

Annexe 3

Dix ans d'évolution de l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé

Enjeux méthodologiques et principaux résultats

Entre 2011 et 2021, les pouvoirs publics ont renforcé l'encadrement des niveaux de prise en charge des contrats de complémentaire santé, déjà amorcé depuis le milieu des années 2000. Les réformes successives (réforme des contrats responsables de 2015, généralisation de la complémentaire santé d'entreprise en 2016, ou encore mise en place progressive du 100 % santé depuis 2019) ont contribué à homogénéiser les contrats. L'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) est le dispositif qui permet de suivre à échéance régulière le niveau de couverture dont dispose la population française en matière de complémentaire santé. La première partie de cette annexe détaille les changements méthodologiques entre les différents millésimes de l'enquête OC, avec les précautions qui en découlent pour l'interprétation des résultats sur la période 2011 à 2021. La seconde partie présente les évolutions de la couverture des personnes bénéficiaires d'un contrat de complémentaire entre 2011 et 2021, en lien notamment avec les évolutions réglementaires intervenues au cours de ces dix années. La prise en charge par les contrats individuels a eu tendance à augmenter ces dernières années pour la plupart des postes de soins, tandis qu'elle a pu diminuer pour les contrats collectifs les plus couvrants. Néanmoins, des écarts notables demeurent, notamment entre les contrats individuels et les contrats collectifs.

I. Évolutions méthodologiques de l'enquête OC

Afin de connaître les niveaux de garantie dont disposent les bénéficiaires de contrat de complémentaire santé, la DREES, via l'enquête OC (voir annexe 2), interroge des organismes de complémentaire santé sur les caractéristiques des contrats commercialisés (population couverte, montants des garanties et tarifs, notamment).

L'enquête a été conduite pour la première fois en 2000 et a connu depuis plusieurs modifications de nature diverse (champ, méthode, fréquence...). Par exemple, elle n'était initialement menée qu'auprès des mutuelles, et les questions portaient sur trois points de référence dans le marché des contrats individuels et collectifs : le contrat dit « minimum » (ou contrat d'entrée, offrant la plus faible couverture en soins dentaires et en optique), le contrat dit « maximum » (offrant la plus forte couverture en soins dentaires et en optique) et, entre ces deux extrêmes, le contrat dit « modal » (ou contrat le plus souvent souscrit). En 2005, l'enquête a fait l'objet d'une refonte complète et, à partir de cette édition, le questionnaire a été profondément remanié et recentré sur les garanties proposées par les trois contrats les plus souscrits.

En 2019, l'enquête est réalisée en deux étapes pour améliorer sa représentativité

Jusqu'à l'édition 2016, chaque organisme complémentaire ayant une activité en santé interrogé était invité à remplir un questionnaire pour ses trois principaux contrats de chaque type (individuel et collectif puis, à partir de 2016, les contrats de surcomplémentaire également). L'enquête était ainsi représentative des trois contrats modaux. Une extrapolation, réalisée ensuite à l'ensemble des contrats, conduit à des résultats sur l'ensemble des personnes couvertes.

Pour l'édition de l'enquête réalisée sur des données de 2019, la DREES a mis en place un nouveau protocole de collecte visant à améliorer la représentativité de l'enquête. Comme il n'existe pas de liste exhaustive de contrats, une étape préliminaire est introduite (Guilloton, Lapinte, 2022) permettant d'établir la liste des dix principaux contrats de chaque type pour chaque organisme sollicité. Cette liste constitue une base de tirage de contrats, parmi lesquels

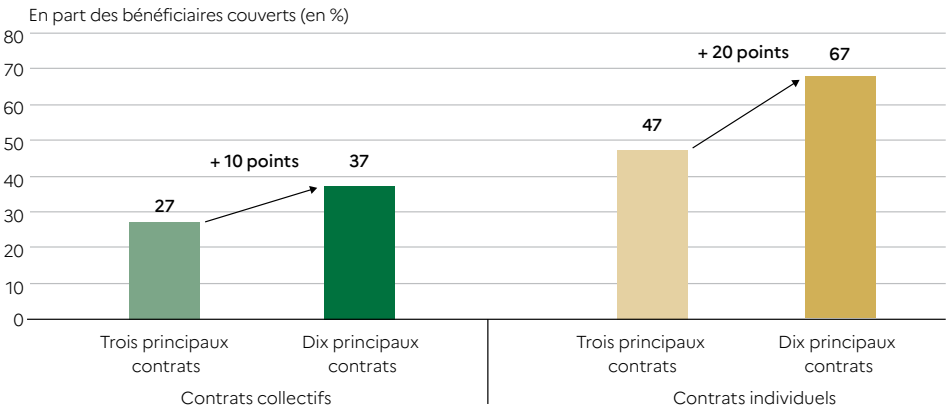
sont sélectionnés ceux que les organismes complémentaires doivent décrire : effectifs couverts, niveaux de garantie, tarification. L'introduction de cette étape supplémentaire conduit à une connaissance plus fine de la couverture réelle de la population, en intégrant des contrats moins souscrits. Cet élargissement aux contrats de rang 4 à 10, en termes de bénéficiaires, a permis de couvrir 67 % des personnes bénéficiaires d'un contrat individuel (contre moins de 47 % auparavant) et 37 % des personnes bénéficiaires d'un contrat collectif (contre 27 % auparavant) [graphique 1]. Le champ est restreint aux organismes générant un chiffre d'affaires d'au moins 5 millions d'euros en santé (couvrant 99 % des cotisations récoltées).

Malgré la hausse du temps de collecte reposant sur les organismes enquêtés du fait de l'introduction d'une nouvelle étape, le taux de réponse global des deux étapes confondues reste très élevé et s'est même amélioré (91 % des organismes interrogés en 2021, contre 83 % en 2016).

Un changement dans le calcul de la pondération des contrats enquêtés

Le changement de protocole de collecte s'est également accompagné d'un changement méthodologique du calcul des poids des contrats interrogés. La sélection de contrats identifiés par l'organisme (les trois principaux dans l'ancien protocole ou les dix principaux dans le nouveau), bien que prédéterminée, peut être rapprochée d'un tirage aléatoire à probabilité inégale en fonction de la taille ; avant l'enquête de 2019, le calcul des poids associés à ces contrats reposait sur un sondage stratifié à probabilités égales¹. Ce changement de formalisation du tirage conduit aussi à considérer que la probabilité pour un contrat d'être tiré se définit désormais au regard de l'organisme complémentaire et non plus en fonction de la strate d'organisme complémentaire. Ce changement méthodologique permet de davantage contenir l'effet de la pondération des contrats.

Graphique 1 Part des bénéficiaires couverts par les trois et les dix contrats les plus souscrits



Note > Le taux de couverture est calculé en rapportant le nombre de personnes effectivement couvertes par les contrats listés au nombre total de personnes couvertes par l'ensemble des organismes.

Lecture > En 2019, sur le marché individuel, les trois principaux contrats, c'est-à-dire ceux ayant le plus de bénéficiaires au sein de chaque organisme, représentent 47 % de l'ensemble des bénéficiaires de contrat individuel, contre 67 % pour les dix principaux contrats.

Champ > Organismes complémentaires répondant à la première étape de l'enquête OC 2019.

Source > DREES, enquête OC 2019.

¹. Jusqu'en 2016, les probabilités de tirage associées aux contrats pour déterminer leur poids dans l'enquête OC étaient les mêmes pour l'ensemble des contrats appartenant à une même strate définie selon la famille d'organismes (mutuelles, institutions de prévoyance, entreprises d'assurance) et sa taille (chiffre d'affaires en tranche).

Une rupture de série entre 2016 et 2019 rendant difficile la comparaison dans le temps

Ces évolutions méthodologiques ont nécessité une révision des séries publiées (données 2011, 2013, 2014, 2016) en s'appuyant sur la nouvelle méthode de calcul des poids². Néanmoins, seul le changement de méthode de calcul des poids peut être intégré aux résultats des années antérieures, via un nouveau calcul *ad hoc*. En effet, la mise en place en 2019 du nouveau protocole conduisant à collecter une information à la fois sur un plus grand type de contrats (des contrats de rang 4 à 10 en plus des rangs 1 à 3) [dans les faits, sur une gamme de garanties plus large] ne permet pas de révision des données de 2011 à 2016, ce qui crée une rupture de série entre les données 2016 et 2019.

En se restreignant en 2019 au champ des contrats de rang 1 à 3 il est possible de reconstituer un champ comparable à celui de 2016 et des années précédentes. Néanmoins, 40 % des contrats de rang 1 à 3 commercialisés par les organismes complémentaires interrogés ne sont pas enquêtés en 2019 (puisque'ils sont remplacés par des contrats de rang 4 à 10), ce qui conduit à un fort effet d'échantillonnage impliquant d'interpréter les résultats avec prudence.

