

PANORAMAS
DE LA DREES
SANTÉ

La complémentaire santé

Acteurs, bénéficiaires, garanties

ÉDITION 2024

Direction
de la recherche,
des études,
de l'évaluation
et des statistiques

La complémentaire santé

Acteurs, bénéficiaires, garanties

ÉDITION 2024

La complémentaire santé

Acteurs, bénéficiaires, garanties – Édition 2024

Sous la direction d'**Aude Lapinte, Catherine Pollak et Rosalinda Solotareff**

Coordination

Aude Lapinte, Rosalinda Solotareff

Rédaction

Pierre-Louis Bithorel, Romain Cometx, Fannie Dauphant, Aurore Desjonquères, Cyril de Willencourt, Amaury Ducoulombier, Fanny Durand, Valentin Guilloton, Aude Lapinte, Édouard Maugendre, Aurélie Pierre, Pierre Poulon, Rosalinda Solotareff, Lisa Troy, Direction de la Sécurité sociale

Directeur de la publication

Fabrice Lenglard

Responsable d'édition

Valérie Bauer-Eubriet

Suivi éditorial

Céline Roux

Secrétaire de rédaction

Guillaume Bertrand

Maquettiste

Drapeau Blanc

Création graphique

Philippe Brulin, Julie Eneau

Remerciements

La Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES) remercie l'ensemble des contributeurs et des relecteurs, ainsi que, pour les données fournies, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) et l'Urssaf Caisse nationale. La Fédération nationale de la mutualité française (FNMF), le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), et France Assureurs ont participé au suivi de l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC), qu'ils en soient ici remerciés, tout comme l'ensemble des organismes répondants. La DREES tient également à remercier particulièrement la Direction de la Sécurité sociale (2A/5B/6B) pour son expertise et la rédaction de l'annexe législative, l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) pour les travaux sur les inégalités de couverture, ainsi que le Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM). Les coordinatrices de l'ouvrage remercient particulièrement Franck Arnaud, Mathilde Didier, Elisabeth Fery-Lemonnier, Geoffrey Lefebvre et Benoît Ourliac pour leurs relectures attentives et conseils avisés.

Avant-propos

Cette troisième édition de *La complémentaire santé* actualise les résultats des éditions 2016 et 2019, et décrit le champ d'intervention de la complémentaire santé, ses acteurs, et la couverture de la population française.

Les effets de récentes réformes visant à améliorer l'accès à la complémentaire et à encadrer les garanties sont mis en lumière. Cette nouvelle édition s'enrichit notamment d'un bilan de deux réformes déployées depuis 2019 : la réforme du 100 % santé en optique, audiologie et dentaire, ainsi que la réforme de la complémentaire santé solidaire (CSS).

Cette édition apporte également de nouveaux éclairages sur les organismes complémentaires dans un contexte marqué par une concentration de plus en plus forte du marché et une réglementation croissante, ainsi que sur les risques à couvrir par les organismes complémentaires et les ménages.

De nombreuses données administratives ou d'enquêtes sont mobilisées. Ces dernières sont collectées auprès des organismes complémentaires, des ménages ou encore des entreprises et de leurs salariés ; celles sur les consommations de soins proviennent du Système national des données de santé (SNDS).

Sommaire

La complémentaire santé

Acteurs, bénéficiaires, garanties – Édition 2024

Vue d'ensemble	7
Fiches thématiques	21
Éléments de cadrage	23
Fiche 01 • Décomposition d'une dépense de santé : remboursements et restes à charge	24
Fiche 02 • Le risque à assurer par la complémentaire santé	30
Fiche 03 • La complémentaire santé dans le financement des dépenses de santé	38
Fiche 04 • La place du risque santé dans l'activité des organismes d'assurance	42
Fiche 05 • La place de l'assurance santé privée dans les systèmes de santé occidentaux	46
Le marché de la complémentaire santé	57
Fiche 06 • Les organismes de complémentaire santé et leur activité sur les marchés individuel et collectif	58
Fiche 07 • Un marché de plus en plus concentré et structuré par des groupes	61
Fiche 08 • Ressources, charges et rentabilité de l'activité des complémentaires santé	66
Fiche 09 • Les réseaux de soins en optique et en dentaire	71
Fiche 10 • Les différents modes de tarification des organismes complémentaires	75
Fiche 11 • Les primes d'assurance des contrats	81
La couverture santé complémentaire de la population	89
Fiche 12 • Les inégalités sociales de couverture complémentaire	90
Fiche 13 • La complémentaire santé d'entreprise des salariés du secteur privé	96
Fiche 14 • Le reste à charge des personnes après remboursement par l'assurance maladie complémentaire	102
Fiche 15 • Le poids de la santé dans le revenu des ménages	112
Fiche 16 • Les effets redistributifs de l'assurance maladie publique et de l'assurance maladie complémentaire privée	120
Fiche 17 • La souscription de contrat de surcomplémentaire	126
Fiche 18 • Les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire	129

Les garanties par poste de soins.....	139
Fiche 19 • Les prestations des organismes complémentaires par poste de soins	140
Fiche 20 • La prise en charge des consultations de spécialistes.....	145
Fiche 21 • La prise en charge des chambres particulières et des dépassements d'honoraires à l'hôpital.....	150
Fiche 22 • La prise en charge en optique.....	154
Fiche 23 • La prise en charge des soins dentaires.....	160
Fiche 24 • La prise en charge des prothèses auditives.....	166
Fiche 25 • La prise en charge des médicaments.....	170
Fiche 26 • La prise en charge d'actes de prévention et de soins non remboursables.....	173
Fiche 27 • Les niveaux de garantie des couvertures individuelles et collectives.....	176
 Réformes récentes dans la prise en charge des dépenses de santé :	
CSS et 100 % santé	185
Fiche 28 • Recours à la CSS et consommation de soins depuis la réforme de la CMU-C et de l'ACS	186
Fiche 29 • La réforme du 100 % santé en optique et en prothèses auditives et dentaires.....	195

Annexes

211

Annexe 1 • Dispositifs publics et réglementation du marché de la complémentaire santé	212
Annexe 1 bis • La taxation des complémentaires santé	219
Annexe 2 • Les sources de données	224
Annexe 3 • Dix ans d'évolution de l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé – Enjeux méthodologiques et principaux résultats.....	233
Annexe 4 • Glossaire.....	250



Vue d'ensemble <

Fiches thématiques

Annexes

L'assurance maladie complémentaire (AMC), qui constitue un deuxième étage de couverture après l'assurance maladie obligatoire (AMO), couvre 96 % de la population. Si elle est essentiellement gérée par des acteurs privés, elle n'en est pas moins très régulée, avec un objectif triple : assurer un socle de prise en charge minimal, responsabiliser financièrement les patients et contenir le prix des soins. Quelques années après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise à l'ensemble des salariés en 2016, la complémentaire santé a fait l'objet de deux réformes majeures en 2019. La complémentaire santé solidaire (CSS) a été mise en place pour faciliter l'accès pour les ménages modestes à une couverture complémentaire avec un panier de soins plus large sans reste à charge. La réforme du 100 % santé, progressivement montée en charge jusqu'en 2021, a rendu accessible à tous les assurés des soins sans reste à charge sur les prothèses dentaires et auditives et en optique. Malgré ces réformes qui visent à réduire le reste à charge des ménages, des inégalités de coût de la santé continuent de peser sur les ménages âgés et modestes.

L'assurance complémentaire joue un rôle important dans le financement des dépenses de santé en France

Avec une dépense de santé de près de 3 500 euros par habitant en 2022, la France est l'un des pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) qui consacre la part la plus élevée de sa richesse à la santé. Pour autant, la part de la dépense restant à charge des ménages y est la plus faible (fiche 14). La France se caractérise par un système d'assurance mixte, avec une assurance maladie publique obligatoire et un cofinancement des dépenses de santé par l'assurance complémentaire qui couvre 96 % de la population, taux le plus élevé des pays de l'OCDE (fiche 05).

La Sécurité sociale est l'acteur majeur du financement des dépenses de santé. Cette assurance maladie de base, obligatoire, publique et universelle, finance 187,6 milliards d'euros de prestations (79,6 % de la consommation de soins et de biens médicaux [CSBM] en 2022, fiche 03). Elle intervient sur un panier de soins large, à l'hôpital comme en ville, et laisse des copaiements aux assurés (fiche 01). Certains soins, en particulier ceux dispensés au titre des maladies chroniques, sont pris en charge à 100 % par l'assurance maladie

obligatoire (AMO) via le dispositif d'affectation de longue durée (ALD).

L'assurance maladie complémentaire (AMC) est le deuxième plus important financeur de la santé après l'AMO (29,7 milliards d'euros de prestations, soit 12,6 % de la CSBM en 2022). Elle complète les remboursements de l'AMO, en majeure partie sur le même panier de soins, et prend en charge une partie des copaiements ainsi que des dépenses qui découlent de la liberté tarifaire des professionnels de santé (dépassements d'honoraires et tarifs libres sur certains actes et produits). En dehors de la complémentaire santé solidaire (CSS) qui relève de la Sécurité sociale, l'AMC est assumée par des organismes privés (mutuelles, entreprises d'assurance et institutions de prévoyance), et représente un marché de 40,5 milliards d'euros de chiffre d'affaires (en cotisations collectées en santé) en 2022, soit près de la moitié des cotisations collectées par les organismes d'assurance dans le champ des risques sociaux (fiche 04). Les organismes complémentaires proposent deux types de contrats : des contrats individuels auprès de personnes physiques, et des contrats collectifs auprès de personnes morales (notamment des entreprises). La part de la dépense de santé financée par l'AMC



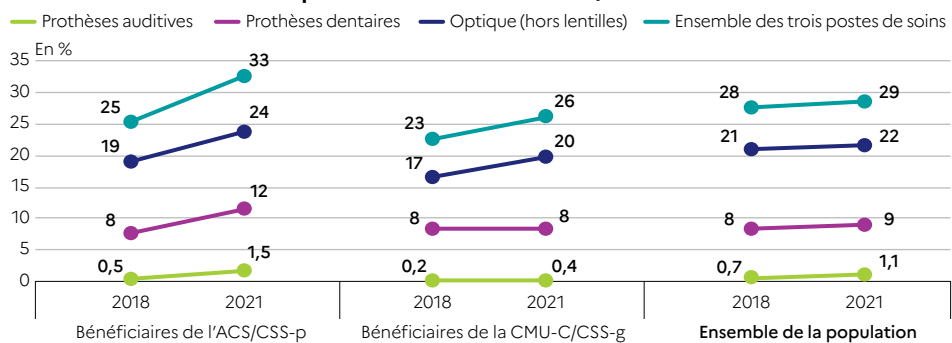
a fortement diminué en 2020 du fait de la crise sanitaire et reste en 2022 en deçà de son niveau d'avant crise (fiche 03). Une particularité française de l'assurance maladie complémentaire est qu'elle est très régulée, sur un marché comportant un grand nombre d'organismes complémentaires (près de 400 en 2022). La concentration du marché reste faible par rapport aux autres pays européens, bien que le nombre d'organismes ait été divisé par quatre en vingt ans (fiche 07). La part restant à la charge des ménages est de 7,2 % en 2022 (fiche 03).

La réforme de la complémentaire santé solidaire pour les plus modestes

Afin de favoriser l'accessibilité financière à la complémentaire santé pour les ménages modestes, la CSS a remplacé au 1^{er} novembre 2019 la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), avec notamment pour objectifs la simplification des dispositifs et la baisse du non-recours à ces aides. Accessible gratuitement ou avec une participation financière contenue, elle permet aux plus modestes de bénéficier de tarifs opposables sur les

consultations, d'être exonérés des tickets modérateurs, du forfait journalier hospitalier, des franchises et participations forfaitaires, d'avoir droit à un panier sans reste à charge pour les soins auditifs, dentaires ou optiques, et d'être dispensés d'avance de frais (tiers payant intégral). La CSS couvre 10,9 % de la population française fin 2022 (7,39 millions, dont 5,91 millions de bénéficiaires de la CSS gratuite [CSS-g], ex-CMU-C, et 1,48 million de bénéficiaires de la CSS payante [CSS-p], ex-ACS) [fiche 18]. Parmi les personnes éligibles, seules 56 % y ont effectivement recours en 2021, la réforme n'ayant que faiblement augmenté le recours au dispositif (fiche 28). Cependant, les personnes qui en bénéficient ont été relativement plus nombreuses à recourir, au moins une fois en 2021, aux prothèses auditives, dentaires et à l'optique¹ que les bénéficiaires des anciens dispositifs en 2018, en particulier les anciens bénéficiaires de l'ACS (*graphique 1*). À ce dispositif s'ajoute, pour les personnes étrangères en situation irrégulière remplissant certaines conditions de ressources et de durée de résidence, l'aide médicale de l'État (AME). Cette assurance santé publique et gratuite leur permet d'accéder sans reste à charge à un panier de

Graphique 1 Évolution du taux de recours en optique, prothèses auditives et dentaires des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, entre 2018 et 2021



ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé ; CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire ; CSS-g : complémentaire santé solidaire gratuite ; CSS-p : complémentaire santé solidaire payante.

Lecture > En 2021, parmi les bénéficiaires de la CSS-p ayant recours à au moins un soin de santé sur l'année, 12 % ont recours à au moins une prothèse dentaire.

Champ > Personnes ayant eu recours en France au moins une fois dans l'année à des soins ou biens médicaux remboursables par l'assurance maladie obligatoire (AMO) ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement de l'AMO. France entière.

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

1. La plupart des garanties associées aux autres postes de soins n'ayant été que très peu modifiées par la réforme.

soins un peu plus restreint que celui de la CSS. Néanmoins, comme pour la CSS, seules un peu plus de la moitié des personnes éligibles (51 %) sont effectivement couvertes (Jusot *et al.*, 2019 ; Marsaudon *et al.*, 2023).

La non-couverture concerne toujours 12 % des personnes les plus précaires

Malgré les réformes successives, et notamment la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise entrée en vigueur en 2016 qui a permis d'améliorer la couverture des salariés précaires et de leurs ayants droit, les personnes non couvertes par une complémentaire santé (moins de 4 % de la population) sont principalement des personnes à faible revenu. Ainsi, près de 12 % des personnes de 15 ans ou plus appartenant au premier dixième de niveau de vie n'ont pas de complémentaire santé (fiche 12). Les retraités modestes sont également davantage concernés par la non-couverture (à hauteur de 11 % pour ceux faisant partie des 20 % les plus modestes), ainsi que les chômeurs (15 % de non-couverts). Les retraités sont davantage couverts par des contrats individuels, dont le ratio prestations/cotisations est moins bon (fiche 08). Par ailleurs, si les anciens salariés du secteur privé peuvent garder le même organisme assureur au moment du passage à la retraite afin de conserver temporairement un plafonnement des tarifs, ils perdent la participation de l'employeur (fiche 12), et se retrouvent confrontés à une tarification très souvent dépendante de l'âge dans les contrats individuels qui leur est nettement défavorable (fiche 10).

La réforme du 100 % santé a amélioré le recours aux prothèses auditives et dentaires

Mise en place progressivement entre 2019 et 2021, la réforme du 100 % santé offre des paniers de biens avec un reste à charge nul sur l'optique (hors lentilles) et les prothèses dentaires et auditives. En effet, au tout début de la réforme en 2019, la moitié des restes à charge des ménages (après remboursements par l'AMO et l'AMC) provenaient de ces trois postes de soins, cette

proportion s'élevant à près de 60 % pour les personnes de 70 ans ou plus (fiche 14).

Pour chacun des trois postes de soins, les paniers avec un reste à charge nul, dits « 100 % santé », proposent des biens qui, en 2021, sont intégralement pris en charge par l'AMO et par les organismes complémentaires (pour les personnes couvertes par un contrat dit « responsable »). En parallèle, la réforme associe aux biens de ces paniers des prix limites de vente et une augmentation des remboursements par l'AMO (fiche 29). Les personnes peuvent toujours opter pour des biens en dehors du 100 % santé, définis comme des biens d'un panier dit « libre » (ou également des biens du panier dit « modéré » en dentaire). Les prix de ces biens sont libres, mais les modalités de remboursement par l'AMO et par les contrats complémentaires responsables sont régulées.

Entre 2019 et 2021, le nombre de personnes ayant acheté des prothèses auditives a augmenté de façon significative (+ 75 %), 40 % des recourants ayant choisi un bien du panier 100 % santé. Le recours à une prothèse dentaire a quant à lui augmenté de 17 %, 57 % des recourants ayant choisi un bien du 100 % santé en 2021. Les restes à charge directement supportés par les personnes devraient diminuer en dentaire et en prothèses auditives pour les plus de 60 ans principalement. Par ailleurs, sur le panier libre, les garanties moyennes offertes par les contrats de complémentaire santé ont progressé en moyenne de 150 euros pour une paire de prothèses auditives entre 2019 et 2021 (fiche 24), et ont peu évolué en dentaire (fiche 23).

En optique en revanche, l'offre 100 % santé reste peu choisie, et concerne seulement 18 % des personnes ayant acheté un équipement en 2022. En effet, avant la réforme, plus de neuf bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé responsable sur dix disposaient déjà en 2019, en optique, de garanties supérieures à celles ensuite proposées par le 100 % santé (Guilloton, 2023). Sur le panier libre, ces garanties moyennes sont ensuite restées stables, avec une prise en charge, comme pour les autres postes de soins, beaucoup plus forte pour les bénéficiaires de contrat collectif (fiche 22).



En définitive, en 2022, les organismes complémentaires sont le principal financeur de ces trois postes de soins : ils prennent en charge 61 % de la dépense en optique, prothèses dentaires et auditives (contre 13 % de la dépense tous postes de soins confondus [fiche 19]). La dépense financée par les organismes complémentaires a fortement augmenté (+ 2,4 milliards d'euros entre 2018 et 2022). La part de la dépense financée par l'AMO a également augmenté (passant de 14 % à 18 % entre 2018 et 2022, sur ces trois postes de soins) [graphique 2]. À l'inverse, la part de la dépense restant à la charge des ménages baisse : de 32 % en 2018 à 21 % en 2022 sur ces trois postes de soins.

Une relative stabilité des garanties depuis 2019 sur les autres postes de soins

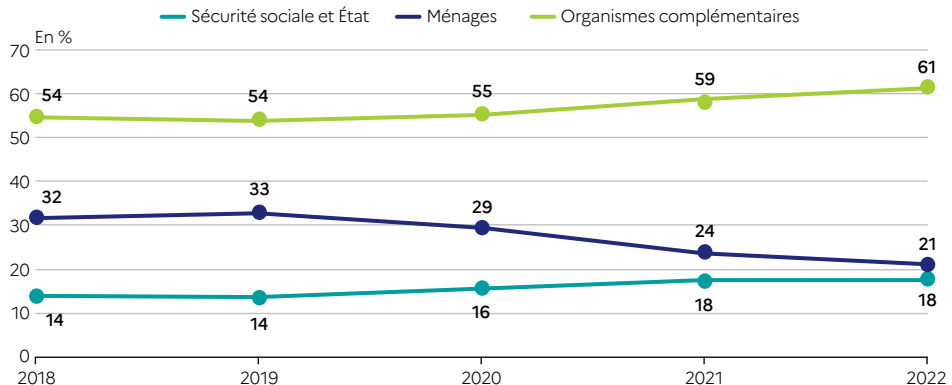
Les garanties des contrats de complémentaire santé sont, depuis de nombreuses années, très encadrées par les pouvoirs publics, avec des objectifs multiples : réduire les restes à charge des patients et améliorer l'accès aux soins, les inciter à respecter le parcours de soins, contenir les prix pratiqués par les professionnels de santé. Cela

conduit à homogénéiser l'offre de garanties entre les contrats sur de nombreux postes de soins. En dehors des postes de soins concernés par la réforme du 100 % santé, les garanties ont peu changé entre 2019 et 2021², que ce soit pour les dépenses de spécialistes (fiche 20), hospitalières (fiche 21), ou pour les médicaments (fiche 25). Cependant, les bénéficiaires de contrat collectif continuent de disposer d'un niveau de couverture global plus élevé en moyenne que les bénéficiaires de contrat individuel (fiche 27). Ces écarts de couverture s'expliquent principalement par les différences de garanties sur les paniers libres en optique, dentaire et audiologie.

Une différenciation des contrats via des réseaux de soins et une prise en charge des soins non remboursables par l'assurance maladie obligatoire

Au-delà de la prise en charge des dépassements, les contrats se différencient également sur des actes de prévention ou sur des soins non pris en charge par l'AMO. Par exemple, des consultations de soins non conventionnels sont prises en charge pour plus de huit bénéficiaires de

Graphique 2 Part de la dépense en optique, prothèses auditives et dentaires financée par chaque acteur, entre 2018 et 2022



Note > Pour les prothèses auditives, les dépenses 2018 et 2019 des organismes complémentaires sont estimées statistiquement, les données n'ayant été récoltées qu'à partir de l'année 2020.

Lecture > En 2018, 54 % de la dépense totale en optique, prothèses auditives et dentaires était prise en charge par les organismes complémentaires, 32 % par les ménages, et 14 % par la Sécurité sociale ou l'État.

Sources > DREES, comptes de la santé.

² Un changement méthodologique conséquent dans l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) ne permet pas de comparer les chiffres de 2019 avec les années antérieures. La comparaison avec les données du précédent Panorama (Barlet et al., 2019) n'est de ce fait pas possible (annexe 3).

contrat de complémentaire sur dix (fiche 26). Les prestations connexes, de confort ou situées à la périphérie du système de soins, restent très minoritaires dans les prestations versées par les organismes (environ 7 %) [fiche 19]. Les contrats se différencient également par l'offre de réseaux de soins (fiche 09), qui a moins d'intérêt suite à la réforme du 100 % santé, mais peut rester intéressante pour des biens du panier libre. Sept organismes complémentaires sur dix sont ainsi liés à un réseau d'opticiens et quatre sur dix à un réseau de dentistes. L'offre de ces prestations progresse peu sur la période récente.

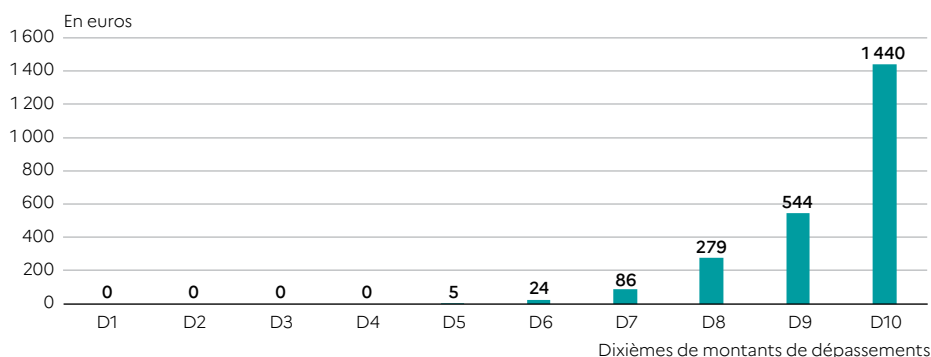
Un risque à couvrir croissant avec l'âge

Suite aux réformes successives, l'intégralité du reste à charge opposable (hors franchises et participations forfaitaires), constitué des tickets modérateurs (sauf pour certains médicaments et les cures thermales) et des forfaits journaliers hospitaliers, est prise en charge pour les personnes assurées par un contrat de complémentaire santé responsable, ainsi que pour les bénéficiaires de la CSS. Ceci correspond à la moitié du risque qu'il

reste à couvrir après l'intervention de l'AMO, sur le champ restreint des dépenses individualisables et remboursables par cette dernière (fiche 02). L'autre moitié est composée de dépassements, qui sont pris en charge de façon variable par les complémentaires santé. Les dépassements hors du panier 100 % santé³ sont très concentrés (45 % des patients n'en ont aucun sur l'année, en 2021) et peuvent représenter une dépense importante : 1 440 euros en moyenne pour les 10 % des patients ayant eu le plus de dépassements dans l'année en 2021 (graphique 3).

Dans ce contexte, le risque de reste à charge extrême est réduit : il concerne les patients non couverts par une complémentaire santé et les patients exposés à de forts dépassements. Le dispositif ALD joue ici un rôle protecteur : en prenant en charge en moyenne 92 % de leurs dépenses de santé⁴ (contre 66 % de celles de la population générale, fiche 02), l'intervention de l'AMO permet à ces patients atteints de pathologies chroniques et coûteuses d'avoir un risque à couvrir comparable à celui de la population générale (hors CSS) à âge donné, en particulier à

Graphique 3 Distribution des montants de dépassements (hors panier 100 % santé) par dixièmes, en 2021



Lecture > Les 10 % des personnes ayant payé le plus de dépassements (D10) dans l'année (hors équipements auditifs, optiques et dentaires du panier 100 % santé), parmi la population ayant eu au moins une dépense de santé dans l'année, ont réglé en moyenne 1 440 euros en 2021. En revanche, plus de 40 % de la population (D1 à D4) ne s'est acquittée d'aucun dépassement.

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

Sources > SNDS, données 2021, calculs DREES (base RAC).

³. Les dépassements liés à un bien du panier 100 % santé sont, eux, obligatoirement et entièrement pris en charge par les contrats responsables.

⁴. Seules les dépenses (hors dépassements) en lien avec leur(s) ALD sont remboursées à 100 % par l'AMO.

partir de 45 ans. Du fait de leurs restes à charge, les patients en ALD ont généralement intérêt à être également couverts par une complémentaire santé pour leurs dépenses hors ALD, prises en charge suivant les règles de droit commun⁵. En revanche, ce système laisse un risque à assurer qui reste très croissant en fonction de l'âge : de 250 euros par personne et par an en moyenne entre 20 et 29 ans à plus de 1 000 euros par an au-delà de 80 ans (fiche 02), notamment en raison de dépassements. Le marché concurrentiel de l'AMC repose donc fortement sur sa capacité à tarifier en fonction de l'âge. Sur le marché de la complémentaire individuelle, les organismes appliquent une tarification à l'âge (pour 95 % des personnes couvertes par un contrat individuel, alors que seules 10 % des personnes couvertes ont une tarification au revenu,

fiche 10). Ainsi, pour un assuré « de référence » (fiche 11), la prime (ou cotisation) mensuelle d'un contrat individuel est de 33 euros en moyenne à 20 ans contre 146 euros à 85 ans, avec d'importantes disparités selon le niveau de prise en charge des contrats. Les ménages au sein desquels la personne la plus âgée a 70 ans ou plus ont des restes à charge finaux, après remboursements par l'AMO et l'AMC (590 euros annuels, en 2019⁶) trois fois plus élevés que ceux où les membres ont moins de 40 ans (206 euros annuels) [graphique 4 et fiche 15]. Néanmoins, les primes pèsent bien davantage sur les ménages âgés que les restes à charge : les primes des ménages au sein desquels la personne la plus âgée a 70 ans ou plus (1 534 euros annuels en 2019) sont trois fois plus élevées que pour ceux où les membres ont moins de 40 ans (510 euros).

Graphique 4 Partage de la dépense de santé entre financeurs selon l'âge de la personne la plus âgée du ménage, en 2019

En euros					
Tranches d'âge	Dépense totale	AMO	CMU-C	AMC privée	Ménages
20-39 ans	3 458	2 612	93	545	206
40-59 ans	5 380	4 079	68	879	352
60-69 ans	7 431	6 100	38	849	443
70 ans ou plus	11 729	9 974	6	1 156	590
Ensemble	6 722	5 425	54	855	387

AMC : assurance maladie complémentaire ; AMO : assurance maladie obligatoire ; CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire.

Note > Montant annuel moyen par ménage (en euros). Les barres sont proportionnelles au sein des colonnes mais pas entre les colonnes.

Lecture > Un ménage dont l'individu le plus âgé a 70 ans ou plus a une dépense de santé annuelle moyenne de 11 729 euros en 2019, dont 9 974 euros lui sont remboursés par l'AMO. Il a 1 752 euros de reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO), dont, en moyenne, 6 euros pris en charge par la CMU-C, 1 156 euros par sa complémentaire santé privée éventuelle, et 590 euros restent finalement à la charge du ménage.

Champ > Ménages vivant en logement ordinaire ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

5. Ils sont d'ailleurs 96 % à être couverts par une complémentaire santé, un taux équivalent à celui de l'ensemble de la population.

6. Ces montants, issus du modèle de microsimulation Ines-Omar 2019 (encadré 1), sont calculés avant l'entrée en vigueur de la réforme du 100 % santé ; les équipements dentaires, optiques et auditifs représentaient alors 60 % du montant de liberté tarifaire, et constituaient près de la moitié des RAC AMC (fiche 15). Néanmoins, ces postes de soins continuent de peser davantage dans le budget des personnes plus âgées, en raison de dépassements qui subsistent en optique, dentaire et audiologie où leurs besoins de soins sont plus forts (fiche 02).

Encadré 1 Les sources mobilisées

Cet ouvrage mobilise de nombreuses sources de la statistique publique pour dresser un panorama complet de la complémentaire santé (annexe 2). Les données collectées auprès des organismes complémentaires par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) et par l'Urssaf Caisse nationale renseignent les montants relatifs à l'activité des organismes complémentaires. Celles-ci alimentent le cadre plus large des comptes de la santé au sein desquels sont produits les principaux indicateurs macroéconomiques sur les dépenses de santé en France. Ces indicateurs compatibles avec le formalisme du System of Health Accounts (SHA) rendent possibles les comparaisons internationales sur ces données. Des enquêtes de la statistique publique et de la recherche (enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie [SRCV], enquête santé européenne [EHIS] et enquête Santé et Protection sociale [ESPS]) permettent de recueillir des informations auprès d'un échantillon représentatif de ménages sur leur couverture. L'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) les complète avec des informations très précises sur les garanties des contrats les plus souscrits¹. L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) permet de connaître finement les prises en charge proposées par les entreprises du secteur privé à leurs salariés. L'exploitation des données administratives fines et exhaustives du Système national des données de santé (SNDS) permet une vue globale sur l'ensemble des dépenses de santé remboursables par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et sur leurs remboursements par l'AMO, à l'hôpital et en soins de ville, pour l'ensemble de la population française. Si les informations relatives aux remboursements de complémentaire santé n'existent pas à ce jour dans le SNDS, cette source reste néanmoins très utile pour calculer le risque à couvrir par la complémentaire santé. Faute de données individuelles représentatives sur les remboursements de complémentaire santé, le modèle de microsimulation Ines-Omar construit par la DREES rapproche les différentes sources disponibles listées ci-dessus pour étudier la distribution des financements et prestations du système d'assurance maladie français et de ses composantes (assurances publique et privée, reste à charge final pour les ménages).

La DREES met à disposition sur son site internet un outil de datavisualisation relatif aux dépenses et aux restes à charge en santé après remboursement par l'assurance maladie obligatoire sous forme de graphiques interactifs (espace Datavisualisation de la DREES). Par ailleurs, les tableaux détaillés des résultats des différents millésimes de l'enquête OC ainsi que les comptes de résultat technique en santé des organismes complémentaires sont disponibles sur l'espace Open Data de la DREES.

1. L'annexe 3 détaille les changements méthodologiques ayant affecté l'enquête.

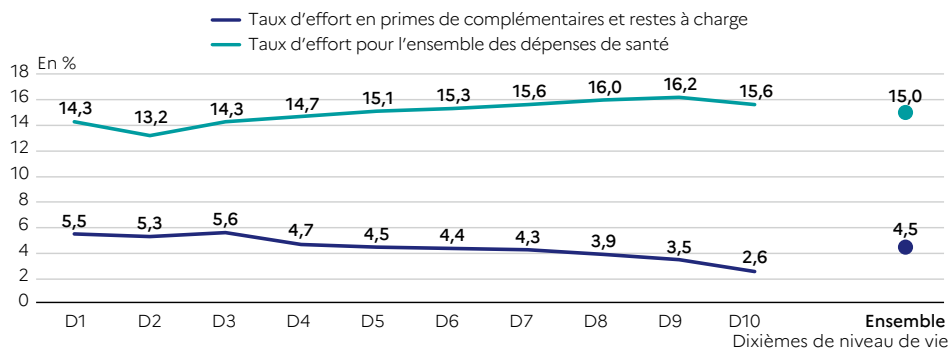
Contrairement à l'assurance publique, l'assurance privée ne réduit pas les inégalités de niveau de vie

Au total, le poids de la santé pour les ménages, comprenant les primes versées aux complémentaires santé ainsi que le reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (RAC AMC), s'élevait en 2019 en moyenne à 4,5 % de leur revenu disponible, mais à 7,3 % pour les ménages au sein desquels une personne au moins était âgée de 70 ans ou plus. Ce poids est plus élevé pour les ménages modestes (graphique 5 et fiche 15). En considérant également le financement de l'AMO, le poids de la

santé est croissant avec le niveau de vie (d'environ 14 % pour les ménages les plus modestes à 16 % au-delà du septième dixième de niveau de vie). En effet, contrairement à l'AMO, qui effectue une redistribution entre personnes selon leur niveau de vie grâce à un financement progressif et des prestations élevées pour les ménages modestes, l'AMC privée (hors CSS) induit très peu de transferts entre classes de niveaux de vie (fiche 16). Par ailleurs, en incluant les avantages fiscaux et sociaux, les aides publiques à la complémentaire santé prises dans leur ensemble bénéficient non seulement aux plus précaires grâce à la CSS mais aussi aux 20 % des ménages les plus aisés, via



Graphique 5 Taux d'effort des ménages pour l'ensemble de leurs dépenses de santé selon leur niveau de vie, en 2019



Note > Montant annuel moyen par ménage exprimé en pourcentage du revenu disponible, après puis avant prélèvement du financement de l'assurance maladie obligatoire (AMO).

Lecture > Un ménage du premier dixième de niveau de vie (D1) consacre en 2019 en moyenne 5,5 % de son revenu disponible aux primes de complémentaire santé (y compris TSA, hors participation employeur et chèque d'aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS] éventuels) et au reste à charge final non couvert en santé. Il consacre en moyenne 14,3 % de son revenu disponible avant prélèvement du financement de l'AMO à l'ensemble de ses dépenses de santé (contribution au financement de l'AMO, primes, reste à charge).

Champ > Ménages vivant en logement ordinaire ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

notamment l'abattement d'impôt sur le revenu sur les cotisations de complémentaire santé d'entreprise ou les d'aides socio-fiscales pour les indépendants, au détriment des classes moyennes et des retraités (fiche 16 et Fouquet, Pollak, 2022). Le partage entre AMO et AMC a donc une influence conséquente sur la redistribution opérée par le système d'assurance maladie (encadré 2).

96 % des salariés ont accès à une complémentaire santé d'entreprise à la suite de sa généralisation en 2016

L'accès à une assurance complémentaire s'est étendu progressivement dans la population, passant de 84 % de la population française de 15 ans ou plus couverte en 1996 à 96 % en 2019 (fiche 12). Une réforme majeure a été la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, à la suite de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 entré en vigueur au 1^{er} janvier 2016. Depuis cette date, tout employeur de droit privé doit proposer une complémentaire santé à ses salariés et participer au paiement de la prime d'assurance à hauteur de 50 % au minimum (fiche 13). Les salariés ont

obligation de la souscrire, sauf situations particulières de dispense. Ainsi, 84 % des établissements du secteur privé employant au moins un salarié proposaient en 2017 une complémentaire santé à leurs salariés, contre 51 % avant la loi de 2016. L'accès à la complémentaire santé d'entreprise a principalement profité aux salariés les plus précaires et à leurs ayants droit, ainsi qu'à une partie des chômeurs. Pour autant, des disparités perdurent, avec une moindre couverture des salariés dont les salaires sont les plus bas ou ceux en contrat de travail à durée déterminée (CDD). Par ailleurs, 38 % des salariés qui ont accès à une complémentaire santé d'entreprise en sont soit dispensés, soit auraient aimé l'être, en particulier parmi les jeunes et les plus modestes (fiche 13). L'encadrement de l'AMC est propice au développement d'un troisième étage de couverture, et plusieurs acteurs, en particulier les institutions de prévoyance et les mutuelles, se sont positionnés en développant de nouveaux produits : les surcomplémentaires santé. Ces contrats, principalement commercialisés en collectif (dans sept cas sur dix), couvrent 2,8 millions de personnes en 2021 (fiche 17).

Encadré 2 Les réformes possibles de l'articulation entre assurance maladie obligatoire et assurance maladie complémentaire

Afin d'améliorer l'efficacité du système d'Assurance maladie français, des réflexions sur l'articulation entre assurance maladie obligatoire (AMO) et assurance maladie complémentaire (AMC) et sur une éventuelle réorganisation de leur répartition existent de longue date (voir par exemple Briet, Fragonard [2007], Geoffard, de Lagasnerie [2012], Dormont, Geoffard, Tirole [2014], Cour des comptes [2016]... et de nombreuses tribunes comme celle de M. Hirsch et D. Tabuteau [2017]). Un travail collégial du Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM) s'est récemment inscrit dans cette lignée, et le rapport publié en janvier 2022¹ a précisé et chiffré quatre scénarios possibles pour améliorer et clarifier l'articulation entre Sécurité sociale et assurance maladie complémentaire. Le premier scénario propose des réformes visant à répondre à certaines limites du système actuel, sans modifier son architecture ; le deuxième scénario propose l'instauration d'une assurance privée obligatoire, universelle et mutualisée ; le troisième scénario (appelé « Grande sécu ») propose qu'une augmentation des taux de remboursement de la Sécurité sociale vienne se substituer en grande partie au marché de la complémentaire privée ; et le quatrième scénario propose une séparation des postes de soins remboursés par la Sécurité sociale et les assurances privées, redonnant ainsi une plus grande liberté de définition des garanties proposées par les assurances privées (scénario de « décroisement »). Ce Panorama n'aborde pas cette thématique de réformes envisageables, mais il complète ces réflexions – qui restent d'actualité – en apportant la photographie la plus récente possible du système de remboursements et restes à charge, ainsi que des éléments d'évaluation des réformes menées ces dernières années (100 % santé, remplacement de la couverture maladie universelle complémentaire [CMU-C] et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS] par la complémentaire santé solidaire [CSS]).

1. Voir HCAAM (2022).

Les contrats collectifs offrent une meilleure couverture, pour une population en moyenne plus jeune

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise en 2016 a conduit à accroître la part de salariés couverts par une complémentaire collective, en partie du fait de salariés nouvellement couverts, mais principalement *via* un transfert de salariés couverts par une complémentaire individuelle vers une complémentaire collective. Ainsi, en 2019, 81 % des salariés du secteur privé déclarent être couverts par un contrat collectif (*graphique 6* et *fiche 12*). Les contrats collectifs concernent aussi, *via* les ayants droit notamment, 13 % des salariés du secteur public, 10 % des travailleurs indépendants, 43 % des étudiants et 22 % des chômeurs (ces derniers étant sinon couverts pour 36 % d'entre eux par une complémentaire santé individuelle privée et pour 27 % par la CMU-C/CSS). Du fait de leur retrait du marché du travail et de la composition

de leur ménage, les retraités sont presque exclusivement couverts par des contrats individuels, à hauteur de 93 %.

La généralisation de la complémentaire santé au sein de la fonction publique, prévue à partir de 2025 (*annexe 1*), augmentera encore la segmentation des risques santé entre les contrats collectifs, qui couvrent une population plus jeune, et les contrats individuels, au sein desquels la moyenne d'âge des personnes couvertes augmente (*fiche 12* et Fouquet, 2020 ; Pierre, 2022). Or, les contrats collectifs sont en moyenne plus couvrants que les contrats individuels, puisque 58 % des bénéficiaires de contrat collectif disposent d'un contrat classé comme « très couvrant », contre seulement 11 % des bénéficiaires de contrat individuel (*fiche 27*). Par ailleurs, les contrats collectifs reversent sous forme de prestations une plus grande part des cotisations et sont ainsi plus intéressants du point de vue des assurés.

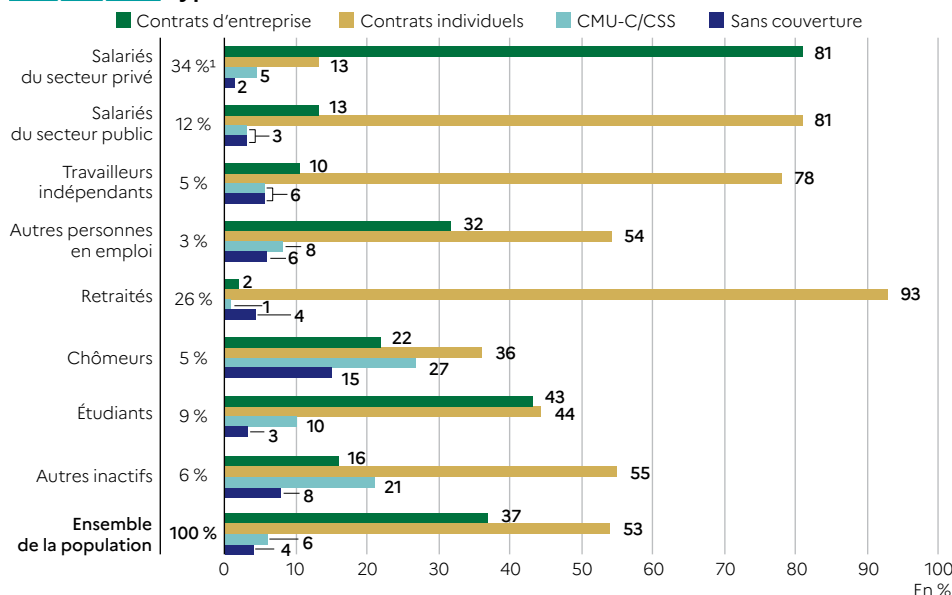


Le ratio entre prestations et cotisations est de 87 % contre 74 % pour les contrats individuels en raison de charges de gestion moindres (graphique 7 et fiche 08). En moyenne, les organismes complémentaires réalisent des

excédents sur les contrats individuels, et des déficits sur les contrats collectifs.

Enfin, les contrats collectifs ont une tarification plus solidaire, qui ne dépend pas de l'âge et plus souvent du revenu, et qui est un peu

Graphique 6 Types de couverture selon la situation sur le marché du travail, en 2019



CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire ; CSS : complémentaire santé solidaire.

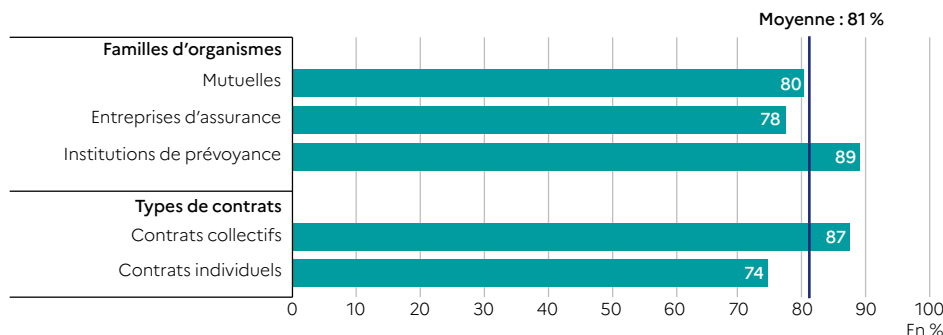
1. Les chiffres de cette colonne indiquent la part de chaque catégorie dans la population totale.

Lecture > En 2019, 13 % des salariés du secteur privé (qui représentent 34 % de la population) sont couverts par un contrat individuel de complémentaire santé.

Champ > Population française métropolitaine âgée de 15 ans ou plus.

Sources > DREES, EHS 2019.

Graphique 7 Rapport prestations sur cotisations, en 2022



Lecture > En 2022, les mutuelles reversent à leurs assurés 80 % des cotisations sous forme de prestations.

Champ > Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (TSA) au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) en 2022 et contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31 décembre 2022.

Source > ACPR, calculs DREES.

plus favorable aux familles. L'avantage financier pour les familles se manifeste néanmoins moins fréquemment qu'avant par un contrat « forfait famille » proposant la gratuité dès le premier enfant, et désormais plus souvent par une gratuité seulement à partir du 2^e, 3^e, ou 4^e enfant (fiche 10).

Les mutuelles continuent de perdre du terrain au profit des entreprises d'assurance

Les mutuelles sont les principaux acteurs du marché de la complémentaire santé : elles regroupent 69 % des organismes et 47 % du chiffre d'affaires total des organismes complémentaires en 2022. Leur part de marché est toutefois en baisse : elle a diminué de 6 points en 10 ans (graphique 8 et fiche 07), principalement au profit des entreprises d'assurance.

Les entreprises d'assurance, dont la part de marché est passée de 30 % en 2012 à 36 % en 2022, ont la spécificité, par rapport aux autres familles d'organismes, d'avoir une activité en santé largement minoritaire dans leur chiffre d'affaires (6 %, contre 48 % pour les institutions de prévoyance et 82 % pour les mutuelles, fiche 06) et d'être des sociétés à but lucratif (à l'exception des sociétés d'assurance mutuelles).

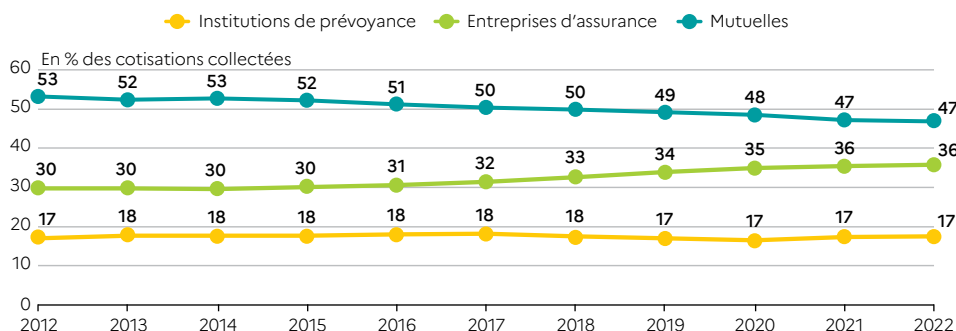
Les institutions de prévoyance, à but non lucratif, représentent 17 % du marché. Elles sont spécialisées dans les contrats collectifs (87 % de

leur chiffre d'affaires en 2021) et reversent en moyenne la plus grande part de leurs cotisations sous forme de prestations (89 %, contre 80 % pour les mutuelles et 78 % pour les entreprises d'assurance, graphique 7). Elles sont déficitaires sur leur activité santé (résultat technique de - 2,7 % des cotisations collectées hors taxe en 2022) ; déficit contrebalancé par des excédents sur leurs activités d'assurance-vie (fiche 08).

Les organismes complémentaires peuvent se rapprocher par le biais de groupes d'assurance : 42 % des organismes, représentant 85 % des cotisations en santé, appartiennent à des groupes d'assurance (fiche 07).

Les organismes complémentaires sont soumis à deux prélèvements spécifiques assis sur les cotisations santé qu'ils perçoivent : la taxe de solidarité additionnelle (TSA) et la contribution au forfait patientèle médecin traitant (FPMT). Le taux moyen effectif de ces prélèvements spécifiques s'élève, en 2022, à 14,1 % des cotisations santé. Ce taux est relativement stable depuis dix ans, à l'exception des années 2020 et 2021 pendant lesquelles a été instaurée une contribution exceptionnelle liée à la crise Covid-19, dans un contexte où les dépenses de gestion de l'épidémie étaient principalement prises en charge par l'AMO et où les dépenses de santé hors Covid-19, en particulier les dépenses de ville (dont la part prise en charge par l'AMC est plus élevée), ont connu un choc ponctuel à la baisse (annexe 1 bis). ■

Graphique 8 Parts de marché de l'assurance santé, de 2012 à 2022



Lecture > En 2022, les mutuelles ont collecté 47 % des cotisations en santé, contre 53 % en 2012.

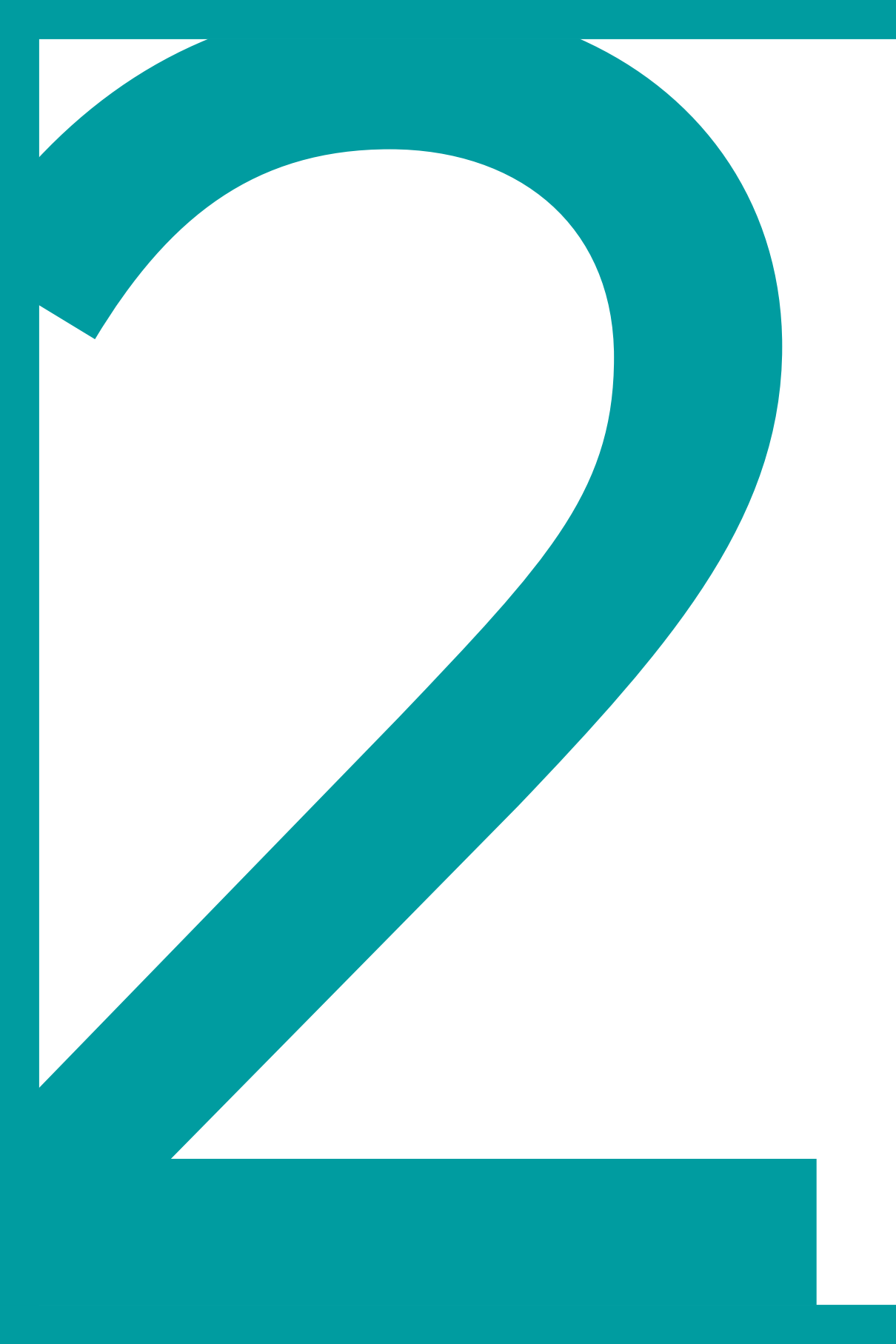
Champ > Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (TSA) au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières). Parts de marché en matière de cotisations collectées.

Source > ACPR, calculs DREES.



Pour en savoir plus

- > Les données en datavisualisation sur les dépenses de santé et leur prise en charge par l'assurance maladie obligatoire en France sont disponibles dans l'espace Datavisualisation de la DREES.
- > 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.
- > **Arnaud, F., Lefebvre, G. (dir.)** (2023). *Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2023*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Barlet, M. et al. (dir.)** (2019). *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – Édition 2019*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Briet, R., Fragonard, B.** (2007, septembre). *Mission Bouclier sanitaire*. Paris, France : La Documentation Française.
- > **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*.
- > **Cour des comptes** (2016, septembre). *La Sécurité sociale – Rapport sur l'application des lois de financement de la Sécurité sociale*.
- > **de Williencourt, C.** (2023). *Rapport 2023 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. Paris, France : DREES.
- > **Dormont, B., Geoffard, P.-Y., Tirole, J.** (2014). Refonder l'assurance-maladie. *Les notes du conseil d'analyse économique*, 12.
- > **Fouquet, M., Pollak, C.** (2022, septembre). Impact des assurances complémentaires santé et des aides socio-fiscales à leur souscription sur les inégalités de niveau de vie. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 101.
- > **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.
- > **Geoffard, P.-Y., de Lagesnerie, G.** (2012). Réformer le système de remboursement pour les soins de ville, une analyse par microsimulation. *Économie et Statistique*, 455-456.
- > **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.
- > **Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)** (2022, janvier). *Rapport du HCAAM. Quatre scénarios polaires d'évolution de l'articulation entre Sécurité sociale et Assurance maladie complémentaire*.
- > **Hirsch, M., Tabuteau, D.** (2017, janvier). Créons une assurance-maladie universelle. *Le Monde*, tribune, 14 janvier 2017.
- > **Jusot, F. et al.** (2019, novembre). Le recours à l'aide médicale de l'État des personnes en situation irrégulière en France : premiers enseignements de l'enquête Premiers pas. Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 245.
- > **Marsaudon, A., Jusot, F., Dourgnon, P.** (2023, juillet-août). Accès aux soins et lieux de soins usuels des personnes sans titre de séjour couvertes par l'Aide médicale de l'État. Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 280.
- > **Pierre, A.** (2022, octobre). Marché de la complémentaire santé, inégalités et préférences en matière de couverture : les effets de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. Irdes, *Documents de travail*, 89.



Vue d'ensemble

Fiches thématiques <

Annexes

Éléments de cadrage

Décomposition d'une dépense de santé : remboursements et restes à charge

Les dépenses de santé sont financées par trois acteurs principaux : la Sécurité sociale, les assurances santé privées et les patients. En France, les assurances santé privées sont dites « complémentaires », car elles interviennent sur le même panier de soins que celui pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO), en en complétant le financement. Elles peuvent rembourser d'une part les tickets modérateurs et les forfaits journaliers hospitaliers, d'autre part les dépassements, résultant de la liberté tarifaire. Les complémentaires santé peuvent aussi prendre en charge des soins non remboursables par l'AMO.

En France, l'assurance maladie obligatoire (AMO) est la branche de la Sécurité sociale qui protège les individus contre les risques liés à la santé. Elle intervient principalement en prenant en charge les dépenses de santé sur un panier de soins relativement étendu. Toutefois, la prise en charge de la plupart des soins remboursables par l'AMO est partielle. La part restante de dépenses incombe au patient (directement, ou indirectement via la couverture par une complémentaire santé à laquelle il choisit de souscrire).

Les dépenses de santé prises en charge par l'assurance complémentaire

La partie des dépenses non prise en charge par l'AMO est de deux types. D'une part, le reste à charge dit « opposable » correspond à l'écart entre le tarif de convention (appelé également « base de remboursement de la Sécurité sociale », ou « BRSS »), et le montant qui est effectivement pris en charge par l'AMO (schéma 1). Il est principalement constitué d'un « ticket modérateur » auquel s'ajoutent les participations forfaitaires et les franchises (voir ci-après). D'autre part, la dépense relative à un soin peut dépasser la base de remboursement de l'AMO, au titre de la liberté tarifaire : ce sont les dépassements, opérés par certains professionnels de santé. Ils concernent aussi bien les actes ou dispositifs médicaux (comme les lunettes) que les

consultations de médecins – on parle alors de dépassements d'honoraires. Le total du reste à charge opposable et des dépassements constitue le reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO). Celui-ci forme, avec les soins non remboursables par l'AMO (comme les consultations d'ostéopathe ou de psychologue, voir fiche 26), le champ d'intervention de la complémentaire santé (hors participations forfaitaires et franchises). Selon le niveau de prise en charge du contrat de complémentaire santé, le montant qui subsiste pour le patient s'appelle reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (RAC AMC) [voir fiche 14].

Le reste à charge opposable des patients pour leurs soins de ville

En mettant en place le ticket modérateur, la Sécurité sociale a instauré, dès sa création en 1945, une participation financière des assurés pour l'ensemble des soins, à hauteur, à l'époque, de 20 % de la BRSS. L'objectif était de faire contribuer financièrement les cotisants pour qu'ils modèrent leurs dépenses de santé (Da Silva, 2022). Depuis, cette part a augmenté pour atteindre entre 30 % et 85 % de la BRSS (sauf en cas d'exonérations), selon la catégorie du soin ou l'intérêt thérapeutique du produit de santé¹. Le ticket modérateur varie également, depuis 2009, en fonction du

¹. Ces taux continuent d'évoluer. Ainsi, en octobre 2023, le ticket modérateur pour les soins dentaires est passé de 30 % à 40 % de la dépense.

respect du parcours de soins : il est, par exemple, de 30 % de la BRSS pour la consultation d'un médecin spécialiste si le patient respecte le parcours de soins coordonnés² (encadré 1) et atteint 70 % dans le cas contraire.

Au ticket modérateur s'ajoute, depuis 2005, une participation forfaitaire pour toute consultation ou acte réalisé par un médecin (généraliste ou spécialiste), pour les examens de radiologie et les analyses de biologie médicale. Initialement fixée à 1 euro, la participation forfaitaire s'élève à 2 euros depuis le 15 mai 2024³. Elle est plafonnée à 8 euros par jour pour un même professionnel de santé (4 euros avant le 15 mai 2024), et à 50 euros par an par assuré. Depuis 2008, il existe également des franchises médicales qui s'appliquent aux médicaments (0,50 euro, passées à 1 euro depuis le 31 mars 2024), aux actes paramédicaux (0,50 euro, passées à 1 euro également) et aux transports sanitaires (2 euros, passées à

4 euros). Les franchises sont plafonnées par jour (à 2 euros par jour pour les actes paramédicaux, passées à 4 euros ; à 4 euros par jour pour les transports sanitaires, passées à 8 euros), et par an, à 50 euros également pour l'ensemble des actes ou prestations concernés.

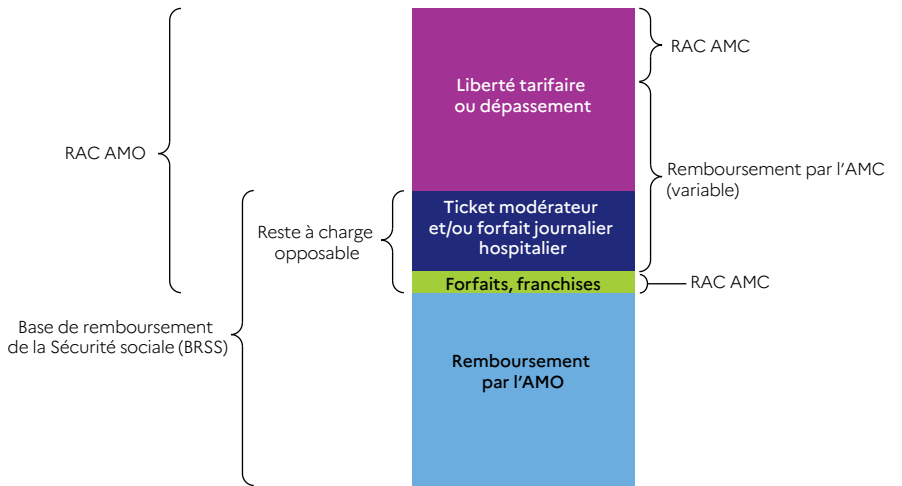
Pour les actes lourds particulièrement coûteux⁴, un ticket modérateur forfaitaire s'applique, et se substitue au ticket modérateur classique. Fixé à 18 euros lors de sa création en 2006, son montant s'établit à 24 euros depuis 2019 (voir fiche 20).

Le reste à charge opposable des patients pour leurs soins à l'hôpital

À l'hôpital, le reste à charge opposable correspond généralement au maximum entre le ticket modérateur et le forfait journalier hospitalier (voir fiche 21).

Le ticket modérateur est généralement fixé à 20 % de la dépense hospitalière facturée, mais

Schéma 1 Le reste à charge sur une dépense du panier de soins remboursables



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

Note > Le remboursement par l'AMO est indiqué comme « variable » car il est conditionné à la souscription d'un contrat de complémentaire santé, et les taux de remboursement dépendent du type de soins et du contrat.

2. C'est-à-dire lorsque l'assuré consulte un médecin spécialiste en étant orienté au préalable par un médecin traitant.

3. Décret n° 2024-113 de modification du Code de la Sécurité sociale.

4. Actes dont la BRSS est supérieure ou égale à 120 euros (ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60). Par exemple, la photocoagulation au laser, l'ablation d'un nodule de la thyroïde ou l'appendicectomie par cœlioscopie.

la définition de celle-ci dépend du statut de l'établissement :

- En ce qui concerne les hôpitaux privés à but lucratif, le montant est défini par un tarif de référence privé qui est égal au prix du séjour hospitalier (uniquement les trente premiers jours). La dépense est majorée des honoraires de professionnels de santé, sur lesquels s'applique aussi un ticket modérateur.

- En ce qui concerne les hôpitaux publics ou à but non lucratif, le montant est calculé à partir du tarif journalier de prestation (TJP), multiplié par la durée de séjour, avec une prise en charge à 100 % de ce montant au-delà du trentième jour consécutif d'hospitalisation. Ce tarif est représentatif du coût réel du séjour et repose sur une estimation des charges d'exploitation et de l'activité de l'établissement, en fonction

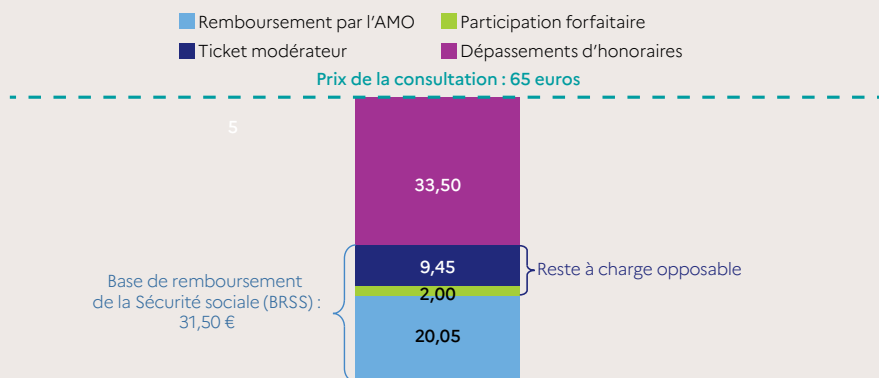
Encadré 1 Exemple de prise en charge d'une consultation de médecin spécialiste de secteur 2, au 15 mai 2024

À titre d'exemple, pour une consultation de médecin spécialiste de secteur 2 adhérent à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam), pour un montant de 65 euros, la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) est de 31,50 euros¹. Si le patient a préalablement été orienté par son médecin traitant, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) est de 70 % de la BRSS, soit 22,05 euros (voir schéma ci-dessous ; et fiche 20)². Mais du fait de la participation forfaitaire, cette prise en charge est minorée de 2 euros. Le reste à charge opposable du patient (après remboursement par l'AMO) s'élève donc à 11,45 euros (31,50 euros, desquels sont retranchés 22,05 euros de remboursement par l'AMO).

En secteur 2, la liberté tarifaire s'applique. Le médecin spécialiste a la possibilité de facturer des dépassements d'honoraires, qui s'élèvent, dans cet exemple, à 33,50 euros (différence entre les 65 euros facturés par le médecin et les 31,50 euros de la BRSS).

Le reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) du patient est donc de 44,95 euros (11,45 euros après remboursement par l'AMO, auxquels s'ajoutent les 33,50 euros liés au secteur 2). Si le patient a souscrit un contrat de complémentaire santé responsable (ce qui est le cas pour 98 % des personnes couvertes³), il bénéficie d'une prise en charge complète du ticket modérateur (9,45 euros). La complémentaire santé peut, selon le contrat souscrit, prendre en charge tout ou partie des dépassements d'honoraires. La participation forfaitaire reste à la charge du patient (2 euros).

Décomposition de la prise en charge pour une consultation à 65 euros d'un médecin spécialiste en secteur 2, au 15 mai 2024



1. Auparavant de 30 euros, la BRSS a été revalorisée à 31,50 euros au 1^{er} novembre 2023.

2. Pour un spécialiste non adhérent à l'Optam, la BRSS est de 23 euros ; si la consultation est hors parcours de soins coordonnés, le taux de remboursement par l'AMO est abaissé à 30 %.

3. D'après l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC). Cela représente par ailleurs 96 % en termes de cotisations collectées (voir annexe 1 bis) d'après l'Urssaf Caisse nationale.

des soins effectués. Il est calculé par intervention et par établissement par les agences régionales de santé.

En cas d'actes lourds réalisés au cours du séjour hospitalier, comme en soins de ville, le ticket modérateur devient forfaitaire et est fixé à 24 euros (participation forfaitaire). Dans ce cas, le reste à charge opposable du séjour hospitalier correspond alors à la somme du ticket modérateur forfaitaire et du forfait journalier hospitalier.

Le forfait journalier hospitalier, qui s'applique au titre du financement des frais d'hébergement, est quant à lui de 20 euros par jour dans le cas général, et de 15 euros en cas d'hospitalisation dans un service de psychiatrie. Il est facturé pour chaque jour d'hospitalisation, y compris le jour de sortie, sauf en cas de décès ou de transfert. Au-delà du trentième jour consécutif d'hospitalisation, seul le forfait journalier hospitalier est facturé (ainsi que les éventuels frais pour confort personnel).

Par ailleurs, depuis le 1^{er} janvier 2022, chaque personne qui se rend aux urgences sans être hospitalisée doit s'acquitter d'un forfait patient urgences d'un montant de 19,61 euros, sauf minorations ou exonérations pour certains patients (voir ci-après).

De possibles exonérations de frais

Afin de limiter le montant de RAC AMO des patients les plus malades et les plus précaires, des exonérations de frais ont été créées.

Ainsi, les assurés en affection de longue durée (ALD) sont exemptés de ticket modérateur pour les dépenses en lien avec leur affection (Adjerad, Courtejoie, 2021a). Ils se voient aussi appliquer un forfait patient urgences minoré (de 8,49 euros au lieu de 19,61 euros).

D'autres cas d'exonération sont liés à la situation des bénéficiaires : les personnes en invalidité, les pensionnés militaires d'invalidité, les victimes d'actes terroristes, les femmes au titre de l'assurance maternité, les nouveau-nés

pour les hospitalisations pendant les trente jours suivant leur naissance bénéficient ainsi d'une exonération complète. Sont exonérés des seuls tickets modérateurs, ticket modérateur forfaitaire et forfait journalier hospitalier, les victimes d'accidents du travail et maladies professionnelles (AT-MP), les donneurs d'organes et de produits issus du corps humain. C'est aussi le cas des bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS), qui sont également exonérés des franchises et des participations forfaitaires (voir fiche 18). La prise en charge par l'AMO est aussi majorée jusqu'à 100 % pour les assurés du régime d'Alsace-Moselle (Bithorel, Reduron, 2023).

Enfin, il existe des prises en charge intégrales par l'AMO des dépenses liées à des considérations de santé publique, comme les frais de dépistage sérologique du VIH et de l'hépatite C ou les frais de dépistage du Covid-19 pendant la crise sanitaire en 2020 et 2021. Certains moyens de contraception sont également intégralement pris en charge par l'AMO pour les patients de moins de 26 ans. Les dépistages organisés (cancers du sein, du col de l'utérus, colorectal), les consultations de prévention destinées aux mineurs, les examens de prévention bucco-dentaire, ainsi que les interruptions volontaires de grossesse sont également concernés par des exonérations de frais.

La liberté tarifaire : les dépassements

En ce qui concerne les honoraires, des dépassements peuvent être appliqués, le plus souvent par des médecins conventionnés de secteur 2⁵. Depuis 2012, afin de limiter les montants des dépassements d'honoraires, un secteur dit « optionnel » a été créé, à mi-chemin entre le secteur 1 (tarifs de la Sécurité sociale) et le secteur 2 (honoraires libres). Le dispositif, initialement appelé contrat d'accès aux soins (CAS), est devenu option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam)⁶ en 2017. Les médecins qui y souscrivent

5. Plus rarement, il peut s'agir de dépassements de médecins conventionnés de secteur 1 dans le cadre de demande particulière du patient, par exemple pour une consultation demandée en dehors des heures habituelles d'ouverture du cabinet.

6. Et l'Optam-Co pour les chirurgiens et obstétriciens.

s'engagent à respecter un taux de dépassements d'honoraires moyen et une part d'activité sans dépassement, permettant ainsi de faire bénéficier leurs patients d'un moindre reste à charge et d'un meilleur remboursement de leurs soins. En contrepartie, ils bénéficient d'avantages financiers, notamment la prise en charge de leurs cotisations sociales par l'Assurance maladie (voir fiche 20).

Ces dépassements s'appliquent sur les honoraires de consultations et sur les actes techniques réalisés par les médecins⁷. La liberté tarifaire ne s'applique pas aux consultations et soins conservateurs réalisés par les chirurgiens-dentistes ou par les stomatologues⁸, sauf exceptions (voir fiche 23). La liberté tarifaire s'applique aussi particulièrement aux dispositifs médicaux. Les prix des prothèses dentaires, des prothèses auditives et des équipements optiques sont notamment souvent très supérieurs aux tarifs conventionnels. Le dispositif 100 % santé (voir fiches 22, 23, 24 et 29) donne accès, pour chacun de ces dispositifs, à une offre sans reste à charge pour les personnes couvertes par un contrat de complémentaire santé responsable et a conduit à plafonner les prix de certains équipements en optique, en dentaire et en audiologie, pour l'ensemble des assurés.

À l'hôpital, le patient peut devoir s'acquitter également de frais liés aux suppléments pour confort personnel (par exemple, les frais de

chambre particulière). Ces frais supplémentaires ne sont pas pris en charge par l'AMO.

La liberté tarifaire ne peut pas s'appliquer aux patients bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) [voir fiche 18].

La réglementation des contrats responsables

Il existe une hétérogénéité de prise en charge des dépenses de santé par les contrats de complémentaire. Mais les niveaux de garantie sont régulés via la réglementation des contrats dits « responsables », fiscalement incitative pour les organismes complémentaires (voir annexe 1 bis). Un contrat responsable doit ainsi prendre en charge l'ensemble des tickets modérateurs⁹ relatifs aux soins de ville et aux hospitalisations, ainsi que les forfaits journaliers hospitaliers sans limitation de durée et l'intégralité du reste à charge après remboursement par l'AMO pour les biens du panier 100 % santé. Les participations forfaitaires et les franchises médicales des soins de ville doivent être exclues de la prise en charge des contrats responsables et restent donc à la charge des patients. Enfin, des plafonds de prise en charge s'appliquent pour certains dépassements d'honoraires ou dépassements en optique, en audiologie, et pour les consultations de spécialistes non adhérents à l'Optam (voir fiches 20, 22 et 24). En 2021, 98 % des bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé privé sont couverts par un contrat responsable¹⁰. ■

7. Les autres professionnels de santé (y compris paramédicaux) sont par ailleurs autorisés à facturer des dépassements d'honoraires « pour exigence particulière du malade non liée à un motif médical » en dehors des horaires d'ouverture du cabinet ou à domicile par exemple (article 39 de l'arrêté du 30 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie signée le 25 août 2016).

8. Les soins conservateurs incluent les soins de détartrage, de traitement d'une carie, de dévitalisation ou ceux d'extraction.

9. Les tickets modérateurs incluent les tickets modérateurs forfaitaires pour les actes lourds. Les frais de cure thermale et les médicaments pris en charge à 15 % ou 30 % par l'assurance maladie obligatoire (AMO) ne sont pas concernés par cette obligation (voir fiche 25).

10. D'après l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC). Cela représente par ailleurs 96 % en termes de cotisations collectées (voir annexe 1 bis) d'après l'Urssaf Caisse nationale.

Pour en savoir plus

- > Les données en datavisualisation sur les dépenses de santé et leur prise en charge par l'assurance maladie obligatoire en France sont disponibles dans l'espace Datavisualisation de la DREES.
- > Sur les contrats responsables, voir article 51 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019, décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 et circulaire n° DSS/SD2A/SD3C/SD5B/SD5D/2019/116 du 29 mai 2019 relative aux contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.
- > Sur l'augmentation des participations forfaitaires et des franchises, voir décret n° 2024-113 du 16 février 2024 relatif à la participation forfaitaire des assurés sociaux aux frais de santé en application du paragraphe II de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale (Légifrance, legifrance.gouv.fr) et décret n° 2024-114 du 16 février 2024 relatif à la participation des assurés aux frais de santé en application des paragraphes II et III de l'article L. 160-13 du Code de la Sécurité sociale (Légifrance, legifrance.gouv.fr).
- > Site de l'Assurance maladie.
- > **Adjerad, R., Courtejoie, N.** (2021a, janvier). Des restes à charge après assurance maladie obligatoire comparables entre patients âgés avec et sans affection de longue durée, malgré des dépenses de santé 3 fois supérieures. DREES, *Études et Résultats*, 1180.
- > **Adjerad, R., Courtejoie, N.** (2021b, mai). Hospitalisation : des restes à charge après assurance maladie obligatoire plus élevés en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie. DREES, *Études et Résultats*, 1192.
- > **Bithorel, P.-L., Reduron, V.** (2023, mai). Dépenses de santé et restes à charge pour les patients : comment expliquer les disparités entre départements ? DREES, *Études et Résultats*, 1265.
- > **Cometx, R., Pierre, A.** (2022, décembre). Plus les dépenses de santé sont importantes, plus la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est élevée. DREES, *Études et Résultats*, 1251.
- > **Da Silva, N.** (2022, octobre). *La bataille de la Sécu. Une histoire du système de santé*. Paris, France : La Fabrique.
- > **Paris, V., Polton, D.** (2016). L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ? *Regards, protection sociale*, 49(1), p. 69-79.
- > **Safon, M.-O.** (2022, juillet). Le ticket modérateur en France – Aspects historiques et réglementaires. Irdes, *Synthèses & Bibliographies*.

Après prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO), 18 % des dépenses de santé incombent aux patients de façon directe ou via une couverture complémentaire. Pour près de la moitié d'entre eux, ce reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) représente un montant inférieur à 200 euros annuels en 2021. Le RAC AMO des 10 % de patients ayant le RAC AMO le plus élevé s'élève en moyenne à 2 400 euros annuels, malgré l'existence de dispositifs publics à destination des plus malades (notamment pour les affections de longue durée [ALD]). Le RAC AMO des patients est pris en charge au moins partiellement par leur contrat complémentaire éventuel. Pour 45 % d'entre eux, un contrat responsable ne remboursant que le minimum réglementaire suffit à prendre en charge la totalité du RAC AMO (hors franchises et participations forfaitaires).

Une prise en charge des dépenses de santé par l'assurance maladie obligatoire de 82 % en moyenne

En moyenne, le montant des dépenses de santé présentées au remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) en France s'élève en 2021 à environ 2 900 euros annuels par consommant, avec une prise en charge à 82 % par l'AMO (*graphique 1*) : 81 % au titre de la part légale et 1 % au titre de « parts supplémentaires » (par exemple, le régime d'Alsace-Moselle) [voir fiche 01]. Le montant restant des dépenses de santé est composé d'un reste à charge opposable (incluant les franchises sur les médicaments et les participations forfaitaires sur les consultations et actes médicaux¹), à hauteur de 9 % du montant total, et d'un reste à charge lié aux dépassements, à hauteur de 9 % lui aussi. Ensemble, ils constituent le reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO), qui s'élève donc en moyenne à 18 % du montant total de dépenses de santé par patient [*graphique 1*]. Ce RAC AMO est financé par les patients, directement et/ou

indirectement s'ils souscrivent un contrat de complémentaire santé (voir fiche 10). Le risque à couvrir dépend à la fois de la probabilité d'avoir recours à un soin et du montant de RAC AMO à couvrir, qui varient beaucoup dans la population.

La prise en charge par l'AMO varie selon le type de soins. Elle est plus importante pour les soins réalisés à l'hôpital, souvent plus coûteux. L'AMO prend ainsi en charge en moyenne 89 % des dépenses hospitalières et 56 % des dépenses de soins de ville de la « population générale² » (*tableau 1*). La part des dépenses hospitalières augmente avec le montant total de dépenses : pour 80 % des patients de la population générale, les dépenses hospitalières représentent moins de 10 % des dépenses de santé, mais pour les 10 % dont les dépenses de santé sont les plus élevées, elles en représentent près de la moitié (*graphique 2a*). La prise en charge par l'AMO des dépenses de santé a donc tendance à être d'autant plus élevée que celles-ci sont importantes (*graphique 2b*) [Cometx, Pierre, 2023].

1. Les franchises et participations forfaitaires s'élèvent en moyenne à 33 euros par an en 2022 parmi les patients à l'exclusion de ceux bénéficiant d'exonérations (enfants de moins de 18 ans, bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire [CSS], etc.) [Commission des comptes de la Sécurité sociale, 2024]. Cela représente 1,6 milliard d'euros en 2022. Ce montant est amené à augmenter à partir de 2024, car les franchises et participations forfaitaires sont alors doublées dans la limite de plafonds inchangés (voir fiche 01).

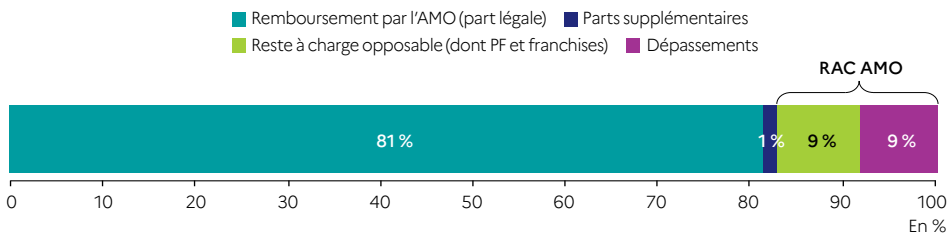
2. Définie ici comme les personnes n'ayant pas d'affection de longue durée (ALD) et ne bénéficiant pas de la complémentaire santé solidaire (CSS), et qui représente 71 % de la population totale.

Des dispositifs publics qui renforcent la prise en charge, jusqu'à 92 % des dépenses de santé pour les patients les plus malades

Dans certaines situations, des dispositifs publics complètent la prise en charge par l'AMO des dépenses de santé des patients (voir fiche 01). C'est le cas de la complémentaire santé solidaire (CSS) qui permet aux patients les plus précaires

de bénéficier d'une complémentaire santé publique soit gratuitement, soit moyennant une participation financière contenue (voir fiche 28). Le RAC AMO moyen des bénéficiaires de la CSS³ (9 % de la population totale) est de 70 euros (tableau 1). Leur risque assurable étant entièrement socialisé, c'est-à-dire pris en charge par la Sécurité sociale (voir fiche 03), il n'est donc pas à assurer par une complémentaire santé privée.

Graphique 1 Décomposition moyenne des dépenses de santé, en 2021



AMO : assurance maladie obligatoire ; PF : participations forfaitaires ; RAC AMO : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire.

Note > Les dépassements incluent les dépassements d'honoraires, ainsi que les dépenses au titre de la liberté tarifaire sur certains actes ou dispositifs médicaux (y compris sur les équipements du panier 100 % santé).

Lecture > 81 % du total des dépenses de santé sont remboursées par l'AMO au titre de la part légale, par patient en 2021.

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

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

Tableau 1 Montants moyens de dépenses de santé et prise en charge par patient, par statut du patient et par type de soins, en 2021

	Statut	Soins de ville	Soins hospitaliers	Total	Part de la population totale (en %)
Dépense moyenne (en euros)	Population générale	973	410	1 383	73
	CSS	866	517	1 383	9
	ALD	4 637	4 668	9 305	18
RAC AMO moyen (en euros)	Population générale	429	46	475	73
	CSS	65	6	70	9
	ALD	615	162	777	18
Taux de prise en charge moyenne par l'AMO (en %)	Population générale	56	89	66	73
	CSS	92	99	95	9
	ALD	87	97	92	18

ALD : affection de longue durée ; AMO : assurance maladie obligatoire ; CSS : complémentaire santé solidaire ;

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

Note > la catégorie « CSS » regroupe les patients qui sont bénéficiaires du dispositif CSS exclusivement. Les patients bénéficiaires de la CSS qui présentent également une ALD sont regroupés avec les patients de la catégorie « ALD ».

Lecture > Les dépenses moyennes des patients en ALD s'élèvent à 9 305 euros ; elles sont en moyenne prises en charge à 92 % par l'assurance maladie obligatoire (AMO), et le reste à charge pour le patient (et sa complémentaire santé éventuelle) est en moyenne de 777 euros.

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

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

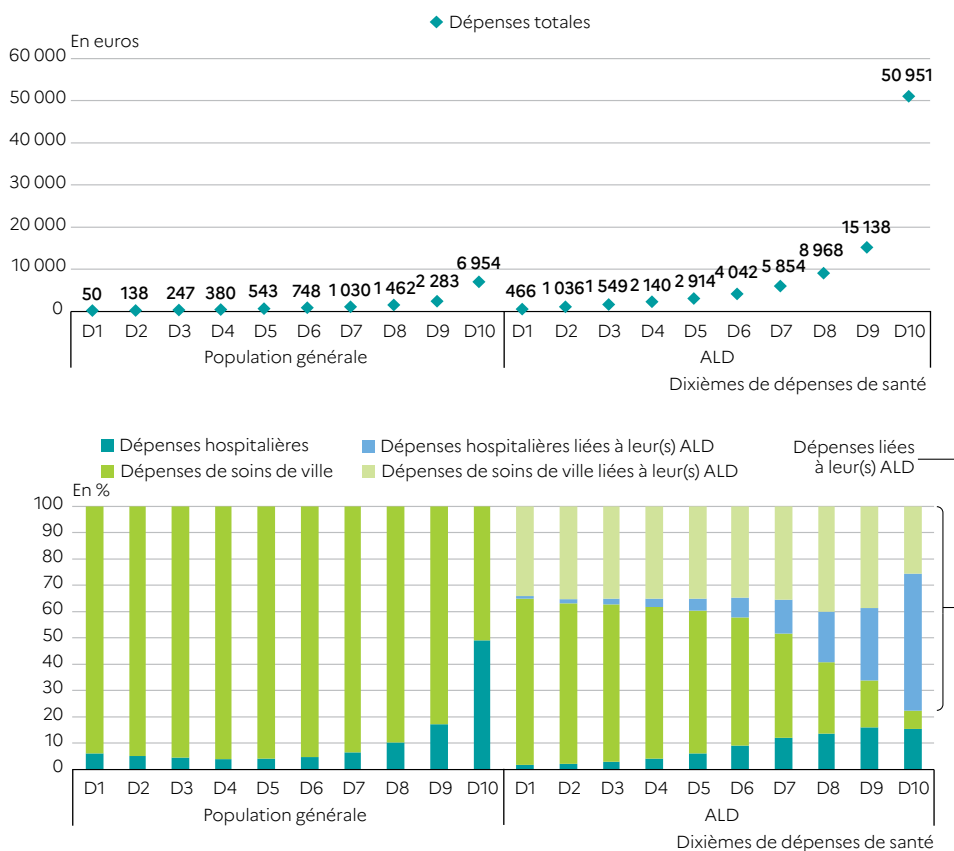
3. Hors bénéficiaires CSS couverts par le dispositif d'affection de longue durée (ALD).

Les patients souffrant d'une pathologie dont le suivi et les traitements peuvent être particulièrement longs et/ou coûteux peuvent bénéficier du dispositif d'affectation de longue durée (ALD). Dans ce cas, l'AMO prend en charge à 100 % les dépenses liées à leur(s) pathologie(s) [hors dépassements], tandis que leurs autres dépenses sont prises en charge suivant les règles de droit commun (Adjrad, Courtejoie, 2021a). Ainsi, si les bénéficiaires de ce dispositif (18 % de la population totale) ont des dépenses en moyenne six fois supérieures à celles des autres patients (9 305 euros contre 1 383 euros), 92 % de

celles-ci sont prises en charge par l'AMO, contre 66 % en population générale (tableau 1). Ce sont les dépenses hospitalières qui sont particulièrement plus élevées : elles représentent plus de la moitié de la dépense totale moyenne chez les patients en ALD (4 668 euros sur 9 305 euros), contre moins d'un tiers en moyenne pour la population générale (410 euros sur 1 383 euros) [tableau 1]. Cette part augmente avec le montant total de dépenses : elle est inférieure à 3 % pour le dixième des patients en ALD dont les dépenses sont les plus faibles, contre plus des deux tiers⁴ pour le dixième des patients en ALD dont les

Graphique 2 Dépenses de santé et restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire moyens, décomposés entre soins de ville et hospitaliers et selon le statut ALD des patients, en 2021

2a. Dépenses de santé moyennes, classées par dixièmes de dépenses de santé



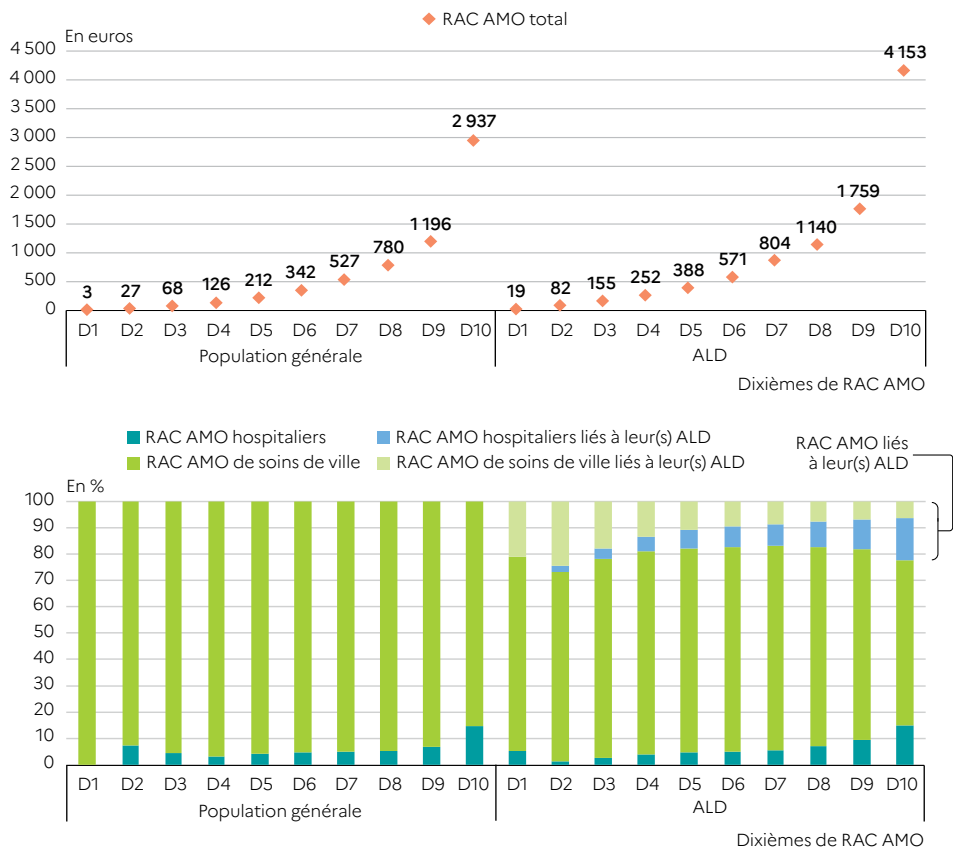
4. Plus précisément, 52 % liées à leur(s) ALD et 15 % non liées à leur(s) ALD.

dépenses sont les plus élevées (graphique 2a). Mais c'est *via* les soins de ville que s'opère l'effet le plus important du dispositif ALD, où le taux de prise en charge moyen est de 31 points supérieur à celui de la population générale (87 % contre 56 %) [tableau 1]. En ce qui concerne les dépenses hospitalières, le taux de prise en charge atteint 97 % pour les patients en ALD, contre 89 % en population générale (tableau 1). L'écart relatif de prise en charge des dépenses hospitalières entre

la population générale et les patients en ALD (8 points) est donc bien moindre que pour les soins de ville.

Pour les bénéficiaires du dispositif, si les dépenses liées à leur(s) ALD représentent de 30 % à 80 % de leurs dépenses totales selon les dixièmes de dépenses (graphique 2a), les RAC AMO liés à leur(s) ALD pèsent autour de 20 % de leur RAC AMO total (graphique 2b). Ces restes à charge liés aux dépenses relatives à leur(s) ALD proviennent des

2b. Restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) moyens, classés par dixièmes de RAC AMO



ALD : affection de longue durée ; RAC AMO : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire.
Note > La catégorie « population générale » regroupe l'ensemble des patients qui n'ont pas d'ALD reconnue, et qui ne sont pas bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS).
Lecture > Les dépenses moyennes des 10 % des patients en ALD avec les dépenses les plus élevées sont de 50 951 euros. Le RAC AMO moyen des 10 % de patients en ALD avec les RAC AMO les plus élevés est de 4 153 euros.
Champ > Population des consommateurs du Système national des dépenses de santé (SNDS), hors bénéficiaires de la CSS ; dépenses individualisables, remboursables et présentées au remboursement de l'AMO. France entière.
Source > SNDS, données 2021, calculs DREES (base RAC).

franchises médicales, des participations forfaitaires, des forfaits journaliers hospitaliers (FJH) et des dépassements, qui ne sont pas pris en charge par le dispositif (voir fiche 01). Par ailleurs, les dépenses de santé relatives à des soins en dehors du dispositif ALD (et donc faisant l'objet de remboursements de droit commun par l'AMO) sont aussi en moyenne plus élevées, notamment parce que les patients concernés sont, en moyenne, plus âgés que l'ensemble de la population. En définitive, le RAC AMO moyen à couvrir pour les patients en ALD demeure plus élevé que celui de la population générale (777 euros contre 475 euros, *tableau 1*), mais la distribution des RAC AMO des patients en ALD est relativement proche de celle de la population générale, si l'on exclut les 20 % des patients ayant les RAC AMO les plus élevés (*graphique 2b*). À âge donné, le RAC AMO moyen des patients ALD est comparable à celui de la population générale, en particulier à partir de 45 ans (Adjerad, Courtejoie, 2021a). Le dispositif ALD, bénéficiant aux plus malades, joue ainsi un rôle régulateur du marché de la couverture complémentaire privée, en réduisant le différentiel de dépenses non remboursées par l'AMO entre les bénéficiaires des ALD et les autres patients. En effet, les risques de santé les plus coûteux étant couverts par l'AMO, les complémentaires santé auraient peu d'incitations à mettre en place une tarification en fonction du statut ALD, les dispositions existantes interdisant de toute façon le recours au questionnaire médical⁵. Les complémentaires santé disposent d'autres modes de tarification, comme la localisation géographique (Bithorel, Reduron, 2023) et surtout l'âge des patients (voir fiche 10).

Des restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire en moyenne deux fois plus élevés pour les plus de 65 ans

Au-delà de la réduction par l'AMO de l'écart de risque, au sens des assureurs, entre les personnes souffrant de maladies chroniques et les autres, il demeure des différences de niveaux

de dépenses dans la population, liées à l'âge. Le RAC AMO annuel moyen augmente globalement avec l'âge, de 251 euros entre 20 et 29 ans à plus de 1 000 euros au-delà de 80 ans (*graphique 3*). Font toutefois exception les patients âgés de 10 à 19 ans, pour qui le RAC AMO moyen est plus élevé que celui des patients de 20 à 29 ans, en raison de dépassements payés particulièrement élevés en soins dentaires (ils représentent 49 % de leurs dépenses moyennes). Entre 20 et 80 ans, les RAC AMO moyens augmentent peu à peu, particulièrement en raison des dépassements. La part du RAC AMO due à des dépassements en audiologie est par exemple de 12 % en moyenne chez les 80-89 ans, contre 1 % chez les 40-49 ans.

Il existe toutefois une hétérogénéité à l'intérieur des tranches d'âge. Par exemple, parmi les 20-29 ans, un patient sur deux fait face à un RAC AMO annuel inférieur à 91 euros (P50), mais un sur quatre à un RAC AMO annuel supérieur à 320 euros (P75) [*graphique 4*]. Cette hétérogénéité augmente avec l'âge (et pour les 10-19 ans). Ainsi, l'écart entre les 10 % des patients dont les RAC AMO sont les plus faibles et ceux dont les RAC AMO sont les plus élevés s'élève à 600 euros environ entre 20 et 29 ans et à 800 euros environ entre 30 et 39 ans, pour atteindre plus de 2 500 euros entre 80 et 89 ans. Entre 0 et 40 ans, le RAC AMO est inférieur à 130 euros pour plus d'un patient sur deux, tandis que pour les plus de 70 ans, le RAC AMO est supérieur à 500 euros pour plus d'un patient sur deux, voire à 1 000 euros pour un patient sur quatre.

En 2021, 45 % des patients n'ont aucun frais de dépassement

Le système actuel de remboursements par l'AMO constitue un filet de protection efficace : pour 50 % des patients, le RAC AMO est inférieur à 160 euros en 2021 (*graphique 5*). Pour ces patients, c'est la partie opposable du reste à charge qui en constitue la composante principale. Ainsi, 45 % des patients n'ont en effet aucun frais de dépassements (hors dépassements pour des équipements dentaires, optiques et

5. Dans le cas des contrats solidaires (voir annexe 1).

Graphique 3 Décomposition du reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire moyen par poste de soins et par tranche d'âge, en 2021

Tranches d'âge	RAC AMO moyen (en euros)	dont dépassements (en %)...					dont reste à charge opposable (en %)...	
		... en audiologie	... en dentaire	... en optique	... en cliniques	... autres	... hôpital et cliniques	... soins de ville
0-9 ans	183	0	8	18	2	11	11	51
10-19 ans	381	0	49	15	1	5	5	24
20-29 ans	251	0	9	21	5	11	8	45
30-39 ans	332	1	14	17	6	13	7	43
40-49 ans	457	1	17	24	4	11	6	38
50-59 ans	606	2	18	26	4	10	6	34
60-69 ans	703	4	18	20	5	10	7	36
70-79 ans	874	8	16	15	5	9	10	38
80-89 ans	1 011	12	12	10	4	7	17	39
90 ans ou plus	972	10	6	5	2	5	26	44

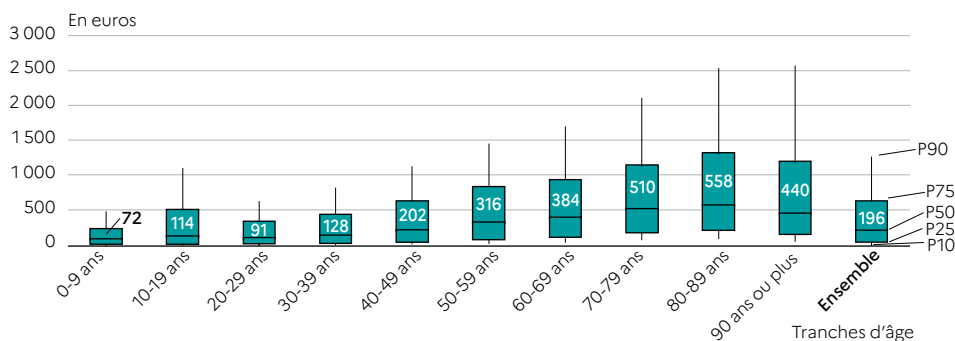
RAC AMO : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire.

Lecture > En 2021, le RAC AMO moyen annuel des 10-19 ans est de 381 euros, et il est principalement composé de dépassements en dentaire (à hauteur de 49 %) et de reste à charge opposable pour des soins de ville (à hauteur de 24 %, y compris participations forfaitaires et franchises).

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

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

Graphique 4 Distribution des restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire, par tranche d'âge, en 2021



Note > Ce graphique présente le 10^e percentile (1^{er} décile), le 25^e (1^{er} quartile), le 50^e (médiane), le 75^e (3^e quartile) et le 90^e (9^e décile).

Lecture > 10 % des personnes de 80-89 ans ayant consommé au moins un soin au cours de l'année 2021 ont eu un reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) inférieur à 79 euros (P10, 1^{er} décile), 25 % des personnes ont eu un RAC AMO inférieur à 213 euros environ (P25, 1^{er} quartile), pour 50 % des personnes il était inférieur à 558 euros environ (P50, médiane), pour 75 % des personnes il était inférieur à 1 310 euros environ (P75, 3^e quartile) et pour 90 % des personnes inférieur à 2 552 euros environ (P90, dernier décile).

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

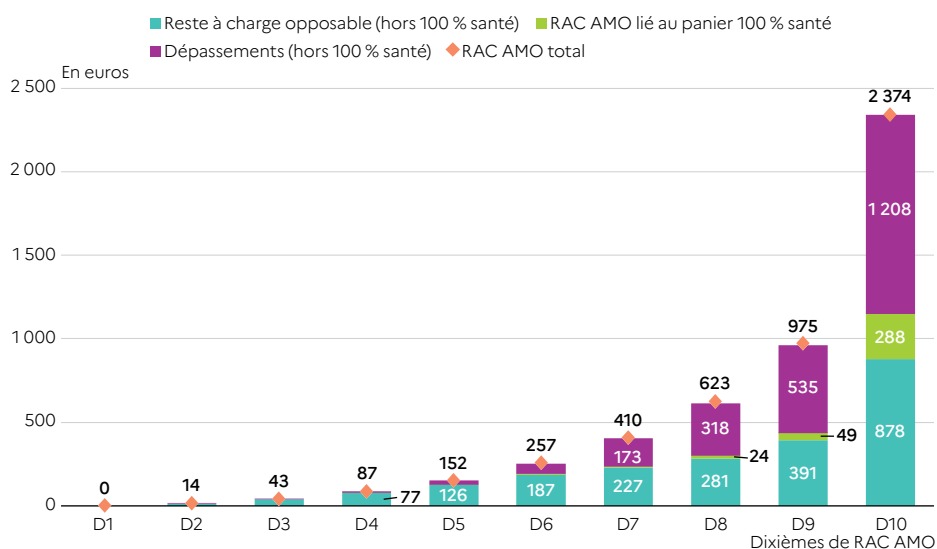
Source > SNDS, données 2021, calculs DREES (base RAC).

auditifs du panier 100 % santé) et voient donc leur RAC AMO composé uniquement de reste à charge opposable et/ou de RAC AMO lié au panier 100 % santé (voir fiche 29) [graphique 6]. Pour ces patients, un contrat responsable de complémentaire santé prenant en charge le minimum réglementaire suffirait donc à couvrir l'intégralité⁶ de leur RAC AMO pour l'année considérée (voir fiche 01).

En revanche, l'autre moitié des patients fait face à des RAC AMO beaucoup plus importants. Les dépassements qui leur sont facturés sont plus élevés : pour les 10 % des patients dont le RAC AMO est le plus élevé, le RAC AMO moyen

est de 2 400 euros (graphique 5). C'est en moyenne huit fois plus que le RAC AMO moyen des autres patients. Leur RAC AMO moyen est composé pour moitié de dépassements hors panier 100 % santé, soit 1 200 euros. Les dépassements (hors panier 100 % santé) sont concentrés sur une partie des patients : 20 % des patients en paient annuellement plus de 400 euros. Pour ces patients, le risque à assurer va au-delà de la prise en charge minimale imposée aux contrats de complémentaire santé responsables et peut donc justifier le recours à un contrat de niveau de couverture supérieur (voir fiche 27). ■

Graphique 5 Distribution des restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire par dixièmes, et décomposition, en 2021



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

Note > Le RAC AMO du panier 100 % santé regroupe la partie opposable et les dépassements, car ils sont tous deux pris en charge intégralement par l'ensemble des contrats de complémentaire santé responsables (hors participations forfaitaires et franchises).

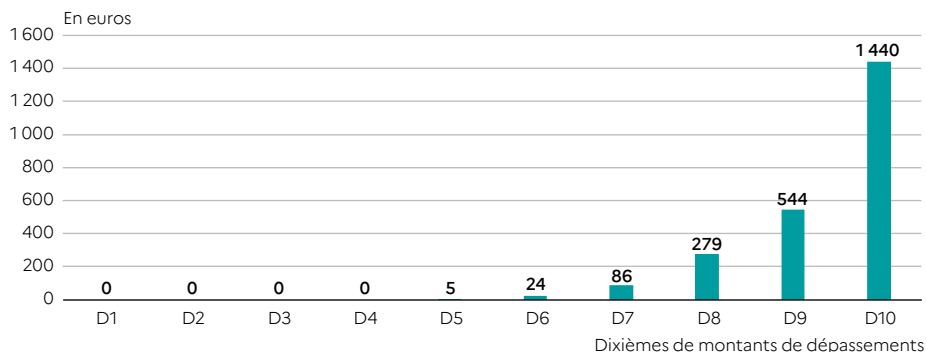
Lecture > Le dernier dixième (D10) de RAC AMO est en moyenne de 2 374 euros annuels, dont 1 208 euros de dépassements, 288 euros de RAC AMO lié au 100 % santé et 878 euros de reste à charge opposable.

