

ÉTUDES et RÉSULTATS

avril 2025
n° 1338

Réforme du 100 % santé : quels effets attendre sur les primes des contrats de complémentaire santé ?

Mise en place progressivement entre 2019 et 2021, la réforme du 100 % santé offre aux personnes couvertes par un contrat de complémentaire santé responsable des paniers de biens sans reste à charge pour des prothèses dentaires, des prothèses auditives et des lunettes. Les dépenses des organismes de complémentaire santé associées aux trois postes de soins concernés par le 100 % santé ont crû de 2,2 milliards d'euros en 2021 (+30 %), en raison notamment de l'augmentation du recours en prothèses auditives et dentaires des personnes de 60 ans ou plus.

La hausse de la dépense obligatoirement prise en charge par les organismes complémentaires sur les postes du 100 % santé en 2021, par rapport à 2018, croît avec l'âge des assurés. Ces hausses marquées des remboursements aux seniors au titre du 100 % santé ont cependant été en grande partie compensées sur la même période par les effets de la crise sanitaire. Elle a en effet conduit à diminuer leurs remboursements sur les autres postes de soins. Les organismes complémentaires ont par ailleurs dû s'acquitter d'une taxe exceptionnelle au titre du Covid-19.

En parallèle, la prime d'assurance (aussi appelée « cotisation ») des contrats individuels a augmenté pour les assurés plus âgés (+12 % entre 2019 et 2021 pour un assuré de référence de 85 ans, +10 % à 75 ans, +7 % à 60 ans). Cette hausse est susceptible de se poursuivre, d'autant que le recours aux postes du 100 % santé et la connaissance de ce dispositif continuent de progresser.

Aurélie Pierre (Irdes, CESP Inserm, DREES), **Rosalinda Solotareff**, **Fannie Dauphant** (DREES)

> **Les auteurs remercient** Pierre-Louis Bithorel, Nathan Guesse, Valentin Guilloton, et Geoffrey Lefebvre (DREES) pour leur contribution.

En France, 96 % de la population est couverte par une complémentaire santé, finançant près de 13 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) [Lapinte, et al., 2024 ; Didier, Lefebvre, 2024]. Depuis de nombreuses années, les pouvoirs publics ont favorisé le déploiement de la couverture complémentaire santé dans l'ensemble de la population (aides sociales et fiscales aux contrats d'entreprise et aux

contrats Madelin, généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, complémentaire santé solidaire [C2S], etc.). Les niveaux de garantie des contrats responsables¹ (planchers et plafonds de garantie) sont par ailleurs fortement régulés afin de favoriser l'accès aux soins des assurés tout en limitant les effets inflationnistes de l'assurance complémentaire sur les dépenses de santé.

¹ En 2021, la quasi-totalité des contrats souscrits sont dit « responsables » (c'est-à-dire qu'ils sont régulés, entre autres, sur leurs niveaux de garanties en contrepartie d'une fiscalité incitative pour les organismes complémentaires). Ainsi, 98 % des bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé privé sont couverts par un contrat responsable (d'après l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé de la DREES). Les contrats responsables représentent par ailleurs 96 % de l'ensemble des primes collectées d'après l'Urssaf Caisse nationale [Lapinte, et al., 2024].

Retrouvez toutes nos données sur [data.drees](https://data.drees.fr)

●●● La réforme du 100 % santé s'inscrit dans une volonté de réduction de restes à charge des ménages et d'amélioration de l'accès aux soins dentaires, à l'audiologie et à l'optique² (Lapinte, *et al.*, 2024 ; Pichetti, *et al.*, 2024). Elle permet aux personnes couvertes par un contrat de complémentaire santé responsable de bénéficier d'un panier de biens de santé (appelé le « panier 100 % santé ») sans aucun reste à charge pour des prothèses dentaires, des prothèses auditives et des lunettes. Plusieurs leviers ont été introduits progressivement à partir de 2019 pour atteindre, en 2021, l'objectif d'une offre sans reste à charge : la mise en place de prix limites de vente ; l'amélioration du financement de ces biens par l'assurance maladie obligatoire (AMO) via le rehaussement des bases de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) ; l'obligation pour l'assurance maladie complémentaire (AMC) de couvrir la totalité du reste à charge des biens inclus dans le panier 100 % santé à partir de 2020 pour les bridges, les couronnes dentaires et les lunettes. Les prothèses dentaires amovibles et les prothèses auditives ont été incluses en 2021. Du fait de ce déploiement progressif de la réforme, les dépenses des complémentaires santé ont été peu affectées avant 2020. Les remboursements des biens non inclus dans ce panier ont également été régulés (principalement pour le panier libre pour les prothèses auditives et les lunettes, et pour le panier modéré pour les prothèses dentaires³) afin d'améliorer, à la marge, les prises en charge des dépenses auditives et dentaires par l'AMO et l'AMC en contrepartie d'une baisse des montants plafonds de remboursement des lunettes et de l'instauration de plafonds pour des prothèses auditives. L'AMC est au cœur de l'objectif premier de cette réforme d'une offre de biens sans aucun reste à charge. D'une part, les remboursements des organismes complémentaires sont amenés à augmenter mécaniquement, du fait de l'amélioration de leur prise en charge des dépenses de santé à consommation de soins constante. D'autre part, la consommation de soins augmente du fait d'un surcroît de demande de soins désormais solvable, c'est-à-dire financièrement accessible aux patients ; cette augmentation peut même être plus soutenue au début de la réforme par des effets de rattrapage (Franc, *et al.*, 2015 ; Buchmueller, *et al.*, 2004 ; Sevilla-Dedieu, *et al.*, 2020 ; Nyman, 1999). Ainsi, l'amélioration de la couverture, qui favorise un meilleur accès aux soins pour les assurés qui en ont besoin, engendre un coût assurantiel qui devrait se répercuter sur les primes des contrats. Or, contrairement au caractère redistributif du financement de l'AMO, les primes d'assurance (ou « cotisations ») des complémentaires santé, notamment des contrats individuels, dépendent de l'âge des assurés, et plus précisément de l'espérance des remboursements par âge et par contrat⁴. Des premiers travaux ont montré que la réforme du 100 % santé conduit essentiellement à améliorer la prise en charge des prothèses auditives et dentaires des contrats individuels (Guillot, 2023), qui couvrent 93 % des retraités. Les effets à attendre sur les primes des contrats des assurés sont donc au cœur des enjeux de l'évaluation de cette réforme (Cour des comptes, 2022 ; Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2022 ; HCFEA, 2020).

Cette étude a pour objectif d'analyser l'évolution des primes des contrats de complémentaire santé selon l'âge des assurés entre 2019 et 2021 et d'illustrer les mécanismes par lesquels la réforme du 100 % santé devrait conduire à modifier les primes, tout en tenant compte du contexte particulier de la crise sanitaire due au Covid-19 qui a fortement impacté le recours aux soins de la population.

