

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

<https://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/268-l-absence-de-couverture-par-une-complementaire-sante-en-france-en-2019.pdf>

## L'absence de couverture par une complémentaire santé en France en 2019

### Premiers résultats de l'Enquête santé européenne (EHIS)

Aurélie Pierre (Irdes),  
avec la collaboration de Thierry Rochereau (Irdes)

Bien que la non-couverture par une complémentaire santé soit à son niveau le plus bas – passé de près de 14 % en 1996 à 3,6 % en 2019 pour la population de 15 ans et plus – l'organisation actuelle du système d'assurance complémentaire et les réformes de généralisation visant des personnes en emploi laissent de côté une partie de la population. La partie de la population qui ne bénéficie pas d'un contrat de complémentaire santé collectif ni de la Complémentaire santé solidaire (CSS) doit ainsi faire face aux primes élevées des contrats individuels, notamment les plus âgés. Nous décrivons ici les 2,5 millions de Français qui restent sans complémentaire santé en 2019 à partir de l'Enquête santé européenne (EHIS) 2019.

En 2019, les populations les plus souvent non couvertes demeurent les indépendants, les chômeurs et les inactifs. Les retraités les plus modestes, qui font face à des primes d'assurance élevées au regard de leurs ressources, sont également particulièrement concernés par l'absence de couverture. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise depuis 2016 a permis, en réduisant les inégalités de couverture au sein des salariés du secteur privé, de réduire la non-couverture pour les classes moyennes modestes. Pour autant, la situation économique et sociale des individus reste le principal déterminant de la souscription d'une complémentaire santé, du fait du coût des contrats mais aussi des démarches administratives qui freinent l'accès à la complémentaire des individus les plus modestes.

**E**n 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 popu-

lation, 96,4 % bénéficiant d'une complémentaire santé en 2019. Elle finance une partie importante des dépenses de soins et de biens médicaux en 2019. En comparaison des autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la France est ainsi conjointement le pays où l'assurance privée est la plus répandue dans la population et parmi ceux où elle contri-

bue le plus au financement des dépenses de santé<sup>1</sup> (Drees, 2021).

<sup>1</sup> L'assurance privée représente en France 14 % des dépenses courantes de santé (agrégat OCDE), soit juste derrière la Slovénie (16 %), le Canada (15 %) et au même niveau que l'Irlande (14 %). Les Pays-Bas (62 %), la Suisse (49 %) et les États-Unis (39 %) ne sont pas comparables à la France car l'assurance privée y joue un rôle d'assurance principale qui, dans le cas des Pays-Bas et de la Suisse, est fortement régulée par l'État.

Dans un pays où l'assurance publique obligatoire et universelle finance 78 % des dépenses de santé en moyenne en 2019 et contribue fortement à la réduction des inégalités de niveaux de vie (Fouquet et Pollak, 2022), cette place singulière de la complémentaire santé atteste des limites de l'assurance maladie publique : pour

permettre à tous d'accéder aux soins jugés essentiels sans barrière financière et pour réduire le risque faible mais réel de faire face à des dépenses de santé catastrophiques<sup>2</sup> (Adjerad et Courtejoie, 2020). La singularité de la complémentaire santé résulte notamment des choix qui ont été faits par les décideurs publics pour tenter

de diminuer les barrières financières d'accès aux soins tout en limitant les dépenses publiques et en conservant l'organisation actuelle du système mixte d'assurance. De nombreux dispositifs ont ainsi été mis en place pour tenter de favoriser la diffusion de la complémentaire santé – jusqu'à chercher à la généraliser – tout en encadrant son fonctionnement : une complémentaire santé gratuite ou en contrepartie d'une participation financière modérée pour les plus modestes (Couverture maladie universelle complémentaire-CMU-C en 2000, Aide à la complémentaire santé-ACS en 2005, devenue Complémentaire santé solidaire-CSS en 2019), des incitations financières à la mise en place des contrats d'entreprise (dès 1979) suivie de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise pour les salariés du secteur privé (en 2016) qui devrait être étendue aux salariés de la fonction publique en 2024, une régulation des dispositifs de sortie des contrats d'entreprise pour les chômeurs et les retraités, l'interdiction d'augmenter la prime d'un assuré particulier au-delà de celle appliquée au *pool* d'assurés du même contrat (loi Evin, 1989), et, enfin, une régulation de plus en plus renforcée des contrats solidaires et responsables à l'instar de la réforme du 100 % santé (à partir de 2019). Cette dernière permet, pour les personnes couvertes par ces contrats, d'accéder à un panier de soins dentaires, optiques et en audiologie sans aucun reste à charge.

Cette politique de forte régulation et de quasi-généralisation de la complémentaire santé a conduit à améliorer la couverture totale de la population. Mais elle a également conduit à souligner les limites de l'organisation complexe et coûteuse du système actuel à deux étages d'assurance maladie qui pose des questions de solidarité et d'efficacité (Hcaam, 2022) :

- En termes de solidarité, le mode de financement de l'assurance maladie privée ne dépend pas de la capacité contribu-

E

### L'évolution du recueil du statut de couverture par une complémentaire santé dans les enquêtes en population générale

Les enquêtes sur la santé et la protection sociale en population générale sont des outils incontournables pour étudier la couverture par une complémentaire santé. Elles permettent d'analyser la diffusion et le type de contrats souscrits selon la situation économique et sociale des individus, facteur principal de la souscription d'une complémentaire santé et du niveau de garanties souscrits. Or ces informations ne sont pas ou très peu observées dans les bases de données médico-administratives. Elles permettent également d'étudier la couverture selon l'état de santé et les besoins de soins des individus qui ne peuvent être uniquement approchés par les bases de données médico-administratives du fait de nombreuses barrières d'accès aux soins. Elles permettent enfin de disposer d'informations sur les opinions et les préférences des individus et, notamment, en ce qui concerne l'évaluation des politiques d'assurance, les préférences face au risque que seules des enquêtes auprès des populations ou des expérimentations peuvent révéler.