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

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

6. À l'exclusion des participations forfaitaires et des franchises (voir fiche 01), des dépenses liées aux médicaments à service médical rendu (SMR) faible ou modéré (voir fiche 25) et des cures thermales.

Graphique 6 Distribution des montants de dépassements (hors panier 100 % santé) par dixièmes, en 2021



Lecture > Les 10 % des personnes ayant payé le plus de dépassements (D10) dans l'année (hors équipements auditifs, optiques et dentaires du panier 100 % santé), parmi la population ayant eu au moins une dépense de santé dans l'année, ont réglé en moyenne 1 440 euros en 2021. En revanche, plus de 40 % de la population (D1 à D4) ne s'est acquittée d'aucun dépassement.

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

Sources > SNDS, données 2021, calculs DREES (base RAC).

Pour en savoir plus

- > **Adjerad, R., Courtejoie, N.** (2020, novembre). Pour 1 % des patients, le reste à charge obligatoire après assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros annuels. DREES, *Études et Résultats*, 1171.
- > **Adjerad, R., Courtejoie N.** (2021a, janvier). Des restes à charge après assurance maladie obligatoire comparables entre patients âgés avec et sans affection de longue durée, malgré des dépenses de santé 3 fois supérieures. DREES, *Études et Résultats*, 1180.
- > **Adjerad, R., Courtejoie, N.** (2021b, mai). Hospitalisation : des restes à charge après assurance maladie obligatoire plus élevés en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie. DREES, *Études et Résultats*, 1192.
- > **Bithorel, P.-L., Reduron, V.** (2023, mai). Dépenses de santé et restes à charge pour les patients : comment expliquer les disparités entre départements ? DREES, *Études et Résultats*, 1265.
- > **Cometx, R., Pierre, A.** (2022, décembre). Plus les dépenses de santé sont importantes, plus la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est élevée. DREES, *Études et Résultats*, 1251.
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS)** (2024). Fiche 3.3 – Panorama des participations forfaitaires et des franchises médicales. Dans *Les comptes de la Sécurité sociale. Rapport : résultats 2023 et prévisions 2024*.

La Sécurité sociale est le premier financeur des dépenses de santé, puisqu'elle prend en charge 79,6 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en 2022. Arrivent en deuxième position les organismes complémentaires (12,6 %). Leur part dans le financement a fortement diminué en 2020 du fait de la crise sanitaire (12,1 % en 2020 après 13,4 % en 2019) et reste en 2022 en deçà de son niveau d'avant crise. L'État finance aussi directement une part minime des dépenses de santé (0,6 % en 2022) via différents dispositifs. Cette part a fortement chuté en 2021 du fait du transfert des dépenses de la complémentaire santé solidaire (CSS) de l'État vers la Sécurité sociale. En définitive, 7,2 % des dépenses de santé restent à la charge des ménages.

Trois types d'organismes de complémentaire santé

En France, une complémentaire santé est un contrat privé d'assurance dont l'objet principal est le remboursement de tout ou partie des frais médicaux des ménages non pris en charge par les organismes de Sécurité sociale et par l'État. Trois catégories d'organismes complémentaires peuvent gérer de tels contrats : les mutuelles, les institutions de prévoyance et les entreprises d'assurance. En parallèle, les pouvoirs publics ont mis en place un dispositif permettant aux plus modestes d'accéder à une complémentaire santé : la complémentaire santé solidaire (CSS). Ce dispositif remplace depuis 2019 la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) [voir fiches 18 et 28].

La Sécurité sociale, acteur majeur du financement des dépenses de santé

La Sécurité sociale est l'acteur majeur du financement des dépenses de santé. Elle finance en effet 187,6 milliards d'euros de prestations en 2022, soit 79,6 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) [encadré 1 ; Arnaud, Lefebvre, 2023]. Depuis 2012, sa part dans le financement de la CSBM augmente sous les effets du dynamisme des dépenses qu'elle prend le plus en charge (soins hospitaliers, médicaments coûteux, etc.), du vieillissement de la population et de la progression du

nombre de personnes en affection de longue durée (ALD). Elle a particulièrement augmenté en 2020 du fait de la crise sanitaire et de la hausse des dépenses afférentes (en particulier : dépenses de vaccination, tests PCR et antigéniques, masques), essentiellement prises en charge par la Sécurité sociale (*graphiques 1a et 1b*). La part de la Sécurité sociale a augmenté à nouveau en 2021, en lien notamment avec le rattachement du financement de la CSS à la Sécurité sociale ; CSS auparavant prise en charge directement par l'État (*encadré 2*). Depuis 2021, la prise en charge des soins de santé par l'État correspond aux prestations versées aux invalides de guerre et aux personnes en situation irrégulière via l'aide médicale d'état (AME). Au total, en 2022, l'État a financé 0,6 % de la CSBM.

Les organismes complémentaires financent 12,6 % de la consommation de soins et de biens médicaux

Les organismes complémentaires interviennent sur l'ensemble du panier de soins remboursables. Ils peuvent notamment prendre en charge les tickets modérateurs et certains dépassements de tarifs de référence. Pour certains postes, comme l'optique, les soins et prothèses dentaires ainsi que les prothèses auditives (voir fiches 22, 23 et 24), la part des dépenses prise en charge par la Sécurité sociale est faible ; les organismes complémentaires en sont les principaux financeurs.

Les organismes complémentaires ont financé une part croissante de la CSBM jusqu'en 2013 où leur part culminait à 13,6 %. Cette part a ensuite diminué, particulièrement en 2020, du fait de la crise sanitaire (12,1 % en 2020 après 13,4 % en 2019). En effet, celle-ci a induit des

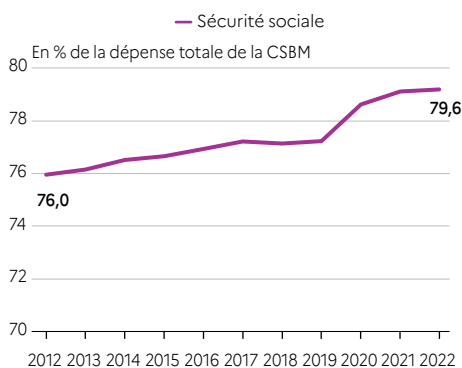
dépenses spécifiques essentiellement prises en charge par la Sécurité sociale, en même temps qu'une baisse d'activité de soins plus prononcée sur les postes de dépenses où la part prise en charge par les organismes complémentaires est élevée.

Encadré 1 La consommation de soins et de biens médicaux

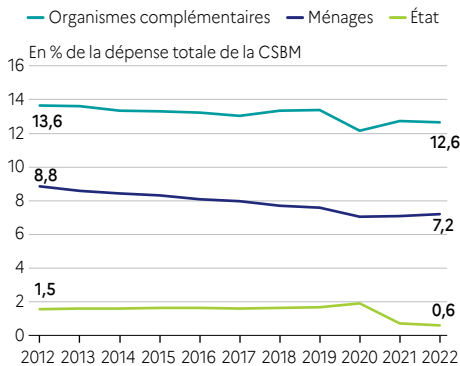
La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) représente la valeur totale des biens et services qui concourent au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Il s'agit des soins hospitaliers, des soins de ville, c'est-à-dire en cabinets libéraux ou en centres de santé (médecins, infirmiers, kinésithérapeutes, laboratoires, etc.), du transport de malades, des médicaments en ambulatoire et des autres biens médicaux (y compris l'optique). La CSBM recouvre aussi bien des dépenses remboursées par l'assurance maladie obligatoire (AMO) que des dépenses non remboursées (comme les médicaments achetés sans ordonnance, les lentilles de contacts, etc.) et aussi bien des dépenses individualisables que non individualisables (comme la rémunération sur objectif de santé publique). En revanche, contrairement à d'autres mesures de la dépense de santé, la CSBM n'inclut pas certains soins, considérés comme périphériques au système de santé (recours à un psychologue, par exemple) ou relevant davantage du confort que du soin (chambre particulière à l'hôpital, par exemple). Ces soins, non pris en charge par la Sécurité sociale, peuvent l'être par les organismes complémentaires. Enfin, la CSBM n'intègre pas les dépenses relatives aux soins de longue durée ni les coûts de gestion et de fonctionnement du système de santé.

Graphique 1 Part des différents financeurs de la consommation de soins et de biens médicaux, de 2012 à 2022

1a. Sécurité sociale



1b. Autres financeurs



CSBM : consommation de soins et de biens médicaux.

Note > Pour les années antérieures à 2021, les dépenses des régimes de base au titre de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) et de la complémentaire santé solidaire (CSS) sont comptabilisées dans « État ». À compter de 2021, le Fonds CSS a été rattaché à la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM), de sorte que les dépenses de CSS prises en charge par un régime de base sont désormais comptabilisées en « Sécurité sociale ».

Lecture > En 2022, les organismes complémentaires prennent en charge 12,6 % de la CSBM.

Champ > CSBM.

Source > DREES, comptes de la santé.

Les prestations versées par les organismes complémentaires en 2020 ont ainsi diminué de 7,8 % par rapport à celles de l'année précédente sur le champ de la CSBM, alors que l'ensemble des prestations, tous financeurs confondus, augmentait de 1,6 % sur ce même champ (*graphique 2*).

La part de financement par les organismes complémentaires a ensuite augmenté en 2021 avec

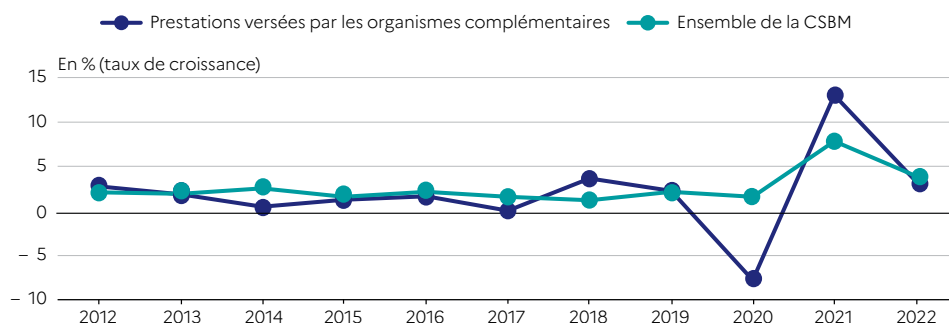
l'amélioration de la situation sanitaire (12,7 %), et demeure, en 2022, à 12,6 % de la CSBM (soit 29,8 milliards d'euros) ; cette proportion est inférieure à celle de 2019, notamment du fait des dépenses liées au Covid-19 encore importantes en 2022. Les montants de prestations versés par les organismes complémentaires sur le champ de la CSBM ont ainsi été en hausse en

Encadré 2 La complémentaire santé solidaire, rattachée à la Sécurité sociale

Depuis 2019, la complémentaire santé solidaire (CSS) a remplacé les deux dispositifs antérieurs (couverture maladie universelle complémentaire [CMU-C] et aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS]) en tant que complémentaire santé destinée aux plus modestes (voir fiche 18). En fonction des revenus des assurés, la CSS peut être sans participation financière (comme l'était la CMU-C) ou avec participation financière (comme l'était l'ACS).

Ce dispositif est financé par un fonds dédié, qui a remplacé le Fonds CMU lors de la fusion des dispositifs. Ce fonds est financé par la taxe de solidarité additionnelle (TSA), collectée par les organismes complémentaires à son profit et dont le montant total s'élève à 5,4 milliards d'euros en 2022. Initialement rattaché à l'État, ce fonds de financement de la CSS est rattaché à la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM) depuis 2021, ce qui a entraîné une baisse importante de la part de financement de l'État dans la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) en 2021.

Graphique 2 Croissance annuelle de l'ensemble de la consommation de soins et de biens médicaux et des prestations santé versées par les organismes complémentaires sur ce champ



CSBM : consommation de soins et de biens médicaux.

Note > Les prestations versées par les organismes complémentaires n'incluent pas la contribution Covid, dont le montant s'est élevé à 1,0 milliard d'euros au titre de 2020 (versé début 2021) et à 0,5 milliard d'euros au titre de 2021 (versé début 2022).

Lecture > En 2022, les prestations versées par les organismes complémentaires augmentent de 3,2 % par rapport à 2021, contre 3,9 % pour l'ensemble de la CSBM.

Champ > CSBM.

Source > DREES, comptes de la santé.

2021 et 2022 (+ 3,2 % en 2022 après + 13,0 % en 2021) après la forte baisse de 2020. La hausse en 2022 est inférieure à celle des prestations de l'ensemble de la CSBM (+ 3,9 %) [graphique 2].

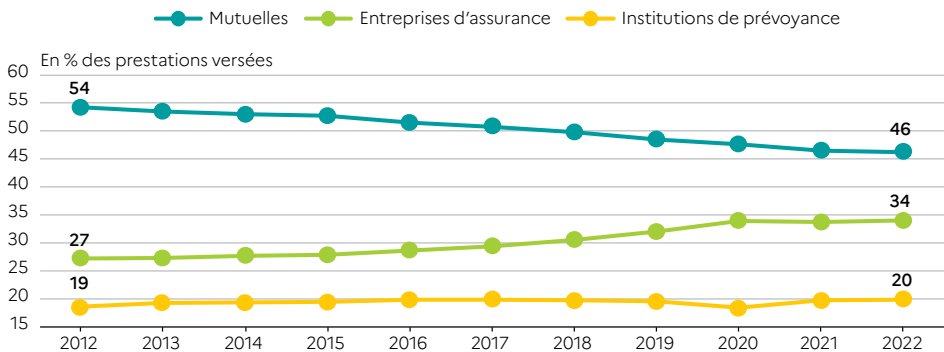
Après remboursement par ces différents acteurs du système de santé, 7,2 % de la CSBM reste donc à la charge des ménages en 2022. Ce reste à charge est en légère augmentation depuis 2020, mais il est presque de 2 points inférieur à son niveau de 2010 (9,1 % de la CSBM).

Par ailleurs, hors du champ de la CSBM, les organismes complémentaires ont aussi versé, en 2022, 2,2 milliards d'euros pour des prestations connexes à la santé (frais d'hébergement à l'hôpital ou en cures et prestations à la périphérie des soins de santé, comme les soins non conventionnels et certains actes de prévention) [voir fiche 26].

Depuis plusieurs années, la part des mutuelles dans les prestations versées diminue au profit des entreprises d'assurance

En 2022, sur le champ de la CSBM, 46 % des prestations des organismes complémentaires ont été versées par des mutuelles, 34 % par des entreprises d'assurance et 20 % par des institutions de prévoyance (graphique 3). Depuis 2012, les mutuelles ont perdu 8 points de parts de marché, au profit quasi exclusif des entreprises d'assurance. Celles-ci ont nettement accru leur part de marché entre 2016 et 2020, à la suite notamment de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. Les institutions de prévoyance ont une part de marché globalement stable sur les dix dernières années. ■

Graphique 3 Répartition des prestations santé versées par les trois catégories d'organismes complémentaires sur le champ de la consommation de soins et de biens médicaux, de 2012 à 2022



Lecture > En 2022, 46 % des prestations santé des organismes complémentaires ont été versées par des mutuelles.

Champ > CSBM.

Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

> Arnaud, F., Lefebvre, G. (dir.) (2023). *Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé* – Édition 2023. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

> de Williencourt, C. (2023). *Rapport 2023 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. Paris, France : DREES.

> Direction de la Sécurité sociale (DSS) (2023), *Rapport annuel 2022 de la complémentaire santé solidaire*.

En 2021, les organismes d'assurance ont collecté 82,9 milliards d'euros au titre de la couverture des risques sociaux, ce qui représente près d'un tiers de leur activité. La santé (39,4 milliards d'euros de cotisations collectées) et la retraite supplémentaire (18,5 milliards d'euros) sont les principales activités des organismes dans le champ des risques sociaux, devant les assurances décès, l'incapacité, l'invalidité et la dépendance. Dans le domaine de l'assurance santé, les cotisations collectées le sont pour moitié *via* des contrats individuels et pour moitié *via* des contrats collectifs. Les mutuelles et institutions de prévoyance sont spécialisées dans les risques sociaux, tandis que les entreprises d'assurance ont une activité plus diversifiée (assurances automobile, habitation, épargne, etc.).

Près d'un tiers des cotisations des organismes d'assurance concernent les risques sociaux

La protection sociale couvre l'ensemble des risques sociaux : maladie, invalidité, accidents du travail, maladies professionnelles, vieillesse (principalement la retraite), survie (réversion), famille, maternité, éducation, emploi, chômage, logement et pauvreté. Ces risques sont pris en charge en premier lieu par les pouvoirs publics. Les organismes d'assurance peuvent aussi intervenir en proposant une couverture assurantielle de second niveau. En 2021, ces organismes ont collecté 269,4 milliards d'euros de cotisations au titre de leur activité d'assurance (*tableau 1*). Parmi celles-ci, 82,9 milliards, soit 31 %, ont été collectées au titre de la couverture des risques sociaux. Symétriquement, sur les 206,2 milliards d'euros de prestations servies par les organismes en 2021, 28 % correspondent à des risques sociaux.

La complémentaire santé représente près de la moitié des cotisations collectées au titre des risques sociaux

Sur le champ des risques sociaux, les garanties « santé » (ou « frais de soins » en termes assurantiels) représentent le premier risque, avec 39,4 milliards d'euros de cotisations collectées et 31,8 milliards d'euros de prestations versées en 2021. La complémentaire santé représente donc globalement près de la moitié des cotisations collectées par les organismes d'assurance dans le champ des risques sociaux. La retraite constitue le deuxième poste, avec 18,5 milliards d'euros de cotisations et 10,2 milliards d'euros de prestations au titre de la retraite supplémentaire (par capitalisation), des préretraites et des indemnités de fin de carrière (IFC). La hausse de l'activité retraite au cours des dernières années est atténuée depuis 2018 par le transfert du portefeuille retraite de certains organismes d'assurance vers des organismes de retraite professionnelle supplémentaire (ORPS)¹,

1. Depuis le 1^{er} janvier 2018, les contrats de retraite professionnelle supplémentaire peuvent être gérés par ce nouveau type d'organismes. Créés par la loi relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique du 9 décembre 2016, dite « loi Sapin II », ils bénéficient d'une contrainte de fonds propres moins élevée que celle en vigueur auparavant. Les organismes d'assurance ont eu la possibilité de transférer leurs portefeuilles de retraite existants vers des ORPS jusqu'à la date limite du 31 décembre 2022.

Tableau 1 Cotisations collectées et prestations versées par les organismes d'assurance selon les risques, en 2021

	En milliards d'euros	
	Cotisations collectées	Prestations versées
Santé (frais de soins)	39,4	31,8
Retraite, préretraite et indemnités de fin de carrière	18,5	10,2
Décès	10,0	5,4
Incapacité-Indemnités journalières	7,5	6,3
Invalidité	4,2	3,2
Dépendance	0,9	0,5
Autres dommages corporels (accidents, assurance sportive, etc.)	2,3	0,6
Perte d'emploi	0,1	0,1
Famille	0,0	0,0
Ensemble des risques sociaux	82,9	58,0
Hors risques sociaux	186,5	148,3
Ensemble de l'activité assurantielle	269,4	206,2

Note > Les cotisations collectées ou prestations versées au titre des assurances emprunteurs sont classées en « Hors risques sociaux ».

Lecture > En 2021, les organismes d'assurance ont collecté 39,4 milliards d'euros au titre des garanties santé (frais de soins).

Champ > Affaires directes réalisées par les organismes d'assurance contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31 décembre 2021, hors mutuelles substituées et hors activité retraite des organismes de retraite professionnelle supplémentaire (ORPS). Cotisations hors taxe. Prestations nettes de recours (sinistres payés et versements périodiques de rentes payés moins les recours encaissés), hors variations de provisions.

Sources > États ACPR, enquête Retraite supplémentaire de la DREES, données sur les contrats emprunteurs de France Assureurs, calculs DREES.

qui ne sont pas dans le champ des organismes d'assurance étudié dans cette fiche. Suivent les garanties décès, qui correspondent au versement d'un capital ou d'une rente au conjoint survivant ou d'une rente pour l'éducation des enfants, en cas de décès de l'assuré (à l'exclusion des assurances souscrites dans le cadre de contrats emprunteurs)². Viennent ensuite les garanties incapacité temporaire de travail, invalidité définitive, dépendance ou autres dommages corporels, hors contrats emprunteurs. Enfin, les risques perte d'emploi (hors contrats emprunteurs) ou famille (prime à la naissance d'un enfant) font l'objet de quelques garanties des organismes d'assurance, mais les cotisations et prestations sont résiduelles.

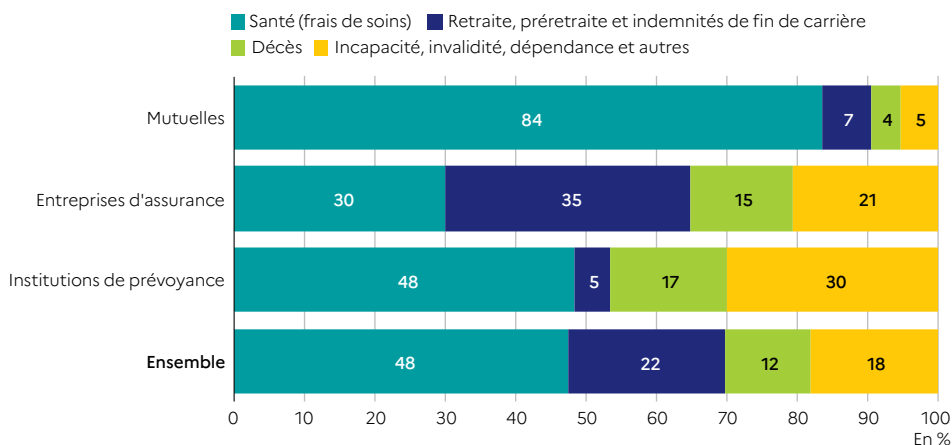
Les mutuelles et les institutions de prévoyance n'interviennent quasiment que dans le champ des risques sociaux. Les activités qu'elles ont le droit d'exercer en dehors de ce champ (caution,

assistance et protection juridique pour les mutuelles, et épargne financière pour les mutuelles et les institutions de prévoyance) sont marginales. En revanche, l'activité des entreprises d'assurance dépasse largement le cadre de la santé et des risques sociaux : épargne, assurances automobile ou habitation, assurances pour les professionnels, protection juridique, crédit, caution, etc. La couverture des risques sociaux ne représente ainsi que 20 % des cotisations collectées par les entreprises d'assurance en 2021, contre 99 % pour les mutuelles et 100 % pour les institutions de prévoyance.

L'assurance santé, principale activité des mutuelles

Les mutuelles sont spécialisées dans le risque santé, qui concentre 84 % de leurs cotisations en 2021 (*graphique 1*). La complémentaire santé constitue également l'activité principale des

² Les garanties décès, incapacité, invalidité et perte d'emploi souscrites dans le cadre d'emprunts immobiliers (dits « contrats emprunteurs ») sont par convention exclues du champ des risques sociaux. Elles sont en effet ici considérées comme assurant un risque financier et non un risque social. En 2021, 10,2 milliards d'euros de cotisations ont été collectées au titre de ces garanties emprunteurs (7,2 milliards d'euros en décès, 2,8 milliards d'euros en incapacité et invalidité et 0,2 milliard d'euros en perte d'emploi).

Graphique 1 Répartition des cotisations collectées par les différents types d'organismes d'assurance sur le champ des risques sociaux, en 2021

Lecture > En 2021, la santé représente 30 % des cotisations collectées par les entreprises d'assurance sur le champ des risques sociaux.

Champ > Affaires directes réalisées par les organismes d'assurance contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31 décembre 2021, hors mutuelles substituées et hors activité retraite des organismes de retraite professionnelle supplémentaire (ORPS). Cotisations hors taxe.

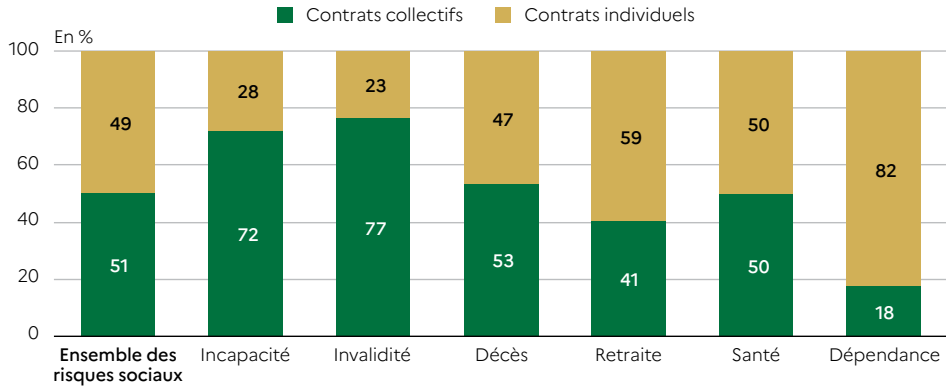
Sources > États ACPR, enquête Retraite supplémentaire de la DREES, données sur les contrats emprunteurs de France Assureurs, calculs DREES.

institutions de prévoyance (48 % des cotisations collectées en 2021 dans le champ des risques sociaux), même si ces dernières ont une activité plus diversifiée que les mutuelles, notamment en matière de prévoyance (incapacité, invalidité et décès). Enfin, avec 30 % des cotisations collectées, la santé est le deuxième risque social pour les entreprises d'assurance, derrière la retraite (35 % des cotisations collectées).

Les contrats santé, comme les autres contrats dans le domaine des risques sociaux, peuvent être souscrits directement par des particuliers (contrats individuels) ou par des entreprises, pour couvrir des groupes de salariés (contrats collectifs) [voir fiche 15]. En ce qui concerne l'incapacité et l'invalidité, les contrats collectifs sont majoritaires (*graphique 2*). Ces risques étant souvent liés à l'activité professionnelle, les entreprises et leurs salariés sont incités à

souscrire une protection complémentaire collective. Quant à la dépendance, elle concerne peu les entreprises et fait donc principalement l'objet de souscription à titre individuel. Enfin, dans le domaine de la santé, comme en matière de retraite et de décès, la répartition des cotisations entre contrats individuels et collectifs est davantage équilibrée. Depuis 2016, sous l'effet notamment de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, la part des contrats collectifs a augmenté sur le champ de la santé (de 44 % en 2015 avant la réforme à 50 % en 2021 [de Williencourt, 2023]). La part des contrats individuels ayant augmenté sur cette même période sur le champ des retraites, du décès et de la dépendance, la répartition entre contrats individuels et collectifs sur le champ global des risques sociaux reste équilibrée. ■

Graphique 2 Part des contrats collectifs et individuels dans les cotisations pour les principaux risques sociaux, en 2021



Lecture > En 2021, 50 % des cotisations collectées en santé l'ont été au titre de contrats individuels.

Champ > Affaires directes réalisées par les organismes d'assurance contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31 décembre 2021, hors mutuelles substituées et hors activité retraite des organismes de retraite professionnelle supplémentaire (ORPS). Cotisations hors taxe.

Sources > États ACPR, enquête Retraite supplémentaire de la DREES, données sur les contrats emprunteurs de France Assureurs, calculs DREES.

Pour en savoir plus

- > Les jeux de données sur la couverture des risques sociaux par les organismes d'assurance sont disponibles dans l'espace Open Data de la DREES.
- > **Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)** (2022, octobre). Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance 2021.
- > **de Williencourt, C.** (2023). *Rapport 2023 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. Paris, France : DREES.
- > **Marino, A., Meizel, P. (dir.)** (2023). *Les retraités et les retraites* – Édition 2023. Paris, France : DREES, coll. Panorama de la DREES-Social.

Trois types de systèmes de santé coexistent dans les pays occidentaux, qui diffèrent notamment par leur mode de financement des dépenses de santé : les systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques (comme en France), les systèmes nationaux de santé (comme au Royaume-Uni) et les systèmes d'assurance maladie gérés principalement par des assureurs privés (comme aux États-Unis, en Suisse ou aux Pays-Bas). Quel que soit le système, des assurances privées – facultatives ou obligatoires – participent au financement des dépenses de soins, à des degrés divers. Dans les systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances privées, les assurances privées obligatoires financent une part nettement plus élevée des dépenses de soins que dans les systèmes nationaux de santé ou dans les systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques.

Trois types de systèmes de santé, aux financements différents

Il existe schématiquement trois modes d'organisation du système de santé dans les pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) : les services nationaux de santé, les systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques et les systèmes d'assurance maladie gérés principalement par des assureurs privés. Ces trois systèmes induisent des modes de financement différents : dans les services nationaux de santé (comme au Royaume-Uni), l'État finance la majeure partie des dépenses ; dans les systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques (comme en France), une (ou plusieurs) caisse(s) de Sécurité sociale finance(nt) la majeure partie des dépenses et les assurances privées jouent un rôle nettement moins important ; à l'inverse, dans les régimes d'assurance maladie gérés principalement par des assureurs privés (comme aux États-Unis), ces derniers financent davantage les dépenses de santé que les caisses de Sécurité sociale et l'État.

Services nationaux de santé

Dans les pays d'Europe du Nord et du Sud, au Canada, en Irlande et au Royaume-Uni, l'État assure un système national de santé financé par

l'impôt. Dans ce type de système de santé, dit « *beveridgien* » (*encadré 1*), les administrations centrales, régionales et locales sont responsables du financement du système de santé et disposent du droit de lever des impôts pour couvrir les dépenses de santé engagées. Les systèmes de santé des pays scandinaves et celui du Royaume-Uni sont traditionnellement plus décentralisés (le fonctionnement et le financement des soins y sont régis directement par les collectivités locales) que ceux des pays du Sud de l'Europe. L'État et les collectivités locales prennent ainsi en charge plus de 60 % des dépenses de santé dans ces pays (*graphique 1*). Les résidents de ces pays sont automatiquement couverts par le système de santé, qu'ils contribuent ou non à son financement. Le parcours de soins y est toutefois très encadré, souvent lié à la zone géographique de résidence au sein du pays, et les soins primaires sont majoritairement dispensés dans des centres publics où les médecins sont généralement salariés ou payés à la capitation¹. Une offre de soins privée peut toutefois se développer en marge de l'offre publique, mais elle n'est pas couverte par le système national.

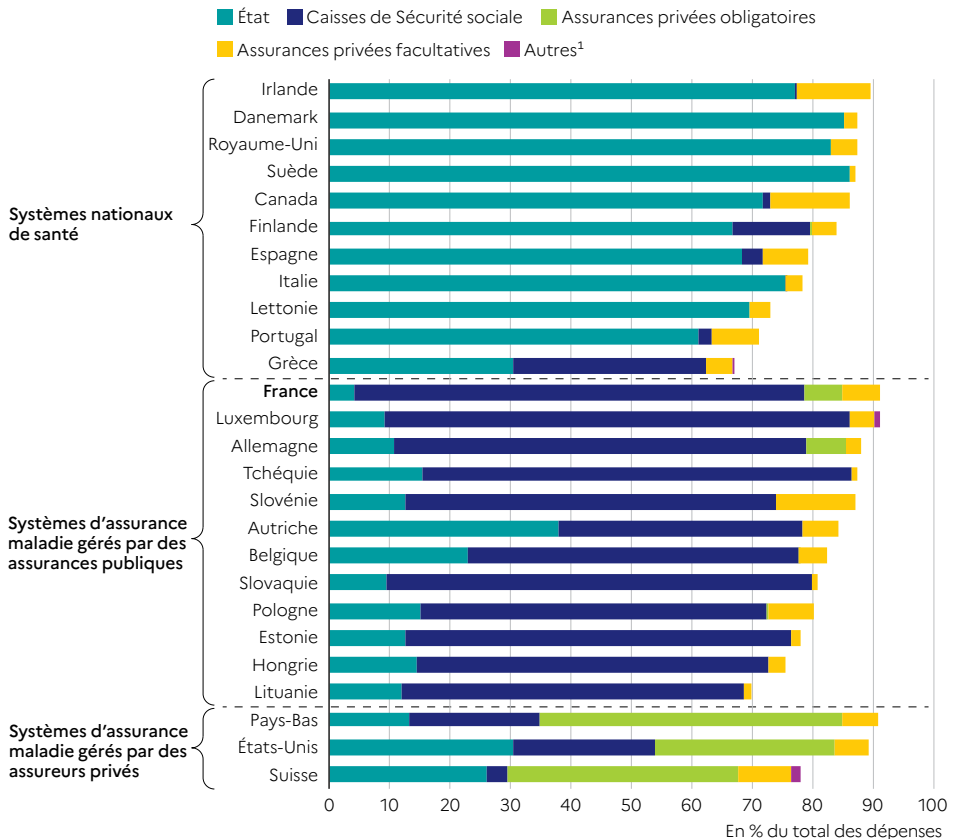
Outre les pays scandinaves et britanniques qui sont historiquement *beveridgiens*, les pays d'Europe du Sud (Espagne, Italie, Grèce et Portugal) effectuent depuis les années 1990, dans une

1. La capitation est une rémunération annuelle versée à un médecin pour prendre soin d'un patient inscrit à son cabinet.

Encadré 1 Modèle beveridgien universaliste versus modèle bismarckien contributif

Le modèle bismarckien (ou assurantiel) a été mis en place à la fin du XIX^e siècle par le chancelier allemand Otto von Bismarck en réponse aux mouvements socialistes et ouvriers, pour améliorer les conditions de vie du prolétariat ouvrier et offrir des avantages sociaux aux travailleurs. Le modèle bismarckien repose sur le principe de l'assurance maladie obligatoire : l'accès aux soins de santé est généralement financé par des cotisations sociales, assises sur les revenus du travail, et les droits à l'assurance maladie sont acquis sur la base de l'activité professionnelle.

À l'inverse, le modèle beveridgien (ou assistanciel), mis en place par l'économiste William Beveridge au lendemain de la Seconde Guerre mondiale, est universel : il offre des avantages sociaux à l'ensemble de la population, indépendamment du statut socio-économique (c'est l'appartenance à la communauté nationale qui fonde le droit à une aide). Construits sur le principe de solidarité nationale, les modèles beveridiens sont principalement financés par l'impôt.

Graphique 1 Part de la dépense de soins prise en charge par la couverture obligatoire ou facultative dans les pays de l'OCDE, en 2021

1. Sont inclus les régimes de financement inconnus et du reste du monde, c'est-à-dire le financement à l'assurance maladie obligatoire ou volontaire par les non-résidents.

Lecture > En France, en 2021, la dépense de santé est financée à 74 % par les caisses de Sécurité sociale (y compris complémentaire santé solidaire (CSS)), à 4 % par l'État, à 6 % par des assurances privées obligatoires (pour les salariés des entreprises) et à 6 % par des assurances privées facultatives.

Sources > SHA-OCDE ; Eurostat ; OMS ; calculs DREES.

optique d'accès universel aux soins, une transition d'un modèle bismarckien vers un modèle beveridgien (*encadré 1*). Dans certains de ces pays, des traces du modèle bismarckien subsistent toutefois, notamment en raison d'un contexte économique défavorable pendant les années 2000, qui n'a pas toujours permis une transition complète vers un modèle beveridgien. Il en résulte des systèmes de santé hybrides qui, tout en ayant la structure d'un service national de santé, conservent des ensembles préexistants de régimes de Sécurité sociale ou de régimes mutualistes (Cohu, Lequet-Slama, 2006). Cela s'observe nettement en Grèce où les caisses de Sécurité sociale financent encore près d'un tiers de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) en 2021 (*encadré 2*).

Systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques

Ce type de système de santé est présent dans les pays dont le système de protection sociale est ancien et d'inspiration bismarckienne (*encadré 1*), tels que la France, l'Allemagne, l'Autriche, la Belgique et, depuis les années 1990, dans les pays d'Europe de l'Est. Ces systèmes se caractérisent par l'existence d'une assurance maladie publique qui couvre largement la population ; l'affiliation est obligatoire et les prestations maladie de base sont versées par des caisses de Sécurité sociale aux assurés et leurs

ayants droit, en contrepartie de cotisations, en général assises sur les revenus d'activité. L'éventail des biens et services pris en charge est défini par les pouvoirs publics, de même que le niveau des prestations remboursées, dans la limite d'un montant défini par les pouvoirs publics dit « tarif de référence ». Des assurances privées peuvent compléter l'assurance maladie publique. Ces assurances privées peuvent être obligatoires ; c'est le cas par exemple en France où les employeurs privés ont l'obligation de fournir une complémentaire santé à leurs salariés (contrats d'entreprise). L'offre de soins de ville est quant à elle souvent libérale, et principalement rémunérée à l'acte, même si ce mode d'exercice cohabite avec des centres de santé où les professionnels de santé sont salariés. En 2021, le financement de la DCSi par les caisses de Sécurité sociale s'échelonne de 41 % en Autriche à 77 % au Luxembourg et atteint 74 % en France (*graphique 1*).

Cette distinction entre services nationaux de santé, assurance maladie publique et assurance maladie privée est très schématique. En pratique, dans la majorité des pays étudiés, les systèmes de santé présentent certaines caractéristiques hybrides, même s'ils se rapprochent davantage de l'un ou l'autre de ces trois schémas. Plusieurs pays ont ainsi introduit des mécanismes concurrentiels à l'intérieur du système d'assurance maladie.

Encadré 2 La dépense courante de santé au sens international

Pour assurer la comparabilité des dépenses de santé entre pays, le System of Health Accounts (SHA, voir annexe 2) définit un agrégat nommé « dépense courante de santé au sens international (DCSi) » [Arnaud, Lefebvre, 2023], renseigné selon des critères homogénéisés entre pays. La DCSi se définit par l'ensemble des biens et services qui concourent au traitement d'une perturbation provisoire de l'état de santé, ainsi que par les prestations délivrées en établissements médico-sociaux (soins de longue durée), les coûts de gestion du système de santé, la prévention et, enfin, les autres dépenses et subventions. La définition internationale de la DCSi regroupe la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) ainsi que les soins de longue durée : les soins aux personnes âgées en établissements (y compris unités de soins longue durée [USLD]), les soins aux personnes handicapées en établissements, les services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), les autres dépenses en faveur des malades, les subventions au système de soins (nettes des remises conventionnelles), la prévention individuelle et collective (hors prévention environnementale et alimentaire) et les coûts de gestion du système de santé (hors frais de gestion des indemnités journalières).

En Allemagne, par exemple, la réforme de 2004 a instauré la possibilité de choisir entre plusieurs caisses de Sécurité sociale (Lange, 2006). Par ailleurs, certains travailleurs (dont les indépendants et les fonctionnaires) peuvent renoncer à s'affilier à l'assurance maladie publique pour s'assurer auprès d'un organisme privé : les assureurs privés obligatoires financent ainsi la DCSi allemande à hauteur de 7 % en 2021 (*graphique 1*). En France, les organismes complémentaires (mutuelles, assureurs et institutions de prévoyance) cofinancent de longue date les dépenses de santé ; depuis 2016, les employeurs du secteur privé ont l'obligation de proposer et de financer partiellement une assurance maladie privée et complémentaire pour leurs salariés, avec obligation d'affiliation dans la plupart des cas (voir fiche 13). Les assurances privées obligatoires financent ainsi 6 % de la DCSi française en 2021 (*graphique 1*).

En outre, dans la mesure où c'est l'activité professionnelle qui ouvre traditionnellement le droit à l'assurance maladie, certains pays ont choisi d'étendre la couverture aux personnes sans activité professionnelle régulière, souvent les plus modestes, de manière à garantir l'universalité de la couverture santé. Le financement par l'impôt gagne ainsi du terrain sur le financement par les cotisations sociales dans de nombreux pays à dominante bismarckienne : la contribution au financement par l'impôt représente ainsi de 19 % des recettes des régimes obligatoires en Slovaquie à 70 % en Hongrie (38 % en France) [Arnaud, Lefebvre, 2023]. L'État finance aussi directement une partie des dépenses de santé dans ces systèmes (4 % de la DCSi en France) (*graphique 1*).

Le modèle autrichien est caractérisé par un modèle mixte de financement, dans lequel l'État et l'assurance maladie sociale contribuent à parts presque égales au financement des soins de santé (respectivement 38 % et 41 % de la DCSi) (*graphique 1*). En pratique, les administrations fédérales et locales financent pour l'essentiel les services hospitaliers, alors que les caisses de Sécurité sociale financent les autres composantes de la dépense, tels que les soins

ambulatoires ou les dépenses pharmaceutiques (OCDE, 2011). Enfin, de manière similaire, les systèmes de santé des pays d'Europe de l'Est (Tchéquie, Estonie, Hongrie, Lettonie, Pologne, Slovaquie et Slovaquie), initialement financés par l'État, s'orientent depuis les années 1990 vers des modèles bismarckiens articulés autour de caisses d'assurance maladie obligatoires (Hassenteufel, 2013). La transition n'étant pas complètement achevée dans l'ensemble de ces pays, l'État finance parfois encore une part significative de la DCSi. En Pologne, par exemple, quelques actes spécifiques sont encore financés par le budget de l'État (15 % de la DCSi en 2021) (*graphique 1*), le reste dépendant du système généralisé de cotisations d'assurance maladie (Garabiol, 2006).

Systèmes d'assurance maladie gérés principalement par des assureurs privés

Les Pays-Bas et la Suisse, au fonctionnement initialement bismarckien, ont mis en place un système d'assurance maladie obligatoire pour tous les résidents, mais en ont confié la gestion à des assureurs privés mis en concurrence. Ainsi, dans ces deux pays, les assurances privées obligatoires financent respectivement 50 % et 38 % de la DCSi en 2021 (*graphique 1*).

L'État intervient toutefois pour pallier les défaillances du marché et pour garantir le niveau de solidarité. Il définit ainsi le panier de soins de base minimal et met en place des dispositifs d'aide à l'acquisition et au paiement de cette assurance pour les personnes aux revenus modestes. Il impose également des limites à la sélection des risques afin que les assureurs ne puissent ni refuser un souscripteur en raison de son état de santé ou de son âge, ni moduler les tarifs en cours de contrat en fonction des dépenses de santé observées. Enfin, l'État impose des contraintes dans la fixation des primes d'assurance. Ainsi, en Suisse, les primes d'assurance doivent être uniformes pour tous les individus de la même zone géographique ayant opté pour le même niveau de franchise ; elles ne peuvent varier qu'en fonction de l'âge et du sexe de l'assuré, et non en fonction du

risque individuel de ce dernier (Dormont *et al.*, 2012). Aux Pays-Bas, une partie de la prime est payée par l'employeur et est liée aux revenus du salarié (Lafon, Montaut, 2017). Par ailleurs, l'État intervient via un fonds de péréquation² entre les assureurs, et en finançant directement certaines parties du système de soins (l'État cofinance notamment les hôpitaux en Suisse, ou les soins de longue durée aux Pays-Bas). Aux États-Unis, depuis 2014, le *Patient Protection and Affordable Care Act* (ACA ou *Obamacare*) oblige les particuliers à souscrire une assurance maladie, le plus souvent privée : 30 % de la DCSI est ainsi financée par les assurances privées obligatoires en 2021. Les personnes les plus modestes et les plus âgées restent toutefois couvertes par des assurances publiques : par *Medicaid* et *Children's Health Insurance Program* pour les personnes les plus modestes et par *Medicare* pour les personnes

âgées ou handicapées. Les assurances privées (obligatoires ou non) financent ainsi 36 % de la DCSI en 2021, une part inférieure à 50 % mais qui demeure nettement supérieure aux parts financées par l'assurance privée observées dans les systèmes nationaux de santé et dans les systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques (*graphique 1*).

Une assurance santé privée volontaire qui vient en complément de la couverture obligatoire

Dans l'ensemble des pays étudiés, les assureurs privés proposent aussi une assurance dite « volontaire » (qui couvre notamment du facultatif et de l'obligatoire en France) et qui se structure et se positionne en fonction des contours de la couverture santé de base (Paris, 2020). Cette assurance privée volontaire est dite « duplicative » lorsqu'elle double la couverture

Tableau 1 Fonctions de l'assurance privée volontaire selon le mode de financement des soins de santé

	Services nationaux de santé	Systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques	Systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés
Assurance duplicative	Remboursement de frais engagés auprès de fournisseurs de soins de santé privés (pour une prise en charge plus rapide, un meilleur confort, pour choisir un médecin traitant dans une autre zone géographique).		Prise en charge hors de la zone géographique de résidence.
Assurance complémentaire		Remboursement de frais médicaux en complément de ceux de l'assurance maladie (tickets modérateurs ¹ , dépassements d'honoraires...).	
Assurance supplémentaire	Participation à certains frais non intégralement couverts par le régime obligatoire (optique, dentaire...).	Remboursement de frais non couverts par le régime obligatoire (suppléments pour confort à l'hôpital, médecines alternatives, optique, dentaire...).	Remboursement de certains frais non couverts par le régime obligatoire (suppléments pour confort à l'hôpital, certains soins dentaires et optiques, notamment pour les adultes...).

1. Le ticket modérateur (TM) est la partie des dépenses de santé qui reste à la charge de l'assuré une fois que l'assurance maladie a remboursé sa part, hors dépassements éventuels.
Note > Ces prestations sont possibles dans certains pays de chaque système de santé, mais ne sont pas présentes dans l'ensemble d'entre eux. Si, en France et en Allemagne, l'assurance privée supplémentaire peut assurer un remboursement de suppléments pour confort à l'hôpital qui ne sont pas couverts par le régime obligatoire, cette prise en charge ne s'applique pas à l'ensemble des pays ayant un système d'assurance maladie géré par des assureurs publics.

2. Mécanisme gouvernemental permettant de réduire les disparités de ressources entre collectivités territoriales. Il vise à aider les zones moins favorisées financièrement en redistribuant une partie des revenus des régions plus prospères.

de base et prend en charge des soins reçus dans le privé qui correspondent au souhait de l'assuré, soit d'avoir le choix de son professionnel de santé, soit d'éviter les files d'attente (*tableau 1*). Elle est dite « complémentaire » lorsqu'elle est souscrite pour couvrir les copaiements laissés à la charge des assurés. Enfin, elle est dite « supplémentaire » lorsqu'elle rembourse des prestations non incluses dans le panier de soins de base (souvent l'optique et le dentaire). Au Danemark, en Slovénie, au Pays-Bas et au Luxembourg, plus de 60 % de la population dispose d'un second niveau de couverture, alors qu'en France, ce taux atteint 96 % de la population (*graphique 2*).

Le rôle des assurances privées complémentaires dans les systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques

Dans les systèmes d'assurance maladie gérés par des assurances publiques, les assurances privées volontaires sont principalement complémentaires. Elles interviennent sur l'ensemble du panier de base puisque, pour chaque soin, un copaiement est laissé à la charge de l'assuré (*tableau 1*). En France, la quasi-totalité de la population (96 %) est affiliée à une assurance complémentaire qui couvre les frais non pris en charge par la couverture de base (*graphique 2*), même si les assurances privées obligatoires et facultatives ne financent que 6 % de la DCSi chacune (*graphique 1*). L'assurance privée complémentaire est également très répandue en Slovénie (70 %) et au Luxembourg (63 %), mais bien moins en Allemagne (27 %) (*graphique 2*).

Parmi les pays dont les systèmes d'assurance maladie sont gérés par des assurances publiques, l'Autriche fait exception, les assurances privées intervenant principalement de manière supplémentaire pour des prestations de confort à l'hôpital (choix d'une chambre particulière, location de télévision) ou à la périphérie du système de soins (ostéopathie, vaccins non obligatoires, médecines alternatives). Enfin, en Estonie (et plus généralement dans les pays de l'est de l'Europe), l'assurance privée est minoritaire, car trop onéreuse pour une majorité de la population (Duriez,

Lequet-Slama, 2004), et seuls les plus favorisés y ont recours.

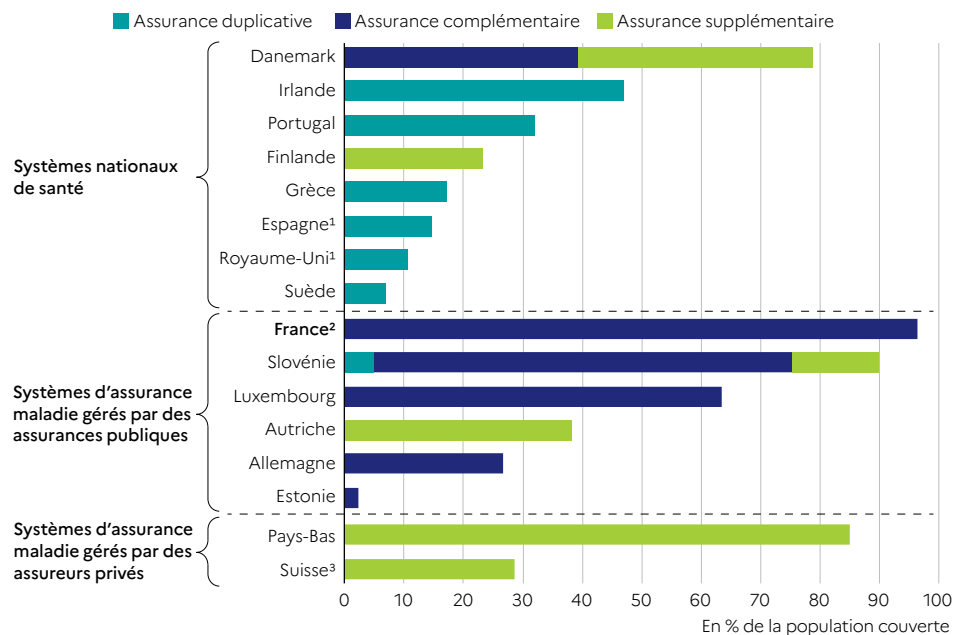
Des assurances privées majoritairement supplémentaires dans les systèmes d'assurance maladie gérés par des assureurs privés

Dans les systèmes libéraux de santé, les assurances privées volontaires ont l'interdiction de prendre en charge les franchises et autres copaiements imposés par la couverture de base. Elles interviennent donc à titre supplémentaire, c'est-à-dire pour couvrir les soins de santé hors du panier de base (*tableau 1*). Les Pays-Bas représentent ainsi le plus vaste marché de l'assurance privée supplémentaire (85 % de la population y est affiliée), principalement pour couvrir les dépenses en optique et les soins dentaires pour les adultes, alors que ces assurances sont peu présentes en Suisse (29 %) (*graphique 2*). Toutefois, si davantage de Néerlandais que de Suisses sont couverts par des assurances privées supplémentaires, ces dernières prennent en charge une plus grande part de la DCSi en Suisse (9 % contre 6 % aux Pays-Bas) (*graphique 1*). Deux raisons principales expliquent cela : d'une part les soins médicaux y sont plus chers, d'autre part, les assurances privées supplémentaires sont souvent souscrites en prévision de soins coûteux, à l'hôpital notamment.

Une prévalence plus forte des assurances privées duplicatives dans les services nationaux de santé, malgré quelques exceptions

Enfin, dans les services nationaux de santé, les assurances privées volontaires sont à dominance duplicative, c'est-à-dire qu'elles permettent principalement de couvrir les dépenses engagées auprès des fournisseurs de soins privés. Les assurés peuvent en effet ne pas être satisfaits des restrictions géographiques qui leur sont imposées pour le choix du professionnel de santé et donc opter pour une offre de soins privée. C'est en Irlande et au Portugal que l'assurance maladie duplicative, offrant un accès plus rapide aux services médicaux privés, est la plus développée (respectivement 47 % et 32 % de la population est couverte par cette assurance dans ces pays) (*graphique 2*).

Graphique 2 Part de la population couverte par une assurance santé privée volontaire selon la fonction principale de cette assurance, en 2021



1. Données 2020. 2. Données 2019. 3. Données 2017.

Note > Pour la France, la complémentaire comprend les personnes couvertes par des contrats facultatifs, les personnes couvertes par des contrats d'entreprise obligatoires, et la complémentaire santé solidaire.

Lecture > En France, en 2019, 96 % de la population est couverte par une assurance santé volontaire, dont la fonction dominante est de type complémentaire.

Sources > OCDE, statistiques sur la santé 2023 ; calculs DREES.

De manière générale, dans les pays disposant d'un service national de santé, les assurances duplicatives ne couvrent qu'une petite proportion de la population : en Espagne et au Royaume-Uni, cela concerne respectivement 15 % et 11 % de la population (*graphique 2*). En effet, dans ces deux pays, les assurances duplicatives coûtent cher, et les assurés ayant souscrit une assurance privée duplicative ne sont pas dispensés de financer par leurs impôts le régime public, même s'ils n'ont pas recours à ce type d'assurance. Malgré ce faible niveau de couverture, les assurances privées volontaires représentent, en matière de DCSi, près de 7 % en Espagne et 4 % au Royaume-Uni, puisque ces assurances prennent en charge des montants élevés (*graphique 1*). À l'exception de la Finlande et du Danemark où elles sont majoritaires, elles peuvent aussi intervenir de façon marginale à

titre supplémentaire pour l'optique et certains soins dentaires notamment, et parfois à titre complémentaire (*encadré 3*).

Une grande diversité de dépenses prises en charge par les assurances privées facultatives

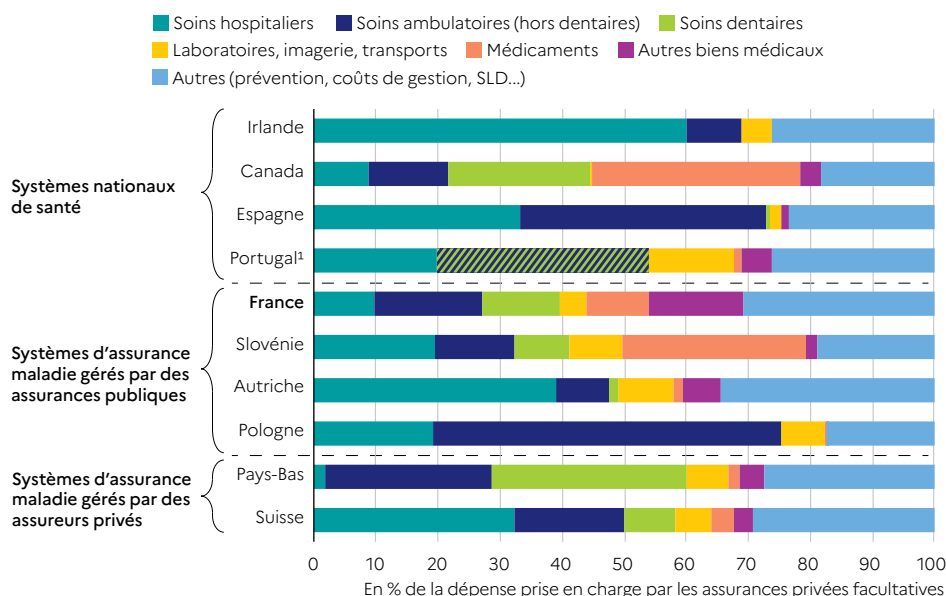
Parmi les différents pays étudiés (ici seulement les pays pour lesquels l'assurance privée facultative représente plus de 5 % de la DCSi, à l'exception des États-Unis qui ne proposent pas ce niveau de détail), les assureurs privés facultatifs couvrent l'ensemble des types de soins. La structure des soins pris en charge varie toutefois sensiblement, indépendamment du type de système de santé (*graphique 3*). En France, par exemple, les assurances privées facultatives financent majoritairement les soins ambulatoires (17 %), les autres biens médicaux (15 %) et

les soins dentaires (13 %). À l'inverse, en Autriche, elles financent majoritairement les soins hospitaliers (39 %), les soins dentaires et les autres biens médicaux représentant respectivement 1 % et 6 % des dépenses de ces assurances.

De manière générale, l'assurance privée facultative, développée en marge de la couverture de base, finance notamment des prestations non incluses

dans le panier de soins de base : des besoins en santé non considérés comme étant de nécessité vitale (optique et dentaire), des actes à la périphérie des soins de santé (soins non conventionnels) ou des prestations de confort (choix d'une chambre particulière ou location de télévision à l'hôpital). Les soins non pris en charge par l'assurance privée facultative restent à la charge des ménages. ■

Graphique 3 Répartition de la dépense en frais de soins prise en charge par les assurances privées facultatives, par type de soins, en 2021



SLD : soin de longue durée.

1. Pour le Portugal, les soins dentaires et ambulatoires ne peuvent être distingués.

Note > Les pays présentés sur ce graphique sont uniquement ceux pour lesquels les assurances privées facultatives financent plus de 5 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi).

Lecture > En France, en 2021, les soins hospitaliers représentent 10 % des prestations versées par les assurances privées facultatives, les soins ambulatoires 17 %, les soins dentaires 13 %, les laboratoires, imagerie, transports 4 %, les médicaments 10 %, les autres biens médicaux 15 % et les autres (prévention médico-social, coûts de gestion, SLD...) 31 %.

Sources > SHA-OCDE ; Eurostat ; OMS ; calculs DREES.

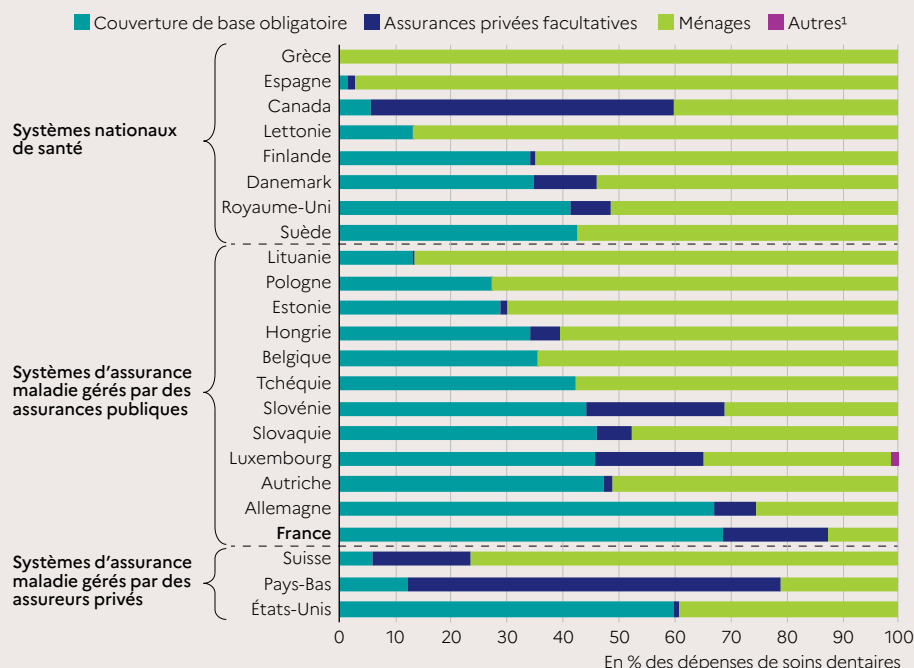
Encadré 3 Soins dentaires : des assurances privées facultatives très présentes aux Pays-Bas et au Canada

Dans la majorité des pays étudiés, les soins dentaires ne sont que partiellement pris en charge par les régimes obligatoires, publics ou privés. La part financée par un régime obligatoire atteint 50 % des dépenses de soins dentaires dans trois pays uniquement : la France (69 %), l'Allemagne (67 %) et les États-Unis (60 %) [voir graphique ci-dessous]. À l'inverse, cette part est inférieure à 10 % en Suisse (6 %), au Canada (5 %), en Espagne (2 %) et en Grèce (0 %).

La prise en charge par les assurances facultatives est par ailleurs globalement faible, à l'exception des Pays-Bas (67 %) et du Canada (55 %). Le reste à charge (RAC) est quant à lui extrêmement hétérogène : il varie de près de 100 % en Grèce à 13 % en France. Le RAC élevé observé dans les pays d'Europe du Sud et de l'Est s'explique en partie par le modèle de couverture réduite de ces pays, lié à des difficultés économiques et à des investissements moindres dans le domaine de la santé (Observatoire prospectif des métiers et des qualifications dans les professions libérales [OMPL], 2021). En Suisse, les soins dentaires sont généralement exclus du panier de base et seules les affections graves de la mastication sont prises en charge (Lafon, Montaut, 2017).

Ces moyennes nationales peuvent néanmoins cacher des disparités importantes entre sous-populations, notamment entre adultes et enfants, ces derniers pouvant bénéficier de programmes gratuits dans certains pays. Les pays d'Europe du Nord ciblent ainsi de manière prioritaire les enfants, via des couvertures gratuites, les adultes bénéficiant de couvertures plus ou moins avantageuses selon le pays. En Suède, par exemple, si les soins bucco-dentaires des moins de 20 ans sont pris en charge à 100 % par le régime d'assurance obligatoire, le RAC reste élevé pour les adultes (Carlac'H et al., 2018). Aux Pays-Bas, les soins sont également gratuits pour les enfants jusqu'à l'âge de 18 ans.

Répartition de la dépense de soins dentaires entre financeurs, en 2021



1. Sont inclus les régimes de financement inconnus et du reste du monde, c'est-à-dire le financement à l'assurance maladie obligatoire ou volontaire par les non-résidents.

Lecture > En France, en 2021, 69 % des soins dentaires sont financés par la couverture obligatoire (couverture de base, contrats obligatoires d'entreprise, et complémentaire santé solidaire), 19 % par les assurances privées facultatives et 13 % par les ménages.

Sources > SHA-OCDE ; Eurostat ; OMS ; calculs DREES.

Pour en savoir plus

- > **Arnaud, F., Lefebvre, G. (dir)** (2023). *Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2023*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Carlac'H, D., Ouardirhi, M., Romeo, K.** (2018, février). L'organisation des soins bucco-dentaires en Allemagne, en Suède et aux Pays-Bas. DREES, *Document de travail*, série « études et recherche », 136.
- > **Cohu, S., Lequet-Slama, D.** (2006, mars). Les systèmes de santé du sud de l'Europe : des réformes axées sur la décentralisation. DREES, *Études et Résultats*, 475.
- > **Cour des comptes** (2021, juillet). *Les complémentaires santé : un système très protecteur mais peu efficient*. Communication à la commission des affaires sociales de l'Assemblée nationale.
- > **de Williencourt, C.** (2023). *Rapport 2023 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. Paris, France : DREES.
- > **Dormont, B., Geoffard, P.-Y., Lamiraud, K.** (2012, mai). Assurance maladie en Suisse : les assurances supplémentaires nuisent-elles à la concurrence sur l'assurance de base ? *Économie et Statistique*, 455-456, p. 71-87.
- > **Duriez, M., Lequet-Slama, D.** (2004, septembre). Les systèmes de santé des pays de l'Est. *Actualité et dossier en santé publique*, 48.
- > **Garabiol, P.** (2006). *L'assurance maladie en Europe – étude comparée*. Fondation Robert Schuman.
- > **Haut Conseil de la santé publique (HCSP)** (1997, mars). Les réformes des systèmes de santé : spécificités et convergences. *Actualité et dossier en santé publique*, 18.
- > **Hassenteufel, P.** (2013). Quelle européanisation des systèmes de santé ? *Informations sociales*, 175, p. 48-59.
- > **Lafon, A., Montaut, A.** (2017, juin). La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens – La France, l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suisse. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 19.
- > **Lange, B.-P.** (2006, avril). La réforme du système de santé en Allemagne. Institut français des relations internationales (Ifri). Note du Comité d'études franco-allemandes (Cerfa), 32.
- > **Observatoire prospectif des métiers et des qualifications dans les professions libérales (OMPL)** (2021). L'équipe dentaire en Europe. *Études de l'OMPL*.
- > **Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE)** (2011). Chapitre 2 – Réformer un système de santé très apprécié, mais coûteux. Dans *Études économiques de l'OCDE*, 12, p. 89-140.
- > **Paris, V.** (2020). La couverture santé dans les pays de l'OCDE. *Les Tribunes de la santé*, 65, p. 47-59.

Le marché de la complémentaire santé

Les mutuelles, les entreprises d'assurance et les institutions de prévoyance se partagent le marché de la complémentaire santé. Le chiffre d'affaires des mutuelles – qui représentent 47 % du marché – provient majoritairement des contrats individuels, souscrits notamment par des agents publics et des personnes retraitées. Les institutions de prévoyance (17 % du marché) sont spécialisées dans les contrats collectifs, et détiennent par conséquent un portefeuille composé très largement de contrats souscrits par des personnes en âge d'être actives. Enfin, les entreprises d'assurance (36 % du marché) ont une activité assez semblable sur les marchés individuel et collectif, mais la part de la santé dans leur chiffre d'affaires reste très minoritaire.

Trois familles d'organismes pratiquent une activité de complémentaire santé : les mutuelles, les entreprises d'assurance et les institutions de prévoyance. Les contrats souscrits auprès de ces organismes sont soit des contrats collectifs¹, c'est-à-dire des contrats généralement conclus par un employeur pour ses salariés, soit des contrats individuels.

Les mutuelles au premier rang des contrats individuels

Les mutuelles, régies par le Code de la mutualité, sont des sociétés de personnes à but non lucratif appartenant à leurs assurés. En 2022, avec 272 organismes, les mutuelles représentent un peu plus de deux tiers des structures exerçant dans le domaine de la santé et près de la moitié du chiffre d'affaires total du secteur (*tableau 1*). Leur nombre a été quasiment divisé par six depuis 2001 (voir fiche 07). Elles sont plus actives sur le marché de l'assurance individuelle, qui englobe près des deux tiers de leurs bénéficiaires et de leur chiffre d'affaires en 2021 (*graphique 1*).

Parmi les trois familles d'organismes, les mutuelles détiennent la part la plus élevée de souscripteurs de 60 ans ou plus (45 %), contre 30 %

pour les entreprises d'assurance et 18 % pour les institutions de prévoyance (*graphique 2*). De nombreuses mutuelles sont spécialisées et ont été créées pour des populations ciblées (agents publics, salariés ou retraités d'une branche professionnelle, etc.) [de Williencourt, 2022]. Ainsi, en 2021, d'après l'enquête de la DREES auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC), plus de trois quart des personnes assurées par un contrat individuel auprès d'une mutuelle sont couvertes par des contrats réservés à des retraités ou à des salariés de la fonction publique, fonctionnaires ou contractuels.

Les institutions de prévoyance surtout présentes sur le marché des contrats collectifs

Les institutions de prévoyance, à but non lucratif, sont soumises au Code de la Sécurité sociale, ce qui les autorise à exercer des activités sur le seul champ des risques sociaux². Elles sont spécialisées dans la couverture des entreprises ou des branches professionnelles et sont des organismes dits « paritaires » : leurs conseils d'administration comportent, à égalité, des représentants des salariés et des employeurs des entreprises ou

1. Depuis la mise en application de l'accord national interprofessionnel (ANI), le 1^{er} janvier 2016, les entreprises du secteur privé doivent proposer une complémentaire santé à leurs salariés et financer au moins la moitié des cotisations (voir annexe 1 et fiche 13). L'adhésion des salariés est quant à elle obligatoire, sauf dispense.

2. Les deux principales activités des institutions de prévoyance sont la santé et la prévoyance (respectivement 48 % et 46 % des cotisations collectées), loin devant la retraite (5 %) [de Williencourt, 2023].

Tableau 1 Caractéristiques des différentes familles d'organismes de complémentaire santé, en 2022

	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Entreprises d'assurance
Nombre d'organismes	272	25	100
Parts de marché (CA, en %)	47	17	36
Part de l'activité santé dans le CA total (en %)	82	48	6
Code législatif de référence	Code de la mutualité	Code de la Sécurité sociale	Code des assurances
Gouvernance	Assurés sociétaires	Gestion paritaire par les partenaires sociaux (salariés/employeurs)	Actionnariat

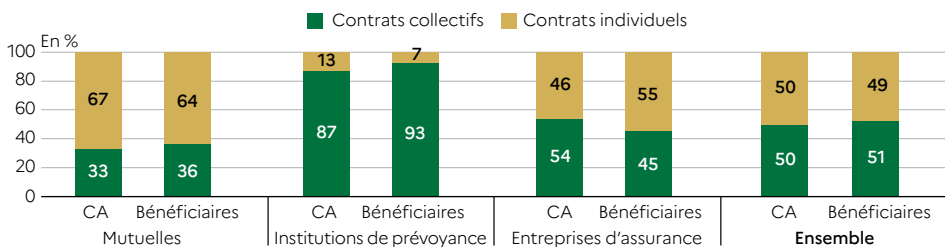
CA : chiffre d'affaires.

Lecture > En 2022, 272 mutuelles proposent des contrats de complémentaire santé. Elles couvrent 47 % du CA du marché des organismes de complémentaire santé.

Champ > Organismes complémentaires offrant une couverture santé, assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (TSA) et contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31 décembre 2022.

Source > ACPR ; Urssaf Caisse nationale.

Graphique 1 Répartition du chiffre d'affaires et du nombre de bénéficiaires entre contrats collectif et individuel selon la famille d'organismes, en 2021



CA : chiffre d'affaires.

Lecture > En 2021, les contrats collectifs représentent 54 % du CA en santé des entreprises d'assurance.

Champ > Organismes complémentaires offrant une couverture santé, assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (TSA) et contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31 décembre 2021 ; ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CSS.

Source > ACPR ; DREES, enquête OC 2021.

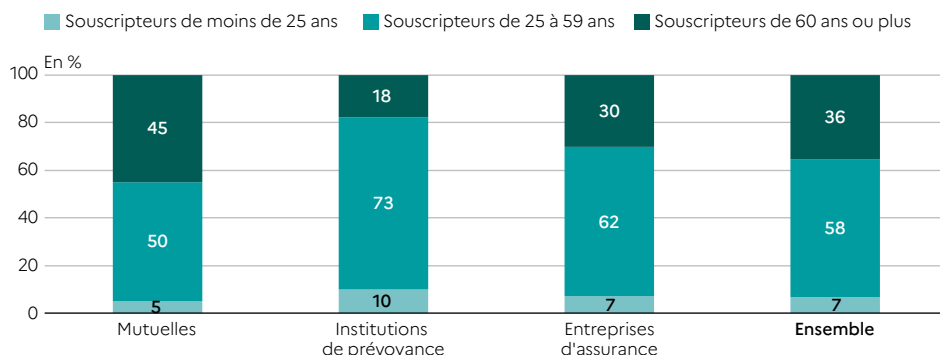
branches souscriptrices. Relativement aux autres familles d'organismes, les institutions de prévoyance sont quasiment toutes de grands organismes d'assurance et de grands acteurs en santé³ (de Williencourt, 2023).

En 2022, 25 institutions de prévoyance pratiquent une activité de complémentaire santé. En raison de leur spécialisation dans les contrats collectifs (qui couvrent 93 % de leurs bénéficiaires en 2021), les institutions de prévoyance concernent surtout des personnes d'âges actifs. Ainsi, 73 % de

leurs souscripteurs sont âgés de 25 à 59 ans (graphique 2). En comparaison, cette tranche d'âge représente 62 % des souscripteurs des entreprises d'assurance et 50 % les souscripteurs des mutuelles.

Leur activité sur le champ des contrats individuels concerne principalement d'anciens salariés des entreprises couvertes par un contrat collectif. En 2021, les contrats réservés aux retraités représentent ainsi les trois quarts des souscripteurs de contrat individuel des institutions de prévoyance.

³. Cela signifie qu'elles ont quasiment toutes un CA global supérieur au CA médian de l'ensemble des organismes complémentaires, et que leur CA en santé est également supérieur au CA en santé médian de l'ensemble des organismes complémentaires.

Graphique 2 Répartition par âge des souscripteurs, selon la famille d'organismes, en 2021

Note > Les données portent sur les souscripteurs et non sur les bénéficiaires : les organismes complémentaires connaissent en effet de façon imprécise l'âge des bénéficiaires ayants droit.

Lecture > En 2021, 5 % des souscripteurs des mutuelles ont moins de 25 ans.

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CSS, France entière.

Source > DREES, enquête OC 2021.

L'activité des entreprises d'assurance équilibrée entre collectif et individuel

Les entreprises d'assurance sont régies par le Code des assurances. Ce sont des sociétés anonymes à but lucratif, à l'exception des entreprises d'assurance mutuelles, qui sont à but non lucratif et dont les actionnaires sont les assurés.

En 2022, 100 entreprises d'assurance proposent des contrats de complémentaire santé. Contrairement aux autres familles d'organismes, l'activité en santé est largement minoritaire dans leur chiffre d'affaires (6 %⁴, contre 47 % pour les institutions de prévoyance et 82 % pour les mutuelles). Cependant, leur activité est en progression dans le secteur, car elles concentrent 36 % des parts de

marché de la complémentaire santé, contre 20 % en 2001 (voir de Williencourt, 2023).

L'activité des entreprises d'assurance est relativement équilibrée entre contrats collectifs (54 % du chiffre d'affaires mais 45 % des bénéficiaires) et individuels (*graphique 1*). La répartition par âge de leurs souscripteurs est semblable à celle des souscripteurs de l'ensemble des organismes. Par ailleurs, entre 2016 et 2022, la part du chiffre d'affaires généré par les contrats collectifs dans les entreprises d'assurance, comme dans les mutuelles, poursuit sa hausse (respectivement de 6 et 5 points), déjà amorcée avant la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise au 1^{er} janvier 2016. ■

Pour en savoir plus

> de Williencourt, C. (2023). *Rapport 2023 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. Paris, France : DREES.

> de Williencourt, C. (2022). *Rapport 2022 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. Paris, France : DREES.

> Montaut, A. (2018, mai). La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a peu fait évoluer le marché en 2016, DREES, *Études et Résultats*, 1064.

4. Le Code des assurances les autorise à exercer une grande variété d'activités d'assurance qui dépasse largement le cadre des risques sociaux : assurance automobile, habitation, responsabilité civile, assurance-vie, etc.

En 2022, 397 organismes exercent en assurance santé. Le nombre d'organismes a été divisé par quatre depuis 2001 et jusqu'à presque six pour les mutuelles. Ces dernières restent cependant l'acteur principal de la complémentaire santé avec 47 % de parts de marché, tandis que les entreprises d'assurance gagnent du terrain. La concurrence et les exigences réglementaires incitent les organismes à fusionner ou les conduisent à se faire absorber. Par ailleurs, les organismes s'associent en groupes, dans le but notamment de créer des synergies et d'assurer des liens de solidarité financière entre les affiliés. En 2022, 48 groupes sont présents sur le marché de l'assurance santé, dont un tiers ne contient qu'un seul organisme complémentaire santé. Ils représentent environ 85 % de l'ensemble des cotisations santé.

Le nombre d'acteurs recule chaque année

En 2022, 397 organismes pratiquent une activité d'assurance santé : 272 mutuelles, 100 entreprises d'assurance et 25 institutions de prévoyance¹ (*graphique 1*). Le nombre d'organismes a été divisé par quatre depuis 2001 (première année pour laquelle les données sont disponibles) : ils étaient alors 1 702. En particulier, le nombre de mutuelles a été divisé par presque six depuis 2001. Le nombre d'institutions de prévoyance a été divisé par plus de deux entre 2001 et 2015, et est stable depuis. Le nombre d'entreprises d'assurance exerçant une activité de complémentaire santé a aussi reculé depuis 2001, mais dans des proportions moindres. Il est également stable depuis 2015. Les exigences réglementaires, notamment en matière de solvabilité, et la concurrence, ont contraint les organismes à se restructurer afin d'atteindre une taille leur permettant de s'adapter à ces enjeux. Fusions et absorptions ont donc entraîné un vaste mouvement de concentration, toujours à l'œuvre. Le phénomène de substitution entre mutuelles² participe également à ce mouvement de concentration : 76 d'entre elles sont ainsi substituées en 2022. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise en 2016 (voir fiche 13)

ne semble en revanche pas avoir eu d'effet important en matière de restructuration du marché de l'assurance santé. Le nombre d'organismes complémentaires reste néanmoins élevé par rapport aux autres pays européens (voir notamment Lafon, Montaut, 2017).

En 2022, les 20 plus grands organismes collectent à eux seuls 59 % des cotisations (*graphique 2*). En 2011, les 20 organismes qui dominaient le marché de la complémentaire santé n'en collectaient que 45 %. Ce marché est donc de plus en plus concentré sur quelques grands acteurs. En 2022, parmi les 20 plus grands acteurs de l'assurance santé, figurent 8 mutuelles, 9 entreprises d'assurance et 3 institutions de prévoyance (*tableau 1*).

Un marché toujours dominé par les mutuelles

Les mutuelles restent les principaux acteurs du marché de la complémentaire santé. En 2022, elles collectent 47 % de l'ensemble des cotisations du marché de l'assurance santé (*graphique 3*). Toutefois, depuis 2012 au moins, les mutuelles perdent des parts de marché au profit des entreprises d'assurance : en 2022, ces dernières collectent 36 % des cotisations, contre 30 % en 2012.

1. Voir fiche 06.

2. Une convention de substitution permet à une mutuelle (dite « substituée ») de transférer son risque assurantiel à une autre mutuelle (dénommée « substituante »), tout en conservant une autonomie juridique et la relation avec ses adhérents. La conclusion d'une telle convention n'entraîne pas la disparition de l'entité substituée, contrairement à la fusion, opération au terme de laquelle la mutuelle absorbée est dissoute.

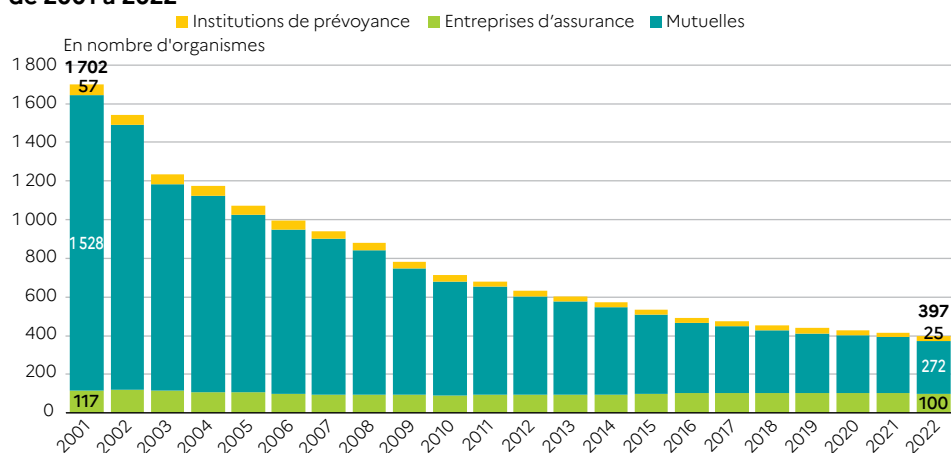
Par rapport aux entreprises d'assurance et aux institutions de prévoyance, les mutuelles restent nombreuses et il existe toujours une frange de petites mutuelles, même si elles ont tendance à se regrouper et à grossir. Alors qu'en moyenne une mutuelle collecte 84 millions d'euros de cotisations santé en 2022, une entreprise d'assurance active en santé en collecte

165 millions d'euros et une institution de prévoyance 283 millions d'euros.

Un marché majoritairement constitué en groupes

Outre les fusions et absorptions, les organismes se rapprochent aussi par le biais de groupes d'assurance qui permettent à leurs membres

Graphique 1 Nombre d'organismes exerçant une activité d'assurance santé, de 2001 à 2022

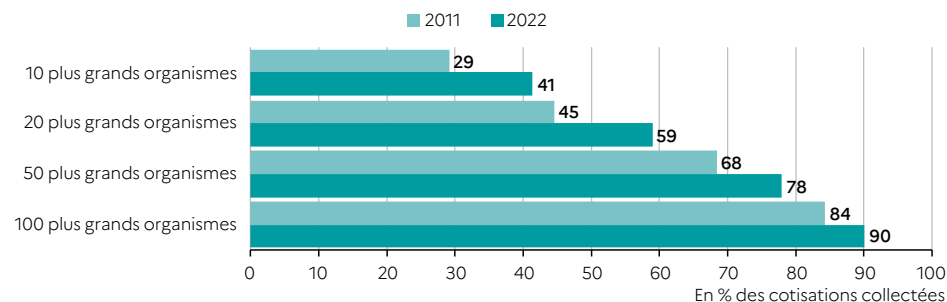


Lecture > En 2022, 397 organismes d'assurance exercent sur le marché de l'assurance santé contre 1 702 en 2021.

Champ > Organismes ayant versé une contribution à la couverture maladie universelle (CMU) [période 2001-2010] ou une taxe de solidarité additionnelle (TSA) aux cotisations d'assurance maladie complémentaire (période 2011-2022) au cours de l'année, au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières). Les effectifs calculés sur ce champ peuvent différer du dénombrement en fin d'année utilisé par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR).

Source > Fonds CSS avant sa suppression au 1^{er} janvier 2021, puis Urssaf Caisse nationale.

Graphique 2 Concentration du marché de la complémentaire santé, en 2011 et 2022



Lecture > En 2011, les dix plus grands organismes en matière de chiffre d'affaires en santé avaient collecté 29 % de l'ensemble des cotisations du marché de la complémentaire santé. En 2022, les dix plus grands organismes en matière de chiffre d'affaires en santé ont collecté 41 % de l'ensemble des cotisations de ce marché.

Champ > Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (TSA) au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31 décembre de chaque année, hors mutuelles substituées.

Source > ACPR, calculs DREES.

Tableau 1 Catégorisation des plus grands organismes en santé, en 2022

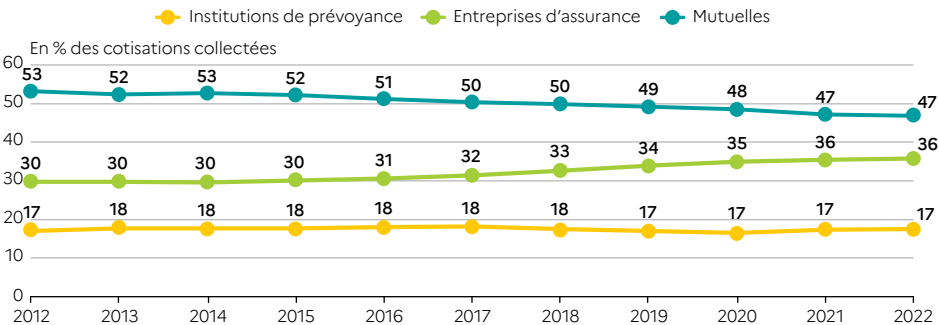
	En nombre d'organismes		
	Mutuelles	Entreprises d'assurance	Institutions de prévoyance
10 plus grands organismes	3	4	3
20 plus grands organismes	8	9	3
50 plus grands organismes	22	18	10
100 plus grands organismes	52	33	15

Lecture > Les 10 plus grands organismes en France en matière de chiffre d'affaires en santé sont 3 mutuelles, 4 entreprises d'assurance et 3 institutions de prévoyance.

Champ > Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (TSA) au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31 décembre de chaque année, hors mutuelles substituées.

Source > ACPR, calculs DREES.

Graphique 3 Parts de marché de l'assurance santé, de 2012 à 2022



Lecture > En 2022, les mutuelles ont collecté 47 % des cotisations en santé, contre 53 % en 2012.

Champ > Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (TSA) au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières). Parts de marché en matière de cotisations collectées.

Source > ACPR, calculs DREES.

de nouer des solidarités financières et de coordonner leurs stratégies. Ces groupes peuvent être capitalistiques ou non et peuvent mêler à la fois des mutuelles, des entreprises d'assurance et des institutions de prévoyance. L'établissement d'un groupe non capitalistique nécessite la création d'une structure dédiée qui peut relever du Code de la mutualité (union mutualiste de groupe [UMG]), du Code de la Sécurité sociale (société de groupe assurantiel de protection sociale [SGAPS]) ou du Code des assurances (société de groupe d'assurance mutuelle [SGAM]). Au sein des groupes non capitalistiques, les organismes nouent des relations

financières fortes et durables sous l'égide de la structure qui exerce, au moyen d'une coordination centralisée, une influence dominante sur les décisions des organismes affiliés, y compris financières, et des pouvoirs de contrôle sur ceux-ci. Les groupes capitalistiques sont quant à eux caractérisés par des liens de capital : ils ont à leur tête une entreprise-mère, qui peut être un organisme détenant des parts financières des autres membres, ou une société de groupe d'assurance (SGA) régie par le Code des assurances. Les organismes d'assurance peuvent également dépendre de groupes bancaires. D'autres formes de groupements³ existent également,

3. Ces groupements peuvent être des groupements d'assurance mutuelle (GAM), des unions de groupe mutualiste (UGM), ou des groupements assursantiels de protection sociale (GAPS).

permettant simplement à leurs membres de mettre en commun des moyens ou d'établir des partenariats. Dans ces autres formes de groupements toutefois, les membres gardent toute leur autonomie de décision et peuvent donc être en concurrence.

En 2022, 48 groupes sont présents sur le marché de l'assurance santé (tableau 2), dont 23 groupes non capitalistiques et 25 groupes capitalistiques. Ce nombre est quasi stable par rapport à 2017 (50 groupes en 2017). Ces groupes recouvrent un peu moins de la moitié des organismes complémentaires, mais ils représentent la grande majorité du marché (85 % des cotisations santé en 2022). La concentration du marché est plus marquée en considérant les groupes qu'en considérant les organismes : les 5 plus grands groupes ont récolté 43 % des cotisations santé totales en 2022.

La majorité des groupes contiennent moins de 3 organismes actifs sur le marché santé : seulement 13 des 48 groupes comprennent plus de 3 organismes complémentaires, et sont en majorité des groupes non capitalistiques (graphique 4). Par ailleurs, 18 groupes ne contiennent qu'un seul organisme complémentaire santé, le reste des organismes de ces groupes étant positionné sur d'autres secteurs de l'assurance. Les groupes peuvent mêler les trois familles d'organismes complémentaires, ce qui est particulièrement le cas des SGAPS et des SGAM (tableau 2). Les entreprises d'assurance sont les organismes qui appartiennent le plus à des groupes : 96 % de leurs cotisations ont été collectées au sein de groupes (graphique 5). Les mutuelles sont les organismes les moins présents dans des groupes : 73 % de leurs cotisations sont collectées par des mutuelles appartenant à un groupe d'assurance. ■

Tableau 2 Nombre d'organismes et de groupes d'assurance présents sur le marché de l'assurance santé, en 2022

Catégorie	Type de la tête de groupe	Nombre de groupes	Nombre total d'organismes actifs en santé	dont			Part dans les cotisations santé (en %)
				Mutuelles	Entreprises d'assurance	Institutions de prévoyance	
Groupes							
Non capitalistiques	UMG	4	19	18	1	0	16
	SGAM	11	47	18	20	9	29
	SGAPS	8	24	11	3	10	9
Capitalistiques	Mutuelle	5	8	7	1	0	2
	Entreprise d'assurance	10	25	0	25	0	14
	Institution de prévoyance	0	0	0	0	0	0
	SGA	10	20	1	19	0	15
Ensemble des groupes		48	143	55	69	19	85
Organismes indépendants			197	172	19	6	15
Ensemble des organismes			340 ¹	227	88	25	100

SGA : société de groupe d'assurance ; SGAM : société de groupe d'assurance mutuelle ; SGAPS : société de groupe assurantiel de protection sociale ; UMG : union mutualiste de groupe.

1. Pour des raisons de champ légèrement différent (mutuelles substituées notamment), le nombre total d'organismes est ici inférieur à celui présenté dans d'autres tableaux ou graphiques du présent ouvrage (pour plus de détails, voir annexe 1 dans de Williencourt, 2023).

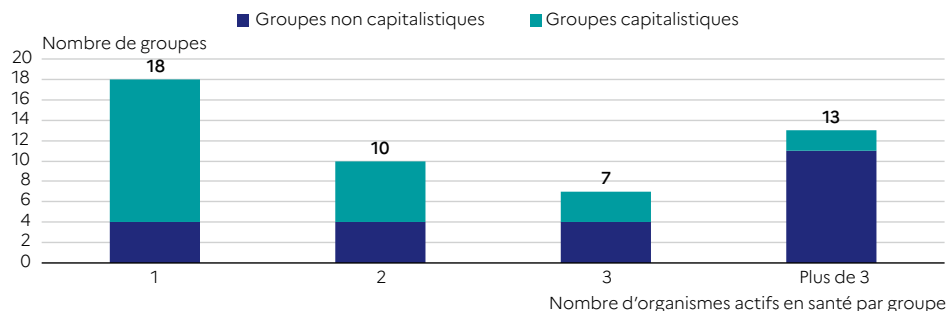
Note > Les organismes complémentaires peuvent également faire partie d'autres types de groupes (notamment bancaires), non référencés dans ce tableau.

Lecture > En 2022, les groupes actifs en santé et dont la tête de groupe est une mutuelle sont au nombre de 5, et contiennent 7 mutuelles et 1 entreprise d'assurance actives en santé.

Champ > Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (TSA) en 2022 et contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31 décembre 2022, hors mutuelles substituées.

Source > ACPR, calculs DREES.

Graphique 4 Nombre de groupes actifs en santé selon l'effectif d'organismes complémentaires le composant, en 2022

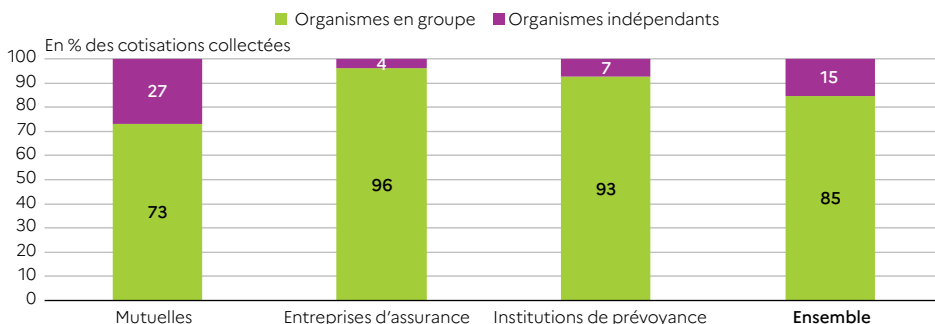


Lecture > En 2022, 18 des groupes présents sur le marché de l'assurance santé ne contiennent qu'un seul organisme complémentaire santé : les autres entités du groupe d'assurance ne sont pas présentes sur le marché de l'assurance santé.

Champ > Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (TSA) en 2022 et contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31 décembre 2022, hors mutuelles substituées.

Source > ACPR, calculs DREES.

Graphique 5 Parts des cotisations collectées par des organismes indépendants ou en groupe, par type d'organismes, en 2022



Lecture > En 2022, 27 % des parts de marché (en matière de cotisations santé) des mutuelles ont été collectés par des mutuelles indépendantes, 73 % par des mutuelles faisant partie de groupes d'assurance.

Champ > Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (TSA) en 2022 et contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31 décembre 2022, hors mutuelles substituées.

Source > ACPR, calculs DREES.

Pour en savoir plus

- > **Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)** (2023, octobre). Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance 2022.
- > **Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)** (2023, décembre). Les organismes d'assurance exerçant une activité de santé et de prévoyance en France en 2022.
- > **Barlet, M. et al. (dir.)** (2019). *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties* – Édition 2019. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé
- > **de Williencourt, C.** (2023). *Rapport 2023 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. Paris, France : DREES.
- > **Lafon, A., Montaut, A.** (2017, juin). La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens – La France, l'Allemagne, l'Espagne, les Pays-Bas, le Royaume-Uni et la Suisse. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 19.
- > **Montaut, A.** (2018, mai). La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a peu fait évoluer le marché en 2016. DREES, *Études et Résultats*, 1064.

Les cotisations constituent la principale ressource des organismes de complémentaire santé (40,5 milliards d'euros en 2022). En 2022, en moyenne, environ 81 % des cotisations hors taxe sont reversées aux assurés sous forme de prestations, avec des écarts assez notables entre familles d'organismes. Les contrats collectifs offrent un meilleur retour sur cotisations pour les assurés (87 % contre 74 % pour les contrats individuels) en raison de charges de gestion moindres. Le marché de la complémentaire santé est quasiment à l'équilibre en 2022 et en 2021, avec un excédent (différence entre les ressources et les charges) égal à 0,1 % des cotisations collectées hors taxes mais inférieur à la période 2012-2019. Les contrats collectifs sont en moyenne déficitaires, tandis que les contrats individuels sont excédentaires.

Les cotisations collectées : principale ressource des organismes de complémentaire santé

Dans le domaine de l'assurance complémentaire santé, les organismes collectent des cotisations (hors taxes) ; les autres produits, qui correspondent surtout à des produits financiers (*schéma 1*), représentent moins de 1 % des ressources. Ces ressources sont utilisées pour reverser des prestations aux assurés. Elles permettent aussi aux organismes de s'acquitter de leurs différentes charges de gestion : les frais de gestion des sinistres (traitement des demandes de remboursement), les frais d'acquisition (liés à la publicité, au marketing et à la rémunération des intermédiaires) et les frais d'administration et autres charges techniques (liés à la gestion courante des dossiers et des systèmes d'information). La participation aux résultats et le solde de réassurance, d'ampleur plus mineure, sont regroupés dans la catégorie « autres charges ».

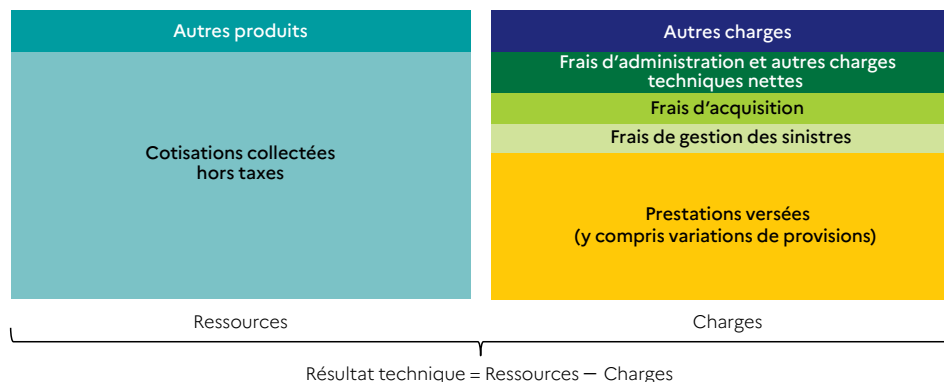
Environ 81 % des cotisations en santé reversées aux assurés sous forme de prestations

En 2022, les assurés récupèrent en moyenne environ 81 % de leurs cotisations hors taxe (*encadré 1*) sous forme de prestations. Les contrats collectifs reversent une plus grande part des cotisations sous forme de prestations que les contrats

individuels (87 % contre 74 %) [*tableau 1*]. Les entreprises qui souscrivent ces contrats au profit de leurs salariés sont en effet davantage en position de négociateur des garanties au meilleur prix que les particuliers signant des contrats individuels. En outre, les charges de gestion des contrats collectifs sont plus faibles que celles des contrats individuels. Ce sont les institutions de prévoyance qui reversent en moyenne la plus grande part de cotisations sous forme de prestations (89 %), devant les mutuelles (80 %) et les entreprises d'assurance (78 %). Cette hiérarchie entre les trois familles d'organismes s'explique avant tout par la part des contrats collectifs dans leur activité (voir fiche 06) : les institutions de prévoyance sont en effet spécialisées dans ce type de contrats, dont le rapport prestations sur cotisations est plus élevé.

En 2022, les frais d'acquisition, qui correspondent aux frais engagés pour attirer de nouveaux clients, représentent en moyenne environ 8 % des cotisations hors taxe. Les frais d'acquisition des contrats collectifs sont en moyenne plus faibles que ceux des contrats individuels (7 % contre 9 %) car il est moins coûteux de faire de la publicité et de vendre des contrats auprès des entreprises qu'auprès du grand public (nombre d'interlocuteurs réduit). Les entreprises d'assurance se distinguent par des frais d'acquisition plus élevés (11 % des cotisations, contre 7 % pour les mutuelles et 5 % pour les institutions

Schéma 1 Représentation schématique des ressources et charges de l'activité d'assurance santé



Note > Les éléments composant cette représentation schématique ne sont pas proportionnels aux produits et charges constatés en pratique. Autres produits : produits financiers nets, subventions d'exploitation et variations de provisions pour cotisations non acquises. Autres charges : participation aux résultats et solde de réassurance.

Encadré 1 La taxe de solidarité additionnelle

Les assurés couverts par un contrat santé paient, en plus des cotisations du contrat, une taxe dite « de solidarité additionnelle » (TSA) qui s'élève à 13,27 % des cotisations collectées dans le cas général (contrats solidaires et responsables, voir annexe 1 bis). Le produit de cette taxe finance notamment la complémentaire santé solidaire (CSS) qui a remplacé depuis 2019 l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) et la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) [voir fiche 18]. Cette taxe est prélevée par les organismes d'assurance, mais directement reversée à l'Urssaf. Les cotisations hors taxe reflètent donc, du point de vue des organismes d'assurance, les montants de cotisations sur lesquels ils reversent des prestations, engagent des frais, réalisent d'éventuels profits et exercent donc leur métier d'assureur.

Les assurés, quant à eux, paient la TSA. De leur point de vue, le rapport prestations sur cotisations toutes taxes comprises (TTC) est donc différent de celui des organismes complémentaires. Les assurés ayant les moyens de payer eux-mêmes leur contrat santé (sans bénéficier d'aides) ont un rapport prestations sur cotisations TTC qui avoisine environ 71 % en moyenne (81 euros reversés en moyenne sur 100 euros de cotisations hors taxe, soit 113,27 euros de cotisations TTC dans le cas général). Les bénéficiaires de la CSS sans participation financière perçoivent quant à eux des prestations sans devoir régler de cotisations en contrepartie.

de prévoyance). Ces écarts s'expliquent là aussi d'abord par la part des contrats collectifs dans leur activité. Toutefois, les frais plus élevés des entreprises d'assurance sont aussi dus au recours plus important à des intermédiaires, agents généraux d'assurance ou courtiers, rémunérés à la commission. Ils s'expliquent, enfin, par le fait que de nombreuses mutuelles et institutions de prévoyance ont une activité tournée spécifiquement vers des entreprises, professions ou branches d'activité. Elles bénéficient de ce fait

de clientèles bien identifiées et plus ou moins captives, tandis que les entreprises d'assurance s'adressent davantage au grand public et à des entreprises de tous secteurs.

Les frais d'administration et autres charges techniques, liés à la gestion courante des contrats et des systèmes d'information, représentent environ 7 % des cotisations hors taxe en 2022. De nouveau, ces frais sont plus faibles en collectif qu'en individuel (7 % contre 8 %) car les entreprises participent au prélèvement des

Tableau 1 Compte de résultat technique en santé par famille d'organismes et type de contrats, en 2022

En % des cotisations collectées

	Familles d'organismes			Types de contrats		Ensemble
	Mutuelles	Entreprises d'assurance	Institutions de prévoyance	Collectifs	Individuels	
Produits	100,4	100,1	100,2	100,4	100,1	100,3
Cotisations collectées	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
Autres produits	0,4	0,1	0,2	0,4	0,1	0,3
Charges	100,3	98,6	102,9	104,3	96,0	100,1
Prestations	80,3	77,5	89,2	87,5	74,3	80,8
Frais de gestion des sinistres	4,0	4,4	4,5	4,6	3,9	4,2
Frais d'acquisition	6,7	11,5	4,5	6,7	9,4	8,0
Frais d'administration	9,3	5,7	5,2	6,5	8,1	7,3
Autres charges	0,0	-0,5	-0,5	-0,9	0,3	-0,3
Résultat technique	0,1	1,5	-2,7	-3,9	4,1	0,1

Lecture > En 2022, les mutuelles reversent à leurs assurés 80,3 % des cotisations sous forme de prestations et consacrent 4,0 % des cotisations aux frais de gestion des sinistres. Le résultat technique est obtenu par la différence entre les produits (constitués des cotisations et des autres produits) et les charges.

Champ > Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (TSA) au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) en 2022 et contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31 décembre 2022.

Source > ACPR, calculs DREES.

cotisations et à la gestion des dossiers. C'est pour les mutuelles que ces frais d'administration sont les plus élevés (9 %, contre 6 % pour les entreprises d'assurance et 5 % pour les institutions de prévoyance). Les frais d'administration des entreprises d'assurance, dont l'activité santé représente une part minoritaire de leur activité (voir fiche 04) sont plus faibles en santé que sur le reste de leur activité. Cela pourrait provenir en partie d'économies d'échelles dont ne bénéficient pas les mutuelles du fait de leur spécialisation quasi exclusive sur l'activité santé.

