

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

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/251-la-couverture-complementaire-collective-des-modalites-de-mise-en-oeuvre-variables-selon-les-entreprises.pdf>

La couverture complémentaire collective : des modalités de mise en œuvre variables selon les entreprises

Résultats de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017

Marc Perronnin et Denis Raynaud (Irdes)

Depuis le 1^{er} janvier 2016, les employeurs de droit privé doivent offrir une complémentaire santé à leurs salariés. Selon les résultats de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017, désormais, la quasi-totalité des salariés travaillent dans une entreprise offrant une complémentaire santé.

Les modalités de cette généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sont strictement encadrées par la loi. Les employeurs doivent financer au moins la moitié de la prime et offrir des garanties supérieures ou égales à un contrat « socle », tout en respectant les contraintes des contrats « responsables » imposant aussi certains plafonds de garanties.

Cette étude montre que les modalités de mise en œuvre de la complémentaire santé d'entreprise, dans le respect de l'encadrement prévu par la loi, sont néanmoins assez variables. Les niveaux de garanties et la participation de l'employeur dépendent notamment du secteur d'activité, de la taille de l'entreprise et de sa structure de qualification.

Plus le salaire moyen est élevé et la part des salariés de statut cadre dans l'entreprise est importante, plus les garanties offertes sont généreuses et la participation de l'employeur élevée. Les grandes entreprises offrent généralement les conditions les plus avantageuses, mais aussi des possibilités plus fréquentes de compléter le contrat de base par la souscription d'options ou de surcomplémentaires.

Enfin, les entreprises qui offraient déjà une couverture complémentaire avant que cela ne devienne obligatoire offrent de meilleures garanties et participent plus au paiement de la prime que les entreprises qui ont été contraintes par la loi d'en offrir une. Généralement, ces dernières limitent leur participation financière au minimum prévu par la loi.

En France, la Sécurité sociale prend en charge 78 % des dépenses de santé en 2019 (Drees, Comptes de la santé 2020), mais son niveau d'intervention est très variable

selon le type de soins, laissant des copaiements élevés pour certains soins, lorsqu'ils sont fournis par des professionnels de santé pratiquant des dépassements d'honoraires, ou lorsque les séjours hos-

pitaliers ne sont pas exonérés du ticket modérateur. Ces copaiements sont principalement remboursés par les assurances maladies complémentaires, qui couvrent 96 % de la population (en 2017), et

prennent en charge 13 % des dépenses de santé (Fouquet, 2020).

En plus du financement de la Sécurité sociale, les Français doivent donc aussi payer des primes d'assurance maladie complémentaire auprès d'organismes privés pour éviter des restes à charge importants pouvant limiter leur accès à certains soins. Cette prise en charge complémentaire des dépenses de santé permet à la France d'être, au niveau macro-économique, le pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) pour lequel le reste à charge est le plus bas. Cependant, cette situation, favorable en moyenne, s'accompagne de disparités, notamment pour l'accès aux soins des personnes sans couverture complémentaire. L'accès à la couverture complémentaire est possible, soit par l'intermédiaire de contrats individuels, soit par l'intermédiaire de contrats collectifs, généralement dans le cadre de l'entreprise. Les contrats individuels qui concernent notamment les fonctionnaires, les retraités, et les personnes éloi-

SOURCE

L'analyse s'appuie sur l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017. Comme lors de ses précédentes éditions, PSCE 2017 vise principalement à collecter des informations sur l'offre de couverture complémentaire santé d'entreprise et la souscription de ces contrats par les salariés à partir de l'observation de leurs caractéristiques professionnelles, sociales et médicales. L'enquête est à deux degrés : un volet collecte auprès des établissements concerne les caractéristiques de la complémentaire santé offerte aux salariés, notamment les niveaux de garanties et de prime. Et un volet adressé à un échantillon des salariés travaillant dans les établissements répondant à l'enquête permet de recueillir des informations sur l'attitude des individus vis-à-vis de la couverture offerte par leur entreprise, l'opinion des sala-

gnés de l'emploi, sont plus onéreux que les contrats collectifs et offrent généralement des garanties inférieures (Drees, 2019). Enfin, les primes des contrats individuels dépendent de l'âge, ce qui les rend particulièrement coûteuses pour les retraités, et sont intégralement à la

charge des ménages, à l'exception de ceux bénéficiaires de la Complémentaire santé solidaire (CSS), sous condition de ressources¹. Les contrats collectifs bénéficient d'une meilleure mutualisation du risque, qui dépend de la pyramide des âges de l'entreprise, et les primes sont

plémentaires ou d'options. Au total, 6 122 établissements ont répondu à l'enquête et ont pu être appariés aux DADS. Les 5 572 établissements proposant une complémentaire santé offrent au total 6 534 contrats.

Deux des quatre variables d'offre expliquées ont aussi le statut de variables explicatives à certaines étapes de l'analyse : le fait que l'offre de contrat soit différenciée lorsqu'on explique les niveaux de garanties et l'offre d'options ou de surcomplémentaires ; le niveau de garanties lorsqu'on explique l'offre d'options ou de surcomplémentaires.

plémentaires ou d'options.

