

En France métropolitaine, avant la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise à l'ensemble des salariés du secteur privé, 95 % de la population étaient déjà couverts par une complémentaire santé, dont 7 % par la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Néanmoins, la part de non-couverts varie fortement selon le milieu social. Elle est beaucoup plus élevée chez les personnes les plus modestes et les inactifs, alors que la quasi-totalité des salariés sont couverts. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise ne modifie que peu les inégalités de couverture. En effet, si elle a mécaniquement fait augmenter la part de salariés couverts par un contrat collectif, elle n'a pas eu d'effet marqué sur leur taux de couverture, ceux-ci bénéficiant déjà très largement d'une complémentaire santé auparavant. De plus, son potentiel de diffusion aux proches des salariés du privé reste assez limité.

Les pouvoirs publics ont cherché à favoriser l'élargissement et l'amélioration de la complémentaire santé

La couverture par une complémentaire santé apparaît comme un élément déterminant de l'accès aux soins. Plusieurs travaux ont mis en lumière un lien fort entre absence de complémentaire santé et renoncement aux soins pour raisons financières, notamment pour l'optique, les soins dentaires et les soins prothétiques (Després *et al.*, 2011 ; Jess, 2015). Les pouvoirs publics ont ainsi cherché à favoriser sa diffusion en agissant auprès des entreprises et des particuliers : exonérations de charges sociales et fiscales sur les contrats collectifs d'entreprise à la fin des années 1970 et au début des années 1980, et sur les contrats des indépendants en 1994 (loi « Madelin ») ; mise en place de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) en 2000 ; instauration de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) en 2005. Enfin, le 1^{er} janvier 2016 est entré en vigueur l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 généralisant la couverture complémentaire santé d'entreprise à l'ensemble des établissements employeurs de droit privé, à l'exception des particuliers employeurs. Ces mesures peuvent avoir un effet sur les inégalités de couverture, à la fois par l'accès à une complémentaire

à des personnes non couvertes, et par les modifications de sa qualité, notamment pour de nombreux salariés basculant d'une couverture individuelle à une couverture collective.

L'absence de couverture reste fortement liée aux ressources financières et au milieu social

En 2014, selon les données de l'Enquête santé européenne-Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) [encadré 1], 95 % de personnes sont couvertes par une complémentaire santé en France métropolitaine, dont 7 % par la CMU-C (Céant, Rochereau, 2017)¹. Malgré l'existence de la CMU-C et de l'ACS, plus de 12 % des personnes parmi les 20 % les plus modestes (premier quintile de revenu) ne bénéficient d'aucune couverture, contre 5 % de celles du deuxième quintile de revenu, 3 % de celles du troisième, et 2 % à partir du quatrième. Les personnes sans couverture complémentaire sont ainsi plus nombreuses parmi celles ayant de faibles revenus (graphique 1). La moitié des personnes non couvertes ont un revenu mensuel inférieur à 970 euros par unité de consommation et pourraient donc, en principe, prétendre à la CMU-C ou à l'ACS. Aux inégalités sociales d'accès à la complémentaire santé s'ajoutent les différences de taux de couverture

1. En 2014, d'après le Fonds CMU, le taux en France s'élevait à 7,7 % et en 2017, il atteignait 8,2% (voir fiche 16).

selon le statut d'emploi. Ainsi, en 2014, le taux de personnes non couvertes était faible parmi les personnes en emploi : 2 % à 3 % pour les salariés du public et du privé, 5 % pour les travailleurs indépendants. Les retraités étaient également peu nombreux à ne pas être couverts (3 %). En revanche, la part de personnes non couvertes parmi les personnes au foyer, les « autres inactifs » et les chômeurs s'élevait respectivement à 9 %, 11 % et 16 %, soit bien plus que le taux moyen de 5 % observé pour l'ensemble de la population.