Une prime en hausse de 12 % à 85 ans et de 7 % à 60 ans pour un assuré de référence d'un contrat individuel, entre 2019 et 2021

D'après l'enquête menée auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) de la DREES (*encadré 1*), la prime mensuelle moyenne d'un assuré de référence⁵ pour un contrat individuel augmente, entre 2019 et 2021, au-delà de 40 ans uniquement (*graphique 1a*) : de 87 à 93 euros à 60 ans (+7 %), de 115 à 127 euros à 75 ans (+11 %) et de 130 à 146 euros à 85 ans (+12 %). Elle reste identique pour un assuré de 40 ans (59 euros) et diminue légèrement pour un assuré de 20 ans, de 36 à 33 euros (-7 %). En comparaison, la prime mensuelle moyenne pour des assurés de contrats collectifs, qui couvrent très majoritairement des personnes aux âges actifs, est restée globalement stable (68 euros en 2021, contre 66 euros en 2019).

La plus forte hausse de primes des contrats individuels des assurés les plus âgés s'observe surtout parmi les contrats peu couvrants et de milieu de gamme⁶, précisément ceux qui ont dû le plus augmenter leur prise en charge pour se mettre en conformité avec la réforme du 100 % santé (Guillot, 2023). Parmi les contrats les moins couvrants, la prime moyenne d'un assuré de 85 ans a augmenté de 11 % entre 2019 et 2021, contre -5 % à 20 ans. Pour les contrats de milieu de gamme, la prime des assurés augmente de 16 % en moyenne à 85 ans, contre -19 % à 20 ans. En revanche, la prime des assurés n'augmente que de 4 % à 85 ans, contre 15 % à 20 ans (*tableau complémentaire A7*), sachant que seuls 12 % des personnes couvertes en individuel bénéficient d'un contrat très couvrant.

Ces évolutions conduisent *in fine* à étendre la distribution des primes des contrats individuels pour les assurés les plus âgés (tous niveaux de couverture confondus) [*graphique 1b*]. Ainsi, pour un quart des assurés de 85 ans, la prime s'élève au moins à 180 euros en 2021, contre au moins 159 euros en 2019 (+13 %). Cet écart est encore plus élevé pour 10 % des assurés de 85 ans, pour qui la prime s'élève au moins à 231 euros en 2021 contre au moins 195 euros en 2019 (+18 %). Une évolution similaire s'observe sur la distribution des primes des assurés de référence à 75 ans : pour 25 % d'entre eux, les primes s'élèvent au moins à 156 euros en 2021, contre 137 euros en 2019 (+14 %) et, pour 10 % au moins à 200 euros, contre 166 euros (+20 %). Il en est de même pour les assurés à 65 et 60 ans, mais de façon plus modérée. À 40 ans et à 20 ans, en revanche, la diminution des derniers déciles conduit à un écart entre primes les plus hautes et primes les plus basses qui se réduit entre 2019 et 2021. Pour un quart des assurés de 40 ans, la prime s'élève au moins à 69 euros en 2021, alors que celle-ci

2. Selon l'enquête santé européenne (EHIS), en 2019, 8 % de la population de France métropolitaine déclarait avoir renoncé à des prothèses auditives au cours des douze derniers mois pour raison financière, 11 % à des lunettes et 12 % à un soin ou à des prothèses dentaires, parmi ceux ayant un besoin. Sur l'ensemble de la population (ayant un besoin ou non), cela correspond respectivement à 1,1 %, 3,5 % et 8,4 % (Cour des comptes, 2022).

3. Pour les prothèses dentaires, un panier libre existe également. Le périmètre des trois paniers dépend du type de matériau utilisé et de la position de la dent.

4. Les modalités de tarification des contrats de complémentaire santé sont encadrées de sorte à limiter les effets néfastes de la sélection des risques (interdiction d'ajuster la prime à la consommation de soins d'un assuré spécifique au-delà de l'ajustement global des assurés du même âge couverts par un même contrat, interdiction d'ajuster les primes au sexe des assurés et, pour les contrats responsables, à l'état de santé individuel d'un assuré au-delà de l'âge) [Pierre, 2018 ; Lapinte, *et al.*, 2024].

5. Voir définition dans l'*encadré 1*.

6. Voir classification de la DREES des contrats selon leur degré de couverture pour une consommation moyenne de l'ensemble de la population (Lapinte, *et al.*, 2024).

7. Les tableaux complémentaires sont disponibles en ligne avec les tableaux associés à cette étude (lien en fin de publication).

Encadré 1 L'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé

L'enquête réalisée par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) permet de connaître les principales caractéristiques des organismes (mutuelles, entreprises d'assurance et institutions de prévoyance) et des contrats qu'ils proposent, notamment en ce qui concerne la population couverte, les niveaux de garanties et les primes des contrats privés (hors complémentaire santé solidaire [C2S]) les plus souscrits. Un échantillon représentatif des dix contrats de complémentaire santé individuels et collectifs les plus souscrits commercialisés par des organismes générant un chiffre d'affaires supérieur à 5 millions d'euros est interrogé, rendant cette enquête représentative de 38 % des bénéficiaires de contrats collectifs et de 67 % des bénéficiaires de contrats individuels en 2021. Les enquêtes portant sur les informations relatives à l'année 2021 (collectées début 2022) et à l'année 2019 (collectées début 2020) auprès d'environ 200 organismes sont les derniers millésimes dont les informations sont disponibles à ce jour.

Cette enquête est la seule source permettant d'observer, pour un échantillon représentatif de contrats, des montants de primes (ou cotisations) des contrats de complémentaire santé pour un assuré type, dit « de référence ». L'individu de référence est défini comme une personne* de 40 ans vivant seule et sans enfant, rattachée au régime général de la Sécurité sociale, travaillant à temps plein,