Les frais de gestion des sinistres représentent de l'ordre de 3 % à 5 % des cotisations en 2022, quelles que soient les catégories de contrats et d'organismes.

Les « autres charges », qui correspondent à la participation aux résultats ainsi qu'au solde de réassurance, sont négatives en 2022 et représentent -0,3 % des cotisations en santé.

Les « autres produits » représentent 0,3 % des cotisations collectées en 2022. Ce sont principalement des produits financiers, issus du placement des cotisations sur les marchés (de Williencourt, 2023). En assurance complémentaire santé, les cotisations sont très rapidement reversées aux assurés sous forme de prestations, et ne permettent donc pas aux organismes de réaliser d'importants produits financiers.

Le résultat technique en santé représente + 0,1 % des cotisations en 2022

Le résultat technique est la différence entre l'ensemble des ressources et des charges. Un résultat technique positif est synonyme d'excédent, un résultat technique négatif de déficit. En 2022, le marché de la complémentaire santé dégage de faibles excédents puisque son résultat technique s'élève à 0,1 % des cotisations hors taxe (graphiques 1a et 1b). De 2017 à

2020, ce marché avait globalement dégagé des excédents supérieurs à la tendance des années précédentes, compris entre 1,2 % et 1,7 % des cotisations. Les résultats sont en revanche assez contrastés par type de contrats et par famille d'organismes.

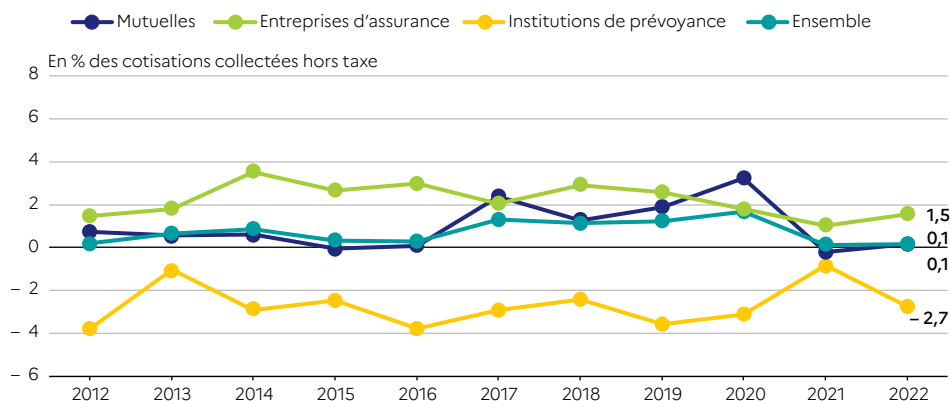
En 2022, les contrats collectifs sont en moyenne déficitaires (- 3,9 % des cotisations), tandis qu'à l'inverse, les contrats individuels sont en moyenne excédentaires (+ 4,1 % des cotisations), comme

cela a été le cas depuis 2012, première année étudiée dans cette fiche (*graphique 1b*).

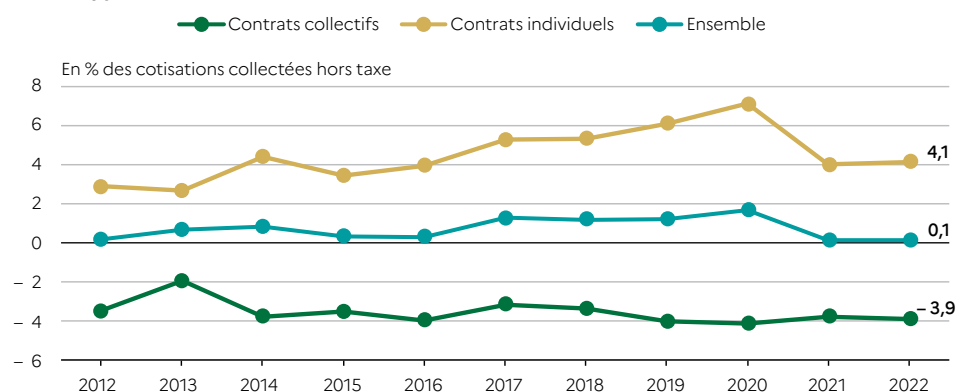
Les institutions de prévoyance, en raison de leur spécialisation dans les contrats collectifs, sont déficitaires sur leur activité santé en 2022 (résultat technique de - 2,7 % des cotisations collectées hors taxe) et depuis au moins 2012 (*graphique 1a*). Leurs déficits en santé sont toutefois contrebalancés par des excédents sur leurs activités d'assurance-vie (de Willencourt, 2023). Tout comme

Graphique 1 Résultat technique en santé, par famille d'organismes et type de contrats, entre 2012 et 2022

1a. Par famille d'organismes



1b. Par type de contrats



Lecture > En 2022, le résultat technique des entreprises d'assurance en santé représente 1,5 % des cotisations.

Champ > Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (TSA) au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31 décembre.

Source > ACPR, calculs DREES.

les institutions de prévoyance, les mutuelles sont à but non lucratif et doivent à ce titre réinvestir leurs éventuels excédents au bénéfice des adhérents. L'activité santé étant majoritaire pour les mutuelles (82 % de leurs cotisations, voir fiche 06),

les mutuelles sont proches de l'équilibre (+ 0,1 % des cotisations en 2022). Enfin, les entreprises d'assurance sont excédentaires en 2022 (+ 1,5 % des cotisations), comme c'est le cas depuis au moins 2012. ■

Pour en savoir plus

> **de Williencourt, C.** (2023). *Rapport 2023 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. Paris, France : DREES.

> **Montaut, A.** (2018, janvier). Tarifs et prestations : que révèle le nom des organismes de complémentaire santé ? DREES, *Études et Résultats*, 1047.

Les réseaux de soins reposent sur des conventions établies entre un ou plusieurs organismes d'assurance maladie complémentaire, directement ou par l'intermédiaire d'un tiers, et des établissements ou professionnels dispensant des soins. Ces conventions comportent des engagements relatifs au niveau ou à la nature des garanties pour l'organisme assureur, et aux prestations et tarifs pour le professionnel de santé. En 2021, sept organismes complémentaires sur dix, couvrant 85 % des bénéficiaires, sont liés à un réseau d'opticiens ; près de la moitié des organismes, couvrant 53 % des bénéficiaires, sont associés à un réseau de dentistes.

Les réseaux de soins se sont développés sur des marchés dont les prix étaient peu régulés

Les réseaux de soins se sont développés sur des marchés pratiquant des prix libres et souvent élevés, principalement les marchés de l'optique (voir fiche 22), des prothèses dentaires (voir fiche 23) et des aides auditives (voir fiche 24).

Les réseaux de soins reposent sur des conventions établies entre des organismes de complémentaire santé et des professionnels ou des établissements de santé. Les assureurs négocient des tarifs pour une liste de produits/prestations donnée, avec des garanties de qualité ou de service associées. Les professionnels de santé s'engagent contractuellement à respecter ces conventions en contrepartie d'un apport de clientèle. Les assurés ayant recours à des professionnels de santé du réseau peuvent, quant à eux, bénéficier d'un remboursement plus élevé de la part de leur complémentaire et du tiers payant.

Il existe deux types de réseaux, un réseau ouvert et un réseau fermé. Dans un réseau ouvert, l'organisme complémentaire établit un cahier des charges à respecter. Tous les professionnels de santé voulant intégrer le réseau et acceptant les conditions du cahier des charges sont alors conventionnés. Dans un réseau fermé, l'organisme complémentaire définit un nombre de professionnels qu'il cherche à intégrer dans son réseau et établit les conditions sur lesquelles

les dossiers des professionnels souhaitant être conventionnés seront évalués. Les critères définis doivent être objectifs et transparents.

La loi n° 2014-57 du 27 janvier 2014, dite « loi Le Roux »¹ encadre l'action des réseaux de soins. Elle étend aux mutuelles la possibilité de moduler les taux de remboursement selon que l'assuré a recours ou non aux réseaux. Par ailleurs, l'Autorité de la concurrence a rendu plusieurs décisions depuis 2009 sur les réseaux optiques, dentaires et audiologiques mettant en avant leurs effets vertueux, à la fois pour les consommateurs (prix avantageux) et les professionnels de santé (visibilité).

À partir de 2019, la mise en application progressive de la réforme du 100 % santé est venue encadrer les tarifications en vigueur sur les marchés des soins optiques, dentaires et audiologiques. La régulation de ces marchés peut réduire l'intérêt des organismes complémentaires à s'associer à un réseau de soins (Gay, 2021). Cependant, l'encadrement sur les prix mis en œuvre par la réforme est restreint à une liste circonscrite de biens rattachés à un panier dit « 100 % santé ». Pour les biens du panier dit « libre », non soumis à un prix limite de vente, l'association à un ou des réseaux de soins permet aux organismes complémentaires de conserver leur capacité de régulation des tarifs. Par ailleurs, l'importance des réseaux de soins peut jouer sur le recours aux biens du panier libre : lorsque le

1. Article L. 112-1 du Code de la mutualité et article L. 863-8 du Code de la Sécurité sociale.

reste à charge proposé grâce aux réseaux de soins est faible, voire nul, les bénéficiaires n'ont alors pas d'intérêt particulier à se tourner vers les biens du panier 100 % santé. Ce constat pourrait contribuer à un recours moins important aux biens 100 % santé en optique (voir fiche 29).

Sept organismes complémentaires sur dix sont liés à un réseau d'opticiens et quatre sur dix à un réseau de dentistes

Apparus dans les années 1990, les réseaux de soins ont pris leur essor au milieu des années 2000 avec la création des plateformes qui gèrent des réseaux de soins pour le compte d'organismes complémentaires.

En 2021, 68 % des organismes complémentaires, couvrant 85 % des bénéficiaires, sont liés à au moins un réseau d'opticiens et 42 %, couvrant 53 % des bénéficiaires, à au moins un réseau de dentistes (tableau 1)². Cette part est restée relativement stable par rapport à 2019. Les entreprises d'assurance sont plus souvent liées à un réseau de dentistes que les institutions de prévoyance ou les mutuelles. Par ailleurs, les mutuelles liées à un réseau couvrent en moyenne davantage de bénéficiaires que l'ensemble des mutuelles.

En effet, 64 % des mutuelles, représentant 84 % des bénéficiaires d'un contrat de mutuelle, sont liées à un réseau en optique ; 35 % des mutuelles, représentant 54 % des bénéficiaires, sont liées à un réseau en dentaire.

Les personnes couvertes par les entreprises d'assurance ont plus fréquemment accès à un réseau que celles couvertes par une institution de prévoyance ou une mutuelle en dentaire (respectivement 60 % d'entre elles contre 41 % et 54 %). En optique, la part des bénéficiaires couverts par un contrat lié à un réseau est élevée (plus de huit sur dix), quelle que soit la famille d'organismes. Enfin, les personnes couvertes par un contrat individuel ont plus souvent accès aux réseaux d'opticiens et de dentistes (respectivement 89 % et 60 %) que celles couvertes par un contrat collectif (respectivement 80 % et 47 %) [tableaux 2 et 3].

Un accès à des tarifs négociés pour la majorité des bénéficiaires, et à des remboursements plus élevés pour une minorité

Lorsque le bénéficiaire passe par un réseau de soins, le reste à charge après remboursement par la complémentaire santé est plus faible en

Tableau 1 Part des organismes complémentaires et des bénéficiaires de contrats liés à un réseau de soins, en 2021

		En %	
Réseaux de soins	Types d'organismes	Part des organismes liés à un réseau de soins	Part des bénéficiaires dont l'organisme est lié à un réseau de soins
Dentistes	Mutuelles	35	54
	Institutions de prévoyance	40	41
	Entreprises d'assurance	60	60
	Ensemble	42	53
Opticiens	Mutuelles	64	84
	Institutions de prévoyance	79	84
	Entreprises d'assurance	75	87
	Ensemble	68	85

Lecture > En 2021, 54 % des bénéficiaires de contrat souscrit auprès d'une mutuelle sont couverts par un organisme membre d'un réseau de dentistes.

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CSS, France entière.

Source > DREES, enquête OC 2021.

2. Les réseaux de soins en audiologie ne sont pas couverts par l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC), au contraire des réseaux de soins dentaires et optiques.

Tableau 2 Part de bénéficiaires ayant accès à un réseau d'opticiens, tarif négocié ou remboursement différencié

	En %	
	2019	2021
Part des bénéficiaires couverts par un organisme lié à un réseau d'opticiens		
Contrats collectifs	84	80
Contrats individuels	90	89
Ensemble	87	85
Part de bénéficiaires d'un réseau de soins ayant accès à un tarif négocié au sein du réseau		
Contrats collectifs	75	82
Contrats individuels	90	91
Ensemble	83	87
Part de bénéficiaires d'un réseau de soins ayant un remboursement différencié au sein du réseau		
Contrats collectifs	27	25
Contrats individuels	34	32
Ensemble	30	29

Lecture > En 2021, 87 % des personnes couvertes par un contrat souscrit auprès d'un organisme membre d'un réseau d'opticiens ont accès à un tarif négocié au sein du réseau.
Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CMU-C, ACS et CSS, France entière.
Sources > DREES, enquête OC 2019 et 2021.

raison d'un accès à des biens à tarif négocié³ ou d'une meilleure prise en charge par les contrats de complémentaire.

Ainsi, en 2021, près de neuf bénéficiaires couverts par un organisme lié à un réseau d'opticiens sur dix ont accès à un tarif négocié (tableau 2) ; c'est le cas de huit bénéficiaires couverts par un organisme lié à un réseau de dentistes sur dix (tableau 3). Cette part est un peu plus élevée parmi les bénéficiaires de contrat individuel que parmi ceux disposant de contrat collectif.

Par ailleurs, 29 % des bénéficiaires d'un contrat souscrit auprès d'un organisme lié à un réseau d'opticiens et 18 % de ceux liés à un réseau de dentistes disposent de garanties de remboursement plus élevées lorsqu'ils recourent à ces réseaux. L'écart entre les garanties est

en moyenne de 24 euros pour des prothèses dentaires, de 33 euros en optique simple et de 80 euros en optique complexe⁴. Ces écarts ont augmenté en optique simple et complexe depuis 2016 : ils s'élevaient alors respectivement à 13 euros et à 61 euros en moyenne. En revanche, l'écart entre garanties de remboursement dans et hors réseau de dentistes a diminué de moitié depuis 2016, où il était de 48 euros. Néanmoins, le fait de passer ou non par un réseau peut conduire l'assuré à modifier son comportement de consommation. Un remboursement plus élevé peut notamment encourager à choisir un produit ou une prestation de meilleure qualité. C'est pourquoi ces différences de garanties ne se traduisent pas nécessairement par une baisse équivalente du reste à charge. ■

3. D'après un rapport de 2017 de l'Inspection générale des Affaires sociales (IGAS) [Durand, Emmanuelli, 2017], l'écart de prix pour les soins ou les produits consommés via un réseau est d'environ – 20 % pour des verres adultes, de – 10 % pour des montures, et jusqu'à – 37 % pour certaines références de verres. En dentaire, les différences de prix sont plus incertaines car elles varient fortement selon les réseaux. L'IGAS fait état d'une pression tarifaire forte en optique mais modérée dans les secteurs dentaire et audiolgique, ce qui est cohérent avec les écarts de prix présentés. Néanmoins, les prix plus faibles pratiqués dans les réseaux pourraient s'expliquer à la fois par la capacité de ceux-ci à peser sur les prix via les tarifs négociés, mais aussi par des effets de sélection, soit parce que les réseaux sélectionnent des professionnels de santé moins chers, soit parce que les professionnels de santé plus compétitifs demandent à y adhérer.

4. Ces garanties portent sur des prothèses dentaires de type céramo-céramique sur dent visible et sur des équipements optiques de type monture et verres à correction simple ou complexe du panier libre uniquement, tel que délimité par la réforme du 100 % santé.

Tableau 3 Part de bénéficiaires ayant accès à un réseau de dentistes, tarif négocié ou remboursement différencié

	En %	
	2019	2021
Part des bénéficiaires couverts par un organisme lié à un réseau de dentistes		
Contrats collectifs	50	47
Contrats individuels	61	60
Ensemble	55	53
Part de bénéficiaires d'un réseau de soins ayant accès à un tarif négocié au sein du réseau		
Contrats collectifs	84	71
Contrats individuels	76	85
Ensemble	80	79
Part de bénéficiaires d'un réseau de soins ayant un remboursement différencié au sein du réseau		
Contrats collectifs	18	23
Contrats individuels	36	14
Ensemble	28	18

Lecture > En 2021, 79 % des personnes couvertes par un contrat souscrit auprès d'un organisme membre d'un réseau de dentistes ont accès à un tarif négocié au sein du réseau.

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

Sources > DREES, enquête OC 2019 et 2021.

Pour en savoir plus

- > Durand, N., Emmanuelli, J. (2017). *Les réseaux de soins*. Rapport de l'Inspection générale des Affaires sociales (IGAS) n° 2016-107R.
- > Gay, R. (2021). Les assureurs privés au service d'un meilleur accès à certains biens de santé ? *La Revue de l'Ires*, 103-104, p. 157-184.

Sur le marché de la complémentaire santé individuelle, 10 % des personnes sont couvertes, en 2021, par des contrats de mutuelles dont les modes de tarification garantissent une solidarité entre les niveaux de revenu, et quasiment toutes le sont par des contrats dont le tarif dépend de l'âge. Ainsi, le tarif à 75 ans est en moyenne trois fois plus élevé que celui à 20 ans. Sur le marché de la complémentaire santé collective, un quart des personnes sont couvertes par un contrat dont le tarif dépend du revenu et la quasi-totalité des assurés bénéficient d'une tarification avantageuse pour les familles.

Les modalités de tarification des organismes complémentaires sont encadrées (interdiction de certains critères notamment, comme le sexe) et font l'objet d'incitations fiscales et sociales (*encadré 1*). Les organismes complémentaires proposant des contrats qui ne respectent pas ces engagements sont soumis à une taxation plus importante de leur activité. (voir annexe 1 bis).

Les pratiques de tarification diffèrent selon les organismes et les contrats. Les cotisations, ou primes, peuvent être modulées selon les caractéristiques des assurés. Les montants des primes font l'objet de la fiche 11.

En individuel, les mutuelles pratiquant des solidarités entre niveaux de revenu assurent aussi des solidarités entre classes d'âge

En 2021, 60 % des personnes couvertes par un contrat individuel le sont par une mutuelle (*tableau 1*). Certains contrats de mutuelles ont un tarif qui dépend du revenu. Ces contrats (couvrant 10 % des personnes en individuel), généralement proposés par des mutuelles de fonctionnaires ou de grandes entreprises¹, opèrent ainsi une solidarité des plus aisés vers les plus modestes. Ils présentent également une forte solidarité entre classes d'âge, en proposant des tarifs

augmentant relativement peu avec l'âge. Ainsi, le tarif à 75 ans est en moyenne seulement 1,6 fois plus élevé que celui à 20 ans, contre 3,3 fois en moyenne pour les autres contrats de mutuelles n'opérant pas de solidarité selon le revenu. De plus, le tarif est le même à 60 ans et à 75 ans, alors qu'il augmente de 40 % pour les contrats de mutuelles sans solidarité entre niveaux de revenu ou pour ceux commercialisés par des entreprises d'assurance. Le forfait famille (gratuité dès le premier enfant) ou la gratuité à partir du deuxième, troisième, ou quatrième enfant est prévu par l'ensemble de ces contrats (*encadré 1*). Ces contrats solidaires entre niveaux de revenu offrent quasiment tous des remboursements de milieu de gamme, ou de classe 2².

En individuel, les pratiques tarifaires des mutuelles n'assurant pas de solidarité entre niveaux de revenu sont proches de celles des entreprises d'assurance

La moitié des personnes couvertes sur le marché individuel le sont par un contrat de mutuelle n'assurant pas de solidarité entre niveaux de revenu. Ces contrats de mutuelles pratiquent des tarifications à l'âge plus proches de celles des contrats des entreprises d'assurance. Le lieu de résidence est utilisé pour la tarification des contrats de la moitié des bénéficiaires de

1. Certaines mutuelles d'entreprises peuvent proposer des contrats individuels aux anciens salariés retraités qui souhaiteraient maintenir une couverture. Elles peuvent aussi proposer des contrats individuels aux proches des salariés d'une entreprise.

2. Les contrats sont distingués selon trois niveaux de couverture selon la classification de la DREES (voir fiche 27).

ces contrats de mutuelles, contre moins de 5 % pour les personnes couvertes par un contrat de mutuelle dépendant du revenu. Cela est néanmoins moins fréquent que pour les contrats des entreprises d'assurance (88 % des bénéficiaires).

Ce sont ces mutuelles qui intègrent le plus souvent la cotisation à l'ancienneté, même si elle est relativement peu pratiquée (10 % des personnes couvertes), afin de fidéliser la clientèle. La solidarité envers les familles n'est pas systématique,

Encadré 1 Les modes de tarification des contrats de complémentaire santé

Pour qu'un contrat soit qualifié de « solidaire » et qu'il bénéficie d'incitation fiscales et sociales (voir annexes 1 et 1 bis), il ne peut pas appliquer de tarifs directement liés à l'état de santé (par exemple, il ne peut recourir au questionnaire médical pour fixer sa prime), mais peut prendre en compte d'autres caractéristiques propres à l'assuré, selon des règles différentes pour les contrats individuels et les contrats collectifs.

Dans le cas des contrats individuels, le tarif peut être modulé selon l'âge de l'assuré. En effet, la probabilité de consommer et le montant des dépenses en cas de recours augmentent avec l'âge, induisant un risque plus élevé de dépenses à la charge de l'organisme assureur.

Le tarif peut aussi dépendre du nombre d'enfants que l'assuré souhaite couvrir. Les contrats qui proposent un forfait famille prennent en charge les enfants de l'assuré sans surcoût, quel que soit leur nombre. Certains contrats proposent la gratuité de la couverture à partir d'un certain nombre d'enfants (deux, trois ou quatre). Enfin, d'autres contrats exigent le paiement d'un supplément de cotisation pour chaque enfant couvert, voire ne prennent pas du tout en charge les enfants. Le forfait famille et la prise en charge sans surcoût à partir du deuxième, troisième ou quatrième enfant assurent une solidarité, *via* les cotisations, entre ménages sans et avec enfants.

Les tarifs des contrats individuels peuvent aussi dépendre du revenu de l'assuré, de son lieu de résidence ou de son ancienneté dans le contrat. Un contrat dont le tarif croît avec le revenu opère une solidarité des plus aisés vers les plus modestes. La tarification dépendant du lieu de résidence prend en compte la variabilité de la consommation de soins ou de leur prix selon la zone géographique de l'assuré. Proposer un tarif dégressif selon l'ancienneté dans le contrat permet aux organismes de fidéliser leur clientèle, mais aussi, pour ceux assurant une solidarité entre classes d'âge, de se prémunir contre des souscriptions opportunistes aux âges élevés. Par ailleurs, des limites d'âge à la souscription d'un contrat peuvent être imposées. Cette pratique peut être utilisée pour filtrer les « mauvais risques¹ » et permet de préserver l'équilibre financier des contrats solidaires entre classes d'âge. En effet, pour ce type de contrats, il existe un âge « charnière » à partir duquel, en moyenne, l'assuré passe de contributeur net à bénéficiaire net de cette solidarité. Une limite d'âge à la souscription fixée en dessous de cet âge « charnière » évite les souscriptions opportunistes en réservant indirectement l'accès aux personnes qui ont précédemment contribué à cette solidarité, les incitant à conserver leur contrat.

Pour les contrats d'entreprise, les critères que les organismes peuvent utiliser pour moduler le tarif d'un assuré sont moins nombreux que sur le marché individuel. Pour bénéficier d'exonérations fiscales, l'organisme complémentaire ne peut pas utiliser l'âge ou le lieu de résidence de l'assuré comme critères de tarification. Cependant, il peut établir le tarif selon la structure par âge du groupe de personnes qu'il couvre et du lieu d'implantation de leur employeur. Le prix dont s'acquitte l'assuré peut, en revanche, dépendre de son revenu et du nombre d'enfants qu'il souhaite couvrir.

Depuis 2012², la tarification en fonction du sexe est interdite pour tous les organismes de complémentaire santé ; en 2011, elle concernait un tiers des bénéficiaires des contrats individuels des entreprises d'assurance, et une femme payait alors en moyenne 27 % plus cher qu'un homme (Le Palud, 2013).

1. En assurance santé, un « mauvais risque » désigne une personne dont les caractéristiques laissent présager à l'assureur des dépenses de santé supérieures à sa prime.

2. Décision du 21 décembre 2012 de la Cour de justice européenne pour les entreprises d'assurance, Code de la mutualité pour les mutuelles, et Code de la Sécurité sociale pour les institutions de prévoyance.

Tableau 1 Typologie des contrats individuels selon le mode de tarification, en 2021

	Contrats des mutuelles			Contrats des institutions de prévoyance	Contrats des entreprises d'assurance	Ensemble des contrats
	Opérant une solidarité des plus aisés vers les plus modestes	N'opérant pas de solidarité des plus aisés vers les plus modestes	Ensemble des contrats des mutuelles			
Revenu (en %)						
Tarif dépendant du revenu	100	0	16	0	1	10
Âge						
Tarif dépendant de l'âge (en %)	94	92	93	71	100	95
Rapport moyen entre les tarifs (ratios) ¹						
à 75 et 20 ans	1,6	3,3	3	-	3,4	3,1
à 85 et 20 ans	1,6	3,6	3,3	-	4	3,6
à 75 et 60 ans	1	1,4	1,3	1,2	1,4	1,4
Existence d'une limite d'âge à la souscription (en %)	1	7	6	4	40	18
Limite d'âge moyenne à la souscription (en années) ²	75	66	66	74	74	73
Ancienneté (en %)						
Tarif dépendant de l'ancienneté dans le contrat	6	10	9	0	2	6
Lieu de résidence (en %)						
Tarif dépendant du lieu de résidence	4	48	43	67	88	61
Enfants (en %)						
Forfait famille (gratuité dès le 1 ^{er} enfant)	2	1	1	17	1	2
Gratuité à partir du 2 ^e , 3 ^e , ou 4 ^e enfant	98	74	78	75	75	77
Tous les enfants cotisent	0	20	17	7	15	16
Pas de prise en charge	0	5	4	1	9	6
Niveau de couverture des contrats (en %)³						
Classe 1 (les moins couvrants)	12	56	49	34	50	48
Classe 2 (milieu de gamme)	86	34	42	57	34	41
Classe 3 (les plus couvrants)	2	11	9	9	16	11
Personnes couvertes (en % des contrats individuels)	10	50	60	4	37	100

1. Pour les contrats dont le tarif dépend de l'âge. 2. Pour les contrats pour lesquels il existe une limite d'âge à la souscription. 3. Classification développée par la DREES, voir fiche 27.

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.

Pour les institutions de prévoyance, les contrats individuels étant majoritairement souscrits par des retraités, le tarif du contrat à 20 ans n'est en général pas disponible.

Lecture > En 2021, 75 % des personnes couvertes par un contrat individuel d'une entreprise d'assurance bénéficient d'une prise en charge gratuite à partir du 2^e, 3^e, ou 4^e enfant.

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé individuel, hors CSS, France entière.

Source > DREES, enquête OC 2021.

contrairement aux contrats proposés par les mutuelles avec une tarification dépendant du revenu. Ainsi, un quart des bénéficiaires présentent un contrat où tous les enfants cotisent, ou ne prenant pas en charge les enfants. Plus de la moitié des bénéficiaires de ces contrats (56 %) sont couverts par des contrats de classe 1 (les moins couvrants).

Les entreprises d'assurance couvrent près de quatre bénéficiaires de contrats individuels sur dix (37 %) [tableau 1]. Elles sont en concurrence avec les mutuelles, notamment avec celles ne proposant pas de tarification au revenu, qui, comme elles, ne bénéficient pas d'une clientèle captive. Certaines de leurs pratiques tarifaires sont assez proches : absence de tarif dépendant du revenu, tarif à 75 ans 3,4 fois plus élevé qu'à 20 ans et 1,4 fois plus élevé qu'à 60 ans, ou encore gratuité à partir du deuxième, troisième ou quatrième enfant souvent prévue (pour 75 % des bénéficiaires). Les bénéficiaires des entreprises d'assurance n'ont plus fréquemment aucune prise en charge des enfants (9 %, contre 6 % pour l'ensemble des bénéficiaires de contrat individuel). Par ailleurs, une limite d'âge à la souscription, qui permet de sécuriser l'équilibre financier, y est plus souvent imposée que dans les contrats des autres familles d'organismes (40 % des bénéficiaires contre moins de 10 % des bénéficiaires dans les autres cas), à un âge de 74 ans en moyenne.

Les contrats individuels proposés par les institutions de prévoyance ciblent une population particulière

Enfin, 4 % des personnes couvertes par un contrat individuel le sont auprès d'une institution de prévoyance. Ces contrats sont spécifiques. La plupart sont en effet réservés aux anciens salariés retraités ou chômeurs des entreprises couvertes par un contrat collectif commercialisé par une institution de prévoyance. Pour cette raison,

les souscripteurs sont quasiment tous âgés d'au moins 60 ans et très peu de contrats mettent en place une limite d'âge à la souscription. De plus, le tarif de ces contrats augmente peu entre 60 ans et 75 ans : les assurés âgés de 60 ans paient seulement 20 % de plus que ceux de 75 ans. Le forfait famille, très peu pratiqué par les autres contrats individuels (de 1 % à 2 % dans les mutuelles et les entreprises d'assurance), est plus répandu (17 % des bénéficiaires), mais s'applique probablement peu en raison de l'âge avancé des bénéficiaires. Ces contrats offrent majoritairement des remboursements de milieu de gamme.

Les pratiques tarifaires des contrats individuels se sont rapprochées entre 2006 et 2016

Entre 2006 et 2016, les modes de tarification des contrats individuels des mutuelles se sont rapprochés de ceux des entreprises d'assurance, sans doute en raison de la pression concurrentielle conduisant à fixer des primes au plus près du risque individuel, dans la limite de ce qui est autorisé par la législation (voir annexe 1). Ainsi en 2006, sept bénéficiaires de contrat individuel sur dix payaient une cotisation dépendant de l'âge, contre plus de neuf sur dix en 2016 (Barlet et al., 2019). S'il n'est pas possible d'observer l'évolution précise entre 2016 et 2019 pour des raisons méthodologiques³, cette tarification dépendante de l'âge est désormais quasi généralisée. En 2021 comme en 2019, plus de neuf bénéficiaires de contrat individuel sur dix sont couverts par un contrat avec une tarification à l'âge (tableau 2). Entre ces deux années, les critères de tarification retenus par les organismes sont restés assez similaires, dans un contexte de réformes récentes (notamment les modifications des modalités de résiliation des contrats⁴ ou encore la réforme du 100 % santé). Seule la tarification intégrant le lieu de résidence gagne un peu d'ampleur (+ 7 points).

3. L'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) sur laquelle repose ces chiffres a connu un changement méthodologique important introduisant une rupture de série. Les données portant sur 2016 ne sont donc pas directement comparables avec celles portant sur 2019 et 2021 (voir annexe 3).

4. La loi n° 2019-733 du 14 juillet 2019 (puis le décret n° 2020-1438 du 24 novembre 2020) relative au droit de résiliation sans frais de contrats de complémentaire santé permet aux assurés de résilier, après un an de souscription, leur contrat de complémentaire santé, à tout moment, sans frais ni pénalité. Auparavant, la résiliation ne pouvait se faire qu'à un moment précis de l'année, à la date d'échéance du contrat.

Tableau 2 Évolution des modes de tarification des contrats individuels par famille d'organismes complémentaires, entre 2019 et 2021

	En % des personnes couvertes							
	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Entreprises d'assurance		Ensemble	
	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021
Tarif dépendant du revenu	18	16	0	0	0	1	12	10
Tarif dépendant de l'âge	93	93	66	71	100	100	94	95
Existence d'une limite d'âge à la souscription	9	6	6	4	34	40	17	18
Tarif dépendant de l'ancienneté dans le contrat	9	9	0	0	3	2	7	6
Tarif dépendant du lieu de résidence	39	43	55	67	86	88	54	61
Forfait famille (gratuité dès le 1 ^{er} enfant)	5	1	29	17	0	1	5	2
Gratuité à partir du 2 ^e , 3 ^e , ou 4 ^e enfant	81	78	67	75	77	75	79	77

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.

Lecture > En 2021, 75 % des bénéficiaires d'un contrat individuel d'une entreprise d'assurance ont un contrat prévoyant une prise en charge gratuite à partir du 2^e, 3^e, ou 4^e enfant.

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

Sources > DREES, enquête OC 2019 et 2021.

Parmi les contrats collectifs, une solidarité entre niveaux de revenu pour un bénéficiaire sur quatre

En 2021, 26 % des bénéficiaires de contrat collectif disposent d'un contrat dont le tarif dépend du revenu⁵ (tableau 3), une pratique plus fréquente qu'en couverture individuelle (10 % des bénéficiaires, tableau 1). La tarification au revenu reflète un choix de la part de l'entreprise ou de la branche professionnelle qui la souscrit, après négociations avec les salariés ou leurs représentants. Ce mode de tarification concerne 40 % des personnes couvertes par une institution de prévoyance, contre 24 % de celles couvertes par une mutuelle et 10 % de celles couvertes par une entreprise d'assurance ; ce taux est stable entre 2019 et 2021.

Un bénéficiaire de contrat collectif sur deux est couvert par un contrat offrant un forfait famille

prévoyant la gratuité dès le premier enfant (tableau 3). Néanmoins, la part des personnes couvertes par un contrat avec un forfait famille a significativement diminué en deux ans, de 60 % en 2019 à 49 % en 2021, et particulièrement parmi les mutuelles (– 25 points en deux ans, passant de 66 % en 2019 à 41 % en 2021). À l'inverse, davantage de contrats proposent désormais la gratuité seulement à partir du deuxième, troisième ou quatrième enfant (37 % en 2021, contre 27 % en 2019). Au total, la part des personnes couvertes par un contrat collectif proposant un avantage financier pour les familles est restée stable, même si celui-ci devient un peu moins avantageux.

Les contrats collectifs, en l'absence de tarification à l'âge⁶, mutualisent davantage les risques. De plus, avec une proportion plus élevée de contrats tarifiant au revenu et de contrats proposant un avantage financier pour les familles, les

5. Il s'agit ici de la cotisation perçue par l'organisme assureur, dont le montant est partagé par l'employeur et le salarié (voir fiche 13). La prise en charge de l'employeur peut dépendre du montant du revenu du salarié, même pour les contrats ne tarifiant pas au revenu.

6. La tarification à l'âge est rare. Néanmoins, la structure par âge des assurés d'un contrat donné est prise en compte dans le calcul de la prime.

contrats collectifs opèrent une forme de solidarité entre les groupes de personnes couvertes restreinte à certaines tranches d'âge. En effet, ces contrats ne couvrent pas les plus âgés (voir fiche 13), puisqu'ils ciblent les salariés et leurs ayants droit. Pour près de six bénéficiaires sur dix, les contrats collectifs sont de classe 3 (les plus couvrants) [voir fiche 27]. ■

Tableau 3 Évolution des modes de tarification des contrats collectifs par famille d'organismes complémentaires, entre 2019 et 2021

	En % des personnes couvertes							
	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Entreprises d'assurance		Ensemble	
	2019	2021	2019	2021	2019	2021	2019	2021
Tarif dépendant du revenu	25	24	38	40	5	10	23	26
Forfait famille (gratuité dès le 1 ^{er} enfant)	66	41	72	64	40	38	60	49
Gratuité à partir du 2 ^e , 3 ^e , ou 4 ^e enfant	29	45	13	25	38	43	27	37

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.

Lecture > En 2019, 25 % des personnes couvertes par un contrat collectif d'une mutuelle bénéficient d'un tarif dépendant du revenu.

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé collectif, France entière.

Sources > DREES, enquête OC 2019 et 2021.

Pour en savoir plus

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

> Le Palud, V. (2013, septembre). Comment les organismes complémentaires fixent leurs tarifs ? DREES, *Études et Résultats*, 850.

> Leduc, A., Montaut, A. (2016, septembre). Tarification des complémentaires santé : déclin des solidarités dans les contrats individuels. DREES, *Études et Résultats*, 972.

La souscription d'un contrat de complémentaire permet à un assuré d'être remboursé d'une partie de ses dépenses de santé en contrepartie d'une cotisation mensuelle, appelée prime. Dans les contrats de type individuel, la prime augmente le plus souvent avec l'âge de l'assuré, en lien avec le risque à assurer. Ainsi, pour un assuré « de référence » de 85 ans, la prime moyenne d'un contrat individuel est de 146 euros mensuels contre 33 euros à 20 ans. Par ailleurs, l'hétérogénéité des primes entre les contrats augmente avec l'âge. Pour les contrats collectifs, le montant de la prime ne dépend pas de l'âge de l'assuré. Si la prime moyenne est de 68 euros pour un assuré de référence de contrat collectif, elle varie entre 49 euros pour les contrats les moins couvrants et 81 euros pour les plus couvrants.

La prime (ou cotisation) d'un contrat de complémentaire santé est le montant payé à un organisme complémentaire¹ directement par un assuré² ou indirectement par un employeur en contrepartie de garanties de remboursement des frais de santé pour ses ayants droit et lui-même. Son montant tient compte des risques de dépenses en santé. Les modalités de tarification sont encadrées (interdiction de certains critères notamment, comme le sexe) et font l'objet d'incitations fiscales et sociales (voir fiche 10, annexe 1 et annexe 1 bis). Le montant de la prime est fixé différemment si le contrat est de type individuel (51 % des assurés de complémentaire santé privée en 2022) ou collectif (49 % des assurés).

La prime type moyenne demandée à 20 ans en individuel est de 33 euros par mois et de 146 euros à 85 ans

La majorité des contrats individuels tarifient à l'âge (voir fiche 10), en lien avec le risque associé à la classe d'âge de leurs assurés. Celui-ci dépend des restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) à couvrir qui augmentent avec l'âge, du fait de la

croissance des dépenses de santé à mesure que l'on vieillit (voir fiche 02). En outre, les personnes âgées anticipent également leur risque santé et choisissent en moyenne des contrats individuels plus couvrants (Loiseau, 2021). Ainsi, en 2021, pour un assuré « de référence » (*encadré 1*) notamment sans ayant droit et dont le revenu appartient à la tranche la plus basse, la prime demandée à 20 ans est de 33 euros mensuels en moyenne pour un contrat individuel, contre 59 euros à 40 ans, 104 euros à 65 ans et 146 euros à 85 ans (*graphique 1a*), d'après l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) [*encadré 1*]. Par ailleurs, l'hétérogénéité des primes entre les contrats s'accroît avec l'âge. Ainsi, alors que la prime demandée à 20 ans dépasse 46 euros pour les assurés couverts par les 10 % des contrats les plus chers (D9) et n'excède pas 20 euros pour les 10 % couverts par les contrats les moins chers (D1), l'écart est plus important à 75 ans : 200 euros (D9) contre 53 euros (D1) [*graphique 1b*], comme à 85 ans, 231 euros (D9) contre 60 euros (D1).

La tarification des contrats peut se faire également en fonction d'autres critères, comme

1. Cette fiche se focalise sur le marché privé, donc hors complémentaires santé publiques (CSS, anciennement CMU-C et ACS, voir fiche 18) et spécifiques (contrat au 1^{er} euro ou relatif au Code général des impôts [CGI], voir annexe 1 bis), ayant des logiques différentes de tarification.

2. Dans cet ouvrage, le terme « assuré » désigne l'assuré principal au nom duquel le contrat de complémentaire santé est établi, ou autrement dit l'ouvrant-droit du contrat.

le niveau de revenu. Ainsi, à âge équivalent, la prime moyenne des contrats individuels augmente avec le niveau de revenu : pour un assuré de référence de 40 ans, la prime moyenne est de 59 euros lorsque son salaire correspond à la tranche de revenus la plus basse, et de 69 euros quand il correspond à la tranche la plus haute.

La prime demandée pour la tranche de revenus la plus haute à 40 ans varie fortement selon les contrats : de 38 euros ou moins pour les assurés couverts par les 10 % des contrats les moins chers à 141 euros ou plus pour ceux couverts par les 10 % des contrats les plus chers (tableau complémentaire A).

Encadré 1 Le recueil des primes dans l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé

L'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) de la DREES a pour objet de connaître l'activité des organismes offrant des couvertures complémentaires santé, la population couverte, les garanties offertes, les modes de tarification des contrats et les primes des contrats¹. L'enquête s'intéresse uniquement aux contrats classiques de droit privé (hors complémentaire santé solidaire [CSS], contrats au 1^{er} euro et contrats relatifs au Code général des impôts [CGI], voir annexe 1 bis).

Les primes (ou cotisations) recueillies dans l'enquête OC sont celles d'un assuré type, dit « de référence ». Celui-ci est défini comme une personne² vivant seule et sans enfant, rattachée au régime général de la Sécurité sociale, travaillant à temps plein, percevant un salaire³ correspondant à la tranche de revenus la plus faible de la grille salariale définie par l'organisme complémentaire, et résidant dans la zone géographique où les cotisations sont les plus élevées. L'enquête recueille la prime pour différents cas-types en faisant varier ces caractéristiques une à une pour un individu de 40 ans. Elle permet donc de connaître la prime pour un individu de référence de 40 ans, mais aussi pour un individu de référence de 20 ans, ou encore un individu dont le salaire correspond à la tranche de revenus la plus élevée de la grille salariale⁴, etc⁵. Pour les contrats collectifs, la prime recueillie comprend la part payée par l'employeur et celle payée par le salarié.

L'enquête OC recueille par ailleurs la structure d'âge des assurés des contrats. Cela permet d'estimer la cotisation moyenne à 20, 40, 60, 65, 75 et 85 ans demandée aux assurés de référence en pondérant les primes des contrats par les effectifs d'assurés de la tranche d'âge considérée. Les montants de primes décrits dans cette fiche ne correspondent pas aux montants effectivement versés car cette pondération tient compte uniquement de la structure d'âge des assurés, et non des autres caractéristiques (revenus, lieu de résidence, etc.). Cette pondération à l'âge admet par ailleurs certaines limites. En effet, la structure d'âge des contrats correspond à la part d'assurés des quatre catégories d'âge recueillies dans le questionnaire (24 ans ou moins, entre 25 et 59 ans, entre 60 et 64 ans, 65 ans ou plus). Ainsi, pour un assuré de référence de 40 ans, la prime moyenne correspond à la prime des différents contrats pondérée par le nombre d'assurés âgés de 25 à 59 ans⁶. De plus, alors que les primes négociées par les employeurs pour les contrats collectifs dépendent de la structure d'âge des salariés de l'entreprise assurée, il n'est pas possible de tenir compte de celle-ci à partir des données de l'enquête.

1. L'enquête recueille les primes toutes taxes comprises.

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

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

4. Le montant de la prime est demandé pour un individu dont le revenu correspond à 6 856 euros mensuels bruts en 2021, ou à la tranche de revenus la plus haute à défaut (à autres critères inchangés).

5. Pour chaque déclinaison d'une caractéristique (par exemple l'âge), les autres critères restent identiques à ceux de l'assuré de référence. Les écarts de primes mesurés selon les différentes déclinaisons d'une caractéristique reposent sur l'hypothèse simplificatrice que la variation des primes selon les caractéristiques est homogène au sein d'une catégorie d'âge.

6. Pour un assuré de référence de 20 ans, c'est le nombre d'assurés ayant 24 ans ou moins qui est pris en compte, tandis que c'est le nombre d'assurés ayant entre 60 et 64 ans qui est utilisé pour pondérer la prime d'un assuré de référence de 60 ans. Pour les cotisations d'assurés de référence de 65 ans, 75 ans et 85 ans, c'est le nombre d'assurés de 65 ans ou plus qui est utilisé, en étant lui-même pondéré par la structure d'âge des 65 ans ou plus de la population générale (source : Recensement de la population 2021, Insee).

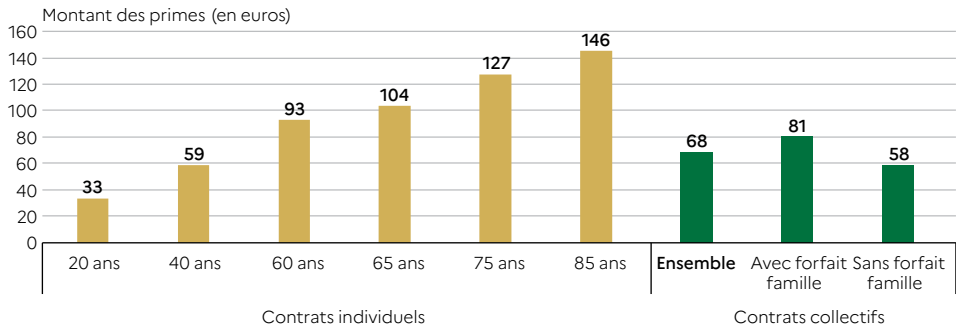
La prime demandée en collectif s'élève en moyenne à 68 euros par mois pour un assuré de référence

Pour un assuré de contrat collectif de référence couvert sans ayant droit et appartenant à la tranche de revenus la plus basse, le montant moyen de la prime mensuelle s'élève à 68 euros

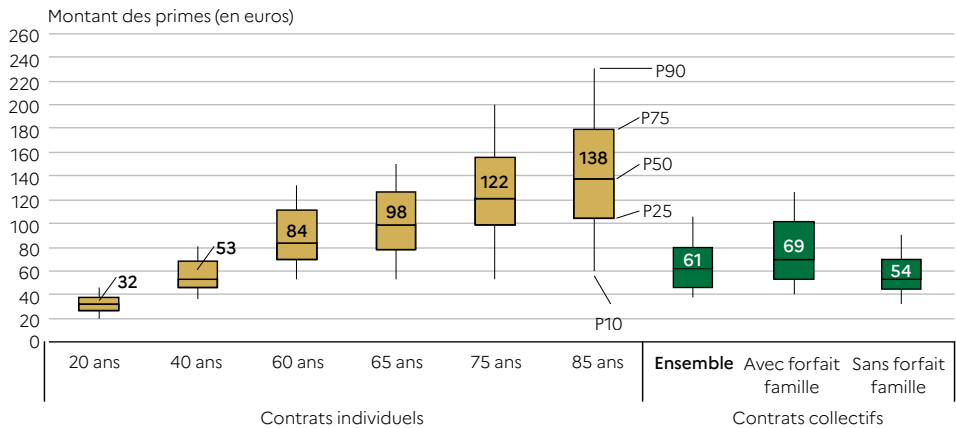
en 2021 quel que soit son âge (graphique 1a). La prime associée à un contrat collectif est ainsi plus élevée que pour un contrat individuel à 40 ans (59 euros). Mais en tenant compte de la participation de l'employeur, la cotisation restant à la charge d'un salarié de 40 ans est sensiblement plus faible que pour une personne avec les

Graphique 1 Primes mensuelles pour un assuré de référence selon le type de contrats, en 2021

1a. Primes moyennes



1b. Distribution des primes



Note > Le graphique 1b présente les 10^e, 25^e, 50^e, 75^e et 90^e percentiles. Ils correspondent aussi, par définition statistique, aux 1^{er} décile, 1^{er} quartile, médiane, 3^e quartile et 9^e décile. Le montant de la prime est recueilli dans l'enquête OC 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 cotisations sont les plus élevées. Les contrats collectifs avec forfait famille sont ceux prévoyant la prise en charge des enfants sans surcoût, quel que soit leur nombre.

Lecture > En 2021, à 20 ans, la prime moyenne d'un assuré de référence ayant souscrit un contrat individuel est de 33 euros. Dans le cadre d'un contrat collectif, la prime moyenne est de 68 euros, quel que soit l'âge de l'assuré (en incluant la part payée par l'entreprise et celle payée par le salarié). La moitié des assurés d'un contrat individuel (P50) sont couverts par un contrat dont la prime pour un assuré de référence à 20 ans est supérieure ou égale à 32 euros. Dans le cas d'un contrat collectif, la prime est supérieure ou égale à 61 euros pour la moitié des assurés (P50), 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 CSS, France entière.

Source > DREES, enquête OC 2021.

mêmes caractéristiques couverte par un contrat individuel. En effet, depuis 2016, les employeurs, qui ont l'obligation de proposer un contrat de complémentaire santé à leurs salariés, doivent contribuer à au moins la moitié de la prime de leurs salariés³ (voir fiche 13).

À 40 ans, la prime plus élevée en moyenne pour un assuré de référence sans ayant droit couvert en collectif peut s'expliquer par le fait que les contrats collectifs offrent des garanties plus couvrantes en moyenne que les contrats individuels (voir fiche 27). Elle s'explique aussi par le fait que les contrats collectifs avec « forfait famille », pour lesquels la prime des assurés est identique quelle que soit leur situation (qu'ils soient couverts avec ou sans enfants), sont plus fréquents⁴ qu'en individuel (voir fiche 10). La prime dans ce cas est de 81 euros en moyenne, contre 58 euros⁵ en moyenne pour les autres contrats collectifs sans forfait famille. L'écart entre les primes les plus élevées et les moins élevées pour un assuré de référence est plus fort pour les contrats avec forfait famille (de 41 euros à 127 euros pour les 10 % les plus basses [D1] et les 10 % les plus élevées [D9]) que pour les contrats sans forfait famille (de 33 euros [D1] à 91 euros [D9]) [graphique 1b].

À 60 ans, la prime moyenne d'un assuré couvert sans ayant droit par un contrat collectif est, en revanche, moins élevée que celle d'un assuré du même âge couvert en individuel (93 euros). En effet, les assurés d'un contrat collectif obligatoire s'acquittent d'une prime indépendante de leur âge⁶ : le risque santé est ainsi mutualisé

à l'ensemble des assurés, en tenant compte de la structure d'âge de l'ensemble des personnes ayant souscrit le contrat. Par ailleurs, les assurés ouvrants droit d'un contrat collectif sont le plus souvent en emploi, alors que les contrats individuels couvrent également des personnes sans emploi ou des retraités⁷ (voir fiche 12). Les assurés de contrat collectif présentent donc en moyenne un risque à couvrir moins important que les assurés de contrat individuel. Ces différents éléments, cumulés avec des frais de gestion plus faibles (voir fiche 08), expliquent les primes plus faibles des contrats collectifs par rapport à celles des contrats individuels à partir d'un certain âge.

Toutefois, les primes étant définies pour un assuré de référence dont le salaire correspond à la tranche de revenus la plus basse, elles peuvent sous-estimer les primes effectivement versées. Cette sous-estimation est plus marquée pour les primes de contrats collectifs, pour lesquels un quart des assurés disposent d'un contrat qui tarifie selon le niveau de revenu, contre un assuré sur dix en individuel (voir fiche 10). Pour un assuré appartenant à la tranche de revenus la plus haute (à autres critères inchangés), la prime moyenne mensuelle d'un contrat collectif est supérieure de 17 euros à celle d'un assuré avec les mêmes caractéristiques dans la tranche de revenus la plus faible (85 euros contre 68 euros) [tableau complémentaire A]. À l'inverse, les primes sont surestimées puisqu'elles correspondent à celles de la zone géographique où les primes sont les plus élevées (tableau complémentaire B).

3. Cette contribution peut également être considérée comme un complément de salaire, puisque l'employeur peut décider de baisser la rémunération d'autant (Gruber, 2000). De fait, cette contribution fait d'ailleurs partie du revenu imposable de l'assuré.

4. Pour autant, cela ne signifie pas que les contrats individuels ou les contrats collectifs sans forfait famille n'opèrent pas de solidarité envers les familles. En effet, la tarification pour les enfants ayants droit peut être inférieure au risque moyen à couvrir.

5. Le montant à la charge de l'assuré n'est par ailleurs pas le même dans les deux cas. Ainsi, si pour un contrat collectif, l'employeur prend en charge à hauteur d'au moins 50 % la prime du salarié, et donc de ses ayants droit dans le cas d'un forfait famille, celui-ci n'a pas l'obligation de participer à la prime relative à la couverture des ayants droit si celle-ci vient s'ajouter à celle du salarié.

6. Les contrats collectifs obligatoires sont les contrats souscrits par les entreprises pour les salariés du secteur privé. D'autres contrats collectifs existent, par exemple ceux mis en place par des associations pour leurs adhérents, et peuvent tarifier à l'âge. C'est le cas de 5 % des contrats collectifs en 2021 (d'après l'enquête OC 2021).

7. La loi Évin du 31 décembre 1989 autorise les néo-retraités à conserver la couverture santé proposée par leur ancienne entreprise sous la forme d'un contrat individuel. Les assurés s'acquittent alors de l'intégralité de la prime. Depuis le décret du 21 mars 2017, l'évolution de la prime ne peut pas excéder 50 % d'augmentation au bout de trois ans par rapport à celle du contrat de l'entreprise. À ce terme, la prime devient indépendante de celle du contrat d'origine.

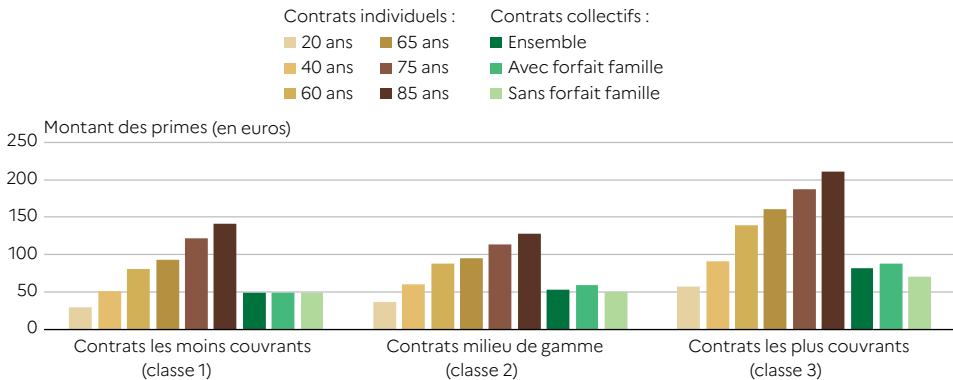
Selon le niveau de couverture, la prime moyenne pour un assuré de référence âgé de 85 ans varie entre 141 euros et 210 euros

Pour chaque contrat de complémentaire santé, la DREES classe les contrats selon trois niveaux de couverture (voir fiche 27) : les contrats les moins couvrants, les contrats milieu de gamme et les contrats les plus couvrants⁸.

Pour un contrat individuel, le montant moyen de la prime augmente avec le niveau de couverture,

ce pour chaque âge de référence. Par exemple, pour l'assuré de référence, le montant de la prime à 20 ans est en moyenne de 29 euros pour les contrats les moins couvrants, de 36 euros pour les contrats milieu de gamme et de 57 euros pour les contrats les plus couvrants (graphique 2)⁹. Pour un assuré de 85 ans, la prime d'un contrat peu couvrant s'élève à 141 euros, tandis qu'elle est de 210 euros pour un contrat très couvrant.

Graphique 2 Montant moyen de la prime mensuelle en fonction du niveau de couverture du contrat, en 2021



Note > Le montant de la prime est recueilli dans l'enquête OC pour une personne vivant seule et sans enfant, rattachée au régime général, travaillant à temps plein, appartenant à la plus faible tranche de revenus et vivant dans la zone géographique où les cotisations sont les plus élevées.

Les contrats collectifs avec forfait famille sont ceux prévoyant la prise en charge des enfants sans surcoût, quel que soit leur nombre.

Certains contrats moyennement couvrants (classification de la DREES, voir fiche 27) et couvrant un nombre important d'assurés tarifient avec une forte solidarité entre niveaux de revenu. Les primes de l'assuré de référence (se trouvant dans la plus faible tranche de revenus) peuvent alors être basses au regard des garanties et ne pas refléter la prime moyenne payée par l'ensemble des assurés. Cela peut conduire dans certaines catégories d'âge à des montants moyens de primes plus faibles dans la classe des contrats moyennement couvrants que dans celle des contrats peu couvrants.

Lecture > En 2021, à 20 ans, la prime pour un assuré de référence est en moyenne de 29 euros par mois pour un contrat individuel peu couvrant, contre 141 euros à 85 ans. Dans le cadre d'un contrat collectif, le montant moyen de la prime mensuelle s'élève à 49 euros pour un contrat peu couvrant (en incluant la part payée par l'entreprise et celle payée par le salarié).

Champ > Ensemble des assurés de contrats de complémentaire santé hors CSS, France entière.

Source > DREES, enquête OC 2021.

⁸ Le niveau de couverture d'un contrat est calculé à partir d'une consommation moyenne de l'ensemble de la population (voir fiche 27), sans prendre en compte les spécificités de consommation des bénéficiaires du contrat, en lien notamment avec leur structure par âge.

⁹ Pour un assuré de référence âgé (qui, par définition, appartient à la tranche de revenus la plus basse), la prime demandée par un contrat individuel moyennement couvrant dont la cotisation est proportionnelle au revenu (la prime des plus modestes est plus faible) et qui exerce une mutualisation des risques liée à l'âge (la prime des plus âgés est plus faible) peut être moins élevée que celle de contrats individuels peu couvrants dont la stratégie de tarification est différente. En 2021, c'est notamment le cas d'un contrat dont le nombre d'assurés est tel qu'il tire la prime des contrats moyennement couvrants vers une moyenne inférieure à celle des contrats peu couvrants à 75 ans et 85 ans.

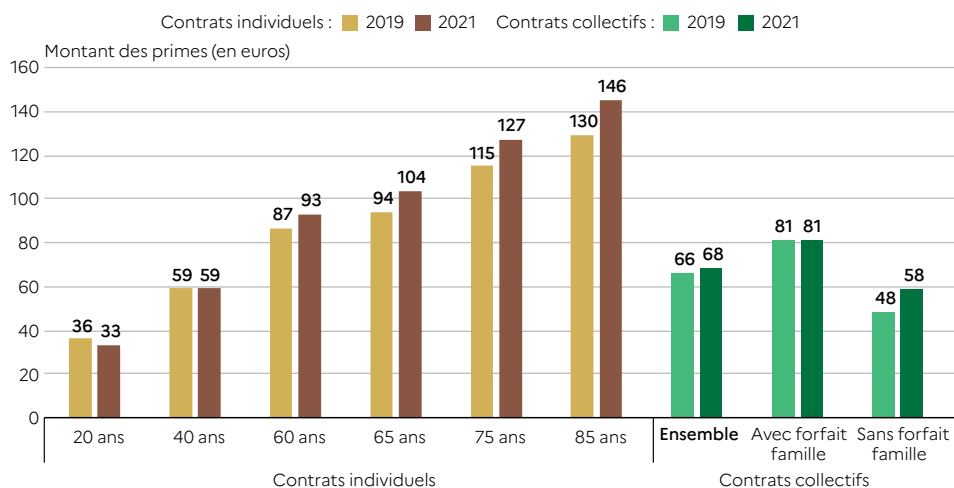
Selon le niveau de couverture, la prime d'un contrat collectif pour un assuré de référence varie entre 49 euros et 81 euros en moyenne

Pour un assuré de référence couvert par un contrat collectif parmi les moins couvrants, la prime moyenne est de 49 euros, soit un montant similaire à celle d'un assuré de référence de 40 ans couvert par un contrat individuel de la même classe (51 euros). La prime associée à un contrat très couvrant pour un assuré de référence en collectif est de 81 euros, soit 10 euros de moins qu'en individuel pour un assuré de 40 ans. À classe de contrats donnée, le montant de la prime associée à un contrat est donc relativement proche de celui d'un assuré de contrat individuel de 40 ans. Par ailleurs, les primes demandées par les contrats collectifs disposant d'un forfait famille sont en moyenne plus élevées que celles des autres contrats collectifs, particulièrement parmi les contrats les plus couvrants.

Entre 2019 et 2021, la prime moyenne pour un assuré de référence d'un contrat individuel augmente de 16 euros à 85 ans mais reste stable jusqu'à 40 ans

Entre 2019 et 2021, la prime moyenne d'un assuré de référence couvert par un contrat individuel augmente au-delà de 40 ans (graphique 3) : à 60 ans, elle passe ainsi de 87 euros à 93 euros, et à 85 ans de 130 euros à 146 euros. Ces hausses de primes chez les plus âgés touchent tous types de contrats, qu'ils soient peu ou très couvrants : par exemple, les 10 % d'assurés dont les primes sont les plus élevées ont une prime de référence à 85 ans supérieure à 231 euros en 2021 contre 195 euros en 2019 ; les 10 % d'assurés dont les primes sont les plus faibles ont une prime de référence à 85 ans d'au plus égale à 60 euros en 2021 contre 50 euros en 2019. À 20 ans et 40 ans, en revanche, la prime moyenne est stable. En distinguant selon le niveau de couverture, ce résultat se confirme également.

Graphique 3 Évolution de la prime mensuelle moyenne pour un assuré de référence, entre 2019 et 2021



Note > 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 cotisations sont les plus élevées. Les contrats collectifs avec forfait famille sont ceux prévoyant la prise en charge des enfants sans surcoût, quel que soit leur nombre.

Lecture > En 2019, à 20 ans, la prime moyenne d'un assuré de référence ayant souscrit un contrat individuel est de 36 euros. 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).

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

Sources > DREES, enquête OC 2019 et 2021.

Pour les contrats collectifs, la prime moyenne d'un assuré de référence reste globalement stable entre 2019 et 2021, à l'exception des contrats sans forfait famille. Pour ceux-ci, si un assuré de référence a une prime de 58 euros en 2021 contre 48 euros en 2019, il n'est pas possible de conclure à une augmentation pour un contrat donné, en raison de l'évolution de la composition des contrats sans forfait famille, plus fréquents en 2021 qu'en 2019 (voir fiche 10).

L'écart entre les 10 % de primes les plus élevées et les plus basses se resserre (69 euros d'écart en 2021 contre 96 euros en 2019), notamment parmi les contrats ne disposant pas de l'option forfait famille.

Ces évolutions s'inscrivent dans le contexte de la mise en place de la réforme du 100 % santé sur la période (voir fiche 29) ; mais des analyses complémentaires seront nécessaires pour isoler l'évolution relevant de cette réforme d'autres facteurs. ■

Pour en savoir plus

- > Des données complémentaires sont disponibles dans le fichier Excel associé à cette fiche sur le site de la DREES : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>.
- > **Gruber, J.** (1994, juin). The Incidence of Mandated Maternity Benefits. *The American Economic Review*, p. 622-641.
- > **Gruber, J.** (2000). Chapter 12 – Health Insurance and the Labor Market. *Handbook of Health Economics*, 1, p. 645-706.
- > **Loiseau, R.** (2021, juillet). Complémentaires santé : en 2016, les seniors restent moins bien couverts malgré une hausse des garanties depuis 2011. DREES, *Études et Résultats*, 1198.
- > **Pierre, A.** (2022, octobre). Marché de la complémentaire santé, inégalités et préférences en matière de couverture : les effets de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. *Irdes, Documents de travail*, 89.
- > **Salgado, S., Privat, A.-G.** (2021). La tarification en fonction de l'âge au sein de l'Assurance maladie complémentaire – Quelles difficultés d'accès cela génère-t-il ? *Regards*, 59, p. 125-138.

La couverture santé complémentaire de la population

En 2019, plus de 96 % de la population française métropolitaine âgée de 15 ans ou plus bénéficie d'une complémentaire santé. Malgré l'existence de dispositifs publics en faveur des individus les plus pauvres, la non-couverture reste élevée parmi les chômeurs et les retraités modestes ainsi que, plus généralement, parmi les 10 % d'individus au niveau de vie le plus faible. Les contrats collectifs, qui sont en moyenne plus couvrants que les contrats individuels et qui bénéficient d'un meilleur rapport qualité/prix, concernent plus de 80 % des salariés du secteur privé. À l'opposé, plus de 90 % des retraités sont couverts par un contrat individuel. La généralisation en 2016 de la complémentaire santé d'entreprise des salariés du secteur privé a contribué à réduire légèrement le taux de non-couverture de la population, notamment pour les salariés précaires.

Les dispositifs publics de soutien à la souscription d'une complémentaire santé

De nombreux dispositifs publics ont été instaurés pour favoriser la couverture par une complémentaire santé et améliorer la couverture assurantielle de la population. Dès 1979, les décideurs publics ont cherché à étendre les contrats d'entreprise en introduisant des exonérations de cotisations sociales et d'impôts. Les exonérations d'impôts ont ensuite été généralisées aux travailleurs indépendants en 1994 par la loi Madelin, en contrepartie de leur souscription à un contrat individuel. Plus récemment, l'accord national interprofessionnel (ANI) de 2013 a rendu obligatoire la couverture par une complémentaire santé financée en partie par les employeurs à l'ensemble des salariés du secteur privé, à compter du 1^{er} janvier 2016. La généralisation de la complémentaire santé au sein de la fonction publique est par ailleurs d'ores et déjà prévue à partir de 2025 (voir annexe 1).

En parallèle, deux dispositifs ont été introduits pour les personnes les plus précaires, en 2000 et en 2005. Le premier, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), permettait

de bénéficier à titre gratuit d'une couverture de l'ensemble de leurs tickets modérateurs [TM] et de ne pas se voir appliquer de dépassements d'honoraires. Le second, l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), proposait aux personnes en situation de pauvreté dont les revenus dépassaient le seuil d'éligibilité à la CMU-C, de bénéficier d'un chèque réduisant le coût de la prime d'un contrat de complémentaire santé. Ces personnes sont également, depuis 2013, exemptées des dépassements d'honoraires pour leurs consultations de médecins. En novembre 2019, la CMU-C et l'ACS ont fusionné au sein d'un dispositif unique simplifié, la complémentaire santé solidaire (CSS) [voir fiche 18].

Les différentes aides socio-fiscales associées à ces dispositifs contribuent à maintenir un niveau élevé de couverture dans la population, mais elles sont réparties de façon inégale : les ménages les plus modestes sont fortement soutenus, mais ceux des classes moyennes inférieures perçoivent en moyenne moins d'aides que la moitié de la population la plus aisée, qui bénéficie davantage des aides visant les actifs (voir fiche 16 ; Fouquet, Pollak, 2022).

En 2019, plus de 96 % de la population française métropolitaine de 15 ans ou plus bénéficie d'une complémentaire santé

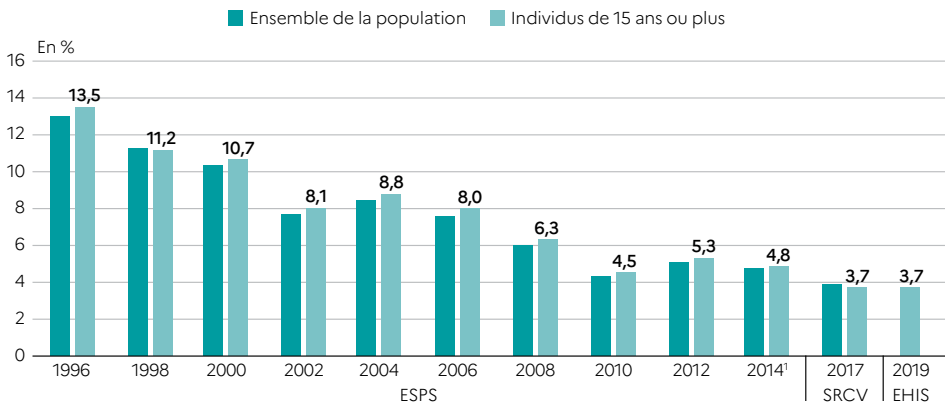
Selon l'enquête santé européenne (EHIS), plus de 96 % de la population résidant en France métropolitaine âgée de 15 ans ou plus bénéficie d'une complémentaire santé en 2019¹. Le taux de personnes sans complémentaire santé, qui s'élève à 3,7 %, a peu varié depuis 2017 (selon l'enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie [SRCV], voir annexe 2). Il atteignait 4,5 % à 5 % entre 2010 et 2014 selon les enquêtes Santé et Protection sociale (ESPS) [graphique 1]. L'absence de complémentaire santé concerne une faible proportion de la population depuis de nombreuses années, qui diminue progressivement. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a contribué à cette tendance à partir de 2016 (Pierre, 2022a et 2022b ; Fouquet, 2020), mais c'est au

début des années 2000, avec l'introduction de la CMU-C et de l'ACS, que la non-couverture a le plus diminué en France : alors que près de 14 % de la population française de 15 ans ou plus ne bénéficiait pas d'une complémentaire santé en 1996, 8 % n'était pas couverte en 2002 et 6 % environ en 2008.

L'absence de complémentaire santé toujours plus fréquente en 2019 parmi les plus précaires

Si le taux de personnes sans complémentaire santé est relativement faible en population générale, une telle situation concerne toujours plus spécifiquement, en 2019, les personnes les plus modestes. Près de 12 % des individus de 15 ans ou plus appartenant au premier dixième de niveau de vie sont concernés par l'absence d'une complémentaire santé² (graphique 2). C'est le cas de 6 % de ceux appartenant au deuxième

Graphique 1 Évolution du taux de non-couverture entre 1996 et 2019



EHIS : enquête santé européenne ; ESPS : enquêtes Santé et Protection sociale ; SRCV : enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie.

1. En 2014, l'enquête ESPS a accueilli les questions du module santé européen, se dénommant ainsi EHIS-ESPS.

Lecture > En 2019, 3,7 % de la population française déclare ne pas être couverte par une complémentaire santé.

Champ > Population française métropolitaine.

Sources > Pierre (2022a) ; Irdes, ESPS ; Insee, SRCV ; DREES, EHIS.

1. En Guadeloupe, 91 % des personnes sont couvertes, en Martinique 93 %, en Guyane 80 %, à La Réunion 97 %. À Mayotte, où la CMU-C n'existait pas en 2019, le taux de couverture est de 12 % (Leduc et al., 2021). Sur le champ France entière, le taux de personnes de 15 ans ou plus couvertes par une complémentaire santé en 2019 reste de 96 %, comme en métropole.

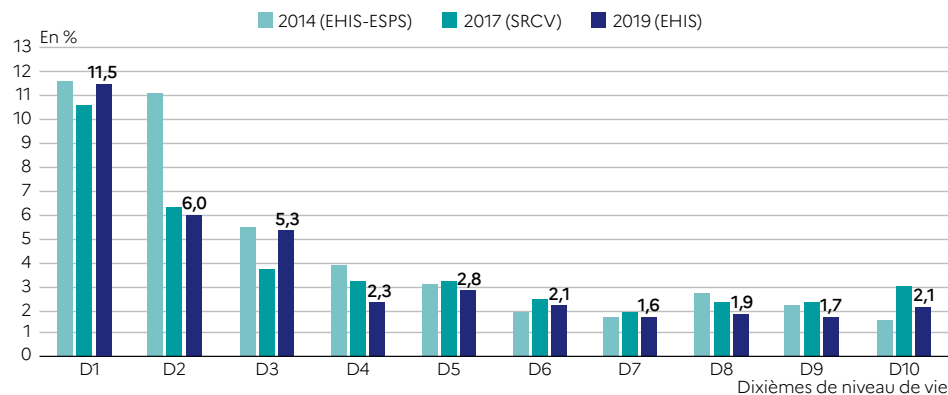
2. La grande majorité des personnes appartenant aux 10 % des individus avec les niveaux de vie les plus bas sont théoriquement éligibles à la CMU-C/CSS. L'absence de couverture peut s'expliquer par un phénomène de non-recours aux droits ainsi que par des définitions différentes de la notion de revenu entre l'enquête EHIS (revenu fiscal 2019) et les règles d'éligibilité à la CMU-C (revenu des douze mois précédant la demande de CMU-C).

dixième et de 5 % de ceux appartenant au troisième dixième. À partir du quatrième dixième, le taux de personnes sans complémentaire santé est toujours inférieur à celui de l'ensemble de la population. En comparaison avec 2017 et 2014, la non-couverture est toujours aussi forte pour les 10 % d'individus les plus pauvres mais, depuis 2017, elle devient moins fréquente pour les personnes appartenant au deuxième dixième de niveau de vie notamment. Cela s'explique par le fait que la généralisation de la complémentaire d'entreprise a surtout bénéficié aux salariés précaires et aux personnes sans emploi du fait, pour ces dernières, de la portabilité de leurs droits ou de leur statut d'ayants droit de salariés du secteur privé³.

Des différences de non-couverture s'observent également selon la situation sur le marché du travail des individus. C'est d'ailleurs, depuis la

généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, le principal déterminant de l'absence de couverture (Pierre, 2022b), bien que le manque de moyens reste le motif de non-couverture le plus souvent évoqué (Fouquet, 2020). En 2019, trois ans après la mise en œuvre de la réforme de l'ANI pour les salariés du secteur privé et avant l'introduction d'une complémentaire santé collective pour les salariés du secteur public, respectivement 1,5 % et 2,5 % des salariés des secteurs privé et public ne sont pas couverts par une complémentaire santé. En comparaison, parmi les personnes qui ne sont pas ciblées par ces réformes, 5,6 % des travailleurs indépendants ne sont pas couverts en 2019, de même que 15,4 % des chômeurs et 7,8 % des inactifs non retraités (graphique 3). Si les retraités sont seulement 3,8 % en moyenne à ne pas être couverts, cette situation est beaucoup plus

Graphique 2 Taux de non-couverture des personnes de 15 ans ou plus, selon le niveau de vie, de 2014 à 2019



EHIS : enquête santé européenne ; ESPS : enquêtes Santé et Protection sociale ; SRCV : enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie.

Note > Les niveaux de vie reflètent le revenu par unité de consommation. Les revenus des enquêtes EHIS-2019 et SRCV-2017 sont issus d'un appariement avec les données de la Direction générale des finances publiques (DGFIP). Les revenus de l'enquête EHIS-ESPS 2014 sont des revenus déclarés dans le cadre de l'enquête.

Lecture > En 2019, 11,5 % des 10 % d'individus les plus modestes (D1) ne sont pas couverts par une complémentaire santé.

Champ > Population française métropolitaine âgée de 15 ans ou plus.

Sources > Pierre (2022a) ; Irdes, ESPS ; Insee, SRCV ; DREES, EHIS. En 2014, l'enquête ESPS a accueilli les questions du module santé européen, ce qui explique sa dénomination : EHIS-ESPS.

3. Ces résultats, détaillés par exemple dans Fouquet (2020), corroborent ceux de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017, qui montre que la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a permis d'améliorer l'accès à la complémentaire santé des salariés les plus précaires (voir fiche 13), ainsi que les travaux de simulations de la réforme de l'ANI (Jusot, Pierre, 2015).

fréquente pour ceux qui appartiennent aux 20 % d'individus qui ont les niveaux de vie le plus bas, à hauteur de 11 % (Pierre, 2022a).

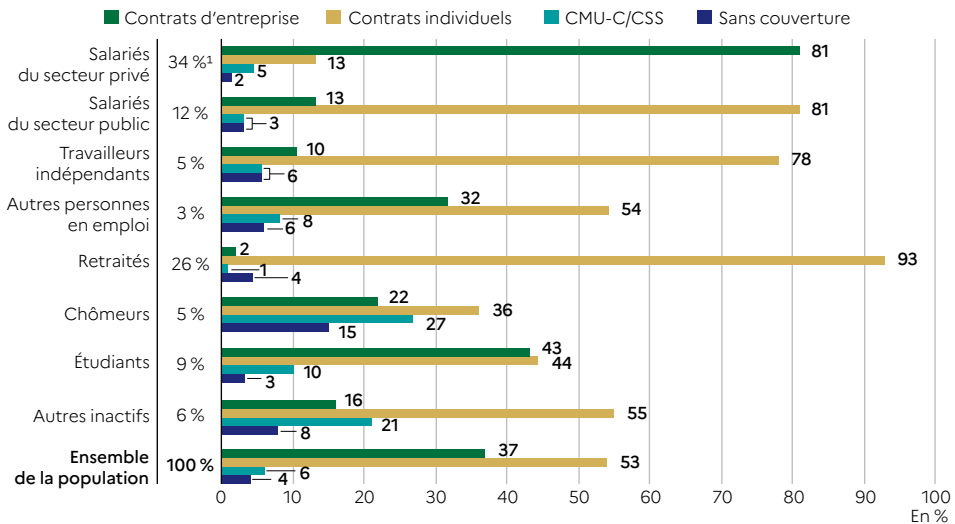
Une forte différenciation du type de couverture au sein de la population

En 2019, selon l'enquête EHIS, 6 % de la population française métropolitaine de 15 ans ou plus bénéficiait de la CMU-C ou de la CSS⁴, 53 % bénéficiait d'une complémentaire santé individuelle (hors CMU-C/CSS) et 37 % d'une complémentaire santé d'entreprise⁵. Les salariés du secteur privé ont obligation d'adhérer au contrat collectif de leur entreprise depuis 2016, sauf exceptions permettant à certains d'entre eux, sur demande, de ne pas y adhérer. Ces contrats sont souvent ouverts aux conjoint et enfants des salariés. Les chômeurs anciennement

salariés du secteur privé peuvent également, sous certaines conditions, continuer à en bénéficier à titre gratuit pour une durée de douze mois maximum (voir fiche 13). Lors du passage à la retraite, les anciens salariés du secteur privé peuvent souscrire une couverture individuelle auprès du même organisme assureur pour conserver leur couverture complémentaire avec un plafonnement progressif des tarifs échelonné sur trois ans (voir annexe 1), mais ils perdent la participation de l'employeur.

En 2019, 81 % des salariés du secteur privé déclarent être couverts par un contrat d'entreprise (*graphique 3*). Les contrats d'entreprise concernent également 13 % des salariés du secteur public, 10 % des travailleurs indépendants, 43 % des étudiants et 22 % des chômeurs (ces derniers étant respectivement 36 % et 27 % à

Graphique 3 Types de couverture selon la situation sur le marché du travail, en 2019



CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire ; CSS : complémentaire santé solidaire.

1. Les chiffres de cette colonne indiquent la part de chaque catégorie dans la population totale.

Lecture > En 2019, 13 % des salariés du secteur privé (qui représentent 34 % de la population) sont couverts par un contrat individuel de complémentaire santé.

Champ > Population française métropolitaine âgée de 15 ans ou plus.

Sources > DREES, EHIS 2019.

4. En novembre 2019, les dispositifs de la CMU-C et de l'ACS ont fusionné au sein du dispositif de la CSS (voir fiche 18). Les questions posées dans l'enquête EHIS permettent d'identifier les bénéficiaires de la CMU-C (que nous nommons CMU-C/CSS) mais pas ceux de l'ACS, qui sont intégrés aux personnes couvertes par un contrat individuel.

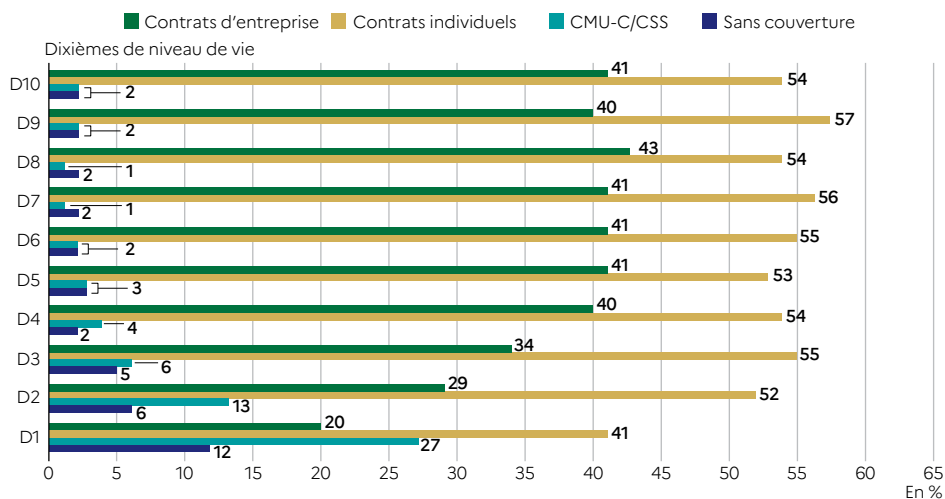
5. Il s'agit des contrats collectifs souscrits auprès d'un employeur du secteur privé. Les contrats de complémentaire santé souscrits par des fonctionnaires auprès d'une mutuelle de la fonction publique sont définis ici comme étant des contrats individuels.

être couverts par une complémentaire santé individuelle privée et par la CMU-C/CSS). Du fait de leur retrait du marché du travail et de la composition de leur ménage, les retraités sont quasiment exclusivement couverts par un contrat individuel, à hauteur de 93 % ; seuls 2 % d'entre eux bénéficient d'un contrat d'entreprise et 1 % sont bénéficiaires de la CMU-C/CSS. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise en 2016 a contribué à renforcer la segmentation des risques santé entre les contrats d'entreprise, qui couvrent une population plus jeune, et les contrats individuels, au sein desquels la moyenne d'âge des personnes couvertes augmente (Pierre, 2022b ; Fouquet, 2020 ; Jusot, Pierre, 2015). Rappelons que les contrats collectifs⁶ sont en moyenne plus couvrants que les contrats individuels (voir fiche 27) et offrent un meilleur ratio prestations/cotisations (voir fiche 08). Il existe toutefois, parmi les

salariés du secteur privé, de fortes disparités d'accès, de niveaux de garantie et de participation de l'employeur (voir fiche 13).

En plus d'être plus souvent sans complémentaire santé, les 10 % de personnes avec les niveaux de vie les plus faibles sont également, lorsqu'elles sont couvertes par une complémentaire santé privée, plus souvent couvertes par des contrats individuels que par des contrats d'entreprise : + 21 points de couverture par un contrat individuel par rapport à un contrat d'entreprise (41 % contre 20 %) [graphique 4]. Cela est vrai pour tous les dixièmes de niveau de vie de la population, mais l'écart se réduit légèrement, à + 15 points environ, à partir du quatrième dixième de niveau de vie (parmi les 10 % d'individus qui ont les niveaux de vie les plus élevés, 54 % d'entre eux sont couverts par un contrat individuel et 41 % par un contrat d'entreprise). ■

Graphique 4 Types de couverture selon le niveau de vie, en 2019



CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire ; CSS : complémentaire santé solidaire.

Note > Les niveaux de vie reflètent le revenu par unité de consommation.

Lecture > En 2019, 41 % des 10 % d'individus les plus modestes (D1) sont couverts par un contrat individuel de complémentaire santé, 20 % par un contrat d'entreprise, 27 % par la CMU-C ou par la CSS, et 12 % n'ont pas de complémentaire santé.

Champ > Population française métropolitaine âgée de 15 ans ou plus.

Sources > DREES, EHS 2019.

6. Le champ des contrats collectifs est un peu plus large que celui mesuré dans les enquêtes auprès des ménages, et inclut par exemple des contrats mis en place par des associations pour leurs adhérents.

Pour en savoir plus

- > **Célant, N., Guillaume, S., Rochereau, T.** (2017, septembre). L'Enquête santé européenne – Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014. Irdes, *Les rapports de l'Irdes*, 566.
- > **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.
- > **Fouquet, M., Pollak, C.** (2022, septembre). Impact des assurances complémentaires santé et des aides socio-fiscales à leur souscription sur les inégalités de niveau de vie. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 101.
- > **Jusot, F., Pierre, A.** (2015). Quels impacts attendre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur la non-couverture en France. Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 209.
- > **Leduc, A. et al.** (2021, avril). Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019 – Métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 78.
- > **Pierre, A.** (2018). Assurance maladie complémentaire : régulation, accès aux soins et inégalités de couverture. Thèse de doctorat. Université Paris-Dauphine. Université de recherche Paris Sciences et Lettres (PSL).
- > **Pierre, A.** (2022a, mai). L'absence de couverture par une complémentaire santé en France en 2019. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne (EHIS). Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 268.
- > **Pierre, A.** (2022b, octobre). Marché de la complémentaire santé, inégalités et préférences en matière de couverture : les effets de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. Irdes, *Documents de travail*, 89.
- > **Pirus, C.** (2023, avril). Prestations sociales : pour quatre personnes sur dix, le non-recours est principalement lié au manque d'information. DREES, *Études et Résultats*, 1263.

En 2017, 84 % des établissements, regroupant 96 % des salariés du secteur privé, proposent une complémentaire santé d'entreprise. Depuis la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise effective au 1^{er} janvier 2016, réforme de la complémentaire santé d'entreprise la plus récente, la part de salariés travaillant dans un établissement proposant une complémentaire santé a progressé plus fortement parmi les salariés les plus modestes. Pour autant, des disparités perdurent. Les salariés dont les salaires sont les plus bas, ainsi que ceux en contrat à durée déterminée (CDD), ont moins souvent accès à des contrats d'entreprise et se voient offrir, lorsqu'ils y ont accès, des contrats moins généreux. Les salariés les plus jeunes, les plus modestes et ceux qui ont été contraints par la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise de changer de couverture, déclarent plus souvent ne pas souhaiter être couverts par le contrat d'entreprise de leur établissement.

Depuis 2016, la quasi-totalité des salariés ont accès à une complémentaire santé d'entreprise

Depuis le 1^{er} janvier 2016, tout employeur de droit privé est tenu 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 souscrire, sauf situations particulières permettant, à leur demande, d'en être dispensés¹. Le contrat socle obligatoire mis en place par l'employeur peut couvrir uniquement le panier de soins minimum imposé par la loi ou être plus généreux, dans la limite des plafonds de remboursement imposés aux contrats responsables (voir annexe 1). En complément du contrat socle, les salariés ont la possibilité de souscrire des options de renforts (voir fiche 17). En 2017², d'après l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE, voir annexe 2), 84 % des

établissements du secteur privé employant au moins un salarié (regroupant 96 % des salariés du secteur privé) déclarent proposer une complémentaire santé à leurs salariés. Avant que la loi ne les y oblige, seulement un établissement sur deux proposait un contrat d'entreprise à ses salariés (*graphique 1*) : 74 % des salariés du secteur privé y avaient alors accès. La part de salariés ayant accès à une complémentaire santé proposée par leur établissement a progressé plus fortement parmi les ouvriers non qualifiés (+34 points) et parmi les 20 % des salariés les moins bien rémunérés (+37 points) [Perronnin, 2019]. Les établissements qui ont été le plus souvent contraints de mettre en place un contrat d'entreprise sont les établissements de petite taille, ainsi que ceux des secteurs de l'enseignement, de la santé et de l'action sociale et des autres activités de services (Lapinte, Perronnin, 2018 ; Perronnin, 2019). Les contrats socle mis

1. Les dispenses concernent principalement les salariés déjà couverts par un contrat d'entreprise en tant qu'ayants droit (sous certaines conditions), les salariés avec un CDD de moins de douze mois, ceux à temps très partiel, les personnes couvertes par complémentaire santé solidaire (CSS, ex-CMU-C) [voir fiche 18], les apprentis, ainsi que ceux qui travaillaient déjà dans l'entreprise lors de la mise en place du contrat, si ce dernier a été instauré via une décision unilatérale de l'employeur. La liste exhaustive des cas de dispense et leurs conditions sont consultables sur le site <https://www.service-public.fr/particuliers/vosdroits/F20740>.

2. L'enquête PSCE de 2017 est la plus récente qu'il est possible de mobiliser pour décrire les contrats de complémentaire santé mis en place par les employeurs selon les caractéristiques des entreprises et des salariés. L'objectif de l'enquête 2017 était de suivre les évolutions de l'offre de complémentaire santé au sein des entreprises suite à la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise de 2016. La prochaine enquête PSCE, qui sera réalisée en 2025 par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes), portera sur le sujet de la prévoyance complémentaire d'entreprise tout en continuant d'apporter des éclairages sur la complémentaire santé d'entreprise.

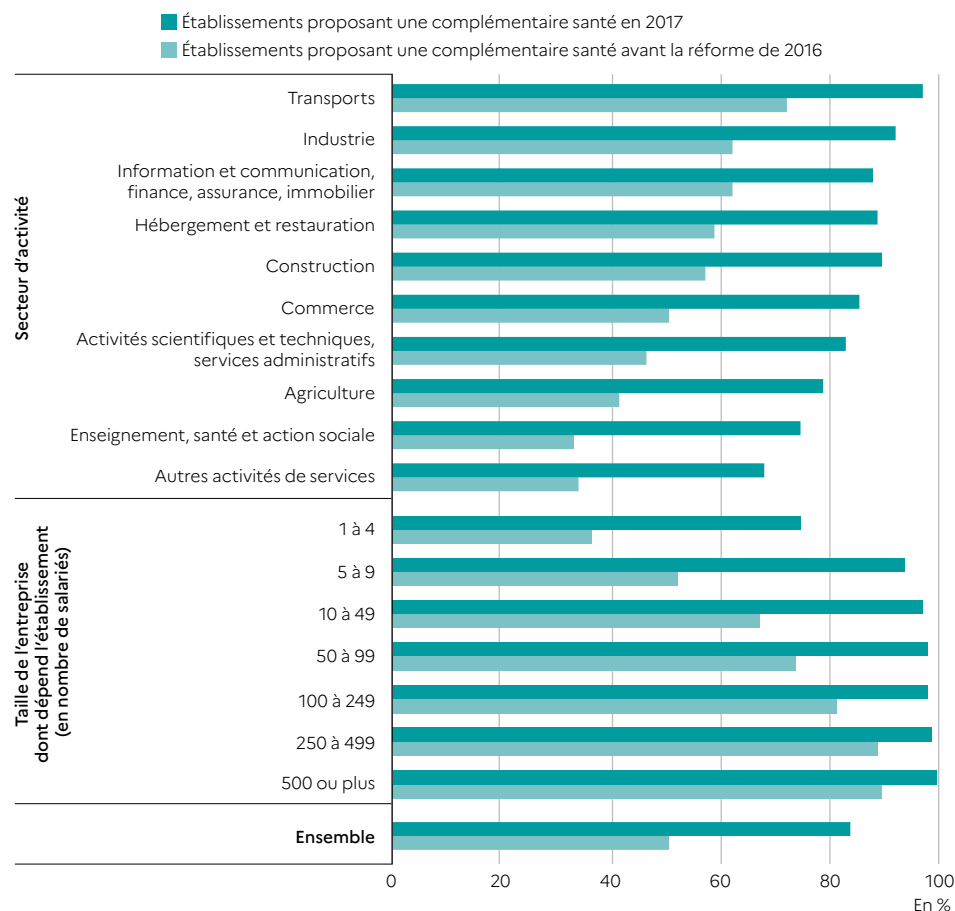
en place par les employeurs dans le cadre de la réforme ont été plus généreux, en termes de garanties, que ne l'impose le minimum légal, tout en étant moins couvrants que les contrats d'entreprise qui préexistaient avant la réforme (Pierre, 2022).

Les contrats d'entreprise décrits dans cette fiche concernent les contrats socle tels que proposés depuis l'implémentation de la réforme relative à la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise.

Une offre de complémentaire santé qui dépend toujours de la taille des entreprises et du secteur d'activité

En 2017, 16 % des établissements n'offrent pas de complémentaire à leurs salariés. Il s'agit principalement de très petits établissements comptant moins de cinq salariés. Ces établissements déclarent comme raison principale à cette absence d'offre le fait que l'ensemble des salariés sont dispensés d'adhésion (Lapinte, Perronnin, 2018 ; Perronnin, 2019). L'offre de

Graphique 1 Part d'établissements proposant une complémentaire santé à leurs salariés, selon la taille de l'entreprise et le secteur d'activité



Lecture > Parmi les établissements appartenant à des entreprises de 1 à 4 salariés, 75 % proposent une complémentaire santé d'entreprise en 2017 (ils étaient 37 % avant l'implémentation de la réforme).

Champ > Ensemble des établissements du secteur privé avec au moins 1 salarié au 31 décembre 2015.

Sources > DREES, Irdes, enquête PSCE 2017, volet établissements.

complémentaire santé d'entreprise reste en effet très liée à la taille de l'entreprise dont dépend l'établissement, ainsi qu'à son secteur d'activité. Les établissements rattachés aux entreprises de 50 à 99 salariés sont 98 % à avoir mis en place un contrat d'entreprise en 2017, contre 74 % pour les établissements des entreprises de moins de cinq salariés (*graphique 1*). Les établissements des secteurs de l'enseignement, de la santé et de l'action sociale et les autres activités de services sont également ceux qui ont le moins souvent mis en place un tel contrat, à hauteur respectivement de 75 % et 68 %, contre plus de 90 % pour les établissements des secteurs du transport et de l'industrie³. Ainsi, bien que ces établissements sont ceux qui ont le plus souvent augmenté leur offre de complémentaire santé d'entreprise depuis la généralisation de cette dernière, ils restent également ceux qui en proposent le moins souvent en 2017 (Lapinte, Perronnin, 2018 ; Perronnin, 2019 ; Barlet *et al.*, 2019).

Des contrats d'entreprise plus généreux pour les cadres et les salariés avec des salaires élevés

En 2017, la contribution financière des employeurs à la prime des contrats s'élève à 61 % en moyenne par contrat⁴, soit 11 points de plus que le minimum requis, et ce taux varie peu selon la taille des entreprises (*graphique 2a*). Exprimée en euros et rapportée au nombre de salariés concernés, la participation financière des employeurs est plus forte au sein des grands établissements. Les primes des contrats socle sont donc plus élevées au sein des grands établissements, du fait notamment de niveaux de garantie plus couvrants (Perronnin, Raynaud, 2020 et

graphique 2b). La participation des employeurs est la plus élevée, tant en ce qui concerne le taux de participation que le montant dépensé, dans le secteur de l'information et des activités financières et immobilières (respectivement 65 % et 53 euros par contrat) et la plus basse dans le secteur de l'hébergement et de la restauration (respectivement 55 % et 22 euros par contrat) [Perronnin, 2019].

Si, d'après la loi, tous les salariés doivent avoir accès à un contrat d'entreprise, les employeurs peuvent toutefois mettre en place des contrats différenciés par catégorie socioprofessionnelle. Selon une distinction cadres/non-cadres principalement, 17 % des établissements au sein desquels au moins deux catégories socioprofessionnelles sont représentées différencient les contrats (Perronnin, Raynaud, 2020). La contribution de l'employeur s'élève alors à 67 % en moyenne par contrat pour les cadres contre 60 % pour les ouvriers, les niveaux de garantie étant supérieurs en moyenne pour les cadres (177 % du tarif de convention pour les dépassements d'honoraires par exemple pour les cadres contre 154 % pour les ouvriers)⁵. Plus généralement, au-delà de l'existence de contrats différenciés au sein d'un établissement, l'enquête PSCE 2017 montre que les établissements au sein desquels les cadres sont nombreux et les salaires élevés ont mis en place des contrats en moyenne plus généreux que les autres établissements, tant en ce qui concerne la participation de l'employeur que les niveaux de garantie des contrats. Une augmentation de 10 % du salaire moyen par établissement est liée à un accroissement des niveaux de garantie de 1,3 % et à une augmentation du taux de participation des employeurs de 0,4 point (Perronnin, Raynaud, 2020).

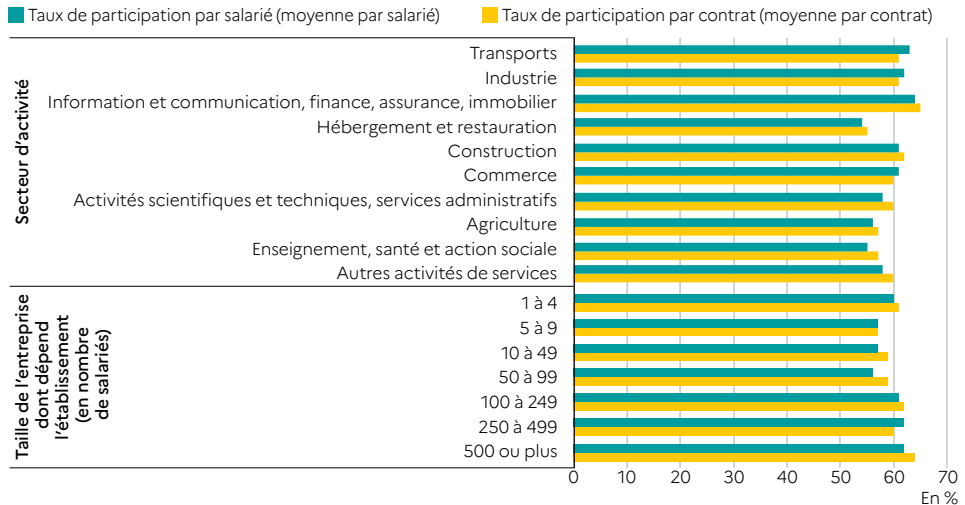
3. Au-delà de la taille et du secteur d'activité, d'autres facteurs peuvent être liés à l'absence de mise en place de contrat d'entreprise : l'ancienneté de l'établissement par exemple, ou son territoire d'implantation. Les établissements des départements et régions d'outre-mer (DROM) sont 66 % à avoir instauré un tel contrat en 2017.

4. Ce taux concerne la participation de l'employeur à la prime du contrat socle obligatoire (la prime incluant les cas où les salariés sont couverts sans que leurs ayants droit ne le soient : lorsque l'extension aux proches est facultative, ainsi que les contrats famille, qui incluent de façon obligatoire les ayants droit).

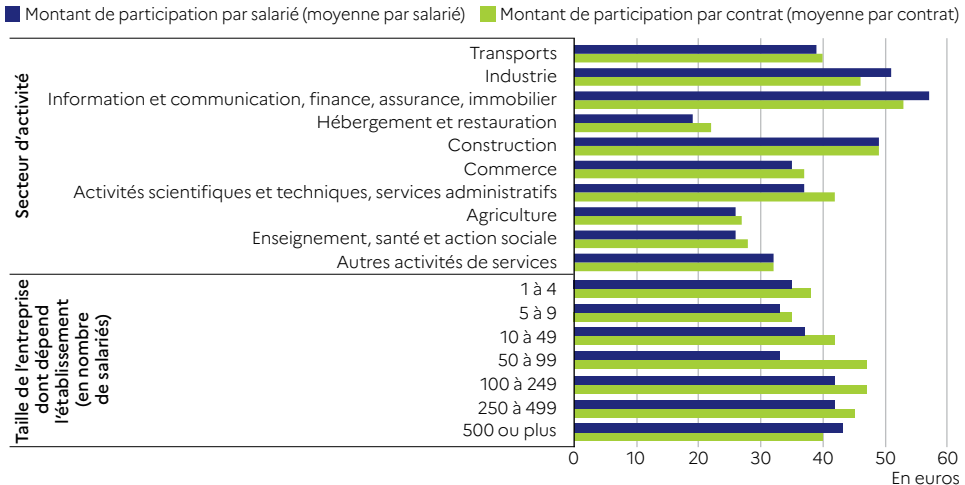
5. Le taux de participation de l'employeur s'élève à 58 % en moyenne par contrat parmi les établissements qui participent de façon uniforme au financement de la prime pour tous les salariés, quelle que soit la catégorie socioprofessionnelle des salariés (Barlet *et al.*, 2019 ; Lapinte, Perronnin, 2018).

Graphique 2 Participation financière des employeurs à la prime des contrats de complémentaire santé selon la taille de l'entreprise et le secteur d'activité, en 2017

2a. Taux de participation



2b. Montants de participation



Note > La participation financière de l'employeur concerne les contrats socle obligatoires. Elle a été calculée en considérant les cas où les salariés sont couverts sans leurs ayants droit lorsque l'extension aux proches est facultative ainsi que les contrats famille, qui incluent de façon obligatoire les ayants droit. Les taux de participation diffèrent légèrement de ceux donnés dans le précédent Panorama (Barlet et al., 2019), qui présentait des taux de participation calculés sur les établissements ne différenciant pas leur offre de couverture selon les catégories de salariés.

Lecture > Parmi les établissements des entreprises de 1 à 4 salariés, le taux de participation des employeurs au financement de la prime s'élève à 61 % en moyenne par contrat, correspondant à un montant de participation de 38 euros par contrat. Les salariés qui travaillent dans ces établissements bénéficient d'un montant de participation employeur de 35 euros en moyenne contre 43 euros pour ceux des entreprises de 500 salariés ou plus.

Champ > Contrats d'entreprise proposés en 2017 par les établissements du secteur privé ayant au moins 1 salarié au 31 décembre 2015.

Sources > Perronnin (2019) ; données de l'enquête PSCE 2017.

