnelle																		
Agriculteurs	/	/	100	/	/	1	/	1,3	69	29,7	35	/	/	100	/	1		
Artisans commerçants	/	/	82,8	9,5	7,7	30	2,8	3,4	64,5	29,3	180	/	/	88	12	21		
Cadres et professions libérales	1,4	0,7	89,7	6,4	1,9	950	1,3	1,3	87,9	9,6	1 304	0,8	0,5	88	10,7	1 040		
Employés	1,3	6,2	74,7	16,8	1	953	3,1	5,4	71,3	20,3	1 011	4,1	3,2	62,3	30,4	1 463		
Ouvriers	2,1	6	73,3	17,2	1,4	1 172	2,6	5,5	73,9	18	1 901	4,7	3,6	64,6	27,2	2 023		
Professions intermédiaires	0,9	1	85,3	11,1	1,7	1 176	0,5	1,8	86,6	11,1	1 725	2,2	0,7	77,7	19,4	1 512		
Non renseigné	1,7	1,4	78,3	15,4	3,3	115	1	1,8	65,8	31,4	68	7,1	2,5	63,7	26,7	70		
Contrat de travail																		
Contrat à durée déterminée	4,4	11,5	44,6	37,6	1,9	569	5,3	10	56,8	27,9	734	11,2	8,5	37,3	43	529		
Contrat à durée indéterminée	0,9	2,3	85,9	9,4	1,5	3 813	1,1	2,4	84,1	12,3	5 294	2,1	1,4	76,6	20	5 411		
Non renseigné	4,1	0	59,2	21,4	15,3	15	6,2	3,3	51,3	39,2	196	14,3	7,6	26,5	51,5	190		
Santé perçue																		
Bonne/très bonne	1,3	3,2	80,6	13,2	1,6	3 538	2	3,2	80	14,8	4 751	2,8	2,1	73,6	21,6	4 010		
Assez bonne	1,8	5,5	77,2	13,9	1,6	722	1,2	4	77,4	17,4	1 248	3,2	2,7	70,4	23,7	835		
Mauvaise/très mauvaise	2,6	4,8	74,3	17,6	0,7	137	0,7	7	75,8	16,4	223	5,1	3,9	69,3	21,6	136		
Non renseigné	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	/	4,8	1,8	65,6	27,8	1 149		
Age																		
15/30 ans	2,4	5,8	71,9	17,8	2,2	940	3,9	4,9	72,5	18,7	1 163	6,6	2,5	62,5	28,3	1 178		
31/40 ans	1,3	4,3	80	13,4	1	1 195	1,5	3,9	81,7	12,9	1 458	2,4	2,6	74,5	20,6	1 518		
41/50 ans	1,1	2,2	84,3	10,5	1,8	1 164	0,9	2,4	84,6	12,1	1 814	2,3	1,7	75,4	20,6	1 910		
51/60 ans	1	2,4	83,6	11,7	1,4	959	1	2,8	79,4	16,7	1 602	2	1,9	73,8	22,4	1 412		
61 ans et plus	1,5	1,3	77,6	18,4	1,2	139	0,9	2,3	67,3	29,5	187	1,9	2,2	67,7	28,2	112		
Total	1,5	3,6	79,9	13,5	1,6	4 397	1,8	3,5	79,4	15,3	6 224	3,2	2,2	71,8	22,9	6 130		

¹CMU-C : Couverture maladie universelle complémentaire.

Note : Dans l'enquête EHIS 2019, un travail spécifique a été nécessaire pour identifier des erreurs de déclaration du statut « CMU-C ». Les valeurs abusives ont été recodées dans la modalité « couverture privée » sans que l'on puisse en identifier le type (individuel/collectif).

Sources et champ : *Enquête EHIS 2019 Population générale ; **Enquête SRCV 2017 ; ***Enquête EHIS-ESPS 2014.

tenu des changements de modes de recueil relatifs au statut de couverture par une complémentaire santé et au revenu des individus⁸, ces résultats sont cohérents avec les scénarios d'anticipations de la réforme de l'Ani et avec les résultats de l'enquête PSCE 2017 qui montrent que l'Ani a permis d'améliorer l'accès à la complémentaire santé d'entreprise pour les salariés les plus précaires (Perronnin, 2019 ; Pierre et Jusot, 2017).

La hausse de la couverture d'entreprise en contrepartie d'une réduction de la non-couverture et de la couverture individuelle s'observe également selon la PCS, le contrat de travail et l'âge des salariés. Ce sont les ouvriers, les salariés avec un contrat de travail à durée déterminée et ceux de moins de 30 ans pour qui la non-couverture a le plus diminué : 6,6 % en 2014 de non couverts parmi les 15-30 ans, par exemple, *versus* 2,4 % et 3,9 % en 2019 et en 2017. La couverture individuelle des salariés de moins de 30 ans a encore plus été réduite (28 % en 2014 *versus* 18 % et 19 % en 2019 et 2017) alors que la couverture d'entreprise a augmenté (63 % en 2014 *versus* 72 % et 73 % en 2019 et 2017). Il y a en revanche peu de changements concernant le type de couverture des salariés les plus aisés et des cadres, pour qui la complémentaire santé d'entreprise était déjà largement répandue avant la réforme de l'Ani.

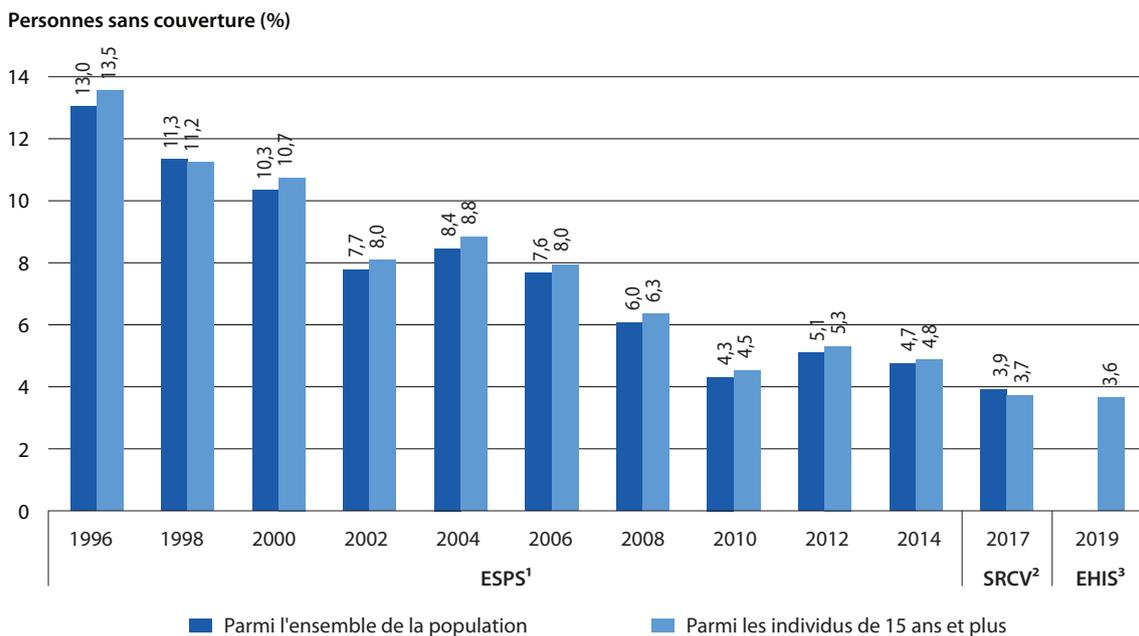
4.3. La couverture complémentaire en population générale