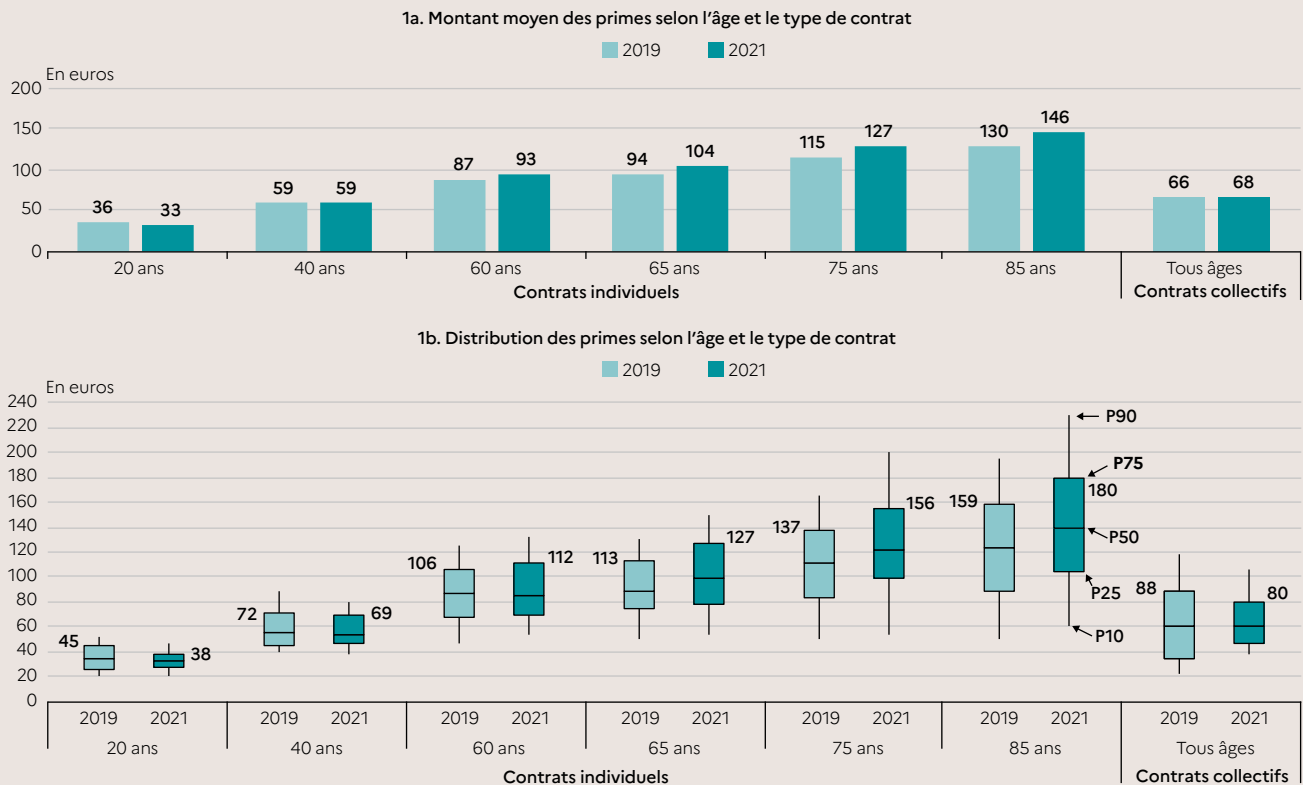
percevant un salaire** correspondant à la tranche de revenus la plus basse et résidant dans la zone géographique où les primes sont les plus élevées. L'enquête recueille ensuite la prime pour différents cas-types en faisant varier ces caractéristiques une à une. L'enquête recueille ainsi les primes pour un individu de référence de 20 ans, 40 ans, 60 ans, 75 ans et 85 ans. La prime recueillie pour les contrats collectifs comprend la part payée par l'employeur et celle payée par le salarié.

L'enquête OC recueille par ailleurs le nombre d'ouvrants droit (appelés assurés) de chaque contrat et leur structure d'âge. Il est ainsi possible, pour les contrats individuels, de calculer une prime moyenne à 20, 40, 60, 65, 75 et 85 ans d'un assuré de référence, pondérée par des effectifs d'assurés par contrat. Cela permet d'estimer les primes au niveau des assurés, de sorte à approcher les montants payés aux différents âges de l'individu de référence. Ces moyennes ne représentent toutefois pas parfaitement les primes réellement payées par la population française, les assurés pouvant avoir des caractéristiques différentes de la situation de référence (revenus, lieu de résidence, etc.). Les tranches d'âge considérées pour la pondération sont par ailleurs relativement larges (24 ans ou moins, 25 à 59 ans, 60 à 64 ans, 65 ans ou plus). Pour les contrats collectifs, bien que les primes dépendent de la structure d'âge des salariés de l'entreprise assurée, il n'est pas possible de calculer une pondération qui permette d'en tenir compte.

* Depuis 2012, la tarification en fonction du sexe est interdite pour les contrats de complémentaire santé.

** Pour les retraités, c'est la pension de retraite qui est *a priori* considérée.

Graphique 1 Évolution de la prime mensuelle pour un assuré de référence, entre 2019 et 2021



Notes > Le montant de la prime est recueilli dans l'enquête pour une personne vivant seule et sans enfant, rattachée au régime général, travaillant à temps plein, appartenant à la tranche de revenus la plus basse et vivant dans la zone géographique où les primes sont les plus élevées. L'enquête OC recueille les caractéristiques des dix contrats individuels et collectifs les plus souscrits ; celles-ci sont extrapolées à l'ensemble des bénéficiaires couverts par les organismes de complémentaire santé du champ de l'enquête.

Le graphique 1b présente, outre la médiane (P50) les 10^e, 25^e, 75^e et 90^e percentiles (P10, P25, P75 et P90). Par exemple, P10 correspond à la prime maximale payée par les 10 % des assurés ayant les primes les plus faibles. La valeur affichée y indique le 75^e percentile.

Lecture > En 2019, la prime moyenne d'un assuré de référence ayant souscrit un contrat individuel est de 36 euros à 20 ans. Dans le cadre d'un contrat collectif, la prime moyenne est de 66 euros, quel que soit l'âge de l'assuré (en incluant la part payée par l'entreprise et celle payée par le salarié). En 2021, pour un quart des assurés de référence d'un contrat individuel, la prime à 20 ans s'élève au moins à 38 euros (P75). Dans le cas d'un contrat collectif, elle est d'au moins 80 euros pour un quart des assurés, quel que soit leur âge (en incluant la part payée par l'entreprise et celle payée par le salarié).

Champ > Ensemble des assurés de contrats de complémentaire santé hors CMU-C, ACS et C2S, France entière.

Source > DREES, enquête OC 2019 et 2021.

> Études et Résultats n° 1338 © DREES

était de 72 euros au moins en 2019 (-4 %). Cet écart est encore plus marqué à 20 ans, avec une diminution de 45 euros à 38 euros (-15 %) du seuil des 25 % des primes les plus élevées.

La réforme du 100 % santé améliore l'accès aux soins des plus âgés, notamment en audiologie

D'après les données de consommation de soins du Système national des données de santé (SNDS), le nombre de personnes ayant recouru à des prothèses auditives a augmenté de 75 % entre 2019 et 2021, cette hausse ayant eu lieu en 2021 (Lapinte, et al., 2024). Le taux de recours à une prothèse dentaire a, quant à lui, crû de 17 % au cours de la période. Le nombre de personnes ayant acheté des lunettes a augmenté de 17 % en 2021 par rapport à 2019, le taux de recours au panier du 100 % santé restant toutefois très limité (16 % des recourants sur ce poste en 2021, contre respectivement 39 % et 57 % en audiologie et en dentaire).