Les salariés les plus précaires continuent, après la réforme, à avoir moins souvent accès à un contrat d'entreprise

Bien que l'accès à la complémentaire santé d'entreprise ait principalement profité aux salariés les plus précaires, ces derniers continuent à déclarer plus souvent que les autres ne pas avoir accès à un tel contrat en 2017 : c'est le cas de 8 % des salariés du premier quart de la distribution des salaires (contre moins de 2 % pour ceux du dernier quart) et de 17 % des salariés en contrat à durée déterminée (CDD) de moins d'un an (contre 2 % pour ceux en contrat à durée indéterminée [CDI]) [Pierre, 2022]. Lorsqu'ils ont accès à un contrat d'entreprise, les salariés les plus modestes ont aussi plus souvent demandé à être dispensés d'adhésion : c'est le cas de 56 % des salariés avec un CDD d'une durée inférieure à douze mois (contre 13 % de ceux en CDI). Il en est de même pour 26 % des salariés appartenant au premier quart de la distribution des salaires (contre 7 % de ceux appartenant au dernier quart). Les motifs de dispense ne sont toutefois pas nécessairement associés à leur statut d'emploi. Une proportion importante d'entre eux évoque soit le fait d'être déjà couvert par ailleurs par un contrat d'entreprise, soit le fait que le contrat a été mis en place par une décision unilatérale de l'employeur (DUE).

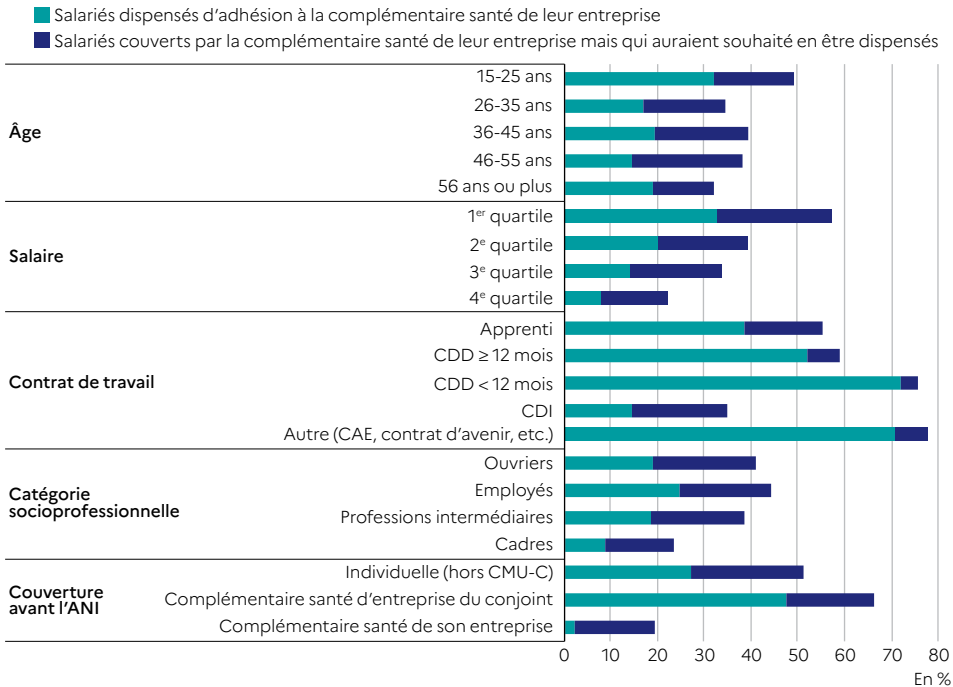
Finalement, la proportion de salariés couverts par la complémentaire santé de leur entreprise, qui s'élève à 79 % en moyenne, est plus faible parmi les salariés en contrats précaires et parmi ceux avec les salaires les plus bas. Ainsi, 64 % des salariés appartenant au premier quartile de salaire sont couverts par l'intermédiaire de leur entreprise (ils sont 91 % parmi le dernier quartile), de même que 34 % de ceux en CDD de moins de 12 mois (84 % pour ceux en CDI). Parmi les personnes au chômage anciennement salariées du secteur privé et couvertes par un contrat d'entreprise lorsqu'elles étaient en emploi, un peu plus de la moitié d'entre elles (56 %) ont conservé leur couverture d'entreprise au moment de leur départ. Cette

portabilité est plus fréquente parmi celles qui, lorsqu'elles étaient en emploi, étaient en CDI (62 % contre 47 % pour celles en CDD) et avaient un salaire élevé (65 % parmi le dernier cinquième de la distribution des salaires contre 56 % parmi le premier cinquième) [Pierre, 2022].

Des salariés plus souvent dispensés ou qui souhaiteraient l'être parmi les ouvriers et les employés, les CDD et les salariés les plus jeunes

En 2017, 16 % des salariés du secteur privé sont dispensés d'adhésion à la complémentaire santé de leur propre entreprise. Suite à la généralisation, une majorité importante des salariés couverts par leur employeur se déclarent satisfaits des niveaux de couverture des contrats. Ainsi, respectivement 87 %, 62 % et 70 % des salariés couverts par la complémentaire santé de leur entreprise se déclarent « très satisfaits ou satisfaits » des niveaux de remboursement des consultations de spécialistes, des prothèses dentaires et des lunettes (Perronnin, 2019). Néanmoins, parmi les salariés qui bénéficient de la complémentaire santé de leur entreprise et qui ont renseigné leur opinion, 24 % déclarent qu'ils auraient préféré ne pas y souscrire si cela avait été possible. Ainsi, 38 % des salariés qui ont accès à une complémentaire santé d'entreprise en sont dispensés ou auraient souhaité l'être. Les salariés qui déclarent souhaiter ne pas être couverts par le contrat d'entreprise de leur établissement sont nombreux parmi les ouvriers et les employés (plus de 40 % d'entre eux). Cela concerne également les 25 % de salariés avec les salaires les plus bas (1^{er} quartile) [à hauteur de 57 %] et les salariés de moins de 25 ans (à hauteur de 49 %) [graphique 3]. Il en est de même pour les salariés qui, avant la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, étaient couverts autrement que par leur propre employeur : respectivement 66 % et 51 % parmi ceux précédemment couverts par le contrat d'entreprise de leur conjoint et ceux couverts par un contrat individuel. ■

Graphique 3 Proportion de salariés dispensés ou qui auraient souhaité pouvoir être dispensés d'adhésion à la complémentaire santé de leur entreprise



ANI : accord national interprofessionnel ; CAE : contrat d'accompagnement dans l'emploi ; CDD : contrat à durée déterminée ; CDI : contrat à durée indéterminée ; CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire.

Lecture > Parmi les salariés qui ont accès à une complémentaire santé d'entreprise au sein de leur établissement, 32 % des 15-25 ans sont dispensés d'adhésion et 17 % déclarent qu'ils auraient souhaité pouvoir être dispensés si cela avait été possible (49 % au total).

Champ > Salariés ayant déclaré avoir accès à une complémentaire santé d'entreprise au sein de leur établissement et ayant renseigné conjointement le fait d'en être dispensés ainsi que leur souhait de dispense pour ceux qui sont couverts.

Sources > DREES, Irdes, enquête PSCE 2017, volet salariés.

Pour en savoir plus

- > Barlet, M. et al. (dir.) (2019). Fiche 13 – La couverture santé d'entreprise dans le secteur privé, Fiche 24 – Les changements opérés par les entreprises sur leur offre de complémentaire santé, Fiche 25 – Modalités de mise en place de la généralisation de la complémentaire santé en entreprise, Fiche 26 – Satisfaction des salariés à la suite de la généralisation de la complémentaire santé. Dans *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – Édition 2019*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > Lapinte, A., Perronnin, M. (2018, juillet). 96 % des salariés ont accès à une assurance complémentaire santé d'entreprise en 2017. DREES, *Études et Résultats*, 1074.
- > Perronnin, M. (2019, novembre). L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017. Irdes, *Les rapports de l'Irdes*, 572.
- > Perronnin, M., Raynaud, D. (2020, novembre). La couverture complémentaire collective : des modalités de mise en œuvre variables selon les entreprises. Résultats de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017. Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 251.
- > Perronnin, M., Pierre, A., Rochereau, T. (2012, juillet). L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2009. Irdes, *Les rapports de l'Irdes*, 554.
- > Pierre, A. (2022, octobre). Marché de la complémentaire santé, inégalités et préférences en matière de couverture : les effets de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. Irdes, *Documents de travail*, 89.

Le reste à charge des personnes après remboursement par l'assurance maladie complémentaire

En 2019, le reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) moyen était de 580 euros par personne (selon le modèle de microsimulation Ines-Omar). Le RAC AMO se décompose en une part dite « opposable », presque intégralement remboursée par les complémentaires santé, et une part de dépassements ou de liberté tarifaire, inégalement remboursée par les complémentaires santé. En 2019, avant l'entrée en vigueur de la réforme du 100 % santé, les équipements dentaires, optiques et audiologiques représentaient 60 % du montant de liberté tarifaire, et constituaient près de la moitié des restes à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (RAC AMC). Ceux-ci s'élevaient en moyenne à 170 euros par personne et augmentaient fortement avec le niveau de vie et l'âge.

Malgré le rôle central de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et de dispositifs d'exonération du ticket modérateur (TM) [en cas d'affection de longue durée, ALD, de précarité, etc.], le risque d'un reste à charge très élevé après remboursement par l'AMO demeure (voir fiche 02). Ceci peut être dû, par exemple, à des hospitalisations répétées ou prolongées, ou à un recours important à des spécialistes appliquant des dépassements d'honoraires (Cometx, Pierre, 2022 ; Adjerd, Courtejoie, 2020). Pour se prémunir du risque de restes à charge imprévisibles ou excessifs, les ménages peuvent avoir intérêt à souscrire une complémentaire santé¹. Cependant, les ménages supportent encore des restes à charge après le remboursement par leur complémentaire², même si la France est le pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) où la part de la dépense de santé restant à la charge des ménages est la plus faible (encadré 1).

Les dépassements représentent plus de la moitié des restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire pour les ménages les plus aisés

Le reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) mesure

le risque à assurer par les complémentaires santé. Ce risque à couvrir dépend de l'état de santé des personnes couvertes, des exonérations et de leur consommation de soins. Il est couvert de façon hétérogène par l'assurance complémentaire, en fonction des soins consommés et de la qualité des contrats souscrits. Il en résulte un reste à charge final après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (RAC AMC) directement à la charge des ménages.

Le RAC AMO se décompose en une part dite « opposable », qui correspond à l'écart entre la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) [voir fiche 01] et le montant pris en charge par l'AMO, et qui est constituée du TM, de forfaits journaliers hospitaliers (FJH) et de franchises, et une part de liberté tarifaire au-delà de la BRSS, constituée de dépassements d'honoraires et de tarifs libres sur certains actes et produits (voir fiche 01). Sauf cas particulier d'exonération (ALD par exemple), toute dépense de santé entraîne un RAC AMO opposable pour le patient. Cette partie du RAC AMO est remboursée en quasi-totalité par la plupart des contrats de complémentaire santé. Les dépassements peuvent être remboursés par la complémentaire santé de

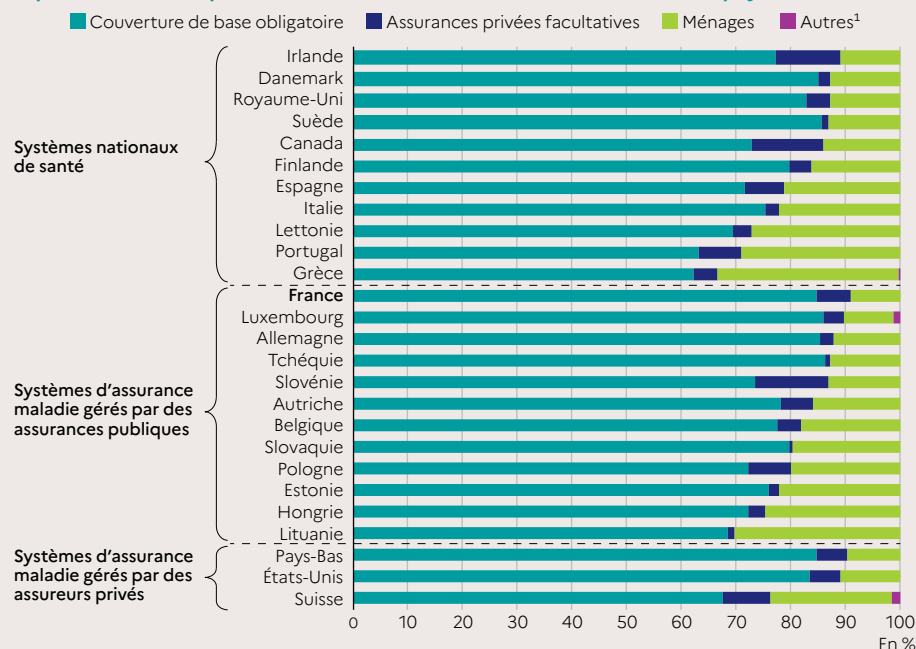
1. En cas de souscription d'une complémentaire santé, les ménages ont également à leur charge la prime d'assurance (voir fiche 11), qui pèse inégalement selon les revenus (voir fiche 15).

2. Cette fiche présente l'estimation des RAC AMC issue du modèle Ines-Omar 2019, qui diffère de celle produite par les comptes de la santé, tant pour des raisons de champ que de méthode (encadré 3).

Encadré 1 Un reste à charge des ménages plus faible en France que dans les autres pays de l'OCDE

Comparativement aux autres pays de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE), la France est le pays dont le reste à charge est le plus faible (9 % de la dépense courante de santé au sens international [DCSi], voir fiche 05), en raison notamment d'une prise en charge élevée par les régimes obligatoires (85 % de la DCSi). S'y ajoute un second niveau de mutualisation via les assurances privées facultatives (6 % de la DCSi) [voir graphique ci-dessous]. Les restes à charge les plus élevés sont atteints dans les pays du Sud et de l'Est de l'Europe, où ils peuvent dépasser 20 % des dépenses ; en Grèce, par exemple, ils atteignent 33 % de la DCSi. Les restes à charge particulièrement élevés observés en Espagne et en Suisse (respectivement 21 % et 22 % de la DCSi), s'expliquent notamment par l'existence de paniers de soins plus restreints : ils n'incluent pas l'optique et les soins dentaires, qui ne sont donc pas remboursés par l'assurance maladie publique. En Suisse, les assurés ont une franchise de 280 euros par personne et par an et doivent s'acquitter de 10 % des dépenses (que les assurances privées facultatives ont l'interdiction de couvrir, de même qu'en France les complémentaires santé ont l'interdiction de couvrir la participation forfaitaire), ce qui majore le reste à charge des ménages. Le reste à charge observé aux Pays-Bas (9 %) s'explique par l'existence d'une franchise globale obligatoire de 385 euros par an et par personne : à l'exception de certains soins de santé spécifiques (médecins généralistes et soins de maternité notamment), les assurés âgés de plus de 18 ans paient eux-mêmes leurs frais de soins de santé jusqu'au montant de la franchise, l'assurance n'intervenant que lorsque ce niveau est dépassé. Enfin, les États-Unis, où la mise en place en 2014 du *Patient Protection and Affordable Care Act* (ACA ou *Obamacare*) a conduit à une restructuration du financement de la DCSi, présentent un reste à charge relativement faible par rapport aux autres pays étudiés ici (11 % de la DCSi en 2021).

Répartition de la dépense courante de santé entre financeurs selon les pays, en 2021



1. Sont inclus les régimes de financement inconnus et du reste du monde, c'est-à-dire le financement à l'assurance maladie obligatoire ou volontaire par les non-résidents.

Lecture > En France, en 2021, 85 % de la dépense courante de santé au sens international (DCSi) est prise en charge par la couverture de base obligatoire, publique (y compris CSS) ou privée, 6 % par les assurances privées facultatives et 9 % de la dépense reste à la charge des ménages.

Sources > SHA-OCDE ; Eurostat ; OMS ; calculs DREES.

l'assuré, de façon variable selon les garanties du contrat qu'il a souscrit.

Le modèle de microsimulation Ines-Omar 2019 (encadré 2) permet d'étudier la distribution des restes à charge et de leurs composantes selon le niveau de vie. Le montant moyen de reste à charge opposable est relativement stable entre dixièmes de niveau de vie. En effet, il n'augmente que de 15 % entre le premier et le dernier dixième de niveau de vie, tandis que le reste à charge dû aux dépassements est près de quatre fois plus élevé dans le dernier dixième de niveau de vie que dans le premier. Ainsi, une personne du dernier dixième de niveau de vie supportait en moyenne, en 2019, 460 euros par an de restes à charge dus aux dépassements (graphique 1). Chez les personnes des deux premiers dixièmes de niveau de vie, au contraire, le montant des dépassements est bien plus faible. D'une part, les ménages modestes consomment moins de soins avec des dépassements, du fait de la contrainte financière. D'autre part, les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) [voir fiche 18], nombreux dans ces deux premiers dixièmes, bénéficient de l'opposabilité des tarifs et ne peuvent, en principe, se voir facturer de

dépassements auprès des médecins, auxiliaires et chirurgiens-dentistes.

Une part importante des RAC AMO dus aux dépassements provient d'une consommation d'équipements dentaires, audiologiques ou optiques : 60 % pour l'ensemble de la population. En effet, les tarifs de base de la Sécurité sociale pour ces équipements sont souvent très inférieurs aux prix des équipements commercialisés. Les restes à charge opposables en équipements dentaires, audiologiques ou optiques ne représentent en revanche que 3 % du total des restes à charge opposables.

Le reste à charge moyen annuel après remboursement par l'assurance maladie complémentaire est de 100 euros de 20 à 39 ans et de 410 euros après 70 ans

Le RAC AMO augmente donc avec le niveau de vie et également avec l'âge : il passe en moyenne de 360 euros entre 20 et 39 ans à 1 200 euros au-delà de 70 ans (selon Ines-Omar 2019). Non seulement la consommation de soins augmente avec l'âge, mais les seniors sont souvent moins bien couverts par l'assurance complémentaire, notamment du fait de la perte des avantages liés aux contrats collectifs lors du passage à la retraite (voir fiche 27 ; Loiseau, 2021). En définitive, cela

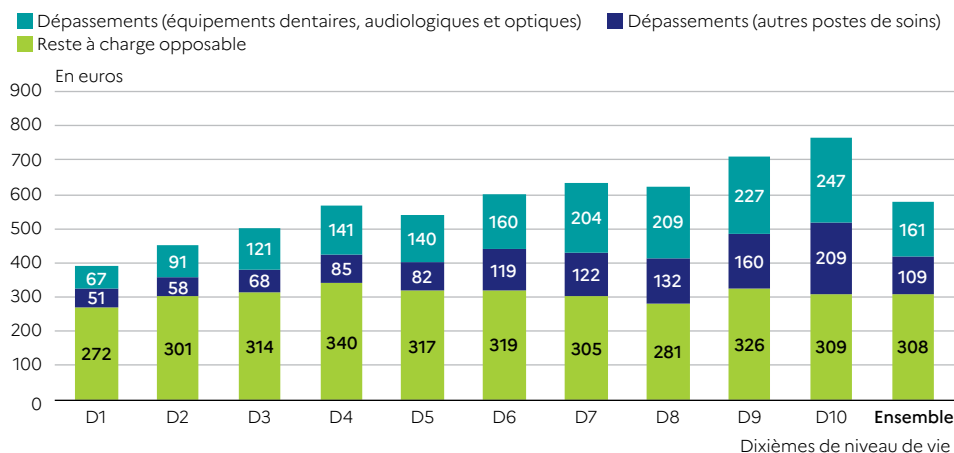
Encadré 2 Le modèle Ines-Omar 2019

Outil de microsimulation développé par la DREES, le modèle Ines-Omar permet d'étudier la distribution des financements et prestations du système d'assurance maladie français et de l'ensemble de ses composantes (assurances, publique et privée, et restes à charge des ménages).

L'édition 2019 du modèle Omar repose sur l'enquête santé européenne (EHIS) 2019, qui couvre le champ des individus de 15 ans ou plus, et sur l'enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) 2017, pour les individus de moins de 15 ans. Au total, il repose sur un échantillon de 17 000 individus représentatifs de l'ensemble des ménages ordinaires de France métropolitaine. Les données relatives aux dépenses et aux remboursements de santé proviennent du Système national des données de santé (SNDS), apparié directement aux adultes de l'enquête EHIS 2019 et indirectement aux enfants de l'enquête SRCV 2017 (voir annexe 2), et de l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) 2019. Les dépenses de santé sont calées sur les comptes de la santé (Arnaud, Lefebvre, 2023) sur le champ France entière, en se restreignant aux dépenses remboursables et individualisables.

Le pseudo-appariement du modèle Omar avec le modèle de microsimulation Ines 2019 (renseignant sur les prélèvements sociaux et fiscaux, voir annexe 2) permet de connaître la contribution des ménages au financement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et l'effet redistributif de celle-ci.

Graphique 1 Décomposition du reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire entre reste à charge opposable et dépassements, selon le niveau de vie, en 2019



Note > Montant annuel moyen par individu ; D1 : individus appartenant au premier dixième de niveau de vie. Le reste à charge présenté ici est celui avant intervention de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Les dépenses de santé prises en charge par la CMU-C sont réparties entre reste à charge opposable et dépassements de la même manière que les dépenses prises en charge par les complémentaires privées.

Lecture > Une personne du premier dixième de niveau de vie (D1) a en moyenne un reste à charge annuel après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (AMO) composé de 272 euros opposables et de 118 euros de dépassements, dont 67 euros de dépassements sur des équipements dentaires, audiologiques et optiques et 51 euros de dépassements sur d'autres postes de soins (consultations de médecins, médicaments, soins de dentistes...).

Champ > Personnes vivant en logement ordinaire en France métropolitaine ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

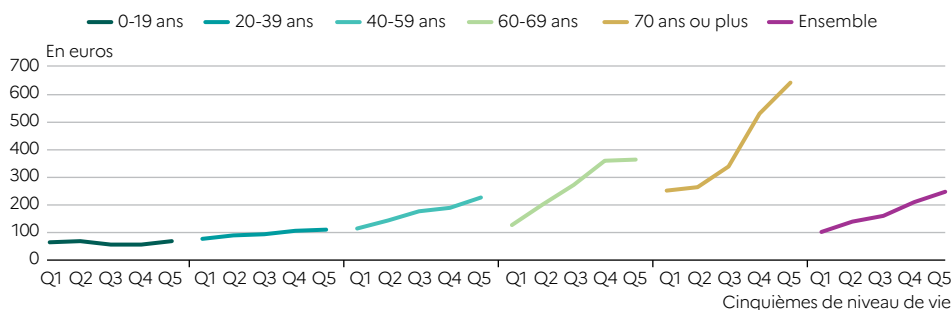
aboutit à des RAC AMC qui augmentent fortement avec l'âge. Selon le modèle Ines-Omar 2019, le saut est particulièrement marqué après 60 ou 70 ans (*graphique 2*). Ainsi, le RAC AMC moyen des personnes de 20 à 39 ans est de 100 euros par an, puis de 180 euros entre 40 et 59 ans, mais s'élève à 280 euros entre 60 à 69 ans, et à 410 euros pour les personnes de 70 ans ou plus.

Par ailleurs, le RAC AMC annuel moyen augmente avec le niveau de vie, particulièrement après 60 ans. En effet, le RAC AMC moyen des personnes de 60 à 69 ans est près de trois fois plus élevé pour celles appartenant aux 20 % les plus aisées (dernier cinquième de niveau de vie) par rapport à celles situées dans le premier cinquième, contre une fois et demie plus élevé pour les individus de moins de 60 ans. Ce rapport est de 2,5 pour les personnes de 70 ans ou plus. Ainsi le RAC AMC augmente en moyenne avec le niveau de vie, même si la qualité des

contrats de complémentaire privée augmente également avec le niveau de vie. De surcroît, le taux de couverture de l'AMC diminue avec le niveau de vie : elle couvre 76 % du RAC AMO dans le premier cinquième, contre 66 % dans le dernier cinquième. Cela s'explique par le plus fort recours des ménages aisés à des soins de santé ayant des dépassements.

Ces moyennes par sous-groupe cachent néanmoins une grande disparité au sein de chaque catégorie, les RAC AMC étant très inégalement répartis. Par exemple, alors que le RAC AMC moyen sur l'ensemble de la population s'élève à 170 euros, la moitié des individus ont un RAC AMC inférieur à 17 euros. Cela peut s'expliquer par un faible recours aux soins sur l'année, une consommation de soins peu coûteux, ou, pour les personnes ayant des restes à charge plus faibles, par une très bonne couverture de leur complémentaire santé et de l'AMO.

Graphique 2 Reste à charge moyen après remboursement par l'assurance maladie complémentaire, par tranche d'âge et selon le niveau de vie, en 2019



Note > Montant annuel moyen par individu ; Q1 : individus appartenant au premier cinquième de niveau de vie (c'est-à-dire appartenant aux 20 % de la population les moins aisés, en dessous du 1^{er} quintile de niveau de vie).

Lecture > Un individu de 70 ans ou plus du premier cinquième de niveau de vie (Q1) supporte un reste à charge annuel après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (AMC) de 253 euros en moyenne.

Champ > Personnes vivant en logement ordinaire en France métropolitaine ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO), pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

Les bénéficiaires de contrats individuel et collectif ont des restes à charge proches après remboursement par l'assurance maladie complémentaire

Les RAC AMC diffèrent selon que les bénéficiaires de complémentaire santé sont couverts par un contrat individuel³, un contrat collectif ou par la CMU-C. Cependant, le profil des personnes concernées par ces différents types de couverture diffère également de façon importante (voir fiche 12 ; Pierre, 2022). En effet, les contrats collectifs sont accessibles principalement aux salariés du secteur privé, tandis que les contrats individuels sont davantage souscrits par des agents de la fonction publique, des retraités et des chômeurs de longue durée. Ainsi, les bénéficiaires de contrat collectif sont plus jeunes en moyenne que ceux de contrat individuel. Les bénéficiaires de la CMU-C sont également jeunes dans l'ensemble, puisque seuls 6 % d'entre eux avaient plus de 60 ans en 2019, alors que cette tranche d'âge représente 26 % de la population française. Enfin, les personnes non

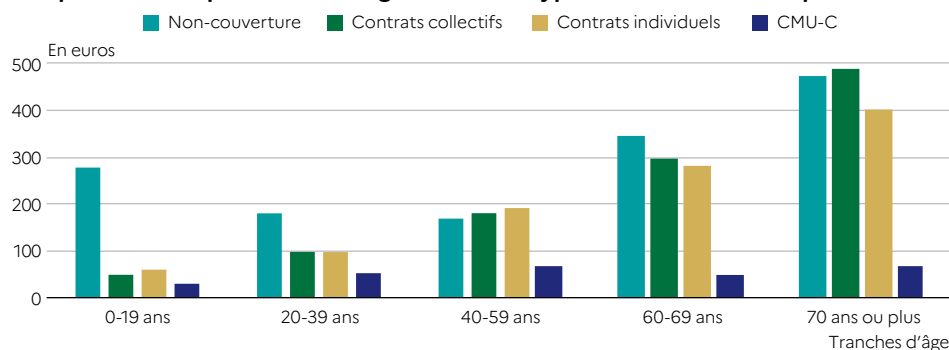
couvertes sont légèrement plus jeunes que la population générale, puisque 60 % d'entre elles ont moins de 40 ans, contre 49 % de la population générale.

À tranche d'âge donnée, les personnes non couvertes par une complémentaire sont celles qui supportent les RAC AMC les plus importants⁴ (graphique 3). Elles sont suivies des personnes couvertes par des contrats privés (c'est-à-dire hors CMU-C), de type individuel et collectif, qui doivent s'acquitter de RAC AMC inférieurs et sensiblement équivalents (sauf dans la tranche des 70 ans ou plus, où les bénéficiaires de contrat collectif sont rares). Malgré l'avantage des tarifs opposables, les bénéficiaires de la CMU-C supportent en 2019 un RAC AMC non nul, atteignant 50 euros en moyenne chez les adultes, majoritairement composé de dépenses en optique et en dentaire ; cela a pu évoluer depuis, suite aux réformes dites du « 100 % santé » (voir fiche 29) et de la complémentaire santé solidaire (CSS) [voir fiche 28]. Les personnes de 40 à 59 ans couvertes par une complémentaire

³. Les bénéficiaires de l'ACS sont tous des souscripteurs de contrat individuel et sont regroupés sous cette catégorie dans cette fiche.

⁴. Il convient de rappeler que ces personnes ne s'acquittent pas de primes de contrat de complémentaire santé, non prises en compte ici.

Graphique 3 Reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire, par tranche d'âge et selon le type de couverture complémentaire



CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire.

Note > Montant annuel moyen par individu.

Lecture > Un individu de 70 ans ou plus sans complémentaire santé supporte un reste à charge annuel de 473 euros en moyenne en 2019.

Champ > Personnes vivant en logement ordinaire en France métropolitaine ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO), pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

privée ainsi que celles ne bénéficiant pas de couverture disposent de RAC AMC similaires ; mais la dépense de santé des personnes de 40 à 59 ans non couvertes est presque deux fois plus faible que celle des personnes ayant une complémentaire privée.

Un reste à charge plus faible pour les personnes disposant de contrats de complémentaire santé très couvrants

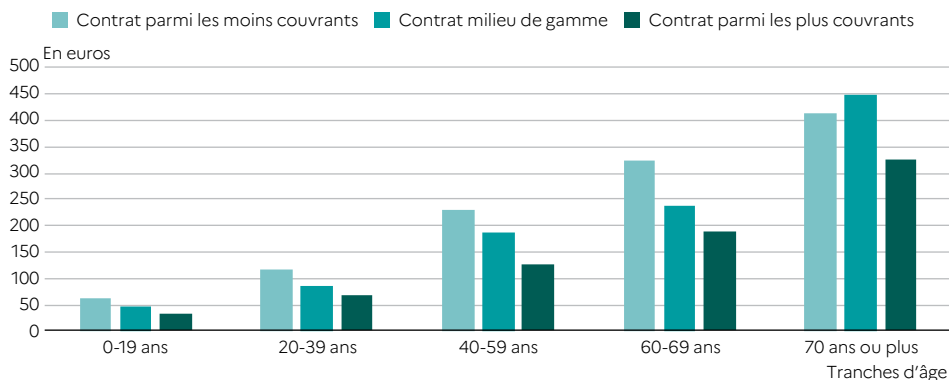
Le RAC AMC moyen des personnes assurées par une complémentaire santé privée varie selon le niveau de prise en charge de leur contrat, même si ces variations sont moindres que celles pouvant être expliquées par l'âge de l'assuré. Ainsi, le RAC AMC moyen d'un assuré disposant d'un contrat parmi les moins couvrants est de 70 % supérieur, en moyenne, au RAC AMC d'un assuré bénéficiant d'un contrat parmi les plus couvrants (voir classification de la DREES, fiche 27) [graphique 4]. Le niveau médian de couverture des complémentaires souscrites sur le marché privé croît nettement avec le niveau de vie (Fouquet, Pollak, 2022), les plus aisés sont donc surreprésentés dans le groupe de bénéficiaires couverts par un contrat parmi les plus couvrants. Les RAC AMC

plus faibles dans ce groupe suggèrent que la meilleure prise en charge par ces contrats compense les RAC AMO plus forts pour les plus aisés (graphique 1).

Avant la réforme du 100 % santé, la moitié des restes à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire provenaient des équipements dentaires, audiologiques et optiques

Les RAC AMC des personnes de 60 ans ou plus provenaient majoritairement en 2019, avant la réforme du 100 % santé, de dépenses pour des prothèses auditives, dentaires et d'équipements optiques (graphique 5). Ces dépenses représentaient ainsi 59 % des RAC AMC des personnes de 70 ans ou plus (70 euros de prothèses dentaires, 120 euros de prothèses auditives et 60 euros en optique, en moyenne, sur 410 euros environ au total). Les RAC AMC en prothèses auditives, de même que les dépenses, étaient concentrés parmi les 70 ans ou plus, et étaient presque cinq fois plus élevés en moyenne que pour les personnes de 60 à 69 ans. À l'inverse, les RAC AMC des personnes de moins de 60 ans s'expliquaient majoritairement par les soins hospitaliers, les consultations de médecins de ville et les autres

Graphique 4 Reste à charge moyen après remboursement par une complémentaire santé, selon le niveau de couverture et l'âge, en 2019



Note > Montant annuel moyen par individu.

Lecture > Un individu de 70 ans ou plus bénéficiaire d'un contrat de complémentaire santé parmi les plus couvrants (classification de la DREES, voir fiche 27) supporte un reste à charge annuel de 327 euros en moyenne.

Champ > Personnes couvertes par une complémentaire privée vivant en logement ordinaire en France métropolitaine ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'assurance maladie obligatoire, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

dépenses de santé. Les équipements dentaires, audiologiques et optiques représentaient quant à eux 39 % des RAC AMC des personnes de 20 à 39 ans, et 29 % des moins de 20 ans. Les RAC AMC pour les séjours à l'hôpital, public ou privé, étaient, en 2019, extrêmement modérés au regard de la part importante des dépenses qui y étaient réalisées et des RAC AMO que ces dépenses engendraient (voir fiche 02).

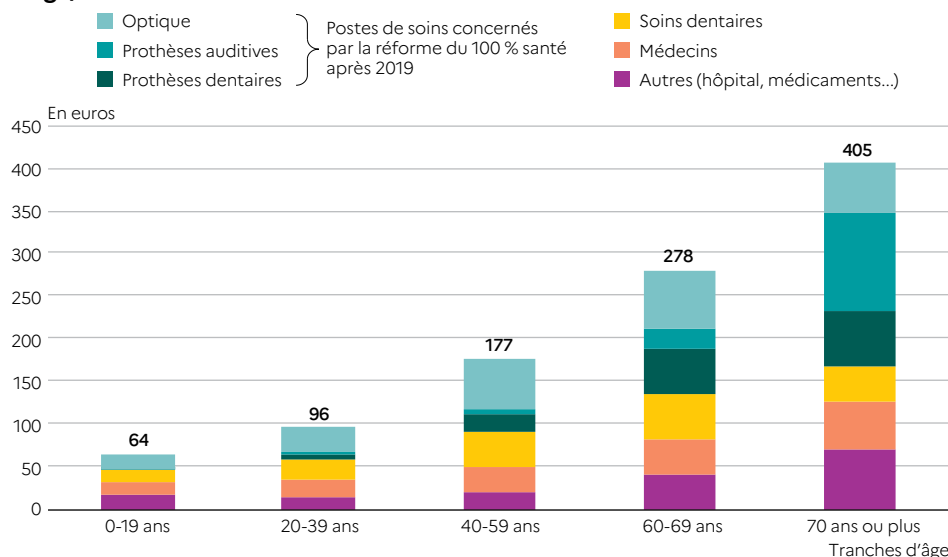
Après 2019, la réforme du 100 % santé a mené à un recours important aux prothèses auditives et dentaires du panier sans reste à charge (respectivement 39 % et 57 % des consommateurs en 2021 ; voir fiche 29), mais à une faible adoption des équipements en optique du même panier (16 % des consommateurs en 2021). Entre 2019 et 2021, d'après les comptes de la santé (Arnaud, Lefebvre 2023), le reste à charge de l'ensemble des ménages en prothèses dentaires a fortement diminué, sans doute du fait de cette réforme. Dans le même temps, le reste à charge en prothèses auditives de l'ensemble des ménages est resté stable, en dépit du fort taux de pénétration du panier 100 % santé ; cela s'explique par le fait que la réforme du 100 % santé a fortement augmenté le nombre de personnes ayant recours aux prothèses auditives.

Les RAC AMC en soins dentaires, en prothèses dentaires, en consultations de médecins et en optique sont très variables entre dixièmes de niveau de vie, puisqu'ils sont environ trois fois plus élevés pour les personnes les plus aisées (dernier dixième de niveau de vie) par rapport aux moins aisées (premier dixième de niveau de vie) [graphique 6]. Les RAC AMC en prothèses auditives font figure d'exception ; ils sont en effet pratiquement nuls en moyenne pour les personnes des deux premiers dixièmes de niveau vie, puis sont répartis assez uniformément. Leur faiblesse chez les personnes des deux premiers dixièmes s'explique certes par l'âge moins avancé de celles-ci, mais aussi par le non-recours aux soins plus marqué dans ces catégories, avant la réforme du 100 % santé (Lapinte, Legendre, 2021).

Deux groupes de personnes avaient des restes à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire importants en 2019

En 2019, avant la réforme du 100 % santé, deux groupes d'âge et de revenu avaient des RAC AMC annuels importants, c'est-à-dire conventionnellement supérieurs à 250 euros en moyenne.

Graphique 5 Décomposition par poste de soins du reste à charge moyen après remboursement par l'assurance maladie complémentaire selon la tranche d'âge, en 2019



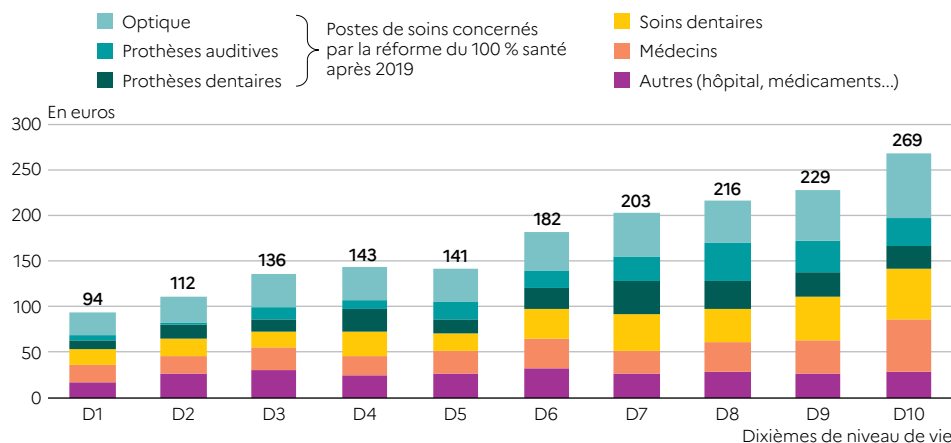
Note > Montant annuel moyen par individu.

Lecture > Un individu de 70 ans ou plus supporte un reste à charge annuel après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (AMC) de 406 euros en moyenne, dont 116 euros en prothèses auditives.

Champ > Personnes vivant en logement ordinaire en France métropolitaine ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO), pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

Graphique 6 Décomposition par poste de soins du reste à charge moyen après remboursement par l'assurance maladie complémentaire selon le niveau de vie, en 2019



Note > Montant annuel moyen par individu ; D1 : individus appartenant au premier dixième de niveau de vie.

Lecture > Un individu du premier dixième de niveau de vie (D1) supporte un reste à charge annuel après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (AMC) de 94 euros en moyenne, dont 25 euros en optique.

Champ > Personnes vivant en logement ordinaire en France métropolitaine ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'assurance maladie obligatoire, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

Premièrement, les personnes de 60 à 69 ans et faisant partie des 60 % des personnes les plus aisées (troisième au dernier cinquième de niveau de vie [graphique 2]) devaient s'acquitter de RAC AMC de 330 euros par an en moyenne, notamment en raison d'une consommation onéreuse de soins dentaires et d'optique. Deuxièmement, les personnes de 70 ans ou plus devaient s'acquitter d'un RAC AMC moyen de 410 euros par an. Ces personnes âgées s'exposaient à des RAC AMC plus élevés, en consommant

davantage de prothèses auditives et de prothèses dentaires, et moins de soins dentaires que le premier groupe. Au sein de ce groupe, le RAC AMC des personnes aisées était bien supérieur à celui des personnes modestes, en raison d'un recours plus fréquent aux équipements dentaires, optiques, et plus particulièrement audiologiques. Cet écart pouvait s'expliquer en partie par la plus faible capacité financière de recours aux soins des personnes âgées et modestes (Lapinte, Legendre, 2021). ■

Encadré 3 Difficultés de comparaison entre les restes à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire estimés par le modèle Ines-Omar 2019 et ceux estimés par les comptes de la santé

La DREES publie dans les comptes de la santé (Arnaud, Lefebvre, 2023) une estimation des restes à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (RAC AMC) des ménages sur le champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM). En 2019, le RAC AMC total sur l'ensemble de la population française était de 15 674 millions d'euros, soit 233 euros par habitant (Arnaud, Lefebvre, 2023 ; fiche 21). La CSBM recouvre aussi bien des dépenses remboursables par l'assurance maladie obligatoire (AMO) que des dépenses non remboursables (comme les médicaments à service médical rendu [SMR] insuffisant), et aussi bien des dépenses individualisables que non individualisables (comme la rémunération sur objectif de santé publique).

En revanche, le modèle Ines-Omar 2019 estime la répartition entre individus des dépenses de santé, des restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) et des RAC AMC sur un champ plus réduit : celui des dépenses individualisables et remboursables par l'AMO. Le RAC AMC moyen par habitant, estimé par le modèle Ines-Omar 2019 à 170 euros, est donc logiquement plus faible que celui estimé dans les comptes de la santé.

Outre par leur champ, les comptes de la santé et le modèle Ines-Omar diffèrent également par leur méthode d'estimation. Les comptes de la santé croisent plusieurs sources ; certaines sont relatives aux dépenses de santé, d'autres aux remboursements de l'AMO, d'autres enfin aux prestations des organismes complémentaires d'assurance maladie, transmises à la DREES par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR). Par différence entre ces données, les comptes de la santé obtiennent les RAC AMC par poste de soins. Les comptes de la santé utilisent donc des informations macro-économiques, tandis que le modèle Ines-Omar 2019 est avant tout simulé au niveau individuel (encadré 2).

Enfin, les comptes de la santé et le modèle Ines-Omar utilisent une nomenclature des soins différente. Par exemple, les actes et consultations externes à l'hôpital public (ACE) figurent, au sein des comptes de la santé, dans le poste de soins « hôpital public », tandis qu'ils sont répartis entre professions médicales dans Ines-Omar. On ne peut donc pas comparer directement les RAC AMC par poste de soins estimés par les comptes de la santé à ceux estimés par Ines-Omar 2019.

Pour en savoir plus

- > **Adjerad, R., Courtejoie, N.** (2020, novembre). Pour 1 % des patients, le reste à charge après assurance maladie obligatoire dépasse 3 700 euros annuels. DREES, *Études et Résultats*, 1171.
- > **Arnaud, F., Lefebvre, G. (dir.)** (2023). *Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2023*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Cometx, R., Pierre, A.** (2022, décembre). Plus les dépenses de santé sont importantes, plus la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est élevée. DREES, *Études et Résultats*, 1251.
- > **Fouquet, M., Pollak, C.** (2022, février). L'assurance maladie publique contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu. DREES, *Études et Résultats*, 1220.
- > **Fouquet, M.** (2021, décembre). Le modèle de micro-simulation Ines-Omar 2017 – Note méthodologique détaillée. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 87.
- > **Lapinte, A., Legendre B.** (2021, juillet). Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres. DREES, *Études et Résultats*, 1200.
- > **Loiseau, R.** (2021, juillet). Complémentaires santé : en 2016, les seniors restent moins bien couverts malgré une hausse des garanties depuis 2011. DREES, *Études et Résultats*, 1198.

Les dépenses des ménages pour leur santé, comprenant les primes versées aux complémentaires santé ainsi que le reste à charge après remboursements par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et par l'assurance maladie complémentaire (AMC), représentent, en 2019, en moyenne 5 % de leur revenu disponible d'après le modèle de microsimulation Ines-Omar. Ce taux d'effort augmente avec l'âge, et est un peu plus élevé pour les plus démunis. En tenant également compte du coût du financement de l'AMO via les prélèvements sociaux, le taux d'effort des ménages pour l'ensemble de leurs dépenses de santé atteint en moyenne 15 % du revenu disponible avant prélèvement du financement de l'AMO en 2019.

L'assurance maladie obligatoire prend davantage en charge les dépenses de santé des ménages modestes

Les dépenses de santé individualisables et remboursables représentent en moyenne environ 6 700 euros par ménage en 2019 selon le modèle de microsimulation Ines-Omar (voir fiche 14 et annexe 2), et sont prises en charge à 82 % par l'assurance maladie obligatoire (AMO), à 12 % par l'assurance maladie complémentaire (AMC) et à 6 % par les ménages. Elles sont globalement plus élevées pour les ménages modestes que pour les ménages aisés, en raison d'un état de santé en moyenne plus dégradé (Fouquet, Pollak, 2022) et de maladies chroniques plus fréquentes (Allain, 2022), et ce, malgré des barrières d'accès aux soins limitant leur consommation de soins. Néanmoins, au sein du premier dixième de niveau de vie, les dépenses de santé sont les plus faibles : selon le modèle Ines-Omar 2019, les 10 % des ménages les moins aisés ont des dépenses moyennes de 5 100 euros par an. Ces ménages sont plus jeunes que la moyenne, plus fréquemment couverts par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) [40 %, contre 8 % pour l'ensemble de la population en 2019], mais aussi plus susceptibles de renoncer à des soins pour motif financier (Lapinte, Legendre, 2021).

Au contraire, les ménages du deuxième dixième de niveau de vie sont ceux qui consomment le plus de soins, 8 300 euros par an en moyenne (graphique 1).

Les remboursements par l'AMO compensent en grande partie ces différences : ils représentent environ 7 300 euros en moyenne pour un ménage du deuxième dixième de niveau de vie, contre environ 4 400 euros pour un ménage du dernier dixième. La part de l'AMO dans le financement de la dépense de santé diminue ainsi de 88 % dans le deuxième dixième de niveau de vie à 71 % dans le dernier dixième. Par ailleurs, la prise en charge des dépenses de santé par la CMU-C est presque entièrement concentrée sur les ménages du premier dixième de niveau de vie, qui reçoivent en moyenne 310 euros de remboursements complémentaires de la CMU-C.

En 2019, plus de 96 % de la population résidant en France métropolitaine âgée de 15 ans ou plus bénéficie d'une complémentaire santé (voir fiche 12) qui couvre une partie du reste à charge. Le montant des dépenses de santé financées par les complémentaires santé privées (soit hors CMU-C) croît avec le niveau de vie : ces dernières remboursent en moyenne seulement 330 euros par an pour les ménages du premier dixième de niveau de vie, dans la mesure où la CMU-C y est plus répandue. Les remboursements annuels

Graphique 1 Partage de la dépense de santé entre financeurs selon le niveau de vie du ménage, en 2019

En euros

Dixièmes de niveau de vie	Dépense totale	AMO	CMU-C	AMC privée	Ménages
D1	5 105	4 266	307	329	201
D2	8 328	7 331	114	634	247
D3	6 971	5 864	35	772	299
D4	8 110	6 896	23	882	306
D5	6 062	4 877	10	864	310
D6	7 225	5 844	6	956	419
D7	7 045	5 592	8	976	468
D8	5 476	4 048	7	924	495
D9	6 634	4 993	11	1 104	524
D10	6 232	4 415	4	1 171	640

AMC : assurance maladie complémentaire ; AMO : assurance maladie obligatoire ; CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire.

Note > Montant annuel moyen par ménage (en euros). Les barres sont proportionnelles au sein des colonnes mais pas entre les colonnes.

Lecture > Un ménage du premier dixième de niveau de vie (D1) a des dépenses de santé moyennes de 5 105 euros en 2019. Il reçoit en moyenne 4 266 euros par an de remboursement de l'AMO, 307 euros au titre de la CMU-C, 329 euros par son AMC privée éventuelle (hors CMU-C). Il reste alors en moyenne 201 euros à sa charge.

Champ > Ménages vivant en logement ordinaire ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

moyens sont de l'ordre de 630 euros par ménage du deuxième dixième de niveau de vie¹ ; ce montant augmente graduellement et double quasiment pour les ménages du dernier dixième. La part des dépenses financées par l'AMC s'accroît également avec le niveau de vie, passant de 6 % dans le premier dixième à 19 % dans le dernier dixième.

Enfin, le montant de restes à charge finaux pour les ménages (pour leurs dépenses de santé individualisables et remboursables) triple entre les ménages du premier et du dernier dixième, passant en moyenne de 200 euros annuels par ménage à 640 euros. Ainsi, la part des restes à charge dans la dépense totale de santé passe d'environ 3 % ou 4 % dans les quatre premiers dixièmes de niveau de vie (200 euros sur 5 100 euros pour le premier dixième par exemple, graphique 1) à 10 % dans le dernier dixième

(640 euros sur 6 200 euros), notamment en raison de soins plus fréquemment coûteux compte tenu de dépassements (voir fiche 14).

La part des dépenses de santé d'un ménage prises en charge par l'assurance maladie obligatoire augmente avec l'âge

Les dépenses de santé des ménages augmentent en moyenne très fortement avec l'âge de la personne la plus âgée du ménage, passant d'environ 3 500 euros annuels si celle-ci a moins de 40 ans, à près de 12 000 euros pour les 70 ans ou plus (graphique 2).

Les personnes âgées consomment des soins mieux remboursés par l'AMO, notamment des soins hospitaliers (Cometx, Pierre 2022), et bénéficient en plus grand nombre du dispositif d'exonération au titre d'une affection de longue durée (ALD) [Adjerad, Courtejoie, 2021] qui limite

1. Une proportion importante de personnes du deuxième dixième de niveau de vie bénéficiait en 2019 de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) [voir fiche 18] ; or les remboursements effectués dans le cadre des contrats souscrits par des bénéficiaires de l'ACS sont comptés comme des remboursements de l'AMC.

fortement les restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) [voir fiche 02]. C'est pourquoi le taux de prise en charge des dépenses de santé d'un ménage par l'AMO augmente avec l'âge de la personne la plus âgée. Même si la prise en charge par l'AMO compense partiellement l'augmentation des dépenses, le RAC AMO augmente avec l'âge. Ainsi, en moyenne, les ménages où toutes les personnes ont moins de 40 ans sont exposés à 850 euros de RAC AMO, contre 1 800 euros pour les ménages dont la personne la plus âgée a 70 ans ou plus. L'AMO prend en charge respectivement 76 % et 85 % de la dépense de santé pour ces deux groupes.

Au contraire, le taux de couverture par l'AMC de la dépense de santé diminue avec l'âge de la personne la plus âgée du ménage, passant de 16 % en moyenne pour les ménages dont tous les membres ont moins de 40 ans, à 10 % pour ceux dont un membre a 70 ans ou plus. Ainsi, les restes à charge après remboursements par l'AMO et par l'AMC augmentent avec l'âge de la personne la plus âgée d'un ménage, passant de 210 euros dans les ménages dont les membres ont moins de 40 ans, à 590 euros dans ceux au sein desquels la personne la plus âgée a 70 ans ou plus. Ceci est lié, d'une part, au recours

important des personnes âgées aux équipements dentaires, optiques et auditifs, occasionnant d'importants restes à charge avant l'entrée en vigueur de la réforme du 100 % santé, d'autre part aux moins bonnes garanties dont elles disposent. En effet, les personnes âgées bénéficient le plus souvent de contrats individuels (voir fiche 12) et, de ce fait, de garanties moins élevées que celles des contrats collectifs (voir fiche 27). Cependant la part de reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (RAC AMC) dans la dépense de santé financée par les ménages reste à peu près constante, autour de 6 %.

Les ménages plus modestes ont des primes et restes à charge 3,5 fois plus faibles que les plus aisés

Le financement de l'AMO est progressif, c'est-à-dire qu'il représente une fraction croissante du revenu à mesure que le niveau de vie s'élève. La contribution des ménages au financement de l'AMO (encadré 1) est en moyenne de 1 200 euros pour un ménage du premier dixième de niveau de vie, contre 15 500 euros pour un ménage du dernier dixième (tableau 1).

Cependant, le financement de l'AMO pèse légèrement plus dans le revenu des ménages

Graphique 2 Partage de la dépense de santé entre financeurs selon l'âge de la personne la plus âgée du ménage, en 2019

En euros					
Tranches d'âge	Dépense totale	AMO	CMU-C	AMC privée	Ménages
20-39 ans	3 458	2 612	93	545	206
40-59 ans	5 380	4 079	68	879	352
60-69 ans	7 431	6 100	38	849	443
70 ans ou plus	11 729	9 974	6	1 156	590
Ensemble	6 722	5 425	54	855	387

AMC : assurance maladie complémentaire ; AMO : assurance maladie obligatoire ; CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire.

Note > Montant annuel moyen par ménage (en euros). Les barres sont proportionnelles au sein des colonnes mais pas entre les colonnes.

Lecture > Un ménage dont l'individu le plus âgé a 70 ans ou plus a une dépense de santé annuelle moyenne de 11 729 euros en 2019, dont 9 974 euros lui sont remboursés par l'AMO. Il a 1 752 euros de reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO), dont, en moyenne, 6 euros pris en charge par la CMU-C, 1 156 euros par sa complémentaire santé privée éventuelle, et 590 euros restent finalement à la charge du ménage.

Champ > Ménages vivant en logement ordinaire ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

du premier dixième de niveau de vie que dans le revenu de ceux du deuxième dixième : le taux d'effort² pour le financement de l'AMO est de 9,0 % du revenu disponible avant prélèvement du financement de l'AMO pour les premiers, tandis qu'il s'élève à 8,0 % pour les seconds. Puis, le

taux d'effort pour le financement de l'AMO croît progressivement avec le niveau de vie au-delà du deuxième dixième. La légère régressivité du financement de l'AMO entre les ménages des deux premiers dixièmes de niveau de vie peut être due au poids important de la taxe sur la

Encadré 1 Le financement de l'assurance maladie obligatoire

Le modèle Ines-Omar permet d'étudier la répartition du financement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) entre les ménages. Les ménages financent l'AMO *via* des taxes et des cotisations sociales (Direction de la Sécurité sociale [DSS], 2020). La répartition de celles-ci entre les ménages est simulée par le modèle Ines, l'une des sources du modèle Ines-Omar. En 2019, les trois principales sources de financement de la branche maladie étaient les cotisations sociales brutes, à hauteur de 73 milliards d'euros, la contribution sociale généralisée (CSG) brute, à hauteur de 72 milliards d'euros, et la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) nette, pour un montant de 41 milliards d'euros, sur des recettes totales de 215 milliards d'euros (DSS, 2020).

La couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) sont financées par la taxe de solidarité additionnelle (TSA), qui s'applique aux primes de complémentaires santé (voir annexe 1 bis). La part de TSA qui excède les besoins de financement de la CMU-C et de l'ACS est affectée au financement de l'AMO. La convention adoptée dans cette fiche consiste à compter l'intégralité de la TSA avec les primes.

Tableau 1 Dépenses affectées au financement du système de santé et au paiement des soins, selon le niveau de vie des ménages, en 2019

En euros			
Dixièmes de niveau de vie	Financement de l'AMO	Primes de complémentaire santé	Reste à charge après AMC
D1	1 219	399	201
D2	1 891	776	247
D3	2 577	993	299
D4	3 264	949	306
D5	3 995	1 033	310
D6	4 898	1 114	419
D7	5 661	1 216	468
D8	6 903	1 255	495
D9	8 804	1 340	524
D10	15 507	1 465	640
Ensemble des ménages	5 363	1 046	387

AMC : assurance maladie complémentaire ; AMO : assurance maladie obligatoire.

Note > Montant annuel moyen par ménage (en euros).

Lecture > Un ménage du cinquième dixième de niveau de vie (D5) contribue au financement de l'AMO à hauteur de 3 995 euros par an en moyenne, et verse en moyenne 1 033 euros de primes de complémentaire santé par an (taxe de solidarité additionnelle [TSA] incluse, hors participation employeur et chèque d'aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS]). 310 euros restent en moyenne à sa charge après remboursements par l'AMO et l'AMC.

Champ > Ménages vivant en logement ordinaire ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

2. Le taux d'effort pour le financement de l'AMO est défini comme la somme des contributions d'un ménage au financement de l'AMO (encadré 1) rapportée à son revenu disponible avant prélèvement du financement de l'AMO *via* la CSG et les cotisations sociales.

valeur ajoutée (TVA) dans les sources de financement de l'AMO depuis 2019³ (Direction de la Sécurité sociale [DSS], 2020), qui pèse davantage dans le revenu des ménages du premier dixième de niveau de vie que dans celui du deuxième dixième (Cour des comptes, 2023).

Le montant des primes de complémentaires payées par les ménages⁴ (encadré 2) augmente avec leur niveau de vie (tableau 1). Les ménages du premier dixième de niveau de vie paient en moyenne 400 euros par an, en raison de leur fort taux de couverture par la CMU-C (40 %), et de leur non-couverture plus fréquente que pour l'ensemble de la population (9 % contre 4 %). Les ménages du deuxième dixième s'acquittent d'un montant de primes d'environ 780 euros par an en moyenne, en raison notamment du taux de bénéficiaires de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) dans ce dixième (9 %) en 2019. Puis les primes annuelles moyennes progressent plus modérément entre les ménages

du troisième et du dernier dixième, passant de 1 000 euros à 1 500 euros en moyenne. Les RAC AMC restent très modérés pour les ménages du premier dixième (200 euros), même s'il est nécessaire de les rapporter au revenu de ces ménages pour mesurer l'effort financier consenti. Enfin, les RAC AMC sont multipliés par 2,5 en moyenne entre les ménages du deuxième dixième et ceux du dernier dixième, passant de 250 euros environ à 640 euros.

Les primes et restes à charge pèsent 6 % du revenu des ménages les plus précaires, contre 3 % de celui des plus aisés

Le taux d'effort des ménages en primes et restes à charge, défini comme la somme des primes versées aux complémentaires et des RAC AMC rapportée à leur revenu disponible après prélèvement du financement de l'AMO via la CSG et les cotisations sociales⁵, diminue fortement avec le niveau de vie. Il atteint presque 6 % du

Encadré 2 Ajustement des primes au champ des dépenses de santé du modèle Ines-Omar

Le modèle Ines-Omar décrit les dépenses de santé, les remboursements par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et par les complémentaires sur le champ des dépenses de santé individualisables présentées au remboursement de l'AMO. Les dépenses de santé non remboursables par l'AMO (comme l'ostéopathie, ou les séances de psychologue jusqu'en 2022), ainsi que les dépenses remboursables mais dont l'AMO n'a pas eu connaissance, ne sont donc pas prises en compte par le modèle Ines-Omar.

Or les primes versées aux complémentaires santé financent aussi le remboursement par ces complémentaires de soins non remboursables par l'AMO, et donc situés en dehors du champ d'Ines-Omar. Si l'on ne corrigeait pas cet écart de champ entre primes et remboursements, les primes simulées dans le modèle Ines-Omar paraîtraient excessives au regard des prestations prises en compte par le modèle.

De ce fait, les primes sont calées dans le modèle Ines-Omar (voir annexe 2), de sorte que leur montant total soit égal à la somme des remboursements des complémentaires simulés dans le modèle, auxquels viennent s'ajouter des frais de gestion et une marge commerciale (de Willencourt, 2023). Les primes de contrats individuels et collectifs sont calées séparément, en distinguant leur taux de frais de gestion et leur taux de marge.

3. Cela explique que cette régressivité ne se constatait pas en 2017 (Fouquet, Pollak, 2022, basé sur le modèle Ines-Omar 2017), même si les évolutions de montants entre les différents millésimes d'Ines-Omar ne peuvent pas être directement comparées en raison d'évolutions méthodologiques.

4. Dans cette fiche, on considère le montant des primes réellement à la charge des ménages, c'est-à-dire en retirant la participation éventuelle de l'employeur pour des contrats collectifs ou le montant du chèque ACS pour ses bénéficiaires (voir fiche 18), mais en incluant les taxes portant sur les primes.

5. Contrairement au taux d'effort des ménages pour le financement de l'AMO, le taux d'effort des ménages en primes et restes à charge en santé s'appuie sur le revenu après prélèvement de la CSG et des cotisations sociales. Le taux d'effort des ménages pour l'ensemble de leurs dépenses de santé défini ci-après ne correspond donc pas à la somme de ces deux taux d'effort.

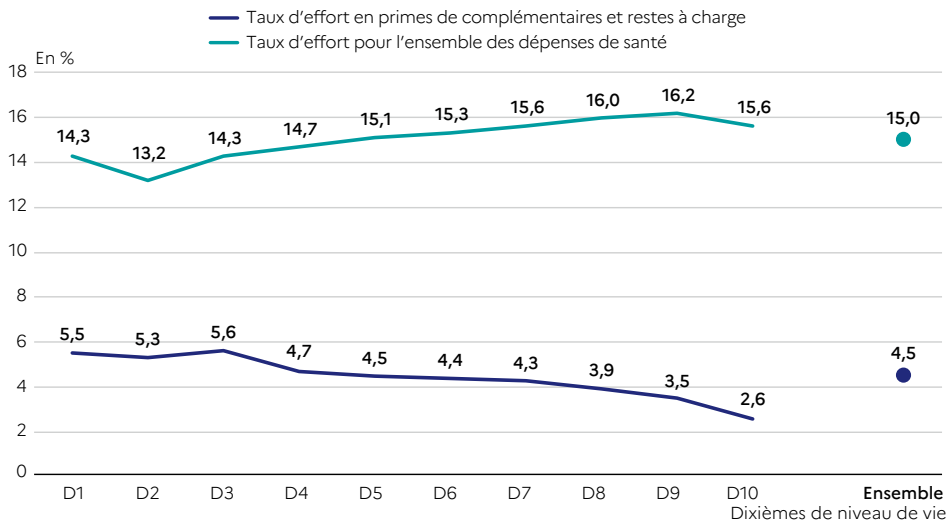
revenu disponible pour les ménages du premier dixième de niveau de vie (graphique 3), en dépit des dispositifs d'aide ciblant les publics précaires et modestes (comme la CMU-C et l'ACS), et de leurs primes et RAC AMC plus faibles. Ce taux d'effort est stable jusqu'au troisième dixième de niveau de vie, et descend graduellement jusqu'à moins de 3 % pour les ménages les plus aisés.

Le taux d'effort global pour l'ensemble des dépenses de santé, qui inclut le financement de l'AMO via les prélèvements sociaux, venant s'ajouter aux primes versées aux complémentaires, et aux RAC AMC, s'établit à 15 % du revenu disponible des ménages avant prélèvement du financement de l'AMO. Il atteint 14 % pour les ménages du premier dixième de niveau de vie, puis recule pour les ménages du deuxième dixième. Enfin, il augmente graduellement, et atteint 16 % pour les ménages situés au-dessus du septième dixième.

Le taux d'effort en primes et restes à charge augmente avec l'âge et pèse particulièrement chez les retraités les plus modestes

Le montant des primes de complémentaires versé par les ménages est trois fois plus élevé pour les ménages dont la personne la plus âgée a 70 ans ou plus que pour ceux dont la personne la plus âgée a entre 40 et 59 ans (voir fiche 11). En effet, les personnes âgées sont presque exclusivement couvertes par des contrats individuels, entièrement à la charge des assurés et dont les primes augmentent avec l'âge, contrairement aux contrats collectifs pris en charge en partie par l'employeur. Le RAC AMC augmente également avec l'âge, passant de 210 euros dans les ménages où la personne la plus âgée a entre 20 et 39 ans, à près de 600 euros dans les ménages avec une personne de 70 ans ou plus (tableau 2). Ainsi, le taux d'effort des ménages en primes et restes à charge,

Graphique 3 Taux d'effort des ménages pour l'ensemble de leurs dépenses de santé selon leur niveau de vie, en 2019



Note > Montant annuel moyen par ménage exprimé en pourcentage du revenu disponible, après puis avant prélèvement du financement de l'assurance maladie obligatoire (AMO).

Lecture > Un ménage du premier dixième de niveau de vie (D1) consacre en 2019 en moyenne 5,5 % de son revenu disponible aux primes de complémentaire santé (taxe de solidarité additionnelle [TSA] incluse, hors participation employeur et chèque d'aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS] éventuels) et au reste à charge final non couvert en santé. Il consacre en moyenne 14,3 % de son revenu disponible avant prélèvement du financement de l'AMO à l'ensemble de ses dépenses de santé (contribution au financement de l'AMO, primes, reste à charge).

Champ > Ménages vivant en logement ordinaire ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

représentant en moyenne 5 % du revenu disponible des ménages, augmente avec l'âge (graphique 4). Il passe de 3 % pour les ménages dont tous les membres ont moins de 40 ans, à 7 % pour les ménages dont une personne au moins dépasse 70 ans. Ces derniers ménages ont d'une part des revenus plus faibles, d'autre part des dépenses liées à leur santé (RAC AMC et primes) plus élevées.

Toujours d'après le modèle Ines-Omar, parmi les ménages dont la personne la plus âgée a entre 56 et 65 ans, ceux au sein desquels une personne est retraitée versent des primes plus élevées (1 300 euros par an contre 1 000 euros en moyenne). En effet, les personnes qui disposaient de contrats collectifs perdent la part prise en charge par leur employeur en arrivant à la retraite,

et les primes des contrats individuels augmentent avec l'âge, même lorsque les garanties souscrites sont finalement moins bonnes. En revanche, le RAC AMC des ménages dont le membre le plus âgé a entre 56 et 65 ans est presque identique selon que le ménage comprend un retraité ou non (430 euros contre 380 euros). En fin de compte, le taux d'effort en primes et restes à charge des ménages au sein desquels la personne la plus âgée a entre 56 et 65 ans et comprenant un retraité est plus élevé que celui des ménages du même âge sans retraité : 6 % contre 4 %. Parmi l'ensemble des ménages au sein desquels une personne au moins est retraitée, ce taux d'effort atteint 8 % chez les 20 % des ménages les plus modestes, tandis qu'il est de 4 % chez les 20 % d'entre eux les plus aisés. ■

Tableau 2 Dépenses affectées au financement du système de santé et au paiement des soins, selon l'âge de la personne la plus âgée du ménage, en 2019

En euros			
Tranches d'âge	Financement de l'AMO	Primes de complémentaire santé	Reste à charge après AMC
20-39 ans	5 374	510	206
40-59 ans	7 935	989	352
60-69 ans	4 300	1 279	443
70 ans ou plus	2 344	1 534	590
Ensemble des ménages	5 363	1 046	387

AMC : assurance maladie complémentaire ; AMO : assurance maladie obligatoire.

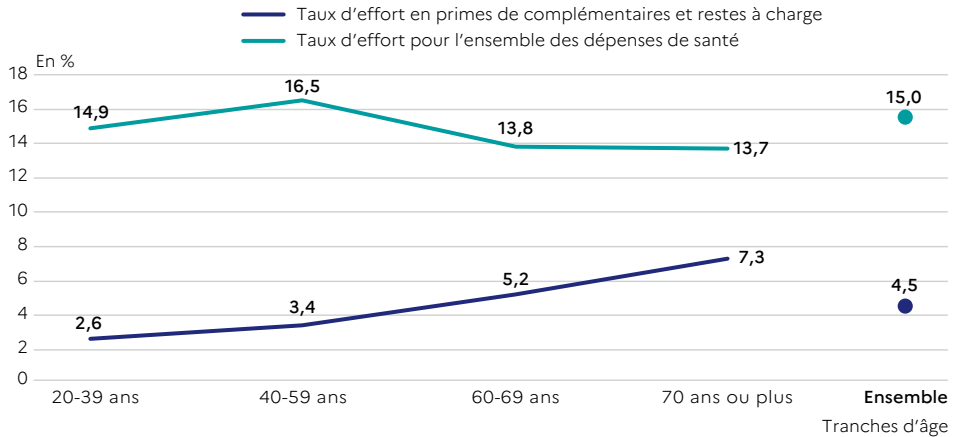
Note > Montant annuel moyen par ménage (en euros).

Lecture > Par an, en moyenne, un ménage dont l'individu le plus âgé a plus de 70 ans finance l'AMO à hauteur de 2 344 euros et verse 1 534 euros de primes de complémentaire santé (taxe de solidarité additionnelle [TSA] incluse, hors participation employeur et chèque d'aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS]). 590 euros restent à sa charge après remboursements par l'AMO et l'AMC.

Champ > Ménages vivant en logement ordinaire ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

Graphique 4 Taux d'effort des ménages pour l'ensemble de leurs dépenses de santé selon l'âge de la personne la plus âgée du ménage, en 2019



Note > Montant annuel moyen par ménage exprimé en pourcentage du revenu disponible.

Lecture > Un ménage dont l'individu le plus âgé a plus de 70 ans consacre en moyenne 13,7 % de son revenu disponible avant prélèvement du financement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) à l'ensemble de ses dépenses de santé (contribution au financement de l'AMO, primes, restes à charge). Il dépense en moyenne 7,3 % de son revenu disponible en primes de complémentaire (taxe de solidarité additionnelle [TSA] incluse, hors participation de l'employeur et chèques d'aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS] éventuels) et en restes à charge en santé.

Champ > Ménages vivant en logement ordinaire ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

Pour en savoir plus

- > Les données en datavisualisation sur les dépenses de santé et leur prise en charge par l'assurance maladie obligatoire en France sont disponibles dans l'espace Datavisualisation de la DREES.
- > **Adjerad, R., Courtejoie, N.** (2021, janvier). Des restes à charge après assurance maladie obligatoire comparables entre patients âgés avec et sans affection de longue durée, malgré des dépenses de santé 3 fois supérieures. DREES, *Études et Résultats*, 1180.
- > **Allain, S.,** (2022, octobre). Les maladies chroniques touchent plus souvent les personnes modestes et réduisent davantage leur espérance de vie. DREES, *Études et Résultats*, 1243.
- > **Cometx, R., Pierre, A.** (2022, décembre). Plus les dépenses de santé sont importantes, plus la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est élevée. DREES, *Études et Résultats*, 1251.
- > **Cour des comptes** (2023, septembre). La TVA est-elle un impôt juste ? *Les notes du Conseil des prélèvements obligatoires (CPO)*, 6.
- > **de Williencourt, C.** (2023). *Rapport 2023 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. Paris, France : DREES.
- > **Direction de la Sécurité sociale (DSS)** (2020). Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2019, prévisions 2020 et 2021.
- > **Fouquet, M., Pollak, C.** (2022, février). L'assurance maladie publique contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu. DREES, *Études et Résultats*, 1220.
- > **Jess, N. et al.** (2015). Les dépenses de santé à la charge des ménages retraités. Note de la DREES pour la séance du Conseil d'orientation des retraites (COR) du 14 octobre 2015.
- > **Lapinte, A., Legendre, B.** (2021, juillet). Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres. DREES, *Études et Résultats*, 1200.

Le système d'assurance maladie publique opère des transferts importants entre les personnes selon leur niveau de vie. D'une part les consommations de soins, et donc les prestations de l'assurance maladie obligatoire (AMO), décroissent avec le niveau de vie, du fait notamment d'inégalités sociales de santé. D'autre part, le financement de l'AMO est progressif, c'est-à-dire que son poids dans le revenu des ménages est supérieur pour les ménages aisés. Ainsi, le système d'assurance maladie publique réduit les écarts de niveau de vie, par rapport à une situation où chaque ménage devrait assumer intégralement ses frais de santé. Au contraire, l'assurance maladie complémentaire (AMC) privée induit très peu de transferts entre niveaux de vie.

L'assurance maladie publique opère d'importants transferts entre hauts et bas revenus

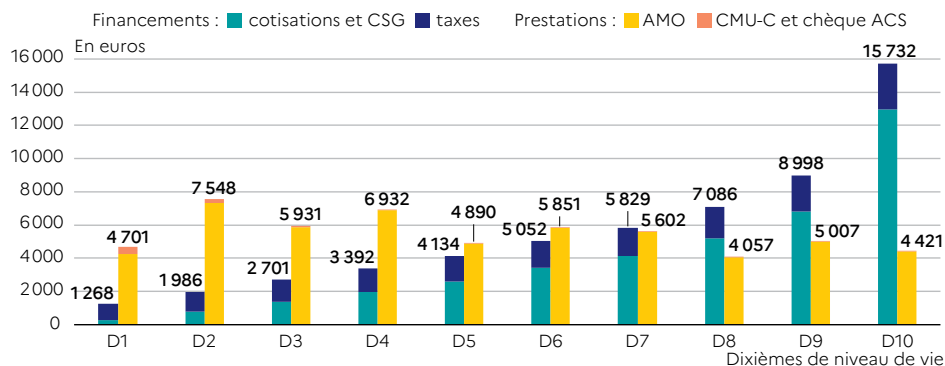
L'assurance maladie obligatoire (AMO) est un dispositif obligatoire de prélèvements et de prestations, qui modifie le revenu et donc le niveau de vie¹ des ménages par rapport à une situation où ceux-ci assumeraient intégralement leurs frais de santé. Les dispositifs publics favorisant l'accession à la complémentaire santé pour les ménages les plus modestes réalisent également des transferts de revenu (la couverture maladie universelle complémentaire [CMU-C] et l'aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS], fusionnés en 2019 en complémentaire santé solidaire [CSS], voir fiche 18, sont financés par des prélèvements sur les primes des bénéficiaires des complémentaires santé privées). Étudier les propriétés redistributives de l'assurance maladie « publique », qui regroupe l'AMO et les dispositifs publics favorisant l'accession à la complémentaire santé pour les ménages modestes (CMU-C et ACS en 2019) est donc pertinent. Le modèle de microsimulation Ines-Omar 2019 (voir annexe 2) permet ainsi de mesurer la réduction des inégalités opérée par l'ensemble du système d'Assurance maladie, puisqu'il prend en compte les financements et les prestations de toutes ses composantes, publiques et privées. L'effet redistributif de l'AMO,

de la CMU-C et de l'ACS peut s'apprécier à l'aune des transferts de revenu opérés entre ménages.

Le financement de l'AMO par les prélèvements sociaux est progressif, c'est-à-dire que le poids des cotisations sociales et de la contribution sociale généralisée (CSG) attribué à l'AMO dans le revenu des ménages augmente avec leur niveau de vie (*graphique 1*). En effet, des taux différenciés de CSG s'appliquent selon la nature des revenus (revenus d'activité, de patrimoine, et de remplacement), de sorte que les principales sources de revenu des ménages modestes se voient appliquer des taux de CSG plus faibles. De plus, certaines personnes modestes sont exonérées de la CSG, comme les retraités dont le foyer fiscal de référence (ou « le ménage ») dispose de ressources inférieures au seuil d'exonération. Enfin, les allègements de cotisations patronales pour les bas salaires diminuent les cotisations des ménages peu rémunérés. Ainsi, selon le modèle Ines-Omar 2019, un ménage du premier dixième de niveau de vie verse 270 euros par an de cotisations et de CSG pour financer l'AMO, ce qui représente 2 % du revenu disponible total du ménage avant financement de l'assurance maladie publique, quand un ménage du dernier dixième paie 12 700 euros de cotisations et de CSG, soit 11 % de son revenu.

1. Le niveau de vie d'un ménage correspond à son revenu disponible brut divisé par le nombre d'unités de consommation (UC) du ménage.

Graphique 1 Financements et prestations de l'assurance maladie publique selon le niveau de vie, en 2019



ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé ; AMO : assurance maladie obligatoire ; CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire ; CSG : contribution sociale généralisée.

Note > Les prestations de l'assurance maladie publique regroupent les prestations de l'AMO d'une part et les prestations au titre de la CMU-C et les chèques ACS d'autre part. Les prestations de l'AMO correspondent aux prestations en nature individualisables prises en charge par l'AMO. Elles peuvent être remboursées aux ménages ou versées directement aux prestataires au titre de ces soins. Les prestations au titre de la CMU-C correspondent à la partie complémentaire des soins financée par la CMU-C et dont les bénéficiaires sont exemptés (ticket modérateur [TM]).

Le financement est séparé entre les cotisations et la CSG d'une part, les taxes (dont la taxe de solidarité additionnelle [TSA], qui finance les prestations de la CMU-C et de l'ACS), d'autre part.

Lecture > Un ménage du cinquième dixième de niveau de vie (D5) perçoit chaque année en moyenne 4 890 euros de prestations, en incluant celles de l'AMO et celles au titre de la CMU-C ou de l'ACS (sous forme d'un chèque). Il contribue au financement de l'AMO à hauteur de 4 134 euros (cotisations, CSG, et taxes).

Champ > Ménages vivant en logement ordinaire en France métropolitaine ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

Cependant, le financement de l'AMO par les taxes est fortement régressif, c'est-à-dire qu'il pèse davantage dans le revenu des ménages les plus modestes (graphique 1). En effet, la part de la taxe sur la valeur ajoutée (TVA) allouée à l'AMO a très fortement augmenté en 2019 (Direction de la Sécurité sociale [DSS], 2020), alors que cette taxe pèse davantage dans le revenu des ménages les plus modestes. Le financement de la CMU-C et de l'ACS est également régressif, puisqu'il repose sur la taxe de solidarité additionnelle (TSA), proportionnelle aux primes des complémentaires. Or la part de ces primes dans le revenu des ménages décroît lorsque leur niveau de vie augmente (voir fiche 15). Ainsi, les ménages du premier dixième de niveau de vie financent l'AMO, la CMU-C et l'ACS via des taxes

à hauteur de 1 000 euros par an en moyenne, soit 8 % de leur revenu disponible avant financement de l'assurance maladie publique, tandis que les ménages du dernier dixième de niveau de vie contribuent à hauteur de 2 800 euros de taxes par an en moyenne, ce qui ne représente que 3 % de leur revenu, selon le modèle Ines-Omar 2019. Prises dans leur ensemble, les contributions au financement de l'assurance maladie publique sont progressives en fonction des niveaux de vie. Cependant, leur poids dans le revenu des ménages du premier dixième de niveau de vie est supérieur à leur poids dans le revenu des ménages du deuxième dixième (voir fiche 15). Les prestations de l'assurance maladie publique² contribuent elles aussi à la redistribution des revenus. Ces prestations sont légèrement plus élevées

² Les prestations de l'AMO et de la CMU-C sont constituées du remboursement de dépenses de santé, soit directement à leurs assurés, soit par le règlement de la dépense des assurés auprès des professionnels de santé dans le mécanisme du tiers payant. Les prestations de l'ACS consistent en des chèques ACS et des exonérations de participations forfaitaires et franchises (mais seuls les chèques ACS ont pu être modélisés). En revanche, les remboursements des contrats ACS sont comptabilisés dans les prestations de l'AMC, puisque l'ACS était gérée par les organismes de complémentaire santé privés.

pour la partie inférieure de la distribution des niveaux de vie (*graphique 1*), quoique plus faibles pour les ménages du premier dixième, composés de personnes plus jeunes que l'ensemble de la population. En moyenne, les ménages du deuxième au septième dixième de niveau de vie reçoivent des prestations de l'AMO, de la CMU-C et de l'ACS (sous forme de chèque) à hauteur de 6 100 euros. Ce montant s'élève à 4 500 euros pour les personnes appartenant aux trois dixièmes supérieurs. Ces disparités s'expliquent par le moins bon état de santé des personnes modestes, et par leur plus forte consommation de soins hospitaliers, mieux remboursés par l'AMO que les soins de ville. Enfin, les prestations de la CMU-C et de l'ACS se concentrent presque

entièrement parmi les deux premiers dixièmes de niveau de vie³. L'effet redistributif de l'AMO, de la CMU-C et de l'ACS peut également être mesuré par la réduction des écarts de niveau de vie entre ménages (Germain, 2021). Avant prélèvement de la CSG et des cotisations sociales finançant l'assurance maladie publique, les ménages du dernier dixième de niveau de vie ont un niveau de vie 8 fois supérieur à celui des ménages du premier dixième. Après prélèvement du financement de l'assurance maladie publique et après versement de ses prestations, ce rapport n'est plus que de 1 à 6 (*tableau 1*). Il est également possible de quantifier la réduction des écarts de niveau de vie en comparant l'indice de Gini⁴ de la distribution de

Tableau 1 Les niveaux de vie avant et après transferts de l'assurance maladie publique, en 2019

Montant annuel moyen par ménage, en euros par UC											
Niveau de vie...	D1	D2	D3	D4	D5	D6	D7	D8	D9	D10	Total
... avant financement de l'Assurance maladie	8 210	13 948	16 995	19 783	22 461	25 318	28 536	32 778	39 719	68 210	27 161
Financement : CSG	-99	-253	-515	-764	-932	-1 112	-1 331	-1 614	-1 986	-3 421	-1 177
Financement : cotisations et autres	-64	-168	-303	-489	-720	-971	-1 180	-1 574	-2 225	-4 561	-1 192
Financement : taxes	-655	-804	-862	-947	-1 014	-1 046	-1 083	-1 200	-1 400	-1 784	-1 071
... après financement de l'Assurance maladie	7 390	12 722	15 314	17 582	19 794	22 187	24 941	28 389	34 106	58 442	23 719
Remboursements de l'AMO	2 939	5 239	4 073	4 740	3 472	4 072	3 846	2 731	3 369	2 979	3 755
Remboursements de la CMU-C	233	82	26	18	8	4	6	5	7	3	40
Chèque ACS	32	55	14	3	0	0	0	0	0	0	10
... après prestations de l'Assurance maladie	10 596	18 100	19 428	22 344	23 276	26 265	28 793	31 126	37 482	61 425	27 527

ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé ; AMO : assurance maladie obligatoire ; CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire ; CSG : contribution sociale généralisée ; UC : unité de consommation.

Lecture > Un ménage du premier dixième de niveau de vie (D1) dispose d'un niveau de vie moyen de 8 210 euros par UC avant le financement de l'assurance maladie publique. Il contribue au financement de l'Assurance maladie à hauteur de 818 euros par UC en moyenne (dont 99 euros au titre de la CSG, 64 euros de cotisations et autres financements et 655 euros de taxes y compris TSA). Puis ce ménage reçoit 3 206 euros par UC de remboursements en moyenne (dont 2 939 euros de l'AMO, 233 euros au titre de la CMU-C et 32 euros de chèque ACS). En fin de compte, son niveau de vie après prise en compte de l'Assurance maladie est de 10 596 euros par UC.

Champ > Ménages vivant en logement ordinaire en France métropolitaine ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

3. Une étude menée sur le modèle de microsimulation Ines-Omar 2017 estime que les effets redistributifs de la CSS seront légèrement supérieurs aux effets redistributifs cumulés de la CMU-C et de l'ACS, qu'elle a remplacées en 2019 (Fouquet, Pollak, 2022b).

4. L'indice de Gini permet de mesurer le degré d'inégalité associé à la répartition d'une masse monétaire dans la population. Il peut varier de 0 (égalité totale) à 1 (inégalité totale).

niveau de vie, d'une part avant le financement de l'assurance maladie publique, et d'autre part après le versement de ses prestations (Fouquet, Pollak, 2022a). Plus généralement, le rôle de la santé est majeur dans la redistribution. Si l'on tient compte de l'ensemble des transferts publics, qu'ils soient monétaires (impôts, taxes, prestations) ou en nature (éducation, santé, aide au logement...), l'AMO contribue à hauteur de 20 % à la réduction des inégalités (Fouquet, Pollak, 2022a ; Accardo *et al.*, 2021 ; André *et al.*, 2023).

Enfin, la contribution de l'assurance maladie publique à la redistribution des revenus ne se limite pas aux transferts monétaires qu'elle organise. En effet, un système de santé accessible et de qualité permet à des personnes de se soigner et, par la suite, d'améliorer leur productivité et leur participation à l'activité économique. De la sorte, l'assurance maladie publique réduit aussi les écarts de revenus au stade de leur distribution primaire.

L'assurance maladie complémentaire privée n'a pratiquement aucun effet redistributif entre ménages de niveaux de vie différents

L'assurance maladie complémentaire (AMC) privée (soit hors CMU-C) peut également être considérée parmi les systèmes de transfert modifiant les inégalités de revenu. Cela ne va pas de soi, dans la mesure où l'adhésion à une AMC privée n'est pas toujours obligatoire, et que les prestations offertes sont globalement contributives, c'est-à-dire proportionnelles aux primes versées. Cependant, eu égard à la forte diffusion de la couverture complémentaire maladie en France (plus de 96 % de la population française résidant en France métropolitaine âgée de 15 ans ou plus bénéficie d'une

complémentaire santé en 2019, et 90 % d'une complémentaire privée, voir fiche 12) et à l'importance de la part des contrats qui n'opèrent pas de différenciations tarifaires selon l'état de santé entre les assurés au-delà de leur âge (voir fiche 10), son intervention peut être également intégrée dans un bilan redistributif de l'Assurance maladie dans sa globalité.

Les primes versées aux complémentaires santé⁵ sont plus élevées parmi les ménages plus aisés (*graphique 2*). Les primes moyennes sont particulièrement faibles parmi les ménages du premier dixième de niveau de vie, qui compte une proportion très importante de bénéficiaires de la CMU-C (40 %), ainsi que de personnes sans complémentaire santé (10 %)⁶. En revanche, les primes versées au titre de l'AMC représentent une part plus élevée du revenu des ménages modestes : autour de 3 % dans les trois premiers dixièmes, puis une part de plus en plus faible dans les dixièmes de niveau de vie supérieurs.

De même, les prestations versées par les complémentaires santé augmentent légèrement avec le niveau de vie des assurés, car le reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) croît avec le niveau de vie (voir fiche 14), et la qualité de la couverture complémentaire (voir fiche 27) s'améliore avec le revenu. L'AMC verse plus de prestations pour des soins hospitaliers aux ménages modestes, en raison de leur consommation davantage tournée vers ce type de soins. La part des soins de ville dans l'ensemble des prestations de l'AMC s'accroît lorsque le niveau de vie s'élève.

En fin de compte, les prestations moyennes de l'AMC privée sont pratiquement équivalentes aux prélèvements moyens dans chaque dixième de niveau de vie. L'AMC privée n'induit

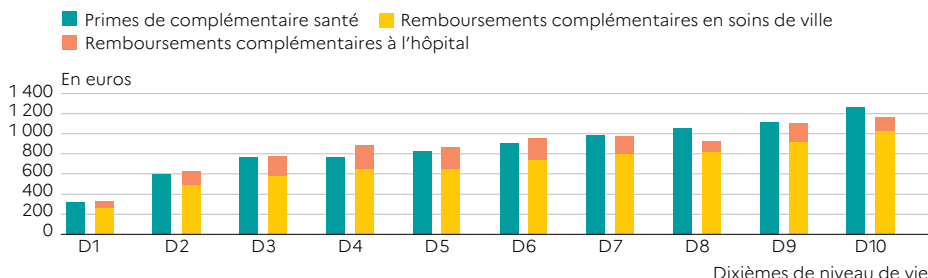
⁵ Les primes considérées ici incluent la participation de l'employeur en cas de contrat d'entreprise et le montant d'un éventuel chèque ACS, mais excluent la TSA, ainsi que les frais de gestion et la marge des assureurs santé, considérés comme la contrepartie d'un service assurantiel au bénéfice des assurés. Ainsi, la somme des prestations de l'AMC prises en compte est égale à la somme des versements à l'AMC.

⁶ Par ailleurs, les ménages représentés sont uniquement ceux vivant en logement ordinaire, ce qui exclut donc les personnes résidant en établissements pour personnes âgées, par exemple. L'exclusion de ces personnes est susceptible de distordre le bas de la distribution des revenus.

donc pratiquement pas de redistribution des revenus⁷ (résultat également présenté dans Fouquet, Pollak [2022a] via le modèle Ines-Omar 2017). La très légère redistribution visible provient du fait que certains contrats de complémentaire santé pratiquent une tarification différenciée selon le

revenu (voir fiche 10), et que l'état de santé des plus modestes, à âge donné, est plus dégradé que celui des ménages aisés. Enfin, les dispositifs d'aides publiques pour bénéficier d'une complémentaire santé sont, dans leur ensemble, très inégalement répartis selon le niveau de vie (encadré 1). ■

Graphique 2 Financements et prestations de l'assurance maladie complémentaire selon le niveau de vie, en 2019



Note > Montant annuel moyen par ménage.

Lecture > Un ménage du dernier dixième de niveau de vie (D10) perçoit chaque année en moyenne 1 170 euros de l'Assurance maladie complémentaire (AMC) privée sur le champ des soins présentés au remboursement de l'Assurance maladie obligatoire (AMO), dont 135 euros pour des soins reçus à l'hôpital. Il verse par ailleurs 1 267 euros de primes de complémentaire santé en moyenne, en incluant la participation de l'employeur mais en excluant les frais de gestion de l'organisme complémentaire et la taxe de solidarité additionnelle (TSA).

Champ > Ménages vivant en logement ordinaire en France métropolitaine ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'AMO, pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2019.

Encadré 1 Les aides publiques favorisant la souscription à une complémentaire santé bénéficient surtout aux plus modestes et aux plus aisés

Il existe de nombreuses aides socio-fiscales favorisant la souscription d'une complémentaire santé en France. Le montant des aides publiques dont bénéficient les ménages pour leur couverture complémentaire santé s'élevait à près de 4 milliards d'euros par an en 2017 (Fouquet, Pollak, 2022b).

Les 20 % les plus modestes sont fortement soutenus pour bénéficier d'une complémentaire santé (voir graphique ci-dessous), grâce à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et à l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) jusqu'en 2019, et grâce à la complémentaire santé solidaire (CSS) depuis, dont le montant représente la moitié de ces aides.

Néanmoins, la redistributivité des aides publiques dans leur ensemble est modifiée par la prise en compte des avantages fiscaux visant les actifs. D'une part, la participation obligatoire de l'employeur à un contrat de complémentaire d'entreprise (voir fiche 13), fortement croissante avec le niveau de vie, et qui peut être assimilée à un surcroît de rémunération, se voit appliquer un forfait social à un taux dérogatoire avantageux¹. D'autre part, la part de la cotisation de complémentaire santé payée par les salariés et les indépendants est retirée de leur assiette d'impôt sur le revenu. Ainsi, les ménages des classes moyennes du troisième au huitième dixième de niveau de vie (D3 à D8, voir graphique ci-dessous) percevoient moins d'aides pour acquérir une complémentaire ●●●

1. Exonération pour les très petites entreprises et 8 % pour les autres (contre 20 % usuellement).

7. Une limite à cette analyse est qu'elle n'inclut ni les prestations, ni les financements de l'AMC privée pour des soins non remboursables par l'AMO.

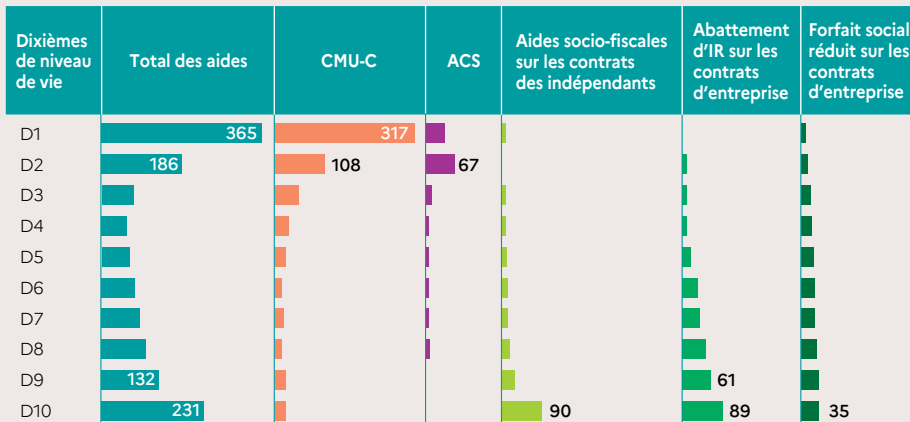
...

que les 20 % des ménages les plus aisés. Les 10 % les plus aisés reçoivent même davantage d'aides publiques pour cela que les ménages du deuxième dixième de niveau de vie, lesquels bénéficient pourtant fortement de la CMU-C et de l'ACS.

Au-delà de ces inégalités entre niveaux de vie, la situation favorable des personnes en emploi dans le secteur privé contraste avec celle des personnes retraitées, lesquelles – lorsqu'elles ne sont pas éligibles à la CSS – doivent s'acquitter des cotisations de complémentaire santé les plus élevées, tandis qu'aucun dispositif d'aides publiques ne leur est dédié (Fouquet, Pollak, 2022b).

Aides annuelles à la complémentaire santé par ménage et selon le niveau de vie, en 2017

En euros



ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé ; CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire ; IR : impôt sur le revenu.

Lecture > Les 10 % des ménages dont le niveau de vie est le plus élevé (D10) reçoivent en moyenne 231 euros par an d'aides publiques en 2017, dont 90 euros d'aides socio-fiscales sur les contrats des indépendants, 89 euros sous la forme d'abattement de l'assiette d'impôt sur le revenu de la cotisation de complémentaire santé pour les salariés, et 35 euros sous la forme d'un taux réduit de forfait social sur la part employeur.

Champ > Ménages vivant en logement ordinaire ; dépenses de santé présentées au remboursement de l'assurance maladie obligatoire (AMO), pour tous les soins de ville et hospitaliers, calées sur les montants de France entière.

Source > DREES, modèle de microsimulation Ines-Omar 2017.

Pour en savoir plus

> **André, M., Germain, J.-M., Sicsic, M.** (2023, mars). 'Do I get my money back?': A Broader Approach to Inequality and Redistribution in France With a Monetary Valuation of Public Services. Insee, *Documents de travail*, 2023-07.

> **Accardo, A. et al.** (2021, mai). Réduction des inégalités : la redistribution est deux fois plus ample en intégrant les services publics. Dans *Revenus et patrimoine des ménages*, Paris, France : Insee, coll. Insee Références.

> **Direction de la Sécurité sociale (DSS)** (2020). Les comptes de la Sécurité sociale. Résultats 2019, prévisions 2020 et 2021.

> **Fouquet, M., Pollak, C.** (2022a, février). L'assurance maladie publique contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu. DREES, *Études et Résultats*, 1220.

> **Fouquet, M., Pollak, C.** (2022b, septembre). Impact des assurances complémentaires santé et des aides socio-fiscales à leur souscription sur les inégalités de niveau de vie. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 101.

> **Germain, J.-M. (dir)** (2021). Rapport du groupe d'experts sur la mesure des inégalités et de la redistribution. Édition 2021. Insee, *Insee Méthodes*, 138.

Les garanties offertes par un contrat de complémentaire santé peuvent être complétées par la souscription d'un contrat dit de « surcomplémentaire ». Il s'agit d'un contrat juridiquement distinct du contrat qu'il complète et qui peut être souscrit auprès du même organisme que le contrat de base, ou auprès d'un autre organisme. Cette offre peut être proposée par les entreprises à leurs salariés ou souscrite à la suite d'une démarche individuelle. En 2021, d'après l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC), 2,8 millions de personnes sont couvertes par une surcomplémentaire, le plus souvent auprès d'une institution de prévoyance ou d'une mutuelle. Dans sept cas sur dix, il s'agit d'un contrat commercialisé « en collectif ».

Les assurés d'un contrat de complémentaire santé – qu'il soit collectif ou individuel – peuvent choisir de compléter leur couverture par un contrat dit de « surcomplémentaire ». C'est un contrat juridiquement distinct, qui peut être souscrit auprès de l'organisme du contrat socle, ou auprès d'un autre organisme.

La souscription de surcomplémentaire concerne principalement les salariés du secteur privé, obligés de souscrire le contrat choisi par leur entreprise (sauf situations particulières permettant de demander une dispense) depuis la généralisation de la complémentaire d'entreprise entrée en vigueur en 2016 (voir fiche 13 et encadré 1). Elle permet d'adapter leur couverture à leurs besoins en santé. Ainsi, les salariés qui estiment que les garanties de leur contrat collectif sont insuffisantes peuvent le compléter par ce biais. Pour les employeurs, proposer une surcomplémentaire aux salariés permet de présenter à ces derniers une offre modulaire, tout en contrôlant leur participation au coût. En effet, la loi leur impose de financer à hauteur de 50 % minimum le contrat socle de leurs salariés, mais n'impose aucune obligation sur les surcomplémentaires. Cela leur permet aussi de ne pas

perdre les avantages sociaux et fiscaux liés aux contrats responsables, qui doivent respecter des planchers et des plafonds de remboursement, tout en proposant une offre de surcomplémentaire allant au-delà de ces plafonds.

2,8 millions de personnes sont couvertes par une surcomplémentaire en 2021

En 2021, d'après l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC), 2,8 millions de personnes bénéficient d'un contrat de surcomplémentaire. Ce marché s'est étendu en cinq ans : le nombre de personnes couvertes par une surcomplémentaire santé a en effet augmenté de 14 % entre 2016 et 2019, puis de 4 % entre 2019 et 2021¹. Pour autant, environ 5 % des bénéficiaires seulement d'un contrat de complémentaire santé privé (donc hors complémentaire santé solidaire [CSS]) sont couverts par un contrat de surcomplémentaire. Ce marché reste donc très minoritaire cinq ans après la généralisation de la complémentaire santé, où la quasi-totalité des salariés ont dû souscrire le contrat collectif de leur entreprise et étaient susceptibles de se tourner vers le marché des surcomplémentaires (voir fiche 13).

1. En raison de la rupture de série en 2019 (voir annexe 3), les indicateurs présentés dans cette fiche ne sont pas directement comparables à ceux du précédent Panorama (Barlet et al., 2019).

Encadré 1 Les renforts dans l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017 auprès des salariés

Selon l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) de 2017 menée auprès des employeurs et des salariés (voir annexe 2), un quart des salariés du secteur privé qui bénéficient d'une complémentaire santé par l'intermédiaire de leur entreprise avaient souscrit un renfort, qu'il s'agisse d'une option ou d'un contrat de surcomplémentaire (Barlet et al., 2019). L'enquête vise notamment à identifier « des formules qui offrent des remboursements supérieurs au minimum obligatoire dans l'établissement, qu'il s'agisse d'options, de surcomplémentaires, de renforts, etc. » souscrits en complément d'un contrat socle correspondant au minimum de couverture proposé par l'entreprise à ses salariés¹.

Dans un tiers des cas, ce renfort avait été souscrit par leurs propres moyens et, dans les deux tiers des cas, par le biais de l'entreprise. Les salariés qui l'avaient souscrit par leurs propres moyens étaient en moyenne plus critiques vis-à-vis de l'offre proposée par l'entreprise.

La souscription de renforts était plus fréquente parmi les salariés d'établissements nouvellement couverts en 2017. Cela peut s'expliquer par des niveaux de remboursement des complémentaires en moyenne moins élevés pour ces salariés et par une commercialisation accrue de ce type de produits auprès de nouveaux clients en collectif.

Enfin, la souscription de renforts par l'intermédiaire de l'entreprise est plus fréquente parmi les salariés aux revenus élevés et les salariés en moins bonne santé. Ainsi, 26 % des salariés dont le revenu fiscal du foyer atteignait ou dépassait 70 000 euros ou plus par an avaient souscrit un renfort, contre 10 % seulement des plus modestes (revenu inférieur à 10 000 euros par an). Par ailleurs, un salarié non couvert par un renfort sur cinq y avait renoncé pour des raisons financières. Les salariés s'estimant en très bonne santé avaient également moins souvent souscrit des renforts (18 %, contre 25 % pour ceux se déclarant en « mauvaise ou très mauvaise santé »). Ces salariés en meilleure santé sont plus souvent des jeunes et donc des salariés plus fréquemment en contrat court et dont les revenus sont plus modestes.

1. À l'inverse, dans l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC), les surcomplémentaires sont identifiées comme des contrats distincts, et les contrats individuels ou collectifs correspondent à un ensemble « socle + option(s) » (la ou les options pouvant être inexistantes).

Les institutions de prévoyance et les mutuelles se partagent l'essentiel du marché

Les institutions de prévoyance et les mutuelles sont les organismes les plus présents sur ce marché en 2021, suivis par les entreprises d'assurance : cela concerne respectivement 47 %, 42 % et 11 % des bénéficiaires de surcomplémentaire (tableau 1), et 43 %, 39 % et 17 % en chiffre d'affaires.

Les contrats de surcomplémentaire sont majoritairement commercialisés « en collectif », pour presque sept bénéficiaires sur dix (tableau 1). Cela correspond au cas où les salariés souscrivent un contrat de surcomplémentaire (à adhésion facultative) par l'intermédiaire de leur entreprise, qu'il soit ou non cofinancé par l'employeur. Les salariés peuvent aussi souscrire une surcomplémentaire à titre personnel, pour eux et leurs ayants droit, à la suite d'une démarche individuelle auprès

de l'organisme complémentaire de leur choix (contrats commercialisés « en individuel »). C'est le cas de trois bénéficiaires de surcomplémentaire sur dix. Les données de l'enquête OC ne permettent pas de connaître les caractéristiques des personnes bénéficiaires d'une surcomplémentaire. Il n'est, notamment, pas possible de connaître le type (individuel ou collectif) ou les niveaux de garantie des contrats que viennent compléter les contrats de surcomplémentaire souscrits. Par ailleurs, les personnes couvertes par une complémentaire santé individuelle choisissent leur niveau de garantie en tenant compte de leur contrainte financière et de leurs besoins en santé. Elles n'ont donc en principe pas besoin de souscrire un contrat de surcomplémentaire, sauf pour obtenir des garanties dépassant les plafonds des contrats responsables (voir annexe 1).