La dernière décennie a été marquée par une évolution notable de ces enquêtes. L'Enquête santé européenne (EHIS) 2019, qui est représentative de la population française de 15 ans et plus, s'inscrit dans ce contexte (Leduc *et al.*, 2021). Elle fait suite aux Enquêtes santé et protection sociale (ESPS) de l'Irdes qui ont été menées entre 1988 et 2014, la dernière année d'enquête ayant servi de support à l'Enquête santé européenne de 2014 (Célan *et al.*, 2017) ; l'enquête Statistiques sur les ressources et conditions de vie (SRCV) de l'Insee ayant accueillie, en 2017, des questions sur la complémentaire santé (Fouquet, 2020). Nous présentons ici de façon très synthétique la façon dont le recueil des informations sur la complémentaire santé a évolué au cours de la dernière décennie.

**Les enquêtes ESPS (1988-2014).** Les informations relatives à la complémentaire santé sont recueillies pour tous les membres des ménages qui participent à l'enquête. La personne de référence qui est échantillonnée répond d'abord par téléphone, pour elle-même et pour les

autres membres du ménage, sur le statut de couverture de chacun. Un questionnaire papier, qui doit être rempli par la ou les personnes qui ont souscrit le(s) contrat(s), est ensuite envoyé au domicile des participants afin de recueillir des informations plus précises sur les contrats et leurs assurés (principaux et ayants droit).

**L'enquête SRCV (2017).** Les informations sur la complémentaire santé sont recueillies par un enquêteur en face à face auprès de tous les individus de 15 ans et plus des ménages participants à l'enquête auprès de qui des questions sur la couverture des moins de 15 ans sont également posées. Des questions sur le type de contrat et le statut des assurés sont posées mais l'enquête ne permet pas de savoir qui est l'assuré principal lorsque les assurés ont déclaré être ayants droit.

**L'enquête EHIS (2019).** Les informations sur la couverture par une complémentaire santé sont recueillies par téléphone ou en face à face pour tous les individus échantillonnés et participant à l'enquête, soit pour un individu de 15 ans et plus par ménage qui répond alors pour lui-même (sauf lorsque celui-ci est mineur). Contrairement aux enquêtes ESPS, il n'est donc pas possible, lorsque le répondant est ayant droit, de connaître, auprès du souscripteur du contrat lui-même, des informations sur la couverture (type de couverture, garanties, prime, etc.), ni sur son statut d'emploi, qui sont des informations précieuses pour effectuer les recodages relatifs au type de couverture (individuel/collectif).

L'évolution des modes de recueil de la couverture par une complémentaire santé et des différents apurements qu'il est possible de réaliser implique de comparer avec prudence le statut de couverture par une complémentaire santé au cours du temps, notamment en ce qui concerne le 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.

<sup>2</sup> Les dépenses de santé catastrophiques s'entendent ici comme des dépenses de santé très élevées (parfois plusieurs milliers d'euros) qui restent à la charge des assurés après l'intervention de l'assurance maladie publique. Elles concernent des risques santé qui sont mal pris en charge par la Sécurité sociale, comme les participations financières à l'hôpital lorsque le ticket modérateur est dû (en cas de séjour en médecine ou en réanimation, par exemple, notamment dans les cas de la Covid-19), mais aussi des recours fréquents à des soins de ville et à des dispositifs médicaux.

tive des ménages : les primes des contrats dépendent essentiellement de l'âge des assurés (pour les contrats souscrits de façon individuelle) ou du *pool* d'assurés (pour les contrats souscrits de façon collective). Ainsi, le financement de la complémentaire santé augmente avec le risque maladie et renforce les inégalités de niveau de vie. La mutualisation des dépenses de santé assurée par la complémentaire santé entre les individus bien portants et les malades apparaît par ailleurs relativement faible en comparaison de celle induite par l'assurance publique (Franc et Pierre, 2015).

- En termes d'efficacité, en raison des coûts de gestion de ce système dual, qui fait de la France le pays ayant les frais de gestion le plus élevés de l'OCDE derrière les Etats-Unis.

Ainsi, alors que le taux de personnes sans couverture est passé de près de 14 % en 1996 à 3,6 % en 2019 pour la population de 15 ans et plus (graphique 1), la situation économique et sociale des individus reste le principal déterminant de la souscription d'une complémentaire santé et du niveau de garanties souscrits. Les réformes récentes, qui favorisent la diffusion de la complémentaire santé selon le statut d'emploi des individus, conduisent à renforcer la segmentation des risques sur le marché de la complémentaire santé induisant ainsi une moindre solidarité entre

les bien portants et les malades qui sont plus souvent hors du marché du travail. La pression à la hausse que ces réformes exercent sur les primes des contrats individuels devrait également conduire à renforcer les difficultés d'accès à la complémentaire santé des personnes les plus modestes

et les plus âgées. Alors que la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise en 2016 aurait permis de baisser la non-couverture d'un point environ et que l'accès à la complémentaire santé des salariés du secteur privé a pu être amélioré (Fouquet, 2020 ; Perronnin, 2019 ; Pierre

## SOURCE

### L'enquête EHIS 2019

L'Enquête santé européenne (European Health Interview Survey, EHIS) 2019 est une enquête sur la santé des populations réalisée dans tous les pays d'Europe, pilotée par Eurostat au niveau européen, et par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) pour la France. L'enquête est représentative de la population âgée de 15 ans et plus vivant en ménage ordinaire (hors institutions) et collecte des informations sur la situation socio-économique des individus, leur état de santé, leur recours aux soins, leurs habitudes de vie, leur consommation d'alcool et de tabac, et, pour la France, leur couverture par une complémentaire santé. En 2019, l'enquête française a été étendue aux départements et régions d'outre-mer (Drom - Guadeloupe, Guyane, Mayotte, Martinique, la Réunion). Les données n'étant pas encore disponibles, le champ des analyses présentées dans ce *Questions d'économie de la santé* concerne uniquement la France métropolitaine.