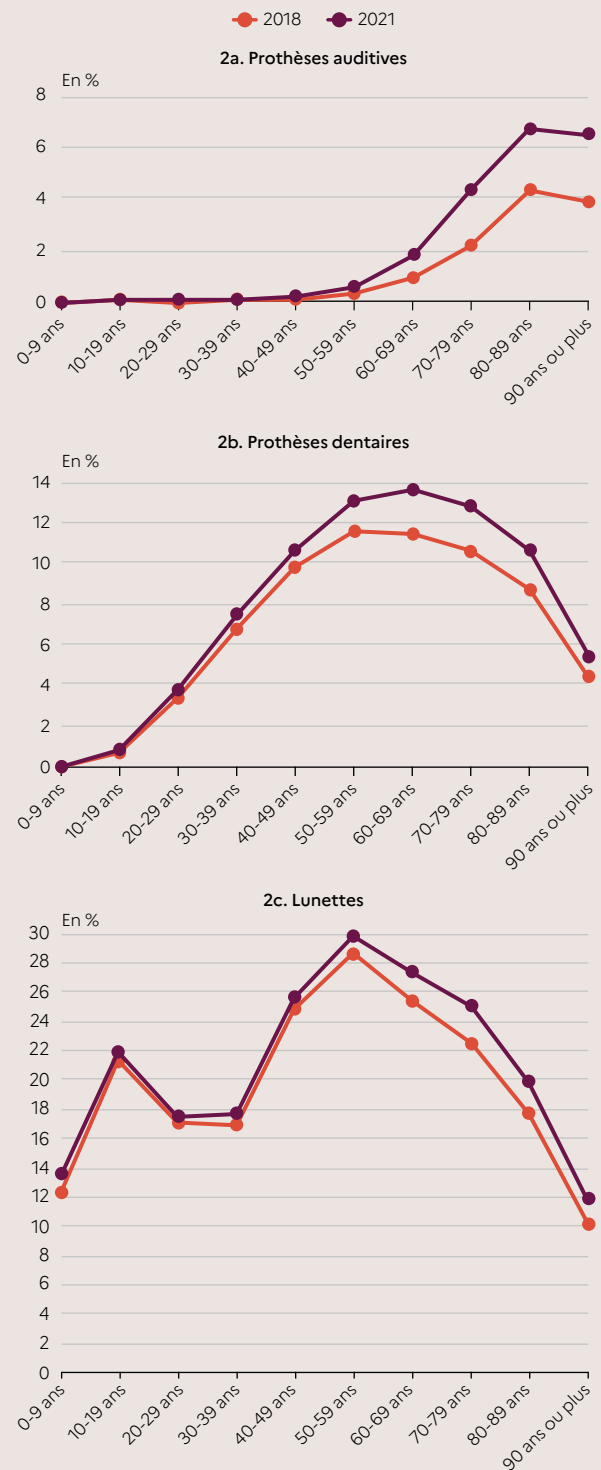
Cette évolution du recours concerne principalement les personnes âgées de 60 ans ou plus. En 2021, 4,1 % des 70 à 79 ans ont acheté un équipement en audiologie, contre 2,2 % en 2018 (soit une augmentation de 83 %) [graphique 2]. Pour les 80 à 89 ans, ces taux s'élèvent respectivement à 6,7 % en 2021 et à 4,1 % en 2018 (+64 %). Le recours aux prothèses dentaires augmente plus faiblement tout en concernant plus souvent les 60 à 69 ans (13,5 % en 2021, contre 11,4 % en 2018), les 50 à 59 ans (13,0 % et 11,6 %) et les 70 à 79 ans (12,8 % et 10,6 %).

Une hausse importante des remboursements des organismes pour les biens du 100 % santé

Confortant l'augmentation du recours aux postes de soins du 100 % santé à la suite de la réforme, des données macro-économiques des comptes de la santé (Didier, Lefebvre, 2024) montrent que les dépenses de santé financées par les organismes complémentaires au titre des postes concernés par la réforme (lunettes, prothèses auditives et prothèses dentaires) ont augmenté soudainement de 2,2 milliards d'euros en 2021, année où la réforme a été entièrement effective, soit une hausse de 30 % environ, après avoir quasi stagné entre 2019 et 2020 (graphique 3). L'augmentation des remboursements de ces postes se poursuit beaucoup plus lentement les années suivantes (+6 % en 2023 par rapport à 2021). En comparaison, les remboursements des organismes complémentaires relatifs aux autres postes de soins ont nettement diminué en 2020 du fait de la crise sanitaire liée au Covid-2019 (-1,8 milliard d'euros, soit -9 %) et demeurent en 2021 en deçà de leur niveau d'avant crise, alors même qu'une légère hausse s'observait de façon continue depuis plus de dix ans. Plus précisément, entre 2019 et 2021, la baisse des remboursements concerne principalement les médicaments, les consultations de médecins et les hospitalisations (graphique 4). Malgré un rebond engagé dès 2021, ce n'est qu'en 2023 que les remboursements des organismes complémentaires relatifs aux postes autres que ceux du 100 % santé dépassent leur niveau d'avant la crise.

Au total, cumulés sur les années 2020 et 2021, les remboursements des dépenses de santé des organismes complémentaires ont été inférieurs de 0,6 milliard à ce qu'ils auraient été s'ils étaient restés au niveau observé en 2019 : un surplus de dépenses de 2,1 milliards d'euros pour les postes de soins concernés par la réforme du 100 % santé compensé par une économie de 2,6 milliards d'euros pour les autres postes⁸. Cependant, les organismes ont été soumis, en 2020

Graphique 2 Taux de recours aux prothèses auditives, aux prothèses dentaires et à des lunettes, par tranche d'âge, en 2018 et 2021



Lecture > En 2021, après la réforme du 100 % santé, 6,7 % des 80 à 89 ans ont eu recours à l'achat d'au moins une prothèse auditive (qu'elle soit du panier 100 % santé ou du panier libre), contre 4,1 % en 2018, avant la réforme.

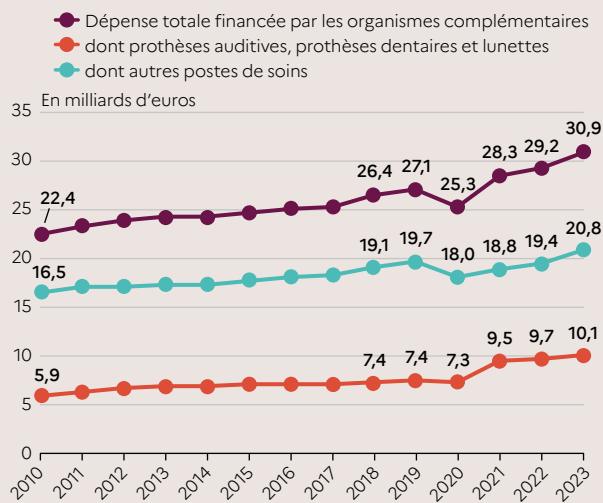
Champ > Population des consommateurs du Système national des données de santé (SNDS) ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement de l'assurance maladie obligatoire. France entière.