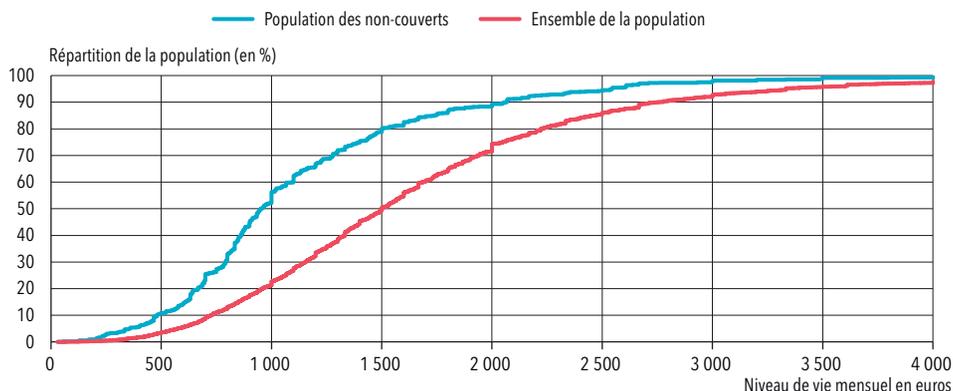
Comme par le passé, le premier motif d'absence de couverture demeure financier : plus de la moitié des enquêtés non couverts déclarent qu'ils ne le sont pas parce que les contrats sont trop chers. Une partie des personnes ayant avancé ce motif peuvent, du fait d'un bon état de santé, estimer que les contrats sont

trop chers au regard de leurs besoins. Néanmoins, l'invocation de ce motif est beaucoup plus fréquente dans le bas de la distribution des niveaux de vie (65 % parmi les 40 % les plus modestes, contre 39 % parmi les 60 % les plus aisés). Cette absence de couverture en raison de contraintes financières peut résulter pour une partie des individus d'une méconnaissance des dispositifs d'aides (CMU-C ou ACS)².

Sept salariés du privé sur dix couverts par un contrat collectif en 2014, près de neuf sur dix après la généralisation

Au-delà de l'accès à la couverture complémentaire, des différences sont observées selon le type de couverture, en particulier entre les personnes couvertes par des contrats individuels ou collectifs, ces derniers étant, en général, de meilleure qualité (voir fiches 11

Graphique 1 Répartition des personnes non couvertes par une complémentaire santé selon leur niveau de vie en 2014



Note > Les niveaux de vie sont calculés en rapportant le revenu total de chaque ménage au nombre d'unités de consommation au sens de l'échelle d'équivalence de l'Organisation de coopération et de développement économiques (OCDE) qui permet de comparer les niveaux de vie de ménages de taille ou de composition différentes. Elle attribue un poids de 1 pour le premier adulte du ménage, et 0,5 par personne supplémentaire âgée de 14 ans ou plus et 0,3 par enfant âgé de moins de 14 ans.

Lecture > 53 % des personnes non couvertes par une complémentaire santé ont un niveau de vie inférieur à 1 000 euros par mois, contre 20 % de l'ensemble de la population. 80 % des personnes non couvertes ont un niveau de vie inférieur à 1 500 euros par mois, contre 50 % de l'ensemble de la population. L'écart entre les deux courbes de répartition selon le niveau de vie (celle des non-couverts et celle de l'ensemble de la population) est d'autant plus important que la concentration des non-couverts en bas de l'échelle des niveaux de vie est élevée.

Champ > Personnes vivant dans un ménage ordinaire de France métropolitaine.

Source > Irdes, DREES, EHIS-ESPS 2014.

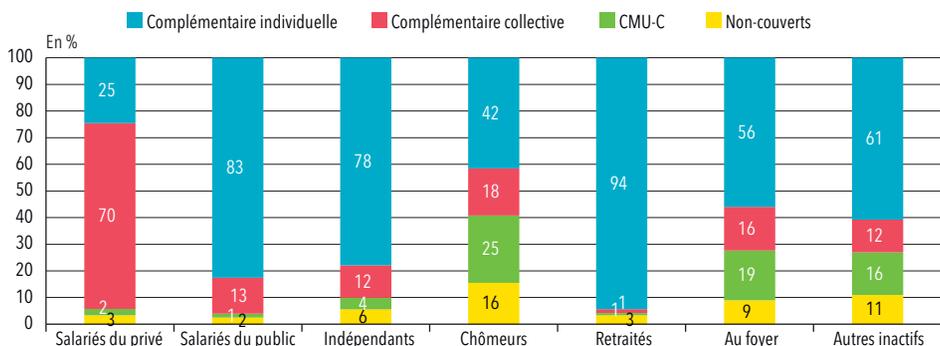
2. Ainsi, en 2014, selon le Baromètre d'opinion de la DREES, 90 % des Français connaissent la CMU-C, mais seuls 49 % savent précisément à qui elle s'adresse (Papuchon, 2016). Quant à l'ACS, elle n'est connue que de 29 % des Français, dont 12 % qui connaissent les critères d'éligibilité. Une enquête menée en 2009 auprès d'assurés de la Caisse primaire d'assurance maladie (CPAM) de Lille-Douai montrait que deux tiers des individus éligibles à l'ACS, selon les informations transmises par la Caisse d'allocations familiales (CAF), ne connaissaient pas le dispositif (Guthmuller *et al.*, 2014).