Tableau 1 Part des bénéficiaires de contrat de surcomplémentaire, selon la famille d'organismes, en 2021

En %

	Contrats commercialisés en collectif	Contrats commercialisés en individuel	Ensemble
Mutuelles	21	21	42
Institutions de prévoyance	39	8	47
Entreprises d'assurance	8	3	11
Ensemble	68	32	100

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.

Lecture > En 2021, 21 % des bénéficiaires d'une surcomplémentaire sont couverts par un contrat commercialisé par une mutuelle, et souscrit à titre individuel.

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de surcomplémentaire santé, France entière.

Source > DREES, enquête OC 2021.

Le contrat de surcomplémentaire peut lui-même être responsable s'il offre des remboursements respectant notamment les plafonds de dépassements d'honoraires. La majorité des bénéficiaires de surcomplémentaire (71 %) sont couverts par un contrat responsable en 2019². Les surcomplémentaires non responsables sont plus fréquentes sur le marché individuel : un bénéficiaire d'une surcomplémentaire commercialisée en individuel sur deux dispose d'un contrat non responsable, contre un bénéficiaire d'une surcomplémentaire commercialisée en

collectif sur dix. Les surcomplémentaires responsables en collectif peuvent s'expliquer par une volonté des entreprises de proposer des contrats responsables afin de bénéficier des avantages fiscaux. À l'inverse, les contrats non responsables en individuel révèlent le souhait des souscripteurs (qu'ils soient ou non couverts en collectif pour leur contrat socle) de choisir une surcomplémentaire couvrant les dépassements d'honoraires au-delà de ce qui est permis pour des contrats responsables, quitte à ce que le tarif associé soit plus élevé. ■

Pour en savoir plus

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

> Franc, C. et al. (2010, janvier). Qui a souscrit une surcomplémentaire ? Une analyse dynamique de l'auto-sélection. *Irdes, Questions d'économie de la santé*, 150.

2. Cette question n'est pas posée dans l'enquête OC 2021, c'est pourquoi les résultats présentés se rapportent à l'année 2019.

La complémentaire santé solidaire (CSS) remplace depuis le 1^{er} novembre 2019 la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Elle vise à faciliter l'accès des personnes les plus modestes à une couverture complémentaire santé et offre une couverture unique à tous ses bénéficiaires, avec une prise en charge d'un panier de soins sans reste à charge incluant notamment le 100 % santé en optique, en dentaire et en audiologie. Selon le revenu des bénéficiaires, cette couverture est gratuite ou avec participation financière de 8 à 30 euros par mois selon l'âge du bénéficiaire. Fin 2022, 7,39 millions de personnes bénéficient de la CSS, soit 10,9 % de la population française hors Mayotte, dont 5,91 millions de manière gratuite et 1,48 million avec une participation financière.

Qui peut bénéficier de la CSS ?

Mise en place le 1^{er} novembre 2019, la complémentaire santé solidaire (CSS) est un dispositif de couverture complémentaire en faveur des personnes modestes, issu de la fusion de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) [encadré 1]. En gagnant en lisibilité, le dispositif unifié cherche à inciter au recours à une complémentaire santé et ainsi à favoriser l'accès aux soins des personnes les plus modestes. Selon le revenu du ménage, la CSS peut être gratuite (appelée ci-après CSS-g, qui remplace la CMU-C) ou payante (CSS-p, qui remplace l'ACS).

Qu'elle soit gratuite ou payante, la CSS donne accès à une couverture de complémentaire santé offrant un niveau de prise en charge sans reste à charge, comme la CMU-C jusqu'alors. Elle couvre notamment les dépenses des biens du panier 100 % santé en optique, en dentaire et en audiologie, comme l'ensemble des contrats de complémentaire santé responsables (voir fiche 29).

Les bénéficiaires de la CSS disposent, en plus d'un reste à charge nul en optique, en soins dentaires prothétiques et en audiologie, de tarifs opposables sur les consultations, c'est-à-dire qu'aucun dépassement d'honoraires ne peut

leur être facturé. Ils sont également exonérés :

- du ticket modérateur (TM) pour les soins de ville ou à l'hôpital ;
- du forfait journalier hospitalier (FJH) ;
- de la participation forfaitaire de 24 euros pour les actes lourds en ville ou à l'hôpital ;
- des participations forfaitaires sur les actes médicaux et les analyses de laboratoire ;
- des franchises médicales sur les dépenses de médicaments, de transport et de soins infirmiers ;
- des majorations pour non-respect du parcours de soins ;
- de coûts liés aux dispositifs médicaux, comme les pansements, les lecteurs de glycémie ou les fauteuils roulants.

Enfin, pour toutes leurs dépenses couvertes par l'Assurance maladie, ils sont dispensés d'avance de frais (tiers payant intégral).

La CSS est accordée pour une période d'un an aux Français et aux étrangers résidant en France depuis plus de trois mois, en situation régulière et dont les ressources perçues au cours des douze derniers mois sont inférieures à un certain seuil. Les plafonds de ressources conditionnent l'accès gratuit ou avec participation financière au dispositif. Au 1^{er} avril 2024, le plafond de ressources pour être éligible à la CSS gratuite (CSS-g) s'élève à 847 euros mensuels¹ pour une

1. En moyenne sur les douze derniers mois ; 798 euros mensuels au 1^{er} juillet 2022, année de référence de la suite de la fiche.

Encadré 1 Les anciens dispositifs : la CMU-C et l'ACS

Jusqu'en octobre 2019, coexistaient deux dispositifs donnant accès à une complémentaire santé aux populations les plus précaires : la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). La CMU-C, mise en place en 2000 à destination des ménages les plus précaires, offrait une couverture santé gratuite et similaire à ce que couvre la complémentaire santé solidaire (CSS)¹. L'ACS, instaurée en 2005, était destinée aux personnes dont les ressources étaient comprises entre le plafond de la CMU-C et ce plafond majoré de 35 %. Elle se présentait sous la forme d'une attestation, délivrée sur demande de l'assuré par la caisse primaire d'assurance maladie (CPAM), permettant à ses bénéficiaires d'être dispensés d'avance de frais sur leurs dépenses de santé pour la partie remboursée par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et d'être exonérés des franchises et des participations forfaitaires. L'attestation permettait également de bénéficier d'un chèque ACS qui réduisait le prix lors de la souscription à l'un des trois types de contrats ACS proposés par les organismes complémentaires sélectionnés par appel d'offre. Ces trois contrats ACS, définis par les pouvoirs publics, correspondaient à différents niveaux de garantie. Le montant du chèque accordé variait en fonction de l'âge du bénéficiaire (100 euros pour les moins de 16 ans, 200 euros pour les 16-49 ans, 350 euros pour les 50-59 ans et 550 euros pour les 60 ans ou plus).

1. Le panier de soins CSS en optique, en audiologie et en dentaire étant toutefois plus large que le panier de soins CMU-C (voir fiche 28).

personne seule et sans enfant en France métropolitaine (943 euros dans les départements et régions d'outre-mer [DROM]²). Au-delà et jusqu'à 1 144 euros mensuels³ (1 273 euros dans les DROM⁴), une personne seule et sans enfant peut bénéficier de la CSS payante (CSS-p), pour laquelle la participation financière est croissante avec l'âge du bénéficiaire. Elle est de 8 euros par mois pour les moins de 30 ans, 14 euros pour les 30-49 ans, 21 euros pour les 50-59 ans, 25 euros pour les 60-69 ans et de 30 euros pour les personnes de 70 ans ou plus.

Pour les étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis au moins trois mois et dont les ressources sont inférieures au plafond de la CSS-g, l'aide médicale de l'État (AME) permet un accès gratuit à un panier de soins toutefois plus réduit que celui de la CSS⁵.

De la CMU-C et ACS à la CSS : un dispositif simplifié

Depuis la réforme, les bénéficiaires de la CSS-p ont accès à un contrat unique, contrairement au dispositif ACS pour lequel il était possible de choisir entre trois contrats de niveau de couverture différent. Le tarif de la CSS-p varie ainsi uniquement avec l'âge et est plafonné à 30 euros par mois à partir de 70 ans. Auparavant, le reste à payer pour les bénéficiaires de l'ACS variait en fonction de l'âge mais aussi du niveau de couverture choisi. Il pouvait atteindre des niveaux élevés pour les plus âgés, le montant du chèque ACS augmentant avec l'âge mais moins vite que le prix des contrats (Cabannes, Richet-Mastain, 2021). Désormais, la CSS offre une amélioration de la couverture à un coût comparable à celui des contrats de niveau de couverture intermédiaire de l'ACS.

2. Y compris à Mayotte, où la CSS a été mise en place en janvier 2024. Le plafond s'élevait à 888 euros mensuels au 1^{er} juillet 2022.

3. 1 077 euros mensuels au 1^{er} juillet 2022.

4. 1 198 euros mensuels au 1^{er} juillet 2022.

5. Les différences concernent notamment la non prise en charge, pour les bénéficiaires de l'AME, du panier 100 % santé sans reste à charge, des médicaments à service médical rendu (SMR) faible, de la procréation médicalement assistée, des médicaments princeps lorsqu'un médicament générique est disponible, des cures thermales.

L'un des principaux enjeux de la mise en place de la CSS était d'améliorer le recours aux dispositifs d'aide en les rendant plus simples et plus lisibles, et en allégeant les démarches (notamment en l'attribuant directement aux allocataires du revenu de solidarité active [RSA] et aux membres de leur foyer [encadré 2]). En effet en 2019, seul un éligible sur deux (54 %) recourait à la CMU-C (67 %) ou à l'ACS (28 %) [ou à la CSS à partir du 1^{er} novembre 2019], selon le modèle de micro-simulation Ines (DREES, 2022) [voir fiche 28]. Les éligibles à la CMU-C ou à l'ACS qui n'y ont pas recours peuvent être couverts par un autre dispositif : complémentaire santé d'entreprise,

complémentaire individuelle. Pour autant, malgré l'existence de ces dispositifs spécifiques en faveur des plus modestes, 30 % des personnes non couvertes par une complémentaire santé (y compris par les dispositifs spécifiques) déclarent ne pas être couvertes par manque de moyens – la moitié de ces dernières vivent dans les 20 % des ménages les plus modestes (Fouquet, 2020), selon l'enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) de 2017 menée par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

L'autre enjeu de la réforme était de favoriser l'accès aux soins. D'une part, les bénéficiaires

Encadré 2 Des mesures pour encourager le recours à la CSS

L'un des objectifs du passage à un dispositif unique et proche de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) était de simplifier les démarches et de favoriser le recours à la complémentaire santé solidaire (CSS). Mais sa mise en place ne s'est pas traduite par une hausse massive du taux de recours (voir fiche 28). C'est pourquoi, pour faciliter encore l'accès à la CSS, d'autres mesures sont progressivement mises en place, à destination notamment des bénéficiaires de minima sociaux.

Avant le 1^{er} janvier 2022, pour bénéficier de la complémentaire santé solidaire gratuite (CSS-g), les allocataires du revenu de solidarité active (RSA), qui sont tous éligibles de droit à la CSS-g, devaient en faire la demande la première fois, seul le renouvellement étant automatique. Désormais, les allocataires du RSA, ainsi que les membres de leur foyer, se voient automatiquement attribuer la CSS-g lorsqu'ils font leur demande de RSA, sauf s'ils refusent explicitement d'en bénéficier. Par ailleurs, depuis le 1^{er} avril 2022, les bénéficiaires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) n'ayant pas travaillé au cours des trois derniers mois bénéficient d'une présomption de droit à la complémentaire santé solidaire payante (CSS-p) leur permettant de procéder à une demande simplifiée de CSS. Ce dispositif est étendu fin 2022 à leurs conjoints, concubins ou partenaires de pacte civil de solidarité (PACS).

Toujours depuis le 1^{er} avril 2022, toute personne, bénéficiaire ou non d'un minimum social, peut résilier à tout moment son contrat de CSS, et non plus seulement à la date anniversaire. L'interruption du contrat prend effet à la fin du mois de réception de la demande de résiliation par l'organisme auprès duquel la CSS a été souscrite. Cela peut notamment permettre aux personnes trouvant un emploi de souscrire le contrat de leur employeur ou à celles dont les ressources diminuent de basculer de la CSS-p à la CSS-g. Cela peut aussi permettre à une personne majeure (qui ne serait pas un enfant majeur du foyer) intégrant un foyer déjà bénéficiaire de ce dispositif d'être également couverte par ce contrat de CSS, sans avoir à attendre la fin du droit en cours (si la condition de ressources est toujours vérifiée en tenant compte des ressources du nouveau venu). Les enfants à charge de moins de 25 ans intégrant un foyer déjà bénéficiaire de la CSS peuvent également, depuis le 1^{er} janvier 2022, obtenir immédiatement la couverture par le contrat du foyer.

Enfin, la déclaration de ressources pour les non-allocataires du RSA est, depuis début 2022, simplifiée, grâce à l'utilisation du dispositif de ressources mensuelles (DRM) par les organismes de sécurité sociale. Ces derniers obtiennent ainsi directement des informations sur les revenus d'activité salariée et les prestations sociales versés aux personnes. En plus d'alléger la charge de gestion et les coûts pour les caisses primaires d'assurance maladie, ce dispositif permet de simplifier les démarches des personnes éligibles à la CSS qui n'ont plus à déclarer en détail leurs ressources.

de l'ACS pouvaient être exposés à des restes à charge conséquents, notamment en optique, en dentaire et en audiologie (Fonds de la complémentaire santé solidaire [Fonds CSS], 2019). Si la mise en place de l'opposabilité des tarifs pour les consultations en médecine avait permis d'atteindre un niveau de prise en charge comparable à celui des contrats individuels (Loiseau, 2020), la CSS améliore encore cette prise en charge. L'intégration au panier CSS des biens du panier 100 % santé a permis aux bénéficiaires de la CSS d'avoir accès à un panier complet de soins sans reste à charge. D'autre part, les refus de soins étaient plus marqués pour les bénéficiaires de l'ACS que pour ceux de la CMU-C, sans doute parce que les professionnels de santé connaissaient mal le dispositif ou anticipaient des contraintes administratives et des difficultés de remboursement par les caisses primaires d'assurance maladie (Chareyron et al. 2019). La mise en place d'un dispositif unique semble avoir contribué à réduire ces pratiques discriminatoires (encadré 3).

Une hausse modérée du nombre de bénéficiaires depuis la réforme de la CSS

Fin 2022, 7,39 millions de personnes sont bénéficiaires de la CSS, ce qui représente 10,9 % de la population française (hors Mayotte). Parmi elles, 5,91 millions bénéficient de la CSS-g, soit 8,7 % de la population, et 1,48 million de la CSS-p, soit 2,2 % de la population (*graphique 1*) [Cabannes, Chevalier, 2023]. Le nombre de bénéficiaires de la CSS est en hausse de 4 % par rapport aux effectifs cumulés des bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C en octobre 2019 (respectivement 1,30 et 5,78 millions), juste avant la mise en place progressive de la CSS en novembre de cette même année. Ce sont surtout les bénéficiaires de la CSS-p qui sont plus nombreux : cela représente, entre fin octobre 2019 et fin décembre 2022, une augmentation de 13 %, contre une augmentation de 2 % pour la CSS-g (Cabannes, Chevalier, 2022). En plus de la mise en place de la CSS, deux facteurs ont notamment contribué à ces hausses : la revalorisation anticipée de 4,0 % des plafonds pour bénéficier de la CSS

Encadré 3 Les refus de soin opposés aux bénéficiaires de la CSS et de l'AME

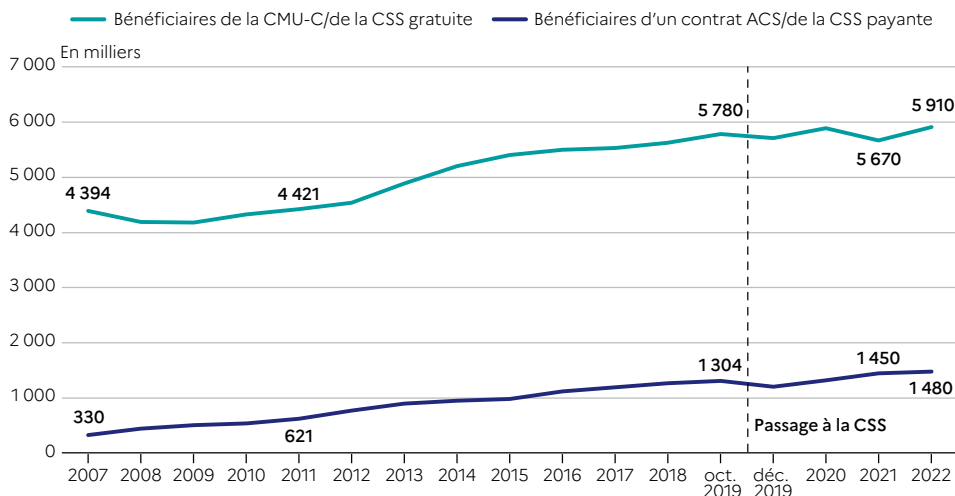
Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire (CSS) et de l'aide médicale de l'État (AME) ont été étudiés dans trois spécialités médicales : médecine générale, ophtalmologie et pédiatrie (Le Rolland et al., 2023)¹. Cette étude s'appuie sur un testing téléphonique de 34 000 appels réalisé entre mars et septembre 2022 auprès de plus de 3 000 praticiens, en France métropolitaine, conventionnés en secteur 1 ou 2 et qui exercent comme salariés ou en libéral.

Les patients bénéficiaires de la CSS obtiennent un rendez-vous médical dans les mêmes proportions que les patients de référence (patients qui ne sont ni bénéficiaires de la CSS, ni de l'AME). En revanche, les bénéficiaires de l'AME doivent appeler en moyenne 1,3 fois plus que les patients de référence pour obtenir un rendez-vous médical. Ils ont entre 14 % et 36 % de chances en moins d'avoir un rendez-vous chez un généraliste, entre 19 % et 37 % chez un ophtalmologue et entre 5 % et 27 % chez un pédiatre, et ce quels que soient le genre et le secteur d'exercice des praticiens. Par ailleurs, le taux d'obtention d'un rendez-vous médical varie selon la région.

Ces discriminations sont le fait d'une minorité de praticiens, mais ont une ampleur non négligeable et sont souvent exprimées de manière explicite : 4 % des demandes de rendez-vous des patients bénéficiaires de l'AME chez un généraliste se soldent par un refus discriminatoire explicite, 7 % chez un pédiatre et 9 % chez un ophtalmologue. Des travaux socio-anthropologiques ont notamment étudié le rôle de la construction de catégories de patients (et notamment de préjugés associés à la grande pauvreté) dans la différenciation de leur prise en charge (Desprès, Lombrail, 2017).

1. Étude rendue publique par le Défenseur des droits et le ministère de la Santé et de la Prévention (représenté par la DREES et la Direction de la Sécurité sociale [DSS]).

Graphique 1 Évolution du nombre de bénéficiaires de la CMU-C/CSS gratuite, et d'un contrat ACS/CSS payante, depuis 2007



ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé ; CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire ; CSS : complémentaire santé solidaire.

Note > Jusqu'en 2018, les effectifs bénéficiant d'un contrat ACS sont ceux du mois de novembre. Les années suivantes, les effectifs (y compris ceux de la CMU-C/CSS gratuite) sont ceux du mois de décembre. Depuis le passage à la CSS, les effectifs sont arrondis à la dizaine de milliers près.

Champ > CMU-C/CSS gratuite : France (hors Mayotte), tous régimes ; ACS : ensemble des personnes couvertes par un contrat ACS, hors contrat de sortie ACS ; CSS payante : ensemble des personnes couvertes par la CSS payante.

Sources > CNAM ; RSI ; MSA ; Fonds CMU ; calculs DSS (extraction fin juin 2023).

au 1^{er} juillet 2022⁶, afin de compenser l'augmentation de l'inflation ; la mise en place, depuis début 2022, de diverses mesures visant à favoriser l'accès à la CSS (encadré 2). Toutefois, les fluctuations du nombre de bénéficiaires peuvent aussi être liées à l'entrée automatique dans le dispositif CSS de bénéficiaires du RSA, lorsque celui-ci est revalorisé, ou à l'évolution de la pauvreté.

La hausse du nombre de bénéficiaires ne date pas de la mise en place de la CSS en novembre 2019. En effet, les effectifs de bénéficiaires de la CMU-C ont augmenté chaque année au cours de la période 2009-2018, pour une hausse globale de 35 %. L'ACS a quant à elle connu une forte croissance entre 2007 et 2019. Le nombre de bénéficiaires a presque été multiplié par quatre entre fin 2007 (330 000) et octobre 2019 (1,30 million).

Les bénéficiaires de la CSS gratuite sont relativement jeunes, en moins bon état de santé ressentie que le reste de la population

Les bénéficiaires de la CSS-g sont plus jeunes que le reste de la population : en 2022, 71 % de ses bénéficiaires ont moins de 40 ans et 43 % ont moins de 20 ans, alors que seuls 8 % ont 60 ans ou plus (tableau 1), selon les données 2022 du Système national des données de santé (SNDS). À l'inverse, 46 % des bénéficiaires de la CSS-p ont moins de 40 ans, et 31 % 60 ans ou plus. Le fait que les bénéficiaires de la CSS-p soient plus âgés que ceux de la CSS-g est notamment dû au fait que le montant du minimum vieillesse⁷, fixé au 1^{er} janvier 2023 à 961,08 euros par mois, place l'essentiel de ses bénéficiaires dans la fourchette d'éligibilité à la CSS-p.

6. En plus de la revalorisation annuelle habituelle au 1^{er} avril.

7. Le minimum vieillesse permet aux personnes âgées d'au moins 65 ans (ou ayant atteint l'âge légal de départ à la retraite pour inaptitude au travail) d'accéder à un seuil minimal de ressources. Deux allocations existent : l'allocation supplémentaire vieillesse (ASV) et l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa).

Tableau 1 Caractéristiques des bénéficiaires de la CSS gratuite et de la CSS payante

En %

	Bénéficiaires de la CSS gratuite	Bénéficiaires de la CSS payante	Ensemble de la population
Répartition par âge	Ensemble de la population et des bénéficiaires		
Moins de 20 ans	43	29	24
20 à 39 ans	28	17	23
40 à 59 ans	21	23	26
60 ans ou plus	8	31	27
Caractéristiques sociodémographiques	Population et bénéficiaires de 15 ans ou plus		
Vit seul	26	nd	17
Est ouvrier	44	nd	26
Est employé	27	nd	20
Occupe un emploi	30	nd	52
Est au chômage	23	nd	5
N'a aucun diplôme	34	nd	14
Se déclare en « mauvaise » ou en « très mauvaise » santé	17	nd	7
Présence d'au moins une ALD	Ensemble des consommateurs		
	11	34	17

ALD : affection de longue durée ; CSS : complémentaire santé solidaire ; nd : non disponible.

Lecture > En 2022, 43 % des bénéficiaires de la CSS gratuite ont moins de 20 ans, contre 24 % de l'ensemble de la population.

Champ > Population vivant en France pour la répartition par âge de l'ensemble de la population. Ensemble des personnes âgées de 15 ans ou plus vivant en France métropolitaine dans un logement ordinaire pour les caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé ressenti. Population des consommateurs du Système national des dépenses de santé (SNDS) pour la présence d'une ALD et pour la répartition par âge des bénéficiaires de la CSS.

Sources > Insee, estimation de population au 1^{er} janvier 2023 pour la répartition par âge de l'ensemble de la population ; DREES-Irdes, enquête EHIS 2019, pour les caractéristiques sociodémographiques et l'état de santé ressenti des bénéficiaires de la CSS et de l'ensemble de la population ; SNDS 2022, calculs DREES, pour la présence d'une ALD des bénéficiaires de la CSS et de l'ensemble de la population, ainsi que pour la répartition par âge des bénéficiaires de la CSS.

Un bénéficiaire de la CSS sur deux est membre d'un foyer bénéficiaire du RSA⁸. Parmi les bénéficiaires de la CSS dont le foyer ne perçoit pas le RSA, environ trois sur cinq disposent de la CSS-g et deux sur cinq de la CSS-p. Une partie relativement élevée (30 %) des bénéficiaires de la CSS-g occupe un emploi et un tiers est sans diplôme (contre seulement 14 % de l'ensemble de la population).

Avec ou sans participation financière, les bénéficiaires de la CSS de 15 ans ou plus vivent plus souvent seuls que l'ensemble de la population.

C'est le cas de 40 % des bénéficiaires de la CSS avec participation financière et de 26 % de ceux sans participation, contre seulement 17 % de la population française de 15 ans ou plus⁹. Les bénéficiaires de la CSS-g sont plus souvent ouvriers et employés : respectivement 44 % et 27 %, contre 26 % et 20 % dans l'ensemble de la population.

Près de 17 % des bénéficiaires de la CSS-g s'estiment, en 2019, en « mauvaise » ou « très mauvaise » santé, contre 7 % de l'ensemble de la population. Ils sont également plus nombreux à déclarer

8. Voir Direction de la Sécurité sociale (DSS) [2022].

9. Les caractéristiques sociodémographiques (autres que l'âge) de ces populations sont connues uniquement pour les bénéficiaires de la CMU-C via l'enquête santé européenne EHIS 2019 (voir annexe 2), faute de données d'enquête plus récentes. Les plafonds des anciens et des nouveaux dispositifs étant identiques (aux revalorisations indexées sur l'inflation près), les caractéristiques des bénéficiaires de la CMU-C sont vraisemblablement comparables à celles des bénéficiaires de la CSS, et une éventuelle hausse du recours à la suite de la mise en place de la CSS n'aurait *a priori* qu'un impact négligeable sur les profils des bénéficiaires. Les bénéficiaires de l'ACS ne sont pas identifiés dans l'enquête EHIS 2019.

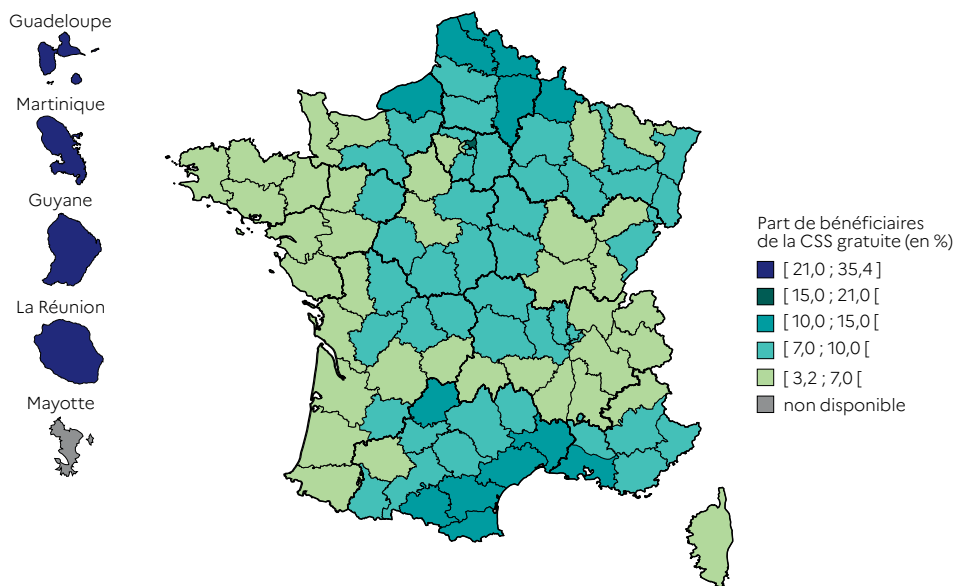
s'être rendus à l'hôpital au cours de l'année et à avoir eu recours à des médicaments prescrits par un médecin. En 2022, 11 % des bénéficiaires de la CSS-g et 34 % des bénéficiaires de la CSS-p ont au moins une affection de longue durée (ALD), contre 17 % de l'ensemble des consommateurs¹⁰ (d'après les données issues du SNDS). Bien qu'ils s'estiment en moins bonne santé que l'ensemble de la population, le taux d'ALD est plus faible chez les bénéficiaires de la CSS-g, en partie du fait de leur plus jeune âge. La part de la population bénéficiaire d'un contrat CSS varie sur le territoire : de 3,2 % (Corse-du-Sud) à 17,5 % (Seine-Saint-Denis) pour la CSS-g et de 1,1 % (Ain) à 3,5 % (Hérault) pour la CSS-p en France métropolitaine (*cartes 1a et 1b*). La part de bénéficiaires de la CSS-g dépasse 20 % dans

tous les DROM (hors Mayotte, où la CSS n'existe pas fin 2022) et atteint 35,4 % à La Réunion. Outre les DROM et la Seine-Saint-Denis, les départements où les bénéficiaires de la CSS-g sont, en part de la population, les plus nombreux, se situent dans le pourtour méditerranéen et le nord de la France.

Des contrats CSS de plus en plus souvent gérés par le régime obligatoire

Les bénéficiaires de la CSS-g ou de la CSS-p peuvent confier la gestion de leur contrat soit à leur caisse d'assurance maladie (CPAM, caisse de mutualité sociale agricole [MSA] ou régime spécial) soit à un organisme de complémentaire santé privé, inscrit sur la liste nationale des organismes gestionnaires¹¹. Avant la mise en place

Carte 1a Part de bénéficiaires de la CSS gratuite parmi l'ensemble de la population, fin décembre 2022



Note > En France, on compte au total 8,7 bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire gratuite (CSS-g) pour 100 habitants.

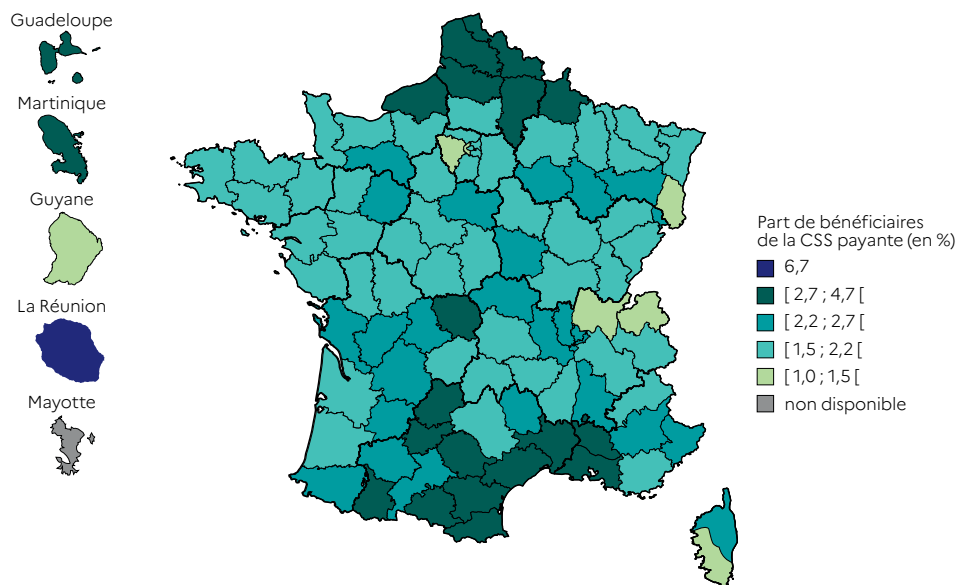
Champ > France (hors Mayotte).

Sources > Insee ; DSS.

10. On appelle ici « consommant » une personne ayant eu recours au moins une fois à des soins ou à des biens médicaux dans l'année. Seuls les consommateurs (soit environ 95 % de la population sur une année donnée) sont présents dans le SNDS.

11. Sont volontaires pour gérer la CSS en 2022 : 98 organismes complémentaires, soit 22 % de ceux redevables de la taxe de solidarité additionnelle (TSA) [DSS, 2023a]. Les organismes complémentaires sont remboursés au coût réel de leurs dépenses.

Carte 1b Part de bénéficiaires de la CSS payante parmi l'ensemble de la population, fin décembre 2022



Note > En France, on compte au total 2,2 bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire payante (CSS-p) pour 100 habitants.

Champ > France (hors Mayotte).

Sources > Insee ; DSS.

de la CSS, l'ACS était uniquement gérée par les organismes de complémentaire santé, tandis que la CMU-C était gérée, au choix des bénéficiaires, soit par les organismes complémentaires, soit par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Lorsque le droit à la CSS prend fin, les personnes ayant choisi la gestion par un organisme complémentaire peuvent bénéficier, pendant un an, d'un contrat de sortie, aux garanties similaires. En 2022, le total de la dépense engagée pour la CSS est de 3,2 milliards d'euros, dont 2,6 milliards pour les régimes obligatoires d'assurance maladie et 0,5 milliard pour les organismes complémentaires. Le montant des participations des assurés pour la CSS-p est de 0,3 milliard d'euros, portant ainsi la dépense nette à 2,9 milliards d'euros.

La part des bénéficiaires de contrats de CSS dont la gestion est confiée à un organisme complémentaire diminue au profit de l'AMO depuis la mise en place du dispositif : fin 2019, les organismes complémentaires gèrent un quart des contrats CSS¹², contre seulement 11 % fin 2022. Pour la CSS-g, cette part est passée de 9 % à 6 %. Pour la CSS-p, elle est passée de 99 %¹³ à 30 %. Certains bénéficiaires de la CSS trouvent plus simple de choisir l'AMO pour la gestion de leur CSS, ce qui leur permet d'avoir recours à un interlocuteur unique pour les questions de santé (Caro et al., 2023). Pour d'autres, il est plus facile de choisir l'organisme complémentaire de leur ancien contrat de complémentaire santé. ■

¹². Dont les derniers contrats ACS qui ont perduré jusqu'en octobre 2020.

¹³. Fin 2019, la quasi-totalité des bénéficiaires disposaient encore de leur ancien contrat ACS, qui était uniquement géré par les organismes complémentaires.

Pour en savoir plus

- > **Cabannes, P.-Y., Richet-Mastain, L. (dir.)** (2021). *Minima sociaux et prestations sociales – Ménages aux revenus modestes et redistribution* – Édition 2021. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Social.
- > **Cabannes, P.-Y., Chevalier, M. (dir.)** (2022). *Minima sociaux et prestations sociales – Ménages aux revenus modestes et redistribution* – Édition 2022. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Social.
- > **Cabannes, P.-Y., Chevalier, M. (dir.)** (2023). *Minima sociaux et prestations sociales – Ménages aux revenus modestes et redistribution* – Édition 2023. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Social.
- > **Caro, M., Carpezat, M., Forzy, L.** (2023, mars). Le recours et le non-recours à la complémentaire santé solidaire – Une étude qualitative des profils et des trajectoires des bénéficiaires. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 107.
- > **Chareyron, S. L'Horty, Y., Petit, P.** (2019, octobre). Les refus de soins discriminatoires liés à l'origine et à la vulnérabilité économique : tests multicritères et représentatifs dans trois spécialités médicales en France. Étude réalisée à la demande du Défenseur des droits et du Fonds CMU-C. Défenseur des droits, *Études et Résultats*.
- > **Desprès, C., Lombrail, P.** (2017, mars). Résultats de l'étude : « Des pratiques médicales et dentaires entre différenciation et discrimination ». Une analyse de discours de médecins et dentistes. Défenseur des droits, *Études et Résultats*.
- > **Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)** (2022, décembre). Complémentaire santé solidaire avec participation financière : un taux de non-recours en baisse pour la première fois en 2021. Jeux de données.
- > **Direction de la Sécurité sociale (DSS)** (2022). *Rapport annuel 2021 de la complémentaire santé solidaire*.
- > **Direction de la Sécurité sociale (DSS)** (2023a). *Rapport annuel 2022 de la complémentaire santé solidaire*.
- > **Direction de la Sécurité sociale (DSS)** (2023b). *Rapport d'évaluation des politiques de Sécurité Sociale*. Annexe 1 – Maladie.
- > **Fonds de la complémentaire santé solidaire (Fonds CSS)** (2019). *Rapport d'activité*.
- > **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.
- > **Le Rolland, L. et al.** (2023, mai). Les refus de soins opposés aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire et de l'aide médicale de l'État – Un testing portant sur une première prise de rendez-vous médical par téléphone auprès des généralistes, des ophtalmologues et des pédiatres. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 109.
- > **Loiseau, R.** (2020, février). Aide au paiement d'une complémentaire santé : un niveau de couverture équivalent à celui des contrats du marché individuel en 2018. DREES, *Études et Résultats*, 1142.

Les garanties par poste de soins

Les organismes complémentaires ont versé 29,8 milliards d'euros en soins et biens médicaux en 2022. Ils financent ainsi environ 13 % des dépenses de santé, avec des taux de prise en charge particulièrement élevés pour les postes du 100 % santé, à savoir l'optique (71 % de la dépense), les prothèses dentaires (57 %) et les prothèses auditives (42 %). Ils sont aussi des financeurs importants des laboratoires d'analyses et des soins en cure thermique (25 %) ainsi que des médecins et sages-femmes (17 %). Hors soins de ville et transports, les contrats collectifs versent plus de prestations en optique et en dentaire, alors que les contrats individuels, qui couvrent notamment les retraités, versent davantage de prestations en soins hospitaliers, en dentaire et en médicaments.

Des organismes complémentaires très présents sur les trois postes de soins concernés par le 100 % santé : optique, prothèses dentaires et audiologie

Les organismes complémentaires ont versé 29,8 milliards d'euros de prestations en soins et biens médicaux en 2022, soit 12,6 % des dépenses de santé (tableau 1). Ils financent ainsi divers postes de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : soins hospitaliers, consultations de médecins, médicaments, optique, soins dentaires, etc. Ils ont également versé 2,2 milliards d'euros de prestations connexes à la santé en 2022.

La part des dépenses prises en charge par les organismes complémentaires est particulièrement élevée sur les trois postes de soins concernés par le 100 % santé (voir fiche 29) : les organismes complémentaires financent 71 % de la dépense en optique (hors lentilles et examens), 57 % des prothèses dentaires et 42 % des prothèses auditives (tableau 2). Mise en place progressivement à partir de janvier 2019, la réforme du 100 % santé vise à réduire le reste à charge des patients dans ces trois domaines. Pour chacun de ces postes, des paniers dits « 100 % santé » regroupent des biens qui, au terme de la montée en charge de la réforme en 2021, sont intégralement pris en charge par

l'assurance maladie obligatoire (AMO) et par les organismes complémentaires, sans participation des ménages. Ainsi, les paniers 100 % santé représentent pour les organismes des dépenses importantes en prothèses dentaires (2,1 milliards d'euros sur les 4,0 milliards d'euros de leurs dépenses totales en prothèses dentaires) ainsi qu'en prothèses auditives (0,3 milliard d'euros sur les 0,8 milliard d'euros de leurs dépenses totales en prothèses auditives), alors qu'elles sont moins importantes en optique (0,2 milliard d'euros sur les 4,8 milliards d'euros de leurs dépenses totales en optique) [tableau 2]. Les taux de prise en charge des paniers 100 % santé par les organismes complémentaires sont plus élevés en prothèses dentaires (71 %) et en prothèses auditives (63 %) que pour l'optique (45 %). Sur l'ensemble des trois postes concernés par le 100 % santé, le taux de prise en charge par les organismes complémentaires sur les paniers 100 % santé (67 %) est plus élevé que le taux de prise en charge des organismes complémentaires des biens du panier libre (et du panier modéré, dont les prix sont plafonnés) [59 %]. Sur les 67 % de la dépense prise en charge par les organismes complémentaires sur les paniers 100 % santé, 36 % sont pris en charge par les mutuelles, 20 % par les entreprises d'assurance et 11 % par les institutions de prévoyance.

Tableau 1 Dépenses et parts de prise en charge des organismes complémentaires par poste de soins, en 2022

	Mutuelles (en milliards d'euros)	Entreprises d'assurance (en milliards d'euros)	Institutions de prévoyance (en milliards d'euros)	Ensemble (en milliards d'euros)	Part dans les dépenses CSBM des OC (en %)	Part prise en charge par les OC (en %)
CSBM	13,8	10,1	5,9	29,8	100	12,6
Soins hospitaliers	2,3	1,5	0,8	4,7	16	4,1
Soins de ville	6,3	4,7	2,8	13,8	46	22,3
Médecins et sages-femmes (honoraires)	1,8	1,5	0,8	4,1	14	16,6
Médecins (FPMT)	0,2	0,1	0,1	0,3	1	37,3
Auxiliaires médicaux	1,0	0,7	0,2	1,9	6	10,8
Soins dentaires (y compris prothèses)	2,8	2,1	1,4	6,2	21	45,1
Laboratoires d'analyses et soins en cures	0,6	0,5	0,3	1,3	4	25,5
Médicaments	1,7	1,2	0,6	3,6	12	10,9
Autres biens médicaux	3,3	2,6	1,6	7,5	25	37,6
Prothèses auditives	0,5	0,2	0,1	0,8	3	41,9
Optique (y compris lentilles et examens)	2,1	1,9	1,2	5,3	18	72,9
Prothèses (hors auditives et dentaires), orthèses, pansements, etc.	0,7	0,5	0,2	1,4	5	12,8
Transports sanitaires	0,1	0,1	0,0	0,2	1	3,1
Prestations connexes à la santé	1,0	0,8	0,4	2,2		
Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cure	0,6	0,4	0,2	1,2		
Prestations à la périphérie des soins de santé	0,4	0,4	0,2	1,0		

CSBM : consommation de soins et de biens médicaux ; FPMT : forfait patientèle médecin traitant ; OC : organismes complémentaires.

Note > Hors prestations de complémentaire santé solidaire versées par les organismes. Les soins hospitaliers sont hors unités de soins de longue durée. Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cures : suppléments chambre particulière, télévision, frais de long séjour, etc. Prestations à la périphérie des soins de santé : ostéopathie, psychothérapie, etc. et prestations individuelles de prévention.

Lecture > En 2022, les mutuelles versent 13,8 milliards d'euros de prestations dans le champ de la CSBM, dont 2,3 milliards d'euros pour les soins hospitaliers. En 2022, les organismes complémentaires prennent en charge 22,3 % des dépenses de CSBM en soins de ville.

Source > DREES, comptes de la santé.

Tableau 2 Financement du 100 % santé par les organismes complémentaires, en 2022

Poste du 100 % santé	Panier	Dépense tous financeurs (en milliards d'euros)	dont prestations versées par les OC	Part de la dépense prise en charge par les OC (en %)	dont mutuelles	dont entreprises d'assurance	dont institutions de prévoyance
Prothèses auditives	100 % santé	0,5	0,3	63	41	14	8
	Tarif libre	1,5	0,5	36	22	7	7
	Total	2,0	0,8	42	26	9	8
Optique	100 % santé	0,4	0,2	45	31	10	4
	Tarif libre	6,3	4,6	73	29	26	17
	Total	6,7	4,8	71	29	25	17
Prothèses dentaires	100 % santé	3,0	2,1	71	36	22	12
	Tarif modéré	2,0	0,9	44	20	13	11
	Tarif libre	2,1	1,0	47	20	16	12
	Total	7,1	4,0	57	27	18	12
Total	100 % santé	3,9	2,6	67	36	20	11
	Tarif libre ou modéré	11,9	7,0	59	25	20	14
	Total	15,8	9,6	61	28	20	13

OC : organismes complémentaires.

Note > Les prestations sur les paniers en prothèses dentaires incluent les prestations dentaires en centres de santé. Les paniers en dentaire et en optique excluent les biens non pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) [en particulier les lentilles et les examens en optique]. Les piles et accessoires des prothèses auditives sont intégrés au panier à tarif libre. Les taux de réponse étant faibles pour certains postes de prestations, les résultats doivent être considérés avec précaution.

Lecture > En 2022, les mutuelles prennent en charge 31 % des dépenses de consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) du panier 100 % santé en optique.

Source > DREES, de Williencourt (2023).

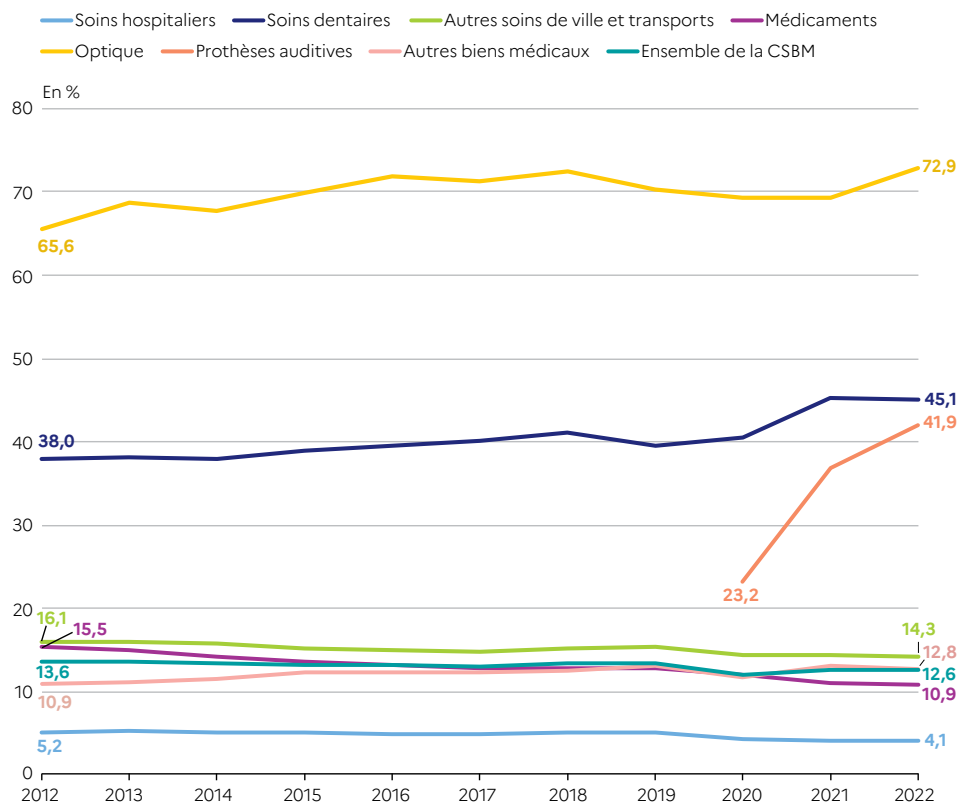
La participation des organismes complémentaires en diminution sur les médicaments

Les organismes complémentaires prennent en charge 10,9 % de la dépense de médicaments en 2022. Cette part baisse continûment depuis plusieurs années, en raison de l'instauration en 2008 de franchises par boîte, de déremboursements et déclassements de médicaments dont le service médical rendu (SMR) est jugé faible ou insuffisant, et de l'augmentation de la part des médicaments remboursés à 100 % par l'AMO dans la consommation totale (voir fiche 25). Entre 2012 et 2022, cette part a ainsi diminué de près de 5 points.

En 2022, les organismes complémentaires prennent en charge 14,3 % de la dépense des autres soins de ville (soins de médecins, d'auxiliaires, cures thermales et laboratoires d'analyses de biologie médicale) et transports. Cette prise en charge a diminué progressivement depuis 2012 ; elle s'établissait alors à 16,1 % (graphique 1). Elle a notamment baissé entre 2014 et 2017 sous l'effet de la réforme des contrats responsables, limitant les remboursements de certains dépassements d'honoraires de médecins non-adhérents au contrat d'accès aux soins (CAS).

La participation des organismes complémentaires aux soins hospitaliers, très largement financés par

Graphique 1 Part des organismes complémentaires dans les principaux postes de la consommation de soins et de biens médicaux, de 2012 à 2022



CSBM : consommation de soins et de biens médicaux.

Lecture > En 2022, 72,9 % des dépenses en optique sont prises en charge par les organismes complémentaires (OC).

Source > DREES, comptes de la santé.

l'AMO, est nettement plus faible (4,1 % en 2022) ; elle baisse régulièrement depuis 2012.

Enfin, les organismes complémentaires prennent en charge des suppléments liés à des séjours à l'hôpital ou en cure thermique (chambre particulière, lit accompagnant, télévision ou téléphone, etc.) qui relèvent davantage du confort que du soin, ainsi que des prestations à la périphérie du système de soins (ostéopathie, pratiques de soins non conventionnelles, vaccins internationaux, etc.). L'ensemble de ces prestations connexes à la santé, qui ne font pas partie du champ de la CSBM, s'élèvent à 2,2 milliards d'euros en 2022, soit environ 7 % de l'ensemble des prestations versées par les organismes (tableau 1).

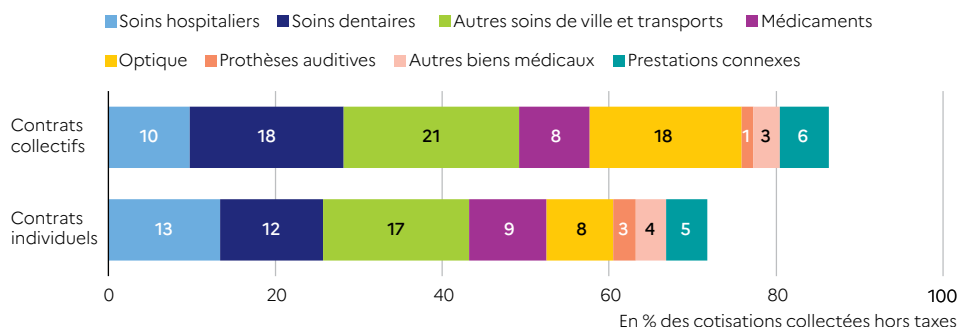
La part de l'optique et du dentaire dans les remboursements est plus élevée pour les contrats collectifs

Un contrat de complémentaire santé individuel est souscrit directement par un particulier, tandis qu'un contrat collectif est généralement souscrit par un employeur au profit d'un groupe de salariés (voir fiche 06). En 2022, un peu plus de la moitié des prestations servies par les organismes complémentaires sur le champ de la CSBM l'ont été au titre de contrats collectifs. Les contrats collectifs reversent une part plus élevée des cotisations sous forme de prestations que les contrats individuels (87 % contre 74 %, voir fiche 08). De plus, les garanties des

contrats collectifs sont en général plus avantageuses pour les assurés (voir fiche 27). Les postes de soins générant le plus de dépenses de prestations en pourcentage des cotisations collectées pour les contrats collectifs sont les soins dentaires et l'optique (18 % des cotisations chacun), hors autres soins de ville et transports. En ce qui concerne les contrats individuels, les soins dentaires et l'optique représentent respectivement 12 % et 8 % des cotisations (*graphique 2*). Les postes de soins générant le plus de dépenses de prestations en pourcentage des cotisations

collectées pour les contrats individuels, hors autres soins de ville et transports, sont les soins hospitaliers, les soins dentaires et les médicaments. Ces différences dans la répartition des dépenses de prestations par type de contrats peuvent s'expliquer par des garanties et des profils d'assurés différents. En effet, les retraités, davantage consommateurs de médicaments et de soins hospitaliers, sont couverts par des contrats individuels, tandis que les contrats collectifs couvrent principalement des salariés d'entreprises et leurs ayants droit. ■

Graphique 2 Prestations versées selon le type de soins et de contrats, en 2022



Lecture > En 2022, les contrats collectifs reversent 18 % des cotisations collectées (hors taxes) en remboursement en optique.

Source > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

> **Arnaud, F., Lefebvre, G. (dir.)** (2023). *Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2023*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

> **de Williencourt, C.** (2023). *Rapport 2023 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. Paris, France : DREES.

En ce qui concerne les consultations de spécialistes, les montants des remboursements versés par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et par les organismes complémentaires sont différenciés selon que la consultation a eu lieu dans le cadre, ou non, du parcours de soins et auprès, ou non, d'un professionnel adhérent à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam). Tandis que quatre bénéficiaires de contrat individuel sur dix ne disposent, en 2021, d'aucune prise en charge des dépassements d'honoraires facturés par les médecins spécialistes en ville, c'est le cas de seulement un bénéficiaire de contrat collectif sur dix. En plus du versement par l'AMO, la moitié des bénéficiaires de contrat collectif disposent des garanties de remboursement maximales autorisées pour la consultation d'un spécialiste non-adhérent à l'Optam, soit 29,90 euros, et de garanties d'au moins 45 euros pour la consultation d'un spécialiste pratiquant des dépassements maîtrisés adhérent à l'Optam.

Une prise en charge du tarif opposable variable selon le respect du parcours de soins

La dépense de soins de médecins spécialistes en ville est estimée à 14,2 milliards d'euros en 2022, dont 2,3 milliards d'euros de dépassements d'honoraires, tous secteurs confondus (Arnaud, Lefebvre, 2023). Les honoraires d'un spécialiste correspondent aux tarifs des actes cliniques de la consultation – et, le cas échéant, des actes techniques pratiqués durant la consultation –, aux majorations remboursées par l'assurance maladie obligatoire (AMO) ainsi qu'aux dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques.

Les contrats responsables, qui constituent 98 % des contrats d'assurance complémentaire santé souscrits (voir fiche 01), prennent en charge 30 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) au titre du ticket modérateur (TM). Ils complètent le remboursement de l'AMO, qui varie si la consultation a lieu ou non dans le cadre du parcours de soins du

patient¹. Le remboursement par l'AMO s'établit ainsi à 70 % de la BRSS pour une consultation dans le cadre du parcours de soins. La prise en charge du TM pour l'assuré est alors totale, et ce dernier n'a aucun reste à charge sur la partie correspondant au tarif opposable² (hormis la participation forfaitaire de 1 euro)³. Si la consultation a lieu hors parcours de soins, la partie prise en charge par l'AMO passe de 70 % à 30 % de la BRSS, tandis que la part prise en charge par les contrats, s'ils sont responsables, reste à 30 % de la BRSS. Le TM est alors partiellement remboursé : il reste à la charge de l'assuré 40 % de la BRSS (auxquels vient s'ajouter la participation forfaitaire).

Une base de remboursement et une prise en charge des dépassements d'honoraires variables selon le statut du spécialiste

Depuis 2013, le remboursement des consultations des spécialistes de secteur 2 (*encadré 1*) est réglementé pour limiter l'augmentation des dépassements d'honoraires, *via* le contrat

1. Le parcours de soins coordonnés consiste à confier au médecin traitant la coordination des soins pour le suivi médical : le recours au spécialiste doit se faire après consultation préalable du médecin traitant. Il ne concerne pas les chirurgiens-dentistes, les sages-femmes, les gynécologues, les ophtalmologues, les psychiatres ou neuropsychiatres et les stomatologues.

2. Les tarifs opposables (appelés aussi tarifs de responsabilité ou tarifs conventionnels) sont les tarifs fixés par la Sécurité sociale et pratiqués par les médecins conventionnés.

3. La participation forfaitaire est passée de 1 euro à 2 euros au 15 mai 2024 (voir fiche 01).

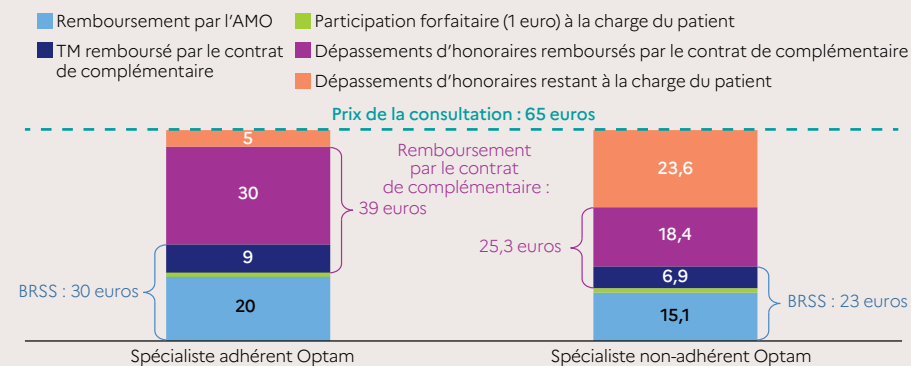
Encadré 1 Exemple de prise en charge d'une consultation selon le statut d'un spécialiste de secteur 2 en 2021

Contrairement au secteur 1 qui regroupe les médecins appliquant le tarif de convention fixé par l'Assurance maladie, sans dépassement d'honoraires possible (sauf demande particulière du patient), le secteur 2, ou secteur conventionné à honoraires libres, regroupe les médecins autorisés à appliquer des honoraires libres et qui peuvent donc pratiquer des dépassements d'honoraires. Ces dépassements doivent être mis en œuvre, selon les termes de la convention nationale des médecins libéraux, « avec tact et mesure » et ne sont pas pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Selon les garanties du contrat de complémentaire santé et le montant des dépassements, ils pourront être pris en charge, partiellement ou totalement. La prise en charge d'une consultation est soumise à de nombreuses variations. À titre d'exemple, pour une consultation de 65 euros¹ effectuée en 2021 chez un médecin spécialiste de secteur 2, dans le cadre d'un contrat de complémentaire responsable remboursant les consultations à hauteur de 200 % de la BRSS (y compris part de l'AMO) [voir schéma ci-dessous], soit une prise en charge réglementaire de 100 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) [part AMO et ticket modérateur (TM)] et une prise en charge des dépassements d'honoraires à hauteur de 100 % de la BRSS :

> Si le médecin est signataire de l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam), la BRSS s'établit à 30 euros. L'AMO prend en charge 70 % de la BRSS, moins 1 euro de participation forfaitaire, soit 20 euros. La complémentaire prend en charge 9 euros au titre du TM et 30 euros au titre du dépassement d'honoraires (100 % de 30 euros), soit 39 euros. L'assuré aura alors un reste à charge de 6 euros (dont 1 euro de participation forfaitaire)².

> Si le médecin n'a pas adhéré à l'Optam, le remboursement de l'AMO est calculé sur une BRSS minorée à 23 euros. En déduisant la participation forfaitaire de 1 euro, le remboursement est de 15,10 euros. La complémentaire santé rembourse la consultation à hauteur maximale de 180 % de la BRSS (écart d'au moins 20 % avec la prise en charge des consultations dans le cadre de l'Optam), soit une prise en charge des dépassements inférieure de 80 % du montant de la BRSS). La complémentaire prend en charge 6,90 euros au titre du TM et 18,40 euros au titre du dépassement d'honoraires, soit 25,30 euros. L'assuré aura donc un reste à charge de 24,60 euros (dont 1 euro de participation forfaitaire)³.

Décomposition de la prise en charge (à 200 % dans le cadre de l'Optam, à 180 % hors Optam) d'une consultation à 65 euros d'un médecin spécialiste de secteur 2, en 2021



1. 10 % des consultations de spécialistes adhérents Optam et 30 % de celles des spécialistes non-adhérents à l'Optam sont facturées à un montant supérieur.

2. Depuis le 1^{er} novembre 2023, la BRSS s'élève à 31,50 euros. À partir du 15 mai 2024, la participation forfaitaire passe à 2 euros. La part prise en charge par l'AMO est désormais de 20,05 euros et le montant du TM à 9,45 euros. Dans l'exemple décrit, la complémentaire prend en charge, en plus du TM, 31,50 euros au titre du dépassement d'honoraires, soit au total 40,95 euros. Le reste à charge pour le patient est alors de 4 euros, dont 2 euros de participation forfaitaire.

3. Le 15 mai 2024, la participation forfaitaire passe de 1 à 2 euros. Dans cet exemple, le reste à charge pour l'assuré est alors de 25,60 euros.

d'accès aux soins (CAS), remplacé en 2017 par l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam). Les médecins spécialistes de secteur 2 adhérents à l'Optam s'engagent à respecter un taux de dépassement d'honoraires moyen et une certaine part de tarifs opposables, avec en contrepartie des avantages financiers. Fin 2014, seul un tiers des médecins de secteur 2 avaient signé le CAS, selon les chiffres de l'Assurance maladie ; en 2021, ils sont désormais près de la moitié à avoir adhéré à l'Optam⁴.

La BRSS varie selon que le praticien est adhérent ou non à l'Optam (ou anciennement au CAS) : depuis 2017, elle s'établit à 30 euros⁵ dans le premier cas et à 23 euros dans le second.

De plus, la prise en charge des dépassements d'honoraires est encadrée pour les contrats responsables, avec des modulations selon que le professionnel adhère ou non à l'Optam. Ainsi, pour la consultation d'un praticien non-adhérent à l'Optam, un contrat responsable doit non seulement plafonner le remboursement des dépassements d'honoraires à 100 % de la BRSS, mais également minorer d'au moins 20 % ce montant par rapport à celui pris en charge dans le cadre de l'Optam.

Quatre bénéficiaires de contrat individuel sur dix ne disposent d'aucune prise en charge des dépassements d'honoraires

Dans le cadre du parcours de soins coordonnés, dans lequel ont lieu l'essentiel des consultations⁶, les dépassements d'honoraires des consultations de spécialistes sont généralement mieux pris en charge par les contrats collectifs que par les contrats individuels : en 2021, l'écart moyen est de 22 euros pour une consultation

d'un médecin adhérent à l'Optam, et de 8 euros hors Optam. En outre, seul un bénéficiaire de contrat collectif sur dix ne dispose d'aucune prise en charge des dépassements par son contrat de complémentaire, contre quatre bénéficiaires de contrat individuel sur dix (tableau 1). Pour ces assurés, la prise en charge du contrat se limite alors au remboursement du TM, soit 6,90 euros si le spécialiste n'est pas adhérent à l'Optam, ou 9 euros s'il l'est⁷.

Un bénéficiaire de contrat collectif sur deux dispose de la garantie maximale autorisée de 29,90 euros pour une consultation hors Optam

En 2021, la consultation d'un spécialiste adhérent à l'Optam coûte en moyenne 45 euros⁸, soit 25 euros après le remboursement par l'AMO. En déduisant 1 euro de participation forfaitaire, huit bénéficiaires de contrat collectif sur dix disposent de garanties d'au moins 24 euros, contre quatre sur dix en individuel.

La prise en charge, par les contrats de complémentaire responsables, des dépassements pratiqués par les spécialistes non-adhérents à l'Optam ne peut excéder un montant égal à 100 % de la BRSS. Autrement dit, avec la part de l'AMO ainsi que le remboursement du TM et des dépassements d'honoraires par la complémentaire santé, la prise en charge des spécialistes non-adhérents Optam est plafonnée à 200 % de la BRSS. Les remboursements de la complémentaire santé sont ainsi plafonnés à 29,90 euros (6,90 euros au titre du TM et 23 euros au titre du dépassement d'honoraires). La prise en charge maximale d'une consultation auprès d'un spécialiste

4. Sources : Système national des données de santé (SNDS), calculs Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM).

5. Elle s'élevait à 28 euros avant 2017 et est désormais fixée à 31,50 euros, depuis novembre 2023. Par ailleurs, dans le cadre des consultations dites « complexes » et « très complexes », la BRSS est plus élevée : selon la spécialité et le secteur du praticien, elle est respectivement d'au moins 46 euros et de 60 euros.

6. En 2021, 98 % des consultations ont lieu dans le cadre du parcours de soins (source : SNDS, calculs DREES).

7. La prise en charge de l'assurance complémentaire est de 30 % de la BRSS, soit $30 \% \times 23 = 6,90$ euros pour une consultation hors Optam et $30 \% \times 30 = 9$ euros chez un spécialiste adhérent à l'Optam.

8. Source : SNDS, calculs DREES.

Tableau 1 Déciles des garanties des contrats souscrits pour une consultation de spécialiste dans le parcours de soins, en 2021

En euros

Déciles des garanties des bénéficiaires	Consultation auprès d'un spécialiste adhérent à l'Optam			Consultation auprès d'un spécialiste non-adhérent à l'Optam		
	Contrats collectifs	Contrats individuels	Ensemble	Contrats collectifs	Contrats individuels	Ensemble
D1	9,0	9,0	9,0	6,9	6,9	6,9
D2	24,0	9,0	9,0	11,5	6,9	6,9
D3	27,0	9,0	16,5	13,8	6,9	6,9
D4	39,0	9,0	24,0	20,7	6,9	12,7
D5	45,0	18,0	27,0	29,9	8,1	13,8
D6	52,5	24,0	39,0	29,9	13,8	21,9
D7	69,0	27,0	45,0	29,9	14,9	29,9
D8	75,0	39,0	69,0	29,9	25,3	29,9
D9	99,0	46,5	90,0	29,9	29,9	29,9
Moyenne	52,0	30,0	41,1	22,0	14,0	17,9

Optam : option de pratique tarifaire maîtrisée.

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'assurance maladie obligatoire (AMO) rembourse 70 % du tarif de convention duquel est déduite la participation forfaitaire de 1 euro. Hors Optam, le tarif de convention est de 23 euros, soit un remboursement AMO de 15,10 euros. Dans l'Optam, le tarif de convention est de 30 euros, soit un remboursement AMO de 20 euros.

Lecture > En 2021, les 10 % des bénéficiaires d'un contrat collectif les moins bien couverts disposent d'une garantie de remboursement couvrant uniquement le ticket modérateur (TM), à 6,90 euros (D1), pour une consultation dans le parcours de soins d'un médecin spécialiste non-adhérent à l'Optam.

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CSS, France entière.

Source > DREES, enquête OC 2021.

non-adhérent à l'Optam, part AMO incluse, s'élève alors à 45 euros, toute dépense au-delà restant à la charge du patient. La moitié des bénéficiaires de contrat collectif disposent d'un remboursement des dépassements d'honoraires allant jusqu'au plafond autorisé, contre un bénéficiaire de contrat individuel sur dix. En 2021, le prix moyen d'une consultation de spécialiste non-adhérent à l'Optam est de 58 euros⁹.

Si les contrats collectifs couvrent en moyenne largement mieux les dépassements d'honoraires, deux bénéficiaires de contrat individuel sur dix disposent de garanties plus importantes que plus de quatre bénéficiaires de contrat collectif sur dix pour la consultation d'un spécialiste adhérent à l'Optam (D8 en individuel supérieur au D4 en collectif).

Entre 2019 et 2021, les garanties des bénéficiaires de contrat collectif évoluent légèrement à la hausse

Dans le cadre d'une consultation d'un spécialiste adhérent à l'Optam, les garanties des bénéficiaires de contrat collectif augmentent entre 2019 et 2021¹⁰ (5 euros de plus en moyenne), en particulier pour les bénéficiaires de montants de garanties intermédiaires (D2 à D7) [graphique 1a]. Pour une consultation hors Optam, elles restent globalement stables, en raison notamment du plafonnement de remboursement imposé aux contrats de complémentaire responsables.

Les garanties des bénéficiaires de contrat individuel pour la consultation d'un spécialiste, que celle-ci ait lieu dans le cadre de l'Optam ou non, sont relativement stables entre 2019 et 2021¹¹ (graphique 1b). ■

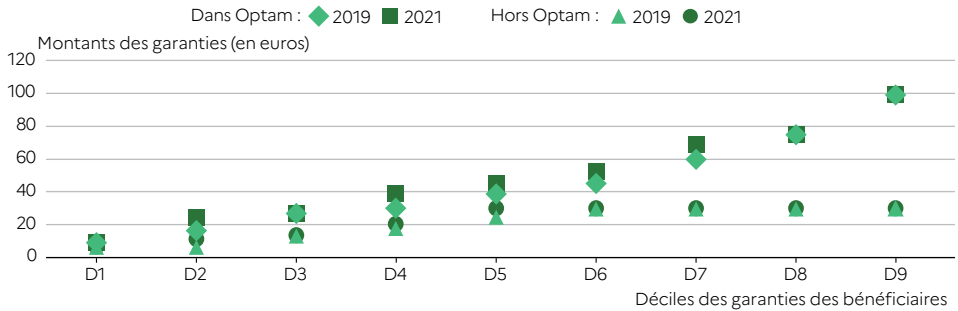
9. Ibid.

10. Pour les évolutions antérieures, voir annexe 3.

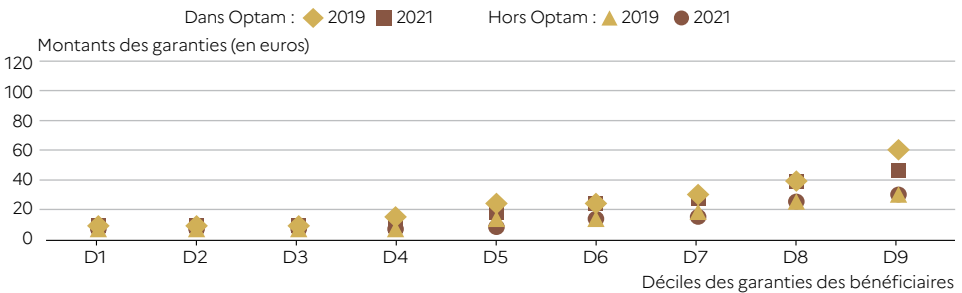
11. L'écart constaté entre les garanties des 10 % des bénéficiaires les mieux couverts ne doit pas être interprété : le chiffre de 2019 est accentué par la pondération imprécise d'un contrat aux garanties particulièrement élevées.

Graphique 1 Déciles des garanties des contrats souscrits pour une consultation de spécialiste dans le parcours de soins

1a. Contrats collectifs



1b. Contrats individuels



Optam : option de pratique tarifaire maîtrisée.

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. Pour les garanties des contrats individuels souscrits, la valeur du neuvième décile en 2019 est surévaluée en raison d'un contrat dont les garanties sont extrêmes et qui est associé à une pondération élevée spécifique, compte tenu de ses caractéristiques. L'évolution constatée entre 2019 et 2021 ne doit pas être interprétée.

Lecture > En 2021, les 10 % des bénéficiaires d'un contrat individuel 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 non-adhérent à l'Optam.

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

Sources > DREES, enquête OC 2019 et 2021.

Pour en savoir plus

- > **Arnaud, F., Lefebvre, G. (dir.)** (2023). *Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2023*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **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.
- > **Pla, A., Choné, P., Coudin, É.** (2020, janvier). Médecins en secteur 2 : les dépassements d'honoraires diminuent quand la concurrence s'accroît. DREES, *Études et Résultats*, 1137.

La prise en charge des chambres particulières et des dépassements d'honoraires à l'hôpital

Depuis la réforme des contrats responsables en 2015, les forfaits journaliers hospitaliers (FJH) sont pris en charge par les complémentaires santé de façon illimitée, aussi bien en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), qu'en soins médicaux et de réadaptation (SMR) et en psychiatrie (PSY). La majorité des complémentaires santé offrent des garanties supplémentaires pour des dépenses non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) : pour sept bénéficiaires sur dix, la durée de la prise en charge de la chambre particulière est illimitée et, pour la plupart des bénéficiaires, les dépassements d'honoraires pratiqués par certains praticiens hospitaliers sont couverts, partiellement ou totalement.

Les contrats responsables couvrent le forfait journalier, quelle que soit la durée de l'hospitalisation

Les soins hospitaliers représentent 114,9 milliards d'euros de dépenses en 2022, soit 48,7 % de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), dont 88,7 milliards d'euros dans le secteur public et 26,2 milliards d'euros dans le secteur privé (Arnaud, Lefebvre, 2023). Il est d'usage de distinguer quatre types d'hospitalisation selon le motif d'hospitalisation et la nature des soins prodigués : les hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), en psychiatrie (PSY), en soins médicaux et de réadaptation (SMR) et les hospitalisations à domicile (HAD). Certains séjours ne donnent pas lieu à des nuitées : on parle alors d'hospitalisations de jour, encore dénommées partielles ou ambulatoires, par opposition aux hospitalisations complètes.

Les règles de facturation à l'hôpital et la prise en charge des dépenses sont complexes (*encadré 1*). Pour être responsables, les contrats de complémentaire santé doivent couvrir intégralement le ticket modérateur (TM) sur les frais de séjour et prendre en charge de façon illimitée le forfait journalier facturé par les établissements de santé, quelle que soit la durée du séjour et pour tout type d'hospitalisation (MCO, SMR, HAD, PSY). Pour les patients, le reste à charge comprend alors les éventuels dépassements d'honoraires

des consultations non remboursés par leur complémentaire santé, la participation forfaitaire spécifique à certains actes lourds et les frais liés aux suppléments pour confort personnel (chambre particulière, par exemple).

La prise en charge pour une chambre particulière est illimitée dans le temps pour sept bénéficiaires sur dix

Les frais liés à une chambre particulière pour convenance personnelle ne sont pas couverts par l'assurance maladie obligatoire (AMO). En revanche, la plupart des assurances complémentaires offrent cette prise en charge. En 2021, seuls 6 % des bénéficiaires de contrat collectif et 17 % de ceux de contrat individuel ne disposent pas de cette prestation.

Pour limiter le risque à couvrir, certains contrats plafonnent la durée ou le montant de prise en charge de la chambre particulière. Ainsi, en 2021, environ deux bénéficiaires sur dix disposent d'une prise en charge plafonnée à 90 jours par an. Pour sept bénéficiaires de complémentaire sur dix, cette prise en charge est illimitée dans le temps (73 % des bénéficiaires de contrat collectif et 62 % des bénéficiaires de contrat individuel).

Pour une chambre particulière, la moitié des bénéficiaires disposent d'une garantie d'au moins 60 euros par nuit. Six bénéficiaires de contrat collectif sur dix et trois bénéficiaires de contrat

individuel sur dix disposent d'une garantie d'au moins ce montant (respectivement D4 et D7) [graphique 1]. Ces chiffres sont relativement stables depuis 2019¹.

La prise en charge de certains frais pour accompagnement d'un enfant hospitalisé (lit, repas) est prévue pour 85 % des bénéficiaires en moyenne (81 % « en individuel » et 89 % « en collectif »).

Encadré 1 Les frais et les remboursements des soins à l'hôpital

Les règles de facturation à l'hôpital sont complexes. Elles se composent :

- > d'un **forfait journalier hospitalier** (FJH), pour participer aux frais d'hébergement du patient. Son montant, fixé par arrêté ministériel, est de 20 euros par jour, sauf en psychiatrie où il s'élève à 15 euros (respectivement 18 euros et 13,50 euros avant 2018). Il dépend de la nature de l'hospitalisation et certains patients en sont exonérés (Adjerad, Courtejoie, 2021). Le forfait est dû pour chaque journée d'hospitalisation, y compris le jour de sortie ;

- > des **frais de séjour** liés aux prestations de soins réalisées au cours de l'hospitalisation. Ces frais sont remboursés à 80 % par l'assurance maladie obligatoire (AMO), laissant un ticket modérateur (TM) de 20 %. Pour les établissements publics, c'est un tarif journalier de prestation qui s'applique. Ce tarif est défini au niveau des établissements et fixé par arrêté par les agences régionales de santé (ARS). Il doit être représentatif du coût réel moyen du séjour et repose sur une estimation des charges d'exploitation et de l'activité prévisionnelle de l'établissement, en fonction des soins effectués. Son montant peut donc différer d'un hôpital à l'autre, pour une même intervention. Pour les établissements de santé privés, il correspond à un tarif de référence qui n'inclut pas les honoraires des professionnels de santé. En effet, ceux-ci interviennent en tant que professionnels libéraux et les remboursements appliqués à leur consultation sont ceux pratiqués pour les médecins spécialistes (voir fiche 20) ;

- > d'éventuels **dépassements d'honoraires** qui peuvent s'ajouter dans les établissements privés et publics, lorsque le médecin pratique une activité libérale hospitalière ;

- > d'une **participation forfaitaire spécifique à certains actes lourds** (hors transport d'urgence et actes de radiodiagnostic, scanner et imagerie IRM) dont le tarif est au moins égal à 120 euros. La participation forfaitaire remplace alors le TM dans le reste à charge des patients. Elle est fixée à 24 euros depuis le 1^{er} janvier 2019 et doit être prise en charge par les contrats de complémentaire santé responsables ;

- > d'un forfait patient urgences de 19,61 euros depuis le 1^{er} janvier 2022 pour chaque personne qui se rend aux urgences sans être hospitalisée ;

- > des frais liés aux **suppléments** pour confort personnel que le patient peut demander (par exemple bénéficier d'une chambre particulière). Ces frais supplémentaires ne sont pas pris en charge par l'AMO mais peuvent l'être par les complémentaires santé.

Les règles de facturation à l'hôpital comportent également de nombreux cas particuliers. Pour un assuré de droit commun et en l'absence de motif d'exonération, le TM s'applique et le FJH n'est pas facturable si le montant du TM est supérieur à celui du forfait journalier. Dans ce cas, seul le FJH du jour de sortie est facturé (sauf en cas de décès ou de transfert du patient). Par ailleurs, le FJH est facturé uniquement pour les séjours excédant 24 heures. Il ne l'est donc jamais en HAD, et pour les hospitalisations à temps partiel.

Il existe par ailleurs de nombreux motifs d'exonération du TM, liés à la situation de l'assuré ou aux soins reçus au cours du séjour. Certaines personnes bénéficient d'une prise en charge à 100 % en raison de leur situation ou de leur état de santé (bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire [CSS], titulaires d'une pension d'invalidité, femmes enceintes à partir du sixième mois de grossesse, personnes prises en charge au titre d'une affection de longue durée [ALD] exonérante pour les actes, soins et traitements en rapport avec cette affection, etc.). De plus, certains actes et certains frais sont pris en charge à 100 % par l'AMO (frais de séjour à partir du 31^e jour d'hospitalisation consécutif, etc.).

Il existe également des motifs d'exonération du FJH (femmes enceintes hospitalisées pendant les quatre derniers mois de grossesse et jusqu'à douze jours après l'accouchement, bénéficiaires de la CSS, titulaires d'une pension militaire, etc.).

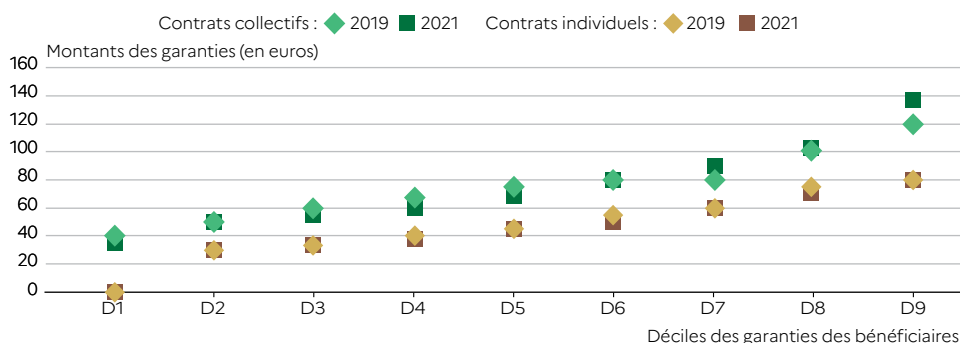
1. Pour les évolutions antérieures, voir annexe 3.

Tout ou partie des dépassements d'honoraires en chirurgie sont remboursés pour neuf bénéficiaires de contrat collectif sur dix

En plus des frais de séjour, des dépassements d'honoraires sur des actes techniques ou cliniques peuvent être facturés par les médecins. Ces dépassements sont plus fréquents en clinique, mais existent aussi à l'hôpital. Ils peuvent être couverts par les contrats d'assurance

complémentaire santé. Par exemple, pour une opération de la cataracte, l'AMO prend en charge le tarif de convention de 271,70 euros moins la participation forfaitaire de 24 euros sur les actes lourds. Dans le cas d'une opération facturée 600 euros par le chirurgien, le reste à charge du patient après remboursement par l'AMO de 352,30 euros en 2021, est intégralement pris en charge par l'assurance complémentaire pour plus de six bénéficiaires de contrat collectif sur

Graphique 1 Déciles des garanties des contrats souscrits pour une chambre particulière



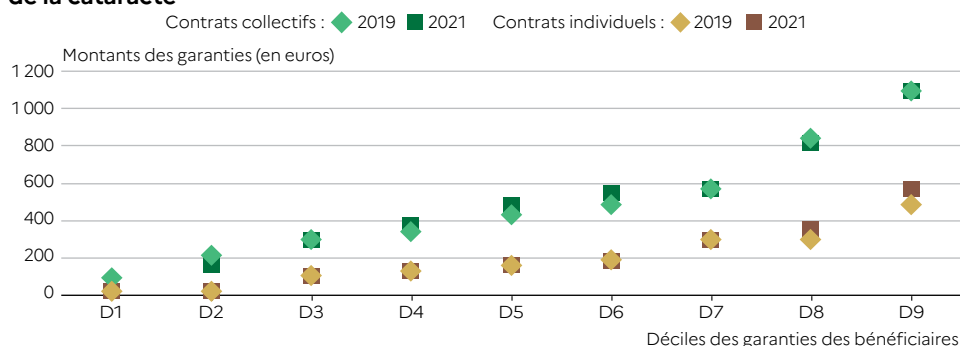
Note > L'enquête OC recueille les caractéristiques des dix contrats les plus souscrits ; celles-ci sont extrapolées à l'ensemble des bénéficiaires de complémentaire santé.

Lecture > En 2021, les 10 % des bénéficiaires d'un contrat collectif les moins bien couverts disposent d'une garantie de remboursement inférieure ou égale à 35 euros (D1) pour une chambre particulière à l'hôpital.

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

Sources > DREES, enquête OC 2019 et 2021.

Graphique 2 Déciles des garanties des contrats souscrits pour une opération de la cataracte



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.

Lecture > En 2021, les 10 % des bénéficiaires d'un contrat individuel les moins bien couverts disposent d'une garantie de remboursement inférieure ou égale à 24 euros (D1) pour une opération de la cataracte à l'hôpital.

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

Sources > DREES, enquête OC 2019 et 2021.

dix (D4 égal à 378 euros), et pour deux bénéficiaires de contrat individuel sur dix (D8 égal à 350 euros) [graphique 2]. Près de neuf bénéficiaires de contrat collectif sur dix sont remboursés d'au moins une partie des dépassements d'honoraires, c'est-à-dire au-delà de 24 euros (D1). C'est le cas de près de huit bénéficiaires de contrat individuel sur dix (D2).

Par ailleurs, lorsque le praticien n'a pas adhéré à l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam),

mise en place en 2017 et faisant suite au contrat d'accès aux soins (CAS) [voir annexe 1 et fiche 20], le remboursement des dépassements est plafonné. Pour reprendre l'exemple d'une opération de la cataracte, celui-ci ne peut excéder 100 % du tarif de convention établi à 271,70 euros à compter de 2017 et doit être inférieur d'au moins 20 % au montant du dépassement pris en charge par le contrat pour les médecins ayant adhéré au dispositif. ■

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.

> **Adjerad, R., Courtejoie, N.** (2021, mai). Hospitalisation : des restes à charge après assurance maladie obligatoire plus élevés en soins de suite et de réadaptation et en psychiatrie. DREES, *Études et Résultats*, 1192.

> **Arnaud, F., Lefebvre, G. (dir.)** (2023). *Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2023*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé

Si la quasi-totalité des bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé disposent de garanties de remboursement pour l'optique correctrice en 2021, le niveau de ces garanties peut beaucoup varier d'un contrat à un autre, les contrats collectifs garantissant en moyenne de meilleures prises en charge. À partir de 2020, la mise en œuvre de la réforme du 100 % santé en optique instaure des prix limites de vente et impose de nouveaux planchers et plafonds de garanties. Ainsi, entre 2019 et 2021, les garanties des contrats les plus couvrants diminuent pour les biens du panier de tarification libre, tandis qu'elles augmentent pour une minorité de bénéficiaires en raison de l'existence d'un panier 100 % santé. Les garanties de remboursement pour des lentilles de contact non prises en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) sont en hausse en 2021, surtout pour les bénéficiaires les mieux couverts.

Sept personnes âgées de 15 ans ou plus sur dix portent des lentilles de contact ou des lunettes de vue en 2019, d'après l'enquête santé européenne EHIS (Leduc et al., 2021). En 2022, la dépense de soins optiques s'élève à 7,3 milliards d'euros (Arnaud, Lefebvre, 2023). Les deux tiers de la dépense (67 %) sont consacrés aux verres, tandis que les montures et les lentilles de contact en représentent respectivement 26 % et 8 %. Les organismes complémentaires santé prennent en charge 73 % de la dépense en soins optiques, soit une part nettement supérieure aux autres postes de soins.

Conformément à leur cahier des charges (voir annexe 1), les contrats responsables, qui couvrent la quasi-totalité des bénéficiaires adultes (98 %) [voir fiche 01], prévoient de rembourser un renouvellement de lunettes uniquement si celui-ci a lieu au moins deux ans après l'achat précédent, sauf si la vue a évolué entre-temps.

La réforme du 100 % santé donne accès à des équipements d'optique intégralement remboursés

En optique un équipement se compose d'une monture et de deux verres dont la correction

peut être simple ou complexe¹. Pour une monture ou un verre, la prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) s'élève à 60 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS). Comme pour les soins prothétiques dentaires et les aides auditives (voir fiches 23 et 24), la réforme du 100 % santé (voir fiche 29) encadre la tarification et les remboursements des lunettes en optique simple et complexe. Depuis janvier 2020, elle sépare les équipements d'optique (ensemble monture et verres) en deux paniers : les biens du panier dit « libre » et ceux du panier dit « 100 % santé ».

Les biens du panier 100 % santé respectent des critères de qualité et sont soumis à des prix limites de vente. Les prix limites de vente ainsi que la BRSS varient selon que l'équipement d'optique est simple ou complexe (tableau 1). De plus, les complémentaires santé responsables doivent rembourser l'intégralité du reste à charge après remboursement par l'AMO, laissant un reste à charge nul à leurs bénéficiaires.

En 2022, 15 % des verres et 17 % des montures vendus font partie du panier 100 % santé (Arnaud, Lefebvre, 2023).

¹ Les verres à correction simple sont des verres à foyer simple qui corrigent une seule pathologie oculaire (myopie, astigmatisme ou hypermétropie). Les verres à correction complexe traitent quant à eux plusieurs pathologies à la fois, notamment la presbytie. Il s'agit de verres progressifs ou à plusieurs foyers.

La réforme du 100 % santé s'accompagne d'un nouvel abaissement des plafonds de remboursement pour les biens du panier libre

Pour les biens du panier libre, il n'y a pas de prix limite de vente. De plus, en optique simple comme complexe, la BRSS, très inférieure aux tarifs pratiqués, conduit à une prise en charge par l'AMO très limitée (tableau 1). Le remboursement par les contrats de complémentaire santé responsables, encadré depuis 2015 par des montants réglementaires dépendant du niveau de correction, a été revu avec la réforme du 100 % santé. Ainsi, depuis 2020, le plafond de remboursement pour un équipement

simple (ensemble monture et verres) est fixé à 420 euros, contre 470 euros jusqu'en 2019. Par ailleurs, si l'organisme complémentaire souhaite rembourser davantage que le ticket modérateur (TM) de 0,06 euros (2,97 euros avant 2020) et si le contrat est responsable, le montant plancher demeure à 50 euros pour les contrats individuels, et à 100 euros pour les contrats d'entreprise² en optique simple (panier socle prévu par l'accord national interprofessionnel [ANI] depuis 2016 [voir annexe 1]). Pour les équipements d'optique complexe (ensemble monture et verres), lorsque le remboursement délivré par la complémentaire santé est supérieur au TM de 0,06 euros (9,43 euros avant 2020),

Tableau 1 Évolutions réglementaires de la prise en charge en optique

En euros

Ensemble monture et verres	Optique simple			Optique complexe		
	Jusqu'en 2019	Depuis 2020		Jusqu'en 2019	Depuis 2020	
		Panier libre	Panier 100 % santé		Panier libre	Panier 100 % santé
Prix limite de vente	Néant	Néant	95,0	Néant	Néant	210
Base de remboursement de la Sécurité sociale	7,42	0,15	28,5	23,58	0,15	63
Remboursement par l'AMO (60 % de la base de remboursement)	4,45	0,09	17,1	14,15	0,09	37,8
Remboursement minimal obligatoire par les contrats responsables	2,97 (ou 50 ou 100) ¹	0,06 (ou 50 ou 100) ¹	77,9	9,43 ou 200	0,06 ou 200	172,2
Plafond de remboursement par les contrats responsables	470	420		750	750	
dont plafond de remboursement pour une monture	150	100	30	150	100	30

AMO : assurance maladie obligatoire.

1. Dans le cas où les contrats responsables décident de rembourser au-delà du ticket modérateur (TM), ils sont soumis à des plafonds de remboursement, de 50 euros pour les contrats individuels et de 100 euros pour les contrats collectifs en optique simple (200 euros en optique complexe). Les montants plafond pour un équipement optique sont fixés dans la limite d'un remboursement maximal pour une monture de 150 euros jusqu'en 2019, puis de 100 euros à partir de 2020.

Lecture > Jusqu'en 2019, avant la réforme du 100 % santé, pour une paire de lunettes à verres simples, un organisme de complémentaire santé devait au minimum rembourser soit 2,97 euros (correspondant au TM), soit 50 euros pour un contrat individuel et 100 euros pour un contrat collectif (si l'organisme était responsable et décidait de rembourser au-delà du TM). Depuis 2020, après la réforme, l'organisme est soumis à des obligations similaires sur les biens du panier libre mais doit rembourser 77,9 euros pour les biens du panier 100 % santé.

Source > Loi de financement de la Sécurité sociale 2019.

2. Un contrat d'entreprise est un contrat collectif souscrit par une entreprise au bénéfice de ses salariés. Certains contrats collectifs peuvent être souscrits par des associations, organismes, etc., au profit des personnes qui ont un lien avec eux (adhérents, etc.).

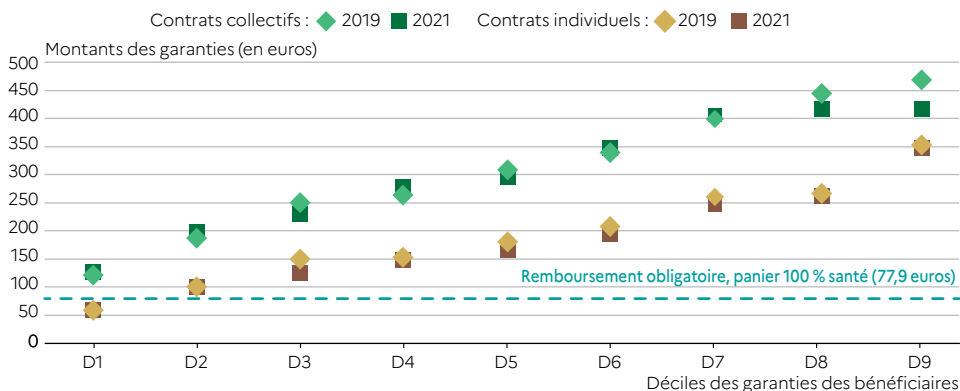
son montant est encadré entre 200 euros et 750 euros depuis la réforme de 2015. Contrairement à l'optique simple, le montant maximal de remboursement n'a pas été réduit avec la réforme du 100 % santé. Enfin, le plafond de prise en charge des montures est abaissé à 100 euros, contre 150 euros auparavant.

En optique simple, les garanties de remboursement du panier libre demeurent stables depuis 2019

En 2021, le prix moyen pour l'achat d'un ensemble monture et verres simples du panier libre est de 340 euros³, soit 339,91 euros après remboursement par l'AMO. Près des trois quarts des bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé disposent d'une garantie de remboursement inférieure à 340 euros (*graphique 1*). Les garanties des contrats collectifs sont en moyenne supérieures à celles des contrats individuels. Ainsi, quatre personnes couvertes par un contrat collectif sur dix disposent d'une garantie supérieure à 350 euros

(D6), contre une personne couverte par un contrat individuel sur dix (D9) (*graphique 1*). Par ailleurs, plus de 27 % des bénéficiaires de contrat collectif disposent d'une garantie égale au plafond de remboursement (420 euros) pour un équipement d'optique simple, contre seulement 5 % des bénéficiaires de contrat individuel. Entre 2019 et 2021⁴, pour l'achat d'un ensemble monture et verres simples du panier libre, les garanties de deux bénéficiaires les mieux couverts par un contrat collectif sur dix (garanties égales ou supérieures au D8) diminuent en raison de l'abaissement du plafond de remboursement de 470 euros à 420 euros. Les autres bénéficiaires disposent de garanties stables sur la même période. En 2021, pour l'achat d'un bien du panier 100 % santé (vendu au prix limite de vente), les organismes complémentaires remboursent 77,90 euros. En 2019, la quasi-totalité des bénéficiaires (près de neuf sur dix pour les contrats individuels et 98 % pour les contrats collectifs) disposaient déjà de garanties supérieures à ce montant (Guilloton, 2023).

Graphique 1 Déciles des garanties des contrats souscrits pour un ensemble monture + verres simples dans le panier libre



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.

Lecture > En 2019, les 10 % des bénéficiaires de contrat collectif les moins bien couverts ont une garantie de remboursement inférieure ou égale à 125 euros (D1) pour des lunettes à verres simples dans le panier libre. En 2019, l'assurance maladie obligatoire (AMO) rembourse 4,45 euros (60 % du tarif de convention de 7,42 euros). Depuis 2020, l'AMO rembourse 0,09 euros (60 % du tarif de convention de 0,15 euros).

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

Sources > DREES, enquête OC 2019 et 2021.

3. Source : Système national des données de santé (SNDS), calculs DREES.

4. Pour les évolutions antérieures, voir annexe 3.

Entre 2019 et 2021, en optique complexe, les garanties diminuent dans le panier libre pour les bénéficiaires les mieux couverts

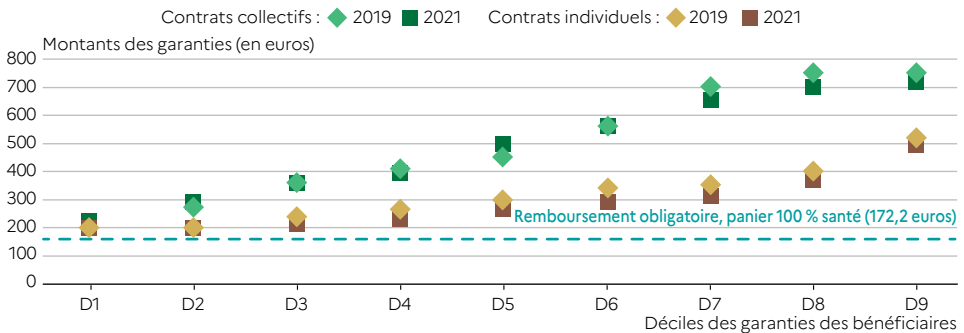
En 2021, le prix moyen pour l'achat d'un ensemble monture et verres complexes du panier libre est de 609 euros⁵, soit 608,91 euros après remboursement par l'AMO (tableau 1). Deux bénéficiaires sur dix disposent de garanties supérieures à ce montant. Comme pour l'optique simple, les garanties des contrats collectifs sont souvent supérieures à celles des contrats individuels. Deux bénéficiaires de contrat individuel sur dix disposent ainsi de garanties de remboursement minimales (200 euros) contre seulement un bénéficiaire de contrat collectif sur dix. Un peu plus du tiers des personnes couvertes par un contrat collectif disposent d'une garantie supérieure à 608,91 euros (D7 égal à 660 euros), contre moins d'une personne couverte par un contrat individuel sur dix (D7 égal à 660 euros) [graphique 2]. L'écart de niveau de couverture selon le type de contrats est plus important à mesure que les garanties sont élevées : 26 % des bénéficiaires de contrat

collectif disposent de garanties supérieures ou égales à 700 euros, soit très proches du remboursement maximal, contre 6 % des bénéficiaires de contrat individuel.

Entre 2019 et 2021, les garanties des bénéficiaires les mieux couverts par un contrat collectif diminuent : 7 % disposent de la garantie maximale de remboursement en 2021, contre 11 % en 2019. Les garanties des bénéficiaires de contrat individuel sont elles aussi en baisse de 10 euros en moyenne. Seuls les 20 % de bénéficiaires disposant déjà des garanties minimales (D2 égal à 200 euros) ne sont pas affectés par cette diminution.

La réforme du 100 % santé garantit depuis 2020 un remboursement de 172,2 euros pour un bien du panier 100 % santé au prix limite de vente de 210 euros (et avec une prise en charge par l'AMO de 37,8 euros). En 2019, la quasi-totalité des bénéficiaires (92 % pour les contrats individuels et 98 % pour les contrats collectifs) disposaient de garanties déjà supérieures à ce montant, avec cependant un reste à charge parfois conséquent (Guillot, 2023).

Graphique 2 Déciles des garanties des contrats souscrits pour un ensemble monture + verres complexes dans le panier libre



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.

Lecture > En 2019, les 10 % des bénéficiaires de contrat collectif les moins bien couverts ont une garantie de remboursement inférieure ou égale à 200 euros (D1) pour des lunettes à verres complexes dans le panier libre. En 2019, l'assurance maladie obligatoire (AMO) rembourse 14,15 euros (60 % du tarif de convention de 23,58 euros). Depuis 2020, l'AMO rembourse 0,09 euros (60 % du tarif de convention de 0,15 euros).

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

Sources > DREES, enquête OC 2019 et 2021.

5. Source : SNDS, calculs DREES.

Entre 2019 et 2021, le remboursement des lentilles de contact augmente pour les bénéficiaires de contrat collectif les plus couverts

L'AMO participe au remboursement des lentilles de contact, sous conditions uniquement⁶. Dans la plupart des cas, seuls les organismes complémentaires proposent une prise en charge de ce poste de soins.

En 2021, neuf bénéficiaires d'une complémentaire santé sur dix disposent d'une prise en charge d'une partie des frais dédiés aux lentilles non remboursées par l'AMO (*graphique 3*). Le remboursement moyen de lentilles s'élève à 163 euros par an. Les garanties proposées par les contrats collectifs sont toutefois nettement plus importantes en moyenne (214 euros par an) que celles des contrats individuels (117 euros par an). En effet, 14 % des bénéficiaires de contrat individuel ne disposent d'aucune prise en charge des lentilles de contact, contre 7 % pour les bénéficiaires de contrat collectif. De plus, la moitié des bénéficiaires de contrat collectif disposent de garanties supérieures ou

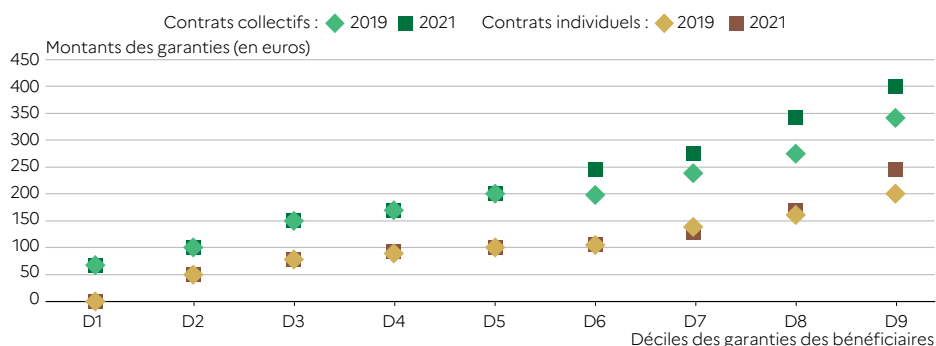
égales à 200 euros par an (D5), contre à peine plus d'un bénéficiaire sur dix (D9) pour les contrats individuels. Cependant, les 10 % des bénéficiaires de contrat individuel les mieux couverts disposent de garanties supérieures à 62 % des bénéficiaires de contrat collectif.

Par ailleurs, entre 2019 et 2021, les garanties proposées pour l'achat de lentilles augmentent de 21 euros par an en moyenne pour les contrats collectifs, contre 7 euros pour les contrats individuels. Cette hausse est essentiellement portée par les contrats les plus couvrants.

La chirurgie réfractive est remboursée en moyenne deux fois plus par les contrats collectifs que par les contrats individuels

Les contrats d'assurance complémentaire peuvent également prendre en charge des soins optiques non remboursés par l'AMO comme la chirurgie réfractive (au laser pour la myopie ou la presbytie). En 2021, près de quatre bénéficiaires sur cinq disposent de cette prise en charge (*graphique 4*). Le remboursement moyen par les

Graphique 3 Déciles des garanties des contrats souscrits pour des lentilles non remboursées par l'assurance maladie obligatoire



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.

Lecture > En 2019, les 10 % des bénéficiaires les moins bien couverts par un contrat collectif ont une garantie annuelle de remboursement inférieure ou égale à 70 euros (D1) pour l'achat de lentilles non remboursées par l'assurance maladie obligatoire (AMO).

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

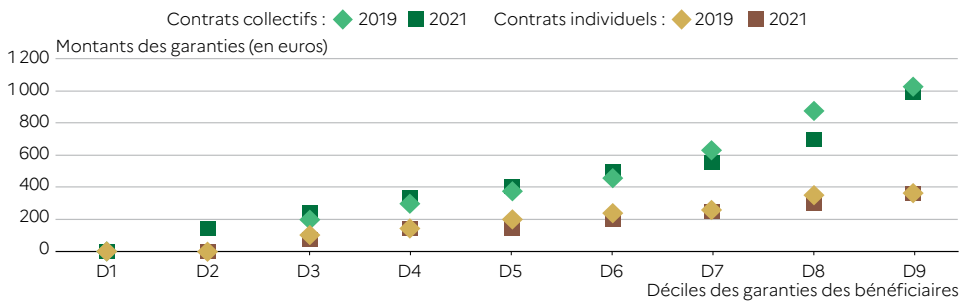
Sources > DREES, enquête OC 2019 et 2021.