Source > SNDS, données 2018 et 2021, calculs DREES (base RAC).

> Études et Résultats n° 1338 © DREES

8. L'économie de 2,6 milliards d'euros calculée sur la base de l'année 2019, est en réalité minorée, puisque les dépenses hors 100 % santé avaient une tendance à la hausse avant la crise sanitaire.

Graphique 3 Dépense financée par les organismes complémentaires, entre 2010 et 2023



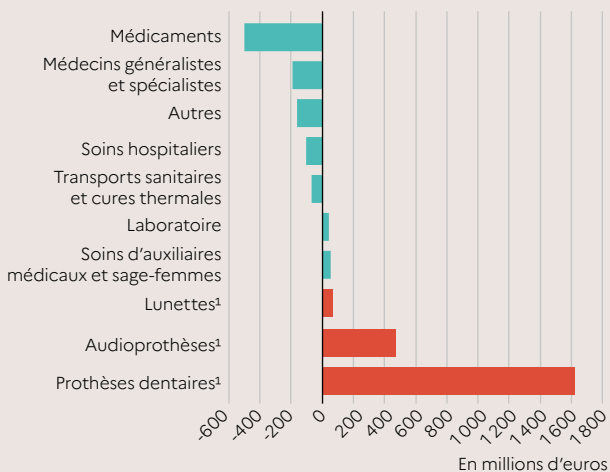
Note > Pour les prothèses auditives, les dépenses de 2018 et 2019 des organismes complémentaires sont estimées statistiquement, les données n'ayant été récoltées qu'à partir de l'année 2020. Ces montants diffèrent légèrement de ceux publiés dans Lapinte, et al. (2024), en raison d'améliorations méthodologiques effectués dans les comptes de la santé fin 2024 (Arnaud, Lefebvre, 2024).

Lecture > En 2023, les organismes complémentaires ont pris en charge 30,9 milliards d'euros de consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) au total, dont 10,1 milliards d'euros pour les trois postes du 100 % santé, et 20,8 milliards d'euros pour les autres postes de soins.

Source > DREES, comptes de la santé.

> Études et Résultats n° 1338 © DREES

Graphique 4 Évolution de la dépense des organismes complémentaires par poste de soins, entre 2019 et 2021



1. Postes du 100 % santé.

Note > Le poste « Autres » inclut les lentilles, les autres dispositifs médicaux hors audioprothèses et hors lunettes (lentilles, prothèses, pansements, etc.), et les soins dentaires.

Lecture > Entre 2019 et 2021, la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) prise en charge par les organismes complémentaires a baissé de 500 millions d'euros concernant les dépenses de médicaments, mais a augmenté de 1,6 milliard d'euros concernant les prothèses dentaires.

Source > DREES, comptes de la santé.

> Études et Résultats n° 1338 © DREES

et 2021, à une contribution exceptionnelle, respectivement 2,6 % et 1,3 % des primes collectées soit 1,5 milliard d'euros au total, au titre de leur participation aux dépenses de santé publiques de la crise sanitaire (principalement supportées par l'AMO). Cette contribution ne compense donc pas totalement l'économie de 2,6 milliards d'euros relative aux moindres dépenses sur les postes non concernés par la réforme du 100 % santé, mais compte tenu de la hausse concomitante des dépenses des organismes relatifs aux postes concernés par le 100 % santé, les dépenses totales des organismes complémentaires – y compris la contribution exceptionnelle – cumulées sur les années 2020 et 2021 ont été supérieures de 0,9 milliard d'euros au niveau observé en 2019. Au cours de la même période, les primes collectées par l'ensemble des organismes complémentaires ont été quasiment stables entre 2019 et 2020 (-0,3 %), puis ont augmenté de 3,1 % en 2021, ce qui correspond à une hausse de 1,1 milliard d'euros cumulé sur 2020 et 2021 (Poulon, 2024).

La hausse de la dépense des complémentaires se concentre sur les assurés plus âgés

L'évolution du montant des dépenses prises en charge par les organismes selon l'âge des assurés au plus proche des années de mise en place de la réforme du 100 % santé peut être approchée par les montants de restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) par âge, observée dans le SNDS pour les personnes qui ne sont pas bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S)⁹, et qui sont donc amenées à s'assurer auprès d'une complémentaire santé privée.

Entre 2018 et 2021, le RAC AMO annuel associé aux trois postes de soins du 100 % santé a principalement augmenté pour les personnes de 60 ans ou plus. La hausse maximale s'élève à 82 euros en moyenne pour les individus âgés entre 80 et 89 ans, qu'ils aient ou non recouru spécifiquement à ces soins (graphique 5). En supposant que ces individus bénéficient tous d'un contrat de complémentaire santé responsable, il est possible de calculer un intervalle dans lequel se situe la dépense prise en charge par les organismes complémentaires pour ces trois postes de soins (prothèses dentaires, auditives, et lunettes), avant et après la réforme du 100 % santé, selon la couverture plus ou moins grande des dépassements. La valeur plancher de cet intervalle correspond à la dépense minimale à prendre en charge par les contrats responsables (correspondant aux tickets modérateurs du panier libre et au RAC AMO du panier 100 % santé). Le plafond correspond aux dépassements maximums que les contrats responsables peuvent couvrir sur le panier libre¹⁰. Les contrats individuels sont plus souvent proches des valeurs planchers que des valeurs plafonds. Les dépenses des organismes sont calculées par tranche d'âge sur l'ensemble des individus, qu'ils aient ou non recouru aux soins, de la même façon que les primes des contrats dépendent de l'espérance des dépenses à couvrir par âge. Bien que les primes soient calculées par contrat et que l'ajustement des primes à l'âge peut ne pas être total (de sorte à conserver une certaine mutualisation des risques santé entre classes d'âge), cette analyse permet d'éclairer les effets à attendre de la réforme du 100 % santé sur les primes des contrats selon l'âge des assurés.

9. Dispositif destiné aux ménages modestes pour favoriser leur accès à une complémentaire santé. Il a remplacé, au 1^{er} novembre 2019, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS).