et 24). Parce que ce sont les premiers à bénéficier d'une complémentaire santé collective, les salariés du secteur privé requièrent une attention particulière. Avant la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, les contrats collectifs étaient déjà largement diffusés. Ainsi, sept salariés du privé sur dix déclaraient être couverts par un contrat collectif en 2014 : six sur dix l'avaient obtenu par l'intermédiaire de leur propre entreprise et un sur dix par l'intermédiaire de celle d'un proche. Néanmoins, de fortes disparités prévalaient selon le type de contrats de travail et la condition d'emploi. Ainsi, en 2014, trois quarts des salariés en contrat à durée indéterminée (CDI) et des salariés à temps complet bénéficiaient d'une couverture d'entreprise contre un tiers des personnes en contrat à durée déterminée (CDD) et la moitié des salariés à temps partiel. De plus, parmi les personnes en CDD couvertes par une complémentaire d'entreprise, 45 % l'étaient en tant qu'ayants droit. Enfin, seuls 26 % des salariés des particuliers employeurs étaient couverts en 2014 par une complémentaire santé collective, tous à titre d'ayants droit³. Sur le champ des salariés du privé, hors ceux des particuliers employeurs qui ne font pas partie du cadre de la généralisation de la complémentaire santé, 71 % étaient, en 2014, couverts par un contrat

collectif. D'importants écarts existaient selon la catégorie professionnelle. Ainsi, parmi les salariés près de 88 % des cadres déclaraient bénéficier d'une couverture santé d'entreprise, contre 77 % des personnes occupant une profession intermédiaire, 70 % des ouvriers qualifiés et 66 % des employés administratifs. Enfin, les employés de commerce et les ouvriers non qualifiés n'étaient respectivement que 58 % et 52 % à bénéficier d'un tel contrat. De plus, lorsqu'ils étaient couverts par un contrat collectif, ces derniers l'étaient plus souvent à titre d'ayants droit : 25 % pour les employés de commerce, 23 % pour les employés administratifs et 21 % pour les ouvriers non qualifiés, contre 15 % dans l'ensemble de la population des salariés couverts par un contrat collectif.

Les salariés du privé qui n'étaient pas couverts par un contrat d'entreprise l'étaient néanmoins très largement par une complémentaire : la très grande majorité sous contrat individuel et, pour une part beaucoup plus réduite, par la CMU-C (*graphique 2*). L'enquête PSCE 2017 permet de mesurer la diffusion des contrats collectifs après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise parmi les salariés du secteur privé, hormis ceux des particuliers employeurs. En 2017, 83 % sont couverts par leur entreprise, dont 91 % des cadres, 79 % des

Graphique 2 Absence et type de couvertures complémentaires de santé, selon le statut d'emploi en 2014



Lecture > Parmi les salariés du privé, y compris ceux des particuliers employeurs, 2 % bénéficient de la CMU-C, 70 % d'un contrat collectif, 25 % d'un contrat individuel et 3 % ne sont pas couverts.

Champ > Personnes vivant dans un ménage ordinaire de France métropolitaine.

Source > Irdes, DREES, EHIS-ESPS 2014.

3. Les salariés de particuliers employeurs regroupent toutes les personnes qui travaillent pour des particuliers : gardes d'enfant à domicile, assistantes maternelles et emplois familiaux (ménage, soutien scolaire, gardiennage, etc.).

employés, 81 % des ouvriers. Parmi les 17 % restant, la grande majorité (8 sur 10) bénéficie d'une dispense d'adhésion (voir fiches 14 et 24). De plus, à partir des motifs de dispenses d'adhésion déclarés par le salarié, on peut estimer qu'entre 29 % et 45 %⁴ des dispensés sont couverts par une complémentaire santé d'entreprise, que celle-ci soit souscrite par un membre de la famille ou *via* un autre emploi. Ainsi, entre 87 % et 89 % des salariés du privé sont couverts par une complémentaire santé d'entreprise en 2017, dont 4 % à 6 % en tant qu'ayants droit.

