

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

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/229-la-complementaire-sante-en-2014.pdf>

La complémentaire santé en 2014 : 5 % de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres

Marc Perronnin (Irdes), avec la collaboration d'Alexis Louvel (Drees)

En 2012 et 2014, près de 5 % des personnes ne bénéficient d'aucune couverture complémentaire santé. Malgré l'existence de dispositifs d'aide pour les plus précaires, l'absence de couverture complémentaire reste souvent liée au revenu. Elle est plus fréquente chez les chômeurs, les inactifs en âge de travailler et les jeunes adultes.

Parmi les salariés du secteur privé, près de sept sur dix bénéficient d'une complémentaire santé par le biais de leur employeur. Certaines catégories de salariés, les personnes en Contrat à durée déterminée (CDD), les employés de commerce et les ouvriers non qualifiés sont nettement moins souvent couverts par ce biais. Ayant des taux de couverture élevés, les indépendants, les fonctionnaires et les retraités sont, eux, très majoritairement couverts par des contrats individuels et se déclarent moins souvent bien couverts pour leurs soins que les salariés du secteur privé titulaires d'un contrat collectif.

En 2014, selon les données de l'Enquête santé européenne-Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS), 95 % de personnes sont couvertes par une complémentaire santé en France, dont 7 % par la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) (Céant, Rochereau, 2017) [encadrés 1 et 2]. Le taux de personnes sans couverture (5 %)¹ est pratiquement inchangé depuis 2008 malgré l'augmentation du taux de pauvreté durant cette même période, grâce au rôle joué par la CMU-C qui a absorbé un grand nombre de nouveaux précaires².

L'absence de couverture reste fortement liée au revenu

L'absence de couverture reste fortement liée aux ressources financières et au milieu social. Malgré l'existence de la CMU-C et de l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), plus de 12 % des personnes du premier quintile de revenu restent non couvertes, contre 5 % de celles du deuxième quintile de revenu, 3 % de celles du troisième, 2 %

de celles du quatrième et du cinquième. Par ailleurs, en 2014, près de 16 % des chômeurs sont sans couverture complémentaire et 25 % sont bénéficiaires de la CMU-C. Ces résultats sont antérieurs à

¹ Ce chiffre ainsi que les suivants sont calculés après retrait des non-répondants. Concernant le fait d'être couvert par un contrat de complémentaire santé ou par la CMU-C, 1,7 % des individus enquêtés n'ont pas donné de réponse.

² Selon les statistiques du Fonds CMU, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C a augmenté de 700 000 entre 2008 et 2014, pendant que le nombre de personnes pauvres augmentait d'un million.

E1

L'Enquête santé européenne (EHIS)-Enquête santé et protection sociale (ESPS)

L'Enquête santé et protection sociale (ESPS), réalisée tous les deux ans par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), permet de décrire la santé, l'accès aux soins et la couverture maladie des Français. L'échantillonnage des individus enquêtés est effectué selon un tirage en grappe : un tirage aléatoire simple dans l'Échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) permet de sélectionner un Échantillon d'assurés auprès des trois grands régimes de l'Assurance maladie (Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (Cnamts), Régime social des indépendants (RSI) et Mutualité sociale agricole (MSA)). Depuis 2006, les bénéficiaires de la CMU-C sont suréchantillonnés par rapport au reste de la population. En 2014, le tirage inclut également des individus des sections locales mutualistes (étudiants et fonctionnaires), ce qui peut contribuer à modifier légèrement les taux de couverture par âge, comparativement aux enquêtes précédentes. L'enquête est ensuite administrée auprès de personnes et des membres de leur ménage, soit 23 000 personnes appartenant à 8 000 ménages. La passation des questions se fait par téléphone ou en face à face et, pour certains modules, par autoquestionnaire papier retourné par voie postale.

Concernant la complémentaire santé, ESPS recense les contrats au sein de chaque ménage et, pour chacun d'entre eux, recueille la liste des personnes

qui sont couvertes, le mode d'obtention (par l'entreprise ou par une démarche individuelle), le niveau de prime, l'opinion sur les garanties, l'ancienneté du contrat. Lorsque l'enquêté a indiqué avoir changé de contrat au cours des douze derniers mois, il est interrogé sur les raisons de ce changement, l'évolution en matière de garanties et de primes. Un module destiné aux personnes qui ne sont couvertes par aucun contrat recueille les motifs d'absence de couverture et permet de savoir si elles ont été couvertes auparavant et si oui l'ancienneté et le motif de la perte de couverture.