Les résultats présentés dans la seconde partie de cette annexe sur les années 2011 à 2021 doivent être appréhendés en deux temps : l'évolution de 2011 à 2016 et celle de 2019 à 2021. Les évolutions entre 2016 et 2019 nécessitent d'être interprétées avec précaution (Guilloton, Lapinte, 2022).

Les nouveaux contrats individuels intégrés au champ sont davantage positionnés sur le bas et le haut de la distribution

Cet élargissement aux contrats de rang 4 à 10 conduit à une connaissance plus fine de la couverture réelle de la population. Cependant, il rend difficile le suivi dans le temps des indicateurs. En effet, une augmentation

(respectivement une baisse) des niveaux de garantie entre 2016 et 2019 peut être imputable à l'élargissement du champ si les contrats de rang 4 à 10 sont plus couvrants (respectivement moins couvrants) que les contrats de rang 1 à 3 et non à une réelle évolution des caractéristiques observées. Par exemple, en 2021, les personnes couvertes par un contrat individuel de rang 4 à 10 disposent plus souvent de garanties dans le haut ou le bas de la distribution en optique simple (bénéficiaires davantage concentrés dans les trois premiers et trois derniers déciles) que celles couvertes par un contrat de rang 1 à 3 (*graphique 2*). En revanche, ces contrats individuels de rang 4 à 10 offrent des garanties plus faibles en orthodontie.

Depuis 2021, les garanties des contrats ne sont plus associées à un montant de dépenses

Un autre changement est intervenu en 2021 dans la restitution des niveaux de garantie des contrats. Selon les contrats, pour une garantie donnée, les niveaux de remboursement sont exprimés par les organismes complémentaires soit en euros, soit en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), y compris ou hors remboursement par l'assurance maladie obligatoire (AMO), ou encore en pourcentage des frais réel. Cette hétérogénéité de l'expression des niveaux de remboursement nécessite de traduire les prises en charge dans une même unité. Pour cela, jusqu'en 2019, un bien de référence, permettant d'associer une BRSS à un tarif donné était défini.

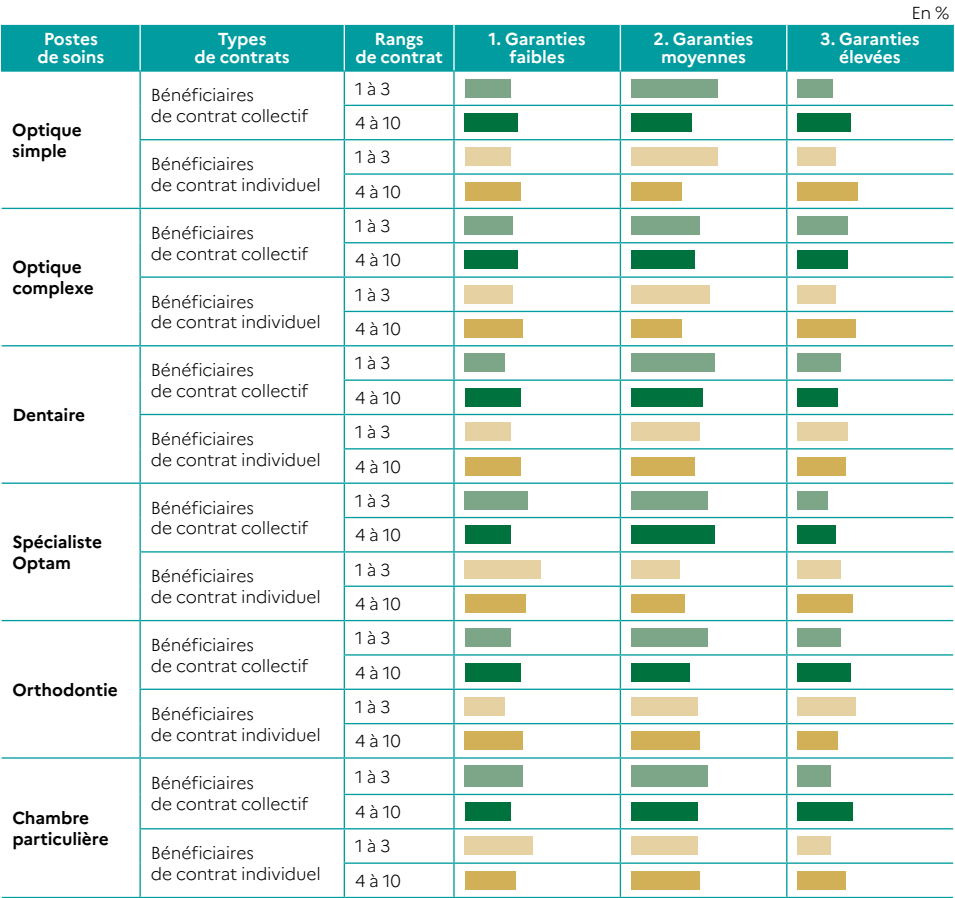
Pour chaque type de garantie recueillie, le tarif du bien de référence auquel étaient appliquées les garanties des contrats était fixé par la DREES. Pour un certain nombre d'actes, le reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) du montant du bien de référence était inférieur au plafond de remboursement d'une partie des contrats. Par exemple,

2. La série historique avant révision ainsi que celle révisée sont disponibles dans l'espace Open Data de la DREES. Cette dernière intègre pour l'année 2019 deux estimations des indicateurs : celle obtenue sur le nouveau champ des contrats de rang 1 à 10, et celle obtenue sur le champ historique restreint aux contrats de rang 1 à 3. La série sur le champ restreint permet de faciliter la comparaison dans le temps, en se limitant à un champ comparable aux années antérieures à 2019, mais avec un échantillon réduit de 40 %.

en 2019, pour les consultations de spécialistes, 54 % des bénéficiaires de contrat collectif et 25 % des bénéficiaires de contrat individuel disposaient d'une garantie supérieure à celle associée au RAC AMO de la consultation, dont le prix considéré s'établissait à 60 euros. Parmi les

contrats les mieux couvrants, on ne distinguait alors pas les « bons » contrats des « très bons » contrats. Certains biens de référence n'avaient pas été modifiés depuis quinze ans, ce qui explique leur niveau relativement faible par rapport aux dépenses réelles observées pour ces

Graphique 2 Répartition des contrats individuels de rang 1 à 3 versus rang 4 à 10, selon le niveau de garantie, en 2021



Optam : option de pratique tarifaire maîtrisée.

Note > Les bénéficiaires de contrats sont classés selon trois niveaux de couverture établis pour chacun des postes de soins examinés et définis parmi l'ensemble des bénéficiaires des contrats enquêtés : « 1. Garanties faibles », correspondant aux 30 % des bénéficiaires avec les garanties les plus basses ; « 3. Garanties élevées », correspondant aux 30 % des bénéficiaires avec les garanties les plus élevées ; et « 2. Garanties moyennes », correspondant aux 40 % restant. Ces trois niveaux sont propres à chaque garantie considérée et sont définis sur l'ensemble des contrats d'un type donné (individuel ou collectif).

Les contrats de rang 1 à 3 correspondent aux trois principaux contrats collectifs/individuels des organismes interrogés ; les contrats de rang 4 à 10 correspondent aux 4^e, 5^e... 10^e principaux contrats collectifs/individuels des organismes interrogés.

Lecture > Les bénéficiaires de contrat individuel de rang 1 à 3 sont moins nombreux à disposer de garanties du groupe le plus bas en optique simple que les bénéficiaires de contrats de rang 4 à 10.

Source > DREES, enquête OC 2021.

postes de soins et aux montants des garanties proposées par certains contrats bien couvrants. À partir de 2021, les garanties maximales proposées pour un acte médical ou un bien sont considérées, plutôt que des montants remboursés associés au prix fixé d'un acte ou bien. Afin de pouvoir tout de même calculer une garantie en euros pour les contrats exprimant leur offre en pourcentage des frais réels (une minorité des contrats), le montant utilisé est celui du 95^e centile de la distribution des prix observés dans le Système national des données de santé (SNDS) pour l'acte ou le bien considéré. Cette approche permet de ne pas être dépendant du choix du montant du prix des biens de référence qui peut être considéré soit comme faible au regard des garanties proposées par certains contrats, soit comme élevé par rapport aux prix généralement pratiqués. Les niveaux de garantie de 2019 et 2021 présentés dans l'ouvrage (voir fiches 20 à 24) ont été recalculés selon cette approche³. En revanche, dans la suite de cette annexe, les garanties des années 2019 et 2021 sont calculées pour des prix fixés de biens de référence, afin de faciliter la comparaison avec les années 2011 à 2016. Les montants des garanties les plus élevés présentés dans cette annexe diffèrent donc de ceux présentés dans les fiches du reste de l'ouvrage.