Un potentiel de diffusion de la complémentaire santé d'entreprise limité en dehors des salariés du secteur privé

Les personnes qui ne travaillent pas dans le secteur privé peuvent bénéficier des contrats collectifs à titre d'ayant droit d'un proche qui y travaille. Par ailleurs, les chômeurs pouvaient, avant même l'entrée en vigueur de l'ANI de 2013, bénéficier d'un maintien des garanties de leur ancien contrat d'entreprise, mais à des conditions moins avantageuses que celles découlant de cet accord (voir fiche 26). En 2014, selon l'enquête EHIS-ESPS, en dehors des salariés du secteur privé, la couverture d'entreprise concernait près d'une personne sur cinq. Près de la moitié des enfants bénéficiaient du contrat d'entreprise d'un proche (46 %), 38 % étaient couverts par un contrat individuel et près de 12 % par la CMU-C. Les chômeurs étaient 17 % à être couverts par un contrat collectif, 6 % à titre d'assurés et 11 % à titre d'ayants droit. Enfin, 13 % des actifs du secteur public, 12 % des indépendants, 16 % des personnes au foyer, 12 % des autres inactifs et à peine 1 % des retraités étaient couverts par une complémentaire collective. Une complémentaire santé d'entreprise peut être étendue aux proches, à la discrétion de l'entreprise. La généralisation de la complémentaire d'entreprise n'ayant pas modifié ces modalités d'extension, son incidence pour les personnes appartenant au ménage d'un salarié du privé déjà couvert par un contrat collectif d'entreprise est *a priori* nulle. En

revanche, les proches d'un salarié nouvellement couvert par son entreprise à la suite de la généralisation ont, pour certains, pu accéder à une couverture d'entreprise, qu'ils aient été couverts par un contrat individuel ou sans couverture complémentaire avant. À partir des données de l'enquête EHIS-ESPS, et selon l'hypothèse d'une couverture de l'ensemble des salariés du privé – hors ceux des particuliers employeurs – par un contrat collectif, on estime que 12 % des personnes ne travaillant pas dans le privé ont pu avoir un proche nouvellement couvert par son entreprise, en particulier 19 % des enfants, 14 % des chômeurs, 12 % des salariés du public, 12 % des indépendants et 3 % des retraités. Parmi les personnes non couvertes par une complémentaire santé⁵, cette part aurait pu atteindre 26 %. Dans les faits, nettement moins de personnes ont dû effectivement bénéficier de la généralisation. D'une part, parce qu'après la généralisation, il subsiste une proportion de salariés du privé qui ne sont pas couverts par la complémentaire santé de leur entreprise et donc leurs proches non plus. D'autre part, parce que selon l'enquête PSCE 2017, seulement 50 % des salariés qui sont couverts par leur entreprise ont étendu leur contrat à un proche. En effet, une partie des contrats collectifs est réservée aux seuls salariés et, lorsqu'elle existe, l'extension est parfois facultative et peu attractive. C'est le cas en particulier si elle ne s'accompagne pas d'un financement de la couverture des ayants droit par l'entreprise.

Les inégalités sociales d'accès à la couverture santé persistent *a priori* après la généralisation en entreprise

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a pu s'accompagner aussi d'une amélioration de la couverture des chômeurs et de leurs proches en raison de l'extension du dispositif de maintien des garanties dont ils bénéficient. Un travail d'évaluation *ex ante* de l'effet de la généralisation sur le taux global de couverture de la population française (Jusot et Pierre, 2015) estime que ce renforcement de la portabilité des contrats pour les

4. Selon qu'on inclut ou pas les salariés couverts *via* la complémentaire santé du conjoint sans précision sur le type de complémentaires (collective ou individuelle).

5. En 2014, selon l'enquête EHIS-ESPS, un peu plus de 5 % des personnes non salariées du secteur privé n'avaient pas de couverture complémentaire santé.

chômeurs réduit le taux de non-couverts dans l'ensemble de la population de 0,3 point.