6. L'AMO prend en charge uniquement les lentilles de contact sur prescription médicale et seulement pour certains troubles de la vision (astigmatisme, hypermétropie, myopie, presbytie, amblyopie). Les lentilles de contact sont alors remboursées à 60 % sur la base d'un forfait annuel, de date à date, par œil appareillé, fixé à 39,48 euros, quel que soit le type de lentilles (réutilisables ou non, journalières ou hebdomadaires, etc.).

complémentaires santé pour cette opération sur un œil s'élève à 305 euros. D'importantes disparités selon le type de contrats existent cependant : les bénéficiaires de contrat collectif disposent en moyenne d'une garantie de remboursement de 437 euros, soit plus de deux fois supérieure à celle prévue en moyenne pour les bénéficiaires de contrat individuel (176 euros). Cette disparité s'explique notamment par des garanties particulièrement élevées parmi les contrats collectifs

les plus couvrants. Par ailleurs, entre 2019 et 2021, les garanties proposées par les contrats collectifs sont relativement stables en moyenne. La tendance est cependant à la baisse pour les garanties des bénéficiaires les mieux couverts et à la hausse pour les autres. La part de bénéficiaires ne disposant d'aucune prise en charge passe notamment de 22 % à 17 %. Enfin, les garanties des contrats individuels diminuent de 19 euros en moyenne pour l'ensemble des bénéficiaires. ■

Graphique 4 Déciles des garanties des contrats souscrits pour la chirurgie réfractive non remboursée par l'assurance maladie obligatoire



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.

Lecture > En 2019, les 30 % des bénéficiaires les moins bien couverts par un contrat collectif ont une garantie de remboursement par leur organisme complémentaire inférieure ou égale à 200 euros (D3) par œil en cas de chirurgie réfractive au laser pour la myopie ou la presbytie, non remboursée 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 2019 et 2021.

Pour en savoir plus

> **Arnaud, F., Lefebvre, G. (dir.)** (2023). *Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé* – Édition 2023. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

> **Commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS)** (2023). Fiche 3.3 – Les dépenses remboursées des dispositifs médicaux en 2022. Dans *Les comptes de la Sécurité sociale. Rapport : résultats 2022, prévisions 2023 et 2024*.

> **Cour des comptes** (2022, juillet). *La réforme du 100 % santé. Communication à la commission des affaires sociales du Sénat*.

> **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.

> **Leduc, A. et al.** (2021, avril). Premiers résultats de l'enquête santé européenne (EHIS) 2019 – Métropole, Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion, Mayotte. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 78.

Les soins dentaires conservateurs et chirurgicaux font l'objet de tarifs conventionnels que doivent respecter les chirurgiens-dentistes. La complémentaire santé s'acquitte du reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (AMO). En revanche, les soins prothétiques peuvent faire l'objet de dépassements. Pour les prothèses dentaires du panier dit « 100 % santé » introduit en 2020, les contrats responsables doivent prendre en charge l'intégralité du reste à charge après le remboursement par l'AMO. Pour les prothèses du panier à tarif libre, les contrats doivent rembourser le ticket modérateur (TM) et sont libres du montant pris en charge au-delà. Enfin, la prise en charge par la complémentaire santé est libre pour les actes hors nomenclature tels que la pose d'implants, non remboursée par l'AMO, et pour l'orthodontie, où les dépassements d'honoraires sont généralement élevés. Sur l'ensemble des postes de soins dentaires, les garanties proposées par les contrats collectifs sont supérieures en moyenne à celles proposées par les contrats individuels.

En 2022, la dépense de soins dentaires s'élève à 13,8 milliards d'euros, dont 45 % sont pris en charge par les organismes de complémentaire santé (Arnaud, Lefebvre, 2023). À la suite de la réforme du 100 % santé (voir fiche 29 et annexe 1), dont la mise en place en dentaire débute en avril 2019¹ et concerne uniquement les soins prothétiques, les dépenses en prothèses dentaires ont nettement augmenté (+ 25 % entre 2019 et 2022). En 2022, elles représentent ainsi plus de la moitié des dépenses de soins dentaires (51 %), suivies par les dépenses en soins conservateurs (18 %) et par l'orthodontie (9 %)².

La réforme du 100 % santé donne accès à des prothèses dentaires intégralement remboursées

La réforme du 100 % santé classe les prothèses dentaires dans trois paniers de soins en fonction de leur type et de la position de la dent³:

- les prothèses du panier dit « 100 % santé » sont soumises à des prix limites de vente et le reste à

charge associé après intervention de l'assurance maladie obligatoire (AMO) doit être pris intégralement en charge par les contrats de complémentaire santé responsables (voir fiche 01) ;

- les prothèses du panier dit « modéré », également soumises à des prix limites de vente, pour lesquelles les organismes complémentaires doivent rembourser le ticket modérateur (TM), mais sont libres de prendre en charge ou non, en totalité ou partiellement, le remboursement des dépassements ;

- enfin, les prothèses du panier dit « libre » n'ont pas de prix limites de vente. Comme pour le panier modéré, les organismes complémentaires n'ont aucune obligation de remboursement au-delà du TM, à l'exception des contrats collectifs qui doivent prendre en charge le TM ainsi qu'un supplément s'élevant à 25 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) depuis 2016 dans le cadre du panier socle prévu par l'accord national interprofessionnel (ANI) [voir annexe 1].

1. Au 1^{er} avril 2019, des prix limites de vente sont introduits et la BRSS rehaussée. La prise en charge complète des biens du panier 100 % santé par les contrats responsables est effective depuis le 1^{er} janvier 2020.

2. Les 22 % restant de la dépense concernent la chirurgie, la radiologie, les consultations, et d'autres soins dentaires.

3. Le type de matériaux utilisé (alliage non précieux, céramo-métallique, céramo-céramique, etc.) et la position de la dent (incisive, canine, prémolaire, molaire) permettent de définir le périmètre des différents paniers. Par exemple, les prothèses céramo-métalliques font partie du panier 100 % santé uniquement pour les incisives, canines et premières prémolaires, tandis que les alliages non précieux sont intégrés au panier 100 % santé pour l'ensemble des dents.

En 2022, 57 % des achats de prothèses dentaires font partie du panier 100 % santé, 22 % du panier modéré et 21 % du panier libre (Arnaud, Lefebvre, 2023).

Une prise en charge très variable par l'assurance maladie obligatoire

Au-delà des soins concernés par le 100 % santé, les règles d'encadrement des tarifs des soins dentaires sont très variables. Les soins dentaires conservateurs (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation, etc.) et chirurgicaux (extraction de dents) font l'objet de tarifs conventionnels que doivent respecter les chirurgiens-dentistes. Ces soins sont remboursés intégralement, hors participation forfaitaire, par l'AMO (à hauteur de 70 %⁴ de la BRSS en 2021), et par la complémentaire santé (pour le TM). En revanche, les soins prothétiques (couronnes, bridges)⁵ des paniers libre et modéré ainsi que l'orthodontie peuvent faire l'objet de dépassements. Enfin, les actes hors nomenclature, tels que la pose d'implants dentaires non pris en charge par l'AMO, sont à tarif libre. C'est au niveau des actes pouvant faire l'objet

de dépassements ou des actes hors nomenclature que les contrats de complémentaire santé se distinguent.

Les contrats collectifs proposent en moyenne des garanties plus élevées pour la pose d'une prothèse céramo-céramique du panier libre

En 2021, le prix moyen pour la pose d'une prothèse céramo-céramique sur dent visible (*encadré 1*) du panier libre est de 632 euros⁶, soit 548 euros après le remboursement par l'AMO. Celle-ci prend en charge 70 % de la BRSS fixée à 120 euros, soit 84 euros⁷. Les contrats responsables doivent rembourser au minimum le TM, soit 36 euros. Les dépassements d'honoraires sont pris en charge par les contrats de complémentaire, en partie au moins, pour la quasi-totalité des bénéficiaires (*graphique 1*). Seuls 5 % des bénéficiaires disposent de garanties supérieures ou égales à 548 euros et n'ont donc aucun reste à charge pour la pose d'une prothèse céramo-céramique de prix moyen. La garantie moyenne de remboursement s'élève ainsi à 297 euros, avec un écart de plus de 100 euros entre les

Encadré 1 Dans l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé, la mise en place du 100 % santé a nécessité d'adapter les informations collectées pour le dentaire

Dans l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC), il n'est pas possible d'interroger les organismes sur chaque garantie dentaire. C'est pourquoi un bien de référence est choisi.

Jusqu'à l'édition 2019 de l'enquête, les garanties demandées aux complémentaires santé étaient celles relatives aux prothèses céramo-métalliques sur dent visible. Cependant, depuis l'entrée en vigueur de la réforme, ces prothèses font désormais partie du panier 100 % santé (pour l'ensemble des dents, exceptées les deuxièmes prémolaires et molaires). Elles sont donc intégralement remboursées d'un même montant, prédéfini par l'ensemble des contrats responsables.

Ainsi, à partir de l'édition 2021, l'enquête recueille les garanties des contrats pour une prothèse céramo-céramique sur dent visible appartenant au panier libre.

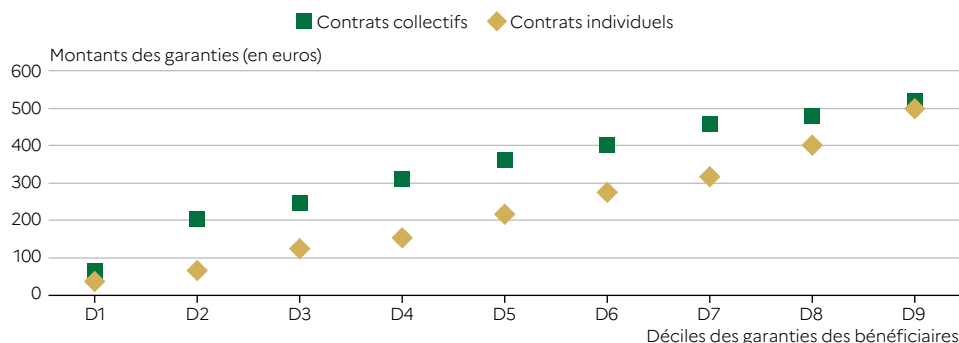
4. Depuis le 1^{er} octobre 2023, le remboursement par l'AMO est de 60 % de la BRSS, entraînant mécaniquement une hausse du TM, pris en charge par les contrats responsables. Le reste à charge demeure limité à la participation forfaitaire de 1 euro, passée à 2 euros au 15 mai 2024.

5. Les prothèses dentaires correspondent aux couronnes de type céramique, zircone et métallique, ainsi qu'aux bridges de type céramique.

6. Source : Système national des données de santé (SNDS), calculs DREES.

7. Depuis le 1^{er} octobre 2023, la part prise en charge par l'AMO est réduite à 60 % de la BRSS, entraînant mécaniquement une hausse de 12 euros du TM, et donc une hausse du remboursement par les contrats de complémentaire, s'ils sont responsables.

Graphique 1 Déciles des garanties des contrats souscrits pour la pose d'une prothèse dentaire céramo-céramique sur dent visible, en 2021 (panier libre)



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.

Lecture > En 2021, les 10 % des bénéficiaires les moins bien couverts par un contrat collectif disposent d'une garantie de remboursement inférieure ou égale à 66 euros (D1) pour une prothèse dentaire céramo-céramique sur dent visible. Pour ce soin, l'assurance maladie obligatoire (AMO) rembourse 84 euros (70 % du tarif de convention de 120 euros).

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CSS, France entière.

Source > DREES, enquête OC 2021.

bénéficiaires de contrat collectif (352 euros) et ceux de contrat individuel (243 euros). De plus, la moitié des bénéficiaires de contrat collectif disposent d'une garantie de remboursement d'au moins 360 euros (D5), contre moins de trois bénéficiaires de contrat individuel sur dix (D7 à 318 euros). Cependant, certains contrats individuels peuvent proposer des garanties relativement élevées. Ainsi, deux bénéficiaires de contrat individuel sur dix disposent d'une garantie de plus de 401 euros (D8), et leur niveau de couverture est supérieur à celui de six bénéficiaires de contrat collectif sur dix (D6).

Suite à la réforme du 100 % santé, les garanties minimales de prise en charge des prothèses augmentent entre 2019 et 2021

Dans le cadre de la réforme du 100 % santé en 2020, l'augmentation au 1^{er} avril 2019 de la BRSS, passée de 107,50 euros à 120 euros, se traduit mécaniquement par une hausse de la prise en charge minimale par les organismes complémentaires des prothèses céramiques (céramo-métalliques et céramo-céramiques) sur dent visible (tableau 1).

Par ailleurs, le montant de remboursement par les organismes complémentaires d'une prothèse

céramo-métallique du panier 100 % santé s'élève depuis 2020 à 416 euros pour les contrats responsables. Avant la réforme, 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 à ce montant (Guilloton, 2023). La réforme a donc largement augmenté le montant de remboursement des personnes les moins bien couvertes, sous réserve qu'elles choisissent une prothèse du panier 100 % santé.

Implants dentaires : des garanties en moyenne deux fois plus élevées pour les contrats collectifs que pour les contrats individuels

Un implant dentaire est un dispositif médical prenant la forme d'une vis en titane, zircone ou polymère, inséré dans le maxillaire ou la mandibule et destiné à créer un ancrage capable de recevoir une prothèse dentaire amovible ou fixée. La pose d'implant dentaire, hors nomenclature, n'est pas remboursée par l'AMO et les contrats de complémentaire sont libres d'en proposer ou non une prise en charge.

En 2021, la garantie moyenne pour un bénéficiaire de contrat collectif s'établit à 544 euros, contre 254 euros en contrat individuel, soit plus

Tableau 1 Évolutions réglementaires de la prise en charge des prothèses dentaires céramo-métallique et céramo-céramique sur dent visible

En euros

Prothèse retenue	Jusqu'en 2019	Au 1 ^{er} avril 2019		Depuis 2020	
		Panier libre	Panier 100 % santé	Panier libre	Panier 100 % santé
	Céramo-métallique, Céramo-céramique	Céramo-céramique	Céramo-métallique	Céramo-céramique	Céramo-métallique
Prix limite de vente	Néant	Néant	500	Néant	500
Base de remboursement de la Sécurité sociale	107,5	120	120	120	120
Remboursement par l'AMO (70 % de la base de remboursement)	75,25	84	84	84	84
Remboursement minimal obligatoire par les contrats responsables	32,25 ou 59,13 ¹	36 ou 66 ¹	36 ou 66 ¹	36 ou 66 ¹	416
Plafond de remboursement par les contrats responsables	Néant	Néant	Néant	Néant	

AMO : assurance maladie obligatoire.

1. Depuis l'accord national interprofessionnel (ANI) entré en vigueur en 2016, le remboursement minimal est plus élevé pour les contrats collectifs responsables proposés par les entreprises à leurs salariés qui doivent rembourser le ticket modérateur (TM) ainsi qu'un supplément s'élevant à 25 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), soit 59,13 euros jusqu'en 2019 et 66 euros depuis.

Lecture > Avant le 1^{er} avril 2019, pour une prothèse céramo-métallique, l'organisme complémentaire devait rembourser au minimum 32,25 euros.

Source > Loi de financement de la Sécurité sociale 2019.

du double. De plus, la moitié des bénéficiaires de contrat collectif disposent d'une garantie d'au moins 500 euros (D5), contre un bénéficiaire de contrat individuel sur dix (D9) [graphique 2]. Par ailleurs, entre 2019 et 2021⁸, le remboursement moyen pour la pose d'un implant augmente de 16 euros pour atteindre 397 euros. Cependant, en 2021 les garanties proposées par les contrats individuels sont plutôt en baisse, en particulier pour les bénéficiaires les mieux couverts. De plus, la proportion de bénéficiaires qui disposent d'une prise en charge pour la pose d'implants a diminué depuis 2019 (69 % contre 63 % en 2021). À l'inverse, environ deux bénéficiaires de contrat collectif sur dix ne disposent d'aucune prise en charge pour la pose d'implants dentaires, aussi bien en 2019 (19 %) qu'en 2021 (21 %). En outre,

les garanties des bénéficiaires de contrat collectif tendent à augmenter, à l'exception de celles des personnes les moins bien couvertes.

Orthodontie : des garanties en légère baisse

Les traitements par semestre d'orthodontie ou d'orthopédie dento-faciale (ODF) sont pris en charge par l'AMO sous conditions⁹ et à hauteur de 70 % de la BRSS pour les actes inférieurs à 120 euros, ou de 100 % pour les actes supérieurs à 120 euros. Pour en bénéficier, il faut obtenir l'accord préalable de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) et commencer les soins avant son 16^e anniversaire : neuf personnes ayant recours à l'orthodontie remboursée sur dix ont ainsi moins de 16 ans.

⁸. Pour les évolutions antérieures, voir annexe 3.

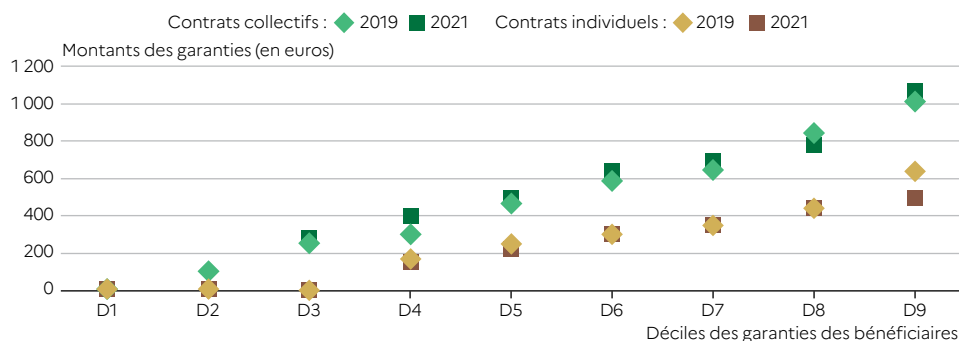
⁹. Les soins en orthodontie sont pris en charge dans la limite de six semestres de traitement et de deux séances de surveillance par semestre.

La BRSS, fixée à 193,50 euros pour un semestre de traitement orthodontique, est très souvent inférieure aux frais réels. Pour un semestre de traitement au coût moyen de 667 euros¹⁰, le reste à charge après le remboursement par l'AMO s'élève ainsi à 473,50 euros. En 2021, 7 % des bénéficiaires de contrat individuel et 45 % des bénéficiaires de contrat collectif disposent d'une prise en charge totale pour un tel montant. Tout contrat confondu, cela représente un quart des bénéficiaires. De plus, neuf bénéficiaires sur dix disposent d'une prise en charge inférieure à 606,50 euros. Toutefois, les 10 % de bénéficiaires de contrat collectif les mieux couverts (D9) disposent d'une garantie de remboursement d'au moins 774 euros, contre 445 euros pour les 10 % de bénéficiaires de contrat individuel les mieux couverts (D9). Sur l'ensemble de la distribution, les garanties

proposées aux bénéficiaires de contrat collectif sont près de deux fois supérieures à celles proposées aux bénéficiaires de contrat individuel (graphique 3). Ainsi, la garantie moyenne des contrats collectifs s'élève à 433 euros, contre 220 euros pour les contrats individuels.

Entre 2019 et 2021, les garanties moyennes pour un semestre de traitement orthodontique diminuent de 31 euros pour les personnes couvertes par un contrat individuel et dans une moindre mesure pour celles couvertes par un contrat collectif. Les garanties proposées par les contrats individuels sont en légère baisse pour l'ensemble des bénéficiaires, à l'exception de ceux qui disposent des garanties les plus faibles (D1) et les plus élevées (D8 et D9). Pour les contrats collectifs, les garanties les plus élevées ont également tendance à diminuer, tandis que les garanties les moins élevées augmentent légèrement. ■

Graphique 2 Déciles des garanties des contrats souscrits pour la pose d'un implant dentaire



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.

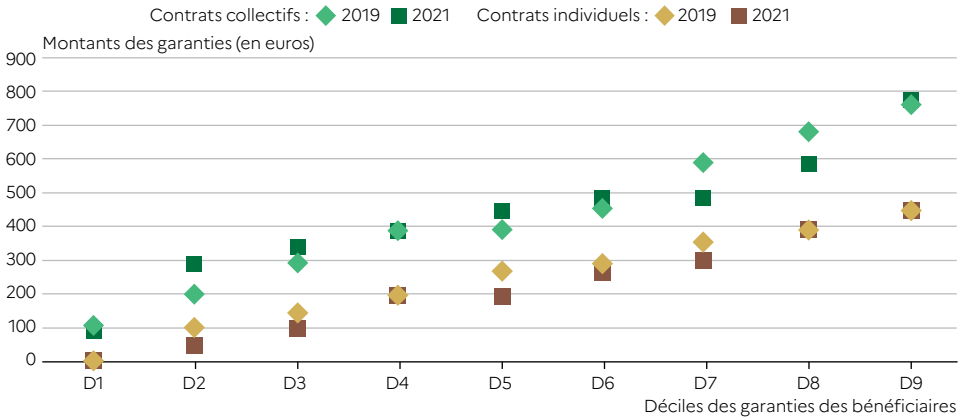
Lecture > En 2019, les 50 % des bénéficiaires les moins bien couverts par un contrat collectif disposent d'une garantie de remboursement par l'organisme complémentaire inférieure ou égale à 460 euros (D5) pour la pose d'un implant dentaire. L'implantologie n'est pas remboursée par l'assurance maladie obligatoire (AMO).

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

Sources > DREES, enquête OC 2019 et 2021.

10. Source : SNDS, calculs DREES.

Graphique 3 Déciles des garanties des contrats souscrits pour un semestre de traitement orthodontique



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.

Lecture > En 2019, les 10 % des bénéficiaires d'un contrat collectif disposent d'une garantie de remboursement inférieure ou égale à 100 euros (D1) pour un semestre d'orthodontie. Pour ce soin, l'assurance maladie obligatoire (AMO) rembourse 193,50 euros (100 % du tarif de convention de 193,50 euros).

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

Sources > DREES, enquête OC 2019 et 2021.

Pour en savoir plus

- > **Arnaud, F., Lefebvre, G. (dir.)** (2023). *Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2023*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Cour des comptes** (2022, juillet). *La réforme du 100 % santé. Communication à la commission des affaires sociales du Sénat*.
- > **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.

Depuis 2019, la mise en application progressive de la réforme du 100 % santé encadre les remboursements des prothèses auditives. Elle rend notamment accessible sans reste à charge les aides auditives du panier 100 % santé. Pour les prothèses auditives du panier à tarification libre, les garanties ont augmenté de 150 euros entre 2019 et 2021, bien que, pour la majorité des assurés, elles restent très en deçà des prix pratiqués. Par ailleurs, les garanties dont disposent les bénéficiaires de contrat collectif sont supérieures de 800 euros en moyenne à celles des bénéficiaires de contrat individuel. Entre 2019 et 2021, l'écart s'est creusé, notamment pour les bénéficiaires des contrats les plus couvrants.

Les prothèses auditives représentent un marché d'environ deux milliards d'euros en 2022, dont 42 % est à la charge de l'assurance maladie obligatoire (AMO) [Arnaud, Lefebvre, 2023]. L'audiologie se caractérise par des coûts d'équipement particulièrement élevés et un renouvellement de la prise en charge plus espacé que pour d'autres équipements de santé¹. Elle concerne également une population très spécifique : en 2021, 1,5 % de la population a acheté un appareil auditif, dont 79 % de personnes de 65 ans ou plus. La réforme du 100 % santé (voir fiche 29) a progressivement encadré la tarification et les remboursements des prothèses auditives, à partir de janvier 2019 (*encadré 1*). La dépense en prothèse auditive a connu une hausse exceptionnelle en 2021 (+ 61 %).

La réforme du 100 % santé donne accès à des équipements de prothèse auditive intégralement remboursés

Avant 2019, le prix moyen d'une prothèse auditive s'élevait autour de 1 500 euros. Depuis, la réforme du 100 % santé classe les prothèses auditives en deux paniers de soins distincts. Le panier dit « 100 % santé » regroupe des biens dont le prix est plafonné, en 2021, à 950 euros

par oreille², soit 1 900 euros pour une paire de prothèses auditives. Son remboursement est intégralement pris en charge : l'AMO rembourse 60 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) fixée à 400 euros par oreille, soit 240 euros, et les organismes complémentaires s'acquittent du reste à charge de 710 euros. Pour les biens du panier dit « libre », il n'existe pas de limite au prix de vente. Les conditions de prise en charge par l'AMO sont les mêmes que pour les biens du panier 100 % santé. Les contrats responsables n'ont aucune obligation de remboursement supérieure au montant du ticket modérateur (TM). Ils sont en revanche soumis, depuis 2021, à un plafond de remboursement fixé à 1 460 euros par prothèse auditive (*encadré 1*).

Dans le panier libre, les contrats collectifs proposent des garanties deux fois supérieures en moyenne aux contrats individuels

En 2021, 61 % des personnes qui achètent une paire de prothèses auditives ont recours au panier libre (Arnaud, Lefebvre, 2023). Pour l'achat d'une paire de prothèses auditives dans ce panier au prix moyen de 2 951 euros³, le reste à charge après

1. Le renouvellement de la prise en charge d'une aide auditive ne peut intervenir qu'après une période de quatre ans.

2. Le plafonnement du prix dans le panier 100 % santé a été progressif : 1 300 euros en 2019, 1 100 euros en 2020 et 950 euros en 2021.

3. Source : Système national des données de santé (SNDS), calculs DREES.

Encadré 1 La réforme du 100 % santé en audiologie

Le déploiement de la réforme du 100 % santé en audiologie s'est étalé sur trois ans. La réforme s'articule autour des axes suivants (voir tableau ci-dessous) :

- > un relèvement progressif de 200 euros de la base de remboursement, accompagné d'un doublement du montant pris en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) ;
- > une diminution progressive du prix limite de vente des biens du panier 100 % santé, pour atteindre 950 euros au 1^{er} janvier 2021 ;
- > l'obligation, pour les organismes complémentaires, de rembourser, pour les biens du panier 100 % santé, l'intégralité du reste à charge après intervention de l'AMO, depuis le 1^{er} janvier 2021 ;
- > l'instauration, pour les biens du panier libre, d'un plafond de remboursement total atteignant 1 700 euros par oreille appareillée au 1^{er} janvier 2021, incluant le remboursement par l'AMO et par la complémentaire santé (soit un plafond de remboursement par l'organisme complémentaire de 1 460 euros).

Évolutions réglementaires de la prise en charge en audiologie avec le 100 % santé

En euros

Montants pour une aide auditive, pour une oreille	Avant 2019	2019		2020		2021	
		Panier libre	Panier 100 % santé	Panier libre	Panier 100 % santé	Panier libre	Panier 100 % santé
Prix limite de vente	Néant	Néant	1 300	Néant	1 100	Néant	950
Base de remboursement de la Sécurité sociale	199,71	300	300	350	350	400	400
Remboursement par l'AMO (60 % de la base de remboursement)	119,83	180	180	210	210	240	240
Remboursement minimal obligatoire par les contrats responsables	79,88	120	120	140	140	160	710 ¹
Plafond de remboursement des contrats responsables	Néant	Néant	1 120	Néant	890	1 460	

AMO : assurance maladie obligatoire.

1. Pour une aide auditive au prix limite de vente.

Note > La réforme du 100 % santé s'est appliquée progressivement dès 2019 en audiologie.

Lecture > Avant 2019, pour un appareil auditif, un organisme complémentaire responsable devait rembourser au minimum le ticket modérateur (TM), soit 79,88 euros. À partir de 2021, il doit rembourser 710 euros pour un appareil auditif du panier 100 % santé, et au minimum 160 euros pour un appareil auditif du panier libre.

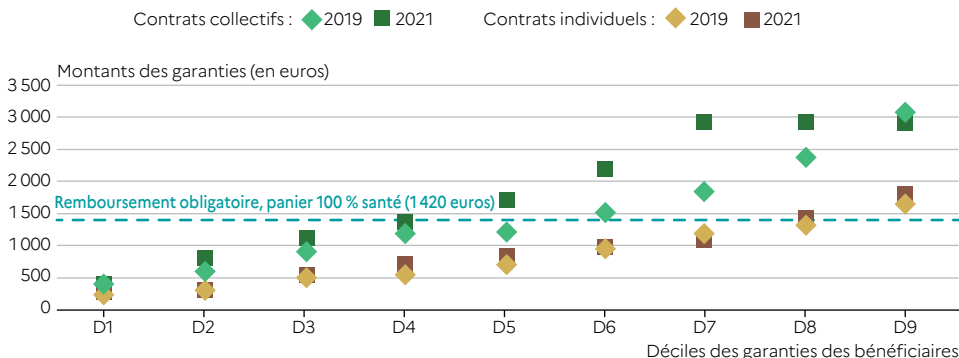
Source > Loi de financement de la Sécurité sociale 2019.

remboursement par l'AMO s'élève à 2 471 euros⁴. Près de deux bénéficiaires sur dix disposent de garanties de remboursement sans aucun reste à charge pour ce tarif. Cependant, les meilleures garanties sont surtout proposées par les contrats collectifs, qui ne couvrent que 10 % des bénéficiaires de plus de 65 ans. Les prises en charge par les contrats collectifs sont en moyenne supérieures à celles des contrats individuels (graphique 1). En effet, en

moyenne, les bénéficiaires de contrat individuel disposent de garanties inférieures de moitié à celles des bénéficiaires de contrat collectif, soit une différence d'environ 800 euros. De plus, un tiers des bénéficiaires de contrat collectif disposent d'une garantie laissant un reste à charge nul pour l'achat d'une paire de prothèses auditives au prix moyen (2 471 euros après remboursement par l'AMO, en-dessous du D7 égal à 2 920 euros), contre 3 % des bénéficiaires de

4. Pour une paire de prothèses auditives, l'AMO rembourse 480 euros, c'est-à-dire 240 euros par oreille.

Graphique 1 Déciles des garanties des contrats souscrits pour une paire de prothèses auditives dans le panier libre



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.

Lecture > En 2019, les 10 % des bénéficiaires les moins bien couverts par un contrat collectif bénéficient d'une garantie de remboursement par l'organisme complémentaire inférieure à 390 euros (D1) pour une paire de prothèses auditives dans le panier libre. Cette même année, 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.

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

Sources > DREES, enquête OC 2019 et 2021.

contrat individuel (au-dessus du D9 égal à 1 800 euros). Néanmoins, certains contrats individuels offrent de meilleures garanties que certains contrats collectifs. Ainsi, les 30 % des bénéficiaires de contrat individuel les mieux couverts disposent de garanties supérieures aux 30 % des bénéficiaires de contrat collectif les moins bien couverts (respectivement D7 et D3 égaux à 1 120 euros).

Entre 2019 et 2021⁵, la prise en charge d'une paire de prothèses auditives par les contrats complémentaires a progressé en moyenne de 150 euros. La hausse est plus prononcée pour les bénéficiaires de contrat collectif (240 euros), en particulier pour les bénéficiaires les mieux couverts. Seuls les 10 % les mieux couverts sont concernés par une baisse de garanties entre 2019 et 2021, en raison du plafond de remboursement introduit dans le cadre de la réforme du 100 % santé. Pour les bénéficiaires de contrat individuel, les garanties proposées augmentent d'environ 80 euros en moyenne. Par ailleurs,

suite à la réforme du 100 % santé, l'augmentation progressive des planchers sur le panier libre s'est traduite par une hausse des garanties pour les bénéficiaires de contrats les moins couvrants. Ainsi, en 2021, une minorité de bénéficiaires (moins de 5 % « en collectif » et « en individuel », couverts par des contrats non responsables) disposent d'une garantie inférieure au plancher minimum de 320 euros pour une paire de prothèses auditives, contre 9 % des bénéficiaires de contrat collectif et 20 % des bénéficiaires de contrat individuel en 2019.

La réforme du 100 % santé a augmenté les garanties des bénéficiaires les moins bien couverts

En 2019, plus de deux tiers des bénéficiaires disposaient d'une prise en charge inférieure à celle instaurée par la réforme du 100 % santé, soit 1 420 euros pour une paire de prothèses auditives. C'était plus précisément le cas de huit bénéficiaires de contrat individuel sur dix et de la

⁵. Pour les évolutions antérieures, voir annexe 3.

moitié des bénéficiaires de contrat collectif (*graphique 1*; Guilloton, 2023). Ainsi, depuis la réforme, une majorité de personnes bénéficient d'une

hausse de leur garantie et d'un reste à charge nul lorsqu'elles consomment des prothèses auditives du panier 100 % santé (voir fiche 29). ■

Pour en savoir plus

- > **Arnaud, F., Lefebvre, G. (dir.)** (2023). *Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2023*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Commission des comptes de la Sécurité sociale (CCSS)** (2023). Fiche 3.3 – Les dépenses remboursées des dispositifs médicaux en 2022. Dans *Les comptes de la Sécurité sociale. Rapport : résultats 2022, prévisions 2023 et 2024*.
- > **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*.
- > **Cour des comptes** (2022, juillet). *La réforme du 100 % santé. Communication à la commission des affaires sociales du Sénat*.
- > **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.

Les organismes de complémentaire santé financent 10,9 % de la dépense totale de médicaments, soit 3,6 milliards d'euros. Les médicaments représentent le quatrième poste de dépense des organismes complémentaires. Les médicaments remboursés à 65 %, 30 % et 15 % par l'assurance maladie obligatoire (AMO) laissent un reste à charge à financer par les organismes complémentaires et/ou les ménages, si ces derniers ne se trouvent pas dans des situations spécifiques, comme une prise en charge au titre d'une affection de longue durée (ALD). Les bénéficiaires de contrat complémentaire responsable sont couverts pour l'intégralité du ticket modérateur (TM) dans le cas des médicaments remboursés à 65 % par l'AMO ; 95 % d'entre eux le sont pour les médicaments remboursés à 30 % et 80 % d'entre eux pour les médicaments remboursés à 15 %.

Le médicament, quatrième poste de dépense pour les organismes complémentaires

En 2022, les organismes de complémentaire santé ont versé 3,6 milliards d'euros aux assurés pour leurs dépenses de médicaments remboursées ou non par l'assurance maladie obligatoire (AMO) [voir fiche 19]. Les médicaments représentent pour eux le quatrième poste de dépense après les soins de ville (13,8 milliards d'euros), les autres biens médicaux (optique, prothèses, etc., pour un montant de 7,5 milliards d'euros) et les soins hospitaliers (4,7 milliards d'euros). Les organismes complémentaires financent ainsi 10,9 % de la dépense totale de médicament¹ (au sens de la consommation de soins et de biens médicaux [CSBM], voir fiche 19). Malgré une hausse de la dépense totale de médicaments, la part prise en charge par les organismes complémentaires est en baisse de 5 points en dix ans (soit 1,4 milliard d'euros), en raison de mesures de déremboursement, d'une part, de l'augmentation de la proportion des médicaments remboursés à 100 % par l'AMO, d'autre part.

Selon le service médical rendu, un remboursement par l'assurance maladie obligatoire de 0 %, 15 %, 30 %, 65 % ou 100 %

Les médicaments sont inégalement remboursés. Après l'obtention d'une autorisation de mise sur le marché (AMM), si un laboratoire pharmaceutique souhaite que son médicament soit remboursable par l'AMO, il dépose une demande auprès du comité de la transparence (CT) de la Haute Autorité de santé (HAS) qui se charge d'évaluer le service médical rendu (SMR) du médicament. Sur une échelle comportant quatre niveaux (insuffisant, faible, modéré, important ou majeur²), ce SMR prend en compte plusieurs critères (efficacité, effets indésirables, stratégie thérapeutique...) et permet à l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCA) de déterminer le taux de remboursement. Chaque médicament se voit alors attribuer par l'AMO l'un des cinq taux de remboursement suivants : 0 % (non remboursable), 15 % (SMR faible), 30 % (SMR modéré), 65 % (SMR important ou majeur) ou 100 % (médicaments reconnus irremplaçables et coûteux). Le reste (ticket modérateur [TM] associé) peut ou non être remboursé par les

1. Il s'agit là des médicaments remboursables, des médicaments non remboursables, des rémunérations non remboursables, des rémunérations forfaitaires hors honoraires de dispensation, des remises conventionnelles et du dispositif d'indemnisation de la perte d'activité (DIPA) [Arnaud, Lefebvre, 2023].

2. La HAS peut également juger que le médicament est « irremplaçable et coûteux » ; et, dans ce cas, le taux de remboursement sera de 100 %.

organismes complémentaires. De plus, ces taux de remboursement (théoriques) ne présagent pas du taux de remboursement réel : un médicament avec un SMR faible à modéré (15 % ou 30 %) peut être remboursé à 100 % si la prescription intervient par exemple au titre d'une affection de longue durée (ALD) ou pour un bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire (CSS) [tableau 1 ; Polton, 2015].

Une prise en charge totale du ticket modérateur pour certains bénéficiaires

Les médicaments remboursés à 65 % par l'AMO laissent un TM de 35 % à la charge de l'assuré. Dans ce cas, les contrats complémentaires responsables (contrats qui bénéficient d'aides fiscales en contrepartie d'un cahier des charges spécifique et représentent 98 % des bénéficiaires, voir fiche 01) doivent rembourser ce TM, le reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (AMC) étant alors nul pour ses bénéficiaires, en dehors des franchises médicales non remboursables de 0,50 euro par boîte de

médicament³. Pour les organismes complémentaires, les médicaments remboursés à 65 %, majoritaires dans la dépense de médicament en ville, représentent le principal poste de remboursement de médicaments.

Les médicaments remboursés à 30 % par l'AMO laissent un TM de 70 % à la charge de l'assuré. Toutefois, ce TM est pris en charge, pour 95 % des bénéficiaires, par l'organisme complémentaire, tous contrats confondus en 2021 (tableau 2), avec peu de différences entre bénéficiaires de contrats collectif (97 %) et individuel (94 %). Ce taux global de prise en charge est en hausse de 2 points par rapport à 2019.

Les médicaments remboursés à 15 % par l'AMO laissent un TM de 85 % à la charge de l'assuré. En 2021, ce TM est pris en charge intégralement, pour 80 % des bénéficiaires, par les organismes complémentaires. Ce taux est stable par rapport à 2019, tous contrats confondus, avec une différence toutefois de près de 20 points entre les contrats collectifs (90 %) et les contrats individuels (71 %). Par ailleurs, alors que les

Tableau 1 Part de la dépense de consommation de médicaments remboursés par l'assurance maladie obligatoire et ticket modérateur, en 2022

Type de médicament, selon son taux théorique de remboursement par l'AMO	Dépense totale (en milliards d'euros)	Part dans le total de la dépense (en %)	Part de remboursement réel par l'AMO, y compris ALD et CSS (en %)	TM, hors franchise médicale (en %)
Remboursé à 100 %	8,9	31	99,5	0,5
Remboursé à 65 %	17,4	60	86,7	13,3
Remboursé à 30 %	2,0	7	58,6	41,4
Remboursé à 15 %	0,5	2	41,7	58,3
Ensemble	28,8	100	87,0	13,0

ALD : affection de longue durée ; AMO : assurance maladie obligatoire ; CSS : complémentaire santé solidaire ; TM : ticket modérateur.

Note > Les franchises médicales (0,50 euro par boîte) en 2022 ne sont pas incluses dans le TM. Par ailleurs, certains cas spécifiques (remboursement de médicaments dits « princeps » au prix du médicament générique ; remboursement hors Sécurité sociale pour les bénéficiaires de l'aide médicale d'État [AME]), expliquent qu'il puisse y avoir un TM non nul pour des médicaments théoriquement remboursés à 100 %.

Lecture > En 2022, les médicaments situés, en matière de service médical rendu (SMR), dans la catégorie des médicaments remboursés à 15 % par l'AMO représentent 0,5 milliard d'euros, soit 2 % de la dépense totale de médicament. En moyenne, ils sont remboursés à 41,7 % par l'AMO (car ceux prescrits à des patients dans le cadre par exemple d'ALD sont en réalité remboursés à 100 %), ce qui laisse un reste à charge (TM) pour le patient ou sa complémentaire éventuelle de 58,3 %.

Champ > Médicaments remboursés de ville et en rétrocession hospitalière (y compris en autorisation d'accès précoce ou compassionnel) et associés à un code CIP en 2022, en date d'exécution des soins.

Source > SNDS, données 2022, traitements DREES.

3. Depuis le 31 mars 2024, ces franchises sont passées à 1 euro.

médicaments remboursés à 15 % et 30 % représentent au total 9 % des dépenses de médicaments, ils pèsent pour un tiers du TM à couvrir par les organismes complémentaires ou les ménages. Certains organismes complémentaires prennent aussi en charge les médicaments non remboursables par l'AMO, comme l'homéopathie qui n'est

plus remboursée depuis le 1^{er} janvier 2021. Les médicaments non remboursables pèsent pour environ 8 % de la valeur totale de la consommation de médicaments en ambulatoire (Arnaud, Lefebvre, 2023), sans toutefois que les sources existantes permettent de chiffrer les montants pris en charge par les organismes complémentaires. ■

Tableau 2 Prise en charge du ticket modérateur par les organismes complémentaires pour les médicaments remboursés à 15 % et 30 % par l'assurance maladie obligatoire

		En % des bénéficiaires					
		Pas de prise en charge		Prise en charge partielle du TM		Prise en charge intégrale du TM	
		2019	2021	2019	2021	2019	2021
Médicaments remboursés à 15 %	Contrats collectifs	12	4	1	6	87	90
	Contrats individuels	26	28	2	1	72	71
	Ensemble	19	16	2	3	79	80
Médicaments remboursés à 30 %	Contrats collectifs	7	3	1	1	92	97
	Contrats individuels	4	5	1	1	95	94
	Ensemble	6	4	1	1	93	95

TM : ticket modérateur.

Note > L'enquête OC recueille les caractéristiques des dix contrats les plus souscrits ; celles-ci sont extrapolées à l'ensemble des bénéficiaires d'une complémentaire santé. En raison de la présence d'arrondis, la somme des pourcentages peut-être différente de 100.

Lecture > En 2021, 90 % des bénéficiaires d'un contrat collectif disposent d'une garantie de prise en charge intégrale du TM pour l'achat de médicaments remboursés à 15 % 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 2019 et 2021.

Pour en savoir plus

> **Arnaud, F., Lefebvre, G. (dir.)** (2023). *Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2023*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

> **Polton, D.** (2015, novembre). *Rapport sur la réforme des modalités d'évaluation des médicaments*. Ministère des Affaires sociales et de la Santé.

> **Toutlemonde, F. (dir.)** (2022). Fiche 26 – Les médicaments et dispositifs onéreux à l'hôpital. Dans *Les établissements de santé – Édition 2022*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.

En 2022, la prévention dite « institutionnelle » est majoritairement prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et seulement de façon secondaire par les organismes de complémentaire santé. Les organismes participent aussi à la prévention non institutionnelle, à l'initiative des patients ou des professionnels de santé. Les organismes de complémentaire santé interviennent en menant des actions de sensibilisation auprès de leurs adhérents. Les contrats peuvent proposer des garanties sur des postes de soins non couverts par l'AMO (certains actes de prévention, la chambre particulière à l'hôpital, les forfaits « bien-être », etc.). Ainsi, la majorité des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé disposent d'une prise en charge des soins non conventionnels.

La prévention regroupe l'ensemble des actions menées pour éviter ou diminuer l'apparition de maladies et de troubles de santé dans la population. Dans un contexte de vieillissement de la population et de prévalence accrue des maladies chroniques, les actions menées représentent un investissement de long terme. La prévention recouvre un champ d'intervention très large, allant de l'éducation à la santé et à la sécurité sanitaire jusqu'aux politiques pesant sur les déterminants de santé (pauvreté, logement, emploi, environnement, conditions de travail, alimentation, exercice physique, etc.).

Les organismes de complémentaire santé : des acteurs secondaires de la prévention

De nombreux acteurs interviennent dans le champ de la prévention institutionnelle, qui regroupe, dans les comptes de la santé, les dépenses spécifiquement identifiées comme relevant de la prévention notamment financées ou organisées par les fonds ou programmes nationaux ou territoriaux (Arnaud, Lefebvre, 2023). Sur ce périmètre de dépenses, l'assurance maladie en est, en 2022, le premier financeur. Interviennent également les entreprises, le ministère de la Santé et de la Prévention, les agences régionales de santé (ARS), ou encore les collectivités locales ainsi que les organismes de complémentaire santé.

L'assurance maladie obligatoire (AMO) finance les deux tiers de ces dépenses (64 % en 2022, 75 % en 2021) contre moins d'un tiers avant la crise sanitaire, en raison de la prise en charge par l'AMO de l'essentiel des dépenses de lutte contre l'épidémie de Covid-19. Sur ce champ de la prévention institutionnelle, les dépenses des organismes complémentaires estimées à ce jour correspondent aux achats de vaccins (moins de 200 millions d'euros en 2022). Ces dépenses, qui ne représentent pas la totalité des dépenses de prévention des organismes complémentaires, correspondent, entre 2013 et 2022, à une part de prise en charge des dépenses de prévention institutionnelle comprise entre 1 % et 3 %.

Les dépenses de prévention institutionnelle, estimées à 12,7 milliards d'euros en 2022, ne couvrent qu'une partie du champ de la prévention. À celles-ci s'ajoute la prévention dite « non institutionnelle », à l'initiative des patients ou des professionnels de santé, hors programmes de santé publique, tels que les séjours de prévention à l'hôpital (séjours de sevrage au tabac, par exemple) ou les dépenses de prévention en ville (comme les visites de surveillance chez le pédiatre ou chez le médecin généraliste). En l'absence de données permettant de distinguer spécifiquement la prévention du reste des soins courants, ces dépenses

sont comptabilisées au sein de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) sans être isolées¹. Leur financement est assuré par l'AMO, les organismes complémentaires et les ménages, au même titre que le reste du champ de la CSBM.

Des actions de prévention pour sensibiliser les bénéficiaires

Les organismes de complémentaire santé peuvent avoir intérêt à sensibiliser leurs bénéficiaires et à encourager certaines pratiques pour limiter leurs dépenses de santé futures. Ils peuvent, par exemple, mettre en place des campagnes de prévention sur des sujets variés, tels que les risques routiers, les troubles de l'audition, le vieillissement, les maladies cardiovasculaires...

Les initiatives mises en place par l'assurance maladie complémentaire (AMC) sont mal connues, faute d'informations exhaustives sur leur ampleur (nombre, montants financiers en jeu). Leur intérêt est *a priori* plus élevé en milieu professionnel que dans le cadre des contrats individuels. La question de l'incitation financière se pose, car l'essentiel des gains associés à la prévention est réalisé par l'AMO (Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie [HCAAM], 2021). L'incitation pour les organismes complémentaires à développer les actions de prévention s'inscrit davantage dans une logique de service, sur un marché concurrentiel.

Les organismes de complémentaire santé se distinguent au niveau des soins et des actes non réglementés par l'assurance maladie obligatoire

Les niveaux de prise en charge par les organismes de complémentaire santé sont de plus en plus encadrés, conduisant à une uniformisation d'un certain nombre de garanties (mise en place de planchers et de plafonds

de remboursement, remboursement intégral des biens du panier 100 % santé...). Dans ce contexte, les organismes peuvent se différencier par exemple *via* l'offre de services de prévention ou de réseaux de soins (voir fiche 09).

En plus des garanties complémentaires qu'ils couvrent sur le périmètre des soins de l'assurance maladie, les contrats de complémentaires peuvent offrir des garanties supplémentaires sur des postes de soins non couverts par l'AMO : prise en charge de la chambre particulière à l'hôpital (voir fiche 21), forfait « bien-être », ostéopathie, certains actes de prévention... Les contrats sont alors totalement libres de prendre en charge, partiellement ou intégralement, ces postes de soins.

En 2022, les prestations « connexes », qui comprennent à la fois des actes de prévention (patchs anti-tabac, vaccinations internationales, etc.), mais aussi des prestations de confort à l'hôpital ou en cure thermale (chambre particulière, lit accompagnant, télévision, etc.) ainsi que des prestations à la périphérie des soins de santé, comme les soins non conventionnels² ou encore les consultations de psychologues, représentent 6 % du montant des cotisations perçues par les organismes de complémentaire santé (de Williencourt, 2023), soit 2,2 milliards d'euros (Arnaud, Lefebvre, 2023).

La majorité des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé disposent d'une prise en charge des soins non conventionnels

En 2021, comme en 2019, les consultations de soins non conventionnels sont prises en charge, au moins partiellement, pour huit bénéficiaires de contrat de complémentaire santé sur dix. Cela concerne les trois quarts des bénéficiaires de contrat individuel, et plus de huit bénéficiaires de contrat collectif sur dix (*tableau 1*). Par ailleurs, plus de la moitié des personnes

1. La dépense de prévention non institutionnelle a été estimée à au moins 9,1 milliards d'euros en 2016 (Gonzalez et al., 2018).

2. Les soins non conventionnels, non reconnus au plan scientifique par la médecine conventionnelle, incluent notamment l'homéopathie, l'ostéopathie, la chiropraxie. Parfois appelées « médecines alternatives », « médecines complémentaires », « médecines naturelles », ou encore « médecines douces », ces pratiques sont diverses, tant par les techniques qu'elles emploient que par les fondements théoriques qu'elles invoquent.

couvertes par des contrats individuels bénéficient d'une prise en charge, en 2021 comme en 2019, du ticket modérateur (TM) sur le sevrage tabagique – pris en charge à 65 % par l'AMO. Les consultations de diététiciens ou la pilule contraceptive, non remboursables par l'AMO, sont prises en charge, au moins partiellement, pour près de six bénéficiaires sur dix. La prise en charge du sevrage tabagique et de la pilule concerne en 2021 un peu moins de personnes couvertes par des contrats collectifs

(respectivement 44 % et 49 %), mais semble s'étendre depuis 2019 (respectivement 41 % et 42 %). Les conditions de prise en charge sont très diverses, en fonction notamment de l'existence de plafonds de consultations et de montants annuels remboursés. La prochaine enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) sur des données de 2023 permettra d'affiner ces éléments, avec un questionnaire plus détaillé. ■

Tableau 1 Part des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé disposant d'une prise en charge des actes de prévention ou de soins non conventionnels

	En %			
	Contrats collectifs		Contrats individuels	
	2019	2021	2019	2021
Sevrage tabagique	41	44	53	50
Diététiciens, nutritionnistes	47	57	57	56
Pilule contraceptive non prise en charge par l'AMO	42	49	63	59
Soins non conventionnels (homéopathes, ostéopathes, chiropracteurs...)	82	88	75	75

AMO : assurance maladie obligatoire.
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.
Lecture > En 2019, 57 % des bénéficiaires d'un contrat collectif sont couverts par un contrat offrant un remboursement pour les consultations de diététiciens ou de nutritionnistes non remboursées par l'AMO.
Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CMU-C, ACS et CSS, France entière.
Sources > DREES, enquête OC 2019 et 2021.

Pour en savoir plus

- > **Arnaud, F., Lefebvre, G. (dir.)** (2023). *Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2023*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **de Williencourt, C.** (2023). *Rapport 2023 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. Paris, France : DREES.
- > **Gonzalez, L. et al. (dir.)** (2018). *Les dépenses de santé en 2017 – Résultats des comptes de la santé – Édition 2018*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Haut Conseil pour l'avenir de l'assurance maladie (HCAAM)** (2021, janvier). *La place de la complémentaire santé et prévoyance en France*. Document de travail du HCAAM.

Les contrats de complémentaire santé collectifs offrent des niveaux de garantie généralement plus élevés que les contrats individuels. Le score des contrats, indicateur synthétique compris entre 0 et 1, reflète leur niveau de prise en charge du reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) pour une dépense moyenne. Ainsi, 58 % des bénéficiaires de contrat collectif disposent d'un niveau moyen de prise en charge supérieur à 0,8 sur les postes de soins considérés, contre seulement 12 % des bénéficiaires de contrat individuel. Ces écarts de couverture seraient fortement réduits si toutes les personnes couvertes choisissaient des biens du panier 100 % santé pour leurs consommations de soins en optique, ainsi qu'en prothèses dentaires et auditives.

Les contrats d'assurance complémentaire peuvent se différencier sur certains aspects : le panier de soins qu'ils prennent en charge, les niveaux de garantie qu'ils proposent, les prestations annexes (accès à des réseaux avec des tarifs négociés, plateformes téléphoniques de conseils, etc.). Cette diversité rend le marché de l'assurance complémentaire complexe à décrire. Néanmoins, pour une partie importante de la dépense restant à la charge des assurés, les contrats ne se distinguent pas. Ainsi, la quasi-totalité des contrats étant responsables (pour 98 % des bénéficiaires¹), ceux-ci prennent en charge l'essentiel du reste à charge opposable : ticket modérateur (TM)², et forfaits journaliers hospitaliers (FJH) [voir fiche 01]. Environ la moitié du reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) est opposable ; l'autre moitié, comprenant les dépassements liés à la liberté tarifaire, est supportée de façon très différenciée selon les contrats.

Les bénéficiaires de contrat collectif sont généralement mieux couverts que les bénéficiaires de contrat individuel

Afin de classer les contrats, un indice synthétique, ou score, est construit pour refléter le niveau de

prise en charge d'un patient moyen, en privilégiant les postes de soins sur lesquels les contrats se distinguent le plus (*encadré 1*). Les contrats sont classés en trois groupes, selon leur niveau moyen de prise en charge : les contrats les moins couvrants, ou de classe 1 ; les contrats milieu de gamme ou de classe 2 ; et les contrats les plus couvrants, ou de classe 3. Entre ces classes, les montants moyens des garanties pour chacun de ces postes se distinguent fortement (*tableau 1*). Par exemple, en moyenne, les bénéficiaires de contrat de classe 3 disposent d'une prise en charge de 603 euros en optique complexe, contre 224 euros pour les bénéficiaires de contrat de classe 1. En audiologie, tandis que les bénéficiaires des contrats les plus couvrants disposent d'une garantie moyenne s'élevant à 2 336 euros, celle des bénéficiaires des contrats les moins couvrants n'est que de 679 euros. Pour certaines garanties, la différence entre classes n'est pas notable, comme sur les médicaments à service médical rendu (SMR) modéré³ (92 % des bénéficiaires de contrat de classe 1 disposent d'une prise en charge du TM, contre 100 % de ceux des classes 2 et 3).

Les bénéficiaires de contrat collectif sont en général mieux couverts que les bénéficiaires de contrat individuel. Ainsi, en 2021, 58 % des

1. Source : Urssaf Caisse nationale, calculs DREES.

2. Seul le TM sur les médicaments à SMR faible ou modéré ou les cures thermales n'est pas obligatoirement pris en charge par les contrats responsables.

3. SMR correspondant à un taux de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) de 30 % (15 % pour les médicaments à SMR faible).

Encadré 1 Méthode de classement des contrats de complémentaire santé

La méthode utilisée par la DREES pour classer les contrats de complémentaire santé selon leur degré de couverture s'appuie sur le calcul d'un score synthétique pour chacun d'entre eux (Loiseau, 2020). Le score d'un contrat révèle le niveau de remboursement par ce contrat du reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) sur le panier de soins d'un bénéficiaire fictif ayant une consommation moyenne pour chacun des postes de soins considérés. Il varie entre 0 (le contrat n'offre aucun remboursement du reste à charge sur les postes de soins considérés) et 1 (le contrat offre un remboursement complet du reste à charge moyen sur les postes de soins considérés).

Le score d'un contrat c peut être formulé de la manière suivante :

$$\text{Score}^c = \frac{\sum_s p_s \times \text{Remb}_s^c}{\sum_s p_s \times \text{RAC}_s}$$

Avec :

p_s : nombre moyen d'actes du soin s par bénéficiaire, hors bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), de la complémentaire santé solidaire (CSS) ;

RAC_s : reste à charge moyen pour le soin s , y compris ticket modérateur (TM), après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (AMO), hors CMU-C, ACS, CSS et affection de longue durée (ALD) ;

$\text{Remb}_s^c = \text{MIN}(\text{garanties}_s^c; \text{RAC}_s)$: montant de remboursement du contrat c pour le soin s , qui correspond à la garantie sur ce soin (ou à la totalité du RAC_s lorsque la garantie est supérieure au RAC_s).

Les postes intégrés dans le calcul du score sont : l'optique simple ; l'optique complexe ; les prothèses dentaires ; les prothèses auditives ; l'orthodontie ; les consultations de spécialistes avec dépassement, en distinguant si elles ont lieu auprès d'un spécialiste ayant signé l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) ; les médicaments à service médical rendu (SMR) faible ou modéré ; et la chambre particulière à l'hôpital¹.

Le panier de soins retenu privilégie les postes pour lesquels les prises en charge par les contrats se distinguent fortement, en particulier ceux où s'applique une liberté tarifaire, et néglige ceux pour lesquels la prise en charge est homogène entre les contrats (par exemple, les consultations de médecins généralistes ou les médicaments à SMR important, remboursés à 65 %). Les postes de soins considérés dans le score représentent ainsi un tiers du reste à charge opposable (c'est-à-dire du reste à charge quasiment intégralement pris en charge par tout contrat de complémentaire santé responsable). En revanche, ils correspondent à la majorité des soins pour lesquels les honoraires sont libres : les soins en optique, en dentaire, les aides auditives et les dépassements d'honoraires de spécialistes représentent en effet près de 94 % de la liberté tarifaire pratiquée dans les soins de ville. Au total, les postes du score coïncident avec 68 % du reste à charge en ville.

Le calcul du score repose sur les données de l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) [voir annexe 2], qui décrit les niveaux de garantie sur un nombre important de postes de soins auxquels peuvent prétendre les assurés, et sur les données issues du Système national des données de santé (SNDS), qui permettent de mesurer la consommation moyenne réelle en France sur les postes de soins définis.

Le score présente néanmoins quelques limites. Tout d'abord, le score d'un contrat ne reflète pas le niveau réel de prise en charge des personnes qu'il couvre, dont la consommation de soins est variable selon leurs caractéristiques (âge, état de santé, type de couverture [individuel ou collectif], etc.). Les consommations de soins, et donc les RAC AMO, sont ainsi considérées comme indépendantes du niveau de couverture offert par le contrat de complémentaire santé. Le fait de considérer la consommation moyenne calculée à partir des consommations réellement observées dans la population ●●●

1. En l'absence de données sur les prestations non remboursées par l'AMO, un quart des séjours d'hospitalisation complète sont supposés avoir été réalisés dans une chambre particulière. La construction d'un profil de consommation moyen repose sur l'hypothèse selon laquelle les personnes en ALD, pour lesquelles le TM des soins réalisés est pris en charge par l'AMO, s'acquittent des mêmes tarifs que les autres patients.

...

des assurés pour chacun des postes retenus dans le score ne permet pas, par ailleurs, de distinguer un contrat avec des remboursements allant au-delà des RAC AMO moyens observés d'un contrat avec des remboursements égaux au RAC AMO moyens : les deux se voient attribuer des scores similaires. Par ailleurs, les services proposés par les contrats, tels que l'accès ou non à des réseaux (dentaires, optiques...) avec des tarifs négociés, ne sont pas intégrés non plus dans le classement.

De plus, les garanties recueillies pour un bien de référence donné sont appliquées à d'autres dépenses du poste de soins considéré, dans la mesure où elles en fournissent la meilleure approximation possible². Enfin, les contrats de l'enquête OC sont représentatifs des dix contrats les plus souscrits de chaque type et de chaque organisme ; les garanties recueillies sont ensuite extrapolées à l'ensemble des contrats. Or certains contrats spécifiques, comme ceux ne remboursant pas au-delà du TM, peuvent être sous-représentés dans l'enquête. L'impact d'évolutions réglementaires sur le score, telle que la hausse des planchers de prise en charge, peut alors être sous-estimée.

2. Par exemple, la garantie recueillie pour une couronne céramo-céramique est appliquée à toutes les prothèses dentaires du panier libre ; la garantie sur les semestres de traitement d'orthodontie est appliquée aux bilans d'orthodontie et aux semestres de contention d'orthodontie.

bénéficiaires de contrat collectif ont souscrit un contrat de classe 3, contre 12 % des bénéficiaires de contrat individuel⁴ (graphique 1). À l'inverse, les bénéficiaires de contrat collectif sont beaucoup moins nombreux à être couverts par un contrat de classe 1 (20 %) que les bénéficiaires de contrat individuel (48 %).

Plusieurs raisons sont susceptibles d'expliquer la meilleure couverture par les contrats collectifs. Tout d'abord, les entreprises ont souvent de meilleures capacités de négociation que les particuliers, ce qui leur permet d'obtenir des contrats avec un meilleur rapport qualité-prix (voir fiche 11). Ensuite, le niveau de couverture d'un contrat collectif peut faire l'objet de négociations entre employeur et représentants du personnel. Les salariés peuvent ainsi bénéficier de garanties plus élevées qu'avec un contrat individuel pour un coût moindre, puisque salariés et employeur se partagent le paiement de la prime des contrats collectifs (dont 50 % minimum sont pris en charge par l'employeur depuis le 1^{er} janvier 2016, voir fiche 13). La complémentaire santé d'entreprise permet enfin, à l'un comme à l'autre, de bénéficier d'exonérations fiscales et sociales (voir annexe 1).

Une consommation exclusive dans le panier 100 % santé réduirait l'écart de niveaux de couverture entre contrats individuel et collectif

La réforme du 100 % santé introduite progressivement entre 2019 et 2021 vise à améliorer l'accès aux soins en optique, aux prothèses dentaires et aux prothèses auditives via un panier de biens sans reste à charge pour les bénéficiaires d'une complémentaire santé responsable (voir fiche 29). Afin d'évaluer, en 2021, la variation du niveau de prise en charge des contrats selon l'adhésion plus ou moins marquée au dispositif du 100 % santé (encadré 2), les scores des contrats sont calculés selon trois hypothèses de consommation sur l'année 2021. La première hypothèse, dite « panier mixte », considère la consommation moyenne réelle observée en 2021 : les consommations en optique (simple et complexe), en prothèses dentaires et en prothèses auditives sont ainsi réparties entre panier libre et panier 100 % santé selon la consommation moyenne observée. Cette hypothèse de consommation mesure le niveau de prise en charge des contrats en 2021 étant donné la structure de consommation réelle, c'est-à-dire en intégrant l'apport du

4. Ce taux ne peut pas être comparé à celui de 2016 (Barlet et al., 2019) du fait de la sensibilité des classes aux seuils retenus (0,6 et 0,8) et aux changements méthodologiques que l'enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) a connus en 2019 (voir annexe 3).

100 % santé sur les garanties et le recours aux soins. La deuxième hypothèse, dite « panier 100 % santé », considère une consommation de soins où tous les biens en optique, en prothèses dentaire, et en prothèses auditives sont dans le panier 100 % santé. Elle fournit le niveau maximal de prise en charge proposé par les contrats, à la suite de la réforme, pour les assurés qui se tourneraient exclusivement vers les biens du panier 100 % santé. Enfin, avec la dernière hypothèse,

dite « panier libre », le score est calculé avec une consommation exclusive dans le panier libre. Elle considère que toutes les personnes ayant consommé l'un de ces trois biens auraient eu recours au panier libre, y compris celles qui n'auraient probablement pas consommé si elles avaient dû s'acquitter d'un reste à charge. Cette hypothèse intègre également les changements de prise en charge du panier libre (évolution de la base de remboursement de la Sécurité sociale

Tableau 1 Niveau moyen des garanties, par classe de contrats, en 2021

Postes de soins	Classes de contrats			Ensemble
	Classe 1 (score < 0,6)	Classe 2 (score entre 0,6 et 0,8)	Classe 3 (score > 0,8)	
Optique simple Pour un ensemble monture + 2 verres dans le panier libre (hors remboursement par l'AMO) [en euros]	126	235	369	244
Optique complexe Pour un ensemble monture + 2 verres dans le panier libre (hors remboursement par l'AMO) [en euros]	224	362	603	398
Prothèses auditives Pour une paire dans le panier libre (hors remboursement par l'AMO) [en euros]	679	1 274	2 336	1 437
Prothèses dentaires Pour une couronne céramo-céramique (en % de la BRSS, y compris remboursement par l'AMO)	174	334	445	318
Orthodontie Pour un semestre de traitement (en % de la BRSS, y compris remboursement par l'AMO)	171	254	376	268
Consultations de spécialistes avec dépassements d'honoraires Pour une consultation dans le parcours de soins hors Optam (en % de la BRSS, y compris remboursement par l'AMO)	115	140	187	148
Pour une consultation dans le parcours de soins dans l'Optam (en % de la BRSS, y compris remboursement par l'AMO)	126	177	314	207
Médicaments à SMR faible (15 %) Part de contrats prenant en charge le TM (en %)	76	84	94	80
Médicaments à SMR modéré (30 %) Part de contrats prenant en charge le TM (en %)	92	100	100	95
Chambre particulière à l'hôpital Montant par nuit, non remboursé par l'AMO (en euros)	36	57	92	62

AMO : assurance maladie obligatoire ; BRSS : base de remboursement de la Sécurité sociale ; Optam : option de pratique tarifaire maîtrisée ; SMR : service médical rendu ; TM : ticket modérateur.

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. Les garanties pour l'optique simple, l'optique complexe, les aides auditives et la chambre particulière sont exprimées en euros hors remboursement par l'AMO, les autres le sont en pourcentage de la BRSS, y compris remboursement par l'AMO. Les contrats sont classés en trois groupes selon le score du contrat reflétant le niveau de prise en charge. Le score varie entre 0 (le contrat n'offre aucun remboursement du reste à charge sur les postes de soins considérés) et 1 (le contrat offre un remboursement complet du reste à charge moyen sur les postes de soins considérés).

Lecture > En 2021, la garantie moyenne en optique simple pour un contrat de classe 3 est de 369 euros, hors remboursement par l'AMO. La garantie moyenne d'un contrat de classe 3, pour l'achat d'une prothèse dentaire, est de 445 % de la BRSS, y compris remboursement par l'AMO.

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CSS, France entière.

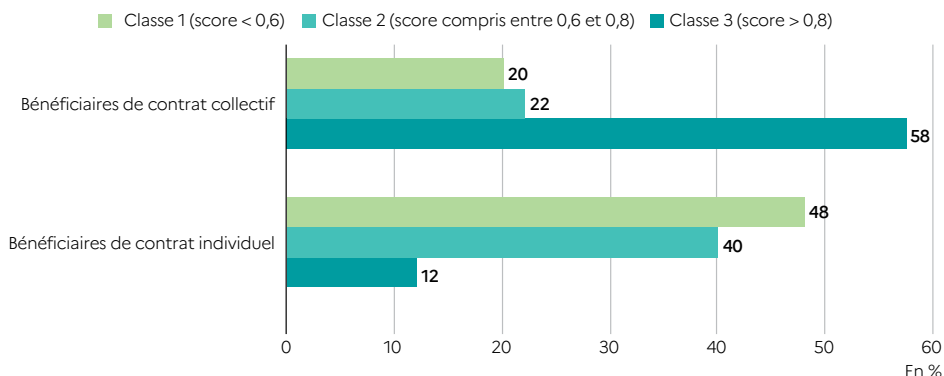
Source > DREES, enquête OC 2021.

[BRSS] et du montant payé par l'AMO, ou encore le plafonnement des remboursements imposés aux contrats responsables). En ce sens, l'hypothèse « panier libre » ne revient pas à une situation de référence d'avant réforme mais fournit le niveau minimal de prise en charge proposé par les contrats si tous les assurés ayant eu recours à des soins en optique, aux prothèses dentaires et aux prothèses auditives en 2021

(qu'ils aient eu recours au panier 100 % santé ou au panier libre) s'étaient tournés uniquement vers les biens du panier libre.

En 2021, compte tenu de la consommation de soins réelle moyenne (hypothèse 1, panier mixte), le score moyen des contrats s'élève à 0,59 pour les bénéficiaires de contrat individuel et à 0,78 pour les bénéficiaires de contrat collectif (tableau 2), soit un écart de 19 points de

Graphique 1 Répartition des bénéficiaires par score de contrat



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.

Lecture > En 2021, 12 % des bénéficiaires de contrat individuel sont couverts par un contrat de classe 3 (score de couverture du contrat supérieur à 0,8 sur une échelle de 0 à 1).

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CSS, France entière.

Sources > DREES, enquête OC 2021 ; CNAM, SNDS, 2021.

Encadré 2 L'effet du recours au 100 % santé sur le niveau de prise en charge des contrats : enjeux méthodologiques

Pour le calcul du score des contrats de 2021, afin d'étudier le niveau de prise en charge des contrats selon le recours au 100 % santé, les postes en optique simple, en optique complexe, en prothèses dentaires et en prothèses auditives ont été dédoublés de façon à intégrer au calcul à la fois un poste comprenant les dépenses incluses dans le panier 100 % santé et un poste comprenant les dépenses du panier libre. Le remboursement de ces postes 100 % santé est par définition intégral pour tous les contrats responsables. Le fait d'inclure ces postes dans le score conduit à augmenter mécaniquement le niveau du score, alors même que les autres postes sur lesquels les contrats ne se distinguent pas ne sont pas intégrés. Le choix de les conserver permet cependant de mesurer l'effet d'une consommation mixte (c'est-à-dire pour partie dans le panier 100 % santé et pour partie dans le panier libre, telle qu'elle est effectivement réalisée en moyenne par les patients) sur la prise en charge globale par les contrats, par rapport à une consommation exclusive dans le panier libre, ou exclusive dans le panier 100 % santé. Ainsi, la comparaison des scores calculés selon trois hypothèses de consommation (mixte, exclusive dans le panier libre, exclusive dans le panier 100 % santé), pour une année donnée, permet de mettre en évidence l'ampleur de l'amélioration de la couverture liée directement à la réforme pour un patient ayant une consommation moyenne sur chacun des postes considérés dans le score.

pourcentage (0,19 point de score) entre les deux marchés. Les disparités de couverture sont assez fortes entre les assurés d'un même marché, avec un écart légèrement plus marqué sur le marché individuel : le score des 10 % des personnes les mieux couvertes par des contrats individuels est 2,2 fois plus élevé que celui des 10 % les moins bien couvertes ; ce rapport est de 2,0 pour les personnes couvertes par des contrats collectifs. En supposant que les consommations de soins en optique, en dentaire et en audiologie soient toutes effectuées dans le panier libre (hypothèse 3), les scores moyens seraient alors de 0,51 pour les personnes couvertes par un contrat individuel et de 0,74 pour celles couvertes par un contrat collectif. L'écart avec la situation mixte réelle est assez limité du fait d'un recours relativement contenu aux paniers du 100 % santé dans ce cas. En effet, si le recours à ces paniers en dentaire est assez élevé (57 % des assurés ayant acheté une prothèse dentaire l'ont fait dans le panier 100 % santé), il est moindre en audiologie (39 %) et faible en optique (18 %) [voir fiche 29]. Pour les 30 % de bénéficiaires de contrat collectif les mieux couverts, l'introduction du 100 % santé n'apporte aucune amélioration de la prise en charge. Seulement 3 % des bénéficiaires des contrats individuels se trouvent dans ce cas. Ces personnes disposent *a priori* d'une couverture totale sur le panier libre en optique, en dentaire et en audiologie dans

le cas de la dépense associée à un « individu moyen », c'est-à-dire à un individu qui par hypothèse aurait une dépense égale à la moyenne des dépenses observées sur chacun de postes. Si toutes les personnes consommant des lunettes, des prothèses dentaires et des prothèses auditives le faisaient dans le cadre du panier 100 % santé (hypothèse 2), le score des contrats individuels augmenterait de 27 points de pourcentage et celui des contrats collectifs de 16 points, réduisant fortement la disparité entre les deux marchés. Par ailleurs, au sein de chacun d'eux, le rapport des scores du neuvième et du premier décile serait également fortement réduit (1,3 en individuel ; 1,2 en collectif).

Entre 2019 et 2021, pour une consommation hors panier 100 % santé, le niveau de prise en charge est resté relativement stable

Afin de mesurer l'évolution du niveau de couverture des contrats entre 2019 et 2021, le score de 2021 est comparé à un score de 2019, dit « contrefactuel », calculé à partir des caractéristiques des contrats de 2019 associées aux RAC AMO de 2021 (encadré 3).

L'évolution des garanties proposées aux assurés pour le panier libre est contrastée après la mise en place du 100 % santé. Ainsi, entre 2019 et 2021, les garanties relatives aux prothèses auditives sont en augmentation pour les bénéficiaires de

Tableau 2 Score moyen des contrats de complémentaire santé et rapport interdécile selon trois hypothèses de consommation

	Moyenne du score		Rapport entre les 9 ^e et 1 ^{er} déciles	
	Contrats collectifs	Contrats individuels	Contrats collectifs	Contrats individuels
Hypothèse 1 Panier mixte	0,78	0,59	2,0	2,2
Hypothèse 2 Consommation exclusive dans le panier 100 % santé	0,94	0,86	1,2	1,3
Hypothèse 3 Consommation exclusive dans le panier libre	0,74	0,51	2,4	3,1

Lecture > Dans le cas d'une consommation exclusive dans le panier du 100 % santé, les bénéficiaires de contrat individuel disposent d'un contrat dont le niveau de score moyen s'élève à 0,86, sur une échelle de 0 à 1. Le score minimal des 10 % les mieux couverts (9^e décile) est alors 1,3 fois plus élevé que le score des 10 % les moins couverts (1^{er} décile).

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CSS, France entière.

Sources > DREES, enquête OC 2021 ; SNDS, données 2021.

Encadré 3 Évolution 2019-2021 : enjeux méthodologiques

Entre deux années, la variation des scores des contrats de complémentaire (*encadré 1*) peut résulter de l'évolution des garanties de contrats mais aussi d'éventuelles modifications dans les montants et la structure de la consommation de soins. Il est donc préférable de neutraliser ces effets de composition, afin de décrire la variation du niveau de couverture des contrats uniquement attribuable aux garanties, en calculant, pour chaque année, les scores sur le même reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO). L'enjeu est particulièrement important pour rendre compte des évolutions entre 2019 et 2021, liées à la mise en place du panier 100 % santé.

La consommation de soins et les RAC AMO associés considérés sont ainsi ceux de 2021 pour les scores 2019 et 2021. Plus précisément, l'ensemble des consommations optique, dentaire et audiologiques observées en 2021 et mobilisées pour les pondérations des garanties des contrats sont considérées comme étant réalisées dans le panier libre (correspondant à l'hypothèse 3), en 2021 comme en 2019 ; on applique ainsi à l'ensemble de ces consommations, les dépenses et les remboursements constatés sur le panier libre. Ceci permet de comparer les garanties des contrats en 2021 à celles des contrats de 2019, année pour laquelle le panier 100 % santé n'existait pas. Ce calcul repose sur l'hypothèse selon laquelle l'ensemble des consommations réalisées en 2021 en optique, prothèses dentaires et auditives se seraient produites en 2019, y compris en l'absence du dispositif 100 % santé. Dans la mesure où la réforme a permis de diminuer le reste à charge sur ces postes, mais également de réduire le renoncement à ces soins coûteux, cette hypothèse surestime le recours réel à ces postes en 2019. Aussi, le score ainsi calculé sur les contrats 2019 surestime le poids du dentaire et de l'audiologie et, dans une moindre mesure, de l'optique. Ce calcul considère également, de façon conventionnelle, que les règles de remboursements de l'AMO restent stables entre 2019 et 2021 (autrement dit que les RAC AMO observés en 2021 auraient été les mêmes en 2019 si les soins consommés de 2019 avaient été ceux consommés en 2021).

contrat collectif, et relativement stables pour les bénéficiaires de contrat individuel (voir fiche 24). En optique, les garanties évoluent peu (voir fiche 22). Dans le secteur dentaire⁵, le niveau de couverture en orthodontie baisse, notamment pour les contrats individuels (voir fiche 23). Sur les autres postes de soins (spécialistes adhérents à l'option de pratique tarifaire maîtrisée [Optam] et non-adhérents à l'Optam, chambre particulière, pharmacie), les évolutions de la couverture des assurés présentent également des disparités : légère hausse de la prise en charge moyenne des dépassements d'honoraires sur le marché collectif et léger tassement sur le marché individuel ; légère hausse des montants de prise en charge de la chambre particulière sur le marché

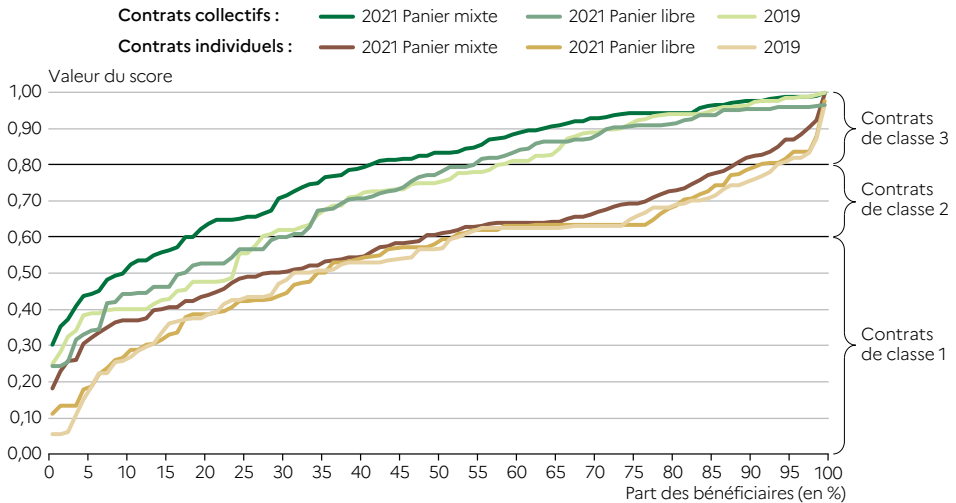
collectif, avec des écarts qui se renforcent entre les contrats les moins et les plus couvrants, stabilité globale sur le marché individuel ; stabilité de la part des contrats qui prennent en charge les médicaments à SMR faible ou modéré.

Que ce soit pour les bénéficiaires de contrat collectif ou individuel, les distributions des scores ainsi obtenus sont quasiment identiques en 2019 et 2021 (*graphique 2*) pour une consommation moyenne, exclusivement réalisée dans le panier libre. Les bénéficiaires des contrats disposent d'un niveau de prise en charge relativement stable entre 2019 et 2021 en dehors du 100 % santé, alors même que l'introduction du 100 % santé aurait pu jouer à la baisse sur la couverture des autres postes de soins⁶. ■

5. Il n'est pas possible de mesurer très précisément l'évolution dans le panier libre des remboursements des prothèses dentaires, du fait d'un changement du type de prothèses suivi dans l'enquête OC : la prothèse céramo-métallique faisant désormais partie du panier 100 % santé, les garanties sont désormais collectées pour une prothèse céramo-céramique. Ce changement a un impact limité sur le calcul du score, car pour deux tiers des contrats, les garanties ne diffèrent pas selon le type de prothèses.

6. Cette relative stabilité du score se retrouve également sur le seul champ des contrats qui ont été interrogés en 2019 et 2021.

Graphique 2 Distribution des bénéficiaires selon le score de prise en charge de leur contrat : évolution 2019-2021



Note > Ces courbes représentent la distribution des bénéficiaires selon le score de couverture de leur contrat. Le score 2019 est calculé à partir de l'enquête OC 2019 et du Système national des données de santé (SNDS) 2021, le score de 2021 à partir de l'enquête OC 2021 et du SNDS 2021. Les contrats de classe 1 ont un score inférieur à 0,6, ceux de classe 2 entre 0,6 et 0,8, et ceux de classe 3 supérieur à 0,8. On suppose que les contrats de 2019 sont soumis à l'hypothèse 3 (panier libre exclusivement pour les soins dentaires, optiques et audiolinguistiques) sur une consommation de 2021, afin de contrôler les différences dues à une structure de consommation. L'effet mesuré ici est uniquement un effet d'évolution des garanties hors 100 % santé.

La consommation panier mixte correspond à une consommation en optique, en prothèses dentaires et auditives pour partie dans le panier 100 % santé et pour partie dans le panier libre, telle qu'effectivement réalisée en moyenne par les patients.

Lecture > En 2019, 53 % des bénéficiaires de contrat individuel disposent d'un contrat dont le score de prise en charge est inférieur à 0,6 (sur une échelle de 0 à 1).

Champ > Ensemble des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé hors CSS, France entière.

Sources > DREES, enquête OC 2019 et 2021 ; CNAM, SNDS 2021.

Pour en savoir plus

- > Barlet, M. et al. (dir.) (2019). Fiche 11 – Les niveaux de garantie des couvertures individuelles et collectives. Dans *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties* – Édition 2019. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > Loiseau, R. (2020, février). Aide au paiement d'une complémentaire santé : un niveau de couverture équivalent à celui des contrats du marché individuel en 2018. DREES, *Études et Résultats*, 1142.
- > Loiseau, R. (2021, juillet). Complémentaires santé : en 2016, les seniors restent moins bien couverts malgré une hausse des garanties depuis 2011. DREES, *Études et Résultats*, 1198.

**Réformes récentes
dans la prise en charge
des dépenses de santé :
CSS et 100 % santé**

En novembre 2019, les deux dispositifs donnant accès à une complémentaire santé aux plus modestes, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), ont fusionné au sein d'un dispositif unique, la complémentaire santé solidaire (CSS). Malgré sa simplification, l'élargissement du panier de soins et le plafonnement de la prime pour les bénéficiaires de la CSS payante (CSS-p), le taux de recours reste faible. Cependant, les personnes qui en bénéficient ont été plus nombreuses à s'équiper, au moins une fois en 2021, en prothèses auditives, dentaires et en optique que les bénéficiaires des anciens dispositifs en 2018. Cette hausse a été plus importante pour les bénéficiaires de la CSS-p que pour ceux de la CSS gratuite (CSS-g).

Un dispositif simplifié en 2019

Jusqu'en octobre 2019, deux dispositifs publics, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), coexistaient pour donner accès à une complémentaire santé aux personnes les plus modestes et aux membres faisant partie de leur foyer, prenant en charge l'intégralité des tickets modérateurs, des participations forfaitaires en ville et à l'hôpital, sans avance de frais ni dépassements d'honoraires (voir fiche 18). La CMU-C tout d'abord, mise en place en 2000 et gratuite pour ses bénéficiaires¹, proposait, en sus des éléments présentés ci-dessus, une prise en charge d'un panier de soins auditifs, optiques et dentaires. L'ACS ensuite, mise en place en 2005², était une aide financière permettant d'acquérir un contrat de complémentaire santé individuel avec trois niveaux de couverture possibles (A, B ou C).

En novembre 2019, la CMU-C et l'ACS ont fusionné au sein d'un dispositif unique, la complémentaire santé solidaire (CSS). Celle-ci est gratuite (CSS-g) pour ceux dont les ressources

mensuelles³ ne dépassent pas 847 euros pour une personne seule en France métropolitaine, et payante (CSS-p) pour ceux dont les ressources se situent entre ce seuil et 1 144 euros, au 1^{er} avril 2024. Cette réforme a pour objectif d'améliorer l'accès aux soins des personnes les plus modestes. D'une part, elle vise à limiter le non-recours au dispositif via une simplification des démarches (voir fiche 18) et le plafonnement des cotisations de la CSS-p à 30 euros par mois. D'autre part, elle améliore et simplifie la couverture de leurs dépenses de santé grâce à l'homogénéisation des soins pris en charge et à l'élargissement de la prise en charge aux soins proposés dans le panier du 100 % santé (voir fiche 29).

Un élargissement du panier de soins sans reste à charge

Pour un ancien bénéficiaire de la CMU-C, basculer dans le dispositif de la CSS-g change peu sa prise en charge, si ce n'est que les paniers de soins en optique, en prothèses dentaires et auditives auxquels il a accès à titre gratuit s'élargissent avec

1. En 2019, ce dispositif s'adressait aux personnes dont le revenu ne dépassait pas 68 % du seuil de pauvreté, soit 746 euros mensuels pour une personne seule sans enfant en France métropolitaine. L'éligibilité aux dispositifs CMU-C, ACS, CSS se calcule au niveau du ménage.

2. Ce dispositif a évolué progressivement au cours du temps afin d'améliorer la couverture de ses bénéficiaires et de la rapprocher de celle de la CMU-C. Une évolution marquante concerne l'opposabilité des dépassements d'honoraires introduite en 2013 (Loiseau, 2020). L'ACS avait pour seuil d'éligibilité des revenus proches du seuil de pauvreté, soit entre 746 et 1 007 euros pour une personne seule et sans enfant.

3. Voir Cabannes, Chevalier (2023).

la mise en place concomitante du 100 % santé : une douzaine de prothèses dentaires ont ainsi été intégrées au panier. En optique et en prothèses auditives, les gammes proposées sont supérieures à celles du panier CMU-C. Mais quelques soins en optique et en dentaire, essentiellement esthétiques, remboursés dans le cadre de la CMU-C, ne font pas partie du panier CSS (Cour des comptes, 2022).

Tandis que les anciens bénéficiaires de l'ACS pouvaient moduler leur niveau de couverture selon leurs besoins, le dispositif CSS-p prévoit un niveau de couverture unique. Ainsi, les bénéficiaires d'un contrat de niveau A, choisi en 2018 par 23 % des bénéficiaires (Loiseau, 2020), disposaient d'une prise en charge de 125 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) pour les prothèses dentaires, 100 % pour l'optique et les prothèses auditives (tableau 1). Les personnes qui avaient souscrit un contrat de niveau B, soit 37 % des bénéficiaires de l'ACS,

avaient une prise en charge de 225 % de la BRSS pour les prothèses dentaires, 100 % pour les prothèses auditives, ainsi que de 100 euros venant s'ajouter à la part remboursée par l'assurance maladie obligatoire (AMO) pour une monture et deux verres simples. Le niveau C, enfin, le plus couvrant, souscrit par 40 % des bénéficiaires de l'ACS, permettait d'être pris en charge à hauteur de 300 % de la BRSS pour les prothèses dentaires, de 150 euros venant s'ajouter au remboursement par l'AMO pour des lunettes à verres simples, ainsi que de 450 euros pour une prothèse auditive. Dorénavant, la prise en charge du reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) est totale pour un certain panier de soins référencés CSS, un peu plus large que le panier 100 % santé (encadré 1) en optique et en prothèses dentaires, ainsi que pour les prothèses auditives dans la limite d'un prix plafonné. Ceci permet d'éviter les restes à charge souvent

Tableau 1 Montant des garanties (y compris remboursement par l'assurance maladie obligatoire) en prothèses dentaires, auditives et en optique des dispositifs en faveur des plus modestes

Types de contrats		Prothèses auditives	Prothèses dentaires	Optique hors lentilles
ACS	Contrat de niveau A	100 % de la BRSS	125 % de la BRSS	100 % de la BRSS
	Contrat de niveau B	100 % de la BRSS	225 % de la BRSS	Part de la BRSS remboursée par l'AMO + 100 euros pour une paire de lunettes simple, 200 euros pour une paire complexe.
	Contrat de niveau C	Part de la BRSS remboursée par l'AMO + 450 euros.	300 % de la BRSS	Part de la BRSS remboursée par l'AMO + 150 euros pour une paire de lunettes simple, 350 euros pour une paire complexe.
CMU-C		Remboursement total pour les biens du panier CMU-C.	Remboursement total pour les biens du panier CMU-C.	Remboursement total pour les biens du panier CMU-C.
CSS		Pas de panier mais un remboursement de 800 euros par oreille avec obligation de l'audioprothésiste de proposer un équipement à 800 euros maximum à un bénéficiaire de la CSS.	Remboursement total pour les biens du panier CSS correspondant à l'ex-panier CMU-C + une douzaine d'actes dentaires (couronnes provisoires, en zircone, prothèses amovibles de transition de neuf dents ou plus, etc.).	Remboursement total pour les biens du panier CSS correspondant aux montures et verres de classe A de plus haute gamme que ceux du panier CMU-C.

ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé ; AMO : assurance maladie obligatoire ; BRSS : base de remboursement de la Sécurité sociale ; CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire ; CSS : complémentaire santé solidaire.

élevés auxquels étaient exposés les bénéficiaires de l'ACS pour ces postes de soins, même si le choix peut s'avérer moins large pour les personnes qui étaient auparavant couvertes par un contrat de niveau C.

Une prime désormais plafonnée à 30 euros par mois

Le montant de la prime, ou cotisation, pour un contrat CSS-p dépend de l'âge de chaque bénéficiaire du ménage et ne peut désormais

Encadré 1 L'intégration du 100 % santé dans la réforme de la CSS

Mise en œuvre progressivement à partir de 2019, et déployée complètement depuis 2021, la réforme du 100 % santé permet aux bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé responsable d'être remboursés intégralement de leurs dépenses en prothèses auditives, dentaires et en optique sur un panier de biens définis (voir fiche 29).

La réforme de la complémentaire santé solidaire (CSS) intègre les apports de ce dispositif 100 % santé, dont la mise en œuvre a été concomitante, avec quelques différences toutefois (voir *tableau ci-dessous*). Les prothèses auditives, tout d'abord, sont, dans le dispositif CSS, toutes remboursées à hauteur de 800 euros par oreille, alors que dans le dispositif 100 % santé, pour les bénéficiaires d'un contrat complémentaire responsable privé, elles sont totalement remboursées si elles appartiennent à la classe I¹. Ensuite, le panier CSS intègre les prothèses dentaires du panier sans reste à charge du dispositif 100 % santé² ainsi que quelques autres biens³. De plus, les montants maximums des honoraires sont inférieurs dans le dispositif CSS. Enfin, les montures, les verres et quelques autres prestations minimales de classe A sont remboursés intégralement dans un dispositif comme dans l'autre⁴. Sous certaines conditions, les lentilles de contact sont prises en charge dans la limite du forfait annuel de la Sécurité sociale pour les bénéficiaires de la CSS mais pas dans le cadre du 100 % santé.

Caractéristiques des couvertures en prothèses auditives, dentaires et en optique par les dispositifs 100 % santé et CSS

	Prothèses auditives	Prothèses dentaires	Optique	
100 % santé	Remboursement total pour les biens de classe I, dont le prix est plafonné à 950 euros par oreille.	Remboursement total pour les biens correspondant à celui de l'ex-panier CMU-C + pour une douzaine d'actes dentaires (couronnes provisoires, en zircone, prothèses amovibles de transition de neuf dents ou plus, etc.) : panier de soins CSS plus large que celui du 100 % santé et aux montants maximums inférieurs à ceux du panier 100 % santé.	Remboursement total pour les montures et verres de classe A.	
CSS	Remboursement de 800 euros par oreille quel que soit le bien et son prix.			Remboursement des lentilles de contact dans la limite du forfait annuel de la Sécurité sociale.

CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire ; CSS : complémentaire santé solidaire.

1. Dans le dispositif 100 % santé, l'assuré bénéficiant d'un contrat de complémentaire santé responsable peut choisir entre une aide auditive issue de la classe I et donc sans reste à charge ou de classe II avec reste à charge selon les tarifs définis par l'audioprothésiste.

2. Dans le dispositif 100 % santé, les actes sont répartis en trois paniers : le panier à reste à charge nul, le panier à reste à charge modéré dont les prix sont plafonnés, ainsi que le panier libre dont les prix ne sont pas plafonnés. Les dentistes conventionnés doivent mentionner un plan de traitement 100 % santé dans leurs devis.

3. Actes d'orthopédie dento-faciale remboursables jusqu'à 16 ans, inlay-onlay deux faces, certains bridges, actes de réparations, poses de prothèses amovibles définitives à châssis métallique.

4. Si les personnes choisissent des équipements de classe B, seul le ticket modérateur (TM) sera remboursé au bénéficiaire de la CSS et il y aura également un reste à charge pour l'assuré d'une complémentaire responsable avec l'application de planchers et de plafonds de prise en charge.

dépasser 30 euros par mois, soit 360 euros par an. Le gain associé à la bascule de l'ACS vers la CSS-p est variable selon l'âge des bénéficiaires et le contrat ACS initial. Ainsi, les personnes qui étaient couvertes par un contrat de niveau C ont un reste à payer (c'est-à-dire le montant de la prime après déduction du chèque ACS) en moyenne plus bas qu'avant⁴, à l'exception de celles âgées de 60 à 69 ans (tableau 2). Pour les bénéficiaires anciennement couverts par le contrat de niveau A, le reste à payer moyen est, en revanche, plus élevé dans le dispositif de CSS-p pour toutes les tranches d'âge (96 euros par an par exemple pour un bénéficiaire de moins de 30 ans désormais, contre 39 euros auparavant). Pour les bénéficiaires d'un contrat de niveau B, l'évolution moyenne à la hausse ou à la baisse dépend de la tranche d'âge (Loiseau, 2020). Pour les personnes âgées de 60 à 69 ans, le reste à payer moyen est ainsi plus élevé dans le dispositif CSS-p que dans le dispositif ACS, quel que soit le niveau de contrat anciennement souscrit. Cet écart semble toutefois avoir peu découragé leur recours à la CSS-p : les

personnes de 60 ans ou plus représentent 31 % des bénéficiaires de l'ACS en 2019 (Cabannes, Richet-Mastain, 2021) comme des bénéficiaires de la CSS-p en 2022 (voir fiche 18). Seuls ceux en meilleure santé ont une probabilité plus élevée de sortir du dispositif au passage de la réforme (Gayet, 2022). Pour les plus jeunes, le passage à la CSS ne semble pas avoir provoqué de désaffiliations au dispositif payant non plus puisque les moins de 40 ans représentent 46 % des bénéficiaires de l'ACS en 2019 comme des bénéficiaires de la CSS-p en 2022⁵. Les hausses de primes induites par la CSS-p pour certains bénéficiaires doivent être mises en regard de la baisse potentielle des dépenses de santé restant finalement à leur charge, notamment en ce qui concerne le panier de soins CSS.

Seules la moitié des personnes éligibles à la CSS y recourent, un taux qui augmente faiblement

En 2019, seules la moitié (54 %) des personnes éligibles à la CMU-C ou à l'ACS (à la CSS à partir du 1^{er} novembre 2019) en France métropolitaine

Tableau 2 Coût annuel moyen des contrats ACS en 2017 et de la CSS-p en 2024

Tranches d'âge	Restes à payer contrat ACS			En euros annuels
	A	B	C	Montant cotisation CSS-p
16-29 ans	39	93	156	96
30-49 ans	112	194	280	168
50-59 ans	95	213	318	252
60-69 ans	38	153	271	300
70 ans ou plus	245	362	425	360
Ensemble	140	237	320	-

ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé ; CSS-p : complémentaire santé solidaire payante.
Note > Le reste à payer du contrat ACS est le montant à payer par le bénéficiaire de l'ACS pour la souscription du contrat après déduction du chèque ACS.
Lecture > En 2017, le reste à payer annuel moyen de la prime d'un bénéficiaire d'un contrat ACS de niveau A âgé de 16 à 29 ans s'élevait à 39 euros, après déduction du chèque ACS. En 2024, la cotisation annuelle d'un bénéficiaire de la CSS-p âgé de 16 à 29 ans s'élève à 96 euros.
Champ > Contrats ACS couvrant une personne uniquement, contrats CSS hors régime Alsace-Moselle.
Sources > Enquête annuelle sur l'ACS 2017 ; Fonds CMU ; législation 2024.

4. Cette baisse moyenne ne doit pas masquer l'hétérogénéité des restes à payer pour les bénéficiaires de l'ACS y compris au même âge et au même niveau de contrat ACS : le reste à payer dépend aussi du contrat lui-même et de l'organisme de complémentaire santé auprès duquel ce contrat est souscrit. Ils ne sont donc pas tous concernés par cette baisse de reste à payer lors du passage à la CSS-p.
5. Cependant, il y a pu y avoir des entrées-sorties du dispositif au niveau individuel.

y avaient recours, et seulement 28 % de celles éligibles uniquement à l'ACS, selon le modèle de microsimulation Ines (tableau 3).

Malgré la réforme qui visait à faciliter le recours au dispositif, le taux de recours à la CSS-g est resté relativement stable entre 2019 et 2021, tandis qu'il augmente chez les personnes éligibles à la CSS-p, passant de 28 % en 2019 à 34 % en 2021. Certaines personnes éligibles à la CSS sont par ailleurs couvertes par une complémentaire d'entreprise, à titre d'ouvrier droit (en tant que salarié de l'entreprise) ou d'ayant droit (en étant conjoint du salarié, par exemple). Cela est plus fréquent parmi les éligibles à la CSS-p (tableau 3). Ainsi, en 2021, la part d'éligibles couverts soit par la CSS, soit par une complémentaire d'entreprise atteint 61 % pour les éligibles à la CSS-p et 87 % pour les éligibles à la CSS-g. Les personnes dont le niveau de vie se situe dans le premier décile (1 024 euros par mois en 2021, au-dessus du plafond d'éligibilité à la CSS-g et un peu en dessous de celui à la CSS-p) sont davantage non couvertes par une complémentaire santé (CSS, complémentaire santé d'entreprise ou individuelle) que l'ensemble de la population : 11,5 % contre 4 % (voir fiche 12).

La non-connaissance et la méconnaissance de la CSS apparaissent comme des raisons courantes de non-recours (méconnaissance du

dispositif, de sa propre éligibilité, du type de soins couverts notamment) [Caro et al., 2023]⁶.

En 2020, près d'une personne sur quatre (23 %) affirmait, en effet, ne pas avoir entendu parler du dispositif CSS, contre 2 % pour le revenu de solidarité active (RSA) ou 5 % pour les allocations familiales, d'après le Baromètre d'opinion de la DREES. Cette proportion est du même ordre parmi les personnes vivant dans un ménage disposant de moins de 1 000 euros de revenus mensuels. Deux ans plus tard, seule une personne sur dix n'a pas entendu parler du dispositif. Néanmoins, cela ne signifie pas pour autant que les autres en connaissent les critères, notamment ceux d'éligibilité.

Le découragement face à la complexité des démarches et plus largement la non-disponibilité psychologique, notamment chez les personnes en situation de grande fragilité, sont aussi évoqués pour expliquer le non-recours, y compris à la CSS-g. En ce qui concerne le recours à la prestation payante, la participation financière, même modérée, peut représenter un coût important pour des familles modestes ou être jugée peu justifiée par des personnes qui se sentent en bonne santé ou couvertes pour certains soins dans le cadre d'une affection de longue durée (ALD), par exemple.

Tableau 3 Taux de recours à la CSS, entre 2019 et 2021

	En %		
	2019	2020	2021
CMU-C/CSS-g	67	69	69
ACS/CSS-p	28	29	34
Ensemble CMU-C et ACS/CSS-g et CSS-p	54	55	56

ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé ; CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire ; CSS : complémentaire santé solidaire ; CSS-g : complémentaire santé solidaire gratuite ; CSS-p : complémentaire santé solidaire payante.

Note > Le taux de recours à la CSS est la part des personnes qui ont recours à la CSS parmi les personnes éligibles à la CSS.

Lecture > En 2021, 69 % des personnes éligibles à la CSS-g y ont recours.

Champ > France métropolitaine, ménages ordinaires.

Sources > Insee-DGFiP-CNAF-CNAV-CCMSA, enquête Revenus fiscaux et sociaux 2016, 2017, 2018, 2019, Insee-DREES-CNAF, modèle de microsimulation Ines 2021 pour les effectifs de personnes éligibles ; données DSS pour les effectifs de bénéficiaires ; calculs DREES.

6. Selon des travaux issus d'entretiens ethnographiques avec des recourants. Néanmoins, la plupart des enquêtés expriment une forte satisfaction vis-à-vis de la couverture et de la faible prime éventuelle du dispositif. Par ailleurs, beaucoup d'entre eux témoignent du caractère déterminant de la CSS dans leur accès aux soins.

Les bénéficiaires de la CSS-p s'équipent trois fois plus qu'avant de prothèses auditives

En prenant désormais en charge l'intégralité de la dépense de certaines prothèses auditives, dentaires et de certains équipements en optique, la réforme de la CSS vise à améliorer l'accès des plus modestes à ces soins particulièrement onéreux. Entre 2018 et 2021, le taux de recours à ces équipements, c'est-à-dire la part de personnes qui y ont eu recours au moins une fois dans l'année, a ainsi davantage augmenté parmi les bénéficiaires de l'ACS/CSS-p⁷ que parmi les bénéficiaires de la CMU-C/CSS-g et l'ensemble de la population⁸.