**Le volet Métropole.** Le volet Métropole de l'enquête a été réalisé par la Drees et l'Irdes, avec l'appui de la société Kantar. Près de 15 000 personnes ont participé à l'enquête, soit un taux de réponse de 57 %. Les individus ont été enquêtés entre mai 2019 et janvier 2020 par téléphone (8 000 personnes environ) ou, pour les personnes dont il n'a pas été possible de récupérer un numéro de téléphone, en face à face (7 000 personnes environ). L'échantillonnage a été réalisé par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee) dans les Fichiers démographiques sur les logements et les individus (Fideli) au sein desquels les revenus fiscaux des individus ont également été récupérés.

**Les questions relatives à la complémentaire santé.** Les questions sur la complémentaire santé ont été posées à la personne échantillonnée lorsqu'elle était majeure, ou à un autre majeur du ménage si elle ne pouvait pas répondre. Les informations recueillies concernent le fait d'être bénéficiaire de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), couvert par une complémentaire santé privée, le type de complémentaire (individuelle, collective issue d'un employeur du secteur privé, contrat de fonctionnaires), le fait d'être l'assuré principal ou un ayant droit (ainsi que l'assuré principal le cas échéant), le montant de la prime, les opinions sur les garanties, les motifs de non-couverture.

## MÉTHODE

### Echantillon d'étude

Le tableau ci-dessous présente les caractéristiques de l'échantillon à partir duquel les analyses ont été réalisées. Il concerne 14 151 individus de 15 ans et plus résidant en France métropolitaine.

Afin de disposer de l'information la plus fiable concernant le fait d'être couvert ou non, les informations relatives à la couverture par une complémentaire santé (être couvert, bénéficiaire de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), avoir un contrat individuel ou collectif) ont d'abord toutes été corrigées et recodées en fonction du statut d'emploi déclaré par les personnes enquêtées, de la personne qui a souscrit le contrat de complémentaire santé. Une pondération calée sur le taux de bénéficiaires de la CMU-C en population générale a également été créée et

une méthode d'imputation des valeurs aberrantes de la CMU-C utilisée. Ainsi, en 2019, 3,6 % des individus de l'échantillon ne sont pas couverts par une complémentaire santé, 6,2 % bénéficient de la CMU-C, 37,8 % sont couverts par un contrat d'entreprise, 50,2 % sont couverts par un contrat individuel et 2,2 % sont couverts par un contrat privé de type inconnu (individuel ou collectif).

### Caractéristiques de l'échantillon

	Effectifs	% pondérés		Effectifs	% pondérés		Effectifs	% pondérés
<b>Complémentaire santé</b>			<b>Santé perçue</b>			<b>Statut d'emploi</b>		
Non couverts	513	3,6	(Très) bonne	10 034	71,1	En emploi	7 096	53,6
CMU-C	794	6,2	Assez bonne	2 969	21,1	Salariés du privé	4 397	33,9
Contrat d'entreprise	5 140	37,8	(Très) mauvaise	1 148	7,8	Salariés du public	1 701	12,2
Contrat individuel	7 393	50,1	<b>Maladie chronique</b>			Indépendants	648	4,9
Contrat privé inconnu	311	2,2	Oui	5 506	37,7	Retraités	4 001	26,1
<b>Age</b>			Non	8 645	62,3	Chômeurs	805	4,6
15 à 25 ans	1 868	14,5	<b>Type de ménage</b>			Etudiants	1 254	9,3
26 à 35 ans	1 787	13,7	Couple avec enfants	5 479	39,2	Au foyer	456	3,2
36 à 45 ans	2 168	16,0	Couple sans enfants	4 100	27,7	Autres inactifs	539	3,1
46 à 54 ans	2 439	16,8	Famille monoparentale	1 288	9,2	<b>Préférences face au risque</b>		
55 à 64 ans	2 455	15,2	Personne seule	2 748	19,9	Aversion faible	1 079	7,9
65 à 74 ans	2 110	13,5	Autres	536	4	Aversion intermédiaire	7 914	55,7
75 ans et plus	1 324	10,4				Aversion forte	5 039	35,5
<b>Total</b>	<b>14 151</b>	<b>100,0</b>				Non renseigné	119	0,8

et Jusot, 2017), le transfert d'assurés – le plus souvent en bonne santé – que cette réforme a engendré du marché individuel vers le marché collectif conduit à une plus forte concentration d'assurés en mauvaise santé sur le marché individuel. La réforme du 100 % santé a quant à elle conduit à augmenter les niveaux de garanties des contrats individuels d'entrée de gamme. Sous l'effet de la concurrence, cela a accéléré la convergence des pratiques tarifaires des différentes familles d'organismes (Drees, 2019), en généralisant sur le marché de l'assurance individuelle une tarification actuarielle en fonction de l'âge, au détriment des plus âgés.