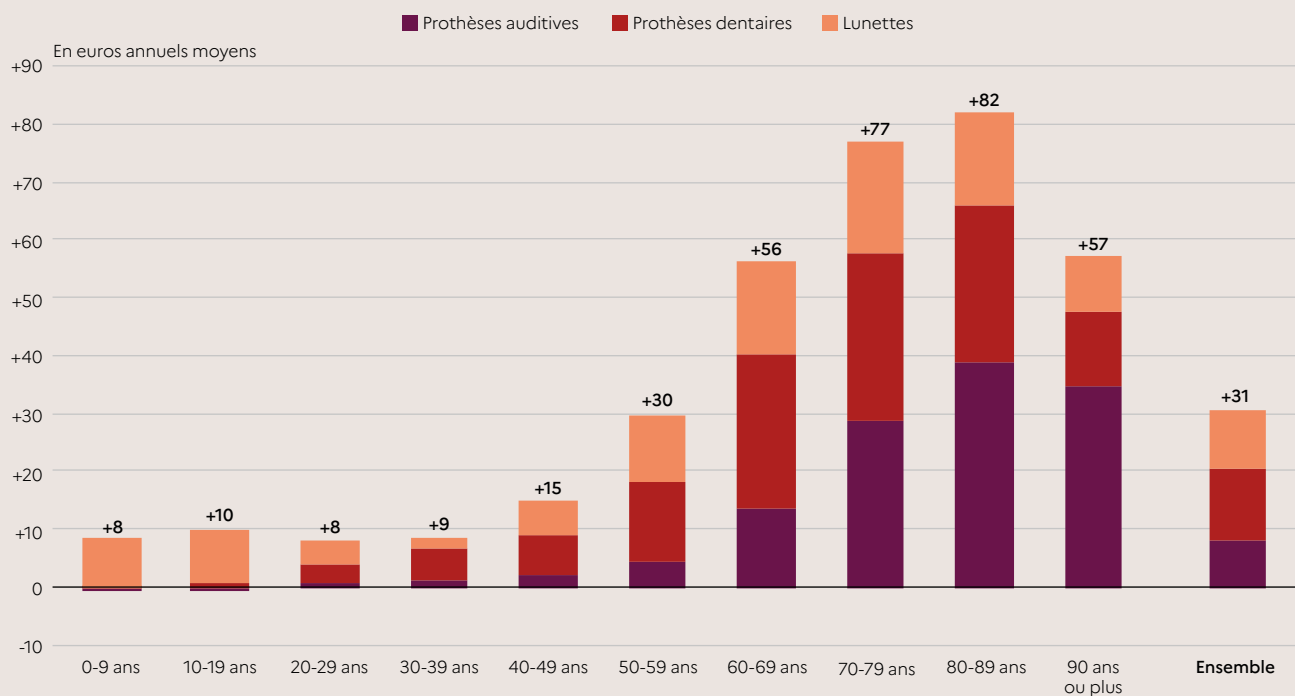
10. Les dépassements au-delà du plafond autorisé pour les contrats responsables ne sont pas intégrés dans l'intervalle des dépenses des organismes.

Ainsi, la dépense annuelle de santé associée aux postes du 100 % santé des personnes de 80 à 89 ans couvertes par les organismes complémentaires est comprise en moyenne, en 2018, entre 14 et 286 euros selon leur niveau de prise en charge, contre entre 119 et 357 euros en 2021 (*graphique 6*). À consommation inchangée sur les postes de soins non concernés par le 100 % santé, cette évolution représente une hausse de 105 euros annuels pour une année de plein effet de la réforme par assuré de 80 à 89 ans (+750 %) pour un contrat qui ne prendrait pas en charge les dépassements. *A contrario*, lorsqu'un contrat couvre la totalité des dépassements jusqu'au plafond autorisé, cette évolution représente une hausse de 71 euros annuels par assuré de cette même tranche d'âge (+25 %). Cette augmentation attendue des dépenses de santé des postes du 100 % santé prises en charge par les organismes complémentaires croît avec l'âge des assurés. Pour les contrats ne couvrant pas les dépassements, elle est estimée en moyenne à 97 euros pour les assurés de 70 à 79 ans, à 77 euros pour les 60 à 69 ans, à 53 euros pour les 50 à 59 ans, à 32 euros pour les 40 à 49 ans, à 19 euros pour les 30 à 39 ans et à moins de 10 euros pour les assurés de moins de 40 ans (*tableau complémentaire B*). Pour les postes de soins non concernés par la réforme du 100 % santé, *a contrario*, la prise en charge des organismes

complémentaire¹¹ diminue, en moyenne entre 2018 et 2021, d'autant plus que l'assuré est âgé (*tableau complémentaire C*). Pour les 80 à 89 ans par exemple, la prise en charge annuelle diminue de 67 euros par personne pour les contrats qui ne prennent pas en charge les dépassements et de 61 euros pour les contrats les prenant en charge en totalité. Cette baisse est de l'ordre de 0 à 20 euros avant 60 ans¹². Elle est estimée entre 20 et 27 euros pour les 60 à 69 ans, entre 30 et 36 euros pour les 70 à 79 ans, et entre 61 et 67 euros pour les 80 à 89 ans. Ainsi, du fait de la crise sanitaire, la baisse observée des remboursements hors 100 % santé des organismes entre 2018 et 2021 concerne d'autant plus les assurés âgés.

Au total, tous postes de soins confondus, la dépense de santé couverte par les complémentaires santé évolue de façon contrastée entre 2018 et 2021 selon l'âge des assurés. Pour les contrats ne couvrant pas les dépassements, la dépense annuelle des organismes augmente de 38 euros pour les 50 à 59 ans (+14 %), de 50 euros entre 2018 et 2021 pour les 60 à 69 ans (+15 %), de 60 euros pour les 70 à 79 ans (+14 %) et de 38 euros pour les 80 à 89 ans (+6 %). Elle augmente dans une moindre mesure pour les 30 à 49 ans, alors qu'elle diminue pour légèrement pour les moins de 30 ans (*tableau complémentaire D*).

Graphique 5 Évolution du reste à charge après AMO (à financer par les ménages ou leurs complémentaires) pour les trois postes de soins du 100 % santé, entre 2018 et 2021



RAC AMO : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire.

Lecture > Le RAC AMO annuel en prothèses dentaires, auditives, et pour des lunettes des personnes de 60 à 69 ans non bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S) a augmenté en moyenne de 56 euros par personne (qu'ils aient ou non consommé ces soins) entre 2018 et 2021 : +13 euros en prothèses auditives, +27 euros en prothèses dentaires, +16 euros pour des lunettes.

Champ > Population des consommateurs du Système national des données de santé (SNDS) hors bénéficiaires de la C2S en 2021 ou de la CMU-C/ACS en 2018 ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement de l'AMO. France entière.

Source > SNDS, données 2018 et 2021, calculs DREES (base RAC).

> Études et Résultats n° 1338 © DREES

11. Les participations forfaitaires et franchises, non remboursables par les complémentaires santé, ont été exclues. Néanmoins, d'autres hypothèses supplémentaires sont nécessaires pour cette estimation : que les tickets modérateurs des médicaments remboursés à 15 %, 30 % et les cures thermales (non concernés par l'obligation de couverture par les contrats responsables) sont néanmoins couverts par les contrats ; et qu'il n'y a pas de plafonds légaux de remboursements.

12. À l'exception des 10 à 19 ans, pour qui la prise en charge par les contrats de complémentaire les plus couvrants augmente de 70 euros au cours de la période, en raison d'une forte hausse des dépassements, tirés par les soins dentaires, notamment en orthodontie.