4.3.1. L'évolution de la non-couverture

Selon l'Enquête santé européenne (EHIS), 3,6 % de la population française âgée de 15 ans et plus n'est pas couverte par une complémentaire santé en 2019. Le taux de personnes sans couverture était comparable en 2017 (3,7 % selon l'enquête SRCV) et s'élevait à 4,8 % en 2014 dans l'enquête EHIS-ESPS, un taux qui était relativement stable depuis 2010 (graphique 10). Ainsi, depuis l'effectivité de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, le taux de personnes sans couverture en France a baissé de 1 point environ (Pierre, 2022 ; Fouquet, 2020). Les personnes appartenant aux 2^e, 3^e et 4^e déciles sont également moins souvent non couvertes depuis 2017 (tableau 8). L'absence de complémentaire concerne toutefois toujours autant les personnes les plus pauvres : près de 11 % des individus de 15 ans et plus appartenant au 1^{er} décile de niveau de vie ne sont pas couverts en 2019 *versus* 2 % pour ceux du dernier décile. La réforme de l'Ani aurait donc principalement permis de réduire la non-couverture des classes moyennes les plus modestes. Rappelons ici que la comparaison d'enquêtes transversales ne permet pas d'en conclure que ces évolutions sont entièrement attribuables à la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. Le taux de bénéficiaires de la CMU-C (dorénavant CSS), qui a évolué à la hausse, intègre certainement une partie des personnes non couvertes en 2014. Le taux de non-couverture est toutefois stable dans le temps depuis l'effectivité de la réforme de l'Ani (sur les enquêtes de 2017 et 2019 respectivement) et ces résultats sont cohérents avec les travaux de simulation des effets de la réforme de l'Ani sur la non-couverture (Pierre et Jusot, 2017).

⁸ En *sms* de l'évolution du recueil du type de couverture entre les différentes enquêtes, les revenus de l'enquête EHIS-ESPS 2014 sont calculés à partir des informations déclarées, par sources de revenus, par les individus dans l'enquête. Les revenus des enquêtes SRCV 2017 et EHIS 2019 proviennent de sources fiscales.

Graphique 10 Evolution du taux de non-couverture entre 1996 et 2019 en France métropolitaine



¹ESPS : Enquête santé et protection sociale ; ² SRCV : Enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie ; ³EHIS : Enquête santé européenne.

Sources et champ : Enquêtes ESPS 1996-2014, SRCV 2017 et EHIS 2019. Population générale assurée auprès du Régime général (y compris la Sécurité sociale indépendants) et de la Mutualité sociale agricole.

La non-couverture des personnes qui ne sont pas concernées par la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise est restée relativement stable entre 2014 et 2019 (tableau 8). Elle s'élève respectivement en 2019 à 14 % pour les chômeurs, 6 % pour les indépendants, 8 % pour les autres inactifs et 6 % pour les autres personnes en emploi. La non-couverture est particulièrement élevée pour les chômeurs de un à deux ans (de l'ordre de 20 %), puis pour les chômeurs de courte durée de moins d'un an (16 %) et un peu moins élevée pour les chômeurs de plus de deux ans (8 %) [Pierre, 2022]. Les chômeurs anciennement salariés du secteur privé sont 15 % à ne pas être couverts en 2019 (*versus* 13 % pour les autres chômeurs). Ils étaient 17 % à ne pas l'être en 2014, avant la gratuité du dispositif de la portabilité (*versus* 12 % pour les autres chômeurs). Les salariés du secteur public, qui seront concernés en 2024 par une réforme de généralisation de la complémentaire santé, sont quant à eux seulement 2,5 % en 2019 à ne pas être couverts.

4.3.2. L'évolution du type de couverture (individuel, collectif)

Le taux de personnes couvertes par un contrat individuel est estimé à 50 % et à 55 % respectivement en 2019 et en 2017 selon les enquêtes EHIS et SRCV parmi les 15 ans et plus (tableau 9). Ce taux était plus élevé avant la réforme de l'Ani : 58 % en 2014 selon l'enquête EHIS-ESPS. *A contrario*, la proportion de personnes couvertes par un contrat collectif a augmenté. Elle est estimée à 38 % et à 35 % respectivement en 2019 et en 2017 *versus* à 32 % en 2014. Une fois encore, l'évolution des enquêtes de population générale relatives à la protection sociale en santé, qui a principalement impacté le recueil et les corrections du type de couverture (collectif/individuel), participe probablement aux écarts de personnes couvertes en collectif et en individuel après l'Ani entre les enquêtes 2019 et 2017. Aussi, les évolutions chiffrées présentées ci-dessous doivent être commentées au regard de leur tendance générale.

Après l'Ani, le fait d'être couvert par un contrat collectif concerne plus souvent qu'avant des individus appartenant aux premiers déciles de niveau de vie, ainsi que des individus en mauvaise ou très mauvaise santé perçue et des employés. Ainsi, par exemple, les personnes du 2^e décile de niveau de vie sont 19 % à bénéficier d'un contrat d'entreprise en 2014 *versus*, respectivement, 28 % en 2017 et 30 % en 2019. Ces derniers restent toutefois très majoritairement couverts sur le marché individuel : 49 % d'entre eux sont couverts par un contrat individuel (hors CMU-C) en 2019. De même, 68 % de ceux en mauvaise ou très mauvaise santé perçue sont couverts par un contrat individuel en 2019 et 15 % bénéficient d'un contrat collectif (*versus* respectivement 46 % et 43 % pour ceux en bonne ou très bonne santé perçue).

Les salariés du secteur privé sont respectivement 80 % et 81 % à être couverts par un contrat collectif en 2019 et en 2017 (*versus* 72 % en 2014). Près de 23 % des chômeurs anciennement salariés du secteur privé bénéficient d'un contrat d'entreprise (dans le cadre de la portabilité ou en tant qu'ayant droit d'un contrat souscrit par un autre membre du ménage), un taux légèrement plus élevé qu'en 2014 avant la généralisation du dispositif de portabilité introduit (19 %). Ils sont 32 % à bénéficier d'un contrat individuel et 29 % à être bénéficiaires de la CMU-C. Le rapport de l'enquête PSCE 2017 a montré que les chômeurs anciennement salariés du secteur privé qui étaient couverts par leur contrat d'entreprise lorsqu'ils étaient en emploi étaient 56 % à avoir conservé leur contrat au moment de leur départ (Perronnin, 2019). La continuité du bénéfice de cette couverture est plus fréquente pour ceux qui avaient un CDI (62 % *versus* 47 % pour ceux avec un CDD), un salaire élevé (65 % *versus* 56 % pour ceux avec les salaires les plus bas) ainsi que pour les plus de 40 ans (67 % *versus* 41 % pour les moins de 30 ans). Ces chômeurs, qui sont certainement les mieux informés de l'existence de ce dispositif, sont également probablement ceux qui peuvent prétendre à une durée longue du dispositif (du fait de leur ancienneté) et ceux qui bénéficiaient d'un contrat d'entreprise avec des garanties élevées. L'enquête PSCE 2017 ne permet pas de connaître l'ancienneté des personnes au chômage dans leur dernier emploi ni le fait qu'elles bénéficient ou non d'une allocation chômage : il n'est donc pas possible de connaître le taux de chômeurs qui bénéficient de la portabilité parmi la population éligible. Ce taux est nécessairement supérieur à 56 %, le dénominateur étant lui-même plus restreint.