Les informations médicales et de protection sociale complémentaire sont enrichies par le recueil de données géographiques, démographiques, économiques et familiales : âge et sexe, revenu, occupation, catégorie professionnelle, niveau d'études, composition du ménage et type de ménage.

En 2014, l'Enquête ESPS a été le support de l'Enquête santé européenne (EHIS) et se dénomme ainsi EHIS-ESPS. Néanmoins, les données utilisées pour la présente publication, en particulier celles qui concernent la complémentaire santé, sont toutes issues du socle de questions lié à l'enquête ESPS, ce qui permet la comparaison avec les enquêtes précédentes (<http://www.irdes.fr/esps>).

l'entrée en vigueur de la généralisation de la complémentaire santé aux salariés du privé et aux nouvelles règles améliorant le dispositif de maintien des garanties en cas de chômage de courte durée³.

Le taux de personnes ne bénéficiant pas d'une couverture complémentaire santé s'élève à 9 % parmi les personnes au foyer, 11 % parmi les autres inactifs, 8 % parmi les personnes sans diplôme et 7 % parmi les familles monoparentales.

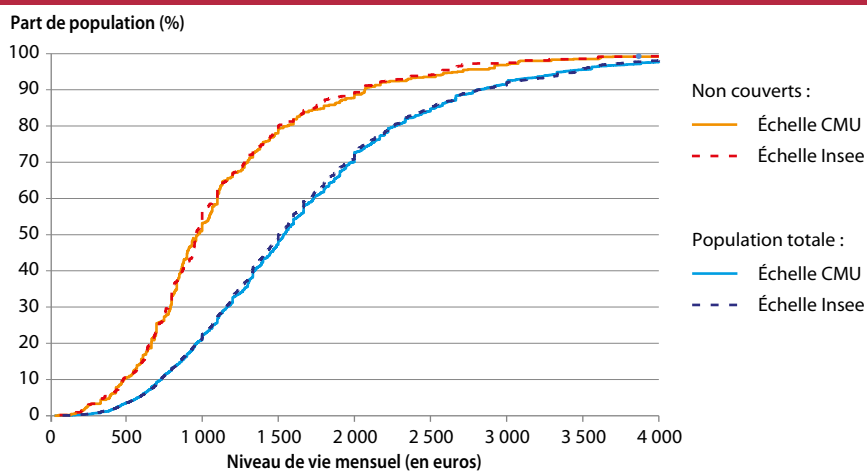
Une forte concentration de personnes sans couverture complémentaire est observée chez les personnes ayant de faibles revenus (graphique 1). La moitié des personnes non couvertes ont un niveau de vie inférieur à 970 euros par unité de consommation et pourraient donc, en principe, prétendre à la CMU-C ou à l'ACS, et les trois quarts disposent d'un niveau de vie inférieur à 1 400 euros par unité de consommation.

Davantage de personnes non couvertes parmi celles se percevant en mauvaise santé

Parmi les personnes qui déclarent un état de santé « mauvais ou très mauvais », près de 9 % ne sont pas couvertes par une complémentaire santé, contre 4 % de celles déclarant un état de santé « très bon, bon ou moyen ». De même, 7 % des personnes fortement limitées dans leurs activités quotidiennes sont non couvertes, contre 3 % de celles étant modérément limitées et 4 % de celles qui ne le sont pas. En revanche, le fait d'avoir ou non une maladie chronique n'est pas corrélé au niveau de couverture. Enfin, le taux de personnes sans couverture est pratiquement identique chez les personnes en Affection de longue durée (ALD) et chez celles qui ne le sont pas. Ces résultats sont également observés lorsque l'on contrôle des caractéristiques socio-économiques des individus (Pierre, Jusot, 2015). Le lien entre état de santé et non-couverture pourrait s'expliquer par un effet négatif de l'absence de couverture sur l'accès aux soins et la santé, par une plus grande dif-

G1

Répartition des personnes non couvertes par une complémentaire santé selon leur niveau de vie



Lecture : La moitié des personnes non couvertes par une complémentaire santé ont un niveau de vie inférieur à 1 000 euros par mois, contre 20 % dans l'ensemble de la population. 80 % des personnes non couvertes ont un niveau de vie inférieur à 1 500 euros par mois, contre 50 % dans l'ensemble de la population. L'écart entre les deux courbes de répartition selon le niveau de vie (celle des non-couverts et celle de l'ensemble de la population) est d'autant plus important que la concentration des non-couverts en bas de l'échelle des niveaux de vie est élevée.