Cette même étude permet d'établir qu'en définitive, le potentiel d'accroissement du taux de couverture de la population française en raison de la généralisation est variable selon les hypothèses formulées en matière d'extension. Elle évalue ainsi que le taux de non-couverts se situerait dans une fourchette allant de 2,7 % pour le scénario le plus favorable (couverture de l'ensemble des salariés du secteur privé et de leurs ayants droit) à 4,4 % pour le moins favorable, contre près de 5 % en 2014. Considérant, sur les contrats d'entreprise, la proportion non négligeable de dispenses d'adhésion et la part importante de salariés pour lesquels le contrat n'a pas été étendu à des proches, les taux les plus favorables semblent exclus. Par ailleurs, à partir de données

macro-économiques et d'hypothèses conservatrices, la DREES estime qu'en 2016, première année de la généralisation, le taux de couverture aurait atteint 96 % (Montaut et Adjérad, 2019).

De surcroît, quel que soit le scénario, ce taux varierait toujours fortement selon le milieu social. Dans le cadre du scénario intermédiaire d'extension, le taux de non-couverts s'élèverait à 12,7 % pour les personnes dont le niveau de vie est inférieur à 650 euros par mois, contre moins de 1 % pour les individus dont le niveau de vie excède 2 000 euros par mois. Au-delà de ces estimations *ex ante*, et en complément de l'enquête PSCE 2017 qui évalue les effets de la généralisation sur les salariés et les chômeurs de courte durée, les enquêtes SRCV 2017 et EHIS 2019 permettront de mesurer les effets en population générale, notamment sur les ayants droit de salariés. ■

Encadré 1 L'Enquête santé européenne (EHIS)-Enquête santé et protection sociale (ESPS)

L'enquête Santé et Protection sociale (ESPS) recense les contrats au sein de chaque ménage et, pour chacun d'entre eux, recueille la liste des personnes qui sont couvertes, le mode d'obtention (par l'entreprise ou par une démarche individuelle), le niveau de prime, l'opinion sur les garanties, l'ancienneté du contrat. Lorsque l'enquêté a indiqué avoir changé de contrat au cours des douze derniers mois, il est interrogé sur les raisons de ce changement, l'évolution en matière de garanties et de primes. Un module destiné aux personnes qui ne sont couvertes par aucun contrat recueille les motifs d'absence de couverture, l'existence d'une couverture passée et, le cas échéant, l'ancienneté et le motif de la perte de couverture. Les informations médicales et de protection sociale complémentaire sont enrichies par le recueil de données géographiques, démographiques, économiques et familiales : âge et sexe, revenu, occupation, catégorie professionnelle, niveau d'études, composition du ménage et type de ménage.

En 2014, l'enquête ESPS a été le support de l'enquête Santé européenne (EHIS) et se dénomme ainsi EHIS-ESPS. Néanmoins, les données utilisées pour la présente publication, en particulier celles qui concernent la complémentaire santé, sont toutes issues du socle de questions lié à l'enquête ESPS, ce qui permet la comparaison avec les enquêtes précédentes.

Le champ de l'enquête correspond aux personnes vivant dans un ménage ordinaire de France métropolitaine. Sont donc en particulier exclus les étudiants vivant en résidence étudiante et les personnes âgées vivant en institution (voir annexe 3).

Pour en savoir plus

- > **Célant, N., Rochereau, T.** (2017, octobre). L'Enquête santé européenne - Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014. Irdes, Rapport, 566.
- > **Despès, C., Dourgnon, P., Fantin, R., et al.** (2011, novembre). Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 170.
- > **Guthmuller, S., Jusot, F., Renaud, T., et al.** (2014, février). Comment expliquer le non-recours à l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé ? Les résultats d'une enquête auprès de bénéficiaires potentiels à Lille en 2009. Irdes, *Questions d'économie de la santé*, 195.
- > **Jess, N.** (2015, décembre). Les effets de la couverture maladie universelle complémentaire sur le recours aux soins. DREES, *Études et Résultats*, 944.
- > **Jusot, F., Pierre, A.** (2015, mai). 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.
- > **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.
- > **Montaut, A., Adjerad, R.** (2019, janvier). Première estimation du nombre de personnes couvertes par les organismes privés d'assurances, par risque social. DREES, *Études et Résultats*, 1101.
- > **Papuchon, A.** (2016, mars). Prestations sociales : les personnes éligibles sont-elles les mieux informées ? DREES, *Études et Résultats*, 954.
- > **Perronnin, M., Louvel, A.** (2018, janvier). La complémentaire santé en 2014 : 5 % de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres. DREES, *Études et Résultats*, 1048.