Deux des quatre variables d'offre expliquées ont aussi le statut de variables explicatives à certaines étapes de l'analyse : le fait que l'offre de contrat soit différenciée lorsqu'on explique les niveaux de garanties et l'offre d'options ou de surcomplémentaires ; le niveau de garanties lorsqu'on explique l'offre d'options ou de surcomplémentaires.

^A Les coordonnées des variables de garanties sur cet axe, toutes positives, sont re-normalisées par la somme des coordonnées de manière à obtenir des poids compris entre 0 et 1. L'indicateur est obtenu en effectuant une somme pondérée par ces poids des niveaux de garanties normalisées par leur écart-type.

^B Pour la chambre particulière à l'hôpital, il n'y a pas de minimum imposé. Néanmoins, pratiquement aucun contrat ne rembourse moins de 15 euros par journée d'hospitalisation, ce qui peut être lié au fait que les organismes complémentaires n'offrent pas de remboursements inférieurs. Nous avons donc attribué les niveaux de garanties nuls au fait que le niveau de remboursement demandé était inférieur à 15 euros et avons donc pris pour seuil plancher cette valeur.

^C Les indicateurs de variabilité des salaires inter-catégories et intra-catégories sont donnés par :

$$\sum_j p_j \cdot \ln \left(\frac{w'_j}{w'} \right) \text{ et } \sum_i p_i \cdot \ln \left(\frac{w_i}{w'} \right)$$

Où w_i est le salaire de l'individu i dans la catégorie j , w'_j est le salaire moyen de la catégorie j et w' le salaire moyen dans l'établissement ou sur le contrat.

MÉTHODE

Le fait de différencier l'offre de couverture et, au niveau des contrats, le fait d'offrir des options ou surcomplémentaires facultatives est expliqué au moyen d'un modèle Probit. Pour le niveau de couverture, nous construisons un indicateur global en effectuant une Analyse en composantes principales (ACP) sur les six types de garanties collectées dans l'enquête (honoraires de médecins spécialistes, honoraires hospitaliers, chambre particulière en Médecine, chirurgie, obstétrique (MCO), lunettes et prothèses dentaires, prothèses auditives) et en retenant le premier axe qui explique à lui seul 60 % de la variance totale. Cette approche revient à faire une somme pondérée des six niveaux de garanties considérés^A. Pour l'analyse des déterminants du niveau de couverture souscrit, plutôt que de régresser directement l'indicateur global, les estimations sont menées par garantie au moyen d'un modèle Tobit afin de tenir compte des plafonds et des plafonds de remboursement et avec spécification log-linéaire^B. Les effets sont ensuite ré-agrégés. Pour la part financée par l'employeur, nous appliquons un modèle Tobit censuré à gauche (seuil de 50 %) et à droite (seuil de 100 %), également avec une spécification log-linéaire.

Les variables explicatives introduites sont :

- Le salaire moyen en logarithme, la variabilité des salaires entre catégories de salariés (cadres, professions intermédiaires, employés et ouvriers) et la variabilité au sein de ces caté-

gories, tous deux mesurés par l'écart logarithmique moyen^C.

- La taille de l'entreprise dont dépend l'établissement, le secteur d'activité de l'établissement, sa localisation géographique (Île-de-France, Alsace-Moselle, province métropolitaine hors Alsace-Moselle, Départements d'outre-mer (Dom)).
- Des variables décrivant la structure en termes de salariés : la part de chaque catégorie socio-professionnelle (cadres, professions intermédiaires, employés, ouvriers), la part de chaque type de contrat de travail (Contrat à durée indéterminée (CDI), Contrat à durée déterminée (CDD), autres contrats non CDI, fonctionnaires), la part de chaque condition d'emploi (temps complet, temps partiel, autre), la part des différentes classes d'âge (moins de 30 ans, 30-39 ans, 40-49 ans, 50 ans et plus).

Les calculs du salaire moyen et de sa variabilité, ainsi que les proportions associées aux caractéristiques des salariés (catégories socioprofessionnelles, contrats de travail, conditions d'emploi et classes d'âge) sont effectués au niveau des groupes de salariés sur lesquels s'applique chaque variable de demande, à savoir l'établissement pour la variable de différenciation de l'offre de couverture, et au niveau des catégories de salariés couvertes par chaque contrat pour les variables de niveaux de garanties, de participation employeur et d'offres de surcom-

prises en charge majoritairement par les employeurs, qui bénéficient d'exonérations sociales et fiscales.