Note : Les échelles Insee et CMU sont des systèmes de pondération attribuant un coefficient à chaque membre du ménage et permettant de comparer les niveaux de vie de ménages de tailles ou de compositions différentes. Ces échelles attribuent un poids de 1 pour le premier adulte du ménage. Pour l'échelle Insee, les poids attribués aux autres personnes sont 0,5 lorsqu'elles sont âgées de 14 ans ou plus et 0,3 lorsqu'elles sont âgées de moins de 14 ans. Pour l'échelle CMU, les poids attribués ne tiennent pas compte de l'âge, ils sont de 0,5 pour la deuxième personne, 0,3 pour la troisième et quatrième personne et 0,4 pour les personnes supplémentaires.

Champ : Personnes vivant dans un ménage ordinaire de France métropolitaine.

Sources : Irdes-Drees, EHIS-ESPS 2014.

[Télécharger les données](#)

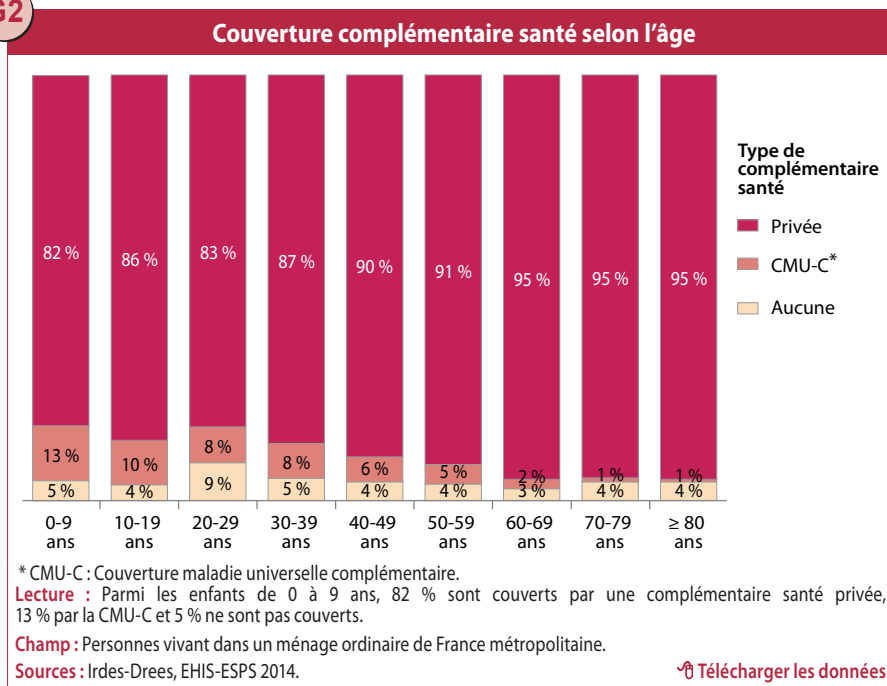
³ Outre la généralisation de la complémentaire santé collective à l'ensemble des salariés du secteur privé, la loi du 14 juin 2013, relative à la sécurisation de l'emploi, améliore le dispositif de maintien des garanties pour les chômeurs. Les salariés peuvent désormais conserver les garanties de leur contrat pendant une durée de douze mois maximum contre six mois auparavant, cette couverture étant financée intégralement par leur ancien employeur. Auparavant, les ex-salariés devaient acquitter des montants correspondant à la part « salariés ».

difficulté d'accès à la complémentaire santé, ou encore par la préférence pour la santé qui peut influencer à la fois l'attention accordée à sa santé et le choix de souscrire une assurance.