Tableau 9 Modélisation de la probabilité de ne pas être couvert par une complémentaire santé en 2019 dans l'ensemble de la population (âgée de 15 ans et plus)

	Modele 1		Modele 2			Modele 1		Modele 2		
	EM ¹	prob. ²	EM	prob.		EM	prob.	EM	prob.	
Sexe - Réf. : Hommes					Aversion au risque - Réf. : Très averses					
Femmes	-1,0	0,000	-1,2	0,000	Aversion intermédiaire	0,1	0,815	0,0	0,957	
Age - Réf. : 51/60 ans					Peu averses					
15/20 ans	2,1	0,000	2,2	0,000	Non renseigné	-1,4	0,143	-0,9	0,481	
21/30 ans	0,7	0,072	1,0	0,027	Soutien de proches - Réf. : beaucoup					
31/40 ans	1,1	0,049	1,1	0,069	Aucun	/	/	1,3	0,180	
Maladie chronique - Réf. : Non					Un peu					
Oui	0,0	0,956	-0,2	0,543	Modéremment	/	/	-0,2	0,581	
Santé perçue - Ref: Bonne/très bonne					Nationalité - Réf. : Française					
Assez bonne	-0,4	0,148	-0,2	0,486	Nationalité étrangère	4,1	0,000	/	/	
Mauvaise/Très mauvaise	-0,2	0,663	0,2	0,700	Région - Réf. : Ile-de-France					
Statut d'emploi - Réf. : En emploi					Centre-Val de Loire					
Retraités	1,8	0,003	1,5	0,021	Bourgogne-Franche-Comté	-1,6	0,000	/	/	
Chômeurs	7,7	0,000	8,0	0,000	Normandie	-2,1	0,000	/	/	
Étudiants	-0,3	0,516	-0,4	0,436	Hauts-de-France	-2,0	0,000	/	/	
Personnes au foyer	2,7	0,001	4,1	0,000	Grand Est	-1,0	0,003	/	/	
Inactifs	4,7	0,000	4,3	0,000	Pays de la Loire	-2,2	0,000	/	/	
Revenu par unité de consommation - Réf. : Quintile 5					Bretagne					
Quintile 1	5,3	0,000	5,9	0,000	Nouvelle-Aquitaine	-1,8	0,000	/	/	
Quintile 2	2,4	0,000	2,1	0,000	Occitanie	-1,7	0,000	/	/	
Quintile 3	1,4	0,006	0,9	0,090	Auvergne-Rhône-Alpes	-1,6	0,000	/	/	
Quintile 4	0,5	0,307	0,2	0,678	Paca	-0,6	0,125	/	/	
					Corse	-2,1	0,061	/	/	
N					14 151		14 151			

¹EM-Effet marginal exprimé en points de pourcentage ; ²Prob-Probabilité que l'effet marginal soit nul.

Sources et champ : Enquête EHS 2019. Population générale âgée de 15 ans et plus.

4.3.3. L'évolution des déterminants de la non-couverture et des motifs de non-couverture

Afin de comprendre l'évolution des déterminants, toutes choses égales par ailleurs, de la non-couverture en 2019, nous modélisons la probabilité de ne pas être couvert en 2019 selon les caractéristiques individuelles socio-démographiques (âge, sexe, nationalité, statut d'emploi, revenu par unité de consommation, région d'habitation), d'état de santé (le fait d'avoir une maladie chronique et la santé perçue) ainsi que selon les préférences vis-à-vis du risque, qui permettent d'approcher la question du choix de couverture. Le tableau 9 révèle que le statut d'emploi est le déterminant le plus important de l'absence de complémentaire santé en 2019 : toutes choses égales par ailleurs, les chômeurs ont 8 points de plus de probabilité de ne pas être couverts par rapport aux personnes en emploi ; les autres inactifs et les retraités étant également plus souvent non couverts (modèle 1). Le revenu est le deuxième facteur le plus important : les personnes appartenant au premier quintile ont 5 points de plus de probabilité de ne pas être couvertes par rapport à celles du dernier quintile (+ 2 points de plus pour les personnes appartenant au 3^e quintile). Les personnes de nationalité étrangère sont également plus souvent non couvertes (+4 points), de même que les hommes (+1 point) et les jeunes entre 15 et 20 ans (+2 points). La non-couverture est plus fréquente en Ile-de-France et en région Provence-Alpes-Côte d'Azur (Paca). Les variables d'état de santé et de préférences vis-à-vis du risque, qui reflètent d'une part les besoins de soins des individus et d'autre part

leur degré d'aversion au risque, n'expliquent pas, toutes choses égales par ailleurs, la non-couverture.

Si l'on compare les déterminants de l'absence de couverture en 2019 avec ceux qui prévalaient avant la réforme de l'Ani (on s'intéresse ici au modèle 2 qui est le plus comparable avec les travaux de Pierre et Jusot, 2017), on constate que le statut d'emploi et le revenu sont toujours les deux principaux facteurs de la non-couverture, mais l'ordre de ces déterminants n'est plus le même : c'est le statut d'emploi qui est aujourd'hui le facteur le plus déterminant, alors que le revenu était le premier déterminant de la non-couverture avant la réforme de l'Ani. Par ailleurs, contrairement à la situation qui prévalait avant l'Ani, les préférences vis-à-vis du risque ne participent plus à expliquer, toutes choses égales par ailleurs, la non-couverture en 2019. Ainsi, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a contribué à supprimer le rôle faible mais significatif des préférences vis-à-vis du risque qui existaient avant la réforme de l'Ani et qui illustrait l'existence d'un libre choix de non-couverture en population générale.

5. Conclusion

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise pour les salariés du secteur privé (réforme de l'Ani) est effective depuis le 1^{er} janvier 2016. Elle fait suite à de nombreuses mesures de politiques publiques mises en place par les décideurs pour soutenir le déploiement de la complémentaire santé dans l'ensemble de la population. Elle a toutefois marqué une étape particulière – en introduisant notamment pour la première fois une obligation de couverture pour une partie de la population qui a été assortie d'une obligation pour les employeurs de mettre en place et de cofinancer une complémentaire santé pour tous leurs salariés – et a soulevé de nombreuses questions concernant l'organisation de notre système d'assurance et la place de l'assurance maladie publique dans le financement des dépenses de santé (Del Sol et Turquet, 2021 ; Abecassis *et al.*, 2017 ; Pierre et Jusot, 2017 ; Pierre *et al.*, 2018 ; Franc et Pierre, 2015b).