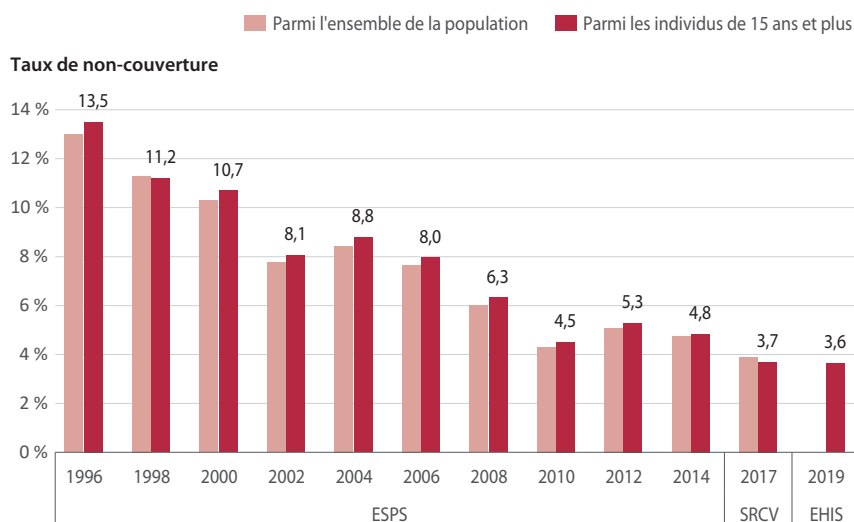
Bien que la non-couverture par une complémentaire santé soit à son niveau le plus bas, le système actuel – qui favorise l'accès à la complémentaire santé par le statut d'emploi – présente des risques de perte de couverture et peut conduire à renforcer les difficultés d'accès à la complémentaire santé pour les personnes ne bénéficiant pas de la CSS, notamment les plus âgés, ou à l'occasion de transitions professionnelles (chômage, retraite). Cette étude a pour objet de décrire les 2,5 millions de Français qui restent sans complémentaire santé en 2019 pour diverses raisons – contrats trop chers, non-recours au droit de la CSS (un tiers de non-recours) ou encore par choix. Elle exploite l'Enquête santé européenne (EHIS) 2019 (encadré Source p. 3) dont les résultats sont mis en perspective avec les enquêtes précédentes (encadré p. 2).

**Moins de 4 %  
de la population française  
sans complémentaire santé en 2019  
et un taux de non-couverture qui  
continue de décroître lentement...**

Selon l'Enquête santé européenne, 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 complémentaire était comparable en 2017 (3,7 % selon l'enquête SRCV) et atteignait 4,5 % entre 2010 et 2014 selon les Enquêtes santé et protection sociale (ESPS) [graphique 1]. L'absence de complémentaire santé concerne en effet une faible proportion de la population depuis plusieurs

G1

## Évolution du taux de personnes sans complémentaire santé entre 1996 et 2019 en France métropolitaine



Sources : Enquêtes ESPS 1996-2014, Irdes ; SRCV 2017, Insee et EHIS 2019, Drees-Irdes.

Champ : Population de France métropolitaine assurée auprès du Régime général (y compris la Sécurité sociale indépendants, anciennement RSI) et de la Mutualité sociale agricole (MSA). Les bénéficiaires de l'Aide médicale gratuite (avant 2000), de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'Aide à la complémentaire santé (ACS) depuis 2000 et 2004 sont considérés comme couverts.

📄 Télécharger les données

années et cette tendance continue de se renforcer doucement. Si la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a certainement contribué à cette tendance à partir de 2016, c'est au début des années 2000, avec l'introduction des dispositifs de la CMU-C et de l'ACS que la non-couverture a le plus diminué en France : alors que près de 14 % de la population française de 15 ans et plus ne bénéficiaient pas d'une complémentaire santé en 1996, ils étaient 11 % à ne pas être couverts en 2000 et 6 % environ en 2008.

**... pour autant, les personnes  
les plus pauvres sont toujours  
les plus concernées par l'absence  
de complémentaire santé**

Si le taux de personnes sans complémentaire santé est relativement faible en population générale, une telle situation concerne toujours plus souvent, en 2019, les personnes les plus pauvres. Près de 11 % des individus de 15 ans et plus appartenant au premier décile de niveau de vie (revenu par Unité de consommation-UC) sont concernés par l'absence d'une complémentaire santé

(graphique 2)<sup>3</sup>. C'est le cas de 6 % de ceux appartenant au deuxième décile et de 4,2 % de ceux appartenant au troisième décile. A partir du quatrième décile, le taux de personnes sans complémentaire santé est toujours inférieur à celui observé en population générale. Si l'on compare ce gradient avec ceux observés dans les enquêtes de 2017 et 2014, on constate que la non-couverture est toujours aussi forte pour les 10 % d'individus les plus pauvres mais que, depuis 2017, les personnes appartenant aux deuxième, troisième et quatrième déciles sont plus souvent couvertes. Bien que ces résultats doivent être pris avec précaution compte tenu des différences de recueil des revenus entre les enquêtes<sup>4</sup>, ils corroborent ceux de

<sup>3</sup> Bien que la grande majorité des personnes du premier décile soient théoriquement éligibles à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) puis à la Couverture santé solidaire (CSS), cette non-couverture peut s'expliquer par un phénomène de non-recours aux droits, mais aussi par des définitions différentes de la notion de revenu entre l'enquête (revenu fiscal 2019) et les règles d'éligibilité à la CMU-C (revenu des douze mois précédant la demande de CMU-C).

<sup>4</sup> Les revenus de l'enquête EHIS-ESPS 2014 sont des revenus déclarés dans le cadre de l'enquête. Ceux des enquêtes SRCV 2017 et EHIS 2019 proviennent de sources fiscales. La prise en compte des valeurs manquantes et de la non-réponse ne sont pas comparables.

G2  
l'enquête PSCE 2017. Celle-ci montrait que la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise de 2016 a permis d'améliorer l'accès à la complémentaire santé d'entreprise pour les salariés ayant les salaires les plus bas (Perronnin, 2019), ce qui est aussi conforme aux effets attendus (Pierre et Jusot, 2017).