II. Évolutions réglementaires et évolutions des garanties des bénéficiaires de complémentaire santé entre 2011 et 2021

Les évolutions des garanties présentées dans cette partie portent sur la période allant de 2011 à 2021. Elles sont pour partie dues à des évolutions réglementaires qui ont pu conduire les organismes à revoir les montants des garanties des contrats. Les évolutions qui reposent sur la comparaison des périodes 2011 à 2016 et 2019 à 2021, ne doivent pas être interprétées directement, compte tenu de l'élargissement du champ. Il n'est, en effet, pas possible de distinguer précisément, entre 2016 et 2019, une baisse

ou une hausse de couverture de l'effet de l'élargissement du champ des contrats enquêtés⁴.

Les évolutions réglementaires sur la période 2011-2021 ont réduit les disparités entre contrats

Les pouvoirs publics se sont attachés depuis le milieu des années 2000 à un encadrement croissant des niveaux de prise en charge des contrats de complémentaire santé. Le dispositif des contrats dits « responsables », créé en 2004 puis réformé en 2014, a renforcé les exigences en matière de prise en charge des frais de santé (voir annexe 1). Plusieurs objectifs sont poursuivis :

- responsabiliser financièrement les patients, *via* la création de participations financières ne devant pas être couvertes par les complémentaires santé et *via* la modulation de la prise en charge selon le respect du parcours de soins (voir fiche 01) ;
- assurer un socle de prise en charge minimale, *via* des planchers de prise en charge ;
- contenir les prix pratiqués par les professionnels de santé, *via* la fixation de plafonds de prise en charge et de tarifs opposables ;
- limiter les dépenses pour les ménages sur les biens avec fort reste à charge, en mettant en place des prix limites de vente et des remboursements intégraux sur le panier 100 % santé en optique, en dentaire et en audiologie (voir fiches 22, 23, 24 et 29).

Les disparités de prise en charge des dépenses de santé entre les contrats se sont donc réduites et, de façon générale, le niveau de prise en charge des contrats a augmenté ces dernières années sur le marché individuel, tandis qu'il a diminué pour les contrats collectifs les plus couvrants. Les évolutions des garanties diffèrent cependant selon les postes de soins.

Par ailleurs, depuis le 1^{er} janvier 2016, tout employeur de droit privé a l'obligation de proposer une complémentaire santé à ses salariés et de participer au montant de la cotisation à hauteur de 50 % au minimum. Les salariés ont obligation de la

3. Cette révision n'a en revanche pas été réalisée pour les années précédentes dans les données en ligne.

4. De nombreuses données relatives aux montants des garanties sont disponibles dans l'espace Open Data de la DREES.

souscrire, sauf situations particulières permettant d'en être dispensés (voir fiche 13). Entre 2014 et 2017, à la suite de cet accord national interprofessionnel (ANI), 5 % de personnes supplémentaires sont couvertes par un contrat d'entreprise en France métropolitaine, en tant qu'ouvrants droit ou ayants droit (Fouquet, 2020). Pour la plupart, elles disposaient déjà d'un contrat individuel, en général moins couvrant. Le taux de couverture global par une complémentaire santé sur cette période gagne 1 point, passant de 95 % à 96 %.

Les garanties socle que doivent proposer ces contrats collectifs d'entreprise sont, par ailleurs, légèrement supérieures aux planchers des contrats responsables. Ainsi, la prise en charge des frais de soins dentaires prothétiques et des soins d'orthopédie dento-faciale s'élève à au moins 125 % de la BRSS pour les contrats collectifs, contre 100 % pour les contrats responsables ; le forfait de prise en charge des dispositifs d'optique dans le panier libre s'élève en optique simple à 100 euros, contre 50 euros.

Le contrat d'accès aux soins en 2013 conduit à une baisse de prise en charge des dépassements d'honoraires des contrats collectifs

Afin de limiter l'augmentation des dépassements d'honoraires, le remboursement des consultations de spécialistes de secteur 2 est réglementé depuis 2013 avec la mise en place du contrat d'accès aux soins (CAS), remplacé en 2017 par l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) [voir fiche 20]. La réforme du CAS/Optam a introduit, d'une part, une BRSS plus élevée pour les consultations dans le cadre du CAS⁵, d'autre part, un plafonnement des remboursements des consultations hors CAS/Optam. Ceux-ci ne peuvent excéder 200 % de la BRSS et doivent présenter un écart de 20 % minimal avec les remboursements de spécialistes ayant adhéré à un contrat d'honoraires maîtrisés. Par exception et à titre transitoire, pour les soins délivrés en 2015 et

2016, le plafond maximum de remboursement hors CAS a été fixé à 225 % de la BRSS, soit une prise en charge des dépassements d'honoraires plafonnée à 125 % de la BRSS.

De ce fait, les bénéficiaires de contrats très couvrants, généralement des contrats collectifs⁶, ont vu leur niveau de couverture baisser pour des consultations hors CAS/Optam. Ainsi, la moitié des bénéficiaires de contrat collectif disposent, en 2021, de la garantie maximale autorisée de 29,90 euros (D5) pour la consultation d'un spécialiste hors Optam (*graphiques 3a et 3b*), tandis qu'en 2011, plus de quatre bénéficiaires de contrat collectif sur dix disposaient d'un montant supérieur à 40 euros. L'amplitude des remboursements entre contrats se trouve désormais fortement réduite pour les consultations hors Optam. À tarif de consultation donné, les montants versés par les complémentaires aux bénéficiaires des contrats les plus couvrants sont plus faibles après la réforme de 2013, en raison, d'une part, du plafonnement des garanties hors CAS/Optam, d'autre part, d'une hausse des remboursements par l'AMO pour les consultations dans le cadre du CAS/Optam (*encadré 1*).

Pour les bénéficiaires de contrat individuel, la prise en charge des consultations de spécialistes s'est améliorée sur l'ensemble de la distribution, depuis 2011

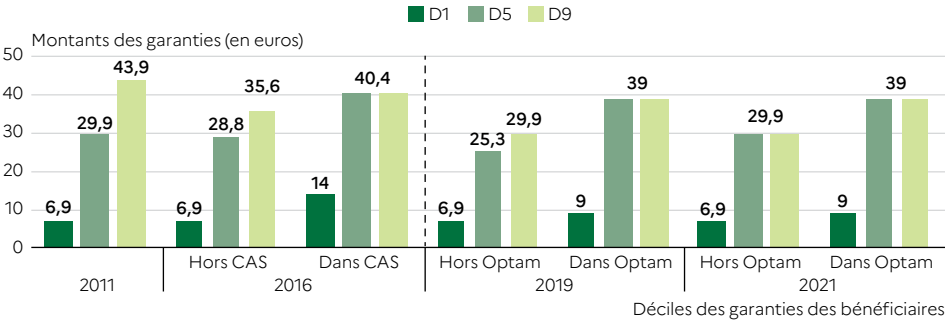
Pour les 20 % de bénéficiaires de contrat collectif les moins bien couverts et la quasi-totalité des bénéficiaires de contrat individuel, la mise en place du CAS a conduit à une augmentation de la prise en charge. En effet, la mise en place de remboursements différenciés n'a pas engendré de baisse des remboursements des consultations réalisées auprès de spécialistes non-adhérents au CAS, mais de meilleurs remboursements des consultations auprès des spécialistes adhérents. À cela s'ajoute la réforme des contrats responsables de 2015, qui conduit au remboursement

5. La BRSS est passée de 23 euros en 2011, à 28 euros en 2015 pour les consultations dans le CAS, et à 30 euros en 2017 pour les consultations dans l'Optam.

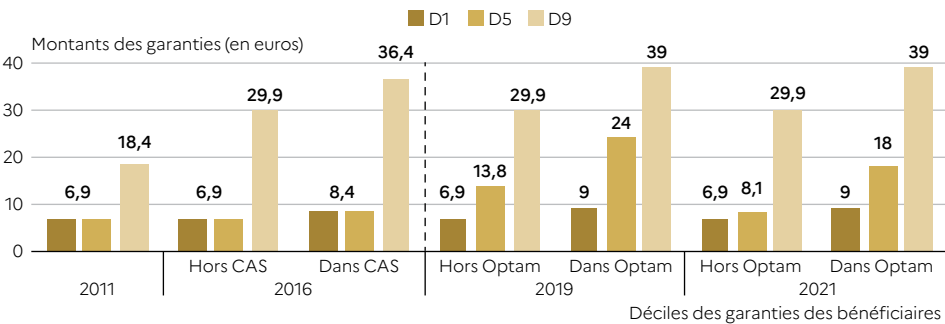
6. Pour les bénéficiaires de contrat individuel, le plafonnement de la prise en charge pour les consultations hors CAS/Optam a peu d'effet, dans la mesure où très peu d'entre eux (moins de 10 %) bénéficiaient, avant ces dispositifs, de garanties supérieures.