Les effets de cette réforme sont partagés et doivent être discutés dans leur globalité. D'une part, la généralisation de la complémentaire santé contribue, en améliorant l'accès à la complémentaire santé d'entreprise des salariés précaires, à réduire l'absence de complémentaire santé des classes moyennes les plus modestes. En réduisant le prix apparent de la complémentaire santé, la participation financière des employeurs à la prime des contrats contribue également à réduire le coût des contrats pour les salariés qui n'étaient pas couverts avant la réforme et qui sont peu nombreux à déclarer qu'ils auraient préféré ne pas adhérer à la complémentaire santé de leur entreprise. D'autre part, cette réforme qui ne concerne pas les populations les plus fragiles en dehors de l'emploi laisse un taux de non-couverture toujours aussi élevé parmi les 10 % d'individus les plus pauvres et des inégalités de couverture toujours aussi fortes entre les 10 % les plus riches et les 10 % les plus pauvres. Elle ne permet pas non plus de supprimer les inégalités de couverture au sein de la population cible : les salariés les plus précaires sont toujours ceux qui se voient le moins souvent proposer une complémentaire santé d'entreprise et ceux qui bénéficient de niveaux de garanties moins avantageux. Elle induit par ailleurs des modifications sur le marché de la complémentaire santé qui renforcent la segmentation des risques entre les marchés individuel et collectif au détriment des personnes s'assurant sur le marché individuel et qui conduisent à renforcer les difficultés d'accès à la complémentaire santé des personnes modestes et des plus âgées qui n'ont pas accès à des contrats d'entreprise ni à la CSS. Enfin, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise contribue à réduire le rôle des préférences individuelles vis-à-vis du risque pour expliquer l'absence de couverture en population générale. Les salariés du secteur privé qui étaient déjà couverts, avant la réforme de l'Ani, par une autre complémentaire santé que celle de leur propre entreprise ainsi que les salariés les plus précaires sont par ailleurs relativement nombreux (plus du tiers) à déclarer qu'ils auraient préféré ne pas être couverts par la complémentaire santé de leur entreprise.

Ces résultats questionnent notre modèle d'organisation du système d'assurance maladie en plusieurs points. Ils interrogent, d'une part, la pertinence de chercher à généraliser la couverture par une complémentaire santé pour tenter de pallier les limites du système public d'assurance maladie et de répondre à des objectifs publics de solidarité (Batifoulier *et al.*, 2021) alors même que l'assurance maladie complémentaire ne permet pas de mutualiser les risques santé de la même façon que l'assurance publique (Franc et Pierre, 2015a) ni d'assurer de redistribution entre classes de revenu (Jusot *et al.*, 2016). Ils questionnent,

d'autre part, l'opportunité de chercher à atteindre ces objectifs en soutenant massivement le développement des contrats d'entreprise, qui devraient se voir renforcer par la généralisation de la complémentaire santé des salariés de la fonction publique, attendue en 2023. En effet, si ces réformes contribuent à améliorer l'accès à la complémentaire santé des populations cibles, elles laissent de côté les individus les plus défavorisés ainsi que ceux avec les risques santé les plus lourds qui sont ceux qui gagneraient le plus à bénéficier de la forte mutualisation des risques et du meilleur rapport qualité/prix offerts par des contrats de groupe. Or, ces derniers font face aux effets pervers que ces réformes induisent – une moindre mutualisation des risques entre les bien-portants et les malades et une augmentation des primes des contrats individuels – qui contribuent d'autant à renforcer leurs difficultés d'accès à la complémentaire santé.

Cette réforme s'inscrit dans un contexte général de régulation massive de l'assurance maladie complémentaire qui a mené à de nombreuses incohérences et qui a renforcé l'existence d'une organisation complexe et coûteuse. Des dispositifs publics proposent gratuitement, ou par le biais d'une subvention, une couverture aux plus précaires (CMU-C, ACS, CSS). La loi Evin de 1989 protège les assurés avec les risques santé les plus lourds face à la sélection des risques opérée par les assureurs dans un contexte concurrentiel. Parallèlement la réforme de la généralisation des contrats d'entreprise vient renforcer les difficultés d'accès des individus en dehors de l'emploi qui n'ont pas accès à ces contrats ni à la CSS. Les aides à la complémentaire santé, qui sont considérables, bénéficient conjointement aux personnes pauvres et aux salariés les mieux rémunérés (Fouquet et Pollak, 2022 ; Del Sol et Turquet, 2021 ; Abecassis *et al.*, 2017 ; Zemmour, 2015 ; Igas, 2016). La réforme du 100 % santé – qui vise à améliorer la couverture des personnes déjà couvertes – pourrait par ailleurs contribuer à accentuer les difficultés d'accès à la complémentaire santé si les assureurs renforcent, en contrepartie, leurs pratiques actuarielles ou augmentent les primes des contrats. L'évolution des primes des contrats devra donc être évaluée et suivie avec attention.

Les places respectives des assurances maladie publique et privée sont largement discutées dans le débat public (Acker *et al.*, 2022 ; Hcaam, 2022 ; Pierre et Or, 2022 ; Batifoulier *et al.*, 2021 ; Hcaam, 2021 ; Nay *et al.*, 2016 ; Paris et Polton, 2016 ; Buchmueller et Couffinhal, 2004 ; Polton et Rochaix, 2004). Les résultats présentés ici rappellent les enjeux relatifs à la segmentation des risques entre les marchés individuel et collectif de la complémentaire santé et questionnent le soutien public au développement massif des contrats d'entreprise sur le marché privé de l'assurance.

6. Bibliographie

- Abecassis P., Batifoulier P., Coutinet N. *et al.*, (2017). « La généralisation de l'assurance maladie complémentaire. Comment faire rimer inefficacité avec inégalité ? ». *Revue française de socio-économie*, 2017/1, n° 18, p. 13-22.
- Acker F., Perraut Soliveres A., Vignes J., Jégot R., Pierru F., Canil I., Dormont B., Denantes M., Cognard S., Rouquet T., Valat E., Sadois S., Teper B., Laurent E., Collet C., Méneton P., Meunier D., Bras PL. (2022). « La grande sécu que nous voulons ». *Pratiques, Les cahiers de la médecine utopique*, n° 97. Avril.
- Adjerad R. (2021). « La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Rapport 2020 ». Drees.
- Adjerad R. (2020). « La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Rapport 2019 ». Drees.
- Adjerad R. (2019a). « La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Rapport 2018 ». Drees.
- Adjerad R (2019b). « Complémentaire santé : la hausse modérée de la part des contrats collectifs se poursuit en 2017 ». Drees, *Études et résultats*, n°1 112.
- Arrow K.J. (2001). "Uncertainty and the Welfare Economics of Medical Care". *American Economic Review*, 1963. *Journal of Health Politics, Policy and Law*, 26(5), 851-883.
- Batifoulier P., Duchesne V., Ginon A. S. (2021). « La construction d'un "marché éduqué" de l'assurance santé : une réorientation de la solidarité ? ». *La Revue de l'États*, (1), p. 21-44.
- Barlet M., *et al.* (2019). *La complémentaire santé, acteurs, bénéficiaires, garanties – édition 2019*. Drees, col. Panoramas de la Drees-santé.
- Benoît C., Coron G. (2019). "Private Health Insurance in France: Between Europeanization and Collectivization". *The Milbank Quarterly*, 97(4), 1108-1150.
- Bricard D. (2022). "Can People Afford to Pay for Health Care? New Evidence on Financial Protection in France". Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. In press
- Buchmueller T. C., Couffinhal, A. (2004). "Private health insurance in France". OECD Health Working Papers, 12.
- Buchmueller T.C., DiNardo J., Valletta R.G. (2011). "The Effect of an Employer Health Insurance Mandate on Health Insurance Coverage and the Demand for Labor: Evidence from Hawaii". *Am Econ J Econ Policy*;3:25–51. DOI :10.1257/pol.3.4.25.
- Célant N., Rochereau T. (2017). « L'Enquête santé européenne - Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014 ». Rapport Irdes, n° 566.
- Célant N., Guillaume S., Rochereau T. (2014). « L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012 ». Rapport Irdes, n° 556.
- Cour des comptes (2022). *La réforme du 100 % santé. Rapport de la Cour des comptes. Communication à la commission des affaires sociales du Sénat*. Juillet 2022.