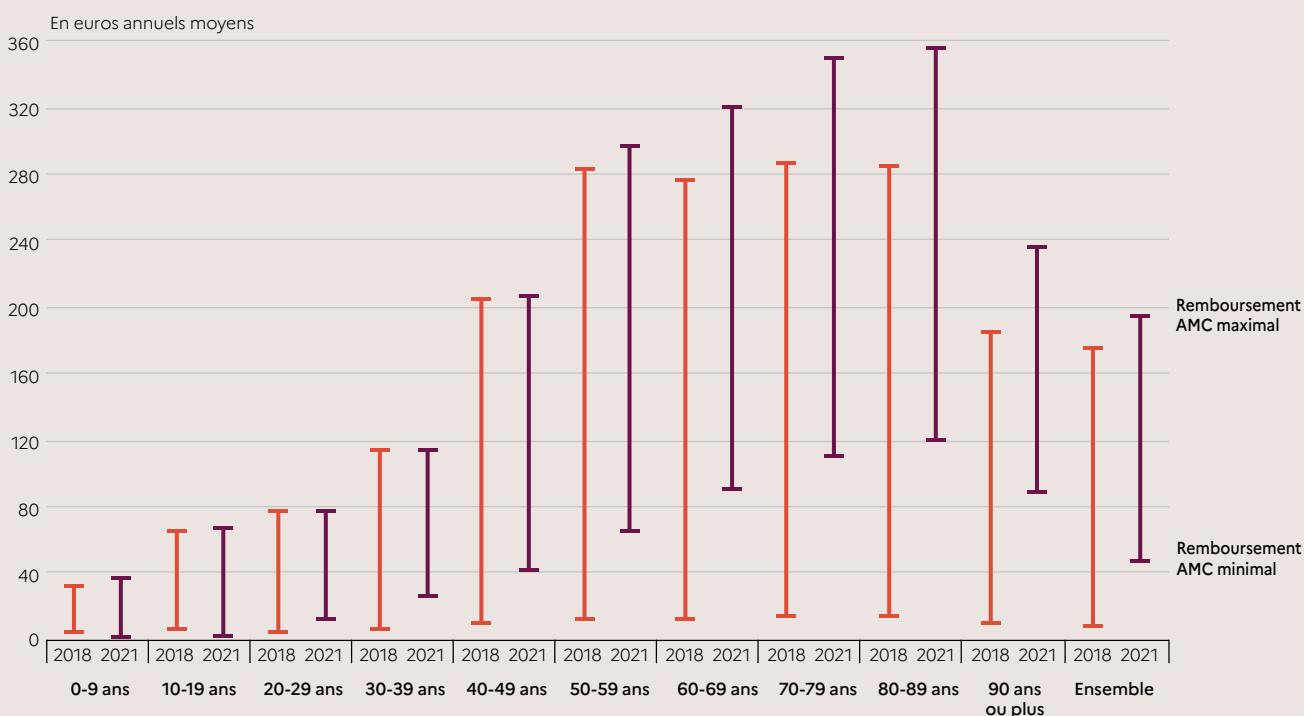
Pour les contrats les plus couvrants, la dépense annuelle des organismes augmente également pour les assurés de 50 à 89 ans, mais de façon plus modérée : +5 euros pour les 50 à 59 ans (+1 %), +22 euros pour les 60 à 69 ans (+3 %), +34 euros pour les 70 à 79 ans (+4 %) et +10 euros pour les 80 à 89 ans (+1 %)¹³. En définitive, les effets de la crise sanitaire conduisent à amoindrir l'augmentation des remboursements des organismes entre 2018 et 2021 pour les assurés les plus âgés, si bien que la hausse de la prise en charge des assurés de 80 à 89 ans est inférieure à celle des 70 à 79 ans.

Des effets de la réforme sur les primes des assurés difficilement mesurables

Ce travail d'analyse montre que les effets à attendre de la réforme du 100 % santé sur les primes des assurés sont nécessairement plus forts pour les assurés âgés couverts par un contrat individuel, notamment lorsque le contrat est peu couvrant. Les effets propres de cette réforme sur l'évolution observée des primes entre 2019 et 2021 restent toutefois difficilement mesurables. D'une part, le renforcement de l'ajustement des primes des contrats individuels à l'âge s'observe depuis plusieurs années, avant même la mise en place de la réforme du 100 % santé (Lapinte, *et al.*, 2024 ;

Vasseur, 2023 ; Leduc, Montaut, 2016). Le vieillissement de la population, les revalorisations des actes de soins et des tarifs hospitaliers et l'extension des garanties peuvent expliquer cette tendance (Sénat, 2024). D'autre part, les effets de cette réforme sur les remboursements des organismes ont été, à court terme, amortis par la baisse ponctuelle de la consommation de soins des assurés âgés engendrée par la crise sanitaire, notamment pour ceux de 80 ans ou plus. Pour autant, ces derniers sont ceux pour lesquels les hausses de primes ont été les plus élevées. Par ailleurs, la contribution exceptionnelle du Covid-19 versée par les organismes complémentaires, bien qu'elle demeure inférieure à la baisse des dépenses sur les autres postes de soins, a pu atténuer cet effet amortisseur, sans que l'on sache jusqu'à quel point cette taxe a été *in fine* répercutée sur les primes des contrats de façon hétérogène selon l'âge des assurés. Enfin, si l'amélioration de l'accès aux soins qui résulte d'une meilleure prise en charge des dépenses de santé est un phénomène bien connu des assureurs, celui-ci est en réalité difficile à anticiper parfaitement, et ce d'autant plus dans un contexte de crise sanitaire. Ce n'est qu'à partir de 2022 que les organismes complémentaires ont pu observer les changements de consommation de soins des assurés et ajuster

Graphique 6 Intervalles des dépenses à financer par les contrats de complémentaire pour les trois postes de soins concernés par la réforme du 100 % santé, en 2018 et 2021



RAC AMO : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire.

Note > La valeur basse des intervalles indique la moyenne du remboursement minimal des complémentaires santé responsables (en prothèses dentaires, auditives, et lunettes), c'est-à-dire pour des contrats couvrant uniquement le ticket modérateur et la totalité du RAC AMO pour les biens achetés dans le panier 100 % santé. La valeur haute indique la moyenne de la prise en charge maximale autorisée par les contrats responsables, c'est-à-dire si les contrats prennent en charge l'intégralité des dépassements liés au panier libre ou modéré sous le plafond de remboursement autorisé.

Lecture > Parmi les personnes de 60 à 69 ans non bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (C2S), les dépenses de santé des organismes associées aux prothèses dentaires, auditives, et aux lunettes sont estimées entre 12 et 279 euros en 2018, contre 89 à 322 euros en 2021 en moyenne par personne (qu'elles y aient recouru ou non) selon leur niveau de couverture.

Champ > Population des consommateurs du Système national des données de santé (SNDS) hors bénéficiaires de la C2S en 2021 ou de la CMU-C/ACS en 2018 ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement de l'AMO. France entière.