Moins de personnes couvertes par une complémentaire santé privée chez les jeunes

Le taux de personnes sans couverture complémentaire est plus élevé pour les jeunes adultes (20-29 ans), atteignant 9 % (graphique 2). Le taux de bénéficiaires de la CMU-C est, lui, plus élevé pour les moins de 20 ans, avec un maximum de 13 % pour les moins de 10 ans. Il est au contraire très faible pour les personnes âgées de 60 ans ou plus (2 % pour les 60-69 ans et quasiment nul pour les tranches d'âge supérieures), car les bénéficiaires de l'Allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) ont des revenus supérieurs au plafond d'éligibilité de la CMU-C. Le taux de personnes couvertes par une couverture complémentaire privée est de 83 % entre 20 et 29 ans et il augmente avec l'âge atteignant 95 % au-delà de 60 ans. Cependant, si les retraités accèdent désormais autant que le reste de la population à une couverture complémentaire santé, cette couverture est relativement coûteuse du fait de la tarification

G2



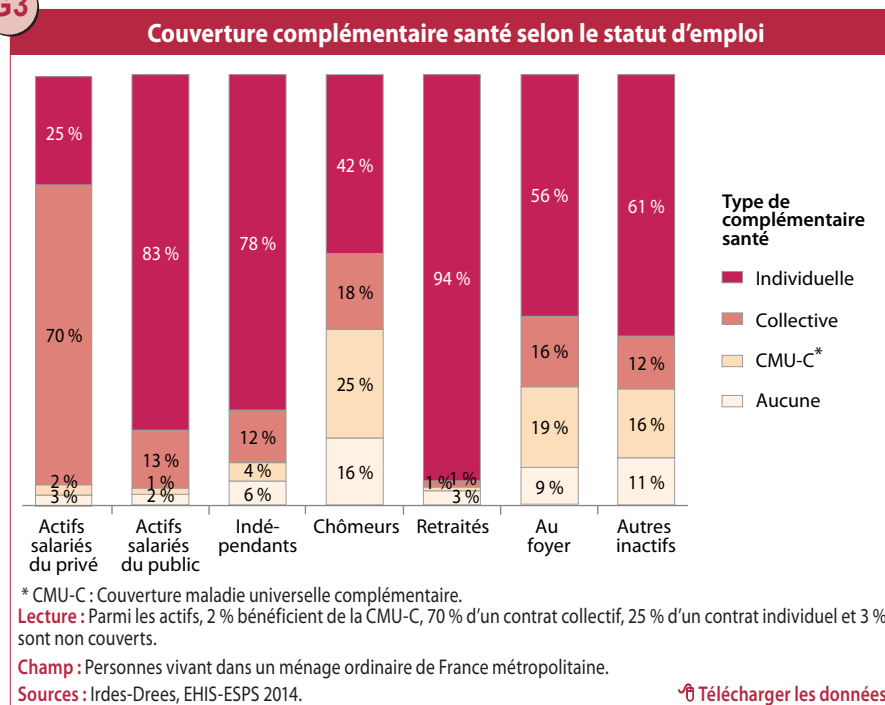
liée à l'âge, pratiquée de manière quasi-généralisée par les contrats individuels⁴.

Des actifs en emploi très majoritairement couverts

En 2014, seuls 3 % des actifs occupés salariés du secteur privé ne sont pas couverts, 70 % le sont par un contrat collectif et 25 % par un contrat individuel (graphique 3). Bien que ne bénéficiant pas de

l'offre d'une couverture collective (sauf en tant qu'ayant droit d'un salarié), les autres catégories d'actifs occupés sont également très majoritairement couvertes : 88 % des indépendants qui bénéficient d'incitations fiscales (contrats dits « Madelin »), et plus de 95 % des salariés du secteur public disposent d'une couverture complémentaire privée, contre 95 % des salariés du secteur privé. La CMU-C couvre 4 % des indépendants, 2,4 % des salariés du secteur privé et seulement 1,4 % des salariés du secteur public. Une fois pris en compte les bénéficiaires de la CMU-C, le taux de non-couverts est de 5,5 % chez les indépendants, 3,3 % pour les salariés du secteur privé et de seulement 1,4 % chez les salariés du secteur public.

G3



La complémentaire santé d'entreprise est moins répandue chez les employés de commerce, les ouvriers non qualifiés, les salariés les plus jeunes et les femmes

Le taux de couverture par un contrat collectif varie fortement parmi les salariés du privé. Ainsi, près de 87 % des cadres déclarent bénéficier de ce type de couverture, contre 77 % des personnes

⁴ En 2013, 91 % des bénéficiaires d'un contrat individuel avaient un contrat dont le tarif dépend de l'âge (Barlet et al., 2016).