- Del Sol M., 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*, (1), p. 45-73.
- De Williencourt C. (2022). « La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Rapport 2021 ». Drees.
- Dourgnon P., Guillaume S., Rochereau T. (2012). « L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2010 ». Rapport Irdes, n° 553.
- Drees (2022). *Les dépenses de santé en 2021 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2022*. Panoramas de la Drees.
- Fouquet M. (2020). « Une hausse modérée de la couverture de la population après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise ». Drees, *Études et résultats*, n° 1 166.
- Fouquet M., Pollak C. (2022). « Impact des assurances complémentaires santé et des aides socio-fiscales à leur souscription sur les inégalités de niveau de vie ». Drees, *Les dossiers de la Drees*, n° 101.
- Franc C., Pierre A. (2016). « Restes à charge élevés : profils d'assurés et persistance dans le temps ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 217, avril.
- Franc C., Pierre A. (2015a). « Conséquences de l'assurance publique et complémentaire sur la distribution et la concentration des restes à charge : une étude de cas ». Insee, *Économie et statistique*, 475(1), p. 31-49.
- Franc C., Pierre A. (2015b). "Compulsory Private Complementary Health Insurance Offered by Employers in France: Implications and Current Debate". *Health Policy*, 119(2), 111-116.
- Fromenteau M., Ruol V., Eslous L. (2011). « Sélection des risques : où en est-on ? ». *Les Tribunes de la santé*, (2), p. 63-71.
- Gastaldi-Ménager C., Geoffard P. Y., De Lagasnerie G. (2016). "Medical Spending in France: Concentration, Persistence and Evolution Before Death". *Fiscal Studies*, 37(3-4), 499-526.
- Hackmann M. B., Kolstad J. T., Kowalski, A. E. (2015). "Adverse Selection and an Individual Mandate: When Theory Meets Practice". *American Economic Review*, 105(3), 1030-66.
- Hcaam (2022). *Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire. Rapport du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie*.
- Hcaam (2021). *La place de la complémentaire santé et prévoyance en France. Document de travail du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie*.
- Igas (2016). *Contribution au rapport au Parlement sur les aides fiscales et sociales à l'acquisition d'une complémentaire santé. Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales*.
- Insee (2022). « Indice annuel des prix à la consommation – Base 2015 – Ensemble des ménages - France métropolitaine. Séries chronologiques ». <https://www.insee.fr/fr/statistiques/serie/001765584>.

- Jacob O., Zaidman C. (2014). *La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Rapport 2013*. Drees.
- Jusot F., Carré B., Wittwer J. (2019). « Réduire les barrières financières à l'accès aux soins ». *Revue française d'économie*, 34(1), 133-181.
- Jusot F., Legal R., Louvel A., Pollak C., Shmueli A. (2016). « A quoi tient la solidarité de l'assurance maladie entre les hauts revenus et les plus modestes en France ? ». *Revue française d'économie*, 31(4), 15-62.
- Kolstad, J. T., Kowalski, A. E. (2016). "Mandate-based Health Reform and the Labor Market: Evidence from the Massachusetts Reform". *Journal of Health Economics*, 47, 81-106.
- Lafon A., Montaut A. (2017). « La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens ». *Les dossiers de la Drees*, n° 19.
- Lapinte A., Perronnin M. (2018). « 96 % des salariés ont accès à une assurance complémentaire santé d'entreprise en 2017 ». Irdes, *Question d'économie de la santé*, n° 236.
- LegiFrance (2013). *Journal Officiel n° 0138 du 13 juin 2013, Loi n° 2 013-504*, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000027546648>
- LegiFrance (2014). *Journal Officiel n° 0267 du 19 novembre 2014, Décret n° 2 014-1 374*, <https://www.legifrance.gouv.fr/loda/id/JORFTEXT000029777871/>
- LegiFrance (2021). *Journal Officiel n° 0055 du 6 mars 2022, Ordonnance n° 2 021-175*, <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000045300369>
- Montaut A. (2018a). *La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Rapport 2017*. Drees.
- Montaut A. (2018b). « La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a peu fait évoluer le marché en 2016 ». Drees, *Etudes et résultats*, n°1 064.
- Montaut A. (2017). *La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Rapport 2016*. Drees.
- Montaut A. (2016). *La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Rapport 2015*. Drees.
- Montaut A. (2018b). « La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a peu fait évoluer le marché en 2016 ». Drees, *Etudes et résultats*, n° 1 064.
- Montaut A. (2017). *La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Rapport 2016*. Drees.
- Montaut A. (2016). *La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Rapport 2015*. Drees.
- Montaut A. (2015). *La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Rapport 2014*. Drees.
- Nay O., Béjean S., Benamouzig D., Bergeron H., Castel P., Ventelou B. (2016). "Achieving Universal Health Coverage in France: Policy Reforms and the Challenge of Inequalities". *The Lancet*, 387(10034), 2236-2249.

- Newhouse, J. P. (1978). "Insurance Benefits, Out-of-pocket Payments, and the Demand for Medical Care". *The Rand Paper*.
- Nyman J.A. (1999). "The Value of Health Insurance: The Access Motive". *Journal of Health Economics*, 18 : 141-152.
- Paris V., Polton D. (2016). « L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ? ». *Regards*, (1), p. 69-79.
- Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2012). « L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2009 ». Rapport Irdes, n° 554.
- Perronnin M., Raynaud D. (2020). « La couverture complémentaire collective : des modalités de mise en oeuvre variables selon les entreprises. Résultats de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017 ». Irdes, *Question d'économie de la santé*, n° 251.
- Perronnin M. (2019). « L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017 ». Rapport Irdes, n° 572.
- Pierre A. (2018). *Assurance maladie complémentaire : régulation, accès aux soins et inégalités de couverture*. Thèse de doctorat de Sciences économiques. Université Paris-Dauphine.
- Pierre A. (2022). « L'absence de couverture par une complémentaire santé en France en 2019. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne (EHIS) ». Avec la collaboration de Rochereau T. Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 268.
- Pierre A., Jusot F. (2017). "The Likely Effects of Employer-mandated Complementary Health Insurance on Health Coverage in France". *Health Policy*, 121(3), 321-328.
- Pierre A., Jusot F., Raynaud D., Franc C. (2018). « Généralisation de la complémentaire santé d'entreprise ». *Revue économique*, 69(3), p. 407-441.
- Pierre A., Or Z. (2022). "The Public-Private Mix in France: Implications and Current Debates". In *The Public/Private Sector Mix in Healthcare Delivery: A Comparative Study*. Palley H. (ed.). Oxford University Press, chap.5, 2022/11.
- Polton D., Rochaix L. (2004). « Partage optimal entre assurance maladie privée et publique : la situation française au regard d'expériences étrangères ». *Économie publique, Études et Recherches*, (14).
- Rothschild M., Stiglitz J. (1978). "Equilibrium in Competitive Insurance Markets: An Essay on the Economics of Imperfect Information". *Uncertainty in Economics* (257-280).
- Zemmour M. (2015). « Exonérations, exemptions et dépenses fiscales : quels coûts pour la protection sociale ? », *La Revue de l'Ires*, n° 87, p. 3-34, <https://www.ires.fr/index.php/publications-de-l-ires/item/4331-exonerations->

7. Annexes

7.1. L'évolution du recueil du statut de couverture par une complémentaire santé dans les enquêtes de la recherche et de la statistique publique entre 2014 et 2019

Nous présentons dans cette annexe les différences de recueil du statut de couverture par une complémentaire santé entre les enquêtes : Enquête santé européenne-Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014, Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) 2017 et EHIS 2019.