Source > SNDS, données 2018 et 2021, calculs DREES (base RAC).

> *Études et Résultats* n° 1338 © DREES

13. Ici encore, l'augmentation des dépenses à couvrir pour les 10 à 19 ans (+73 euros) pour les contrats couvrants s'explique par les dépassements en soins dentaires.

au mieux les primes les années suivantes. À cet égard, l'amélioration du recours aux soins des assurés les plus âgés sur les postes du 100 % santé se poursuit lentement au-delà de l'année 2021 avec, par exemple, au cours de l'année 2023, une hausse de 5,9 % de la consommation en soins dentaires, en optique et en audioprothèses¹⁴ (Didier, Lefebvre, 2024). Les effets du 100 % santé sur les primes des contrats sont donc probablement amenés à s'observer sur plusieurs années, sauf à revoir la réglementation des contrats

responsables (Sénat, 2024). Le recours aux paniers du 100 % santé pourrait par ailleurs se développer davantage si le dispositif était mieux connu des patients et plus souvent proposé par les professionnels de santé (Cour des comptes, 2022 ; Lardeux, 2022)¹⁵. ●



Télécharger les données

14. Au-delà de l'amélioration du recours aux soins, une partie de la hausse des dépenses de santé des postes du 100 % santé peut être imputable à l'augmentation des pratiques frauduleuses, notamment en ce qui concerne la délivrance d'audioprothèses. Les actions de contrôles réalisées par l'Assurance maladie sur les facturations et les centres d'audioprothèses ont détecté 21 millions d'euros de fraudes en 2023 et 115 millions en 2024 (Ameli 2024 ; Ameli, 2025).

15. Les audioprothésistes, les opticiens et les dentistes ont l'obligation de proposer un devis comportant au moins un bien appartenant au panier 100 % santé. Néanmoins, la Cour des comptes (2022) relève que les biens n'étaient pas suffisamment présents ou identifiés, ou encore faisant l'objet d'une communication biaisée (offre présentée comme étant « bas de gamme »).

Mots clés : **Organisme complémentaire** **Complémentaire santé** **Mutuelle** **Dépense de santé** **Assurance maladie**

Pour en savoir plus

- > **Ameli** (2025, mars). *Lutte contre les fraudes à l'Assurance Maladie : des résultats records en 2024*.
- > **Ameli** (2024, mars). *Lutte contre les fraudes à l'Assurance Maladie en 2023 : des résultats records*.
- > **Arnaud, F., Lefebvre, G. (dir.)** (2023). Fiche 17 – Le 100 % santé. Dans *Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2023*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Buchmueller, T.C., Couffinal, A., Grignon, M., Perronin, M.** (2004). Access to physician services: does supplemental insurance matter? Evidence from France. *Health Economics*, 13(7), pp. 669-687.
- > **Cour des comptes** (2022, juillet). *La réforme du 100 % santé. Communication à la commission des affaires sociales du Sénat*.
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS)** (2022). Fiche 3.2 – La réforme du 100 % Santé. Dans *Les comptes de la Sécurité sociale. Rapport : résultats 2021, prévisions 2022 et 2023*.
- > **Didier, M., Lefebvre, G. (dir.)** (2024). Fiche 22 – Le 100 % santé. Dans *Les dépenses de santé en 2023 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2024*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Franc, C., Perronin, M., Pierre, A.** (2016, décembre). Supplemental Health Insurance and Healthcare Consumption - A Dynamic Approach to Moral Hazard. *Health Economics*, 25(12), pp. 1582-1598.
- > **Guillot, 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.
- > **Haut conseil de la famille, de l'enfance et de l'âge (HCFEA)** (2020). L'incidence des réformes du 100 % santé et de la complémentaire santé solidaire pour les personnes âgées. *Notes du HCFEA*.
- > **Lardeux, R.** (2022, juillet). « 100 % santé » : fin 2021, un peu plus de la moitié des Français en ont entendu parler. DREES, *Études et Résultats*, 1236.
- > **Lapinte, A., Pollak, C., Solotareff, R. (dir.)** (2024, juillet). *La complémentaire santé – Acteurs, bénéficiaires, garanties – Édition 2024*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Leduc, A., Montaut, A.** (2016, septembre). Tarification des complémentaires santé : déclin des solidarités dans les contrats individuels, DREES, *Études et Résultats*, 972.
- > **Nyman, J.A.** (1999, avril). The value of health insurance: the access motive. *Journal of Health Economics*, 18, pp. 141-152.
- > **Pichetti, S., d'Estève de Pradel, A., Espagnacq, M.** (2024, octobre). Financement et accès aux aides auditives en Europe : une comparaison entre la France, l'Angleterre, la Belgique et la Suède. *Irdes, Questions d'économie de la santé*, 293.
- > **Pierre, A.** (2018, juin). *Assurance maladie complémentaire : régulation, accès aux soins et inégalités de couverture*. Université Paris Sciences et Lettres. Doctoral dissertation.
- > **Poulon, P.** (2024). *Rapport 2024 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. Paris, France : DREES.
- > **Sénat** (2024, septembre). Complémentaires santé, mutuelles : l'impact sur le pouvoir d'achat des Français. *Rapport d'information*, 770.
- > **Sevilla-Dedieu, C., Billaudeau, N., Paraponaris, A.** (2020, juin). Healthcare consumption after a change in health insurance coverage: a French quasi-natural experiment. *Health Economics Review*, 10, pp. 1-10.
- > **Vasseur, C.** (2023). Les règles de tarification des mutuelles : point d'appui à une représentation marchande de l'assurance santé ? *Journal de gestion et d'économie de la santé*, 3, pp. 253-273.

> **Publications**
drees.solidarites-sante.gouv.fr

> **Open Data**
data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

> **Nous contacter**
DREES-INFO@santer.gouv.fr

> **Contact presse**
DREES-PRESSE@santer.gouv.fr

Directeur de la publication : Fabrice Lenglard
Responsable d'édition : Valérie Bauer-Eubriet
Chargée d'édition : Élisabeth Castaing
Composition et mise en pages : Drapeau Blanc
Conception graphique : DREES
 Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources
 ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384

Les destinataires de cette publication sont informés de l'existence à la DREES d'un traitement de données à caractère personnel les concernant. Ce traitement, sous la responsabilité du directeur de la publication, a pour objet la diffusion de la publication de la DREES. Les données utilisées sont l'identité, la profession, l'adresse postale personnelle ou professionnelle. Conformément aux dispositions de la loi du 6 janvier 1978 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, les destinataires disposent d'un droit d'accès et de rectification aux données les concernant ainsi qu'un droit d'opposition à figurer dans ce traitement. Ils peuvent exercer ces droits en écrivant à : DREES - Bureau des Publications et de la Communication - 14 avenue Duquesne - 75 350 Paris 07 SP ou en envoyant un courriel à : drees-infos@santer.gouv.fr