Les modalités de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise : des marges de manœuvre laissées aux entreprises dans un cadre fixé par la loi

Depuis le 1^{er} janvier 2016, l'ensemble des entreprises du secteur privé doivent offrir une complémentaire santé à leurs salariés et participer à son financement. Ceux-ci sont obligés de souscrire la couverture offerte par leur entreprise, sauf s'ils entrent dans les situations leur permettant de bénéficier d'une dispense d'adhésion¹. Avant cette date, seulement la moitié des établissements, représentant 75 % des salariés, donnaient accès à une couverture complémentaire santé d'entreprise. Les salariés des entreprises de petite taille et les salariés les plus précaires avaient moins souvent accès à une complémentaire d'entreprise, et étaient le plus souvent couverts par des contrats individuels. En 2017, après la réforme, 84 % des établissements représentant 96 % des salariés donnaient accès à une couverture complémentaire d'entreprise selon l'enquête PSCE 2017 (Lapinte, Perronnin, 2018). Venant confirmer les résultats de simulations menées avant la généralisation concernant les effets potentiels de cette réforme sur la diffusion des contrats de complémentaire santé (Pierre, Jusot, 2017), une étude menée après la réforme (Fouquet, 2020) permet de constater que ses principaux effets se concentrent sur les salariés précaires, notamment les apprentis, les jeunes, les intérimaires, les personnes en contrat à durée détermi-

E

L'encadrement des garanties de complémentaire santé

Plusieurs dispositions visant à encadrer les niveaux de remboursement des contrats d'entreprise et individuels ont été introduits dans la Loi. La disposition la plus générale stipule que les contrats responsables doivent rembourser le ticket modérateur sur pratiquement l'ensemble des soins de ville et hospitaliers, le forfait hospitalier de manière illimitée, et pour les lunettes, ils doivent offrir des remboursements allant de 50 à 200 euros, au minimum. Ils doivent par ailleurs plafonner les remboursements des soins de médecins de ville et hospitaliers hors Option pratique tarifaire maîtrisée (Optam) avec une prise en charge maximum des dépassements de 100 % du tarif de convention, et l'optique avec des remboursements maximum allant de 470 euros pour les lunettes à verres simples à 850 euros pour les lunettes avec des verres très complexes. Pour les contrats d'entreprise, les plafonds considérés sont ceux des contrats responsables. En revanche, les minimums à respecter, qui définissent un contrat « socle » minimum à offrir, sont légèrement plus élevés pour les lunettes (prise en charge allant de 100 à 200 euros) et en dentaire (prise en charge des dépassements à hauteur de 25 % du tarif de convention en plus du ticket modérateur).

Les souscripteurs de couvertures individuelles ne sont pas obligés de souscrire un contrat responsable, néanmoins, ils y sont fortement incités car dans le cas contraire, la Taxe de solidarité additionnelle (TSA) appliquée à leur contrat est majorée. En revanche, le minimum correspondant au socle fixé par l'Accord national interprofessionnel (Ani) et les plafonds des contrats responsables s'imposent dans le cas des contrats collectifs.

née, et les chômeurs depuis moins d'un an, grâce à une extension de la portabilité des contrats. Cependant, cette généralisation de la complémentaire santé d'entreprise n'a eu qu'un effet marginal sur la couverture générale de la population par une couverture complémentaire, car les bénéficiaires de la réforme étaient pour l'essentiel déjà couverts par un contrat individuel avant la réforme. Le principal effet de la réforme a donc été, comme attendu (Pierre, Jusot, 2017), un transfert de contrats individuels vers des contrats collectifs.

La mise en œuvre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise peut aussi s'accompagner d'une grande hétérogénéité entre entreprises. La loi fixe un certain nombre de règles à respecter : le financement de l'employeur doit être d'au moins 50 % de la prime, les garanties doivent être supérieures ou égales à celles d'un contrat « socle », mais elles doivent aussi respecter les critères des contrats « responsables », ce qui impose aussi des plafonds de remboursement pour l'optique ou les dépassements d'honoraires (encadré ci-dessus). Au-delà de ce cadre imposé par la loi à l'ensemble des entreprises, des obligations plus drastiques peuvent être définies au niveau des branches d'activité concernant les niveaux de garanties minimum,

les conditions d'extension de la couverture d'entreprise aux proches, le montant de la cotisation du contrat de base et le niveau de la participation de l'employeur. Afin de favoriser la mutualisation des risques entre les entreprises au niveau de la branche, certaines branches recommandent de souscrire des contrats auprès d'organismes sélectionnés. Les entreprises restent cependant libres de souscrire le contrat auprès de l'organisme d'assurance de leur choix³.

Cet encadrement des contrats d'entreprise laisse donc à l'employeur des degrés de liberté dans la mise en œuvre de la complémentaire santé d'entreprise, qui peuvent conduire à un accès différencié des salariés à la couverture complémentaire selon les caractéristiques de leur emploi, de leur entreprise, ou de leur secteur d'activité. La loi permet ainsi aux entreprises d'opérer des distinctions dans la couverture offerte selon des catégories « objectives » de salariés, cette distinction s'appuyant généralement sur le statut cadres et non-cadres. Le niveau de garanties offert par la formule de base du

¹ La CMU complémentaire (CMU-C) et l'Aide à la complémentaire santé (ACS) ont été fusionnées en novembre 2019 en Complémentaire santé solidaire (CSS). En dessous d'un revenu de 753 euros mensuels pour une personne seule, la CSS est gratuite ; entre 753 et 1 015 euros, il y a une petite participation financière qui dépend de l'âge.