EHIS-ESPS 2014. L'Enquête santé européenne (EHIS) 2014 a été adossée à l'Enquête santé et protection sociale (ESPS). L'enquête ESPS recueille des informations pour tous les membres d'un ménage de l'individu échantillonné (quel que soit leur âge). Des questions sur la complémentaire santé de tous les membres du ménage sont d'abord posées par un enquêteur (par téléphone ou en face à face) à la personne échantillonnée (un individu majeur par ménage). Des informations plus précises sur les contrats sont ensuite renseignées par questionnaire papier auto-administré et renseigné par le souscripteur de chaque contrat. Ces enquêtes ont été réalisées en suréchantillonnant les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) afin d'assurer des effectifs suffisants pour des études relatives à ces bénéficiaires.

- Questions posées à la personne échantillonnée seulement (par téléphone ou en face à face) : composition du foyer, CMU-C pour tous les membres du ménage, être couvert ou non par une complémentaire santé pour tous les membres du ménage, identification du souscripteur et des ayants droit de chaque contrat du ménage, type de contrat, motifs de non-couverture des personnes non couvertes, portabilité des contrats pour la personne interrogée.
- Questions posées au souscripteur du contrat (*via* un questionnaire papier) : type de contrat (individuel ou collectif), type d'organisme, identification du souscripteur et des ayants droit, niveaux de garanties et montant de la prime, contrat Aide à la complémentaire santé (ACS), opinion sur les garanties, situation professionnelle du souscripteur, garanties et primes.
- Questions posées à toutes les personnes du ménage de 15 ans et plus (questionnaire papier) : statut d'emploi, caractéristiques socio-économiques, degré d'aversion au risque.

Ce mode de recueil présente l'avantage de recueillir les caractéristiques des contrats par les souscripteurs eux-mêmes ou par la personne échantillonnée lorsque le souscripteur n'a pas répondu au questionnaire papier des contrats. Elle permet également de considérer des contrats pour lesquels le souscripteur réside en dehors du ménage et permet de réaliser de nombreux recodages sur tous les statuts de couverture (CMU-C, type de couverture individuelle/collective). En revanche, ce mode de recueil présente l'inconvénient de sous-estimer le nombre de contrats par ménage si la personne échantillonnée n'a pas connaissance de tous les contrats, et d'augmenter le risque de non-réponse compte tenu des différents niveaux de sollicitation. Le champ de cette enquête concerne la France métropolitaine. Les revenus du ménage sont déclarés par les enquêtés eux-mêmes dans le cadre de l'enquête.

SRCV 2017. L'enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie 2017 a accueilli des questions sur la complémentaire santé des individus. Cette enquête recueille

des informations sur la complémentaire santé de tous les membres du ménage de la personne échantillonnée (quel que soit leur âge). Les informations sont recueillies par les membres du ménage qui répondent pour eux-mêmes lorsqu'ils ont 15 ans et plus et par un adulte du ménage qui renseigne la situation des individus de moins de 15 ans.

- Informations recueillies pour tous les membres du ménage (en face à face) : avoir la CMU-C, avoir une complémentaire santé privée, motifs de non-couverture, type de couverture individuelle/collective, le fait d'être souscripteur ou ayant droit du contrat. Les souscripteurs renseignent également le nombre de personnes couvertes par le contrat, le montant de la prime et leurs opinions sur les garanties.

Comme l'enquête EHIS-ESPS 2014, cette enquête présente l'avantage de questionner tous les souscripteurs d'un contrat au sein d'un ménage. Mais elle ne permet pas d'identifier, pour les ayants droit, la personne qui a souscrit le contrat⁹. Elle ne permet donc pas d'effectuer autant de recodages que les enquêtes ESPS. La question sur la CMU-C est par ailleurs une question filtre des autres questions sur la complémentaire santé. Le champ de cette enquête concerne la France métropolitaine. Les revenus du ménage sont issus des déclarations fiscales.

L'Enquête santé européenne (EHIS) 2019. Cette enquête recueille le statut de couverture des individus de 15 ans et plus qui ont été échantillonnés (et non celui de l'ensemble de leur ménage). Les informations sur la complémentaire santé sont recueillies par la personne échantillonnée lorsqu'elle est majeure et par le biais d'un adulte de son ménage, qui répond pour la personne échantillonnée, lorsqu'elle est mineure. Les informations collectées concernent uniquement le contrat le plus utilisé (en cas de couverture par plusieurs contrats).

- Informations recueillies pour les individus de 15 ans et plus (en face à face ou par téléphone) : avoir la CMU-C ou une autre couverture, le type de contrat (individuel/collectif) en distinguant directement les contrats de fonctionnaires, être souscripteur ou ayant droit, identification de toutes les personnes du ménage couvertes par le même contrat que la personne échantillonnée, les motifs de non-couverture. Les souscripteurs renseignent également le montant de la prime ainsi que leurs opinions sur les garanties.

Cette enquête recueille des informations sur la complémentaire santé des individus de 15 ans et plus en identifiant, pour chaque personne interrogée, qui est le souscripteur du contrat et qui sont les ayants droit. En identifiant directement les contrats issus de la fonction publique (qui sont toujours recodés en tant que contrats individuels), elle permet d'éviter des recodages abusifs des contrats selon le statut d'emploi des individus. Mais ce mode de recueil limite les recodages possibles du statut de couverture (couvert, bénéficiaires de la CMU-C, contrat individuel ou collectif) : les souscripteurs des contrats ne sont pas enquêtés eux-mêmes lorsque la personne échantillonnée est ayant droit et la question sur la CMU-C est, à l'instar de l'enquête SRCV 2017, une question filtre des questions sur la complémentaire santé privée. Le champ de cette enquête concerne la France métropolitaine et les Départements d'outre-mer (Dom). Les revenus du ménage sont issus des déclarations fiscales.

⁹ La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) a réalisé une imputation pour affecter les ayants droit à un souscripteur, en considérant que les souscripteurs des contrats résidaient tous au sein du ménage enquêté.

Ces différents recueils du statut de couverture modifient les recodages qu'il est possible de réaliser. Ces recodages sont importants. Ils permettent, d'une part, de corriger les erreurs de déclaration du type de couverture (collective/individuelle) de certains souscripteurs que l'on peut identifier grâce à leur statut d'emploi. Ils permettent, d'autre part, de corriger les informations déclarées par les personnes ayants droit qui ne connaissent pas bien le contrat qui les couvre. L'enquête EHIS 2019 permet de corriger de façon standard, à l'instar des enquêtes SRCV 2017 et EHIS-ESPS 2014, le type de couverture des assurés (souscripteurs et ayants droit) selon le statut d'emploi des souscripteurs¹⁰. Mais elle ne permet pas de corriger les erreurs de déclaration des ayants droit qui ne peuvent être identifiées *via* le statut d'emploi des souscripteurs. La question relative à la CMU-C qui a été posée, dans les enquêtes SRCV 2017 et ESPS-EHIS 2019, comme une question filtre des autres questions sur la complémentaire santé limite également les possibilités de recodage : une erreur de déclaration sur la CMU-C affecte simultanément l'identification de la CMU-C et le statut de couverture par une complémentaire santé privée. Dans l'enquête EHIS 2019, la déclaration du bénéfice de la CMU-C concerne plus souvent, par rapport à l'enquête EHIS-ESPS 2014, des personnes âgées et aisées. Un travail d'identification des valeurs aberrantes de la CMU-C a été réalisé par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes). Une pondération qui intègre le taux de bénéficiaires de la CMU-C a également été créée. Enfin, dans l'enquête EHIS 2019, la question relative au type de couverture identifie directement les contrats de fonctionnaires. Contrairement aux enquêtes précédentes, les fonctionnaires n'ont donc pas systématiquement été recodés comme étant couverts en individuel. Il en est de même pour les étudiants qui, lorsqu'ils ont une petite activité salariée, peuvent avoir accès à un contrat d'entreprise.