Graphique 3 Évolution de la prise en charge pour la consultation d'un spécialiste de secteur 2 facturée 60 euros, dans le parcours de soins

3a. Bénéficiaires de contrat collectif



3b. Bénéficiaires de contrat individuel



CAS : contrat d'accès aux soins ; Optam : option de pratique tarifaire maîtrisée.

Note > En 2011, puis en 2016 et 2019 hors CAS/Optam, l'assurance maladie obligatoire (AMO) rembourse 70 % du tarif de convention fixé à 23 euros moins la participation forfaitaire de 1 euro, soit un remboursement de 15,10 euros. En 2016 dans le CAS, le tarif de convention est de 28 euros, soit un remboursement par l'AMO de 18,60 euros. En 2019 dans l'Optam, le tarif de convention est de 30 euros, soit un remboursement par l'AMO de 20 euros. L'élargissement du champ de trois à dix contrats engendre une rupture de série entre 2016 et 2019 (ligne verticale pointillée).

Lecture > En 2011, les 10 % des bénéficiaires de contrat collectif les moins bien couverts disposent d'une garantie de remboursement inférieure ou égale à 6,90 euros (D1) pour une consultation dans le parcours de soins d'un médecin spécialiste, facturée 60 euros.

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CMU-C, ACS et CSS, France entière.

Sources > DREES, enquête OC 2011, 2016, 2019 et 2021.

d'au minimum la totalité du ticket modérateur (TM)⁷, notamment des consultations de médecins, généralistes et spécialistes. Enfin, la part des contrats offrant une prise en charge d'au moins une partie des dépassements d'honoraires a augmenté. Ainsi, tandis qu'en 2011 et 2016, la moitié des bénéficiaires de contrat individuel ne disposaient d'aucune prise en charge des dépassements d'honoraires, c'est le cas de quatre bénéficiaires sur dix en 2021.

Une légère amélioration de la prise en charge des dépenses à l'hôpital depuis 2011

La réforme des contrats responsables de 2015 a également instauré la prise en charge intégrale par les contrats de complémentaire santé du TM sur les frais de séjour et la prise en charge illimitée du forfait journalier hospitalier (FJH) [voir fiche 21] facturé par les établissements de santé, quelle que soit la durée du séjour et pour tout type d'hospitalisation

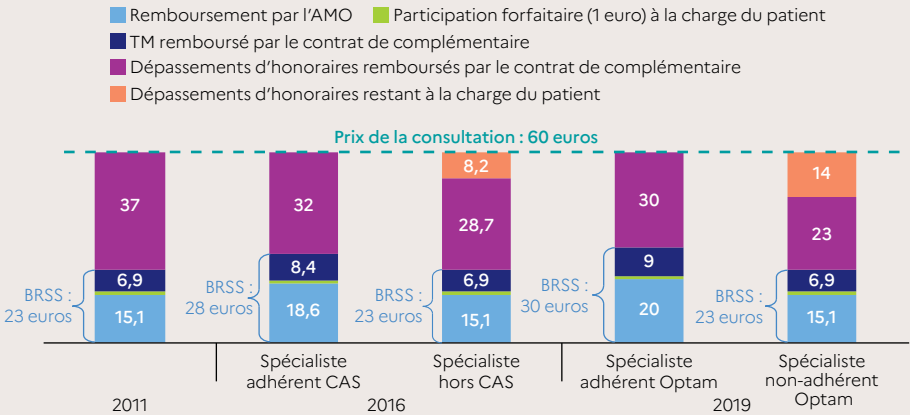
⁷ À l'exception des TM des médicaments à service médical rendu (SMR) faible ou modéré, des spécialités homéopathiques et des frais de soins thermaux.

Encadré 1 Décomposition de la prise en charge d'une consultation auprès d'un spécialiste de secteur 2, dans le cadre du parcours de soins en 2011, 2016 et 2019

Pour une consultation à 60 euros, si celle-ci a lieu auprès d'un médecin signataire du contrat d'accès aux soins (CAS), en 2016, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) s'élève à 70 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) fixée à 28 euros, contre 23 euros en 2011 avant la réforme, soit une prise en charge par l'AMO de 19,60 euros contre 16,10 euros. Les contrats les plus couvrants qui prennent en charge l'intégralité du reste à charge se sont donc acquittés de 3,50 euros de moins en 2016. Si la consultation a lieu auprès d'un professionnel non-signataire de l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam), les contrats qui remboursaient 43,90 euros (le ticket modérateur [TM] à 6,90 euros et les 37 euros de dépassement) en 2011, ne peuvent plus rembourser au-delà de 35,65 euros (6,90 euros de TM et 23 euros + 25 % de dépassement) en 2016 et au-delà de 29,90 euros en 2019 (voir schéma ci-dessous).

En 2011, pour une consultation de spécialiste dans le cadre du parcours de soins facturée 60 euros, environ 30 % des bénéficiaires de contrat collectif et moins de 10 % des bénéficiaires de contrat individuel disposaient d'une prise en charge totale de la dépense. Entre 2016 et 2021, les garanties pour les consultations hors CAS/Optam ont été réduites pour les bénéficiaires de contrats les plus couvrants, laissant un reste à charge aux bénéficiaires, même les mieux couverts. Dans le cadre du CAS/Optam, en revanche, les garanties ont augmenté pour tous, notamment du fait d'une BRSS revue à la hausse, à 28 euros d'abord, puis à 30 euros à partir du 1^{er} juillet 2017.

Exemple pour une consultation à 60 euros et une prise en charge par un contrat responsable très couvrant



Note > Cet exemple s'applique aux contrats très couvrants, c'est-à-dire les contrats qui couvrent le maximum autorisé pour une consultation à 60 euros : ils prennent ainsi en charge la totalité de la part non remboursée par l'AMO (à l'exception de la participation forfaitaire) pour une consultation dans le cadre du CAS/Optam.

(médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie [MCO], soins médicaux et de réadaptation [SMR], hospitalisation à domicile [HAD] et psychiatrie [PSY]). Avant cette réforme, 5 % des personnes couvertes par une complémentaire santé ne bénéficiaient pas d'une prise en charge illimitée du forfait journalier en MCO, 10 % en SMR, et 36 % en PSY (Barlet *et al.*, 2019).

La majorité des contrats offrent des garanties supplémentaires pour des dépenses non prises

en charge par l'AMO. Pour limiter le risque à couvrir, certains contrats plafonnent la durée ou le montant de prise en charge. La part de bénéficiaires de contrat de complémentaire disposant d'une prise en charge de la chambre particulière d'une durée illimitée est restée stable entre 2019 et 2021, comme entre 2011 et 2016 (sept bénéficiaires sur dix sur les deux périodes).

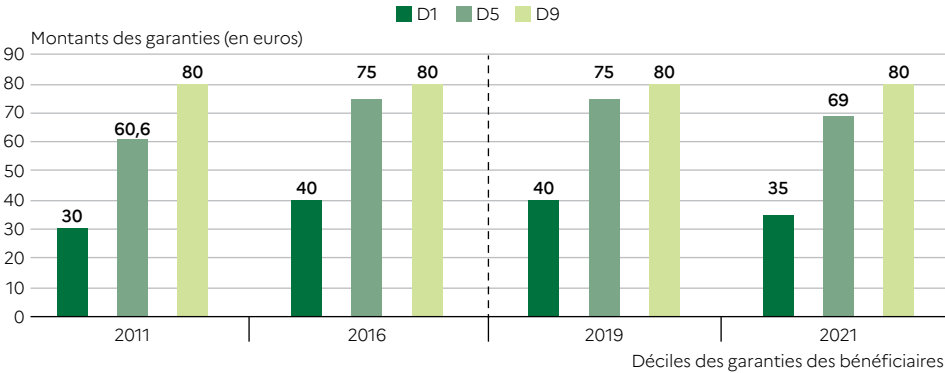
Le montant médian (D5) de prise en charge d'une chambre particulière facturée 80 euros par jour a

augmenté, pour les bénéficiaires de contrat collectif, entre 2011 et 2016 (passant de 61 à 75 euros) et a fléchi légèrement entre 2019 et 2021 (passant de 75 à 69 euros) ; pour les bénéficiaires de contrat individuel, le montant médian augmente légèrement entre 2011 et 2016 (de 40 à 45 euros), pour se maintenir ensuite (graphiques 4a et 4b). Depuis 2011, environ un bénéficiaire de contrat individuel sur dix ne dispose d'aucune prise en charge de la chambre particulière. En ce qui concerne les dépassements d'honoraires pouvant être pratiqués par des praticiens