² Notamment lorsqu'ils sont couverts de manière obligatoire par la couverture collective de leur conjoint, lorsqu'ils sont couverts par la mutuelle de fonctionnaire ou le contrat Madelin de leur conjoint ou s'ils bénéficient de la Complémentaire santé solidaire (résultant de la fusion de la Couverture maladie universelle complémentaire et de l'Aide au paiement d'une complémentaire santé) et, de manière transitoire, s'ils bénéficiaient d'un contrat individuel au moment de la mise en place du contrat collectif.

³ A la suite d'une décision du Conseil constitutionnel le 13 juin 2013 mettant fin aux clauses de désignation mais autorisant les clauses de recommandation, pour favoriser la concurrence, en s'appuyant sur un avis du 29 mars 2013 de l'Autorité de la concurrence.

contrat d'entreprise peut aller au-delà des niveaux de remboursement imposés par la loi, et ce contrat de base peut, selon les entreprises, être complété par la souscription d'options ou de contrats supplémentaires. Enfin, la participation de l'employeur au paiement de la prime peut aller au-delà du minimum légal.

Des facteurs de variabilité d'offre de complémentaire santé en théorie plus diversifiés pour la complémentaire santé collective qu'individuelle

Contrairement aux contrats individuels pour lesquels les individus choisissent leur niveau de couverture en fonction d'un nombre assez réduit de caractéristiques (besoin de soins, préférences pour la santé, aversion pour le risque, revenu...), les choix d'assurance collective peuvent être la résultante d'un ensemble plus vaste de caractéristiques à prendre en compte. L'approche théorique stipule que les entreprises raisonnent en tenant compte du coût du travail complet d'un salarié, et financent ce type de couverture dans la mesure où l'employeur peut, à long terme, compenser sa participation financière par un moindre salaire (Gruber, Krueger, 1991⁴). La part employeur dans le financement de la complémentaire santé n'est pas soumise à cotisations sociales et est déductible du bénéfice imposable au titre de l'impôt sur les sociétés. La mise en place d'une complémentaire santé d'entreprise peut donc servir d'outil pour attirer et fidéliser à moindre coût des catégories de salariés fortement demandées sur le marché du travail.

Comme pour les contrats individuels, le niveau de couverture souscrit peut en théorie dépendre de la distribution des caractéristiques liées à la demande d'assurance des salariés. Cependant, la demande de couverture au sein de l'entreprise peut

⁴ La plupart des travaux théoriques et empiriques sur les mécanismes économiques liés à la demande d'assurance santé des entreprises ont été décrits dans le contexte américain. Bien que certains aspects diffèrent fortement du contexte français (le fait qu'aux États-Unis, il s'agisse d'une couverture au premier euro), de nombreux autres sont similaires, notamment l'existence d'une participation employeur, le fait que cette participation ne soit pas soumise à des charges sociales, et l'existence d'options.

être très variable d'un salarié à l'autre (Bundorf, 2002) et n'est pas forcément bien connue des parties impliquées dans la négociation du contrat. Il en résulte que le niveau de couverture souscrit peut être trop faible pour une partie des salariés et trop élevé pour une autre. Pour faire face à cette difficulté, l'employeur peut, d'une part, différencier l'offre de couverture selon des catégories de salariés (par exemple cadres et non-cadres) et, d'autre part, proposer des suppléments de garanties, facultatifs, entièrement à la charge des salariés.

Enfin, les caractéristiques propres à l'entreprise et à son secteur d'activité peuvent aussi influencer la demande d'assurance. Certaines activités (travail sur ordinateur, port de charges lourdes...) peuvent augmenter le niveau de risque pour certains postes de dépenses et justifier une demande de couverture plus élevée. La représentation syndicale au sein de l'entreprise et l'organisation d'instances de concertation où les questions de la complémentaire santé d'entreprise sont discutées peuvent offrir une plus grande capacité aux salariés à défendre leurs intérêts pour obtenir des conditions (garanties, financement) plus favorables.

Des différences de garanties entre cadres et non-cadres plus fréquentes dans l'industrie, dans les entreprises de plus de 50 salariés, et quand la dispersion des salaires est importante

En 2017, seulement 11 % des établissements, représentant 21 % des salariés, offrent des garanties distinctes à des catégories objectives de salariés différentes. Cependant, si on restreint l'analyse aux seuls établissements employant au moins deux catégories de salariés et donc ayant en pratique la possibilité de distinguer leur offre, cette proportion s'élève à 17 % des établissements. Dans la quasi-totalité des cas, la distinction des contrats s'opère selon les catégories cadres et non-cadres.

Toutes choses égales par ailleurs, la part des établissements différenciant leur offre de complémentaire santé entre catégories de salariés s'accroît avec la taille de l'entreprise dont dépend l'établissement (pre-



Cette étude, réalisée à partir de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCÉ) menée en 2017 par la Drees et l'Irdes, vise à approfondir certains résultats descriptifs du rapport consacré à cette enquête (Perronnin, 2019). Ce focus sur l'offre de complémentaire santé d'entreprise sera complété par une étude des comportements de souscription des salariés vis-à-vis de la complémentaire santé de leur entreprise.

mière colonne du tableau) : par rapport aux établissements rattachés à une entreprise de 1 à 4 salariés, elle est de 5 points plus élevée parmi les établissements des entreprises de 5 à 9 salariés, de 13 points plus élevée parmi les établissements de 10 à 49 salariés et de 15 à 19 points plus élevée dans les établissements rattachés à une entreprise de taille supérieure. C'est dans l'industrie que cette différenciation entre cadres et non-cadres est la plus fréquente. Les établissements des secteurs « Administration publique, enseignement, santé, social », « Autres activités de services » et « Communication, finance, assurance et immobilier » sont ceux qui différencient moins souvent.