occupant une profession intermédiaire, 69 % des ouvriers qualifiés et 65 % des employés administratifs (tableau). Enfin, les employés de commerce et les ouvriers non qualifiés ne sont respectivement que 53 % et 51 % à bénéficier d'un tel contrat. Lorsqu'ils sont couverts par un contrat collectif, ils le sont plus souvent à titre d'ayants droit : 33 % pour les employés de commerce, 24 % pour les employés administratifs et 22 % pour les ouvriers non qualifiés, contre 15 % dans l'ensemble de la population des salariés couverts par un contrat collectif. Des écarts selon les catégories professionnelles avaient déjà été observés dans l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2009. Cette enquête avait permis de constater que les employés et les ouvriers se voyaient moins souvent proposer une couverture par leur employeur que les cadres et, de surcroît, souscrivaient moins souvent la couverture collective lorsqu'elle leur était

proposée. Ceci peut tenir au fait que certains peuvent considérer cette couverture comme trop faible et préférer, lorsqu'ils en ont la possibilité, souscrire la complémentaire santé d'entreprise de leur conjoint ou une complémentaire santé individuelle.

Bénéficier d'une complémentaire santé d'entreprise est moins fréquent chez les jeunes salariés (60 % chez les salariés âgés de moins de 30 ans contre plus de 70 % chez les 30-60 ans). Ceci est imputable en partie à la plus faible proportion de Contrats à durée indéterminée (CDI) dans cette classe d'âge. Les femmes sont moins souvent couvertes par un contrat collectif que les hommes (66 % contre 73 %). Les deux tiers de cet écart résultent des différences de répartition des catégories socioprofessionnelles selon le sexe : les femmes sont beaucoup plus souvent employées administratives et de commerce et moins sou-

vent cadres que les hommes. Si la composition socioprofessionnelle des femmes était identique à celle des hommes, l'écart se réduirait de deux points. Cependant, une différence en défaveur des femmes subsiste chez les cadres (3 points), chez les employés de commerce (5 points) et chez les ouvriers non qualifiés (8 points). La généralisation de la complémentaire d'entreprise à compter de 2016 devrait conduire à réduire ces écarts.

Les bénéficiaires de contrats collectifs sont davantage satisfaits de leurs remboursements

Les niveaux de remboursements offerts par les contrats sont un déterminant important de l'accès aux soins et des restes à charge finaux, notamment lorsque la liberté tarifaire conduit à des dépassements d'honoraires importants par rapport aux tarifs conventionnels. L'enquête EHIS-ESPS interroge les enquêtés sur leur opinion concernant les garanties dont ils bénéficient. Seuls les titulaires des contrats sont retenus dans l'étude. Dans près de 8 cas sur 10, ils ont rempli le questionnaire sur la complémentaire santé et ont donc exprimé une opinion sur le contrat. Les salariés du privé titulaires d'un contrat collectif se distinguent nettement des détenteurs d'un contrat individuel (salariés du privé titulaires d'un contrat individuel, salariés du secteur public, indépendants et retraités). Les premiers sont beaucoup plus nombreux à considérer que leur contrat rembourse très bien ou plutôt bien les dépassements d'honoraires chez les spécialistes : 78 % contre 60 % pour les salariés du privé titulaires d'un contrat individuel, 63 % pour les indépendants, 57 % pour les retraités et seulement 51 % pour les salariés du secteur public. Ils dressent le même constat pour les frais d'optique (81 % contre 57 % pour les autres salariés du privé et les indépendants, et 50 % environ pour les retraités et les salariés du secteur public) ou les frais dentaires (71 % contre 50 % pour les autres salariés du privé et les indépendants, et 46 % environ pour les retraités et les salariés du secteur public). Ces écarts sont corroborés par l'enquête auprès des organismes complémentaires de la Drees qui montre

T

Statut de couverture des salariés du secteur privé selon leurs caractéristiques sociodémographiques et médicales