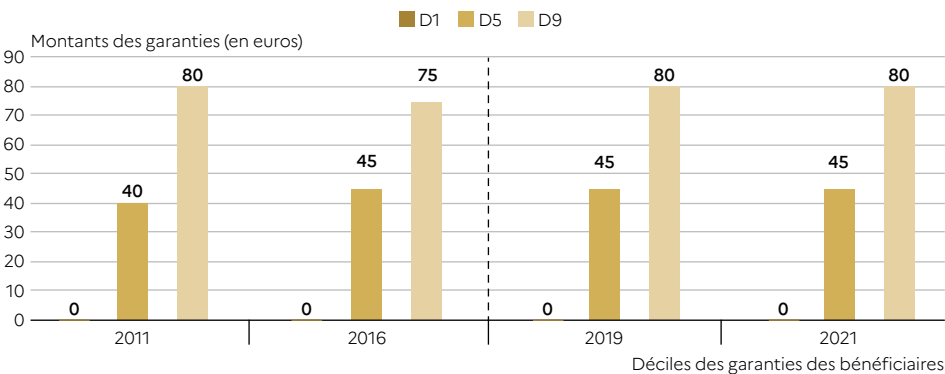
hospitaliers, la prise en charge par les contrats complémentaires s'est progressivement améliorée : six bénéficiaires de contrat individuel sur dix disposaient d'une prise en charge d'au moins une partie des dépassements en 2011, contre sept sur dix en 2016, et huit sur dix en 2021. La part de bénéficiaires de contrat collectif sans prise en charge des dépassements d'honoraires, déjà limitée en 2011 (15 %), est restée relativement stable jusqu'en 2016. En 2019 et 2021, 10 % d'entre eux ne disposent d'aucune prise en charge au-delà du TM. Parmi ceux qui bénéficient d'une prise

Graphique 4 Évolution des remboursements d'une chambre particulière au tarif de 80 euros

4a. Bénéficiaires de contrat collectif



4b. Bénéficiaires de contrat individuel



Note > L'enquête OC recueille les caractéristiques des trois (jusqu'en 2016) ou dix contrats (à partir de 2019) les plus souscrits ; celles-ci sont extrapolées à l'ensemble des bénéficiaires de complémentaire santé. L'élargissement du champ de trois à dix contrats engendre une rupture de série entre 2016 et 2019 (ligne verticale pointillée).

Lecture > En 2019, les 10 % des bénéficiaires de contrat collectif les mieux couverts disposent d'une garantie de remboursement de 80 euros (D9), donc totale, pour une chambre particulière au tarif de 80 euros, non prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO).

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CMU-C, ACS et CSS, France entière.

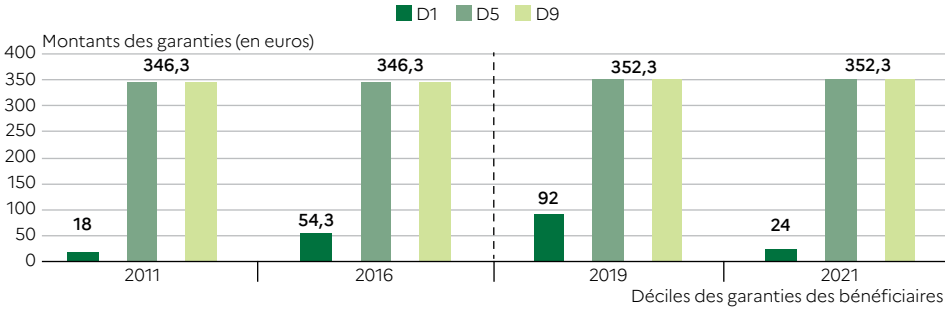
Sources > DREES, enquête OC 2011, 2016, 2019 et 2021.

en charge, les montants sont très variables. Ainsi, pour une opération de la cataracte facturée 600 euros, en 2016, comme en 2011, l'intégralité du RAC AMO est couverte par les contrats complémentaires pour la majorité des bénéficiaires de contrat collectif et une minorité de bénéficiaires de contrat individuel (respectivement six sur dix, contre seulement un sur dix). En 2021, un quart des bénéficiaires de contrat individuel disposent d'une prise en charge intégrale. Le montant médian (D5) de prise en charge pour les bénéficiaires de contrat individuel a

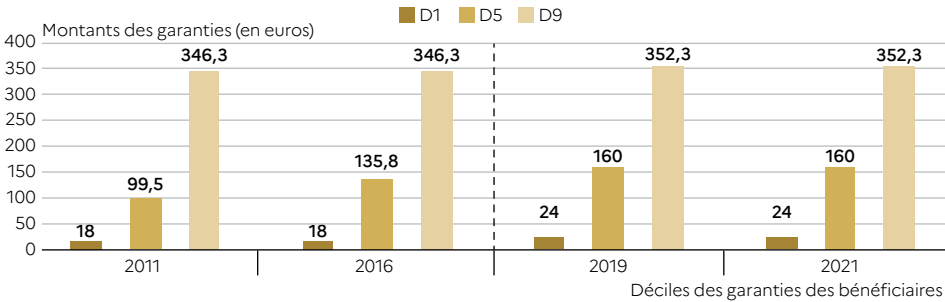
augmenté progressivement depuis 2011 (de 100 euros en 2011, il passe à 135,80 euros en 2016 et s'élève à 160 euros en 2019 et 2021) [graphique 5b]. La BRSS n'a pas évolué sur l'ensemble de la période (elle s'élève à 271,70 euros), mais le montant de la participation forfaitaire spécifique à certains actes lourds⁸, non prise en charge par l'AMO, est passé de 18 à 24 euros depuis le 1^{er} janvier 2019. Les 10 % de bénéficiaires de contrat individuel les moins bien couverts ont ainsi vu leur garantie augmenter de 6 euros entre 2011 et 2019 (D1), en lien avec

Graphique 5 Évolution des remboursements des dépassements d'honoraires à l'hôpital : exemple d'une opération de la cataracte facturée 600 euros

5a. Bénéficiaires de contrat collectif



5b. Bénéficiaires de contrat individuel



Note > L'enquête OC recueille les caractéristiques des trois (jusqu'en 2016) ou dix contrats (à partir de 2019) les plus souscrits ; celles-ci sont extrapolées à l'ensemble des bénéficiaires de complémentaire santé. L'élargissement du champ de trois à dix contrats engendre une rupture de série entre 2016 et 2019 (ligne verticale pointillée).

Lecture > En 2019, les 10 % des bénéficiaires de contrat collectif les mieux couverts disposent d'une garantie de remboursement de 352 euros (D9) pour une opération de la cataracte facturée 600 euros. Pour ce soin, en 2019, l'assurance maladie obligatoire (AMO) rembourse 248 euros (tarif de convention de 271,70 euros moins la participation forfaitaire de 24 euros sur les actes lourds). En 2016, le tarif de convention s'établissait à 271,70 euros et la participation forfaitaire à 18 euros.

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CMU-C, ACS et CSS, France entière.

Sources > DREES, enquête OC 2011, 2016, 2019 et 2021.

8. Dont le tarif est au moins égal à 120 euros hors transport d'urgence et actes de radiodiagnostic, scanner et imagerie IRM.

cette hausse de la participation forfaitaire, dont la prise en charge est obligatoire pour les contrats responsables.

Entre 2011 et 2016, hausse des garanties en optique complexe pour les bénéficiaires les moins couverts

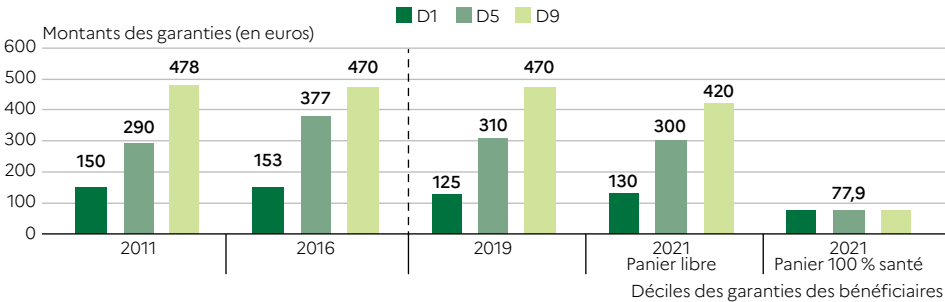
En 2015, la réforme des contrats responsables a mis en place des planchers de remboursement pour les contrats qui remboursent au-delà du TM (fixé à 2,97 euros en optique simple et à 9,43 euros en optique complexe) : pour un équipement complet (monture et verres), 50 euros en optique simple et 200 euros en optique complexe (voir annexe 1). Par ailleurs, le remboursement des montures a été plafonné à 150 euros. Ces planchers sont plus élevés pour les contrats

collectifs que les entreprises doivent proposer à leurs salariés depuis le 1^{er} janvier 2016 : en plus du socle de garanties imposées par les contrats responsables, ils doivent offrir une prise en charge minimale de 100 euros pour l'optique simple (contre 50 euros pour les contrats individuels) et de 200 euros pour l'optique complexe (comme pour les contrats individuels).