La probabilité que l'offre de couverture soit différenciée entre catégories de salariés s'accroît avec le niveau de salaire moyen au sein de l'établissement et la dispersion de ces salaires entre catégories professionnelles (tableau). Une augmentation de 10 % du salaire moyen s'accompagne d'un accroissement de la probabilité de différencier l'offre de couverture de 0,7 point. Une augmentation de 0,1 de l'indice de dispersion des salaires accroît la probabilité de différenciation de 2,5 points.

Plus le salaire moyen est élevé, meilleures sont les garanties offertes et la participation de l'employeur

Il existe une grande hétérogénéité dans les niveaux de garanties offerts par les contrats d'assurance complémentaire d'entreprise, notamment pour les garanties qui ne sont pas plafonnées par les contrats responsables : par exemple, un rapport inter-déciles de 4 pour les prothèses dentaires et de 5,4 pour les audioprothèses.

En revanche, la part financée par l'employeur, 60 % en moyenne, est concentrée sur les valeurs proches du seuil minimum de 50 % : pour 61 % des contrats, la part vaut exactement ce minimum, pour 15 % des contrats, elle est supérieure à 50 % mais inférieure ou égale à 60 %, et pour près d'un quart des contrats, elle est supérieure à 60 %.

A partir des niveaux de six types de garanties recueillis dans l'enquête PSCE (remboursements des honoraires de médecins spécialistes et de praticiens hospitaliers hors Option pratique tarifaire maîtrisée (Optam), remboursement d'une nuit d'hospitalisation en chambre particulière en MCO, remboursements des lunettes, des prothèses dentaires et des prothèses auditives), un indicateur global de niveau de couverture est construit au moyen d'une Analyse en composante principale (ACP) [encadrés Source et Méthode p. 2]. La participation de l'employeur fait l'objet d'une analyse séparée.

Toutes choses égales par ailleurs, la taille de l'entreprise à laquelle est rattaché l'établissement joue un rôle sur le niveau de couverture et la participation employeur. Si les établissements des entreprises de moins de cinq salariés tendent à proposer des niveaux de garanties plus faibles que les autres, les écarts sont faibles et peu ou pas significatifs, hormis avec les établissements rattachés à des entreprises de 500 salariés et plus. Les très grandes entreprises offrent des niveaux de garanties supérieurs à ceux offerts par l'ensemble des autres entreprises.

En ce qui concerne le financement de la couverture par l'employeur, les établissements rattachés à une entreprise de 100 salariés ou plus ont une participation financière plus élevée que les établissements rattachés aux entreprises de moins de 100 salariés, à l'exception des entreprises de moins de 5 salariés qui ne se distinguent pas des plus grandes.

Plus le salaire moyen du groupe de salariés ayant accès au contrat est élevé et plus la couverture est généreuse, tant en termes de niveau de remboursement que de part employeur : une augmentation de 10 % du salaire moyen est liée à un accroissement des garanties de base de 1,3 % et de la participation employeur de 0,4 point.

T

Effet des principales variables explicatives sur les quatre variables d'offre de complémentaire santé analysées