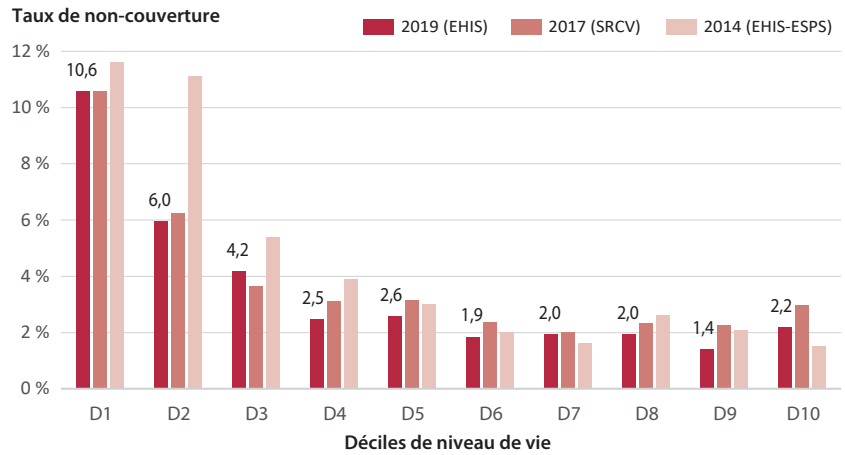
Ce gradient de non-couverture selon le niveau de revenu se reflète également à travers la situation sociale des individus. Les familles monoparentales et les ménages complexes<sup>5</sup> sont également plus souvent concernés par l'absence de complémentaire santé : c'est le cas de respectivement 9 % et 7 % d'entre eux *versus* 5 % pour les individus qui vivent seuls et moins de 3 % pour les personnes en couple avec ou sans enfant. 13 % de la population de 15 ans et plus de nationalité étrangère ne sont pas couverts contre 5 % des Français par naturalisation et moins de 3 % des Français de naissance. Les inégalités de couverture se reflètent sur le territoire : 9 % des résidents des Quartiers prioritaires de la politique de la ville (QPV) ne sont pas couverts.

### Les personnes en dehors du marché de l'emploi, notamment les chômeurs, sont les moins souvent couvertes par une complémentaire santé

En 2019, trois ans après la mise en œuvre de la réforme de l'Accord national interprofessionnel (Ani) pour les salariés du secteur privé et avant l'introduction d'une complémentaire santé collective pour les salariés du secteur public, respectivement 1,5 % et 2,5 % des salariés des secteurs privé et public ne sont pas couverts par une complémentaire santé (graphique 3). L'absence de couverture était cependant déjà rare avant la réforme, elle concernait seulement 3,1 % des salariés du secteur privé en 2014. En comparaison avec les personnes qui ne sont pas concernées par ces réformes, 3,2 % des étudiants ne sont pas couverts en 2019, de même que 3,7 % des retraités, 5,5 % des travailleurs indépendants, 7,5 % des personnes au foyer et

<sup>5</sup> Il s'agit ici des ménages en colocation et en regroupement familial en dehors des situations strictes suivantes : couples avec ou sans enfant, familles monoparentales, personnes seules.

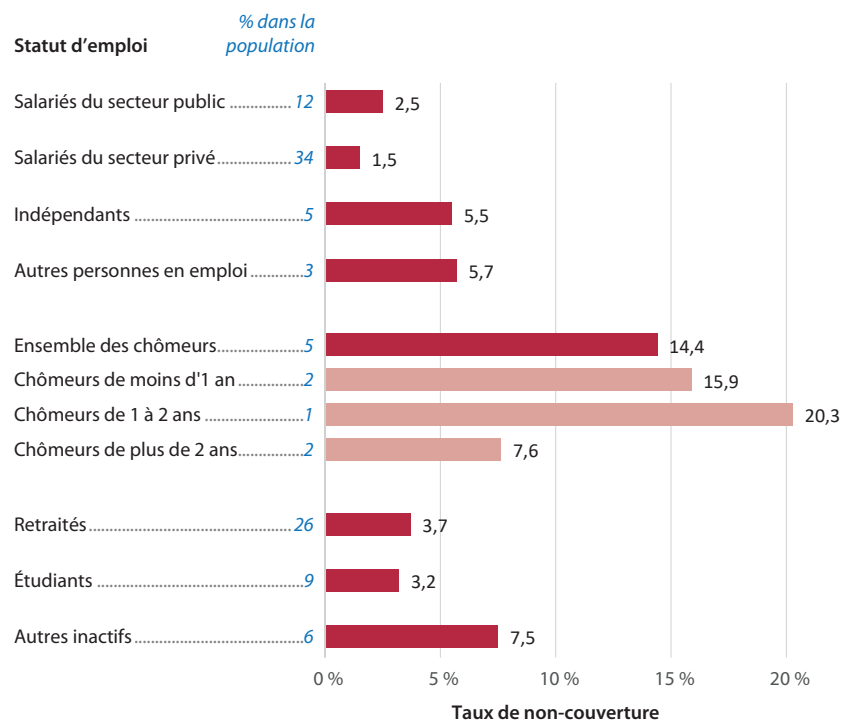
## Taux de personnes sans complémentaire santé en 2019, en 2017 et en 2014 selon les déciles de niveau de vie (revenu par unité de consommation)



Sources et champs. 2019 : Enquête EHIS (Drees-Irdes) appariée avec les données de revenus issus de la DGFiP, population de France métropolitaine âgée de 15 ans et plus ; 2017 : Enquête SRCV appariée avec les revenus issus de la DGFiP, population française de France métropolitaine âgée de 15 ans et plus ; 2014 : Enquête ESPS-EHIS, revenus déclarés par les individus, population française de France métropolitaine âgée de 15 ans et plus ayant renseigné ses revenus.