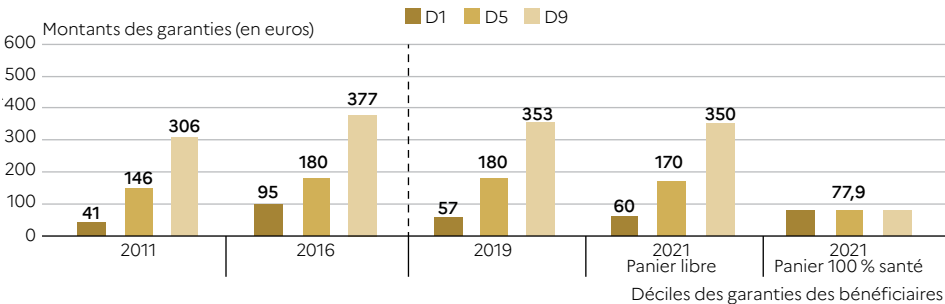
En optique simple, ces planchers ont conduit à l'augmentation de garanties d'une très faible proportion de bénéficiaires (moins de 5 %) qui disposaient de garanties inférieures (*graphiques 6a et 6b*). Une toute petite minorité seulement (3 %) disposait uniquement d'une indemnisation au niveau du TM en 2016. En optique complexe, en revanche, la moitié des bénéficiaires de contrat individuel disposaient en 2011 de garanties

Graphique 6 Évolution des remboursements d'un équipement complet (monture + verres) à 500 euros en optique simple

6a. Bénéficiaires de contrat collectif



6b. Bénéficiaires de contrat individuel



Note > L'enquête OC recueille les caractéristiques des trois (jusqu'en 2016) ou dix contrats (à partir de 2019) les plus souscrits ; celles-ci sont extrapolées à l'ensemble des bénéficiaires de complémentaire santé. L'élargissement du champ de trois à dix contrats engendre une rupture de série entre 2016 et 2019 (ligne verticale pointillée).

Lecture > En 2019, les 10 % des bénéficiaires de contrat collectif les mieux couverts disposent d'une garantie de remboursement de 125 euros (D1) pour un équipement complet (2 verres + monture) en optique simple.

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CMU-C, ACS et CSS, France entière.

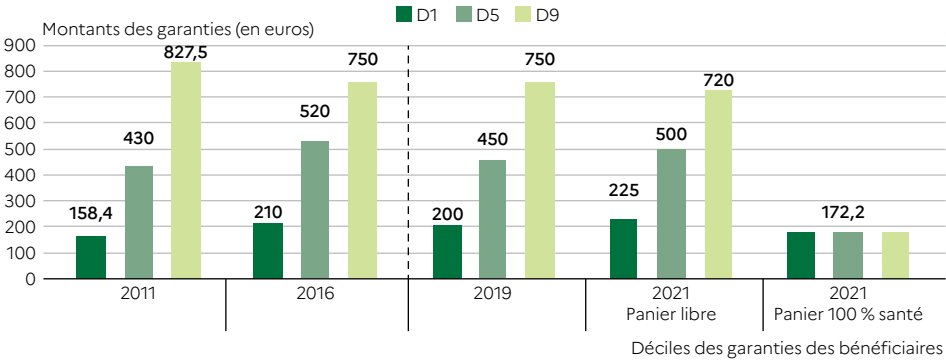
Sources > DREES, enquête OC 2011, 2016, 2019 et 2021.

inférieures au plancher de 200 euros (D5) ; ce n'était le cas que d'un peu plus d'un bénéficiaire de contrat collectif sur dix (*graphiques 7a et 7b*). Ces personnes peu couvertes ont donc vu leur niveau de garantie augmenter entre 2011 et 2016. La réforme des contrats responsables de 2015 introduit également des plafonds de garantie s'élevant à 470 euros pour un équipement (ensemble monture et verres) en optique simple et à 750 euros en optique complexe. Ces plafonds visent à contenir certaines pratiques

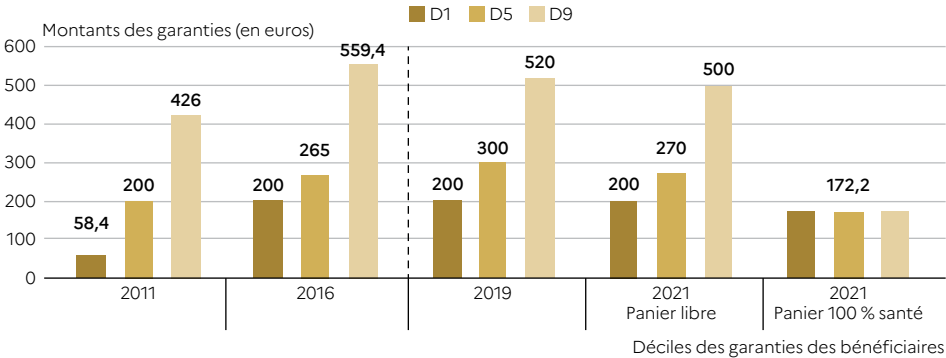
inflationnistes, avec l'idée que si les contrats ne peuvent plus rembourser au-delà d'un certain montant, les assurés ajustent leur achat de lunettes à la baisse, conduisant les opticiens à limiter les prix élevés⁹ (Jacquier, 2018). Compte tenu de la mise en place de ces plafonds, environ 10 % des bénéficiaires de contrat collectif ont vu leurs garanties diminuer en optique simple et complexe, entre 2011 et 2016. Les montants des meilleurs contrats individuels étant en 2011 bien inférieurs au plafond (le neuvième décile s'élève

Graphique 7 Évolution des remboursements d'un équipement complet (monture + verres) à 850 euros en optique complexe

7a. Bénéficiaires de contrat collectif



7b. Bénéficiaires de contrat individuel



Note > L'enquête OC recueille les caractéristiques des trois (jusqu'en 2016) ou dix contrats (à partir de 2019) les plus souscrits ; celles-ci sont extrapolées à l'ensemble des bénéficiaires de complémentaire santé. L'élargissement du champ de trois à dix contrats engendre une rupture de série entre 2016 et 2019 (ligne verticale pointillée).

Lecture > En 2019, les 10 % des bénéficiaires de contrat collectif les mieux couverts disposent d'une garantie de remboursement de 200 euros (D1) pour un équipement complet (2 verres + monture) en optique complexe.

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CMU-C, ACS et CSS, France entière.

Sources > DREES, enquête OC 2011, 2016, 2019 et 2021.

⁹ La part d'équipements complets vendus à des prix supérieurs aux plafonds a alors baissé et les prix se sont concentrés entre les planchers et les plafonds – mais davantage dans la partie haute de cette fourchette.

à 426 euros), ce plafond n'a pas d'incidence sur les garanties élevées.

Entre 2011 et 2016, la prise en charge des lunettes à verres simples a augmenté de 23 % en moyenne pour les bénéficiaires de contrat individuel et de 8 % pour les bénéficiaires de contrat collectif. La prise en charge des lunettes à verres complexes a également augmenté plus fortement pour les bénéficiaires de contrat individuel (+ 32 %) que pour ceux de contrat collectif (+ 10 %).

Le plafonnement du remboursement des montures a été descendu à 100 euros à la suite de la réforme du 100 % santé

Les montants de garanties de 2019 et 2021, assez stables pour les bénéficiaires de contrat collectif, en optique simple et complexe, sont globalement plus bas qu'en 2016, sans qu'il soit possible de clairement distinguer une baisse des garanties d'un effet de l'intégration de nouveaux bénéficiaires au champ de l'enquête¹⁰. Ainsi, la garantie médiane (D5) en optique simple des bénéficiaires de contrat collectif s'élève à 300 euros en 2021 (310 euros en 2019) contre 377 euros en 2016. Les garanties médianes des bénéficiaires de contrat individuel sont, en revanche, relativement stables entre 2016 et 2021.

Les garanties les plus élevées ont cependant été revues à la baisse (de 20 à 30 euros de moins pour les 10 % les mieux couverts), excepté en optique simple pour les bénéficiaires de contrat individuel. Pour les bénéficiaires de contrat collectif, la diminution des meilleures garanties est la conséquence du plafond de remboursement revu à la baisse en 2020 sur le panier libre, dans le cadre de la réforme du 100 % santé (*graphiques 7a et 7b*) [fiche 29 et fiches 22, 23, 24].