	Non couverts	Au moins un contrat collectif	Contrats individuels seulement	CMU-C
Âge				
< 30 ans	6,6 %	60,5 %	30,1 %	2,8 %
30 - 39 ans	3,0 %	72,1 %	21,8 %	3,1 %
40 - 49 ans	2,3 %	73,0 %	22,8 %	1,9 %
≥ 50 ans	2,2 %	70,8 %	24,9 %	2,1 %
Sexe				
Hommes	3,6 %	72,6 %	21,7 %	2,1 %
Femmes	3,0 %	66,3 %	27,9 %	2,8 %
Catégorie socioprofessionnelle				
Cadres	0,9 %	87,4 %	11,3 %	0,5 %
Professions intermédiaires	2,3 %	76,9 %	20,1 %	0,7 %
Employés administratifs	4,0 %	65,1 %	28,2 %	2,7 %
Employés de commerce	4,5 %	52,8 %	38,5 %	4,2 %
Ouvriers qualifiés	3,5 %	68,7 %	25,3 %	2,6 %
Ouvriers non-qualifiés	7,5 %	51,1 %	34,4 %	6,9 %
Niveau d'étude				
Aucun diplôme	6,1 %	59,0 %	28,1 %	6,7 %
Brevet, CAP/BEP	4,1 %	63,1 %	29,6 %	3,2 %
Baccalauréat	2,7 %	69,9 %	26,3 %	1,1 %
Etudes supérieures	2,0 %	79,2 %	18,0 %	0,9 %
Santé évaluée				
Très bonne	2,8 %	71,4 %	24,0 %	1,9 %
Bonne	3,2 %	72,4 %	21,8 %	2,7 %
Moyenne	2,8 %	69,0 %	24,9 %	3,3 %
Mauvaise, très mauvaise	5,6 %	64,4 %	23,7 %	6,4 %
Limitation d'activité				
Pas de limitation d'activité	3,1 %	71,7 %	22,9 %	2,3 %
Modérées	1,9 %	69,9 %	24,3 %	4,0 %
Sévères	5,6 %	63,2 %	25,3 %	5,9 %
Maladie chronique				
Pas de maladie chronique	1,8 %	70,9 %	24,2 %	3,1 %
Au moins une	3,3 %	71,4 %	22,9 %	2,4 %
Ensemble	3,0 %	66,3 %	27,9 %	2,8 %

Source : Irdes-Drees, EHIS-ESPS 2014.

 Télécharger les données

que les contrats individuels offrent en moyenne des garanties inférieures aux contrats collectifs (Barlet *et al.*, 2016).

Des changements de contrats plus fréquents chez les moins de 30 ans

Parmi les titulaires d'un contrat de couverture complémentaire santé, 10 % déclarent avoir, au cours des douze derniers mois, changé d'organisme ou de contrat au sein du même organisme, 2 % n'étaient pas couverts auparavant et 86 % étaient déjà couverts par le même contrat au sein du même organisme. Les principaux motifs ayant conduit les enquêtés à

changer de contrat ou d'organisme sont : le changement de situation professionnelle (29 %), le coût trop élevé du précédent contrat (25 %), et les garanties inadéquates du précédent contrat (10 %). Les changements liés à une modification de la situation familiale ou à une insatisfaction vis-à-vis de l'organisme sont plus marginaux (respectivement 7 % et 5 %).

Ces changements de contrat sont plus fréquents en assurance collective (13 %), en raison de la mobilité professionnelle, qu'en assurance individuelle (seulement 8 %). Chez les moins de 30 ans, ce sont les changements liés à une évolution de la situation professionnelle qui prédominent, la moitié des assurés ayant connu un changement de contrat. Chez les per-

sonnes de 65 ans ou plus, en revanche, c'est le coût du contrat qui constitue, de loin, le motif le plus souvent avancé (56 % des cas).

Les effets attendus de la généralisation de la complémentaire santé collective

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise peut entraîner deux effets : d'une part, la disparition des situations résiduelles d'absence de couverture parmi les salariés du secteur privé et de leurs ayants droit ; d'autre part, la modification des niveaux de remboursement ou l'octroi de conditions tarifaires plus avantageuses⁵ pour ceux qui étaient couverts par un contrat individuel et qui le seront par un contrat collectif.

La généralisation de la couverture complémentaire d'entreprise sera *a priori* favorable aux salariés sans assurance, même si l'absence d'assurance était un choix assumé pour une partie d'entre eux. Néanmoins, peu de personnes sont concernées puisque le taux de salariés sans complémentaire santé en 2014 est très marginal⁶.

Et pour ceux qui ne bénéficient pas de la généralisation ?

La généralisation des complémentaires santé collectives ne concerne pas les autres actifs – salariés du secteur public, actifs indépendants – et les retraités. Ils ne pourront pas profiter des éventuels bénéfices de l'extension de ce type de couverture, sauf si leur conjoint ou un autre membre de leur ménage est salarié du privé et que son contrat peut être étendu à des proches. Or, bien que très majoritairement couvertes, ces popu-

⁵ Ces conditions sont liées au fait que le coût global par salarié tend à être moins élevé pour les contrats d'entreprise (Garnero, 2012), ce qui peut s'expliquer notamment par le pouvoir de négociation des entreprises. D'autre part, la cotisation des salariés est déductible du revenu imposable. L'avantage pour le salarié de la participation de l'employeur est plus incertain, car cette participation peut se faire au détriment du salaire.