Ainsi, la comparaison du type de couverture « individuelle/collective » entre les différentes enquêtes doit se faire avec prudence. Les recodages réalisés dans EHIS 2019 impliquent que le statut de couverture individuelle sera légèrement sous-estimé pour certaines sous-populations par rapports aux enquêtes précédentes : les souscripteurs d'un contrat d'entreprise sont moins systématiquement basculés sur un contrat individuel. La façon dont les questions sont posées dans l'enquête implique que le statut collectif sera également sous-estimé pour d'autres sous-populations, les enquêtes précédentes ayant montré que les corrections du statut de couverture des ayants droit concernaient majoritairement une bascule vers le collectif. Le fait d'être couvert par une complémentaire santé, quel que soit le type de couverture, est une information qui est moins sujette aux modifications de recueil de questions entre les différentes enquêtes.

¹⁰ La correction du statut de couverture des ayants droit dans l'enquête SRCV 2017 a été possible uniquement *via* une imputation des assurés principaux.

7.2. Annexe 2

Tableau A1 Déclaration des salariés concernant leurs statut de couverture et accès à la complémentaire santé de leur entreprise selon leurs caractéristiques individuelles

	Statut de couverture concernant la CSE				Total	Taux de salariés qui auraient refusé la CSE de leur entreprise si cela avait été possible ²	Total
	Couverts par la CSE ¹ de son entreprise	Dispensés d'adhésion	CSE non proposée par l'employeur	Dispensés ou CSE non proposée			
	% pondéré	% pondéré	% pondéré	% pondéré			
				Effectif		% pondéré	Effectif
Catégorie socio-professionnelle							
Cadres	89,1	7,7	2,7	0,5	2 024	16,1	1 624
Professions intermédiaires	80,5	15,8	3,1	0,7	1 480	24,5	1 020
Employés	73,7	20,7	4,2	1,4	1 925	26	1 169
Ouvriers	77,1	16,1	4,9	1,9	1 900	26,8	12 89
Non renseigné	52,1	35,1	10,8	2	97	23,5	42
Contrat de travail							
Non reponse	56,4	9,8	20	13,8	66	28,1	20
CDI ³	84	12,8	2,4	0,7	6 314	23,8	4 793
CDD ⁴ < 12 mois	34,3	43,8	16,6	5,2	359	11,7	64
CDD ≥ 12 mois	50	38	10,5	1,5	222	14,2	74
Apprenti	63,6	30,5	3,7	2,2	293	26,9	145
Autre (CAE, contrat d'avenir, etc)	30,8	41,8	23,4	4,1	172	24,4	48
Salaire							
Non renseigné	51,6	35,6	10,9	2	96	24,1	41
1 ^{er} quartile	64,3	26,3	7,6	1,8	1 579	36,6	802
2 ^e quartile	78	17,5	3	1,5	1 857	23,9	1 236
3 ^e quartile	83,7	11,9	3,1	1,2	1 808	22,7	1 357
4 ^e quartile	91,1	6,9	1,7	0,3	2 086	15,7	1 708
Santé perçue							
Non renseigné	89,7	9,7	0,6	0	26	6,4	19
Très bon/Bon	78,7	16,1	3,9	1,3	5 923	21,3	4 156
Assez bon	80,3	15,3	3,7	0,7	1 251	31,7	834
Mauvais/très mauvais	75,9	13,7	7,4	3	226	32,1	135
Aversion au risque							
Faible	78,3	14	4,3	3,4	626	26,5	435
Forte	75,6	18,3	4,9	1,1	2 285	23	1 552
Intermédiaire	81,2	14,6	3,3	0,8	4 368	23,3	3 087
Total	79	15,9	3,9	1,2	7 426	23,6	5 144

¹CSE : Complémentaire santé d'entreprise ; ²Parmi les salariés couverts par la complémentaire santé de leur entreprise ; ³CDI : Contrat à durée indéterminée ; ⁴CDD : Contrat à durée déterminée.

Sources et champ : Enquête PSCE 2017. Salariés du secteur privé.

Table des illustrations

Liste des tableaux

Tableau 1	Caractéristiques socio-démographiques de l'ensemble de la population selon le statut de couverture par une complémentaire santé en 2014 et 2017.	16
Tableau 2	Accès des salariés du secteur privé à la complémentaire santé de leur entreprise avant et après la généralisation de la Complémentaire santé d'entreprise (CSE)	18
Tableau 3	Garanties moyennes des contrats collectifs de base, en 2017	26
Tableau 4	Motifs de dispenses d'adhésion à la complémentaire santé d'entreprise déclarés par les salariés dispensés	29
Tableau 5	Couverture d'entreprise des salariés du secteur privé et dispenses d'adhésion	30
Tableau 6	La non-couverture des salariés et anciens salariés du secteur privé en 2017..	32
Tableau 7	Couverture complémentaire des salariés du secteur privé en 2019, 2017 et 2014	33
Tableau 8	Couverture complémentaire de l'ensemble de la population (âgée de 15 ans et plus) en 2019, 2017 et 2014.	36
Tableau 9	Modélisation de la probabilité de ne pas être couvert par une complémentaire santé en 2019 dans l'ensemble de la population (âgée de 15 ans et plus).	39
Tableau A1	Déclaration des salariés concernant leurs statut de couverture et accès à la complémentaire santé de leur entreprise selon leurs caractéristiques individuelles	50

Liste des graphiques

Graphique 1	Évolution des restes à charge après remboursement de l'assurance maladie publique sur marché de la complémentaire santé	20
Graphique 2	Évolution du résultat technique (en % des primes collectées) des marchés individuel et collectif de la complémentaire santé entre 2010 et 2020.	20
Graphique 3	Évolution des niveaux de garanties des contrats de complémentaire santé individuels et collectifs entre 2011 et 2016.	21
Graphique 4	Évolution de la Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) par habitant de 2012 à 2020.	22
Graphique 5	Évolution des frais de gestion (en milliards d'euros) du marché de la complémentaire santé entre 2012 et 2020.	22
Graphique 6	Évolution des frais de gestion (en % des primes collectées) des marchés individuel et collectif de la complémentaire santé entre 2013 et 2020.	24
Graphique 7	Accès des salariés à la complémentaire santé de leur entreprise en 2017 selon les déclarations respectives des salariés et des employeurs	25
Graphique 8	Garanties moyennes des contrats collectifs de base comparativement aux garanties minimales imposées par l'Ani, en 2017.	26
Graphique 9	Participation financière des employeurs à la prime des contrats d'entreprise de leurs salariés et de leurs ayants droit en 2017	28