Depuis 2020, les contrats responsables doivent proposer une prise en charge intégrale des biens du panier 100 % santé en optique. Par ailleurs, de nouvelles règles sont également introduites sur le panier libre : changements de BRSS, induisant une prise en charge plus réduite par l'AMO et mise en place de plafonds de prise en charge par

les contrats responsables sur les équipements complets, avec un plafond spécifique pour les montures. Celles-ci ne peuvent plus être prises en charge au-delà de 100 euros.

Le plafonnement des garanties introduit par la réforme du 100 % santé pour les biens du panier libre a eu un effet sur les garanties les plus élevées des bénéficiaires de contrat collectif. Il a conduit, en optique simple, à une baisse du montant de garantie pour les 20 % des bénéficiaires les mieux couverts en 2021 (420 euros, contre 470 euros en 2016). En optique complexe, bien que le plafond n'ait pas été revu à la baisse, les 10 % les mieux couverts disposent en 2021 d'un montant de garantie de 720 euros ou plus, contre 750 euros ou plus en 2019.

Prothèses dentaires : la hausse des garanties pour les bénéficiaires de contrat individuel entre 2011 et 2016 se poursuit en 2021

Sur la période 2011 à 2016, le remboursement médian (D5) que peuvent espérer les bénéficiaires de contrat collectif pour une prothèse céramo-métallique a un peu augmenté (il est passé de 323 euros à 355 euros) [*graphiques 8a et 8b*]. Pour les bénéficiaires de contrat individuel, il a peu évolué (il reste autour de 200 euros) mais le montant moyen est passé de 200 à 231 euros. Cette augmentation profite à l'ensemble des bénéficiaires : ceux disposant d'un contrat peu couvrant (à peine 5 % des personnes bénéficient d'une prise en charge limitée au TM en 2016, contre plus de 10 % en 2011) et ceux couverts par les meilleurs contrats. Les garanties semblent poursuivre leur augmentation, même si la comparaison avec 2019 doit être établie avec précaution.

La réforme du 100 % santé en dentaire classe les prothèses dentaires déjà existantes dans trois paniers en fonction de leur type et de la position de la dent (voir fiches 23 et 29). Depuis 2020, le remboursement, par les organismes complémentaires, pour une prothèse céramo-métallique du panier 100 % santé (c'est-à-dire pour les incisives, canines et premières

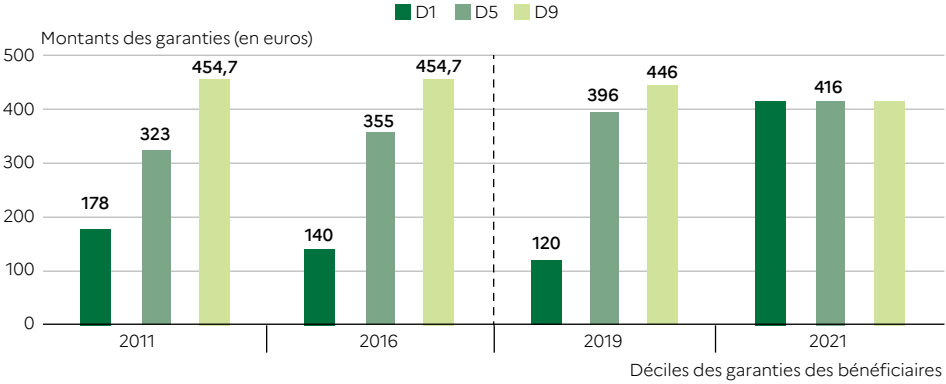
¹⁰. En optique simple, notamment, les contrats individuels de rang 4 à 10 sont davantage des contrats du bas et du haut de la distribution des garanties.

prémolaires), facturée au prix limite de vente de 500 euros, s'élève à 416 euros pour les contrats responsables, et vient s'ajouter aux 84 euros versés par l'AMO. En 2019, près de neuf bénéficiaires de contrat individuel sur dix et un peu plus de la moitié des bénéficiaires de contrat collectif

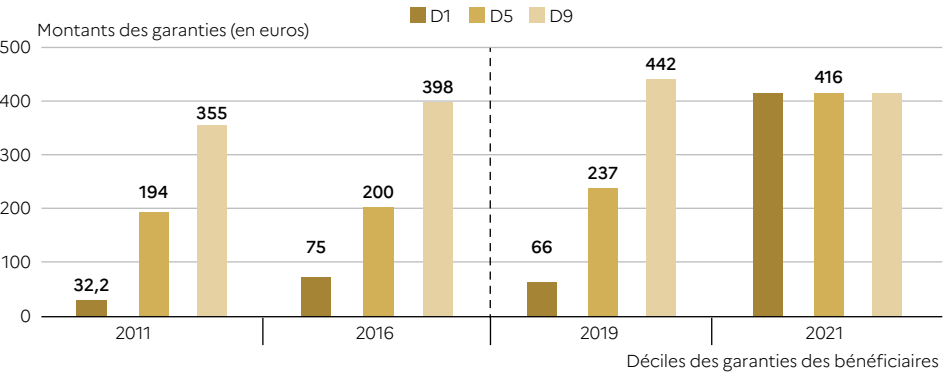
disposaient d'une garantie de remboursement inférieure (Guilloton, 2023). La réforme a donné accès à des prothèses sans reste à charge et a conduit à largement augmenter le montant remboursé par les contrats, dans le cadre d'un achat dans le panier 100 % santé.

Graphique 8 Évolution des remboursements pour la pose d'une prothèse céramo-métallique au prix de 530 euros (500 euros en 2021)

8a. Bénéficiaires de contrat collectif



8b. Bénéficiaires de contrat individuel



Note > L'enquête OC recueille les caractéristiques des trois (jusqu'en 2016) ou dix (à partir de 2019) les plus souscrits ; celles-ci sont extrapolées à l'ensemble des bénéficiaires de complémentaire santé. L'élargissement du champ de trois à dix contrats engendre une rupture de série entre 2016 et 2019 (ligne verticale). Jusqu'à l'édition 2019 de l'enquête OC, les garanties renseignées par les complémentaires santé sont celles relatives aux prothèses céramo-métalliques sur dent visible. À partir de 2021, avec l'entrée en vigueur de la réforme du 100 % santé, ces prothèses font désormais partie du panier 100 % santé (pour l'ensemble des dents exceptées les deuxième prémolaires et molaires) : les contrats responsables remboursent alors la totalité du reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO), qui s'élève à 416 euros. Jusqu'en 2016, pour ce soin, l'AMO remboursait 75,25 euros (70 % du tarif de convention de 107,50 euros), et en 2019, 84 euros (70 % du tarif de convention de 120 euros).

Lecture > En 2016, les 10 % des bénéficiaires de contrat collectif les moins bien couverts disposent d'une garantie de remboursement inférieure ou égale à 140 euros (D1) pour une prothèse dentaire céramo-métallique facturée 530 euros.

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CMU-C, ACS, CSS, France entière.

Sources > DREES, enquête OC 2011, 2016, 2019 et 2021.

En implantologie et en orthodontie, la prise en charge par les contrats individuels reste très inférieure à celle des contrats collectifs

Les organismes complémentaires sont libres de proposer des contrats prenant en charge les biens hors nomenclature, comme les implants dentaires, ou des biens sans TM, comme les soins orthodontiques. La part des bénéficiaires de contrat collectif pour lesquels les implants dentaires sont remboursés, au moins en partie, a augmenté de près de 20 points entre 2011 et 2016 (tableau 1) ; entre 2019 et 2021, elle reste stable, autour de 80 %. Les bénéficiaires de contrat individuel sont aussi plus nombreux à disposer d'une prise en charge, mais l'augmentation est plus modérée (+ 11 points) et a fléchi entre 2019 et 2021 (- 6 points). Le montant médian de prise en charge a également augmenté entre 2011 et 2016, aussi bien pour les bénéficiaires de contrat collectif qu'individuel. Cette hausse s'est prolongée entre 2019 et 2021 pour les bénéficiaires de contrat collectif. En revanche, la prise en charge médiane en implantologie des bénéficiaires de contrat individuel a baissé de 21 euros entre 2019 et 2021, dans un contexte de hausse de la prise en charge des prothèses du panier 100 % santé. La prise en charge par les contrats complémentaires d'un traitement orthodontique au prix de 800 euros et remboursé 193,50 euros par l'AMO, a, entre 2011 et 2016, un peu augmenté pour les

bénéficiaires de contrat collectif (passant en moyenne de 418 à 437 euros), comme pour les bénéficiaires de contrat individuel (pour lesquels le remboursement est passé de 195 à 215 euros). Entre 2019 et 2021, le montant moyen des garanties des bénéficiaires de contrat individuel diminue, sauf pour les 20 % les mieux couverts. Les garanties des bénéficiaires de contrat collectif les moins bien pris en charge (jusqu'au sixième décile) augmentent, tandis qu'elles baissent pour les mieux couverts, entre 2019 et 2021. La garantie médiane pour l'orthodontie passe ainsi de 387 euros à 445 euros entre 2019 et 2021, confortant la tendance à la hausse déjà observée entre 2011 et 2016 (+ 40 euros). Sur l'ensemble de la période, l'écart de prise en charge entre les contrats individuels et collectifs est toujours très marqué.