	Probabilité d'offre différenciée	Niveau de couverture	Participation employeur	Probabilité d'options
	En points	En %	En points	En %
Taille de l'entreprise à laquelle est rattaché l'établissement (réf. : 1-4 salariés)				
5-9 salariés	5,5*	0,4	-4,6***	9,3***
10-49 salariés	13,0***	3,8*	-4,0***	15,1***
50-99 salariés	19,1***	1,3	-2,5*	17,0***
100-249 salariés	16,3***	6,4*	0,7	24,1***
250-499 salariés	19,2***	5,4	0,9	22,6***
500 salariés et plus	14,6***	13,3***	0,7	31,5***
Secteur d'activité (réf. : Industrie)				
Agriculture, sylviculture, pêche	-5,7	-4,1	-3,4*	5,7
Construction	-5,0**	-8,3***	2,4*	-10,1***
Commerce, réparation d'automobile	0,4	-4,5*	-2,2**	2,8
Transports et entreposage	-5,4*	-0,7	0,9	7,4*
Hébergement et restauration	-4,6	3,7	-6,2***	-4,4
Communication, finance, assurance, immobilier	-11,9***	-2,3	1,9	-10,1***
Activité scientifique et technique, services administratifs	-4,2*	-0,6	-2,3**	3,3
Administration publique, enseignement, santé, social	-13,9***	-21,6***	-5,5***	7,2**
Autres activités de services	-13,4***	-24,9***	0,8	2,2
Composition selon la catégorie socioprofessionnelle (réf. : Part de cadres)				
Part de...				
professions intermédiaires (+ 10 pts)	0,3	-0,8**	-0,2	0,9**
employés administratifs (+ 10 pts)	0,2	-1,2***	-0,2	1,0***
employés de commerce (+ 10 pts)	-0,2	-1,8***	-0,2	1,0***
ouvriers qualifiés (+ 10 pts)	0,5	-1,8***	-0,5***	0,6
ouvriers non qualifiés (+ 10 pts)	1,3**	-2,3***	-0,4*	0,0
Composition selon l'âge (réf. : Moins de 30 ans)				
Part des...				
30 - 39 ans (+ 10 pts)	-0,3	-0,5	-0,1	0,0
40 - 49 ans (+ 10 pts)	0,2	-0,3	0,3*	-0,1
50 ans et plus (+ 10 pts)	0,0	-0,2	0,1	-0,3
Composition selon le sexe (réf. : Part d'hommes)				
Part de femmes (+ 10 pts)	0,0	-0,1	-0,1	0,6*
Variables de salaire				
Salaire moyen brut (+ 10 %)	0,7***	1,3***	0,4***	-0,6***
Variabilité des salaires bruts	entre catégories socioprofessionnelles (+ 0,1)	2,5***	-2,5**	0,1
	intra-catégorie socioprofessionnelle (+ 0,1)	-0,5	0,6	-0,2
Offre uniforme	-	-2,5	-2,1**	5,7***
Niveau de couverture (+ 10 %)	-	-	-	-2,8***
Effectif des bases d'analyse	4 080	6 216	5 988	6 134

* : significatif à 5 % ; ** : significatif à 1 % ; *** : significatif à 0,1 %.

Note : Comparés aux établissements rattachés à une entreprise de 1 à 4 salariés, ceux de 5 à 9 salariés ont une probabilité 5,5 points plus élevée de différencier le contrat selon la catégorie socioprofessionnelle, un niveau de couverture de 0,4 % plus élevé, un niveau de participation employeur de 4,6 points plus faible et une probabilité d'offrir des options et surcomplémentaires de 9,3 points plus élevée.

Remarque : les autres variables introduites dans l'analyse, non présentées dans le tableau, sont la localisation de l'établissement, la composition de l'établissement en termes de contrat de travail et de catégorie d'emploi.

Source : Enquête PSCE 2017.

[Télécharger les données](#)

Toutes choses égales par ailleurs, et donc notamment en tenant compte des différences de salaires moyens des salariés concernés par chaque contrat, la structure de qualification influence aussi le niveau de garantie offert par le contrat de base et, dans une moindre mesure, la participation de l'employeur. Sur les garanties, une forme de gradient social apparaît, avec des garanties d'autant plus élevées que la proportion de cadres est élevée, les professions intermédiaires et les employés administratifs apparaissant dans une position médiane. À l'inverse, plus la proportion d'ouvriers non qualifiés est importante, plus basses seront les garanties offertes par le contrat. La participation de l'employeur semble moins liée à la structure de qualification, mais là encore, une moindre participation apparaît quand la proportion d'ouvriers (qualifiés et non qualifiés) est plus importante.

On peut s'interroger sur le rôle joué par la différenciation des contrats sur les disparités de couverture selon la catégorie socioprofessionnelle : dans quelle mesure cette différenciation est-elle favorable aux cadres et défavorable aux non-cadres comparativement au cas où le contrat est unique ? Toutes choses égales par ailleurs, les niveaux de garanties offerts aux cadres sont bien significativement plus élevés lorsque l'offre de garanties est différenciée entre cadres et non cadres que lorsqu'elle est uniforme pour toutes les catégories de salariés. Ainsi, quand l'offre de contrats est différenciée entre cadres et non-cadres, cela permet d'offrir des garanties plus élevées aux cadres. En présence d'une offre de contrat unique dans l'établissement, les garanties seront d'autant plus généreuses que la proportion de cadres est importante.

**Des formules facultatives
plus souvent offertes
quand les garanties
sur la formule de base sont basses**

Pour un peu moins de la moitié des contrats, l'établissement propose aux salariés de compléter la formule de base par une option ou une surcomplémentaire. Nous analysons le choix de proposer ce type de complément de garantie en fonction des caractéristiques établissements

précédemment étudiées et du niveau de couverture (tableau).

Toutes choses égales par ailleurs, la probabilité que soient proposées des options ou des surcomplémentaires apparaît d'autant plus faible que les niveaux de garanties sont élevés. Cette possibilité sert clairement à compléter les remboursements de la formule de base lorsque ceux-ci sont faibles. Comme attendu, on observe aussi un effet taille d'entreprise. Plus elle est importante, et plus l'offre d'options ou de surcomplémentaires est fréquente, afin probablement de tenir compte de la diversité des demandes exprimées par les salariés dans le cadre de la négociation des garanties au sein des grandes entreprises.