Marché de la complémentaire santé, inégalités et préférences en matière de couverture :
_____ les effets de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise _____

Graphique 10	Evolution du taux de non-couverture entre 1996 et 2019 en France métropolitaine	35
---------------------	--	----

Documents de travail de l'Irdes

- **Soutenabilité et résilience du système de santé français** / Or Z., Gandré C., Wharton G. Irdes, Document de travail n° 88, juin 2022
- **Inégalités spatiales d'accessibilité aux médecins spécialistes. Proposition de méthodologie pour trois spécialités** / Lucas-Gabrielli V., Mangeney C., Duchaine F., Com-Ruelle L., Gueye A., Raynaud D. Irdes, Document de travail n° 87, mai 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** / Bricard D., Dourgnon P., Poucineau J. Irdes, Document de travail n° 86, février 2022
- **Impact de la concurrence sur la qualité des soins hospitaliers : l'exemple de la chirurgie du cancer du sein en France** / Or Z., Touré M., Rococo E. Irdes, Document de travail n° 85, septembre 2021
- **Revenu et activité des médecins généralistes : impact de l'exercice en regroupement pluriprofessionnel en France** / Cassou M., Mousquès J., Franc C. Irdes, Document de travail n° 84, juin 2021
- **France's Response to the Covid-19 Pandemic: between a Rock and a Hard Place** / Or Z., Gandré C., Durand-Zaleski I., Steffen M. Irdes, Document de travail n° 83, février 2021
- **Analyse séquentielle et déterminants des parcours de soins en phase post-aiguë d'un Accident vasculaire cérébral (AVC)** / Nestrigue C., Com-Ruelle L., Bricard D. Irdes, Document de travail n° 82, octobre 2019
- **Améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées : impact des plans personnalisés de santé sur les parcours de soins** / Penneau A., Bricard D., Or Z. Irdes, Document de travail n° 81, juillet 2019
- **L'accessibilité aux médecins généralistes en Île-de-France : méthodologie de mesures des inégalités infra-communales** / Lucas-Gabrielli V., Mangeney C., Irdes, Document de travail n° 80, juillet 2019
- **Évaluation d'impact d'une nouvelle organisation en chirurgie orthopédique sur les parcours de soins** / Malléjac N., Or Z., avec la participation de Fournier C., Irdes, Document de travail n° 79, juin 2019
- **The Effects of Mass Layoffs on Mental Health** / Le Clainche C., Lengagne P., Irdes, Document de travail n° 78, mai 2019
- **Impact de l'expérimentation de coopération entre médecin généraliste et infirmière Asalée sur l'activité des médecins** / Loussouarn C., Franc C., Videau Y., Mousquès J., Irdes, Document de travail n° 77, avril 2019
- **Accessibilité aux soins et attractivité territoriale : proposition d'une typologie des territoires de vie français** / Chevillard G., Mousquès J. Irdes, Document de travail n° 76, janvier 2019
- **Généralisation de la complémentaire santé d'entreprise : une évaluation *ex-ante* des gains et des pertes de bien-être** / Pierre A., Jusot F., Raynaud D., Franc C. Irdes, Document de travail n° 75, juin 2018

Autres publications de l'Irdes

Rapports

- **Recours à l'électroconvulsivothérapie pour les personnes hospitalisées en psychiatrie en France : premier état des lieux national** / Lecarpentier P., Gandré C., Coldefy M., Irdes, Rapport n° 585, avril 2022, 56 pages
- **Pratiques paramédicales en soins primaires. Étude qualitative auprès d'infirmières, d'aides-soignantes et d'aides à domicile** / Suchier M., Michel L., Irdes, Rapport n° 584, novembre 2021, 30 pages
- **International Comparison of Specialist Care Organization: Innovations in Five Countries. The United States Innovating Hospital Services at the University of North Carolina Medical Center** / Michel L., Or Z., Irdes, Rapport n° 581, série « Etudes de cas » 1.5ab october 2021, 26 pages

Questions d'économie de la santé

- **Repérer les usagers de fauteuils roulants en France et calculer leur reste à charge à partir des données du Système national des données de santé (SNDS) de 2012 à 2019** / Espagnacq M., Daniel F., Regaert C. Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 272, octobre 2022
- **Profils de consommation de soins et couverture complémentaire des bénéficiaires de l'Allocation aux adultes handicapés (AAH)** / Pichetti S., Espagnacq M. Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 271, septembre 2022
- **Inégalités territoriales de répartition des infirmières libérales : quel impact des restrictions à l'installation en zones sur-denses et des incitations financières en zones sous-denses ?** / Duchaine F., Chevillard G., Mousquès J. Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 270, juillet/août 2022

Marché de la complémentaire santé, inégalités et préférences en matière de couverture : les effets de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise

Complementary Health Insurance Market, Inequalities and Preferences for Coverage: The Effects of the Employer-provided Complementary Health Insurance Mandate

Aurélie Pierre

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise pour les salariés du secteur privé est effective depuis le 1^{er} janvier 2016. Cette réforme a introduit pour la première fois en France une obligation de couverture par une complémentaire santé pour une partie de la population. Assortie d'une obligation pour les employeurs de mettre en place et de cofinancer une complémentaire d'entreprise pour tous leurs salariés. Les effets à attendre de cette réforme ont fait l'objet de nombreux débats, notamment en termes d'équité et d'efficacité.

Dans ce travail, nous proposons d'étudier les effets de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise en poursuivant trois objectifs : (i) étudier les évolutions du marché de la complémentaire santé, notamment en ce qui concerne la mutualisation des risques, les primes des contrats et les niveaux de garanties ; (ii) analyser l'évolution des inégalités de couverture par une complémentaire santé ; (iii) apporter des éclairages sur les opinions et les préférences des individus quant à leur statut de couverture. Pour ce faire, nous exploitons les sources de données et d'information les plus actuelles et exhaustives possibles (données d'enquête, médico-administratives, travaux d'études déjà réalisés, etc.).

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a contribué, en améliorant l'accès aux salariés précaires, à réduire l'absence de complémentaire santé des classes moyennes les plus modestes. Les contrats collectifs proposés par les employeurs sont par ailleurs en moyenne plus avantageux en termes de niveaux de garanties que le minimum légal. Pour autant, les inégalités de taux de couverture en population générale entre les 10 % d'individus les plus pauvres et les 10 % les plus riches sont toujours aussi élevées et la situation économique et sociale reste le principal déterminant de l'absence de complémentaire santé. Cette réforme induit par ailleurs, sur le marché individuel de la complémentaire santé, une moindre mutualisation des risques entre les assurés qui devrait nécessairement participer à l'augmentation des primes des contrats. Elle renforce ainsi les inégalités d'accès à la complémentaire santé entre les personnes qui s'assurent sur le marché individuel et celles qui s'assurent sur le marché collectif. Enfin, si l'obligation d'adhérer à la complémentaire santé d'entreprise contraint tous les individus qu'elle concerne dans leur choix de couverture, elle semble exercer les contraintes les plus fortes sur les salariés les plus pauvres et sur ceux qui étaient déjà couverts avant cette réforme par un autre biais que celui de leur entreprise : 30 % d'entre eux environ en sont dispensés en 2017 et plus du tiers de ceux couverts *via* leur entreprise ont déclaré qu'ils auraient préféré ne pas y adhérer si cela avait été possible.