Prothèses auditives : une augmentation des garanties qui s'accompagne de l'accès à un panier sans reste à charge à partir de 2020

En 2011, la moitié des bénéficiaires d'un contrat collectif disposent d'une garantie de remboursement inférieure à 1 060 euros (D5) pour une paire de prothèses auditives (graphique 9a) ; et la moitié des bénéficiaires d'un contrat individuel d'une garantie inférieure à 559 euros (D5) seulement (graphique 9b). Entre 2011 et 2016, les garanties ont augmenté, en particulier pour

Tableau 1 Évolution de la prise en charge en implantologie

		2011	2016	2019	2021
Part de bénéficiaires avec une prise en charge (en %)	Contrats collectifs	61	80	81	79
	Contrats individuels	57	68	69	63
Remboursement médian (en euros)	Contrats collectifs	390	400	460	500
	Contrats individuels	112	200	250	229
Montant du neuvième décile de remboursement (en euros)	Contrats collectifs	959	1 133	1 015	1 075
	Contrats individuels	640	640	640	500

Notes > L'enquête OC recueille les caractéristiques des trois (jusqu'en 2016) ou dix contrats (à partir de 2019) les plus souscrits ; celles-ci sont extrapolées à l'ensemble des bénéficiaires de complémentaire santé. L'élargissement du champ de trois à dix contrats engendre une rupture de série entre 2016 et 2019.

Lecture > En 2011, les 10 % des bénéficiaires les mieux couverts par un contrat collectif disposent d'une garantie de remboursement supérieure ou égale à 959 euros (neuvième décile) pour la pose d'un implant dentaire.

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CMU-C, ACS, CSS, France entière.

Sources > DREES, enquête OC 2011, 2016, 2019 et 2021.

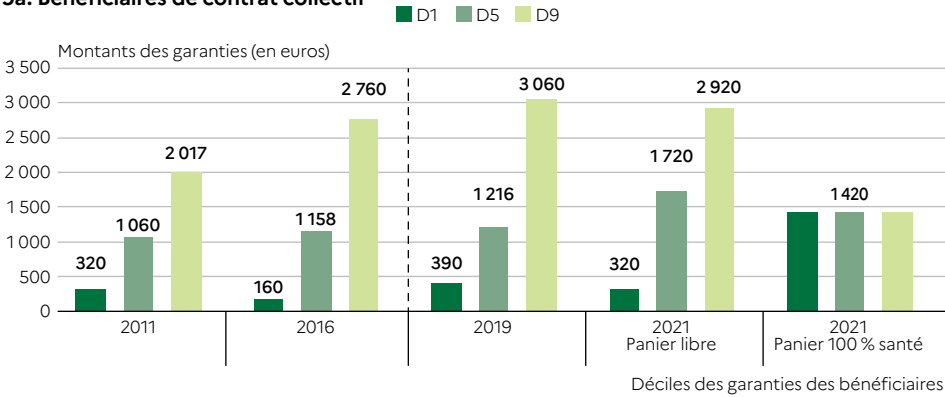
les bénéficiaires les mieux couverts. En 2016, pour l'achat d'une paire de prothèses auditives au prix médian (3 000 euros), environ 10 % des bénéficiaires de contrat collectif disposaient d'une garantie complétant le remboursement par l'AMO (s'élevant à 239,65 euros), conduisant ainsi à un reste à charge nul. Une part marginale des bénéficiaires de contrat individuel (de l'ordre de 2 %) disposaient d'une prise en charge

complète d'une paire au prix médian, alors que l'essentiel des personnes présentant une déficience auditive nécessitant un appareillage ont moins de 65 ans et sont couvertes par un contrat individuel.

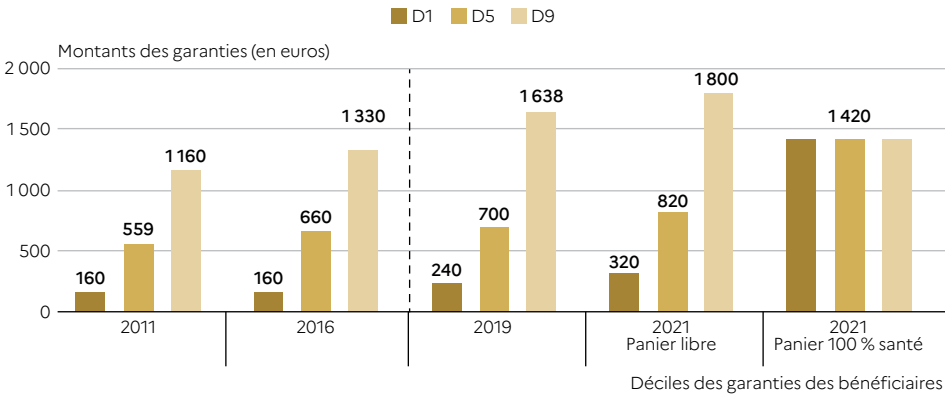
En 2019, la réforme du 100 % santé est progressivement mise en place pour l'audiologie. Elle se traduit par une évolution à la hausse de la BRSS (passant de 600 à 800 euros) et par

Graphique 9 Évolution des remboursements par les contrats de complémentaire santé pour une paire de prothèses auditives facturée 4 000 euros

9a. Bénéficiaires de contrat collectif



9b. Bénéficiaires de contrat individuel



Note > L'enquête OC recueille les caractéristiques des dix contrats les plus souscrits ; celles-ci sont extrapolées à l'ensemble des bénéficiaires de complémentaire santé. L'élargissement du champ de trois à dix contrats engendre une rupture de série entre 2016 et 2019 (ligne verticale). En 2019, pour une paire de prothèses auditives dans le panier libre, l'assurance maladie obligatoire (AMO) rembourse 60 % du tarif de convention fixé à 600 euros, soit un remboursement par l'AMO de 360 euros. Depuis 2021, le tarif de convention est fixé à 800 euros, soit un remboursement par l'AMO de 480 euros. En 2011 et 2016, il s'établissait à 399,42 euros, pour un remboursement par l'AMO de 239,65 euros.

Lecture > En 2019, les 50 % des bénéficiaires de contrat collectif les moins bien couverts disposent d'une garantie de remboursement par l'organisme complémentaire inférieure à 1 216 euros (D5) pour une paire de prothèses auditives dans le panier libre.

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CMU-C, ACS et CSS, France entière.

Sources > DREES, enquête OC 2011, 2016, 2019 et 2021.

l'introduction de biens sans reste à charge avec des prix limites de vente qui évoluent de 1 300 euros à 950 euros par oreille appareillée sur la période 2019 à 2021. Les contrats responsables sont alors, à partir du 1^{er} janvier 2020, dans l'obligation de supporter le RAC AMO (s'établissant à 1 780 euros en 2020 et à 1 420 euros en 2021 pour une paire de prothèses auditives).

En 2021, 40 % des bénéficiaires de contrat collectif et 80 % des bénéficiaires de contrat individuel disposent de garanties dans le panier libre inférieures à ces montants. En complément, des plafonds de remboursement sont fixés pour les contrats de complémentaire sur le panier libre (2 980 euros en 2020 et 2 920 euros en 2021) [voir fiches 24 et 29]. ■

Pour en savoir plus

> Des données complémentaires sur l'enquête OC sont disponibles dans l'espace Open Data de la DREES : data.drees.solidarites-sante.gouv.fr, thème Santé et système de soins, enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) 2019 à 2021 ; data.drees.solidarites-sante.gouv.fr, thème Santé et système de soins, enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) 2011 à 2019.

> **Barlet, M. et al. (dir.)** (2019). *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties* – Édition 2019. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

> **Fouquet, M.** (2020, octobre). Une hausse modérée de la couverture de la population après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. DREES, *Études et Résultats*, 1166.

> **Guilloton, V., Lapinte, A.** (2022, mars). Enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire 2019 – Analyse des changements méthodologiques, révisions des années antérieures et premiers résultats. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 93.

> **Guilloton, V.** (2023, mars). En 2019, huit bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé sur dix disposaient d'au moins une garantie inférieure à celles fixées depuis par le 100 % santé. DREES, *Études et Résultats*, 1260.

> **Jacquier, K.** (2018, décembre). Réforme des contrats responsables en optique : moins de lunettes vendues et des prix moyens stables. DREES, *Études et Résultats*, 1096.