⁶ Ce point sera étudié dans l'enquête PSCE 2017.

E2

Protection sociale et complémentaire santé en France

En France, l'assurance maladie privée vient compléter les remboursements de la Sécurité sociale. Les assurances publiques et privées financent toutes les deux les mêmes soins, fournis aux mêmes patients, par les mêmes professionnels de santé (Paris et Polton, 2016). Ces copaiements sont, en majorité, de nature réglementaire (tickets modérateurs, forfaits journaliers hospitaliers...), mais ils peuvent aussi être la conséquence de la liberté tarifaire (dépassements d'honoraires, prothèses dentaires, lunettes, etc.). De manière très minoritaire, l'assurance privée peut aussi être supplémentaire, en prenant en charge des soins en dehors du panier de soins remboursés par la Sécurité sociale (certains soins dentaires hors nomenclature, chambre individuelle en établissement de santé, ostéopathie, automédication...).

L'assurance complémentaire prend en charge 13 % des dépenses de santé, mais cette part est très variable selon le type de soins : 74 % pour l'optique, 41 % pour les soins dentaires, 5 % pour les soins hospitaliers (Beffy *et al.*, 2017). Cependant, même pour les soins hospitaliers, le risque financier peut être ponctuellement élevé en l'absence de couverture complémentaire. Il l'est notamment pour les personnes qui ne sont pas exonérées du ticket modérateur hospitalier, comme par exemple une partie des personnes âgées hospitalisées en médecine. C'est pourquoi, la couverture complémentaire santé est considérée comme un facteur important permettant de lever les barrières financières d'accès aux soins (Dourgnon, 2011). Les pouvoirs publics ont ainsi cherché à favoriser sa diffusion au moyen d'exonérations de charges sociales et fiscales sur les contrats collectifs d'entreprise à la fin des années 1970 et au début des années 1980, sur les contrats des indépendants en 1994 (Loi Madelin), par la mise en place de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en 2000 et l'Aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) en 2005. Parallèlement, la tarification a été encadrée par des contrats dits « solidaires et responsables ». Les contrats solidaires ne conditionnent pas leur adhésion ou leur tarification à un recueil de l'état de santé. Les contrats responsables doivent exclure de leurs remboursements certains restes à charge afin d'inciter les patients à respecter le parcours de soins (médecin traitant), des limitations de prise en charge pour éviter un effet inflationniste des garanties sur les tarifs (lunettes, dépassements d'honoraires), mais également des prises en charges minimum afin de favoriser l'accès aux soins.

En 2012, lors de la précédente édition de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS), le taux de personnes sans couverture complémentaire s'établissait à 5 % (Célant *et al.*, 2014). Un peu plus de la moitié des enquêtés déclaraient être très bien ou plutôt bien pris en charge pour leurs lunettes et un peu moins de la moitié pour les dépassements de spécialistes et les prothèses dentaires. Entre 2012 et 2014, plusieurs mesures visant à étendre la couverture santé ou à améliorer les remboursements ont été prises. Signé en janvier 2013, l'Accord national interprofessionnel (Ani), qui généralise l'offre d'une complémentaire santé d'entreprise obligatoire à tous les salariés de droit privé, est ensuite inscrit dans la Loi de sécurisation de l'emploi adoptée en juin 2014. Les plafonds de revenu ouvrant droit à la CMU-C et à l'ACS ont été relevés de 8,75 % en juillet 2013. En juillet 2015, d'importantes modifications de l'ACS sont entrées en vigueur : ses bénéficiaires choisissent désormais leur contrat complémentaire parmi trois contrats-types fournis par un nombre réduit d'organismes de complémentaire santé sélectionnés après appel d'offres. Enfin, à compter du 1^{er} avril 2015, les contrats responsables doivent rembourser le ticket modérateur pour la quasi-totalité des soins, le forfait hospitalier sans limitation de durée et plafonner leurs remboursements concernant les lunettes et les dépassements d'honoraires des médecins.