**Les entreprises qui n'offraient
pas de couverture avant l'obligation
offrent des garanties plus basses
et limitent leur participation
au seuil minimal**

Des analyses complémentaires ont été menées pour distinguer les établissements selon qu'ils proposaient ou non une couverture complémentaire santé avant qu'elle ne soit obligatoire. Ces résultats ne sont pas présentés dans le tableau.

Les établissements qui offraient déjà un contrat avant l'obligation, toutes choses égales par ailleurs, différencient beaucoup plus fréquemment leur offre entre cadres et non-cadres (+ 9,7 points), proposent des niveaux de garanties et de participation employeur nettement plus élevés (+ 24,6 % pour le niveau de couverture et + 6,5 points pour la participation employeur), et offrent moins souvent des surcomplémentaires et options (- 7,6 points). Ces analyses complémentaires soulignent que les facteurs explicatifs tels que la taille de l'entreprise, le secteur d'activité, la structure de qualification, le salaire, qui sont pourtant fortement liés au fait d'avoir offert une couverture avant la réforme et à l'offre de couverture après, n'expliquent que faiblement les différences de couverture entre entreprises qui offraient une couverture avant l'obligation et celles qui n'en offraient pas.

On peut faire l'hypothèse que l'histoire de la négociation sociale et la politique de ressources humaines, non observables dans l'enquête, sont spécifiques à chaque entreprise, et peuvent expliquer une partie des différences objectivées ici. Les entreprises contraintes par la loi, qui ne proposaient pas de couverture complémentaire d'entreprise à leurs salariés, limitent leur participation au minimum de 50 % et offrent des garanties plus basses, mais néanmoins généralement au-dessus du socle minimum.

* * *

Les contrats collectifs d'entreprise donnent accès à des contrats d'assurance maladie complémentaire généralement plus protecteurs que les contrats individuels et bénéficient de la participation de l'employeur au paiement de la prime. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise depuis le 1^{er} janvier 2016 a permis d'élargir l'accès à ce type de couverture à des salariés précaires ou travaillant dans des petites entreprises qui n'offraient pas de couverture avant l'obligation. Cependant, cette étude montre que des inégalités persistent. Les garanties offertes et la participation de l'employeur au paiement de la prime sont d'autant plus élevées que l'entreprise est de taille importante et que le niveau de qualification et les salaires proposés sont élevés. Ainsi, même si au sein de chaque entreprise, les conditions d'accès à la complémentaire sont relativement homogènes, ces différences entre catégories d'entreprises conduisent *in fine* à ce que, au sein de l'ensemble des salariés, l'accès à la complémentaire santé demeure inégalitaire. En revanche, des paramètres objectifs corrélés aux besoins de soins comme la répartition par âge et par sexe des salariés n'apparaissent liés ni aux niveaux des garanties souscrites ni à la participation de l'employeur.

Sur le champ des salariés, la généralisation de la couverture complémentaire d'entreprise, tout en confortant l'assurance complémentaire d'entreprise comme un complément du niveau de salaire, élargit donc le bénéfice de la couverture aux salariés les plus modestes. On observe cependant que les entreprises contraintes par l'obligation ont tendance à proposer des garanties plus faibles et une moindre par-

ticipation financière. Pour l'ensemble de la population, cette généralisation creuse l'écart entre, d'une part, les salariés qui accèdent à la couverture à des conditions d'autant plus favorables que les situations professionnelles sont avantageuses,

et d'autre part, les personnes non éligibles à une complémentaire d'entreprise, comme salariés ou comme ayants-droit, qui doivent se tourner vers des assurances individuelles ou sont sans assurance complémentaire. C'est notamment le cas des

retraités et des fonctionnaires mais aussi des personnes éloignées du marché de l'emploi, comme les chômeurs de longue durée, et celles ne travaillant pas pour des raisons de santé ou en raison d'un handicap. ◆

POUR EN SAVOIR PLUS

- Adjerad R. (2019). « Complémentaire santé : la hausse modérée de la part des contrats collectifs se poursuit en 2017 ». Drees, *Etudes et résultats* n° 1 112, avril.
- Barlet M., Gaini M., Gonzales L. et Legal R. (dir) (2019). La complémentaire santé. *Acteurs, bénéficiaires, garanties*. Coll. Panoramas de la Drees - santé
- Bundorf M. K. (2002). "Employee Demand for Health Insurance and Employer Health Plan Choices". *Journal of Health Economics*, 21(1), 65-88.
- Drees (2020). Comptes de la santé 2020.
- Drees (2019). Panorama de l'assurance complémentaire.
- Fouquet M. (2020). « Une hausse modérée de la population après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise ». Drees, *Etudes et résultats* n° 1 166, octobre.
- Gruber J., Krueger A. B. (1991). "The Incidence of Mandated Employer-provided Insurance: Lessons from Workers' Compensation Insurance". *Tax Policy and the Economy*, 5, 111-143.
- Lapinte A., Perronnin M. (2018). « 96 % des salariés ont accès à une assurance complémentaire santé d'entreprise en 2017 ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 236, juillet-août.
- Perronnin M. (2019). « L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017 », Rapport de l'Irdes, n° 572, novembre.
- 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.