[Télécharger les données](#)

## Taux de non-couverture en 2019 selon le statut d'emploi des individus et le fait d'être concerné ou non par les réformes de généralisation de la complémentaire santé



Source : Enquête EHIS 2019, Drees-Irdes.

Champ : Population de France métropolitaine âgée de 15 ans et plus.

[Télécharger les données](#)

G4

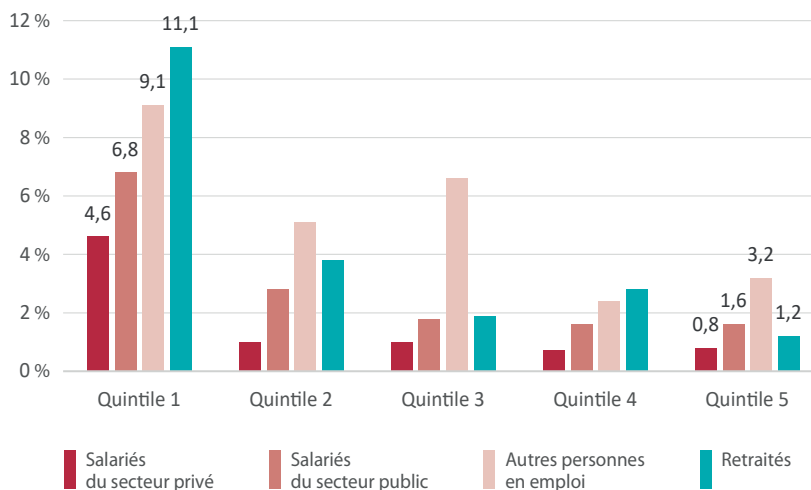
des autres personnes inactives et 14 % des chômeurs. Les chômeurs de courte durée (moins d'un an) sont 16 % à ne pas être couverts, et cette proportion est de 20 % pour les chômeurs depuis plus d'un an mais moins de deux ans. Après deux ans de chômage, la baisse de revenu liée à l'arrêt des allocations chômage fait basculer une partie des chômeurs dans la pauvreté et ils bénéficient plus souvent de la CSS, si bien que la proportion de non-couverts se limite à 7,6 %. Les chômeurs qui étaient salariés du secteur privé dans leur dernier emploi sont quant à eux 13 % à ne pas être couverts en 2019. Ceux qui sont au chômage depuis moins d'un an, potentiellement concernés par la portabilité<sup>6</sup>, sont 16 % à ne pas être couverts (21 % pour ceux au chômage entre un et deux ans et 9 % pour ceux au chômage depuis plus de deux ans).

### Les retraités font face aux inégalités sociales de couverture les plus grandes

Les retraités sont près de 11 % à ne pas être couverts parmi les retraités les plus pauvres (premier quintile de niveau de vie) en 2019 *versus* 1,2 % chez les retraités les plus riches (dernier quintile de niveau de vie) [graphique 4]. L'accès à la couverture complémentaire coûte en effet cher aux retraités : 5 % du revenu disponible en moyenne mais 10 % pour les plus modestes (Drees, 2019). Ils se couvrent sur le marché de l'assurance individuelle dont les cotisations dépendent de l'âge et qui offre un ratio prestation sur cotisation moins bon qu'en assurance collective (Drees, 2021). Les contrats d'entreprise, qui concernent les individus d'âge actifs, couvrent en effet une population en meilleur état de santé et bénéficient, *en sus*, du pouvoir de négociation et de la participation financière des employeurs.

Parmi les personnes en emploi, et quel que soit leur statut d'emploi (salariées du secteur public ou privé, non salariées), celles appartenant au premier quintile de niveau de vie sont également toujours plus souvent non couvertes que les plus aisées (graphique 4). Les salariés du secteur privé sont ceux qui sont les moins souvent non couverts en 2019 : 4,6 % de non couverts parmi les salariés du secteur

### Taux de non-couverture selon le niveau de vie (revenu par UC) et le statut d'emploi



Source : Enquête EHIS 2019, Drees-Irdes.

Champ : Population de France métropolitaine âgée de 15 ans et plus. Seuls les groupes d'individus suffisamment représentés dans chaque quintile de niveau de vie sont représentés : les chômeurs, les étudiants et les autres inactifs ne sont pas considérés.

[Télécharger les données](#)

privé appartenant au premier quintile de niveau de vie *versus* 6,8 % pour les salariés de la fonction publique et 9,1 % pour les indépendants. Par ailleurs, l'absence de couverture des salariés du secteur privé s'observe essentiellement pour les individus du premier quintile de niveau de vie, alors que le gradient de non-couverture est plus marqué et plus continu pour les autres catégories de personnes en emploi et pour les retraités. Toutefois, lorsqu'ils sont couverts, les salariés du secteur privé travaillant dans les secteurs d'activité les moins rémunérateurs se voient offrir en moyenne les contrats d'entreprise les moins généreux (Perronnin, 2019).

### La complexité administrative accentue les inégalités de couverture

Les individus qui déclarent n'avoir personne sur qui compter en cas de difficulté sont deux fois plus souvent non couverts que les autres personnes (8 % *versus* 4 %). Si un certain nombre d'individus non couverts ne peut prétendre aux aides dédiées aux plus pauvres en raison d'effets de seuil, ces résultats questionnent aussi le non-recours aux aides du fait de

la difficulté, pour certaines personnes, de remplir des formulaires administratifs souvent complexes. 8 % des individus qui déclarent qu'il est impossible ou toujours difficile de remplir correctement des formulaires médicaux<sup>7</sup> ne sont pas couverts (*versus* 4 % pour les autres), alors même que 42 % d'entre eux appartiennent au premier quintile de niveau de vie et que 28 % se déclarent en mauvaise ou très mauvaise santé (tableau). Les difficultés administratives accentuent ainsi les inégalités de couverture : les individus appartenant aux ménages les plus pauvres (premier quintile de niveau de vie) sont 14 % à ne pas être couverts lorsqu'ils déclarent avoir toujours ou généralement des difficultés face à ces questionnaires *versus* 8 %

<sup>6</sup> La portabilité concerne les personnes au chômage depuis moins d'un an qui étaient salariées du secteur privé dans leur dernier emploi sous conditions qu'elles étaient, évidemment, couvertes par le contrat de leur entreprise, et qu'elles bénéficient d'allocations chômage. La durée de cette portabilité dépend de leur ancienneté et ne peut excéder un an. Les données de l'enquête EHIS 2019 permettent de cibler les chômeurs de courte durée anciennement salariés du secteur privé mais ne permettent pas d'identifier précisément ceux qui sont éligibles à la portabilité.