Ces évolutions législatives et réglementaires devraient sensiblement modifier le paysage de la complémentaire santé dans les années à venir. Les données de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE), conduite en 2017 par la Drees et l'Irdes, permettront de mesurer une partie de ces évolutions.

lations déclarent plus souvent être mal remboursées pour leurs dépassements chez le spécialiste, leurs lunettes et leurs prothèses dentaires. En instaurant une obligation de rembourser les tickets modérateurs sur la quasi-totalité des soins et en plafonnant certaines garanties, le nouveau cahier des charges des contrats responsables peut contribuer à réduire cet écart entre contrats collectifs et individuels. Pour les soins de spécialistes et l'optique, le plafonnement des garanties a également pour objectif de modérer les dépassements et donc les obstacles financiers à l'accès à ces soins pour ceux qui sont peu couverts. Par ailleurs, la simplification de l'offre de contrat et l'amélioration du rapport qualité/prix⁷ au sein du dispositif de l'ACS devraient permettre d'améliorer la situation des actifs et des

retraités les plus précaires. Pour les retraités, qui font face à des primes plus élevées du fait de leur âge, le dispositif loi Evin⁸ a été assoupli afin de favoriser le maintien des garanties au passage à la retraite, mais il ne pourra par construction bénéficier qu'aux nouveaux retraités.

* * *

Entre 2012 et 2014, le paysage de la complémentaire santé a peu évolué. Le taux de personnes non couvertes est resté stable (5 %) et il subsiste d'importants écarts pour les taux de couverture selon le milieu social, et pour les garanties, selon que les personnes ont accès ou non à une complémentaire santé collective. Alors que la complémentaire santé n'a cessé de s'étendre et que les restes à charge moyens

sont parmi les plus faibles en Europe, la France se distingue par des résultats mitigés en matière d'inégalités sociales d'accès aux soins. En particulier, elle affiche un des plus forts niveaux d'inégalités d'accès aux soins de spécialistes et dentaires (Devaux, 2015). L'évaluation de l'effet des modifications décidées en 2013 et 2014, notamment concernant la complémentaire santé collective, est un enjeu important. Les données de l'enquête PSCE 2017 permettront de contribuer à cette évaluation. ♦

⁷ Dans le rapport 2015-2016 relatif à l'ACS, le Fonds-CMU précise que (par rapport à la refonte du dispositif en 2015) « malgré l'augmentation du niveau de garantie des contrats ACS, leur prix baisse en moyenne de 10 % ».

⁸ Le dispositif créé par la Loi du 31 décembre 1989 et modifié par un décret du 21 mars 2017 encadre la portabilité des contrats d'entreprise pour les retraités.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Barlet M., Befly M. et Raynaud D. (dir) (2016). *La complémentaire santé - Acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2016*. Coll. Panoramas de la Drees - santé.
- Befly M., Roussel R., Héam J.C., Mikou M., Feretti C. (dir.) [2017]. *Les dépenses de santé en 2016. Résultats des comptes de la santé*. Panoramas de la Drees santé : http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/cns_2017.pdf
- Célant N., Dourgnon P., Guillaume S., et al. (2014). « L'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012. Premiers résultats ». Irdes, Questions d'économie de la santé, n° 198, mai.
- Célant N., Rochereau T. (2017). « L'Enquête santé européenne - Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014 » Irdes, Rapport, n° 566, octobre.
- Devaux M. (2015). "Income-related Inequalities and Inequities in Health Care Services Utilisation in 18 Selected OECD Countries". *The European Journal of Health Economics*, 16(1), 21-33.
- Dourgnon P. (2011). « Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique ». Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n° 170, novembre.
- Fonds CMU (2017). « Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé : bénéficiaires, prix et contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide ». Disponible en ligne : Fonds CMU : http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_ACS_2016-2017.pdf
- Garnero M. (2012). « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2009 ». Drees, *Études et Résultats*, n° 789, février.
- Paris V., Polton D. (2016). « L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ? ». *Regards*, (1), 69-79.
- Pierre A., Jusot F. (2015). « Une évaluation ex ante de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur les inégalités et les déterminants de la non-couverture ». Irdes, *Document de travail*, n° 67, juillet.

IRDES

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •
117bis, rue Manin 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 •
www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr

Directeur de la publication : Denis Raynaud • Éditrice : Anne Evans • Éditrice adjointe : Anna Marek • Relecteurs : Paul Dourgnon, Aurélie Pierre, Catherine Pollack •
Infographiste : Franck-Séverin Clérembault • Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec • Imprimeur : Imprimerie Peau (Berd'huis, 61) • Dépôt légal : janvier 2018 •
Diffusion : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui • ISSN : 1283-4769 (papier), 2498-0803 (PDF).