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 • Recteurs : Aurélie Pierre, Sylvain Pichetti •

Infographiste : Franck-Séverin Clérembault • Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec • Imprimeur : Addax (Montreuil, 93) • Dépôt légal : Novembre 2020 •

Diffusion : Suzanne Chriqui • ISSN : 1283-4769 (papier), 2498-0803 (PDF).

VIENT DE PARAÎTRE

Atlas de la santé mentale en France



Magali Coldefy, Coralie Gandré

Ouvrage n° 7 série Atlas - 160 pages - mai 2020

- 1. L'offre de soins et services en santé mentale dans les territoires** •
 - 1.1. L'offre de soins en santé mentale • 1.2. L'offre d'accompagnement •
- 2. Les enfants et adolescents** •
 - 2.1. Des informations lacunaires sur le recours aux soins des enfants et adolescents en santé mentale... • 2.2. ... et des facteurs de risque variés selon les territoires • 2.3. Diversité de la prise en charge des enfants et adolescents pour troubles psychiques • 2.4. Un recours aux soins des moins de 18 ans qui s'exerce prioritairement vers les établissements de santé autorisés en psychiatrie et en ambulatoire • 2.5. Des modalités de prise en charge variables selon l'âge et les pathologies suivies • 2.6. Variabilité territoriale du recours aux soins selon le mode de prise en charge et disparités d'offre •
- 3. Troubles psychiques sévères et troubles psychiques fréquents chez les 18-64 ans** •
 - 3.1. Recours aux soins de santé mentale • 3.2. Les prises en charge spécialisées en établissements de santé • 3.3. Articulation entre ville et hôpital •
- 4. Les personnes âgées** •
 - 4.1. Le recours aux soins de santé mentale des personnes âgées • 4.2. L'offre de soins et d'accompagnement médico-social à destination des personnes âgées •
- 5. La population pénitentiaire** •
 - 5.1. La population carcérale • 5.2. L'offre de soins en milieu pénitentiaire • 5.3. Recours aux soins •

Contact

Irdes - Service Publications et Communication

117bis, rue Manin 75019 Paris

Tél : 01 53 93 43 02/06

Espace Internet : www.irdes.fr/presse/actualites.html Courriel : presse@irdes.fr

Télécharger l'atlas :

www.irdes.fr/recherche/2020/ouvrage-007-atlas-de-la-sante-mentale-en-france.html

Commander la version papier (35 euros) :

www.irdes.fr/commander.html

Questions d'économie de la santé



Moins de soins de prévention, de recours aux spécialistes et plus d'hospitalisations évitables chez les personnes suivies pour un trouble psychique sévère

Coralie Gandré, Magali Coldefy

Les inégalités face au risque de détresse psychologique pendant le confinement. Premiers résultats de l'enquête COCLICO du 3 au 14 avril 2020

Coralie Gandré, Magali Coldefy, en collaboration avec Thierry Rochereau

Documents de travail



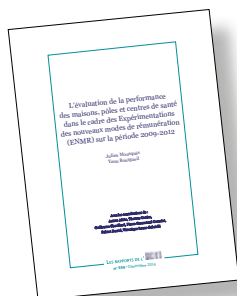
Analyse séquentielle et déterminants des parcours de soins en phase post-aiguë d'un Accident vasculaire cérébral (AVC)

Clément Nestrigue, Laure Com-Ruelle, Damien Bricard

Améliorer la prise en charge sanitaire et sociale des personnes âgées : impact des plans personnalisés de santé sur les parcours de soins

Anne Penneau, Damien Bricard, Zeynep Or

Rapports de recherche



Comparaison internationale de l'organisation de la médecine spécialisée : innovations dans cinq pays (Allemagne, Angleterre, États-Unis, Italie, Pays-Bas).

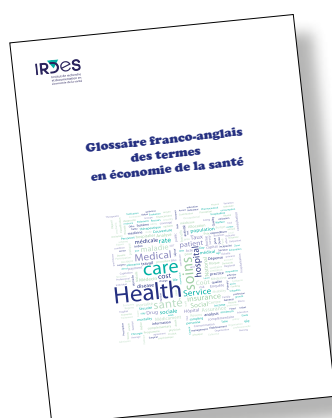
Italie : les réseaux pluridisciplinaires en Toscane.

Lucie Michel, Zeynep Or

L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017

Marc Perronin

À découvrir sur le site Internet de l'Irdes



Cette nouvelle édition en ligne du Glossaire franco-anglais des termes, concepts et sigles en économie de la santé a été revue et augmentée par les équipes des Publications et Documentation de l'Irdes.

Outre l'abondement des termes à partir de revues anglo-saxonnes spécialisées, cette édition s'appuie sur les traductions des synthèses de l'Irdes *Questions d'économie de la santé* et des mots-clés du thésaurus MeSH (Medline). Elle s'enrichit également d'un volet thématique qui classe les termes traduits selon les disciplines convoquées (économie, sociologie, géographie...). La traduction en anglais des institutions françaises est désormais intégrée dans la partie : Sigles - Institutions.

Le glossaire est mis à jour régulièrement :

www.irdes.fr/recherche/ouvrages.html

www.irdes.fr/documentation/outils-documentaires.html