<sup>7</sup> Les formulaires médicaux font référence aux questionnaires que les personnes sont amenées à remplir lors d'une admission à l'hôpital, chez le dentiste ou encore pour souscrire un prêt ou une assurance.

T

### Couverture, niveau de vie, santé perçue et aversion au risque selon la capacité des individus à remplir correctement un formulaire médical

	Complémentaire santé			Revenu par unité de consommation					Santé perçue			Aversion au risque			Total Effectifs
	Non couverts	CMU-C	CS privée	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	(Très) bonne	Assez bonne	(Très) mauvaise	Faible	Moyenne	Forte	
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%	
<b>Remplir correctement les formulaires médicaux*</b>															
Toujours, Généralement difficile	8	13	80	42	25	16	10	8	39	33	28	10	39	49	883
Parfois difficile	5	11	85	30	26	18	16	9	57	27	15	8	55	36	1 506
Toujours, Généralement facile	3	5	92	18	20	21	21	20	76	19	5	8	58	34	11 555

\*Questionnaires que les personnes sont amenées à remplir lors d'une admission à l'hôpital, chez le dentiste, ou encore pour souscrire un prêt ou une assurance.

Source : Enquête EHIS 2019, Drees-Irdes.

Champ : Population de France métropolitaine âgée de 15 ans et plus.

📄 Télécharger les données

et 7 % lorsqu'ils déclarent que le remplissage de ces questionnaires est parfois ou rarement difficile

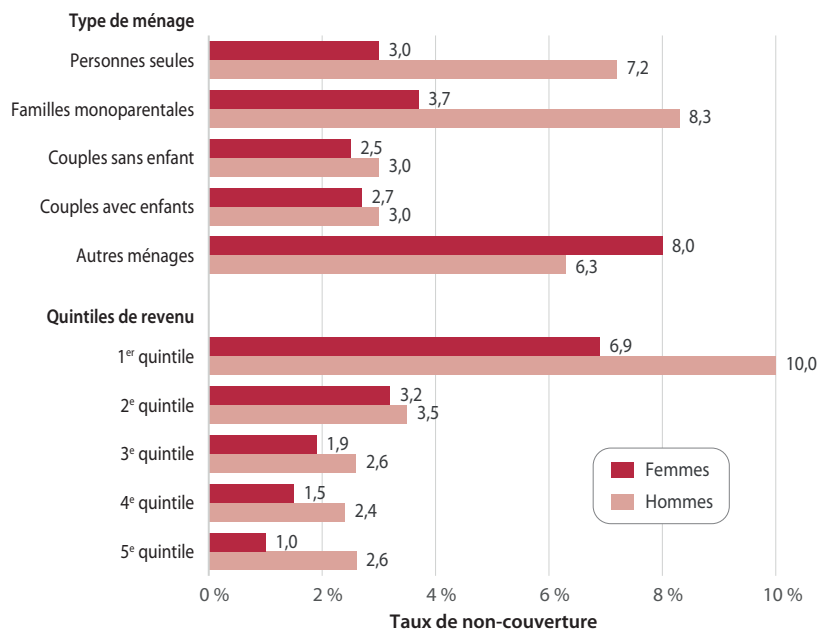
#### Des différences de non-couverture plus faibles selon le sexe, l'âge, l'état de santé et les préférences vis-à-vis du risque

Si en moyenne, les hommes sont un peu plus souvent non couverts que les femmes (4,3 % *versus* 3,1 %), l'absence de complémentaire santé les concerne d'autant plus qu'ils sont dans des situations précaires : 20 % des hommes au chômage ne sont pas couverts par une complémentaire santé contre 8 % des femmes au chômage. C'est également le cas de 10 % des hommes qui vivent dans le premier quintile de niveau de vie *versus* 6,9 % des femmes (graphique 5). Les hommes en mauvaise santé perçue sont également plus nombreux que les femmes à ne pas être couverts : 7,5 % *versus* 3,8 %. Il en est de même pour les hommes qui vivent seuls avec ou sans enfants : ils sont respectivement 7,2 % et 8,3 % à ne pas être couverts *versus* respectivement 3 % et 3,7 % des femmes dans la même situation.

Les jeunes âgés de 15 à 24 ans sont les plus souvent non couverts (4,6 %) et les personnes d'âge intermédiaire (45-54 ans) les moins souvent sans couverture (2,8 %). Les jeunes, qui sont plus souvent dans des situations précaires, ont également des besoins de soins modérés. Leur moindre couverture peut donc être financièrement contrainte mais également

G5

#### Taux de non-couverture entre les hommes et les femmes selon le niveau de vie (revenu par UC) et le type de ménage



Source : Enquête EHIS 2019, Drees-Irdes.

Champ : Population de France métropolitaine âgée de 15 ans et plus. Seuls les groupes d'individus suffisamment représentés dans chaque quintile de niveau de vie sont représentés : les chômeurs, les étudiants et les autres inactifs ne sont pas considérés.