Ainsi, entre 2018 et 2021, le taux de recours aux prothèses auditives des bénéficiaires de l'ACS/CSS-p a été multiplié par 3 (contre par 2 pour les bénéficiaires de la CSS-g et par 1,6 pour l'ensemble de la population), atteignant 1,5 % en 2021 et dépassant ainsi celui de l'ensemble de la population (1,1 %) alors qu'il lui était légèrement inférieur en 2018 (0,5 % contre 0,7 %) [tableau 4]. Si le taux de recours des bénéficiaires de la CSS-g a davantage augmenté que celui de l'ensemble de la population sur cette période, le taux de recours des bénéficiaires de la CSS-g atteint seulement 0,4 % en 2021. Plus jeunes que l'ensemble de la population (voir fiche 18), les bénéficiaires de la CSS-g ont moins de besoins en prothèses auditives.

Le recours aux équipements optiques des bénéficiaires de la CSS rattrape celui du reste de la population

Le recours à l'optique hors lentilles a également plus fortement augmenté parmi les bénéficiaires de la CSS que parmi l'ensemble de la population : de 5 points pour les bénéficiaires de la CSS-p (passant de 19 % à 24 %), de 3 points pour ceux de la CSS-g (passant de 17 % à 20 %) et de seulement 1 point pour l'ensemble de la population (de 21 % à 22 %)⁹ [tableau 4]. Selon le type de contrats souscrit, les bénéficiaires de l'ACS pouvaient recevoir un remboursement en optique variant de 100 % de la BRSS (soit 7,42 euros pour une monture ou un verre en optique simple) [contrat de niveau A] à 350 euros en plus de ce remboursement (contrat de niveau C) pour une paire de lunettes à verres complexes (tableau 1). Les bénéficiaires de la CSS-p sont désormais intégralement remboursés pour tout achat de montures et verres de classe A¹⁰. Lorsqu'ils recourent à l'optique, ce sont d'ailleurs ces biens qu'ils consomment dans neuf achats de lunettes sur dix (équipements complets ou non).

Les bénéficiaires de la CSS-g ont accès à des biens plus haut de gamme que ceux du panier CMU-C. Ils choisissent, comme les bénéficiaires de la CSS-p, le panier sans reste à charge bien davantage que le panier libre.

7. Les bénéficiaires de l'ACS (respectivement de la CSS-p) étudiés ici sont les personnes qui ont réalisé au moins une dépense de santé au titre de l'ACS sur l'année 2018 (respectivement de la CSS-p sur l'année 2021), même si leur statut de couverture complémentaire a changé au cours de l'année. L'ensemble de leurs dépenses de santé de l'année sont ainsi considérées, même si elles n'ont pas toutes été remboursées au titre du dispositif. De même, les bénéficiaires de la CMU-C (respectivement de la CSS-g) sont ici les personnes qui ont réalisé au moins une dépense de santé au titre de la CMU-C sur l'année 2018 (respectivement de la CSS-g sur l'année 2021) sauf si elles ont eu au moins une dépense de santé au titre de l'ACS (respectivement de la CSS-p). Cette définition permet de distinguer ces deux populations l'une de l'autre mais sous-estime les dépenses des bénéficiaires de la CMU-C au profit des dépenses des bénéficiaires de l'ACS.

8. Il s'agit plus précisément de l'ensemble des personnes ayant eu recours en France au moins une fois dans l'année à des soins ou biens médicaux remboursables par l'AMO l'année considérée. La part de ces consommateurs au sein de la population totale est estimée à 95 % en 2017 (Cometx, Pierre, 2022).

9. Les personnes achetant un équipement d'optique recourent d'ailleurs rarement au panier 100 % santé (fiche 29). La préexistence d'une offre sans reste à charge dans le panier libre et la préférence pour des choix esthétiques pourraient expliquer le faible recours au panier 100 % santé dans l'optique de l'ensemble de la population, en moyenne plus aisée que les bénéficiaires de la CSS.

10. En pratique, ce sont les opticiens qui constituent ce panier dont le prix des biens ne doit pas dépasser les montants fixés (voir fiche 29).

Une hausse du taux de recours aux prothèses dentaires plus forte pour les bénéficiaires de la CSS-p

Enfin, le taux de recours aux prothèses dentaires a augmenté de 4 points pour les bénéficiaires de la CSS-p entre 2018 et 2021, alors qu'il est resté stable pour les bénéficiaires de la CSS-g et n'a augmenté que de 1 point pour l'ensemble de la population¹¹ (tableau 4). Selon le contrat souscrit, les bénéficiaires de l'ACS pouvaient avoir une garantie de remboursement pour

leurs prothèses dentaires de 125 % de la BRSS (contrat de niveau A) à 300 % (contrat de niveau C) [tableau 1]. Le dispositif CSS a depuis intégré la réforme du 100 % santé (encadré 1), proposant un panier à reste à charge nul, un panier à reste à charge modéré et un panier libre, ce qui permet de garantir aux bénéficiaires de la CSS une prise en charge complète de certaines prothèses dentaires. Trois fois sur quatre, les bénéficiaires de la CSS ayant recours à ces prothèses s'orientent vers le panier à reste à charge nul.

Tableau 4 Évolution du taux de recours en optique, prothèses dentaires et auditives, entre 2017 et 2021

	Bénéficiaires de l'ACS/CSS-p			Bénéficiaires de la CMU-C/CSS-g			Ensemble de la population		
	2017	2018	2021	2017	2018	2021	2017	2018	2021
Prothèses dentaires	7	8	12	7	8	8	8	8	9
Panier 100 % santé			9			6			5
Panier modéré			5			4			3
Panier libre			3			2			3
Optique (hors lentilles)	19	19	24	16	17	20	21	21	22
Panier 100 % santé			22			18			4
Panier libre			7			6			19
Prothèses auditives	0,5	0,5	1,5	0,2	0,2	0,4	0,6	0,7	1,1
Panier 100 % santé			nc			nc			0,4
Panier libre			nc			nc			0,7
Prothèses dentaires, auditives et optique	24	25	33	22	23	26	27	28	29

ACS : aide au paiement d'une complémentaire santé ; CMU-C : couverture maladie universelle complémentaire ; CSS : complémentaire santé solidaire ; CSS-g : complémentaire santé solidaire gratuite ; CSS-p : complémentaire santé solidaire payante ; nc : non concerné.

Note > Le panier des bénéficiaires de la CSS ne contient pas de prothèses auditives, puisque le dispositif CSS ne se met pas en œuvre via un panier de biens comme c'est le cas dans le dispositif 100 % santé concernant les prothèses auditives.

Lecture > En 2021, parmi les bénéficiaires de la CSS-p ayant eu recours à au moins un soin de santé sur l'année, 12 % ont recours à au moins une prothèse dentaire, dont 9 % dans le panier 100 % santé.

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

Source > SNDS, données 2017, 2018 et 2021, calculs DREES (bases RAC).

11. Cette faible hausse du taux de recours, c'est-à-dire de la faible hausse de la part de personnes achetant des prothèses dentaires parmi l'ensemble de la population, s'accompagne en revanche d'une hausse du nombre de prothèses dentaires consommées par patient (Cour des comptes, 2022).

À structure démographique équivalente, une hausse du taux de recours globalement plus élevée pour les bénéficiaires de la CSS dans les trois postes de soins ciblés

Les recours aux soins dans ces trois secteurs ont ainsi fortement augmenté parmi les bénéficiaires de la CSS-p entre 2018 et 2021. Même à structure sociodémographique équivalente¹², ils ont davantage augmenté que ceux de l'ensemble de la population.

Si les hausses de taux de recours des bénéficiaires de la CSS-g sont bien plus modérées que celles des bénéficiaires de la CSS-p dans ces trois secteurs, c'est tout d'abord parce que les paniers de soins auxquels ont désormais accès les bénéficiaires de la CSS gratuite comme payante ressemblent davantage aux soins déjà accessibles en 2018 aux bénéficiaires de la CMU-C. Ensuite, les prothèses dentaires, auditives et l'optique sont davantage consommés par une population relativement âgée, susceptible de davantage bénéficier de la réforme, alors que les bénéficiaires de la CSS-g sont plus jeunes que ceux de la CSS-p (voir fiche 18). Néanmoins, les taux de recours en optique et en prothèses auditives des bénéficiaires de la CSS-g ont plus augmenté que pour l'ensemble de la population, à structure socio-démographique équivalente.

Pour les autres soins, des évolutions de taux de recours moins différenciées entre bénéficiaires de la CSS et l'ensemble de la population, à l'exception de l'orthodontie

Entre 2018 et 2021, les évolutions des taux de recours aux soins non liés à la réforme ont été souvent moins différenciées entre les bénéficiaires de la CSS et l'ensemble de la population. Des hausses de taux de recours, tout d'abord, ont concerné toutes ces populations. Elles peuvent être liées à la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19 (pour la prévention, notamment les vaccins et les dépistages, les infirmiers et les laboratoires) mais aussi, pour les sages-femmes, à l'élargissement des droits de prescription ou à la diversification des actes.

En revanche, pour l'orthodontie remboursable par l'AMO¹³, le taux de recours a bien davantage augmenté pour les bénéficiaires de la CSS que pour l'ensemble de la population. En effet, si les contrats ACS ne garantissaient pas la prise en charge de l'orthodontie, le panier CSS s'est également élargi par rapport au panier CMU-C, en intégrant notamment des actes d'orthopédie dento-faciale remboursables jusqu'à l'âge de 16 ans. Le taux de recours a ainsi augmenté de 50 % parmi les bénéficiaires de la CSS-p, de 33 % parmi ceux de la CSS-g et enfin de 11 % parmi l'ensemble de la population. ■

¹². Les taux de recours des bénéficiaires de la CSS-p ont été comparés aux taux de recours de l'ensemble de la population, auxquels la structure par âge, sexe et situation d'ALD des bénéficiaires de la CSS-p a été appliquée (standardisation indirecte). Cette méthode permet de comparer l'évolution du taux de recours entre deux sous-populations indépendamment de leur composition.

¹³. Qui concerne 1 % de la population, voir fiche 23.

Pour en savoir plus

- > Les jeux de données sur le Baromètre d'opinion de la DREES sont disponibles dans l'espace Open Data de la DREES : data.drees.solidarites-sante.gouv.fr, thème Santé et système de soins, et sous forme de graphiques interactifs dans l'espace Datavisualisation de la DREES.
- > **Cabannes, P.-Y., Chevalier, M. (dir.)** 2023. Fiche 9 – L'assiette des ressources et la période de référence des prestations. Dans *Minima sociaux et prestations sociales – Ménages aux revenus modestes et redistribution – Édition 2023*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Social.
- > **Cabannes, P.-Y., Richet-Mastain, L. (dir.)** (2021). *Minima sociaux et prestations sociales – Ménages aux revenus modestes et redistribution – Édition 2021*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Social.
- > **Caro, M., Carpezat, M., Forzy, L.** (2023, mars). Le recours et le non-recours à la complémentaire santé solidaire – Une étude qualitative des profils et des trajectoires des bénéficiaires. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 107.
- > **Cometx, R., Pierre, A.** (2022, décembre). Plus les dépenses de santé sont importantes, plus la part prise en charge par l'assurance maladie obligatoire est élevée. DREES, *Études et Résultats*, 1251.
- > **Cour des comptes** (2022, juillet). La réforme du 100 % santé. Communication à la commission des affaires sociales du Sénat.
- > **Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)** (2022, décembre). Complémentaire santé solidaire avec participation financière : un taux de non-recours en baisse pour la première fois en 2021. Jeux de données.
- > **Direction de la Sécurité sociale (DSS)** (2021, mai). Note d'information relative à l'articulation entre la réforme 100 % santé et le dispositif de la complémentaire santé solidaire, n° DSS/SD2A/2021/88.
- > **Gayet, C.** (2022). Assurance et accès aux soins des personnes à bas revenus en France : trois essais en économie de la santé. Économies et finances. Thèse. Université Paris sciences et lettres.
- > **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.
- > **Lapinte, A., Legendre, B.** (2021, juillet). Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres. DREES, *Études et Résultats*, 1200.
- > **Loiseau, R.** (2020, février). Aide au paiement d'une complémentaire santé : un niveau de couverture équivalent à celui des contrats du marché individuel en 2018. DREES, *Études et Résultats*, 1142.

La réforme du 100 % santé a été déployée entre 2019 et 2021. En parallèle d'une augmentation des remboursements par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et de l'instauration de prix limites de vente, elle permet aux bénéficiaires d'une complémentaire santé responsable d'accéder à des biens sans reste à charge en optique et pour les prothèses dentaires et auditives. Sur cette période, le nombre de personnes ayant acheté des prothèses auditives a fortement augmenté (+ 75 %), 40 % des recourants ayant choisi un bien du panier 100 % santé en 2021. Le recours à une prothèse dentaire a quant à lui augmenté de 17 %, 57 % des recourants ayant choisi un bien du 100 % santé. Les restes à charge directement supportés par les personnes devraient diminuer en dentaire et en prothèses auditives pour les plus de 60 ans principalement. À l'inverse, la dépense financée par les organismes complémentaires sur ces postes a fortement augmenté. Le 100 % santé reste peu utilisé en optique.

Avant 2019, le reste à charge financé directement par les ménages après remboursement par les complémentaires santé était particulièrement élevé en optique, en dentaire et en audiologie. Il s'élevait, en moyenne, à 1 600 euros pour l'équipement de deux prothèses auditives, à 320 euros pour une prothèse dentaire, et à 250 euros pour une paire de lunettes équipées de verres complexes en 2017, d'après le modèle Ines-Omar de 2017 (Guilloton, 2023). Pour les personnes avec des contrats de complémentaire santé peu couvrants, ces restes à charge pouvaient être bien supérieurs, conduisant certaines personnes à y renoncer¹.

Pour faciliter l'accès à ces biens, notamment pour les plus modestes, la réforme du 100 % santé, parfois appelée « RAC zéro », a été déployée dès 2019, pour une mise en œuvre complète en 2021. Elle a instauré un panier de biens spécifiques, appelé « panier 100 % santé », sans reste à charge pour les bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé responsable. Elle mobilise trois leviers qui caractérisent le panier 100 % santé : des prix limites de vente en optique, en prothèses dentaires et auditives, une revalorisation de la base de remboursement de

la Sécurité sociale (BRSS) et l'obligation pour les contrats de complémentaire santé responsables de prendre en charge la totalité du reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO).

Dorénavant, les audioprothésistes, les opticiens et les dentistes ont l'obligation de proposer un devis comportant au moins un bien appartenant au panier 100 % santé. Les patients peuvent toujours opter pour des biens en dehors du 100 % santé, définis comme des biens d'un panier dit « libre » (ou également des biens du panier dit « modéré » en dentaire). Les prix de ces biens sont libres, mais les modalités de remboursement par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et par les contrats complémentaires responsables sont régulées. Ainsi, en plus d'une modification des BRSS du panier libre (à la baisse en optique et à la hausse pour les prothèses auditives et dentaires)², les plafonds de remboursement des contrats responsables ont été abaissés (pour les montures en optique et pour les prothèses auditives), conduisant les personnes disposant de contrats les plus couvrants à être moins bien remboursées sur les biens du panier libre.

1. Selon l'enquête santé européenne (EHIS), en 2019, 8 % de la population de France métropolitaine déclarait ainsi avoir renoncé à des lunettes au cours des douze derniers mois pour raison financière, 11 % à des prothèses auditives et 12 % à un soin dentaire.

2. Les montants précis sont détaillés dans les fiches 22, 23 et 24.

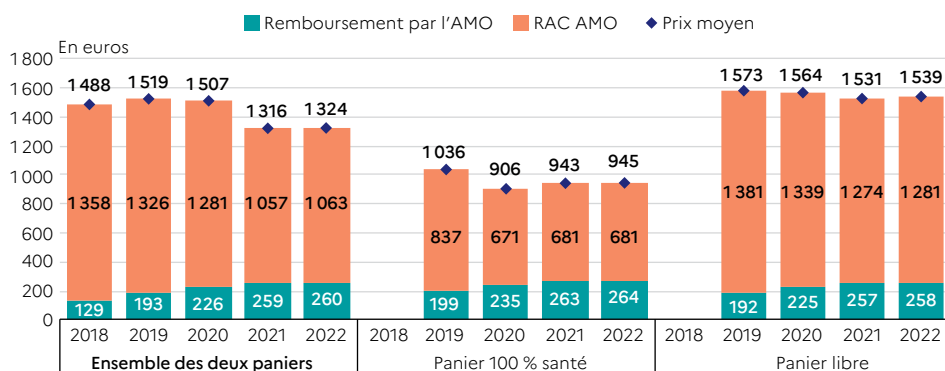
Une augmentation de 75 % du nombre de personnes ayant recours aux prothèses auditives entre 2019 et 2021

En audiologie, la réforme du 100 % santé débute en 2019 par l'instauration d'un prix limite de vente de 1 300 euros par prothèse auditive du panier 100 % santé. Ce prix limite de vente diminue progressivement les deux années suivantes : il est de 1 100 euros en 2020, puis de 950 euros à partir de 2021³. En parallèle du prix limite de vente, la BRSS des prothèses auditives, dans et hors panier 100 % santé, est rehaussée. Elle passe de 199,71 euros à 300 euros en 2019, puis à 350 euros en 2020 et à 400 euros en 2021. Depuis 2020, les audioprothésistes ont obligation de présenter aux patients un devis proposant au moins une prothèse auditive du panier 100 % santé. Enfin, depuis 2021, les contrats responsables ont l'obligation de prendre en charge l'intégralité du RAC AMO des prothèses auditives incluses dans le panier 100 % santé. Ainsi, le prix moyen des prothèses auditives achetées par les patients de plus de 20 ans (hors complémentaire santé solidaire [CSS]) a diminué

de 11 % entre 2018 et 2022, passant de 1 488 euros à 1 324 euros (graphique 1). Compte tenu des prix limites de vente et des différences de caractéristiques des dispositifs du panier 100 % santé et du panier libre, le prix moyen d'une prothèse auditive achetée dans le cadre du 100 % santé est bien plus faible que dans le panier libre : d'environ 940 euros contre plus de 1 530 euros en 2021 et 2022. La dépense moyenne remboursée par l'AMO a quant à elle mécaniquement doublé entre 2018 et 2022 compte tenu du doublement de la BRSS (voir fiche 24), passant de 129 euros à 260 euros. Le RAC AMO incombant au patient et à sa complémentaire santé éventuelle a ainsi baissé de 22 % (de 1 358 euros par recourant en 2018 à 1 063 euros en 2022). Pour l'achat d'une prothèse auditive du 100 % santé, le RAC AMO moyen – entièrement pris en charge par les contrats responsables – s'élève à 681 euros en 2022. Pour une prothèse auditive du panier libre, il est de 1 281 euros.

La baisse significative des RAC AMO pour les personnes recourant aux prothèses auditives s'est accompagnée d'une augmentation importante

Graphique 1 Évolution du prix moyen et du montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire par prothèse auditive achetée, entre 2018 et 2022



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

Lecture > En 2019, une prothèse auditive achetée dans le panier 100 % santé coûtait en moyenne 1 036 euros, dont 199 euros remboursés par l'AMO, et 837 euros restant à la charge de la complémentaire santé éventuelle du patient, ou à la charge du patient.

Champ > Adultes de plus de 20 ans hors CSS. France entière.

Source > SNDS, données 2018 à 2022, calculs DSS/6B.

³. Ces prix limites de vente dégressifs concernent les personnes de 20 ans ou plus. Pour les personnes de moins de 20 ans, le prix limite de vente s'élève depuis 2019 à un montant fixe de 1 400 euros.

du nombre de patients recourant à ces biens en 2021 (*graphique 2*). Alors qu'environ 400 000 personnes ont acheté des prothèses auditives en 2018, 2019 ou 2020, elles sont plus de 700 000 en 2021. Sur la période 2019-2021, cela correspond à une augmentation de 75 %. Ce niveau se stabilise ensuite en 2022. En 2019, alors que le dispositif du 100 % santé était à ses débuts, en proposant une réduction des restes à charge sans pour autant permettre un reste à charge nul, 13 % des personnes ayant acheté des prothèses auditives ont recouru au panier 100 % santé. Elles sont près de 40 % en 2021 une fois le dispositif intégralement mis en place. L'achat de prothèses auditives a également augmenté en dehors du panier 100 % santé : le nombre de personnes recourant au panier libre en 2021 ou en 2022 (plus de 470 000 personnes) est supérieur au nombre total de personnes y recourant en 2018 (415 000 personnes).

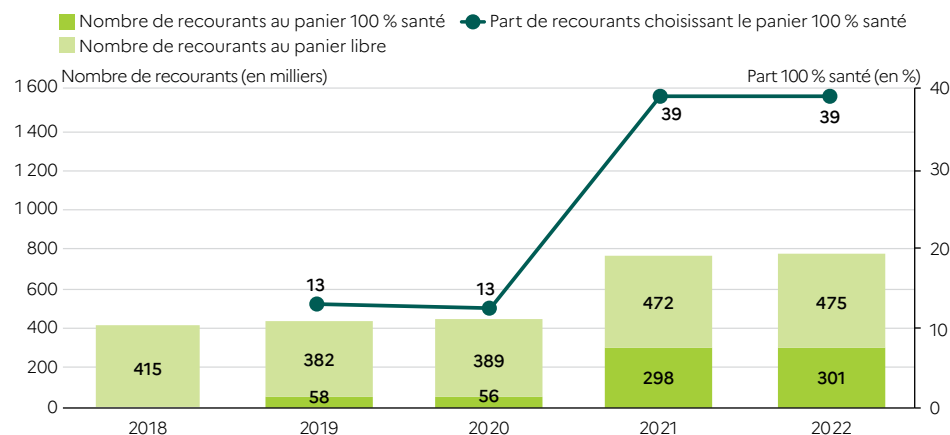
En optique, seuls 18 % des recourants choisissent le panier 100 % santé en 2022

En optique, la réforme du 100 % santé s'applique à partir de 2020, avec la création du panier 100 % santé (hors lentilles). Composé de verres et de montures, celui-ci propose un équipement avec

des prix plafonnés et un reste à charge nul pour les patients ayant souscrit un contrat responsable (voir fiche 22). En pratique, chaque offre 100 % santé est librement constituée par les opticiens, qui doivent pour ce faire sélectionner au moins 17 montures pour les adultes (10 montures pour les enfants, de deux coloris différents), ainsi que des verres esthétiques permettant toutes les corrections visuelles et des options de verres antireflets, anti-rayures et amincis.

Du fait de prix limités de vente, le prix des biens optiques achetés dans le panier 100 % santé est inférieur à celui du panier libre (*graphiques 3a, 3b et 3c*). Pour les montures par exemple, il s'élève à 30 euros environ en moyenne en 2021 et en 2022 pour le panier 100 % santé, contre plus de 140 euros pour le panier libre. Pour un verre complexe, ces montants s'élèvent respectivement à 90 euros et 240 euros environ en 2021 et en 2022. Ainsi, lorsqu'un patient choisit un verre complexe du panier 100 % santé en 2022, le prix dépensé par verre est en moyenne inférieur de 132 euros (soit - 60 %) par rapport à celui de 2019, avant l'introduction du 100 % santé. La prise en charge par l'AMO est quant à elle supérieure de 12 euros en moyenne et le RAC AMO est inférieur de 144 euros (soit - 67 %).

Graphique 2 Évolution du nombre de recourants aux prothèses auditives, entre 2018 et 2022



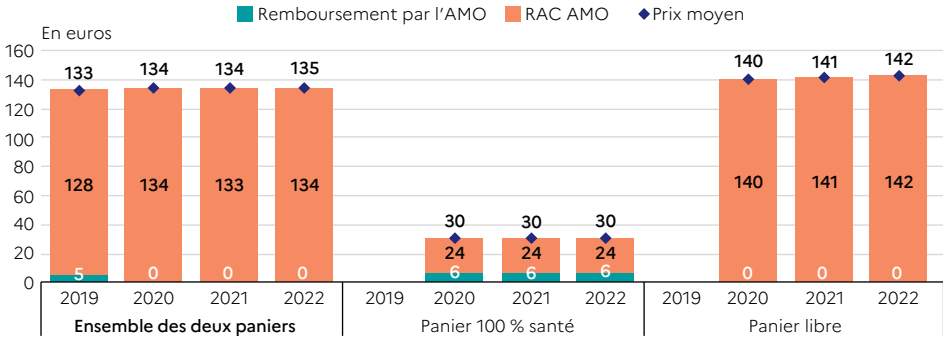
Lecture > En 2022, 39 % des personnes ayant acheté une ou plusieurs prothèses auditives ont choisi un équipement du panier 100 % santé.

Champ > Population des consommateurs du Système national des dépenses de santé (SNDS). France entière.

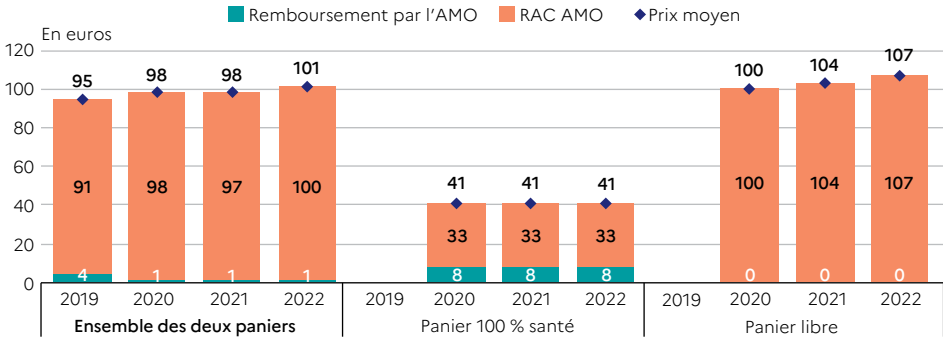
Source > SNDS, données 2018 à 2022, calculs DSS/6B.

Graphique 3 Évolution du prix moyen et du montant remboursé par l'assurance maladie obligatoire en optique, entre 2019 et 2022

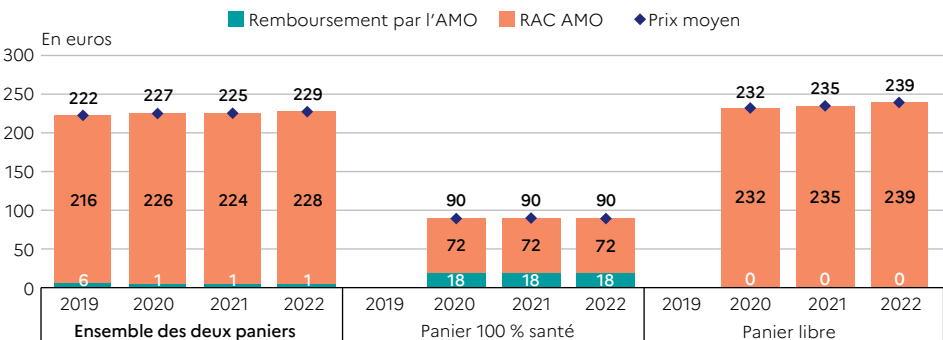
3a. Par monture achetée



3b. Par verre simple acheté



3c. Par verre complexe acheté



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

Lecture > En 2020, une monture achetée dans le panier 100 % santé coûtait en moyenne environ 30 euros, dont 6 euros remboursés par l'AMO, et 24 euros restant à la charge de la complémentaire santé éventuelle du patient, ou à la charge du patient.

Champ > Ensemble de la population, hors CSS. France entière.

Source > SNDS, données 2019 à 2022, calculs DSS/6B.

Pour autant, le prix dépensé en moyenne par équipement augmente globalement entre 2019 et 2022 de 1 % pour les montures, de 7 % pour les verres simples, et de 3 % pour les verres complexes. Cette augmentation s'explique notamment par un recours au panier libre qui demeure important : seules 18 % des personnes ayant acheté un équipement optique en 2022 ont choisi au moins un équipement du panier 100 % santé (graphique 4). Les prix des biens du panier libre ont par ailleurs augmenté (par exemple + 8 % pour les verres complexes et + 13 % pour les verres simples entre 2019 et 2022), du fait probablement d'une marge plus réduite sur les biens du 100 % santé. Tous paniers confondus, le RAC AMO moyen des équipements optiques augmente de 11 % pour les verres simples, de 5 % pour les verres complexes et de 5 % pour les montures entre 2019 et 2021.

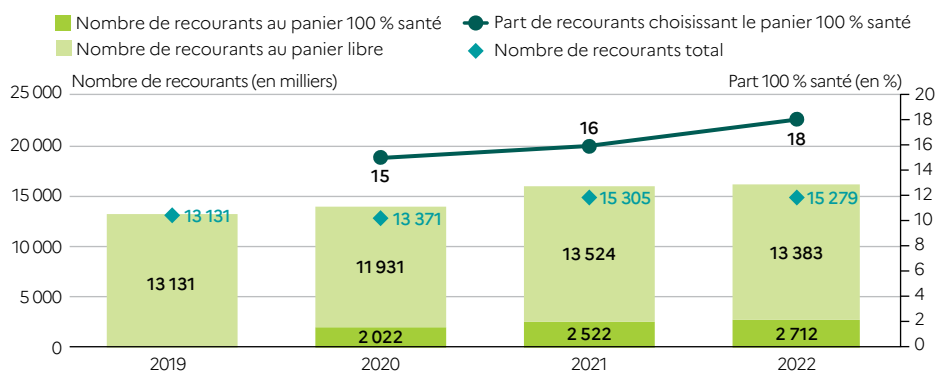
Globalement, le nombre de personnes ayant acheté un équipement optique (hors lentilles) augmente de 2,2 millions (+ 16 %) entre 2019 et 2022 et la part d'entre elles ayant choisi le 100 % santé s'élève à 15 % en 2020 et à 18 % en 2022 (graphique 4). Le recours relativement modéré

au 100 % santé peut notamment s'expliquer par le fait qu'avant la réforme, plus de neuf bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé responsable sur dix disposaient déjà de garanties supérieures à celles ensuite imposées par la réforme (encadré 1).

En dentaire, une augmentation de 17 % des personnes ayant recours à une prothèse dentaire entre 2019 et 2021, 57 % d'entre elles choisissant le panier 100 % santé

En dentaire, la réforme du 100 % santé propose trois paniers de biens. Le panier 100 % santé regroupe des prothèses dentaires avec des prix limites de vente et un reste à charge nul pour les personnes ayant souscrit un contrat responsable de complémentaire santé. Le panier modéré présente des prothèses avec des prix limites de vente et un ticket modérateur (TM) obligatoirement pris en charge par les organismes complémentaires, les dépassements pouvant rester à la charge du patient. Enfin, un panier libre sans prix limite de vente est proposé, mais toujours avec une obligation de prise en charge du TM par les organismes complémentaires (tableau 1).

Graphique 4 Évolution du nombre de recourants en optique, entre 2019 et 2022



Note > Les taux correspondent à la part de recourants en optique ayant choisi au moins un équipement 100 % santé (verres et/ou monture). Il est possible de panacher les équipements en choisissant, par exemple, des verres appartenant au panier 100 % santé et des montures appartenant au panier libre. Pour cette raison, un patient peut être compté en 100 % santé et en panier libre s'il choisit des équipements des deux paniers. Ainsi, la somme 100 % santé et panier libre peut être supérieure au nombre total de recourants pour une année donnée.

Lecture > En 2022, 18 % des personnes ayant acheté des lunettes ont choisi au moins un équipement (verres et/ou montures) du panier 100 % santé.

Champ > Population des consommateurs du Système national des dépenses de santé (SNDS). France entière.

Source > SNDS, données 2019 à 2022, calculs DSS/6B.

L'instauration des prix limites de vente, des obligations de prise en charge par l'assurance maladie complémentaire (AMC) et des revalorisations de la BRSS entre progressivement en vigueur entre 2019 et 2021, en parallèle de l'application de la nouvelle convention dentaire effective au 1^{er} avril 2019. Celle-ci fixe un objectif plus large de rééquilibrage de l'activité dentaire par la diminution du recours aux soins

prothétiques au profit des soins conservateurs et chirurgicaux, via des revalorisations des BRSS de ces derniers (Commission des comptes de la Sécurité sociale [CCSS], 2022).

La mise en place de la réforme, entièrement effective en 2021, opère une segmentation par prix des prothèses dentaires à travers les différents paniers (*tableau 1*) : les prix moyens du panier 100 % santé sont, logiquement,

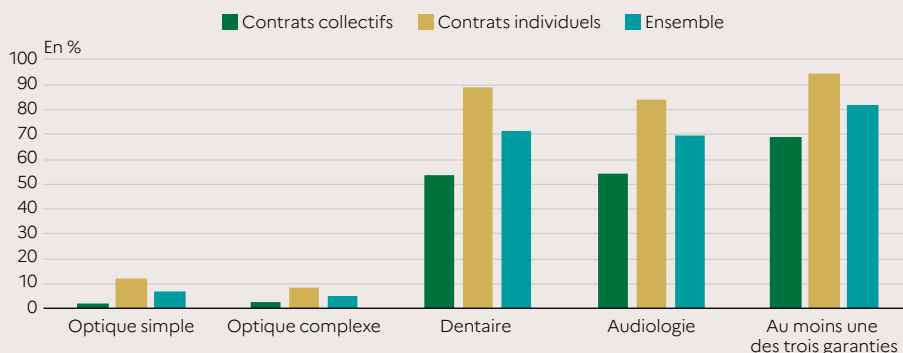
Encadré 1 Évaluation ex ante de la réforme du 100 % santé sur les garanties des contrats

Avant la réforme du 100 % santé, plus de huit bénéficiaires de complémentaire santé sur dix disposaient en 2019 d'au moins une garantie en optique, en prothèses auditives ou dentaires d'un niveau inférieur aux garanties désormais imposées par la réforme (Guilloton, 2023). Plus précisément, sept bénéficiaires sur dix disposaient d'une garantie de remboursement inférieure à celle fixée par la réforme pour la pose d'une prothèse dentaire ainsi que pour l'achat d'une paire de prothèses auditives (*voir graphique ci-dessous*). En optique, en revanche, moins d'un bénéficiaire sur dix disposait de garanties de remboursement inférieures.

De ce fait, les bénéficiaires de contrats de complémentaire responsables sont davantage incités à s'orienter vers les paniers 100 % santé en audiologie et en dentaire. En optique, la fixation de plafonds réglementaires de prix limites de vente pour le panier 100 % santé à un niveau très inférieur à celui des lunettes majoritairement achetées, et la préexistence d'offres sans restes à charge dans le panier libre, ont probablement limité l'effet de la réforme, comparativement à celui observé sur les prothèses auditives et les prothèses dentaires (Cour des comptes, 2022).

Les montants théoriques remboursés par les organismes de complémentaire santé, comme par l'assurance maladie obligatoire (AMO), dans le cadre d'une consommation dans le panier 100 % santé sont, en dentaire et en audiologie, plus élevés que les garanties avant la réforme. À l'inverse, en optique, ils sont, pour la plupart des organismes, inférieurs à ceux théoriquement remboursés avant la réforme.

Part des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé ayant, en 2019, une garantie inférieure à celle ensuite imposée par le 100 % santé, par poste de soins et type de contrats



Lecture > En 2019, 69 % des bénéficiaires de contrat de complémentaire santé avaient une garantie de remboursement pour une prothèse auditive inférieure au montant de remboursement imposé, en 2021, au contrat pour les biens du panier 100 % santé.

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

Source > Enquête OC 2019, calculs DREES.

Tableau 1 Synthèse des modalités d'application de la réforme du 100 % santé pour les prothèses dentaires

	Panier 100 % santé	Panier modéré	Panier libre
Prix limite de vente depuis le 1^{er} avril 2019	Oui (hors prothèses amovibles)	Oui (hors prothèses amovibles)	Non
Revalorisation de la BRSS depuis le 1^{er} avril 2019	Oui (hors prothèses amovibles)	Oui (hors prothèses amovibles)	Oui (hors prothèses amovibles)
Prise en charge par l'AMC depuis le 1^{er} janvier 2020	Prise en charge totale du RAC AMO (hors prothèses amovibles).	Prise en charge du ticket modérateur, pas d'obligation pour le reste ¹ (hors prothèses amovibles).	Prise en charge du ticket modérateur, pas d'obligation pour le reste ¹ (hors prothèses amovibles).
Prise en charge par l'AMC depuis le 1^{er} janvier 2021	Intégration des prothèses amovibles au panier 100 % santé : prix limites de vente, revalorisation de la BRSS et prise en charge par l'AMC du RAC AMO.	Intégration des prothèses amovibles au panier modéré : prix limites de vente, revalorisation de la BRSS et prise en charge du ticket modérateur, pas d'obligation pour le reste ¹ .	

AMC : assurance maladie complémentaire ; AMO : assurance maladie obligatoire ; BRSS : base de remboursement de la Sécurité sociale ; RAC AMO : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire.

1. À l'exception des contrats collectifs d'entreprise qui doivent prendre en charge le ticket modérateur (TM) ainsi qu'un supplément s'élevant à 25 % de la BRSS depuis 2016.

inférieurs à ceux du panier modéré, eux-mêmes inférieurs à ceux du panier libre (*graphique 5*). Le recours aux prothèses du 100 % santé et du panier modéré conduit, pour les prothèses inlay-core⁴, à une diminution du prix moyen des prothèses achetées : 226 euros en 2019 contre moins de 190 euros dès 2020. Plus de 60 % des prothèses inlay-core achetées font partie du 100 % santé dès 2020 (64 % en 2022). Le même mécanisme s'observe pour les prothèses fixes, dont le prix moyen diminue de 394 euros en 2018 à 325 euros en 2020 et à 315 euros en 2022, et dont 64 % des ventes sont réalisées dans le panier 100 % santé en 2022, ainsi que pour les prothèses amovibles (couramment appelées « dentiers ») à partir de 2021 (54 % des prothèses amovibles vendues font partie du panier 100 % santé en 2022). En revanche, les bridges⁵ et les inlay-onlay⁶, qui ne sont pas proposés dans le panier 100 % santé, sont achetés à des prix qui augmentent en moyenne entre 2019 et 2022.

Globalement, le nombre de recourants aux prothèses dentaires a augmenté de 17 % entre 2019 et 2021 et se stabilise autour de 5,5 millions en 2022 (*graphique 6*). Il a légèrement baissé entre 2019 et 2020, du fait de la crise sanitaire liée à l'épidémie de Covid-19, mais un important rattrapage a eu lieu en 2021. Parmi ces patients recourant aux prothèses dentaires, 57 % choisissent, en 2021 et en 2022, au moins une prothèse du panier 100 % santé.

À la suite du 100 % santé, les montants remboursés par l'assurance maladie obligatoire et par les contrats responsables sont en hausse, surtout pour les plus âgés

Les effets de la réforme sur la consommation de soins des personnes sont hétérogènes selon leur âge. D'une part, le recours aux postes de soins concernés par la réforme dépend fortement de l'âge. Au cours d'une année, l'appareillage en prothèse auditive est quasi nul chez les moins

4. Implant dentaire utilisé lorsque la dent est dévitalisée et très abîmée, permettant de la conserver afin de pouvoir supporter une couronne dentaire.

5. Prothèse dentaire utilisée pour remplacer une ou plusieurs dents manquantes s'appuyant sur les dents voisines ou sur des implants dentaires afin de combler les trous présents en bouche.

6. Prothèse fixe qui reconstitue et consolide une dent abîmée en comblant une cavité qui s'est formée avec le temps, remplaçant les techniques antérieures de plombage. L'inlay permet de recouvrir la cavité d'une dent située sur une paroi intérieure, et l'onlay une ou plusieurs cavités situées sur une paroi extérieure.

Graphique 5 Évolution des prix des prothèses dentaires achetées, entre 2019 et 2022

Types de produits	Année	Nombre de ventes	Prix moyen, tous paniers confondus (en euros)	dont panier 100 % santé	dont panier modéré	dont panier libre
Bridges	2019	30 454	845	nc	845	nc
	2020	23 624	873	nc	873	nc
	2021	28 114	875	nc	875	nc
	2022	24 020	898	nc	898	nc
Autres prothèses fixes	2019	7 337 335	394	249	515	482
	2020	9 136 063	325	254	434	429
	2021	11 560 761	317	253	419	434
	2022	11 415 305	315	253	408	441
Inlay-core	2019	3 201 260	226	176	209	261
	2020	3 227 852	187	155	170	277
	2021	3 878 559	184	156	170	280
	2022	3 685 174	184	157	171	282
Inlay-onlay	2019	742 817	296	nc	249	342
	2020	863 035	318	nc	249	424
	2021	1 123 210	319	nc	239	444
	2022	1 199 883	326	nc	238	460
Prothèses amovibles	2019	1 631 951	802	687	882	ns ¹
	2020	1 388 093	791	661	885	ns
	2021	2 101 165	743	609	890	ns
	2022	2 246 664	728	588	893	ns

nc : non concerné ; ns : non significatif.

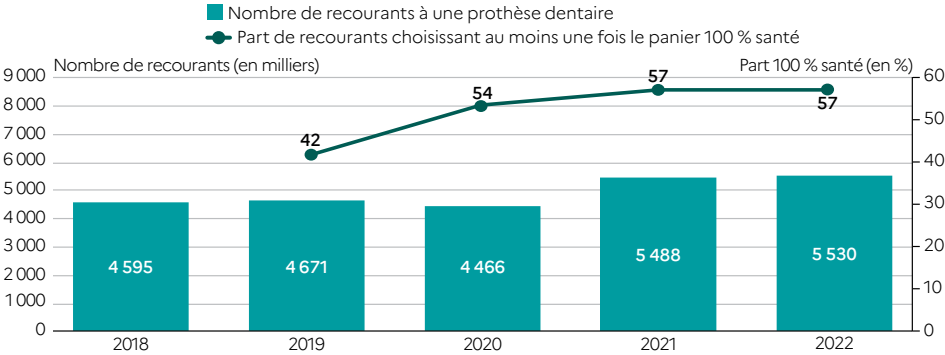
1. Seules 0,1 % des prothèses amovibles délivrées entre 2019 et 2022 appartiennent au panier libre, les résultats ne sont donc pas significatifs.

Lecture > Les bridges achetés en 2019 l'étaient à un prix moyen de 845 euros par prothèse, contre 898 euros en 2022.

Champ > Ensemble de la population. France entière.

Source > SNDS, données 2019 à 2022, calculs DREES.

Graphique 6 Évolution du nombre de recourants aux prothèses dentaires, entre 2018 et 2022



Lecture > Le nombre de personnes ayant recours à au moins une prothèse dentaire est de 4,595 millions en 2018 et de 5,530 millions en 2022. Parmi ces dernières, 57 % ont choisi le panier 100 % santé pour au moins une prothèse achetée.

Champ > Population des consommateurs du Système national des dépenses de santé (SNDS). France entière.

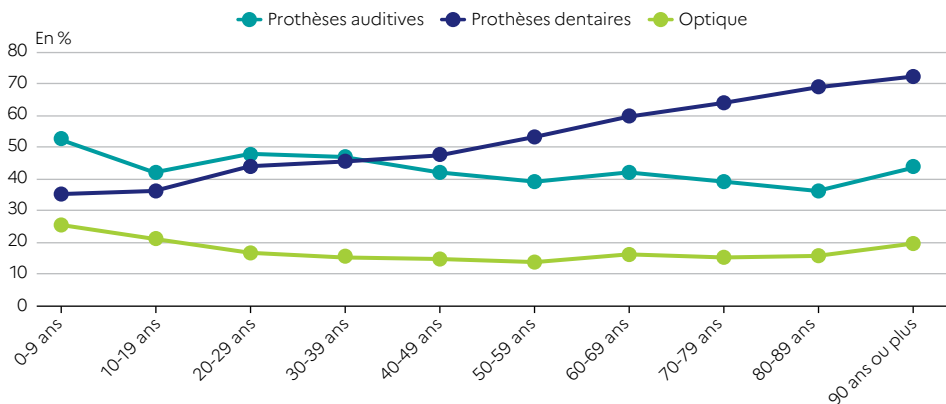
Source > SNDS, données 2018 à 2022, calculs DREES.

de 60 ans, contre 7 % entre 80 et 89 ans en 2021 ; et le recours aux prothèses dentaires est croissant avec l'âge jusqu'à 70 ans (où il atteint 13 %) [tableau complémentaire A]. Seul l'achat d'équipements optiques, et plus précisément de lunettes, concerne une partie importante de la population quel que soit l'âge, les taux de recours les plus élevés étant observés entre 40 et 79 ans (entre 25 % et 30 % par an). D'autre part, parmi les personnes qui achètent des équipements optiques, des prothèses dentaires ou des prothèses auditives, le recours au panier 100 % santé dépend de l'âge : les plus âgés choisissent plus souvent au moins un bien du panier 100 % santé en dentaire (69 % des 80-89 ans, contre 46 % des 30-39 ans) alors qu'en optique (hors lentilles), les équipements du 100 % santé concernent un peu plus souvent les enfants et adolescents (21 % des 10-19 ans contre environ 15 % entre 20 et 89 ans par exemple) [graphique 7].

Ainsi, compte tenu de la consommation de soins des individus, l'analyse des évolutions des remboursements de l'AMO et des restes à charge laissés par l'AMO par tranche d'âge dans

l'ensemble de la population (que les individus aient ou non consommé ce poste de soins) permet d'étudier comment le champ des dépenses pouvant être prises en charge par les contrats complémentaires a évolué, en moyenne, selon l'âge des individus. Le remboursement par l'AMO des prothèses auditives augmente substantiellement chez les plus de 60 ans (graphique 8a), de 26 euros en moyenne par personne âgée de 80 à 89 ans entre 2018 et 2021, que celle-ci ait recouru ou non à des prothèses auditives. Le RAC AMO moyen augmente lui aussi, du fait d'une amélioration du recours aux soins par rapport à avant la réforme. Mais cette hausse, qui concerne principalement des biens inclus dans le panier 100 % santé, est quasi entièrement prise en charge par les contrats responsables (voir fiche 24). Les remboursements de l'AMC ne sont pas directement observables dans le Système national des données de santé (SNDS) [voir annexe 2] mais ces données permettent de les approximer *via* un intervalle sous certaines hypothèses. En considérant que toute la population bénéficie d'un contrat responsable⁷, la hausse des

Graphique 7 Taux de personnes choisissant les biens du panier 100 % santé parmi les recourants à chaque poste de soins, par tranche d'âge



Lecture > En 2021, 21 % des personnes âgées de 10 à 19 ans ayant acheté au moins une fois dans l'année un équipement optique ont choisi (au moins un) équipement optique de l'offre 100 % santé.

Champ > Population des consommateurs du Système national des dépenses de santé (SNDS). France entière.

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

⁷ En 2019, 96 % de la population française était couverte par un contrat de complémentaire santé (voir fiche 12). Aussi, 98 % des personnes couvertes par un contrat de complémentaire santé privée le sont par un contrat responsable (voir fiche 01).

remboursements de l'AMC attribuée aux nouvelles obligations du 100 % santé est estimée par exemple, pour le poste des prothèses auditives uniquement, à 36 euros en moyenne par personne âgée entre 80 et 89 ans. Cette hausse des remboursements concerne également les prothèses dentaires : + 47 euros en moyenne pour les 80-89 ans (*graphique 8b*). Pour le dentaire, le RAC AMO qui subsiste en dehors des obligations de couverture des contrats responsables (correspondant au montant de dépassements concernant les biens achetés dans le panier modéré ou le panier libre dans le *graphique 8b*), et qui est en partie pris en charge par les contrats selon les niveaux de couverture des individus, diminue de 38 euros en moyenne pour les 80-89 ans.

Ces résultats reflètent le fait que l'accès aux soins a été très nettement amélioré pour les prothèses auditives. Pour les prothèses dentaires, le 100 % santé a également permis à des personnes qui y avaient déjà recours de se tourner vers un dispositif plus avantageux financièrement. Ces résultats questionnent également l'impact du 100 % santé sur les primes des contrats de complémentaires santé, qui sont déjà particulièrement élevées pour les plus âgés (voir fiche 11). En effet, la hausse des remboursements des contrats associés aux obligations du 100 % santé en prothèses auditives et en dentaire devrait concerner principalement les plus âgés. En prothèses auditives, les dépassements pour le panier libre augmentent très faiblement pour l'ensemble de la population entre 50 ans et 89 ans, du fait d'une hausse du nombre de prothèses vendues dans le panier libre⁸. Cela devrait conduire – à niveau de couverture inchangé – à une hausse des remboursements par l'AMC. En dentaire, les dépassements pour le panier libre ou modéré diminuent pour toutes les tranches d'âge, de 18 euros en moyenne, et ne compensent pas la hausse des dépenses obligatoirement prises en charge par les contrats responsables (de + 27 euros). En optique, le recours limité au panier 100 % santé a peu d'implication

sur les remboursements des contrats associés au 100 % santé (*graphique 8c*). En cumulant ces trois postes de soins, la dépense finançable par les organismes complémentaires a donc fortement augmenté pour les tranches d'âge élevées dans la population, principalement sur la partie liée aux obligations du 100 % santé pour les contrats responsables, et n'est pas compensée par d'éventuelles baisses de dépassements du panier libre ou modéré.

La part financée directement par les ménages est en forte baisse entre 2018 et 2022 sur les postes du 100 % santé

Les dépenses de santé financées directement par les ménages correspondent aux dépenses qui restent à leur charge après remboursements par l'AMO et par les contrats de complémentaire santé. Sur les postes du 100 % santé, les restes à charge des ménages sont donc des dépenses associées à l'achat de biens en dehors du panier 100 % santé. Ces restes à charge correspondent aux montants de dépassements liés au panier libre ou modéré (*graphiques 8a, 8b et 8c*) minorés de la dépense prise en charge par les contrats. Les garanties offertes par les contrats pour les biens en dehors du panier 100 % santé étant restées relativement stables entre 2019 et 2021 (voir fiches 22, 23 et 24), et sous l'hypothèse que les assurés n'ont pas souscrit un nouveau contrat moins couvrant, la diminution observée de ces dépassements sur les prothèses dentaires devrait de fait conduire à une diminution du reste à charge final des ménages sur les prothèses dentaires au moins, et pour les assurés de plus de 60 ans principalement.

D'après des données macroéconomiques des comptes de la santé (Arnaud, Lefebvre, 2023), la part du reste à charge final financée par les ménages a en effet fortement diminué pour les prothèses dentaires (15 % en 2022 contre 34 % en 2018) ainsi que pour les prothèses auditives (36 % en 2022 contre 63 % en 2018). Elle est

8. Pour un recourant à une prothèse auditive, le reste à charge lié aux dépassements du panier libre diminue, en particulier pour les plus âgés (baissant de plus de 800 euros entre 2018 et 2021 pour les plus de 60 ans). Mais en raison de la hausse du nombre de recourants, le reste à charge lié aux dépassements du panier libre sur l'ensemble de la population ne baisse pas.

Graphique 8 Évolution des composantes de dépenses et restes à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire moyens sur l'ensemble de la population par tranche d'âge, entre 2018 et 2021

8a. Pour des prothèses auditives

En euros

Tranches d'âge	2021				Évolution 2018-2021			
	Remb. par l'AMO	RAC AMO total	Remb. AMC lié à l'obligation des contrats responsables	Dépass. panier libre	Remb. par l'AMO	RAC AMO total	Remb. AMC lié à l'obligation des contrats responsables	Dépass. panier libre
0-9 ans	1	0	0	0	0	0	0	0
10-19 ans	1	0	0	0	0	0	0	0
20-29 ans	1	1	0	1	0	0	0	0
30-39 ans	1	2	1	2	+1	+1	+1	0
40-49 ans	2	5	1	3	+1	+2	+1	0
50-59 ans	4	12	3	9	+3	+4	+3	+1
60-69 ans	11	33	11	23	+8	+12	+10	+3
70-79 ans	22	78	26	53	+17	+26	+23	+3
80-89 ans	37	134	41	93	+26	+37	+36	+1
90 ans ou plus	35	116	43	73	+23	+28	+37	-9
Ensemble	7	21	7	15	+4	+6	+6	+1

8b. Pour des prothèses dentaires

En euros

Tranches d'âge	2021				Évolution 2018-2021			
	Remb. par l'AMO	RAC AMO total	Remb. AMC lié à l'obligation des contrats responsables	Dépass. panier libre ou modéré	Remb. par l'AMO	RAC AMO total	Remb. AMC lié à l'obligation des contrats responsables	Dépass. panier libre ou modéré
0-9 ans	0	0	0	0	0	0	0	0
10-19 ans	1	3	1	2	+1	-1	0	0
20-29 ans	9	22	8	14	+7	-4	0	-4
30-39 ans	18	50	19	31	+13	-9	+2	-11
40-49 ans	25	81	32	49	+18	-13	+8	-21
50-59 ans	31	117	51	66	+23	-11	+22	-32
60-69 ans	34	136	65	71	+25	+2	+37	-35
70-79 ans	31	140	72	68	+23	+8	+47	-40
80-89 ans	25	124	69	56	+18	+11	+49	-38
90 ans ou plus	12	62	36	25	+8	+4	+27	-24
Ensemble	19	69	31	38	+2	+9	+27	-18

8c. Pour des équipements optiques

En euros

Tranches d'âge	2021				Évolution 2018-2021			
	Remb. par l'AMO	RAC AMO total	Remb. AMC lié à l'obligation des contrats responsables	Dépass. panier libre	Remb. par l'AMO	RAC AMO total	Remb. AMC lié à l'obligation des contrats responsables	Dépass. panier libre
0-9 ans	3	32	1	31	- 2	+ 5	- 2	+ 6
10-19 ans	4	58	1	57	- 4	+ 3	- 3	+ 6
20-29 ans	2	52	1	52	0	+ 1	0	+ 1
30-39 ans	2	55	1	55	0	0	0	- 1
40-49 ans	4	110	2	108	0	+ 1	0	+ 1
50-59 ans	5	155	2	153	0	+ 6	0	+ 5
60-69 ans	4	141	3	138	0	+ 9	+ 1	+ 8
70-79 ans	3	128	3	125	- 1	+ 15	+ 2	+ 13
80-89 ans	2	98	3	95	- 1	+ 13	+ 2	+ 12
90 ans ou plus	1	51	2	49	0	+ 6	+ 1	+ 5
Ensemble	3	90	2	89	- 1	+ 4	0	+ 4

AMC : assurance maladie complémentaire ; AMO : assurance maladie obligatoire ; Dépass. : dépassement ; RAC AMO : reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire ; Remb. : remboursement.

Note > Ce graphique présente, pour chaque équipement concerné par la réforme du 100 % santé, le montant moyen du remboursement AMO et le montant moyen du RAC AMO total, par assuré et par tranche d'âge. Le RAC AMO moyen est aussi décomposé en : (1) partie obligatoirement remboursée par un contrat responsable, c'est-à-dire le ticket modérateur (TM), ainsi que totalité du RAC AMO pour les biens achetés dans le panier 100 % santé, et (2) en dépassements des biens achetés dans le panier libre (ou le panier modéré en dentaire), et qui n'entrent pas dans le champ lié à l'obligation de couverture d'un contrat responsable.

Lecture > Le RAC AMO en prothèses dentaires de l'ensemble des 50-59 ans (qu'ils y aient eu recours ou non) s'élève en moyenne à 117 euros par personne en 2021. Entre 2018 et 2021, leur RAC AMO en prothèses dentaires diminue en moyenne de 11 euros, leur remboursement par l'AMO augmente de 23 euros, la part prise en charge par leur contrat de complémentaire santé responsable éventuel augmente de 22 euros, et le reste à charge lié aux dépassements du panier libre ou modéré (et dont la prise en charge est variable selon les contrats complémentaires) diminue de 32 euros.

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

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

restée stable en optique hors lentilles (23 % en 2022 comme en 2018). En effet, les montants de reste à charge des ménages en optique étaient déjà, avant même la réforme, moins élevés que pour les autres postes du 100 % santé, du fait de garanties plus couvrantes (encadré 1). En 2018, les ménages finançaient au total directement 32 % en moyenne de la dépense des trois postes du 100 % santé contre 21 % en 2022. À l'inverse, la part de la dépense financée par les organismes complémentaires sur les postes du 100 % santé a fortement augmenté : 54 % en moyenne en 2018 contre 61 % en moyenne en 2022 (graphique 9a). En 2022, ces trois postes représentent au total

15,8 milliards d'euros de dépenses (en consommation de soins et de biens médicaux [CSBM]), tous paniers confondus. Au sein de cette dépense totale, 9,6 milliards d'euros sont pris en charge par les organismes complémentaires en 2022, contre 7,2 milliards en 2018 (graphique 9b).

Le dispositif 100 % santé reste encore en partie méconnu

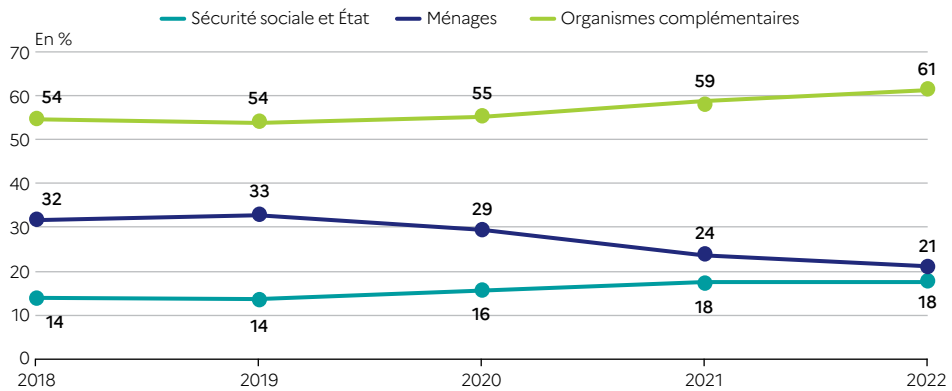
Fin 2021, 53 % de la population déclare avoir entendu parler du panier 100 % santé (d'après le Baromètre 2021 de la DREES, voir Lardeux, 2022). Ce dispositif est mieux connu des personnes qui se déclarent en mauvaise santé (65 %)

et des personnes âgées de plus de 45 ans (60 %), qui ont des besoins de soins plus élevés. Le recours aux paniers du 100 % santé pourrait donc croître encore davantage et les restes à charge des ménages pourraient être d'autant plus réduits, notamment pour les plus modestes, si le dispositif était mieux connu. Néanmoins, si les

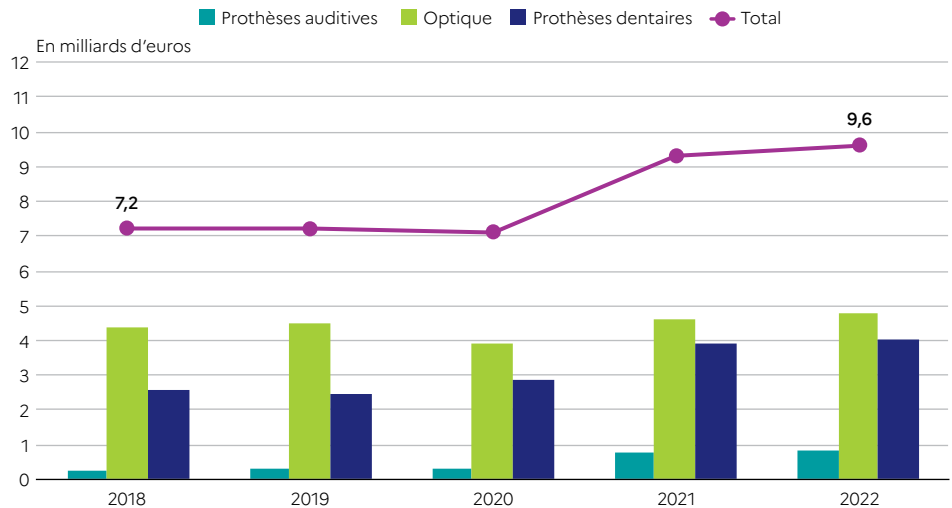
patients restent libres de choisir des biens en dehors du 100 % santé pour répondre à leurs exigences ou leurs préférences, le recours au 100 % santé et, plus généralement, la connaissance du dispositif, dépendent également de la façon dont les professionnels de santé le proposent aux patients. ■

Graphique 9 Dépenses en optique, en prothèses auditives et dentaires, entre 2018 et 2022

9a. Part de la dépense pour ces trois postes de soins financée par chaque acteur



9b. Évolution des dépenses des organismes complémentaires pour ces trois postes de soins



Note > Pour les prothèses auditives, les dépenses 2018 et 2019 des organismes complémentaires sont estimées statistiquement, les données n'ayant été récoltées qu'à partir de l'année 2020.

Lecture > En 2018, 54 % de la dépense totale en optique, prothèses auditives et dentaires était prise en charge par les organismes complémentaires, 32 % par les ménages, et 14 % par la Sécurité sociale ou l'État.

Sources > DREES, comptes de la santé.

Pour en savoir plus

- > Des données complémentaires sont disponibles dans le fichier Excel associé à cette fiche sur le site de la DREES : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>.
- > Arrêté du 20 août 2018 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les chirurgiens-dentistes libéraux et l'Assurance maladie.
- > **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.
- > **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*.
- > **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.
- > **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.
- > **Pierre, A. et al.** (2012). Impact d'une sur-assurance santé sur le reste à charge des patients. *Économie publique*, 28-29, p. 149-164.



Vue d'ensemble
Fiches thématiques

Annexes <

Dispositifs publics et réglementation du marché de la complémentaire santé

Les pouvoirs publics ont actionné plusieurs leviers afin de favoriser la couverture de la population par une complémentaire santé. Différents dispositifs (exonérations fiscales ou sociales, recommandation d'organismes complémentaires, etc.) coexistent. Tout en ciblant parfois certaines catégories de la population, ils répondent à l'un ou l'autre des objectifs suivants : favoriser l'acquisition d'une complémentaire santé en réduisant le coût de celle-ci ; garantir dans le même temps une qualité de prestations.

La standardisation de l'offre pour responsabiliser les organismes complémentaires

Les obligations des contrats responsables et solidaires

Le dispositif des contrats responsables et solidaires subordonne le bénéfice des conditions fiscales et sociales les plus favorables sur les contrats de complémentaire de santé au respect d'un certain nombre d'obligations, afin d'améliorer l'accès aux soins.

Ce type de contrats résulte de deux dispositions. Premièrement, la réforme de 2002 (loi de finances rectificative pour 2001) a permis la suppression de la sélection médicale de la quasi-totalité des contrats santé du marché, en créant les contrats dits « solidaires », ne pouvant recourir à un questionnaire médical ou appliquer des tarifs directement liés à l'état de santé.

Deuxièmement, le dispositif des contrats dits « responsables », créé en 2004 puis réformé par la loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS) pour 2014, a renforcé les exigences en matière de prise en charge des frais de santé. Le décret du 11 janvier 2019 a ensuite modifié le cahier des charges sur les postes de dépenses optique, dentaire et en audiologie, dans le cadre de la réforme dite du « 100 % santé ». Ainsi, les contrats responsables :

- doivent offrir une couverture minimale de qualité, prenant en charge les forfaits journaliers hospitaliers (FJH), sans limitation de durée, et

la participation forfaitaire de 24 euros sur les actes lourds, ainsi que l'intégralité des tickets modérateurs (TM), hormis ceux des médicaments à service médical rendu (SMR) faible ou modéré, des spécialités homéopathiques et des frais de soins thermaux. Les contrats proposant une prise en charge supérieure au TM en optique doivent, de surcroît, respecter des planchers de prise en charge afin d'assurer un accès effectif à ces dispositifs médicaux ;

- ne peuvent couvrir ni la majoration du TM en cas de consultation en dehors du parcours de soins, ni les participations forfaitaires et les franchises et ce, afin de responsabiliser les assurés ;
- doivent respecter des plafonds de prise en charge, afin de lutter contre certaines pratiques inflationnistes. Ces contrats ne peuvent ainsi couvrir les frais d'équipement d'optique et d'audition au-delà de certains tarifs et en deçà d'une périodicité minimale de renouvellement. De même, la prise en charge par l'organisme complémentaire des dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas adhéré à un dispositif de pratique tarifaire maîtrisée est limitée à 100 % du tarif de responsabilité ;
- doivent respecter la périodicité de renouvellement des équipements d'optique médicale. Sous réserve d'évolution de la vue, la prise en charge doit être limitée à un équipement composé de deux verres et une monture par période de deux ans pour les assurés de plus de 16 ans et d'un an pour les autres¹.

1. Pour les enfants de 6 ans et moins, cette durée peut être réduite à six mois si la monture est mal adaptée à la morphologie du visage.

• doivent permettre aux assurés de bénéficier du tiers payant, au moins à hauteur des tarifs de responsabilité (voir annexe 4), sur les prestations faisant l'objet des garanties contractuelles. Depuis la réforme du 100 % santé, les contrats responsables doivent également respecter les obligations du cahier des charges visant à proposer un panier de soins minimal, sans reste à charge pour l'assuré, pour certains soins et équipements optiques, dentaires et auditifs (encadré 1).

Les dispositions fiscales associées aux contrats solidaires et responsables

L'ensemble des contrats d'assurance comprenant des garanties d'assurance maladie sont soumis à la taxe de solidarité additionnelle (TSA) et à la contribution à la prise en charge du « forfait patientèle médecin traitant », assises sur le montant des sommes versées au profit des

organismes complémentaires santé. Le taux dit « normal » de la TSA est néanmoins réduit pour les contrats répondant aux critères solidaires et responsables (voir annexe 1 bis). La part largement prépondérante des contrats solidaires et responsables illustre le caractère incitatif du dispositif, dès lors que le recours aux contrats ne répondant pas à ces critères reste résiduel.

Dans le contexte de la crise du Covid-19, une contribution exceptionnelle a été prélevée sur les organismes complémentaires en 2020 et en 2021 sur tous les contrats proposés. Elle a été justifiée par la baisse des dépenses de santé pendant la phase de confinement combinée à la prise en charge intégrale de certains coûts par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Son taux a été de 2,6 % des cotisations santé collectées au titre de 2020 et de 1,3 % de celles collectées au titre de 2021 (voir annexe 1 bis).

Encadré 1 Le dispositif 100 % santé permet au patient de bénéficier d'une offre sans reste à charge en optique, audiologie et dentaire

La réforme du 100 % santé, dont la mise en place s'est étalée entre 2019 et 2021, vise à garantir l'accès à une offre sans reste à charge après l'intervention combinée de l'assurance maladie obligatoire (AMO) et de l'assurance maladie complémentaire (AMC). Les paniers de soins 100 % santé en optique, audiologie et soins prothétiques dentaires, composés d'équipements répondant aux besoins de santé publique des assurés et à des exigences de qualité, proposent des tarifs encadrés par des prix limites de vente applicables aux professionnels.

Les lunettes, les aides auditives et les prothèses dentaires¹ 100 % santé bénéficient d'une prise en charge accrue par l'AMO. Les contrats responsables et solidaires doivent en outre couvrir intégralement les prix des équipements 100 % santé, afin de garantir l'absence de reste à charge.

Les conditions de prise en charge des contrats responsables sont également modifiées :

- > en optique, une périodicité de renouvellement des équipements optiques infra-annuelle est désormais possible pour motifs médicaux, et les plafonds de prise en charge des montures et des équipements sont abaissés ;
- > en audiologie, une périodicité minimale de renouvellement des aides auditives est fixée à quatre ans, et un plafond de prise en charge est instauré.

Par ailleurs, la réglementation 100 % santé s'ajoute au cahier des charges des contrats responsables. En ce qui concerne les contrats collectifs négociés par des entreprises, les conditions de prise en charge se cumulent également avec les planchers de remboursement définis dans le cadre de l'accord national interprofessionnel (ANI) relatif à la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise entrée en vigueur en 2016.

1. Prothèses dentaires « fixes » (couronnes et bridges) depuis 2020 et « amovibles » (dentiers) depuis 2021.

Des aides en faveur de la généralisation de la complémentaire santé ciblées selon le statut professionnel

Les aides en faveur de l'accès à la complémentaire santé ont été pensées par catégorie professionnelle, et non pas de manière unifiée, afin de tenir compte des spécificités de situations différentes. Par ailleurs, ces aides recouvrent souvent également la prévoyance lourde (versement de revenus de remplacement en cas de maladie, d'invalidité et de décès) ainsi que la retraite supplémentaire.

Les salariés du secteur privé

Du point de vue des prélèvements sociaux, les contrats collectifs de protection sociale complémentaire – notamment de complémentaire santé – souscrits par les employeurs bénéficient d'aides depuis plus de quarante ans. Dès 1979, une exemption d'assiette des cotisations sociales (part patronale et salariale) a été mise en place pour les contributions des employeurs destinées au financement des prestations de protection sociale complémentaire.

Désormais, afin d'encourager les employeurs à développer, au profit de leurs salariés, des garanties de protection sociale complémentaire de qualité, et accompagner ainsi la diffusion des contrats responsables, les contributions des employeurs destinées au financement de la complémentaire santé de leurs salariés sont exclues de l'assiette des cotisations sociales, sous certaines conditions :

- le bénéfice de cette exemption d'assiette est réservé aux garanties revêtant un caractère collectif et obligatoire et implique que le contrat souscrit soit solidaire et responsable ;
- le montant de cette exemption est plafonné², pour éviter tout risque de substitution avec le salaire.

Par ailleurs, les contributions des employeurs destinées à financer la complémentaire santé des salariés bénéficient d'un taux de forfait social³ réduit à 8 %, contre 20 % pour le taux de droit commun. Les entreprises de moins de onze salariés sont totalement exonérées de cette contribution.

Du côté fiscal, les cotisations salariales de complémentaire santé sont déductibles de la rémunération imposable pour le calcul de l'impôt sur le revenu sous certaines conditions et dans certaines limites. Ainsi, pour bénéficier de cette déduction, les contrats souscrits doivent être collectifs et obligatoires et revêtir un caractère responsable, de la même manière que pour l'exemption d'assiette sociale. Par ailleurs, un plafond de déduction⁴ a été instauré.

Les prélèvements à la charge des entreprises ont ainsi constitué le socle des incitations aux contrats collectifs. Depuis, les employeurs ont l'obligation de faire bénéficier leurs salariés d'une couverture complémentaire en matière de frais de santé.

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a été introduite par l'article 1^{er} de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013. La loi de sécurisation de l'emploi nécessaire à sa mise en œuvre a été promulguée le 14 juin 2013, pour une entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016. Depuis cette date, tous les employeurs doivent donc faire bénéficier l'ensemble de leurs salariés d'un régime de remboursement complémentaire de frais de santé. Cette couverture doit être financée au moins pour moitié par l'employeur (article L. 911-7 du Code de la Sécurité sociale).

Le niveau minimal de la couverture est conforme à celui des contrats responsables et comporte en sus :

- la prise en charge à hauteur d'au moins 125 % des tarifs servant de base au calcul des prestations

². N'est concernée par l'exemption que la fraction des contributions n'excédant pas un montant égal à la somme de 6 % du plafond de la Sécurité sociale et de 1,5 % de la rémunération soumise à cotisations de sécurité sociale. Le total des contributions exonérées ne peut excéder 12 % du plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS).

³. Contribution à la charge de l'employeur sur la base des rémunérations directes ou indirectes non soumises aux cotisations sociales mais qui sont assujetties à la contribution sociale généralisée (CSG).

⁴. Il est égal au plus faible des deux montants suivants : 5 % du PASS + 2 % de la rémunération annuelle brute et 2 % de huit fois le PASS.

d'assurance maladie pour les frais de soins dentaires prothétiques et les soins d'orthopédie dento-faciale ;

- un forfait de prise en charge des dispositifs d'optique, qui dépend du niveau de correction de l'assuré (100 euros, 150 euros ou 200 euros). En outre, pour les salariés en contrat court ou à temps partiel, a été instauré un versement santé⁵, qui consiste en un financement attribué sous certaines conditions par l'employeur, afin de participer à la souscription à titre individuel d'une couverture complémentaire santé par les salariés. Il s'agit donc d'un dispositif alternatif à la couverture collective obligatoire. Le montant du versement correspond, pour la période d'emploi concernée, à la contribution que l'employeur aurait versée pour la couverture collective de la catégorie de salariés à laquelle appartient le salarié. Par ailleurs, le montant du versement ne peut être inférieur à un montant de référence dit « socle » prévu par arrêté et revalorisé chaque année. Ce montant socle est également applicable dans les cas où le montant de la contribution ne peut être déterminé. À titre d'exemple, le montant de référence est fixé à 19,80 euros pour 2023 (ou à 6,61 euros pour un salarié relevant du régime d'assurance maladie en vigueur dans les départements d'Alsace et de Moselle). Pour bénéficier du versement santé, le salarié doit avoir souscrit par ailleurs une complémentaire santé individuelle qui respecte le cahier des charges des contrats solidaires et responsables et qui ne bénéficie pas déjà d'un financement public (complémentaire santé solidaire [CSS] gratuite ou payante). Il ne doit pas non plus s'agir d'une couverture collective mise en place par un

autre employeur, dont bénéficierait le salarié en qualité d'ayant droit.

Les fonctionnaires

L'article 22 bis de la loi du 13 juillet 1983 portant droits et obligations des fonctionnaires définit le caractère social et l'étendue du champ de la protection sociale complémentaire au bénéfice des agents des trois fonctions publiques (d'État, territoriale et hospitalière). L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé versée par les employeurs publics au bénéfice des agents publics a évolué sous l'influence de la jurisprudence européenne⁶.

La loi du 2 février 2007 relative à la modernisation de la fonction publique est venue préciser que les personnes publiques peuvent « contribuer au financement des garanties de protection sociale complémentaire auxquelles les agents qu'elles emploient souscrivent », à condition que leur participation soit « réservée aux contrats ou règlements garantissant la mise en œuvre d'une solidarité entre les bénéficiaires, actifs et retraités ».

Ces principes posés pour la fonction publique d'État ont été rendus applicables à la fonction publique territoriale (FPT)⁷. Dans la fonction publique hospitalière, la participation de l'employeur à l'acquisition d'une couverture complémentaire santé ne fait pas encore l'objet d'encadrement.

Ce dispositif va néanmoins être remplacé par la mise en place de contrats collectifs obligatoires de complémentaire santé au sein de la fonction publique. En effet, conformément à l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021⁸, les employeurs publics vont être tenus de

5. Le dispositif a été instauré par l'article 34 de la LFSS pour 2016 (article L. 911-7-1 du Code de la Sécurité sociale).

6. La participation de l'État doit satisfaire aux principes du traité sur le fonctionnement de l'Union européenne (TFUE) en matière d'aides d'État. Ces aides doivent ainsi revêtir un caractère social, être accordées à titre individuel et sans discrimination quant à l'origine des produits. En outre, selon les principes de la jurisprudence communautaire, les aides versées doivent s'inscrire dans le cadre d'une procédure transparente et non discriminatoire.

7. Article 88-2 de la loi du 26 janvier 1984 portant dispositions statutaires relatives à la fonction publique territoriale.

8. Pris pour l'application des dispositions des articles L. 827-1 à L. 827-3 du Code général de la fonction publique et du paragraphe II de l'article 1^{er} de l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique, le décret n° 2022-633 du 22 avril 2022 relatif à la protection sociale complémentaire en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident dans la fonction publique de l'État, a été publié au *Journal officiel* le 24 avril 2022. Il fixe le régime obligatoire de protection sociale complémentaire en santé dans la fonction publique de l'État, en transposant dans le statut les dispositions de l'accord interministériel conclu le 26 janvier 2022.

financer obligatoirement au moins 50 % de la protection sociale complémentaire en santé de leurs agents.

- Cette obligation de prise en charge s'appliquera dès 2025 à l'État, à mesure que les contrats de protection sociale dits « référencés » arrivent à échéance, et au plus tard en 2026 à tous les employeurs publics.

- Cette obligation de participation concernera tous les agents de la fonction publique, sans distinction de statut ; les agents publics en activité devront, sauf cas de dispense, adhérer aux contrats collectifs obligatoires de complémentaire santé sélectionnés par leurs employeurs au terme d'un appel d'offre. Le montant de cette participation doit permettre de prendre financièrement en charge au moins 50 % de la couverture des garanties prévues au paragraphe II de l'article L. 911-7 du Code de la Sécurité sociale.

Pour assurer la transition vers le nouveau régime de protection sociale complémentaire mis en place de manière progressive à compter du 1^{er} janvier 2025, les agents publics de l'État peuvent bénéficier, depuis le 1^{er} janvier 2022, du remboursement d'une partie de leurs cotisations de protection sociale complémentaire destinées à couvrir les frais dits de « santé », correspondant aux frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident restant à la charge de l'agent. Il s'agit d'une prise en charge forfaitaire d'un montant mensuel de 15 euros versée par l'employeur public.

Dans la fonction publique territoriale coexistent deux dispositifs : la labellisation et le référencement. Les collectivités territoriales et leurs établissements publics peuvent accorder leur participation au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents⁹ :

- soit au titre de contrats ou règlements auxquels un label a été délivré (procédure de labellisation). Il est dans ce cas proposé aux agents de souscrire un contrat ou d'adhérer à un règlement dont le caractère solidaire et

responsable aura été préalablement vérifié. Cette vérification s'effectue sous la responsabilité de prestataires, dits « labellisateurs », habilités à cette fin par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) ;

- soit au titre d'une convention de participation (procédure de référencement). Dans ce cas, l'employeur public choisit, à travers une procédure d'appel d'offres, un seul organisme assureur pour lequel ses agents bénéficieront d'une participation. Le choix est fondé sur des critères de solidarité (notamment, le rapport entre les garanties et le tarif proposés, le degré effectif de solidarité intergénérationnelle et familiale entre les adhérents ou les souscripteurs, la maîtrise financière du dispositif et les moyens destinés à assurer une couverture effective des personnes les plus âgées ou les plus exposées aux risques couverts).

Quelle que soit la procédure, l'adhésion des agents de la FPT est facultative et individuelle. Par ailleurs, la participation de l'employeur est intégralement répercutée sur la cotisation de l'agent. Elle sera :

- soit directement versée aux agents ayant souscrit un contrat labellisé ou issu du référencement ;
- soit versée à l'organisme auprès duquel l'agent aura souscrit un contrat labellisé ou issu du référencement.

Pour la FPT, l'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 prévoit que l'obligation de prise en charge d'au moins la moitié d'un montant de référence fixé par décret s'appliquera à compter du 1^{er} janvier 2026.

Les demandeurs d'emploi et les retraités

L'article 4 de la loi du 31 décembre 1989, dite « loi Évin », impose aux organismes assureurs d'organiser les modalités de maintien de la complémentaire santé, afin de permettre aux anciens salariés bénéficiant de garanties collectives de conserver leur couverture complémentaire à un tarif encadré.

⁹. Voir le décret du 8 novembre 2011 relatif à la participation des collectivités territoriales et de leurs établissements publics au financement de la protection sociale complémentaire de leurs agents.

Le contrat dit « frais de santé » doit ainsi prévoir les conditions dans lesquelles l'organisme assureur maintient cette couverture. Cette couverture est maintenue au profit :

- des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement sans conditions de durée. Pour ces bénéficiaires, la couverture au titre de l'article 4 de la loi Évin précitée ne fait l'objet d'aucune limitation de durée ;
- des ayants droit de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès.

Le décret du 21 mars 2017 organise par ailleurs un plafonnement progressif des tarifs, échelonné sur trois ans¹⁰.

L'article L. 911-8 du Code de la Sécurité sociale prévoit que les salariés dont le contrat de travail a été rompu ou est arrivé à son terme (hors licenciement pour faute lourde) et pris en charge par le régime d'assurance chômage, continuent à bénéficier de la couverture complémentaire santé en vigueur chez leur ancien employeur. La durée de la portabilité est fixée en fonction de la présence de l'ancien salarié dans l'entreprise : le maintien des garanties est applicable pendant une durée égale à la période d'indemnisation du chômage, dans la limite de la durée du dernier contrat de travail ou, le cas échéant, des derniers contrats de travail lorsqu'ils sont consécutifs chez le même employeur. Cette durée ne peut excéder douze mois.

Les travailleurs indépendants et les professions agricoles

Les exploitants agricoles et leurs salariés bénéficient d'une taxation spécifique favorable pour leurs contrats solidaires et responsables (voir annexe 1 bis). Ce taux minoré fait partie de la politique sectorielle agricole, cette disposition fiscale ayant une incidence directe sur la rentabilité de leur activité.

En application du paragraphe II de l'article 154 bis du Code général des impôts, les cotisations et primes versées au titre d'un contrat d'assurance de groupe (contrat « Madelin ») de prévoyance sont déductibles de l'assiette d'imposition sur le revenu des travailleurs indépendants, dans la limite du plafond déterminé en fonction du bénéfice imposable et du plafond annuel de la Sécurité sociale (PASS)¹¹.

Un dispositif ciblant les populations les plus vulnérables : la complémentaire santé solidaire

La CSS est un droit à la prise en charge de la part complémentaire des dépenses de santé pour les assurés disposant de faibles ressources. Elle remplace, depuis le 1^{er} novembre 2019 (article 52 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2019), la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)¹² et l'aide à la complémentaire santé (ACS)¹³. Plus lisible, elle offre un cadre unifié et un accès à un panier de soins plus large que celui de la

10. Cet échelonnement est prévu de la manière suivante : la première année suivant la sortie du contrat d'assurance collectif, les tarifs restent identiques aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs ; la deuxième année, ces tarifs ne peuvent être supérieurs de plus de 25 % à ceux-ci et, la troisième année, ils ne peuvent l'être de plus de 50 %.

11. Le montant déduit au titre des contrats de prévoyance ne peut être supérieur à la somme de 7 % du PASS et de 3,75 % du bénéfice imposable, sans que le total ainsi obtenu puisse excéder 3 % de huit fois le PASS.

12. Instaurée par la loi du 27 juillet 1999 et entrée en application le 1^{er} janvier 2000, la CMU-C permettait aux assurés les plus modestes de bénéficier d'une couverture complémentaire santé gratuite d'une durée de douze mois renouvelables.

13. L'ACS, instaurée en 2005, avait pour objectif de lisser l'effet de seuil pour les personnes dont le niveau de ressources s'élevait légèrement au-dessus du plafond CMU-C (jusqu'à + 35 %). Cette aide financière permettait à ses bénéficiaires d'être dispensés d'avance de frais sur leurs dépenses de santé pour la partie remboursée par l'Assurance maladie et d'être exonérés des franchises et des participations forfaitaires. Elle permettait également de bénéficier d'un chèque qui réduisait le prix lors de la souscription à l'un des trois contrats ACS proposés. Le montant du chèque accordé variait en fonction de l'âge du bénéficiaire (100 euros pour les moins de 16 ans, 200 euros pour les 16-49 ans, 350 euros pour les 50-59 ans, 550 euros pour les 60 ans ou plus). Depuis juillet 2015, cette aide était utilisable sur les seuls contrats sélectionnés par l'État à l'issue d'une procédure de mise en concurrence, et permettait ainsi de financer en moyenne 62 % du coût de la complémentaire santé de ses bénéficiaires. Un certain nombre d'avantages connexes, réservés initialement aux bénéficiaires de la CMU-C, ont été progressivement étendus à ceux de l'ACS : interdiction des dépassements d'honoraires par les médecins généralistes ou spécialistes (2013), tiers payant intégral (2015), exonération des franchises médicales et participations forfaitaires (2015), application des plafonds tarifaires sur les soins prothétiques dentaires et l'orthodontie depuis octobre 2017.

CMU-C et de l'ACS, garantissant ainsi à tous ses bénéficiaires une prise en charge de qualité pour un niveau de cotisation nul ou limité. En effet, en plus de la prise en charge de la part complémentaire (ticket modérateur [TM]), la CSS intègre les paniers 100 % santé en optique, audiologie et soins dentaires (avec des tarifs spécifiques et des prises en charge supplémentaires en matière de soins dentaires, par exemple sur l'orthodontie), et rembourse intégralement un certain nombre de dispositifs médicaux listés dans un arrêté¹⁴. Elle offre également à ses bénéficiaires des avantages spécifiques : exonération des franchises médicales et de la participation forfaitaire, dispense d'avance de frais via le tiers payant intégral, interdiction aux professionnels de santé de pratiquer des dépassements d'honoraires.

La CSS est attribuée, en fonction des ressources du foyer, à titre gratuit (CSS-g) ou en contrepartie d'une contribution financière (CSS-p) dont le montant dépend du nombre de personnes couvertes et de leur âge. Pour une personne seule et sans enfant, au 1^{er} juillet 2024 :

- elle est gratuite si ses ressources sont inférieures à 847 euros par mois en France métropolitaine et 943 euros dans les départements et régions d'outre-mer (DROM) ;
- elle est attribuée en contrepartie d'une cotisation lorsque ses ressources sont comprises entre 847 euros et 1 144 euros en France métropolitaine (respectivement 943 euros et 1 273 euros dans les DROM). Cette contribution varie de 8 euros par mois pour les moins de 30 ans à 30 euros par mois pour les personnes de 70 ans ou plus.

La CSS est gérée, au choix du bénéficiaire, soit par sa caisse d'assurance maladie (Caisse primaire d'assurance maladie [CPAM], caisse de

la Mutualité sociale agricole [MSA] ou régime spécial), soit par un organisme complémentaire inscrit sur la liste nationale des organismes gestionnaires. Ce choix intervient au moment de la demande et n'a aucune conséquence sur les garanties offertes à l'assuré. Toutefois, à l'expiration du droit à la CSS, les personnes ayant choisi la gestion par un organisme complémentaire peuvent prétendre pendant un an à un contrat de sortie. Ce contrat de complémentaire santé est nécessairement un contrat responsable (offrant ainsi des garanties telles que la prise en charge du TM ou du panier 100 % santé) et doit être proposé à un tarif réglementé¹⁵, plus avantageux qu'un contrat classique.

Afin d'encourager les personnes les plus vulnérables à recourir à la CSS, les démarches sont simplifiées pour certains bénéficiaires de minima sociaux. Ainsi, la CSS sans participation financière est attribuée de manière automatique à tout nouveau foyer bénéficiaire du revenu de solidarité active (RSA), sauf opposition explicite de sa part. Par ailleurs, les allocataires de l'allocation de solidarité aux personnes âgées (Aspa) et leurs conjoints bénéficient d'une présomption de droit à la CSS avec participation financière, à condition qu'ils n'aient pas travaillé au cours des trois mois précédant la demande. Ils peuvent ainsi effectuer leur demande de CSS sans avoir à déclarer leurs ressources.

Les dépenses du fonds dédié à la CSS, créé au sein de la Caisse nationale de l'Assurance maladie (CNAM), sont financées, en plus des éventuelles participations financières des assurés, par l'affectation d'une partie de la TSA. La part complémentaire des dépenses de santé générées par les bénéficiaires de la CSS gérés par les organismes complémentaires est également prise en charge par le fonds. ■

¹⁴. Arrêté du 22 décembre 2022 pris pour l'application des articles L. 165-1 et L. 861-3 du Code de la Sécurité sociale en matière de dispositifs médicaux à usage individuel pris en charge au titre de la protection complémentaire en matière de santé.

¹⁵. Arrêté du 27 décembre 2019 fixant les montants maximaux des tarifs des contrats proposés aux personnes dont le droit à la protection complémentaire en matière de santé arrive à expiration.

Annexe 1 bis

La taxation des complémentaires santé

Les organismes de complémentaire santé sont soumis à deux types de prélèvements : d'une part les prélèvements généraux appliqués à toutes les entreprises, d'autre part des prélèvements spécifiques dont le champ d'application est restreint à leur activité santé. Le principal prélèvement spécifique est la taxe de solidarité additionnelle (TSA) dont le taux s'élève, dans le cas général, à 13,27 % des cotisations santé perçues par les organismes complémentaires. Le second prélèvement spécifique, d'ampleur moindre, est la contribution au forfait patientèle médecin traitant (FPMT). En 2022, le montant total de ces prélèvements spécifiques s'est élevé à 14,1 % des cotisations santé. En outre, des taxations exceptionnelles ont été ponctuellement mises en place lors de crises sanitaires : la contribution exceptionnelle H1N1 en 2010 et la contribution exceptionnelle Covid-19 en 2020 et 2021.

La taxe de solidarité additionnelle

Les cotisations santé perçues par les organismes complémentaires sont soumises à la taxe de solidarité additionnelle (TSA)¹. Le taux de cette taxe varie en fonction du type de contrats d'assurance (tableau 1).

La majorité des contrats sont dits « responsables et solidaires »² : ils représentent 96,0 % de l'ensemble des cotisations de complémentaire santé (hors indemnités journalières) en 2022 (tableau 2). Ces contrats sont taxés au taux de 13,27 %, excepté les contrats d'exploitants agricoles et leurs salariés (2,8 % de l'ensemble des contrats de complémentaire santé), qui sont soumis à un taux minoré de 6,27 %, dans le cadre de la politique sectorielle agricole.

Pour les contrats non responsables et non solidaires, qui représentent 3,4 % de l'ensemble des cotisations santé, le taux de TSA s'élève à 20,27 % en 2022, soit 7 points de plus que le taux sur les contrats classiques responsables et

solidaires. Enfin, la TSA porte également sur deux autres types de contrats dont les masses de cotisations sont nettement moindres : les contrats mentionnés au 1^{er} de l'article 998 du Code général des impôts (contrats d'entreprise exonérés de taxe sous certaines conditions, de Willencourt, 2023) et les contrats dits « au premier euro », destinés aux personnes qui ne sont pas affiliées à l'assurance maladie obligatoire (AMO) [travailleurs frontaliers ou expatriés par exemple], pour lesquels l'organisme complémentaire santé rembourse l'assuré dès le premier euro dépensé, et non en complément d'un premier système d'assurance³.

La TSA est prélevée par les organismes complémentaires et est ensuite intégralement reversée à l'Urssaf d'Île-de-France. Son montant s'élève à 5,3 milliards d'euros en 2022⁴, soit 13,3 % du montant total des cotisations santé hors taxe collectées par les organismes complémentaires. La TSA actuelle résulte historiquement de l'évolution et de la fusion de différents prélèvements.

1. La TSA est définie à l'article L. 862-4 du Code de la Sécurité sociale et détaillée dans la circulaire n° DSS/SD5D/2015/380 du 28 décembre 2015.

2. Un contrat santé est dit « responsable » lorsqu'il encourage le respect du parcours de soins coordonnés, qu'il ne prend pas en charge les différentes franchises et participations forfaitaires mises en place par l'AMO afin de modérer la dépense de santé en responsabilisant l'assuré et lorsqu'il respecte des minima et maxima de prise en charge. Un contrat santé est dit « solidaire » si l'organisme ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts et si, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, il ne recueille aucune information médicale (voir annexe 1 pour plus de détails).

3. La TSA porte également sur les contrats d'indemnités journalières (non étudiés dans cette annexe), à un taux de 7 % sur les contrats responsables et solidaires et de 14 % sur les contrats non responsables et solidaires.

4. Ce montant s'élève à 5,4 milliards d'euros si l'on inclut les contrats d'indemnités journalières.

Tableau 1 Historique des taux légaux de TSA, de TSCA et de contribution à la CMU pour les contrats de complémentaire santé

		En %							
	Types de contrats	Oct. 2002 à 2005	2006 à 2007	2008	2009 à 2010	Janv. à sept. 2011	Oct. 2011 à 2013	2014 à 2015	Depuis 2016
TSA/CMU	Classiques, responsables et solidaires	1,75	2,50	2,50	5,90	6,27	6,27	6,27	13,27
	Classiques, non responsables et solidaires	1,75	2,50	2,50	5,90	6,27	6,27	6,27	20,27
	1 ^o art. 998 CGI	1,75	2,50	2,50	5,90	6,27	6,27	6,27	6,27
	Agricoles, responsables et solidaires	1,75	2,50	2,50	5,90	6,27	6,27	6,27	6,27
	Agricoles, non responsables et solidaires	1,75	2,50	2,50	5,90	6,27	6,27	6,27	20,27
	Au 1 ^{er} euro								14,00
TSCA	Classiques, responsables et solidaires					3,50	7,00	7,00	
	Classiques, non responsables et solidaires	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	9,00	14,00	
	1 ^o art. 998 CGI								
	Agricoles, responsables et solidaires								
	Agricoles, non responsables et solidaires			7,00	7,00	7,00	9,00	14,00	
	Au 1 ^{er} euro	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	9,00	14,00	
Total TSA/CMU + TSCA	Classiques, responsables et solidaires	1,75	2,50	2,50	5,90	9,77	13,27	13,27	13,27
	Classiques, non responsables et solidaires	8,75	9,50	9,50	12,90	13,27	15,27	20,27	20,27
	1 ^o art. 998 CGI	1,75	2,50	2,50	5,90	6,27	6,27	6,27	6,27
	Agricoles, responsables et solidaires	1,75	2,50	2,50	5,90	6,27	6,27	6,27	6,27
	Agricoles, non responsables et solidaires	1,75	2,50	9,50	12,90	13,27	15,27	20,27	20,27
	Au 1 ^{er} euro	7,00	7,00	7,00	7,00	7,00	9,00	14,00	14,00

TSA : taxe de solidarité additionnelle ; TSCA : taxe spéciale sur les conventions d'assurance ; CMU : couverture maladie universelle ; 1^o art. 998 CGI (Code général des impôts) : contrats d'entreprise exonérés de taxe sous certaines conditions (de Williencourt, 2023) ; contrats au 1^{er} euro : contrats destinés aux personnes qui ne sont pas affiliées à l'assurance maladie obligatoire (AMO) [travailleurs frontaliers ou expatriés par exemple], pour lesquels l'organisme d'assurance en santé rembourse l'assuré dès le premier euro dépensé, et non en complément d'un premier système d'assurance.

Note > La TSA porte également sur les contrats d'indemnités journalières, à un taux de 7 % sur les contrats responsables et solidaires et de 14 % sur les contrats non responsables et solidaires. Les lignes « TSA/CMU » concernent la contribution à la CMU de 2000 à 2010, l'ancienne TSA de 2011 à 2015 et la nouvelle TSA à partir de 2016. La somme des taux de contribution à la CMU et de TSCA est uniquement illustrative, étant donné que leurs assiettes différaient légèrement : le taux de la contribution à la CMU était assis sur une assiette égale aux cotisations y compris contribution à la CMU, tandis que la TSA et la TSCA sont assises sur les cotisations hors taxe. De ce fait, le passage en 2011 d'un taux de 5,9 % pour la contribution à la CMU, à un taux de 6,27 % pour l'ancienne TSA, n'a pas eu d'effet sur le taux effectif de taxation. Avant le 1^{er} octobre 2002, la TSCA portait également sur les contrats santé mais de façon non uniforme entre les trois types d'organismes complémentaires (mutuelles, entreprises d'assurance et institutions de prévoyance).

Lecture > Depuis 2016, le taux de TSA sur les contrats santé responsables et solidaires est fixé à 13,27 %.

Source > Légifrance.

Tableau 2 Parts des différents types de contrats dans les cotisations santé des organismes complémentaires entre 2016 et 2022 (hors indemnités journalières)

En % des cotisations de l'ensemble des contrats de complémentaire santé (hors indemnités journalières)

Types de contrats	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022
Classiques, responsables et solidaires	91,5	92,4	92,3	92,5	92,5	92,8	93,1
Classiques, non responsables et solidaires	3,6	3,5	3,8	3,6	4,0	3,7	3,4
Agricoles, responsables et solidaires	3,2	2,9	2,9	2,8	3,0	2,9	2,8
Agricoles, non responsables et solidaires	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Au 1 ^{er} euro	0,3	0,5	0,4	0,4	0,1	0,2	0,2
1 ^{er} art. 998 CGI	1,3	0,7	0,6	0,6	0,4	0,4	0,4

CGI : Code général des impôts.

Note > Voir paragraphe « La taxe de solidarité additionnelle » pour les définitions des types de contrats.

Lecture > En 2022, les cotisations des contrats santé responsables et solidaires pour les agriculteurs représentent 2,8 % de l'ensemble des cotisations des contrats santé (hors indemnités journalières).

Sources > Urssaf Caisse nationale, calculs DREES.

Depuis le début des années 2000, trois principaux régimes de prélèvements spécifiques se sont ainsi succédé :

- avant 2011, contribution à la couverture maladie universelle (CMU) et taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) ;
- de 2011 à 2015, ancienne TSA et TSCA ;
- depuis 2016, TSA seule.

Avant 2011, les cotisations faisaient l'objet de deux prélèvements : la TSCA et la contribution à la CMU. La TSCA ne s'appliquait pas uniquement aux garanties santé, mais à l'ensemble des contrats d'assurance ; elle était assise sur les cotisations hors taxe. À partir du 1^{er} octobre 2002, la TSCA sur les contrats santé a porté de façon uniforme sur les trois types d'organismes complémentaires (mutuelles, entreprises d'assurance et institutions de prévoyance), ce qui n'était pas le cas auparavant. La contribution à la CMU est pour sa part entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000. Son taux a été augmenté à deux reprises, en 2006 et 2009. Il était assis sur une assiette égale aux cotisations y compris contribution à la CMU.

La contribution à la CMU a été remplacée en 2011 par l'ancienne TSA, dont l'assiette était limitée aux cotisations hors taxe. De ce fait, le

passage d'un taux de 5,90 % pour la contribution à la CMU à un taux de 6,27 % pour l'ancienne TSA (tableau 1) a été calibré pour ne pas avoir d'effet sur les montants collectés. Autrement dit, rapporté à une assiette comparable, le taux effectif de taxation a été inchangé. La TSCA portant sur les contrats santé a pour sa part été appliquée à partir de 2011 aux contrats responsables et solidaires, dans un objectif de redressement des comptes publics⁵.

La TSA actuelle résulte de la fusion en 2016 de l'ancienne TSA avec la part de la TSCA qui portait également sur les contrats d'assurance complémentaire santé. La partie de la TSA actuelle qui correspond à l'ancienne TSA finance la complémentaire santé solidaire (anciennement couverture maladie universelle complémentaire [CMU-C] et aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS], voir fiche 18). Le reste de la TSA actuelle est affecté au financement de la branche maladie de la Sécurité sociale ainsi qu'au fonds de financement de l'allocation supplémentaire d'invalidité. Les taux de TSCA sur les contrats santé sont nuls depuis la fusion avec l'ancienne TSA en 2016, mais la TSCA continue néanmoins de s'appliquer aux activités d'assurance autres que la santé.

⁵. Voir évaluation préalable de l'article 7 du projet de loi de finances pour 2011.

La contribution au forfait patientèle médecin traitant

Le forfait patientèle médecin traitant (FPMT)⁶ consiste en un surplus de rémunération pour les médecins traitants. Entré en vigueur le 1^{er} janvier 2018, il remplace les anciens forfaits qui avaient un rôle similaire avant 2018. Le FPMT est cofinancé par l'AMO et par les organismes complémentaires. Les organismes complémentaires contribuent à ce financement à hauteur de 0,8 % des cotisations qu'ils collectent, depuis l'année 2019, ce qui représente 0,3 milliard d'euros en 2022.

Entre 2013 et 2018, il existait une participation des organismes complémentaires à la prise en charge des modes de rémunération des médecins. Elle était proportionnelle au nombre d'assurés et d'ayants droit couverts par l'organisme et ayant consulté leur médecin traitant dans l'année. Le forfait par assuré et ayant droit était fixé à 2,50 euros pour l'année 2013 et avait augmenté jusqu'à 5 euros en 2017, puis jusqu'à 8,10 euros en 2018 avant d'être remplacé par la contribution au FPMT.

Les contributions exceptionnelles H1N1 et Covid-19

Dans le contexte de la grippe aviaire H1N1 de 2009, une contribution exceptionnelle⁷ a été prélevée sur les organismes complémentaires en 2010 au titre de leur contribution aux dépenses de gestion de l'épidémie. Elle s'est élevée à 0,34 % des cotisations en santé collectées en 2010, soit 0,1 milliard d'euros.

De même, dans le contexte de la crise du Covid-19, une contribution exceptionnelle⁸ a été prélevée sur les organismes complémentaires en 2020 et en 2021 au titre de leur contribution aux dépenses de gestion de l'épidémie – principalement prises en charge par l'AMO – et dans un contexte où la crise sanitaire

s'accompagnait d'un recul de la production globale des autres soins (déprogrammations dans les établissements de santé, moindre activité des professionnels de santé libéraux), donc de moindres remboursements par les organismes complémentaires. Elle s'est élevée à 2,6 % des cotisations en santé (hors indemnités journalières) collectées en 2020 (soit 1,0 milliard d'euros), et à 1,3 % de celles collectées en 2021 (soit 0,5 milliard d'euros).