📄 Télécharger les données

choisie<sup>8</sup>. L'absence de complémentaire santé concerne également un peu plus souvent les personnes qui se déclarent en mauvaise ou très mauvaise santé : 5,4 % *versus* 3,4 % pour celles en bonne ou très bonne santé, mais cet écart disparaît quand on tient compte des différences de situations économiques et sociales. La non-couverture concerne 4,5 % des moins aversés au risque et 3,8 % des plus aversés au risque, mais les préférences vis-à-vis du risque ne sont plus, toutes

choses égales par ailleurs<sup>9</sup>, significativement associées à l'absence de couverture

<sup>8</sup> La non-couverture des jeunes est plus fréquente chez ceux qui déclarent une moindre aversion au risque.

<sup>9</sup> Les variables suivantes ont été introduites : âge, sexe, nationalité, statut d'emploi, revenu par unité de consommation, nationalité, région d'habitation, avoir une maladie chronique, santé perçue, préférences vis-à-vis du risque ordonnées selon les modalités suivantes : aversion au risque forte, moyenne ou faible. Il s'agit du modèle le plus proche de celui réalisé avant la réforme de l'Ani par Pierre et Jusot (2017).

en population générale alors que l'aversion au risque était associée à la couverture avant la réforme de l'Ani (Pierre et Jusot, 2017). Les réformes récentes de la complémentaire santé ont rendu cette couverture quasi-obligatoire si bien que les préférences individuelles n'expliquent plus le choix de se couvrir ou non (Pierre *et al.*, 2018). Elles peuvent cependant continuer à jouer un rôle dans les choix de niveaux de garanties des contrats individuels ou les choix de souscrire une couverture surcomplémentaire en *sus* des complémentaires collectives d'entreprise.

\* \* \*

En 2019, l'absence de couverture par une complémentaire santé concerne près de 4 % de la population de France métropolitaine âgée de 15 ans et plus. Si la non-couverture en population générale est relativement faible et continue de décroître doucement, les individus les plus précaires, et notamment ceux appartenant au premier décile de niveau de vie, ainsi que les chômeurs et les inactifs, restent toujours autant concernés par l'absence d'une telle couverture. Ainsi, la proportion de personnes sans couverture est multipliée par 3 parmi les retraités du premier quintile de niveau de vie (11 %), par 4 chez les chômeurs (14 %) et même par 6 (20 %) parmi les personnes au chômage depuis 12 à 24 mois.

Alors que la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a permis, en réduisant les inégalités de couverture au sein des salariés du secteur privé, de réduire l'absence de complémentaire santé pour les classes moyennes les plus pauvres, cette réforme ne concerne pas les populations les plus souvent non couvertes, à savoir les indépendants, les

chômeurs de longue durée et les inactifs. Elle a également contribué à diminuer la non-couverture par choix, qui subsiste essentiellement pour les populations étudiantes. L'absence de complémentaire santé est également particulièrement élevée pour les retraités les plus modestes qui font face à des primes d'assurance élevées au regard de leurs ressources quand ils ne bénéficient pas de la CSS ; et ce alors même qu'ils sont ceux qui bénéficieraient le plus à être couverts compte tenu de

leur risque santé et, notamment, de leur risque d'hospitalisation. La segmentation des risques entre les marchés individuel et collectif de la complémentaire santé et l'évolution des primes des contrats individuels sont aujourd'hui au cœur des questions d'accès à la complémentaire santé et devront être étudiées avec attention, au même titre que la CSS qui, en mutualisant les anciens dispositifs de la CMU-C et de l'ACS, a pour objectif de faciliter l'accès des bénéficiaires potentiels. ♦

## POUR EN SAVOIR PLUS

- Adjerad R., Courtejoie N. (2020). « Pour 1 % des patients, le reste à charge après assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros annuels ». Drees, *Etudes et résultats*, n° 1 171.
- Célant N., Guillaume S., Rochereau T. (2017). L'Enquête santé européenne – Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014. Rapport de l'Irdes, n° 566.
- Drees (2021). *Les dépenses de santé en 2019 - Résultats des comptes de la santé - Edition 2020* - Panoramas de la Drees.
- Drees (2021). *Rapport 2021 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. Ed. de la Drees.
- Drees (2019). *La complémentaire santé. Acteurs, bénéficiaires, garanties*. Ed. de la Drees, Collection Panoramas.
- Fouquet M. (2020). « Une hausse modérée de la couverture de la population après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise ». Drees, *Etudes et Résultats*, n° 1 166.
- Fouquet M., Pollak C. (2022). « L'assurance maladie publique contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu ». Drees, *Etudes et résultats*, n° 1 220.
- Franc C., Pierre A. (2015). "Conséquences de l'assurance publique et complémentaire sur la distribution et la concentration des restes à charge : une étude de cas". *Économie et statistique*, 475(1), 31-49.
- 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*.
- Leduc A., Deroyon T., Rochereau T., Renaud A. (2021). « Premiers résultats de l'Enquête santé européenne (EHIS) 2019 - Métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte ». Les Dossiers de la Drees, n° 78.
- 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. Une évaluation *ex ante* des gains et des pertes de bien-être ». *Revue économique*, vol 69, n° 3, 2018/05, 407-441.
- Perronnin M. (2019). « L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017 ». Rapport de l'Irdes, n° 572.



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 • Editrice : Anne Evans • Editrice adjointe : Anna Marek • Relecteurs : Florence Jusot, Marc Perronnin •  
Infographiste : Franck-Séverin Clérembault • Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec • Imprimeur : Addax (Montreuil, 93) • Dépôt légal : Mai 2022 •  
Diffusion : Suzanne Chriqui • ISSN : 1283-4769 (papier), 2498-0803 (PDF).