Les prélèvements spécifiques des organismes complémentaires ont augmenté principalement de 2009 à 2011

En 2022, les organismes complémentaires ont versé 5,6 milliards d'euros au titre des prélèvements spécifiques sur leurs contrats santé, soit 14,1 % de leurs cotisations hors taxe (*graphique 1*). La plupart des contrats de complémentaire santé étant de type responsable et solidaire non agricole (93,1 % des contrats, mesurés en part des cotisations collectées, *tableau 2*), cela explique que le taux moyen effectif de prélèvements soit très proche du taux de taxation s'appliquant à ce type de contrats (14,07 %, dont 13,27 % de TSA et 0,8 % de contribution au FPMT). Entre 2002 et 2022, les prélèvements spécifiques auprès des organismes complémentaires ont augmenté de 12,6 points (passant de 1,5 % des cotisations en 2002 à 14,1 % en 2022). Cette hausse a principalement eu lieu entre 2009 et 2011 avec l'augmentation de 3,4 points du taux de contribution à la CMU et l'élargissement de la TSCA aux contrats responsables et solidaires. En 2020 et en 2021, les prélèvements ont augmenté ponctuellement sous l'effet de la contribution exceptionnelle Covid, qui a disparu en 2022.

Les prélèvements spécifiques augmentent avec le niveau de vie, dans la mesure où ils sont proportionnels aux cotisations, elles-mêmes

6. Défini à l'article 15.4.1 de l'arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'Assurance maladie signée le 25 août 2016.

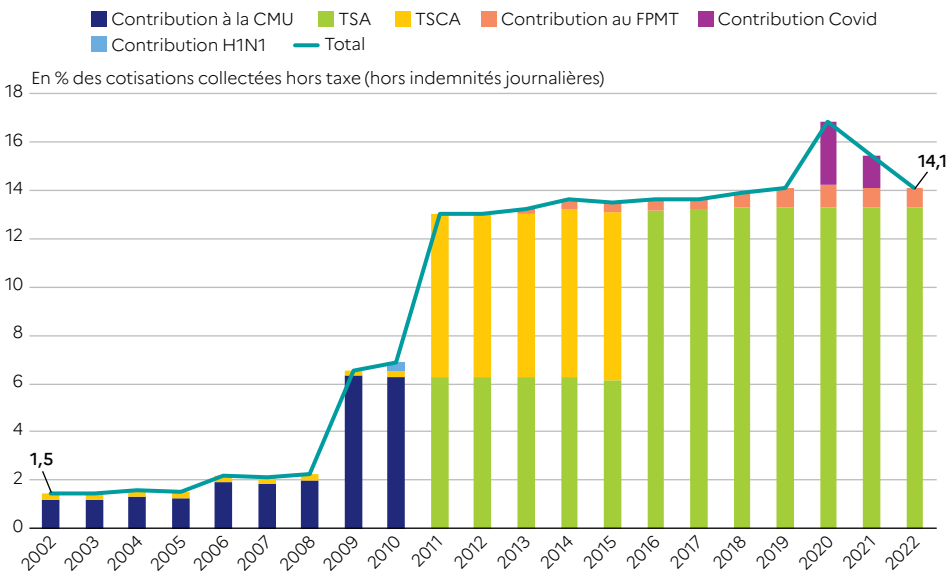
7. Instituée par l'article 10 de la loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009 de financement de la Sécurité sociale pour 2010.

8. Instituée par l'article 3 de la loi n° 2020-1576 du 14 décembre 2020 de financement de la Sécurité sociale pour 2021, elle est enregistrée comptablement comme un impôt direct, contrairement à la TSA et à la contribution au FPMT qui sont des taxes sur produits.

croissantes avec le niveau de vie. Ils contribuent notamment, via la TSA, au financement des dépenses de complémentaire santé solidaire dont bénéficient des ménages à faibles revenus

(Fouquet, Pollak, 2022). Il existe par ailleurs, à côté de ces prélèvements spécifiques, certains avantages socio-fiscaux propres aux contrats de complémentaire santé (voir annexe 1). ■

Graphique 1 Prélèvements spécifiques collectés sur l'ensemble des contrats santé auprès des organismes complémentaires entre 2002 et 2022



CMU : couverture maladie universelle ; FPMT : forfait patientèle médecin traitant ; TSA : taxe de solidarité additionnelle ; TSCA : taxe spéciale sur les conventions d'assurance.

Note > Les montants de prélèvements spécifiques sont présentés en pourcentage des cotisations collectées hors taxe (hors indemnités journalières). Ces dernières sont issues à partir de 2011 des rapports annuels sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé et sont rétropolées entre 2002 et 2010 à l'aide des assiettes des taxes. Les montants de TSCA collectés au titre de l'activité santé ne sont pas disponibles directement et sont donc recalculés en appliquant les taux légaux de taxation (tableau 1) aux assiettes de taxation. Ces assiettes sont elles-mêmes calculées entre 2002 et 2015 sous l'hypothèse d'une structure des contrats santé par type de contrats identique à la structure de 2016, année la plus ancienne disponible pour cette structure de contrats (tableau 2).

Lecture > En 2022, les prélèvements spécifiques appliqués aux organismes complémentaires s'élèvent à 14,1 % des cotisations hors taxe (hors indemnités journalières), dont 13,3 % de TSA et 0,8 % de contribution au FPMT.

Sources > Rapports annuels du Fonds CSS (anciennement Fonds CMU) pour la contribution à la CMU et pour la TSA ; CNAM pour la contribution au FPMT ; Urssaf Caisse nationale pour la contribution Covid ; calculs DREES pour la TSCA.

Pour en savoir plus

> de Willencourt, C. (2023). *Rapport 2023 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. Paris, France : DREES.

> Fouquet, M., Pollak, C. (2022, septembre). Impact des assurances complémentaires santé et des aides socio-fiscales à leur souscription sur les inégalités de niveau de vie. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 101.

Annexe 2

Les sources de données

Afin de traiter le thème de la couverture complémentaire santé sous tous ses aspects, la DREES mobilise un dispositif d'observation statistique qui repose sur des informations collectées auprès de trois catégories d'acteurs : les organismes complémentaires (I et II), les ménages (III et IV) et les entreprises (IV). Ce triptyque est complété par les données de santé issues de sources administratives (V), par un outil de microsimulation (VI) et par les comptes de la santé ainsi que la base de données internationale associée (VII).

I. L'enquête de la DREES auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (fiches 06, 09, 10, 11, 17, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27 et annexe 3)

Afin de mieux connaître les contrats commercialisés par les organismes complémentaires, la DREES a mis en place en 2000 une enquête auprès des mutuelles, qui s'est ensuite étendue en 2002 aux institutions de prévoyance, puis aux entreprises d'assurance. Cette enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) détient depuis 2005 le label d'intérêt général et de qualité statistique avec obligation de réponse, délivré par le Conseil national de l'information statistique (CNIS). Menée à un rythme annuel jusqu'en 2014, elle a lieu tous les deux ans depuis. L'enquête réalisée en 2022 collectant les informations relatives à l'année 2021, auprès d'environ 200 organismes, est le dernier millésime dont les données sont disponibles à ce jour. L'enquête suivante s'est déroulée en 2024 sur la base des informations relatives à l'année 2023, et les premières publications auront lieu mi-2025. Depuis l'enquête 2011, les organismes complémentaires étaient interrogés sur les caractéristiques et les niveaux de garantie de leurs trois contrats collectifs et de leurs trois contrats individuels les plus souscrits et, en 2016, le questionnaire a été étendu aux contrats de surcomplémentaires. En 2019, pour améliorer la représentativité de

l'enquête, le champ des contrats enquêtés a été élargi aux dix principaux contrats de chaque type (individuel, collectif et surcomplémentaire) par organisme de complémentaire santé, contre trois auparavant. Cette évolution du champ s'est accompagnée d'une modification du protocole de collecte de l'enquête et de changements méthodologiques sur le calcul des pondérations (Guilloton, Lapinte, 2022). Ces améliorations introduisent une rupture de série ne permettant pas une comparaison directe des résultats entre 2016 et 2019 (voir annexe 3).

Les questions portent sur le nombre d'assurés, de bénéficiaires et sur les cotisations collectées pour chacun des contrats. Des précisions sont apportées sur les modes de tarification des contrats, les primes d'assurances payées pour différents cas types d'assurés, et sur les clauses particulières des contrats. Les organismes détaillent ensuite les niveaux de remboursement des garanties regroupées en sept grands thèmes : honoraires et soins ambulatoires, pharmacie, appareillage, optique, dentaire, hospitalisation et prévention.

Les modes d'expression des garanties varient entre contrats. Pour une garantie donnée, certains contrats expriment le niveau de leurs remboursements en euros, d'autres en pourcentage de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), certains en pourcentage des frais réels... Pour comparer entre eux des contrats aux modes d'expression différents, il faut traduire leur prise en charge dans une seule et même unité, en considérant un bien de référence et en regardant pour ce bien type quel montant maximal en euros le contrat est susceptible de rembourser à l'assuré. Ce procédé est mis en œuvre pour décrire les niveaux de prise en charge sur un poste donné (fiches 20, 21, 22, 23, 24 et 25), mais aussi pour classer les contrats (fiche 27). Dans les enquêtes OC antérieures à 2019, le montant remboursé à l'assuré était calculé à partir

d'un prix de référence fixé par la DREES, propre à chacun des biens de référence considérés. Ces prix étant, pour un certain nombre de biens, inférieurs au plafond de remboursement d'une partie des contrats, ils ne permettaient plus de distinguer les contrats ayant des garanties élevées de ceux présentant des garanties très élevées. Ces prix de référence ont ainsi été abandonnés, laissant place désormais à des montants maximaux de remboursement (voir annexe 3).

Les contrats couvrant les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) et, depuis 2019, de la complémentaire santé solidaire (CSS) sont hors champ de l'enquête. L'enquête porte sur les organismes exerçant leur activité en France métropolitaine et dans les départements et régions d'outre-mer (DROM).

La constitution d'une base de contrats intégrant les dix plus gros contrats collectifs et individuels rend l'enquête représentative de respectivement 38 % et 67 % des bénéficiaires en 2021¹. Le taux de couverture des contrats collectifs est plus faible que celui des contrats individuels car l'offre de contrats est beaucoup plus hétérogène sur le champ de la couverture collective, de nombreux contrats d'entreprise étant des contrats sur mesure. Les contrats au-delà du 10^e rang, non enquêtés, sont supposés avoir des caractéristiques similaires, les résultats de l'enquête sont donc extrapolés à l'ensemble de la population. Les tableaux détaillés des résultats des différents millésimes de l'enquête OC sont disponibles sur l'espace Open Data de la DREES.

II. Les données collectées auprès des organismes complémentaires par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution et par l'Urssaf Caisse nationale (fiches 02, 03, 04, 06, 07, 08, 19 et annexe 1 bis)

Afin d'assurer sa mission de contrôle prudentiel, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) collecte chaque année, auprès des

organismes complémentaires, divers éléments comptables et financiers, appelés « états comptables et prudentiels ». Ces états permettent en particulier de connaître les comptes de résultats techniques en santé de ces organismes, c'est-à-dire les produits (notamment les cotisations collectées), les charges (notamment les prestations versées et les charges de gestion) et la rentabilité de leur activité santé (excédents ou déficits). L'ACPR collecte également, pour le compte de la DREES, des états supplémentaires appelés « états statistiques ». Ces états renseignent en particulier sur la ventilation par type de soins des prestations santé versées par les organismes. Sur un champ plus large, ils renseignent également sur les cotisations et prestations des organismes sur l'ensemble des risques sociaux, qui incluent l'activité santé mais également les activités de prévoyance et de retraite.

Par ailleurs, les organismes qui pratiquent une activité de complémentaire santé en France sont assujettis à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA), qui finance notamment la complémentaire santé solidaire (voir annexe 1 bis). Les déclarations de TSA, collectées par l'Urssaf Caisse nationale, constituent ainsi une autre source de données sur les cotisations des organismes exerçant une activité de complémentaire santé.

L'utilisation conjointe de ces deux sources de données permet une analyse de la situation financière des organismes complémentaires. En effet, les états ACPR renseignent sur un grand nombre de données financières, mais ne couvrent pas de façon exacte le champ de la complémentaire santé sur une année donnée. En particulier, les organismes contrôlés par l'ACPR sont les organismes référencés en France et toujours actifs en fin d'année, tandis que l'Urssaf Caisse nationale comptabilise les organismes ayant exercé une activité d'assurance santé en France au moins sur une partie de l'année, ce qui inclut donc les organismes étrangers exerçant en France (activité dite « en libre prestation de service ») ainsi que

¹. L'introduction en 2019 d'une étape supplémentaire à l'enquête a permis de gagner 20 points de couverture en individuel et 15 points en collectif.

les organismes ayant cessé leur activité en cours d'année. Par ailleurs, les états ACPR sont collectés au fur et à mesure de leur remise par les organismes, et ne sont donc pas toujours disponibles pour la totalité des organismes complémentaires lors de la production des statistiques agrégées sur le champ de la santé. Le recours aux données de l'Urssaf Caisse nationale permet de corriger le champ des données ACPR de façon à réaliser une analyse exhaustive du champ de la complémentaire santé (encadré 2 et annexe 1 dans de Williencourt, 2023).

La DREES exploite les données de l'ACPR et de l'Urssaf Caisse nationale pour le rapport annuel à destination du Parlement sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé (de Williencourt, 2023). Ces données alimentent aussi les comptes de la santé réalisés par la DREES, qui recensent l'ensemble des dépenses de santé (voir section VII) et l'ensemble des financeurs de ces dépenses (Arnaud, Lefebvre, 2023). De même, elles alimentent les comptes de la protection sociale réalisés par la DREES (Dherbécourt, Lefebvre, 2023) en éclairant l'intervention des organismes d'assurance sur le champ des risques sociaux (santé, mais aussi invalidité, dépendance, retraite, etc.). Les comptes de la santé et de la protection sociale constituent deux comptes « satellites » des comptes nationaux de l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), dont ils adoptent la méthodologie. Ils servent également de base à l'élaboration des comptes de la santé et de la protection sociale présentés dans les instances internationales (Eurostat, mais également l'Organisation de coopération et développement économiques [OCDE] et l'Organisation mondiale de la santé [OMS] pour les comptes de la santé) et permettent ainsi d'établir des comparaisons internationales sur des bases fiables et harmonisées.

III. Les données d'enquêtes auprès des ménages : enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie, enquête santé européenne et enquête Santé et Protection sociale (fiches 12 et 13)

Trois principaux dispositifs d'enquêtes recueillent auprès des ménages vivant en logement ordinaire² des informations sur leur couverture complémentaire santé. Ces enquêtes permettent d'analyser la diffusion et le type de contrats souscrits en population générale, selon la situation économique et sociale des individus ainsi que leur état de santé, leurs besoins de soins, leurs préférences en matière d'assurance et leurs opinions sur ce sujet, informations qui ne sont pas disponibles dans les bases administratives.

L'enquête SRCV

L'enquête annuelle Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) de l'Insee est une enquête obligatoire qui s'inscrit dans le cadre européen EU-SILC (*European Union Statistics on Income and Living Conditions*), ayant pour vocation la production d'indicateurs structurels relatifs à la répartition des revenus, à la pauvreté et à l'exclusion, comparables pour les pays de l'Union européenne. Un module de questions relatives à la santé et à la couverture complémentaire est prévu certaines années : la première fois en 2017, puis tous les trois ans à partir de 2023 (données disponibles au printemps 2025). Cette enquête est également utilisée dans l'outil de microsimulation Omar construit par la DREES pour l'analyse des restes à charge après remboursements par les assurances obligatoires et complémentaires (voir section VI). Pour l'enquête SRCV 2017, environ 25 000 personnes réparties dans 11 000 ménages ont répondu (Fouquet, 2021). L'enquête est représentative de la population vivant en logement ordinaire en France métropolitaine ; elle a été étendue aux DROM à partir de 2022. Les montants

2. Ne sont donc pas couvertes les personnes vivant en institution, par exemple les étudiants vivant en résidence étudiante ou les personnes âgées ou dépendantes vivant en établissement.

des revenus sont ensuite obtenus par appariement avec des données administratives issues des sources fiscales et sociales. Les informations du module complémentaire santé sont recueillies par un enquêteur en face-à-face auprès de tous les individus de 16 ans ou plus issus des ménages participant à l'enquête. Elles incluent des questions sur le type de contrats, le statut des assurés et le nombre de personnes reliées à chaque contrat, ce qui permet de reconstruire également la couverture santé des moins de 16 ans.

L'enquête santé européenne EHIS

L'enquête santé européenne (*European Health Interview Survey*) [EHIS] 2019 a été réalisée en France par la DREES avec l'appui de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes) et de l'Insee. Elle intègre dans sa version française des questions spécifiques relatives à la couverture complémentaire santé. La prochaine édition de l'enquête EHIS aura lieu en 2025. Menée environ tous les six ans dans l'ensemble des pays de l'Union européenne, l'enquête EHIS est rendue obligatoire par un règlement européen³. L'enquête est représentative de la population française âgée de 15 ans ou plus. Pour la première fois en 2019, elle a été menée aussi bien en France métropolitaine que dans les cinq départements et régions d'outre-mer (DROM) : Guadeloupe, Martinique, Guyane, La Réunion et Mayotte. Au total, environ 14 200 personnes de 15 ans ou plus ont répondu en France métropolitaine, et environ 7 800 dans les DROM. La collecte a été menée en face-à-face et par téléphone entre le 30 avril 2019 et le 31 janvier 2020 ; une pondération a été calculée pour corriger la non-réponse totale, la non-réponse partielle, et le sur-échantillonnage pour les DROM. Les données d'enquête ont ensuite été appariées à des données médico-administratives (Système national des données de santé [SNDS], voir section V). Les comparaisons avec les précédentes vagues d'enquêtes peuvent cependant être limitées par des différences de modes de passation (internet, téléphone).

3. Voir aussi Leduc (2022).

L'enquête ESPS

L'enquête Santé et Protection sociale (ESPS) de l'Irdes était l'enquête historique de référence sur la santé, l'accès aux soins et la couverture santé en France jusqu'en 2014. Cette enquête, existant depuis 1988, était menée tous les deux ans auprès des ménages de France métropolitaine vivant en logements ordinaires.

En 2014, la dernière enquête ESPS a été combinée avec l'enquête santé européenne (EHIS) et se dénomme ainsi EHIS-ESPS 2014, en collaboration entre l'Irdes et la DREES. Près de 10 000 ménages et plus de 26 500 personnes ont été interrogés (Célant *et al.*, 2017), via un recueil multimode (téléphone, face-à-face et auto-questionnaire papier). Les questions qui figurent dans le règlement européen EHIS concernent la population des personnes âgées de 15 ans ou plus uniquement. Les données de l'enquête ESPS-EHIS ont été appariées avec les données médico-administratives du SNDS (voir section V).

Limites des enquêtes auprès des ménages

Dans les enquêtes auprès des ménages, les données recueillies relatives au niveau des garanties sont limitées, car cette information est très mal connue des assurés.

Les données d'enquête appariées aux données administratives de remboursement des soins permettent de bien connaître, au niveau individuel, les prestations versées par l'assurance maladie obligatoire (AMO), mais pas encore celles versées par les organismes complémentaires. L'article 193 de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 janvier 2016 prévoit la constitution d'un système national des données de santé, et l'appariement avec un échantillon de données de remboursement des organismes complémentaires. Ce projet a été retardé en raison de sa complexité et du nombre d'acteurs privés impliqués ; à ce jour les conditions ne sont pas réunies pour qu'il voie le jour avant plusieurs années. Faute de données individuelles représentatives et disponibles régulièrement sur les remboursements des organismes complémentaires,

la DREES développe des travaux de simulation. Le modèle de microsimulation Omar permet ainsi l'analyse des restes à charge sur les dépenses de santé des ménages après remboursements par les assurances maladie obligatoire et complémentaire (voir section VI).

IV. Les données d'enquête auprès des entreprises et de leurs salariés : l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (fiches 13 et 17)

L'édition 2017 de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE), réalisée conjointement par la DREES et l'Irdes, a pour objectif de décrire le paysage de la couverture complémentaire santé d'entreprise après sa généralisation prévue par l'article 1 de la loi relative à la sécurisation de l'emploi du 13 juin 2013 et mise en œuvre en 2016. Cette enquête comporte deux volets de questionnaires.

Le premier volet couvre le champ des entreprises concernées par la généralisation de la complémentaire santé, à savoir les établissements employant au moins un salarié de contrat de droit privé et établis sur l'ensemble du territoire (DROM compris). Il exclut les particuliers employeurs ainsi que les établissements menant des activités extraterritoriales et l'administration publique, non concernés en 2016 par cette généralisation. L'enquête interroge les établissements sur les caractéristiques des contrats mis en place par les employeurs pour les salariés (prime, participation de l'employeur, niveau de couverture, possibilité d'extension du contrat à d'autres membres du ménage, etc.) et sur les changements de couverture induits par la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise en 2016. Ce volet recueille également des informations relatives à la prévoyance santé d'entreprise et à l'indemnisation des trois premiers jours d'arrêt de travail en cas d'absence pour maladie. Les établissements interrogés en 2017 ont été échantillonnés dans les bases de sondage de l'Insee au 31 décembre 2015.

Le second volet s'adresse aux salariés qui travaillaient, au 31 décembre 2015, dans un des établissements ayant participé à l'enquête, y

compris à ceux qui ont quitté l'entreprise entre janvier 2016 et le terrain d'enquête de 2017. Les salariés et anciens salariés sont questionnés sur leurs caractéristiques sociales, leur état de santé, leur situation concernant la complémentaire santé mise en place par leur employeur (couverts, dispensés d'adhésion, souscription d'une surcomplémentaire), leur satisfaction vis-à-vis de ces contrats et sur le fait d'avoir conservé ou non le bénéfice de leur couverture d'entreprise pour ceux qui ont quitté l'établissement.

Au total, 6 125 établissements et 7 533 salariés ont fourni des réponses exploitables pour l'enquête, soit des taux de réponses respectivement de 61 % et 51 %.

L'enquête PSCE 2017 est actuellement l'enquête la plus récente qu'il est possible de mobiliser pour décrire les contrats de complémentaire santé mis en place par les employeurs selon les caractéristiques des entreprises et des salariés. La prochaine enquête PSCE, qui sera réalisée en 2025 par l'Irdes, traitera principalement du sujet de la prévoyance collective, tout en continuant d'apporter des éclairages sur la complémentaire santé d'entreprise.

V. Les données administratives : Système national des données de santé et base Restes à charge (fiches 02, 18, 25, 27, 28 et 29)

Le SNDS

Le Système national des données de santé (SNDS) rassemble et met à disposition des usagers les données médico-administratives individuelles de chaque bénéficiaire de la Sécurité sociale en France (y compris DROM), à partir de trois grandes sources de données :

- Le Système national d'information interrégimes de l'Assurance maladie (Sniiram), ou données de consommation interrégime (DCIR), qui contient les données de remboursement des différents régimes d'assurance maladie obligatoire (hors Sénat et Assemblée nationale).
- Le Programme de médicalisation des systèmes d'information (PMSI), géré par l'Agence technique de l'information sur l'hospitalisation (ATIH), qui contient les données des hôpitaux.

- Les données statistiques relatives aux causes de décès du Centre d'épidémiologie sur les causes médicales de décès (CépiDc) de l'Institut national de santé et de la recherche médicale (Inserm).

Ces données de dépenses contiennent les dates de réalisation des soins, les montants totaux associés, ainsi que les montants remboursés par l'AMO. Elles permettent d'identifier précisément, le cas échéant, les médicaments délivrés (par le code identifiant de présentation [CIP]), les actes techniques médicaux (par la classification commune des actes médicaux [CCAM]), les dispositifs médicaux (par la nomenclature de la liste des produits et prestations [LPP]), ou encore les prélèvements biologiques (par la nomenclature des actes de biologie médicale [NABM]). Sont exclues du champ de ces données les dépenses non individualisables⁴, et celles non remboursables par l'AMO (par exemple, dans le cas de médicaments non remboursables ou de consultations chez un médecin non conventionné).

Les données hospitalières proviennent spécifiquement du PMSI. Tout séjour dans un établissement de santé, public ou privé, fait l'objet d'un recueil d'informations administratives et médicales qui sont utilisées pour le financement (tarification à l'activité) et l'organisation de l'offre de soins, consigné dans le PMSI. Le recueil d'informations couvre l'ensemble des hospitalisations en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), en soins médicaux et de réadaptation (SMR, anciennement soins de suite et de réadaptation [SSR]), en psychiatrie (PSY) et les hospitalisations à domicile (HAD). Les données constituant le SNDS sont « pseudonymisées » afin de préserver la vie privée des personnes : aucun nom, prénom, adresse ni numéro de Sécurité sociale ne figure dans le SNDS. Malgré cela, il s'agit de données à caractère personnel et leur confidentialité est garantie par la loi.

Le SNDS permet de chaîner ces différentes sources de données avec un pseudonyme

unique, et contient aussi quelques caractéristiques individuelles, essentiellement l'âge, le sexe et le lieu de résidence (département et commune). Les situations d'affection de longue durée (ALD) ou de maladie professionnelle et, le cas échéant, la date de décès y sont également renseignées. Pour chaque soin délivré en ville sont aussi disponibles des données pseudonymisées à propos des professionnels de santé : âge, sexe, lieu d'exercice, spécialité et mode d'exercice (soignant ou prescripteur).

La base RAC

La base Restes à charge (base RAC) est constituée par la DREES à partir des données du SNDS, afin de produire, pour une année donnée, des données synthétiques relatives à l'exhaustivité des dépenses de santé et aux restes à charge associés, regroupées par grands postes de soins. Le champ est semblable à celui du SNDS et porte sur l'ensemble de la population affiliée à l'ensemble des régimes obligatoires (hors Sénat et Assemblée nationale). Sont en revanche exclus les individus n'ayant consommé aucun soin au cours de l'année considérée. Les deux millésimes utilisés dans ce Panorama sont les bases RAC 2018 et 2021.

Les principaux indicateurs calculés dans la base RAC sont, pour chaque individu, dans l'année considérée et par poste de soins, le montant des dépenses de santé, le montant remboursé par l'AMO, le montant opposable du reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) ainsi que celui des dépassements. La base RAC contient également les caractéristiques individuelles issues du SNDS (voir paragraphe « Le SNDS »). Les résultats de 2021 présentés dans l'ouvrage sont susceptibles d'être légèrement révisés du fait d'ajustements méthodologiques en cours.

L'ensemble de la documentation et des programmes de construction de la base RAC est disponible en libre accès, en ligne, sur le GitLab de la DREES. Des graphiques interactifs sur les

4. Par exemple, dans certains établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), les dépenses liées aux soins compris dans les forfaits soins et celles liées aux médicaments à usage interne délivrés en pharmacie ne sont pas individualisables et n'apparaissent donc pas dans le SNDS.

dépenses et les restes à charge en santé en 2017 sont disponibles dans l'espace Datavisualisation de la DREES, et seront actualisés prochainement sur données 2021.

VI. L'outil de microsimulation Ines-Omar (fiches 14, 15 et 16)

Ines-Omar est un outil de microsimulation construit par la DREES à partir du rapprochement de deux modèles : Omar et Ines. Il est mobilisé pour simuler au niveau individuel le partage de la dépense entre les trois financeurs : la Sécurité sociale, l'organisme de complémentaire santé et la personne. Ces analyses peuvent être conduites en fonction des différentes caractéristiques sociodémographiques des personnes : niveau de vie, âge, profession, sexe, bénéfices de certains dispositifs tels que l'affection de longue durée (ALD), etc. Il permet aussi d'analyser la redistribution opérée par l'Assurance maladie sous l'effet des financements et des prestations.

Omar 2019

Le modèle Omar (outil de microsimulation pour l'analyse des restes à charge), développé par la DREES, permet de simuler au niveau individuel, d'une part le partage des dépenses de santé entre les remboursements par l'AMO et par l'assurance maladie complémentaire (AMC) et les restes à charge pour les ménages, d'autre part les primes d'assurance complémentaire. Le millésime 2019 du modèle Omar est issu du regroupement de plusieurs sources de données. Tout d'abord, un échantillon représentatif de la population française est constitué à partir de l'enquête EHIS 2019 (voir section III) pour les individus de 15 ans ou plus, et de l'enquête SRCV 2017 pour les individus de moins de 15 ans. Pour les adultes, l'échantillon d'EHIS 2019 est directement apparié au SNDS (voir section V) pour connaître les dépenses de santé et les remboursements par l'AMO ; pour les enfants, l'échantillon de SRCV 2017 est pseudo-apparié⁵ à l'enquête EHIS 2014, cette dernière étant elle-même appariée au SNDS.

Chaque individu de l'échantillon représentatif ainsi constitué se voit attribuer un contrat de complémentaire santé tiré parmi les 463 contrats de l'enquête OC 2019 menée par la DREES (voir section I). Cette attribution se fonde sur les éléments déclarés par les enquêtés : type de couverture et caractéristiques de celle-ci. Le détail des garanties de ces contrats ainsi que les dépenses de santé permettent de simuler finement les prestations de l'AMC que recevraient ces individus, ainsi que leurs restes à charge.

Les paniers 100 % santé des prothèses auditives et dentaires ont été mis en place en 2019, mais le reste à charge nul sur ces paniers n'est entré en vigueur qu'en 2020. De ce fait, dans Omar 2019, les prestations de l'AMC sont calculées de la même manière dans et en dehors du panier 100 % santé.

Ines 2019

Le modèle Ines, développé par la DREES, l'Insee et la Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), applique la législation sociofiscale à un échantillon représentatif de la population vivant en France métropolitaine en logement ordinaire (ne couvrant donc pas les personnes vivant en institution, comme par exemple les étudiants vivant en résidence étudiante ou les personnes âgées ou dépendantes vivant en établissement). Il permet de simuler, pour chaque ménage, les contributions au financement de l'AMO. Les principales contributions prises en compte sont :

- la part des cotisations sociales à la charge des employeurs affectée au risque maladie (hors part correspondant au financement des indemnités journalières) ;
- les cotisations des indépendants et la contribution sociale généralisée (CSG) affectées au risque maladie ;
- la contribution pour le remboursement de la dette sociale (CRDS) ;
- la part des prélèvements indirects affectée au financement de l'AMO (TVA, taxes sur le tabac, TSA, etc.).

⁵ Cela signifie qu'il s'agit d'un appariement statistique entre deux bases de données, se fondant sur des variables communes entre les deux bases mais comportant un aléa, dans la mesure où les deux bases n'incluent pas les mêmes individus (Fouquet, 2021).

Le modèle est adossé à l'enquête Revenus fiscaux et sociaux (ERFS) de l'Insee qui réunit les informations sociodémographiques de l'enquête Emploi, les informations administratives de la CNAF et le détail des revenus déclarés à l'administration fiscale pour le calcul de l'impôt sur le revenu.

Le modèle Ines-Omar et ses évolutions

Le modèle Omar 2019 est pseudo-apparié avec le modèle Ines 2019 : à chaque individu du modèle Ines en France métropolitaine sont attribuées les données d'un individu d'Omar partageant les mêmes caractéristiques sociales et démographiques. Le modèle contient ainsi 118 400 observations environ. Les données sont ensuite calées sur les dépenses de santé remboursables et individualisables de la CSBM sur le champ France entière. Le croisement de ces informations permet d'estimer l'effet redistributif de l'AMO et donc la contribution du système d'assurance maladie à la réduction des inégalités.

Des changements méthodologiques importants sont mis en œuvre entre chaque édition, grâce à l'enrichissement des sources à disposition et à la sophistication des méthodes d'imputation. Par exemple, depuis le millésime 2017 du modèle, les dépenses hospitalières contiennent non plus seulement les dépenses en médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO), mais également la psychiatrie (PSY), les soins de suite et de réadaptation (SSR) et l'hospitalisation à domicile (HAD) [Fouquet, 2021]. Le lien entre le niveau de vie et les garanties et primes des contrats est également plus fiable depuis 2017, du fait de l'imputation d'un contrat (et donc de ses garanties et primes) en tenant compte des primes déclarées dans l'enquête, ainsi que du type de contrats (individuel ou d'entreprise, contrat spécifique ou non à certaines catégories professionnelles)⁶.

Enfin, la version de 2019 présente des données de meilleure qualité que la version 2017, aussi bien

pour les dépenses de santé (réelles pour toutes les personnes de 15 ans ou plus, et non plus imputées) que pour le repérage des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS (désormais possible dans le SNDS, permettant ainsi d'éviter des retraitements avec aléa).

Ces changements méthodologiques rendent impossibles des études en évolution temporelle ainsi que la comparaison des résultats du présent Panorama avec ceux du précédent (Barlet et al., 2019).

VII. Les comptes de la santé (fiches 03, 04, 05, 14 et 19)

Élaborés par la DREES, les comptes de la santé constituent l'un des comptes satellites de la comptabilité nationale de l'Insee, dont ils adoptent la méthodologie. Les comptes nationaux de la santé calculent, chaque année, deux agrégats afin d'estimer le montant des dépenses de santé en France : la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) et la dépense courante de santé au sens international (DCSi)⁷. Sur le champ des organismes complémentaires, les comptes de la santé sont alimentés par les données collectées par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) et par l'Urssaf Caisse nationale (voir section II).

Les comptes de la santé sont contributeurs de la base de données internationale relative aux dépenses de santé SHA (*System of Health Accounts*), gérée conjointement par l'OCDE, l'OMS et Eurostat.

La base de données SHA fournit un cadre normalisé pour la production de comptes nationaux relatifs à la santé qui se base sur des concepts, des définitions et des règles comptables communes à l'ensemble des pays de l'OCDE, de manière à mesurer la consommation de soins et de services de santé de manière cohérente, fiable et comparable entre eux.

⁶. Ces deux améliorations entre les millésimes 2012 et 2017 du modèle expliquent particulièrement la non-comparabilité entre les résultats de cet ouvrage et ceux du précédent Panorama (Barlet et al., 2019), basé sur le modèle Ines-Omar 2012.

⁷. Pour plus de détails, voir la page « Les comptes de la santé » sur le site de la DREES.

Pour cela, elle fournit un ensemble de classifications spécifiques relatives aux différentes fonctions des soins de santé (soins courants, soins curatifs, soins de longue durée, prévention...), aux fournisseurs de biens et de services de soins

de santé (hôpitaux, cabinets de ville, officines et assimilés...) et aux financements correspondant (qu'ils relèvent de l'Assurance maladie, de l'État, des collectivités locales, des organismes complémentaires ou directement des ménages). ■

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.
- > La base RAC sur les dépenses et les restes à charge en santé après remboursement par l'assurance maladie obligatoire est consultable sous forme de graphiques interactifs dans l'espace Datavisualisation de la DREES.
- > **Arnaud, F., Lefebvre, G. (dir.)** (2023). *Les dépenses de santé en 2022 – Résultats des comptes de la santé* – Édition 2023. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Barlet, M. et al. (dir.)** (2019). *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties* – Édition 2019. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Céant, N., Guillaume, S., Rochereau, T.** (2017, septembre). L'Enquête santé européenne – Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014. Irdes, *Les rapports de l'Irdes*, 566.
- > **de Williencourt, C.** (2023). *Rapport 2023 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*. Paris, France : DREES.
- > **Dherbécourt, C., Lefebvre, G. (dir.)** (2023). *La protection sociale en France et en Europe en 2022 – Résultats des comptes de la protection sociale* – Édition 2023. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-Santé.
- > **Fouquet, M.** (2021, décembre). Le modèle de micro-simulation Ines-Omar 2017 – Note méthodologique détaillée. DREES, *Les Dossiers de la DREES*, 87.
- > **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.
- > **Leduc, A.** (2022, novembre). Enquête santé européenne (EHIS) 2019 : Bilan méthodologique – France métropolitaine et DROM. DREES, *DREES Méthodes*, 7.
- > **Perronnin, M.** (2019, novembre). L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017. Irdes, *Les rapports de l'Irdes*, 572.
- > **Pierre, A.** (2022, mai). L'absence de couverture par une complémentaire santé en France en 2019. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne (EHIS). Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 268.

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

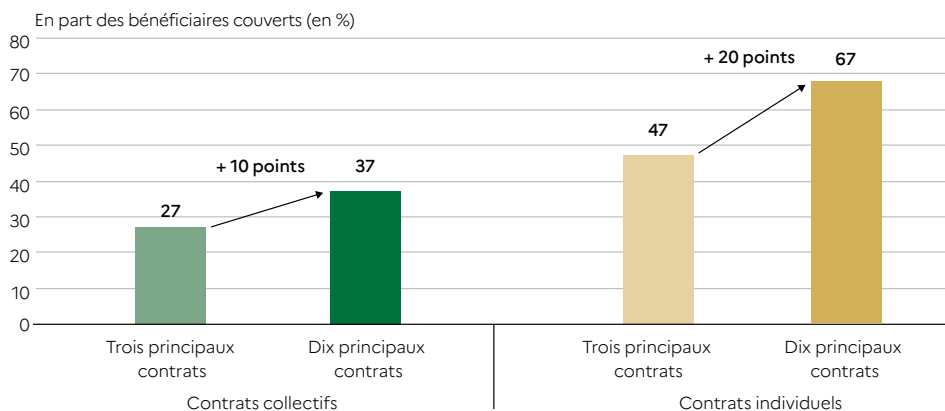
sont sélectionnés ceux que les organismes complémentaires doivent décrire : effectifs couverts, niveaux de garantie, tarification. L'introduction de cette étape supplémentaire conduit à une connaissance plus fine de la couverture réelle de la population, en intégrant des contrats moins souscrits. Cet 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.

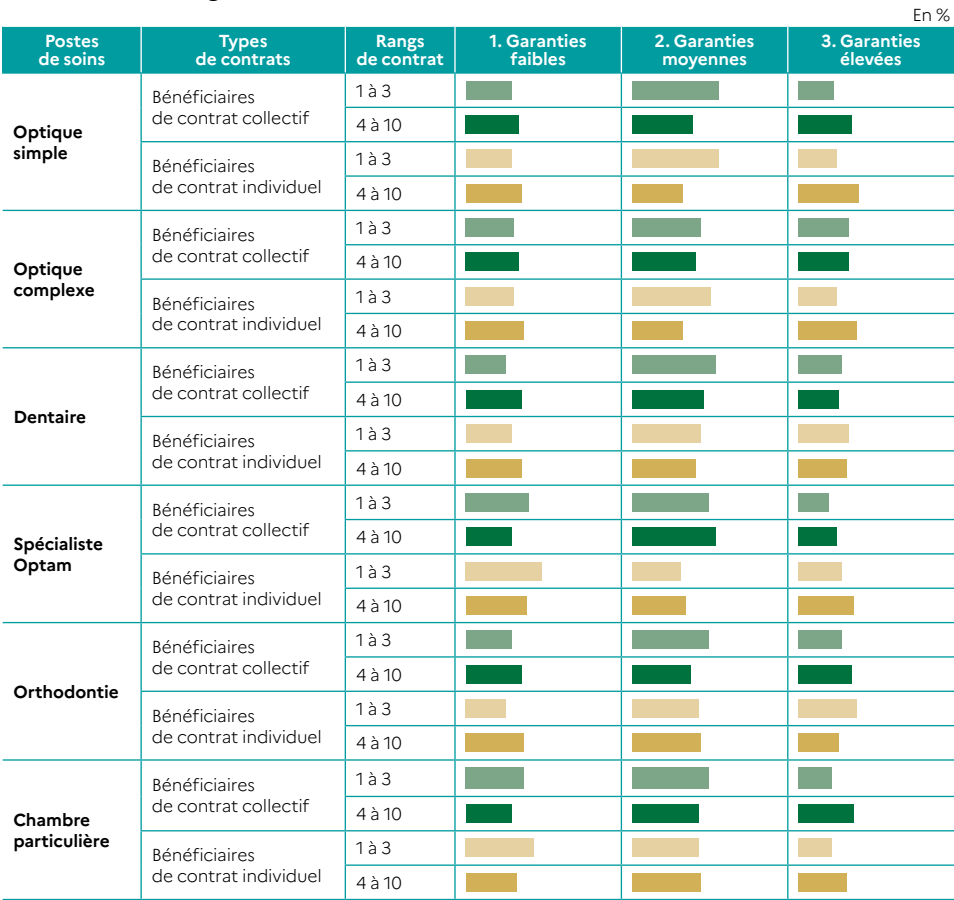
Pour chaque type de garantie recueillie, le tarif du bien de référence auquel étaient appliquées les garanties des contrats était fixé par la DREES. Pour un certain nombre d'actes, le reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) du montant du bien de référence était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

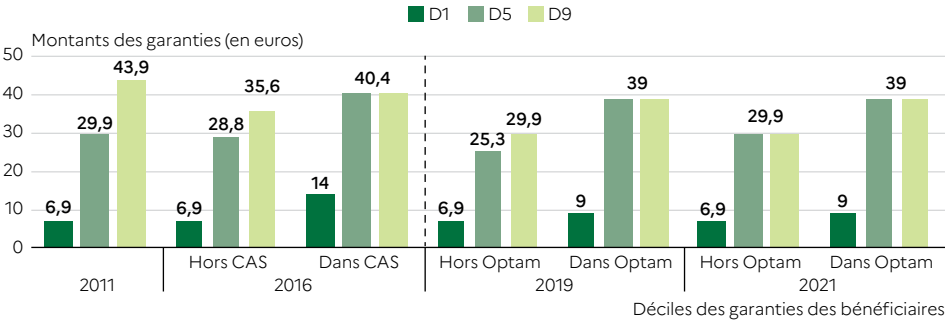
Pour les 20 % de bénéficiaires de contrat collectif les moins bien couverts et la quasi-totalité des bénéficiaires de contrat individuel, la mise en place du CAS a conduit à une augmentation de la prise en charge. En effet, la mise en place de remboursements différenciés n'a pas engendré de baisse des 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.

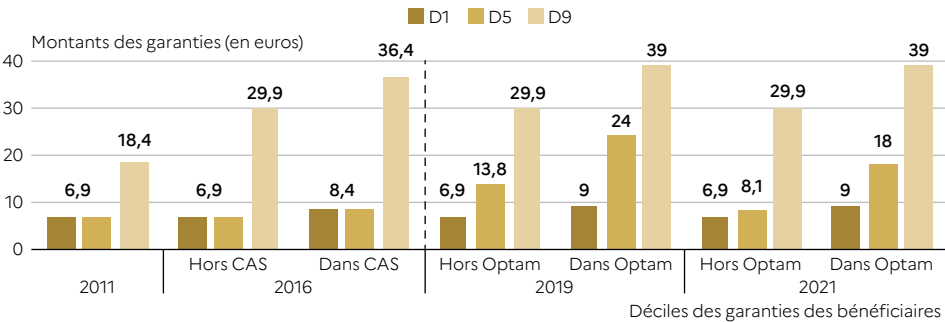
6. Pour les bénéficiaires de contrat individuel, le plafonnement de la prise en charge pour les consultations hors CAS/Optam a peu d'effet, dans la mesure où très peu d'entre eux (moins de 10 %) bénéficiaient, avant ces dispositifs, de garanties supérieures.

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

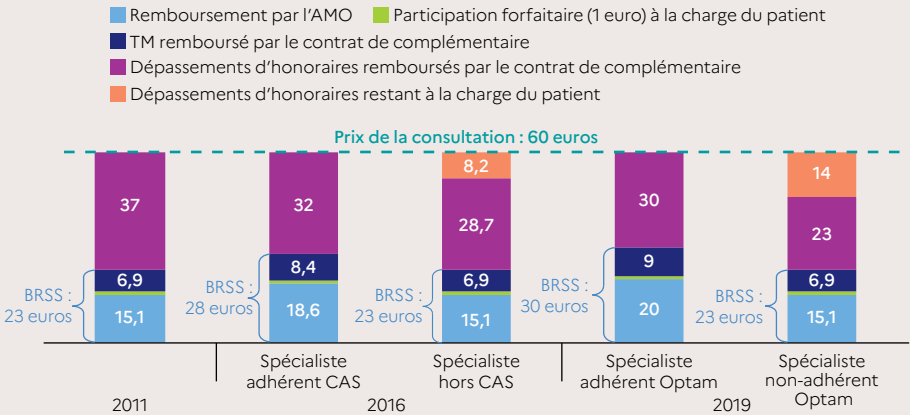
⁷ À l'exception des TM des médicaments à service médical rendu (SMR) faible ou modéré, des spécialités homéopathiques et des frais de soins thermaux.

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).

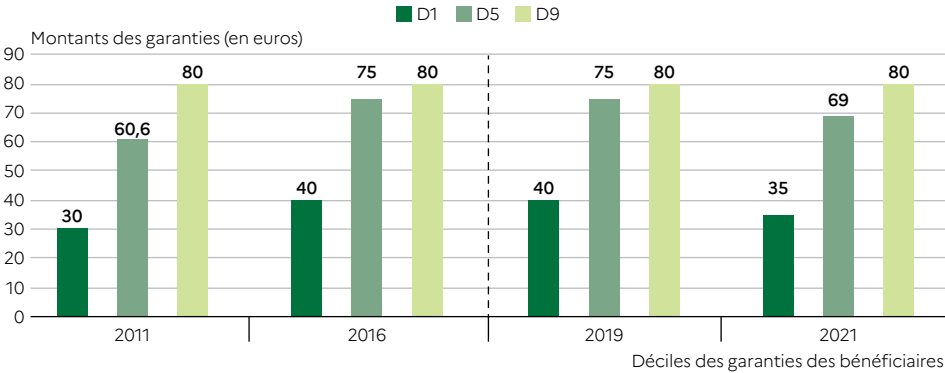
Le montant médian (D5) de prise en charge d'une chambre particulière facturée 80 euros par jour a

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

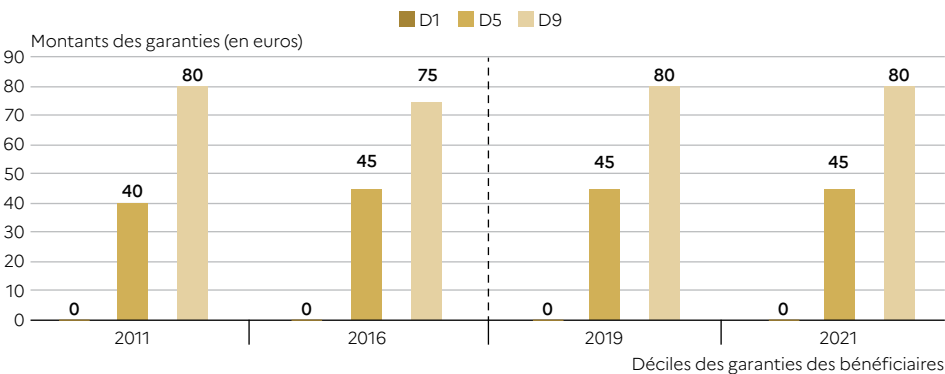
hospitaliers, la prise en charge par les contrats complémentaires s'est progressivement améliorée : six bénéficiaires de contrat individuel sur dix disposaient d'une prise en charge d'au moins une partie des dépassements en 2011, contre sept sur dix en 2016, et huit sur dix en 2021. La part de bénéficiaires 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.

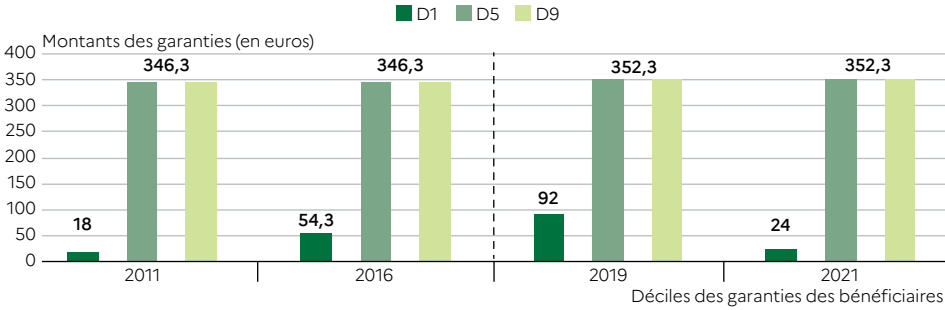
Sources > DREES, enquête OC 2011, 2016, 2019 et 2021.

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

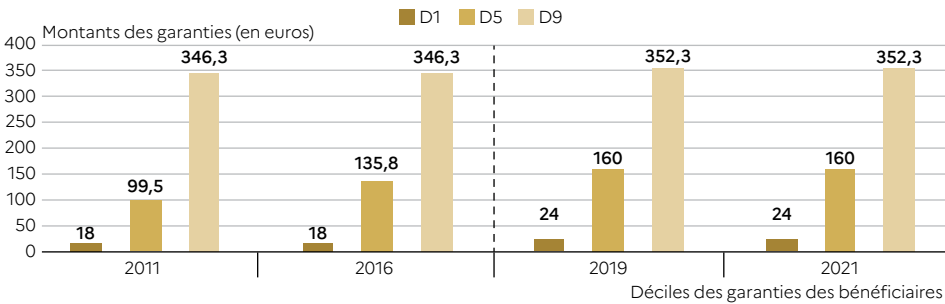
augmenté progressivement depuis 2011 (de 100 euros en 2011, il passe à 135,80 euros en 2016 et s'élève à 160 euros en 2019 et 2021) [graphique 5b]. La BRSS n'a pas évolué sur l'ensemble de la période (elle s'élève à 271,70 euros), mais le montant de la participation forfaitaire spécifique à certains 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

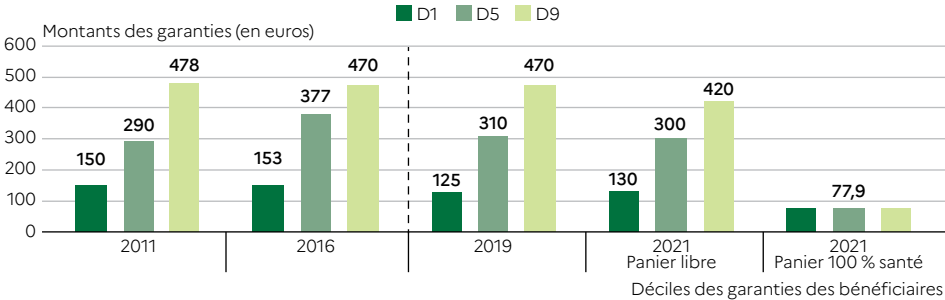
En 2015, la réforme des contrats responsables a mis en place des planchers de remboursement pour les contrats qui remboursent au-delà du TM (fixé à 2,97 euros en optique simple et à 9,43 euros en optique complexe) : pour un équipement complet (monture et verres), 50 euros en optique simple et 200 euros 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).

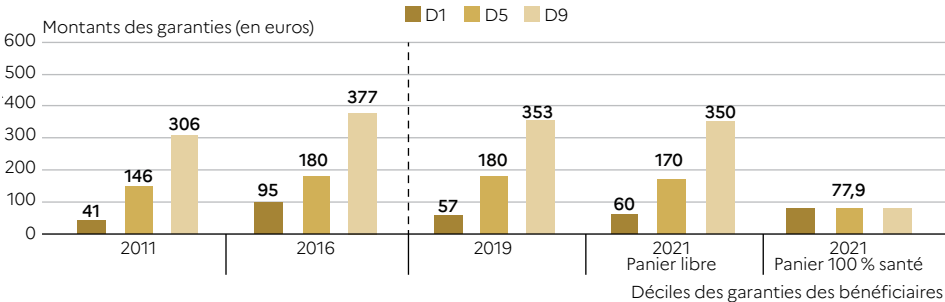
En optique simple, ces planchers ont conduit à l'augmentation de garanties d'une très faible proportion de bénéficiaires (moins de 5 %) qui disposaient de garanties inférieures (*graphiques 6a et 6b*). Une toute petite minorité seulement (3 %) disposait uniquement d'une indemnisation au niveau du TM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

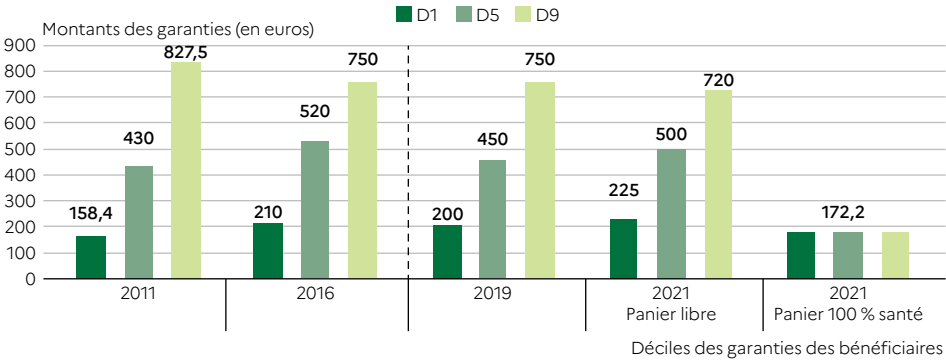
Sources > DREES, enquête OC 2011, 2016, 2019 et 2021.

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

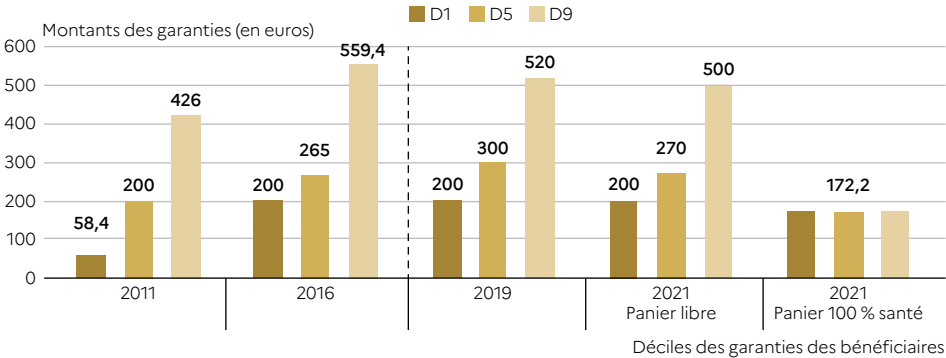
inflationnistes, avec l'idée que si les contrats ne peuvent plus rembourser au-delà d'un certain montant, les assurés ajustent leur achat de lunettes à la baisse, conduisant les opticiens à limiter les prix élevés⁹ (Jacquier, 2018). Compte tenu de la mise en place de ces plafonds, environ 10 % des bénéficiaires 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

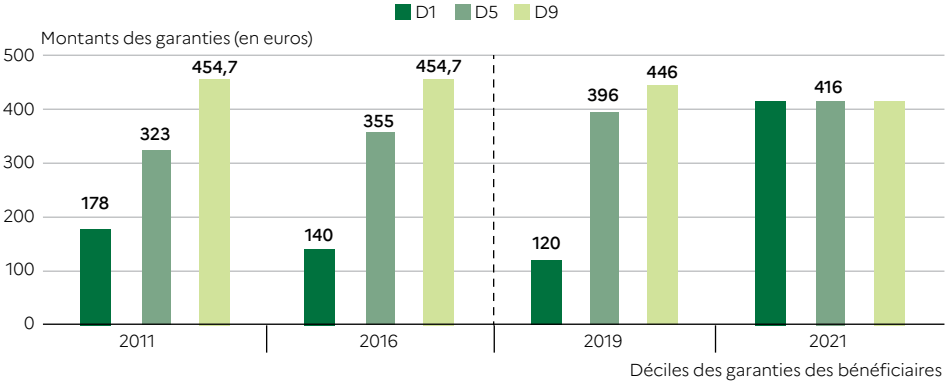
¹⁰. En optique simple, notamment, les contrats individuels de rang 4 à 10 sont davantage des contrats du bas et du haut de la distribution des garanties.

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

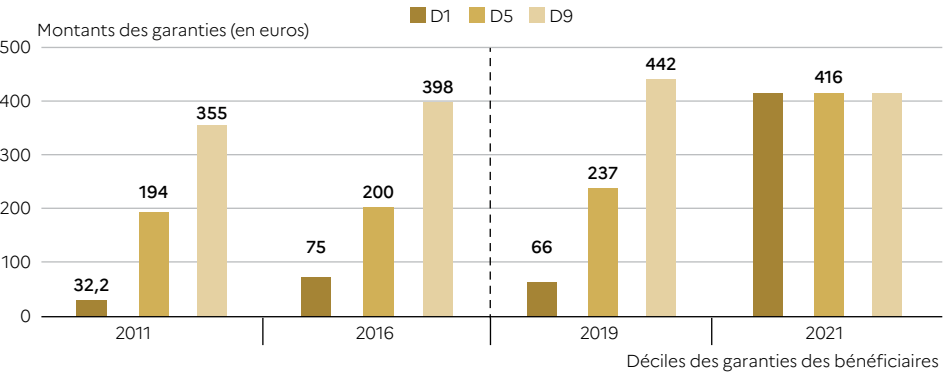
disposaient d'une garantie de remboursement inférieure (Guilloton, 2023). La réforme a donné accès à des prothèses sans reste à charge et a conduit à largement augmenter le montant remboursé par les contrats, dans le cadre d'un achat dans le panier 100 % santé.

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.

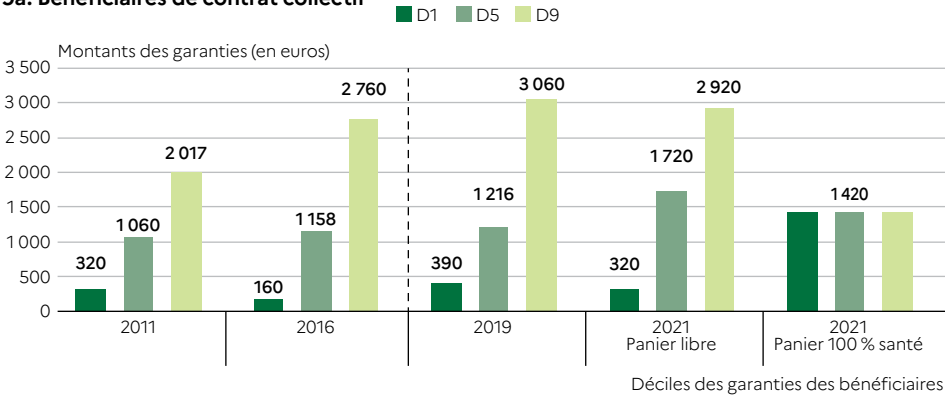
les bénéficiaires les mieux couverts. En 2016, pour l'achat d'une paire de prothèses auditives au prix médian (3 000 euros), environ 10 % des bénéficiaires de contrat collectif disposaient d'une garantie complétant le remboursement par l'AMO (s'élevant à 239,65 euros), conduisant ainsi à un reste à charge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

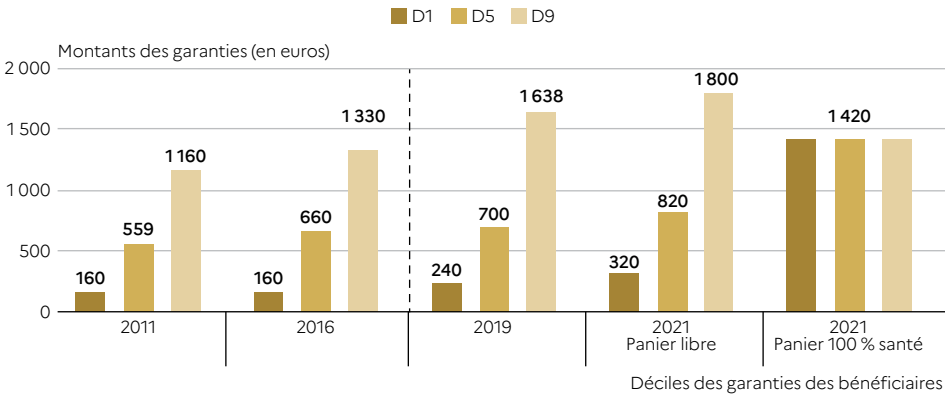
En 2019, la réforme du 100 % santé est progressivement mise en place pour l'audiologie. Elle se traduit par une évolution à la hausse de la BRSS (passant de 600 à 800 euros) et par

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.

Annexe 4

Glossaire

100 % santé : voir Réforme du 100 % santé.

A

Accord national interprofessionnel (ANI) :

accord de 2013 transposé dans la loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, qui porte sur les conditions de travail et les garanties sociales dont peuvent bénéficier les salariés au sein des entreprises. Il est issu d'un dialogue avec les partenaires sociaux, et concerne l'ensemble des secteurs d'activité. Plusieurs dispositions de l'accord ont un effet direct sur le marché de la complémentaire santé en France. Il y est notamment inclus la généralisation du dispositif de complémentaire santé d'entreprise au 1^{er} janvier 2016. Désormais, l'ensemble des établissements employeurs de droit privé, à l'exception des particuliers employeurs, ont l'obligation de proposer une complémentaire santé collective à leurs salariés et d'en financer au moins la moitié ; ceux-ci ayant, de leur côté, l'obligation de la souscrire. Certains salariés peuvent cependant demander une dispense d'adhésion (voir Dispense d'adhésion). Par ailleurs, les salariés en contrat à durée déterminée (CDD) ou en mission de moins de trois mois ayant fait une demande de dispense ont droit à une aide de la part de leur employeur pour financer leur complémentaire santé, appelée « versement santé ». Une autre mesure de l'ANI concerne l'extension de la portabilité des droits pour les chômeurs jusqu'à un an après la perte d'emploi, contre neuf mois auparavant. Celle-ci permet aux salariés ainsi qu'à leurs ayants droit de continuer à bénéficier de la complémentaire santé d'entreprise après la fin du contrat de travail, ce à titre gratuit. Le dispositif est financé soit par l'employeur seul, soit par un système de mutualisation financé en partie par l'employeur et en partie par les cotisations des salariés de l'entreprise.

Affection de longue durée (ALD) : maladie reconnue par l'assurance maladie obligatoire (AMO) comme nécessitant un suivi et des soins prolongés, et faisant l'objet d'une prise en charge spécifique. L'ensemble des soins relatifs à ces affections sont notamment pris en charge par l'AMO à 100 %, dans la limite du tarif de la Sécurité sociale (et hors franchises, participations forfaitaires, et forfaits journaliers hospitaliers).

Aide au paiement d'une complémentaire santé

(ACS) : dispositif qui visait, jusqu'en octobre 2019, à alléger le coût d'un contrat de complémentaire santé pour les ménages modestes mais non éligibles à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), remplacé depuis le 1^{er} novembre 2019 par la complémentaire santé solidaire payante (CSS-p) [voir Complémentaire santé solidaire].

Aide médicale de l'État (AME) : dispositif qui permet un accès gratuit à un panier de soins sans reste à charge plus restreint que celui de la CSS (à quelques exceptions près) pour les étrangers en situation irrégulière résidant en France depuis au moins trois mois et dont les ressources sont inférieures au plafond de la CSS gratuite (CSS-g).

Assurance maladie complémentaire (AMC) :

système d'assurance maladie qui complète celui de l'assurance maladie obligatoire pour financer les frais de santé. Elle est essentiellement privée (en dehors du dispositif public de CSS, voir Complémentaire santé solidaire). Les contrats sont proposés par différents types d'organismes : mutuelles, entreprises d'assurance ou institutions de prévoyance.

Assurance maladie obligatoire (AMO) : désigne les trois types de régimes de protection sociale (la Sécurité sociale pour le régime général et pour les indépendants, le régime agricole, les

régimes spéciaux) couvrant tout ou une partie des dépenses liées à la maladie, la maternité et les accidents privés ou professionnels, les maladies professionnelles et les couvertures d'invalidité. En fonction de son statut professionnel, chaque individu est rattaché à l'un de ces régimes obligatoires.

Assuré d'un contrat de complémentaire santé :

dans cet ouvrage, il s'agit de l'assuré principal au nom duquel le contrat de complémentaire santé est établi, ou autrement dit l'ouvrant droit du contrat.

Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) :

autorité administrative chargée du contrôle des banques et des assurances. Elle veille à la préservation de la stabilité du système financier et à la protection des clients, assurés, adhérents et bénéficiaires des personnes soumises à son contrôle. Elle assure également la mission de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Le Code monétaire et financier établit son indépendance pour l'exercice de ses missions et l'autonomie financière. Pour son fonctionnement, l'ACPR est adossée à la Banque de France, qui lui procure ses moyens, notamment humains et informatiques. L'ACPR supervise le secteur des assurances dans le cadre d'une harmonisation de la réglementation européenne promue par l'Autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles (EIOPA, ou AEAPP) et à laquelle l'ACPR participe activement.

Autres charges techniques : partie des charges d'un organisme assureur incluant les autres charges liées à l'évolution des systèmes d'information, des exigences réglementaires, etc.

Ayant droit d'un contrat de complémentaire santé : bénéficiaire d'un contrat autre que l'ouvrant droit, généralement un conjoint ou un enfant.

B

Base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS) : tarif de référence à partir duquel est

calculé le montant remboursé par la Sécurité sociale pour chaque prestation de santé, selon les taux de remboursement en vigueur. On parle aussi de « tarif de convention », de « tarif de responsabilité » ou de « tarif de la Sécurité sociale ». La BRSS sert aussi de référence aux complémentaires santé pour fixer leurs niveaux de remboursement.

Base Restes à charge (base RAC) :

base constituée par la DREES à partir des données exhaustives du Système national des données de santé (SNDS), afin de produire, pour une année donnée, des données synthétiques relatives aux dépenses de santé et aux restes à charge associés, regroupées par grand poste de soins (voir annexe 2).

Bénéficiaires d'un contrat de complémentaire

santé : personnes couvertes par un contrat, incluant l'ouvrant droit (dans ce cas on parle aussi de l'assuré) et les éventuels ayants droit (conjoint, enfants...) couverts par le même contrat.

C

Charges de gestion : charges liées au fonctionnement des organismes pour leur activité d'assurance correspondant aux frais de gestion des sinistres, frais d'acquisition, frais d'administration et autres charges techniques nettes.

Complémentaire santé : voir Assurance maladie complémentaire.

Complémentaire santé solidaire (CSS) : dispositif qui vise, depuis le 1^{er} novembre 2019, à faciliter l'accès des personnes les plus modestes à une couverture complémentaire santé et qui offre une couverture unique à tous ses bénéficiaires, avec une prise en charge d'un panier de soins sans reste à charge incluant notamment le 100 % santé en optique, en dentaire et en audiologie. La CSS remplace la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS). Selon le revenu des bénéficiaires, cette couverture est gratuite (CSS-g)

ou payante (CSS-p) avec une participation financière de 8 à 30 euros par mois selon l'âge du bénéficiaire.

Consommants : personnes ayant consommé au moins une fois des soins de santé remboursables par la Sécurité sociale et présentés au remboursement dans l'année considérée.

Consommation de soins et de biens médicaux (CSBM) : agrégat central des comptes de la santé, elle représente la valeur totale des biens et services qui concourent directement au traitement d'une perturbation de l'état de santé. Cette dépense inclut l'ensemble des biens médicaux et soins courants, y compris ceux des personnes prises en charge au titre des affections de longue durée (ALD). Elle exclut en revanche diverses composantes de la dépense liées notamment à la gestion et au fonctionnement du système ainsi qu'aux soins de longue durée, comptabilisées dans la dépense courante de santé. La CSBM couvre le champ des consommations effectuées sur le territoire national par les assurés sociaux relevant des régimes français et les personnes prises en charge au titre de l'aide médicale de l'État (AME) ou des soins urgents (soins des personnes en situation irrégulière sur le territoire français).

Contrat de complémentaire santé d'entreprise : contrat de complémentaire santé collectif conclu par un employeur pour ses salariés, et qui complète les remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Depuis la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise de 2016, tous les salariés sont concernés, sauf quelques cas de dispenses d'adhésion (voir Accord national interprofessionnel).

Contrat d'accès aux soins (CAS) : les médecins généralistes ou spécialistes de secteur 2 adhérant à ce contrat, entré en vigueur en 2013, s'engagent à respecter un taux de dépassement moyen calculé sur la base de leur activité passée ainsi qu'une certaine part de tarifs opposables. En contrepartie, ils obtiennent plusieurs avantages, dont un

allègement de charges sociales. Les patients qui se tournent vers les professionnels adhérant au CAS peuvent, eux, profiter de tarifs plus avantageux et d'un montant de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire (AMO) plus élevé. Il est remplacé par l'option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) et l'option de pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique (Optam-Co) en 2017.

Contrat au premier euro : contrat d'assurance santé à destination des personnes, travailleurs frontaliers ou expatriés par exemple, qui ne sont pas affiliées à l'assurance maladie obligatoire (AMO).

Contrat collectif : contrat de complémentaire santé de groupe souscrit par une personne morale (une entreprise, un organisme, une association, etc.) au bénéfice de personnes qui ont un lien avec elle (salariés, adhérents à l'association). Il est défini dans le Code de la Sécurité sociale aux articles L. 932.1 (adhésion obligatoire) et L. 932-14 (adhésion facultative), et dans le Code de la mutualité à l'article L. 221-2.

Contrat individuel : contrat de complémentaire santé souscrit directement par un assuré. Il s'adresse principalement aux étudiants (pour ceux qui ne sont pas couverts en tant qu'ayants droit de leurs parents), aux salariés de la fonction publique, aux indépendants, aux chômeurs et aux retraités.

Contrat de surcomplémentaire : contrat de complémentaire santé à adhésion facultative souscrit via un employeur ou directement par l'assuré en complément d'un contrat de base afin de renforcer les remboursements sur un ou plusieurs postes de soins. La surcomplémentaire s'adresse notamment aux salariés qui souhaitent une meilleure couverture que celle offerte par la complémentaire santé imposée par leur entreprise.

Contrat relevant du 1^{er} art. 998 du Code général des impôts (CGI) : cet article prévoit une exonération de taxe pour les assurances de groupe

et les opérations collectives souscrites par une entreprise ou un groupe d'entreprises au profit de leurs salariés ou par un groupement professionnel représentatif d'entreprises au profit de ses salariés ou par une organisation représentative d'une profession non salariée ou d'agents des collectivités publiques au profit de leurs membres, et dont 80 % au moins de la prime ou de la cotisation globale sont affectés à des garanties liées à la durée de la vie humaine, à l'invalidité, à l'incapacité de travail ou au décès par accident, à l'exclusion des remboursements des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ou dentaires.

Contrat responsable : pour qu'un contrat de complémentaire santé soit qualifié de « responsable », il doit encourager le respect du parcours de soins, prendre en charge certains frais de santé et respecter des planchers et plafonds de remboursements. Les conditions d'un contrat responsable sont prévues au sein des articles L. 871-1, R. 871-1 et R. 871-2 du Code de la Sécurité sociale (voir annexe 1). Le respect des obligations et limites de remboursement des contrats santé solidaires et responsables permet à l'employeur et au salarié de bénéficier d'exonérations fiscales et sociales (voir annexe 1 bis).

Contrat solidaire : un contrat de complémentaire santé est solidaire lorsque l'organisme ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts et ne recueille aucune information médicale à leur sujet (voir annexe 1). Le respect des obligations et limites de remboursement des contrats santé solidaires et responsables permet à l'employeur et au salarié de bénéficier d'exonérations fiscales et sociales (voir annexe 1 bis).

Contribution sociale généralisée (CSG) : prélèvement obligatoire proportionnel créé en 1991, qui participe au financement de la Sécurité sociale et, depuis 2018, de l'assurance chômage. Elle remplace certaines cotisations prélevées sur les salaires.

Convention de substitution : permet à une mutuelle (dite « substituée ») de transférer tout ou partie de son risque assurantiel à une autre mutuelle (dénommée « substituant »), tout en conservant une autonomie juridique et la relation avec ses adhérents. La conclusion d'une telle convention n'entraîne pas la disparition de l'entité substituée, contrairement à la fusion, opération au terme de laquelle la mutuelle absorbée est dissoute. La substitution diffère de la réassurance principalement sur le plan juridique : les mutuelles substituées ne sont pas soumises aux dispositions fixant les règles prudentielles et n'ont donc pas besoin d'un agrément pour exercer leur activité. En revanche, la substituant doit obligatoirement être agréée pour les branches prises en substitution. Pour une mutuelle substituant, les opérations prises en substitution sont considérées comme des opérations directes et doivent être intégrées dans les comptes de l'organisme.

Cotisation : voir Prime.

Couverture maladie universelle (CMU) de base : régime d'affiliation à l'Assurance maladie pour toute personne en résidence stable et régulière dès lors qu'elle ne bénéficie pas d'une couverture de base dans un autre régime. Elle est remplacée par la protection universelle maladie (Puma) depuis le 1^{er} janvier 2016, qui permet la prise en charge par l'Assurance maladie sans rupture de droit pour toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière. La CMU ne doit pas être confondue avec la CMU-C.

Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) : ancien dispositif en faveur des ménages les plus modestes permettant une prise en charge plus complète que celle des régimes de base d'assurance maladie, remplacé depuis le 1^{er} novembre 2019 par la complémentaire santé solidaire gratuite (CSS-g) [voir Complémentaire santé solidaire]. Elle pouvait être gérée, au choix du bénéficiaire, soit par son organisme d'assurance maladie d'affiliation, soit par un organisme

complémentaire inscrit sur la liste nationale des organismes volontaires pour la gérer. La CMU-C ne doit pas être confondue avec la CMU.

D

Dépense courante de santé au sens international (DCSi) : définie par le *System of Health Accounts* (SHA) dans le cadre harmonisé de présentation des statistiques sur les dépenses de santé de façon à assurer la comparabilité entre pays, elle couvre un champ plus large que la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), puisqu'elle inclut également les dépenses de prévention, les soins de longue durée et les dépenses de gouvernance.

Dépassements : montants de dépenses relatives aux soins qui dépassent la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), au titre de la liberté tarifaire. Ils concernent aussi bien les actes ou dispositifs médicaux (y compris sur les équipements du panier 100 % santé), que les consultations (voir Dépassements d'honoraires).

Dépassements d'honoraires : sous certaines conditions, les professionnels de santé sont autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires, c'est-à-dire à facturer des prestations au-delà des tarifs fixés par la Sécurité sociale. C'est le cas, par exemple, des médecins exerçant en secteur 2. Pour fixer le montant des dépassements d'honoraires, les praticiens doivent faire preuve « de tact et de mesure », selon le Code de la santé publique (article 53). La situation financière du patient, la notoriété du praticien ainsi que la complexité de l'acte et le temps nécessaire à son exécution doivent être pris en compte.

Dispense d'adhésion : possibilité laissée au salarié de refuser la complémentaire santé que propose l'entreprise. Elle s'applique dans les cas suivants : s'il est déjà couvert par une autre complémentaire santé collective (celle d'un membre de sa famille ou s'il est couvert du fait d'un autre emploi) ou s'il est couvert par une complémentaire santé

individuelle jusqu'à échéance de son contrat ; s'il était déjà dans l'entreprise au moment où la complémentaire santé a été mise en place par décision unilatérale de l'employeur ; s'il est bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire (CSS) ; s'il est salarié à temps très partiel (moins de 15 heures par semaine) ; s'il est en contrat à durée déterminée (CDD), en contrat de mission ou apprenti, ou s'il bénéficie d'un régime d'assurance maladie obligatoire spécial.

E

Entreprises d'assurance (sociétés d'assurance) : sociétés soumises au Code des assurances. Deux grands types d'entreprises d'assurance existent. D'une part les compagnies d'assurance, qui sont des sociétés commerciales à but lucratif. Le financement de ces sociétés s'effectue d'abord par les actionnaires qui reçoivent ensuite les bénéfices sous forme de dividendes. D'autre part les sociétés d'assurance mutuelles (ou mutuelles d'assurance), qui sont des sociétés civiles à but non lucratif. Le financement de ces sociétés se fait par les cotisations mensuelles des assurés, alors dénommés sociétaires. Les bénéfices sont réinvestis au service de l'activité d'assurance, dans les cotisations, les prestations, les niveaux des garanties, l'action sociale, etc. Les entreprises d'assurance constituent l'une des trois grandes familles d'organismes de complémentaire santé.

Enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire santé (enquête OC) : enquête de la DREES visant à décrire les contrats commercialisés par les organismes complémentaires (voir annexe 2).

Enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017 : enquête réalisée conjointement par la DREES et l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), sur la couverture complémentaire santé et la prévoyance d'entreprise, auprès des entreprises et de leurs salariés (voir annexe 2).

Enquête santé européenne (European Health Interview Survey) [EHIS] 2019 : enquête sur la santé, l'accès aux soins et la couverture santé, menée par la DREES, avec l'appui de l'Irdes et de l'Insee, auprès de la population âgée de 15 ans ou plus (voir annexe 2).

Enquête Santé et Protection sociale (ESPS) : enquête historique de référence sur la santé, l'accès aux soins et la couverture santé en France menée par l'Irdes jusqu'en 2014 (voir annexe 2).

Enquête Statistiques sur les ressources et les conditions de vie (SRCV) : enquête obligatoire annuelle de l'Insee qui s'inscrit dans le cadre européen EU-SILC (*European Union Statistics on Income and Living Conditions*), relative à la répartition des revenus, à la pauvreté et à l'exclusion (voir annexe 2).

F

Forfait journalier hospitalier (FJH) : participation du patient hospitalisé aux frais d'hébergement. Il s'élève à 20 euros par jour à l'hôpital ou en clinique et à 15 euros par jour pour les séjours en psychiatrie. Il est facturé pour chaque jour d'hospitalisation, y compris le jour de sortie, sauf en cas de décès ou de transfert. Il n'est pas remboursé par la Sécurité sociale mais par les contrats de complémentaire santé responsables, sans limitation de durée.

Forfait patientèle médecin traitant (FPMT) : complément de rémunération pour les médecins traitants. Entré en vigueur au 1^{er} janvier 2018, il remplace les anciens forfaits qui jouaient un rôle similaire avant 2018. Le FPMT est cofinancé par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et les organismes complémentaires.

Frais d'acquisition : partie des charges des organismes assureurs qui inclut les commissions d'acquisition, les frais des réseaux commerciaux et des services chargés de l'établissement

des contrats, de la publicité, du marketing, ou exposés à leur profit.

Frais d'administration : partie des charges d'un organisme assureur incluant les commissions d'apérition (commissions versées par les co-assureurs à l'apériteur [l'organisme qui gère pour le compte de tous les co-assureurs]) versées par les co-assureurs éventuels, de gestion et d'encaissement, les frais des services chargés de la surveillance du portefeuille de contrats, de la réassurance, du contentieux lié aux cotisations.

Frais de gestion des sinistres : partie des charges des organismes assureurs qui inclut les frais occasionnés par le traitement des dossiers sinistres (ouverture des dossiers, règlement, etc.), les commissions versées au titre de la gestion des sinistres ainsi que les frais de contentieux liés aux sinistres. Dans le Code des assurances, le terme utilisé est « frais de règlement des sinistres ».

Franchise : montant déduit des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Elle s'applique aux médicaments (0,50 euro par boîte avant le 31 mars 2024), aux actes paramédicaux (0,50 euro par acte avant le 31 mars 2024) et aux transports sanitaires (2 euros par transport sanitaire avant le 31 mars 2024). Elle est plafonnée à 50 euros par an, à 2 euros par jour pour les actes paramédicaux, et à 4 euros par jour pour les transports sanitaires. Depuis le 31 mars 2024, ces franchises, ainsi que leurs plafonds journaliers associés, ont doublé de valeur ; le plafonnement annuel reste de 50 euros. La franchise ne peut être prise en charge par les contrats de complémentaire santé responsables.

Fusion (transfert/absorption) : les organismes peuvent fusionner avec d'autres entités en transférant leur portefeuille de contrats avec les droits et obligations qui s'y rattachent. Les organismes considérés comme absorbés sont dès lors intégralement dissous. Cette procédure est validée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) et fait l'objet d'une publication au *Journal officiel*.

G

Garantie : couverture d'un risque par l'organisme assureur en contrepartie d'une cotisation.

H

Hospitalisation complète : hospitalisation durant laquelle le patient est hébergé dans un établissement de santé pour une durée supérieure à un jour et pour une nuit au moins. Un séjour dont la durée est inférieure à 24 heures (hors séances) est une hospitalisation partielle.

I

Ines-Omar : outil de microsimulation construit par la DREES à partir du rapprochement de plusieurs bases de données pour simuler au niveau individuel le partage de la dépense entre la Sécurité sociale, l'organisme de complémentaire santé et la personne, ainsi que pour analyser la redistribution opérée par l'Assurance maladie (voir annexe 2).

Institutions de prévoyance : personnes morales de droit privé à but non lucratif régies par le Code de la Sécurité sociale. Elles ont été créées par la loi n° 94-678 du 8 août 1994 relative à la protection sociale complémentaire des salariés obligeant la séparation des activités retraite et prévoyance-santé au sein des caisses de retraite complémentaire. Les institutions de prévoyance sont dirigées paritairement par les représentants des employeurs et des salariés. Les risques qui peuvent être couverts par une institution de prévoyance sont l'assurance vie, la santé, les autres dommages corporels (incapacité, invalidité, dépendance) et le chômage. Elles constituent l'une des trois grandes familles d'organismes de complémentaire santé.

L

Liberté tarifaire : voir Dépassements.

Liste des produits et prestations (LPP) : répertoire des biens médicaux remboursables par l'assurance maladie obligatoire (AMO), distinguant quatre types de produits : dispositifs médicaux, aliments, pansements (titre I) ; orthèses et prothèses externes (titre II) ; dispositifs médicaux implantables (DMI), implants, greffons (titre III) ; véhicules pour personnes en situation de handicap (titre IV) ; dispositifs médicaux invasifs non éligibles au titre III (titre V).

M

Médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (MCO) : terme utilisé pour désigner les activités de soins aigus de courte durée réalisées dans les établissements de santé, en hospitalisation (avec ou sans hébergement) ou en consultation externe.

Médecin traitant : médecin référent déclaré par tout assuré social, dans le cadre du parcours de soins coordonnés. Il assure notamment le premier niveau de recours aux soins, coordonne et oriente le suivi médical des patients, établit un protocole de soins en cas d'affection de longue durée (ALD) et assure une prévention personnalisée.

Médicament : substance active visant à prévenir ou traiter une maladie. Les médicaments constituent, avec les dispositifs médicaux, les produits de santé.

Mutuelles : personnes morales de droit privé à but non lucratif relevant du Code de la mutualité. Les mutuelles sont financées par les cotisations de leurs adhérents. Les mutuelles ne peuvent assurer que certains risques comme la santé, le chômage, l'invalidité suite à un accident du travail, l'assurance-vie, la protection juridique et la caution immobilière. Certaines mutuelles, dites « du livre II », pratiquent des opérations d'assurance, de réassurance et de capitalisation, tandis que d'autres, dites « du livre III » pratiquent la prévention, l'action sociale et la gestion de réalisations sanitaires et sociales. L'article L. 111-1

du Code de la mutualité précise les activités que peuvent exercer les mutuelles, et indique en particulier qu'elles doivent choisir de façon exclusive entre les activités du livre II et celles du livre III. Une exception réside dans le fait que les mutuelles du livre II (assurance) peuvent exercer des activités du livre III, mais uniquement de façon accessoire. Les mutuelles constituent l'une des trois grandes familles d'organismes de complémentaire santé.



Opposabilité des tarifs : droit permettant de ne pas se voir appliquer des dépassements d'honoraires par les médecins, que ceux-ci exercent en ville ou à l'hôpital et quel que soit leur secteur d'exercice (secteur 1 ou secteur 2). Ce principe d'opposabilité des tarifs s'applique à tout bénéficiaire de la complémentaire santé solidaire (CSS) et, jusqu'en 2019, à tout bénéficiaire de la CMU-C et de l'ACS.

Option de pratique tarifaire maîtrisée (Optam) : le 1^{er} janvier 2017, l'Optam pour les médecins de secteur 2, et l'Optam-Co pour les chirurgiens et obstétriciens, ont remplacé le contrat d'accès aux soins (CAS). L'Optam se différencie du CAS par la durée du contrat (un an par tacite reconduction, contre trois ans) et par des avantages financiers pour le médecin légèrement différents.

Optique complexe : équipement de correction visuelle avec des verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est comprise entre – 8,00 et + 8,00 dioptries (unité de mesure de la correction nécessaire pour bénéficier d'une vision nette), ou encore avec des verres multifocaux ou progressifs dont la sphère est comprise entre – 4,00 et + 4,00 dioptries, ou avec des verres à simple foyer dont la sphère est inférieure à – 6,00 ou supérieure à + 6,00 ou dont le cylindre est supérieur à + 4,00.

Optique simple : équipement de correction visuelle avec des verres à simple foyer dont la sphère est

comprise entre – 6,00 et + 6,00 dioptries et dont le cylindre est inférieur ou égal à + 4,00 dioptries.

Organismes complémentaires : mutuelles, entreprises d'assurance et institutions de prévoyance. Ils assurent une couverture santé en sus de celle apportée par l'assurance maladie obligatoire (AMO).

Organisme de retraite professionnelle supplémentaire (ORPS) : depuis le 1^{er} janvier 2018, les contrats de retraite professionnelle supplémentaire peuvent être gérés par ce nouveau type d'organismes. Créés par la loi relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique du 9 décembre 2016, dite « loi Sapin II », ils bénéficient d'une contrainte de fonds propres moins élevée que celle en vigueur auparavant. Les organismes d'assurance ont eu la possibilité de transférer leurs portefeuilles de retraite existants vers des ORPS jusqu'à la date limite du 31 décembre 2022. Un ORPS peut être soit un fonds de retraite professionnelle supplémentaire (FRPS), s'il est régi par le Code des assurances, soit une institution de retraite professionnelle supplémentaire (IRPS), s'il est régi par le Code de la Sécurité sociale, soit une mutuelle de retraite professionnelle supplémentaire (MRPS), s'il est régi par le Code de la mutualité.

Ouvrant droit d'un contrat de complémentaire santé : assuré principal au nom duquel le contrat de complémentaire santé est établi.



Parcours de soins coordonnés : circuit instauré par la réforme de l'Assurance maladie d'août 2004, que les patients doivent respecter pour bénéficier d'un suivi médical coordonné, et disposer d'un meilleur remboursement de leurs soins. Le parcours de soins coordonnés consiste, pour un patient, à consulter en priorité son médecin traitant pour son suivi médical, avant que celui-ci ne le redirige, le cas échéant, vers un spécialiste. L'assuré garde la possibilité de consulter

directement un spécialiste sans passer par son médecin traitant, mais il est alors moins bien remboursé par la Sécurité sociale (sauf exceptions).

Participation forfaitaire : participation à la charge des patients âgés de plus de 18 ans pour les consultations ou actes réalisés par un médecin, ainsi que pour les examens radiologiques et les analyses de biologie médicale. Initialement fixée à 1 euro, elle s'élève à 2 euros depuis le 15 mai 2024. Elle est plafonnée à 8 euros par jour (4 euros avant le 15 mai 2024) pour un même professionnel de santé et par laboratoire, et à 50 euros et par an par assuré. Elle est déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire (AMO), et ne peut être prise en charge par les complémentaires santé responsables.

Participation forfaitaire spécifique aux actes lourds : participation de 24 euros à la charge des patients âgés de plus de 18 ans pour des actes lourds particulièrement coûteux (dont la base de remboursement de la Sécurité sociale [BRSS] est supérieure ou égale à 120 euros, ou ayant un coefficient supérieur ou égal à 60). Il peut s'agir d'actes réalisés au cours d'un séjour hospitalier ou en soins de ville. Elle est déduite des remboursements effectués par l'assurance maladie obligatoire (AMO), mais est prise en charge par les complémentaires santé responsables.

Portabilité des contrats : possibilité laissée aux salariés de continuer à bénéficier de la complémentaire santé de l'entreprise après la fin de leur contrat de travail, sous certaines conditions. Ils doivent avoir adhéré à la couverture complémentaire santé d'entreprise, avoir fait l'objet d'une rupture de contrat de travail pour un motif autre que la faute lourde. De plus, il est nécessaire que la cessation du contrat de travail ouvre droit à l'assurance chômage. L'employeur doit informer l'organisme assureur de la rupture du contrat de travail du salarié concerné. Le salarié doit quant à lui adresser un justificatif de sa prise en charge par l'assurance chômage à l'organisme assureur. La loi de sécurisation de l'emploi du 14 juin 2013 a généralisé ce dispositif

de portabilité à l'ensemble des entreprises et sa durée a été allongée.

Prestation de santé : soin prodigué ou matériel médical fourni par un professionnel de santé.

Prévention : ensemble des actions menées pour éviter ou diminuer l'apparition de maladies et de troubles dans la population. La prévention institutionnelle correspond à la fraction des dépenses totales de prévention sanitaire, résultant principalement de programmes organisés. La prévention non institutionnelle est à l'initiative des patients ou des professionnels de santé, hors programmes de santé publique.

Prévoyance : couverture des risques « autres dommages corporels » (incapacité de travail – indemnités journalières, invalidité, dépendance, etc.), décès (vie entière, temporaire), perte d'emploi et famille. La prévoyance permet, selon les garanties souscrites, d'assurer un maintien partiel ou total des revenus, de bénéficier d'un complément financier ou de percevoir un capital ou une rente. Elle complète les prestations des régimes obligatoires de Sécurité sociale.

Prime (ou cotisation) : somme payée directement par un assuré ou indirectement par son employeur en contrepartie des garanties accordées par l'assureur.

R

Réassurance : la réassurance correspond à un contrat par lequel une société spécialisée (le réassureur ou le cessionnaire) prend en charge une partie des risques souscrits par un organisme assureur auprès de ses assurés. Par cette opération, le réassureur s'engage à rembourser à l'organisme assureur, en cas de réalisation du risque, une partie des sommes versées au titre des sinistres et perçoit en contrepartie une cotisation ou une portion des cotisations originales versées par le ou les assurés. La réassurance permet de mieux disperser les risques.

Réforme du 100 % santé : mise en œuvre progressivement entre 2019 et 2021, cette réforme permet aux personnes couvertes par un contrat responsable d'être remboursées intégralement de la dépense de certains équipements en optique et en prothèses dentaires et auditives. Les biens concernés sont soumis à des prix limites de vente et leur coût est supporté par l'assurance maladie obligatoire (AMO) ainsi que par l'assurance maladie complémentaire (AMC).

Régime d'assurance maladie : statut de rattachement à un groupe d'assurés, en fonction de sa situation personnelle et professionnelle. Les principaux régimes sont le régime général, le régime des indépendants et le régime agricole.

Responsable : voir Contrat responsable.

Reste à charge : montant restant à payer par une personne après intervention d'un assureur.

Reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (RAC AMC) : montant restant à payer par le patient après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (AMO) et par l'assurance maladie complémentaire (AMC), c'est-à-dire le montant dont le patient devra lui-même finalement s'acquitter. S'il n'est pas couvert par un contrat de complémentaire santé, ce montant est égal au RAC AMO.

Reste à charge après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (RAC AMO) : montant restant à payer par le patient après remboursement par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Ce montant est à payer soit par le patient lui-même, soit par sa complémentaire santé éventuelle qui peut le prendre en charge intégralement (à l'exception des participations forfaitaires et des franchises) ou partiellement.

Reste à charge opposable : part de la dépense composée du ticket modérateur (TM), du forfait

journalier hospitalier (FJH), des franchises médicales et des participations forfaitaires.

Résultat technique : différence entre les ressources (cotisations et produits financiers) et les charges (indemnisation des sinistres, charges de gestion, etc.) liées à un périmètre d'activité assurantielle.

Revenu disponible : le revenu disponible est le revenu à la disposition du ménage pour consommer et épargner. Il comprend les revenus d'activité nets des cotisations sociales, les indemnités de chômage, les retraites et pensions, les revenus du patrimoine (fonciers et financiers) et les autres prestations sociales perçues, nets des impôts directs. Ces derniers incluent l'impôt sur le revenu, la taxe d'habitation, la contribution sociale généralisée (CSG), la contribution à la réduction de la dette sociale (CRDS), et les prélèvements sociaux sur les revenus du patrimoine. Il comprend une partie du solde des transferts interménages.

S

Secteur 1/secteur 2 : un médecin conventionné de secteur 1 applique le tarif conventionnel, c'est-à-dire le tarif fixé par la Sécurité sociale. Il peut néanmoins appliquer un dépassement d'honoraires, c'est-à-dire des tarifs supérieurs à ceux établis par la Sécurité sociale, pour « exigence particulière » du patient. Un médecin conventionné de secteur 2, qu'il soit généraliste ou spécialiste, définit librement ses honoraires. Il peut donc pratiquer des tarifs supérieurs à ceux établis par la Sécurité sociale.

Société de groupe assurantiel de protection sociale (SGAPS) : personne morale qui n'est pas une compagnie financière holding mixte, qui est constituée d'entreprises d'assurance, de mutuelles ou d'institutions de prévoyance, et qui exerce sur elles une influence dominante au moyen d'une coordination centralisée sur les décisions, y compris financières. Elle doit

compter parmi ses affiliées, directement ou indirectement, au moins une institution de prévoyance.

Société de groupe d'assurance mutuelle (SGAM) : société de groupe d'assurance non capitalistique constituée d'entreprises d'assurance, de mutuelles ou d'institutions de prévoyance et qui exerce sur elles une influence dominante au moyen d'une coordination centralisée sur les décisions, y compris financières. Elle doit compter parmi ses affiliées, directement ou indirectement, au moins une société d'assurance mutuelle (voir Entreprises d'assurance).

Soins de ville : ensemble des prestations de santé autres que celles prodiguées lors d'une hospitalisation ou d'un hébergement en établissement de santé.

Soins remboursables ou non remboursables par la Sécurité sociale : tous les soins ne sont pas remboursables par la Sécurité sociale, notamment (sauf conditions particulières) les implants dentaires, la parodontologie, l'orthodontie à partir de 16 ans, les lentilles de contact, la chirurgie réfractive, les pratiques de soins non conventionnelles (ostéopathie, naturopathie, etc.) et certains soins de prévention ou médicaments. Ces soins peuvent cependant être pris en charge par certains contrats de complémentaire santé. Pour les soins remboursables, le montant remboursé par la Sécurité sociale résulte d'un taux de remboursement appliqué à une base de remboursement, dite « base de remboursement de la Sécurité sociale », ou « BRSS », minorée parfois de franchises ou de participations forfaitaires.

Souscripteur : entité (personne physique ou morale) qui signe le contrat d'assurance et paie la cotisation, et qui peut être différente de l'assuré (entité qui court le risque). En assurance complémentaire santé collective par exemple, l'entreprise souscrit et le salarié est l'assuré.

Substitution : Voir Convention de substitution.

Surcomplémentaire santé : voir Contrat de surcomplémentaire.

Système national des données de santé (SNDS) : il rassemble les données médico-administratives individuelles pseudonymisées exhaustives des bénéficiaires de la Sécurité sociale en France (voir annexe 2).

T

Tarif de convention : voir Base de remboursement de la Sécurité sociale.

Tarif de responsabilité : voir Base de remboursement de la Sécurité sociale.

Tarif de la Sécurité sociale : voir Base de remboursement de la Sécurité sociale.

Tarif opposable : tarif fixé par la Sécurité sociale pour les actes pratiqués par des professionnels de santé (médecins, spécialistes, professions paramédicales). Ces tarifs sont fixés dans le cadre d'une convention signée entre les professionnels de santé et l'Assurance maladie. L'application stricte de ces tarifs ne laisse aucun reste à charge pour les patients couverts par un contrat de complémentaire santé responsable, hors participations forfaitaires et franchises.

Taux d'effort en primes de complémentaires et restes à charge en santé : rapport entre, d'une part, les primes payées par le ménage pour ses contrats de complémentaire santé (hors participation employeur et hors chèque d'aide au paiement d'une complémentaire santé [ACS] éventuels) ajoutées au reste à charge après remboursement par l'assurance maladie complémentaire (RAC AMC), et, d'autre part, le revenu disponible du ménage après prélèvement du financement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) par la contribution sociale généralisée (CSG) et les cotisations sociales.

Taux d'effort pour le financement de l'assurance maladie obligatoire : rapport entre la contribution au financement de l'assurance maladie obligatoire (AMO) payée par le ménage *via* des prélèvements sociaux, et le revenu disponible du ménage avant prélèvement du financement de l'AMO par la contribution sociale généralisée (CSG) et les cotisations sociales.

Taux d'effort des ménages pour l'ensemble de leurs dépenses de santé : rapport entre l'ensemble des dépenses de santé des ménages (contribution au financement de l'assurance maladie obligatoire [AMO] *via* des prélèvements sociaux, primes de complémentaire santé, et reste à charge final) et leur revenu disponible avant prélèvement du financement de l'AMO par la contribution sociale généralisée (CSG) et les cotisations sociales.

Taux de recours à un dispositif : pour une année donnée, rapport entre le nombre de personnes bénéficiant d'un dispositif et le nombre de personnes y étant éligibles.

Taux de recours à un poste de soins : pour une année donnée, rapport entre le nombre de personnes recourant à un poste de soins et le nombre de personnes ayant consommé au moins un soin (tous postes de soins confondus).

Taux de remboursement : pour les soins remboursables par la Sécurité sociale, taux appliqué à la base de remboursement afin de déterminer le montant du remboursement de la Sécurité sociale. Selon le soin, des franchises ou des participations forfaitaires peuvent aussi diminuer ce montant.

Taxe de solidarité additionnelle (TSA) : taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, prélevée en France sur tous les contrats de complémentaire santé (y compris sur les contrats d'indemnités journalières), affectée notamment au financement de la complémentaire santé solidaire (CSS) [voir annexe 1 bis].

Ticket modérateur (TM) : montant (en plus de la participation forfaitaire ou de la franchise) non remboursé par l'assurance maladie obligatoire (AMO), sur la base du tarif de convention. Il existe depuis la création de la Sécurité sociale et s'applique sur tous les frais de santé remboursables. Son pourcentage varie selon l'acte ou le traitement et le respect, ou non, du parcours de soins coordonnés. Il doit être intégralement pris en charge par les contrats de complémentaire santé responsables, que ce soit pour les soins de ville, les hospitalisations, ou les forfaits journaliers hospitaliers sans limitation de durée (mais à l'exception des frais de cure thermale ou des médicaments à service médical rendu faible ou modéré, où la prise en charge n'est pas obligatoire).

U

Union de mutuelles : personne morale de droit privé à but non lucratif, créée par plusieurs mutuelles ou unions et susceptible d'accepter ultérieurement l'adhésion d'autres mutuelles. On distingue les unions de mutuelles des unions de groupe mutualiste (UGM) et des unions mutualistes de groupe (UMG). Les UGM sont des unions dans lesquelles chaque membre demeure directement responsable de la garantie de ses engagements. Les UMG sont des entreprises qui ne sont pas des compagnies financières holding mixtes, qui peuvent regrouper des mutuelles, des unions de mutuelles, des institutions de prévoyance ou des entreprises d'assurance et qui exercent sur elles une influence dominante au moyen d'une coordination centralisée sur les décisions, y compris financières. Les UMG doivent compter parmi leurs affiliées, directement ou indirectement, au moins une mutuelle. ■

Cette édition a fait l'objet, le 15/04/2025, de corrections par rapport à la version initiale publiée le 10/07/2024.

Ces corrections portent sur le tableau 1 de la fiche 22 (page 155) et l'encadré 1 de la fiche 24 (page 167) pour des rectifications sur les montants réglementaires et les dates d'entrée en vigueur des modifications liées à la réforme du 100 % santé.

Elles portent également sur l'annexe 3 (pages 233 et 234), où les principaux contrats doivent se comprendre en termes de nombre de bénéficiaires et non ceux avec les chiffres d'affaires les plus élevés.

La complémentaire santé

Acteurs, bénéficiaires, garanties

ÉDITION 2024

En France, 96 % des personnes bénéficient d'une assurance santé complémentaire, collective ou individuelle, pour financer les dépenses non couvertes par l'assurance maladie obligatoire (AMO). Ce second étage de couverture santé, quasi universel, joue un rôle important dans l'accès aux soins.

Cet ouvrage examine les différents types de contrats et leurs caractéristiques, les organismes qui les proposent et leur place dans le financement des dépenses de santé. Il analyse la prise en charge des différents postes de soins et décrit les dispositifs spécifiques destinés aux personnes les plus vulnérables. Il détaille également les restes à charge pour les ménages, et le poids de ces dépenses dans leurs revenus.

L'édition 2024 s'enrichit de plusieurs fiches éclairant les changements récents intervenus sur ce marché et la régulation de ce dernier par les pouvoirs publics. Elle dresse un premier bilan de la réforme du 100 % santé mise en place entre 2019 et 2021, permettant aux bénéficiaires d'un contrat de complémentaire santé responsable d'accéder sans reste à charge à des prothèses dentaires, auditives et à des équipements optiques. Elle étudie également les effets de la réforme de 2019 de la couverture complémentaire pour les ménages modestes, les deux dispositifs précédents ayant fusionné en un dispositif unique de complémentaire santé solidaire (CSS).

Dans la même collection **SANTÉ**

- > Les dépenses de santé
- > Les établissements de santé
- > Portrait des professionnels de santé

www.drees.solidarites-sante.gouv.fr