



**HAL**  
open science

## Assurance maladie complémentaire des militaires français

Gaëlan Rolland

► **To cite this version:**

Gaëlan Rolland. Assurance maladie complémentaire des militaires français. Médecine humaine et pathologie. 2024. <dumas-04937995>

**HAL Id: dumas-04937995**

**<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-04937995v1>**

Submitted on 10 Feb 2025

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire HAL, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons CC BY-NC-ND 4.0 - Attribution - Non-commercial use - No Derivative Works - International License

## **AVERTISSEMENT**

Cette thèse d'exercice est le fruit d'un travail approuvé par le jury de soutenance et réalisé dans le but d'obtenir le diplôme d'Etat de docteur en médecine. Ce document est mis à disposition de l'ensemble de la communauté universitaire élargie.

Il est soumis à la propriété intellectuelle de l'auteur. Ceci implique une obligation de citation et de référencement lors de l'utilisation de ce document.

D'autre part, toute contrefaçon, plagiat, reproduction illicite encourt toute poursuite pénale.

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 122.4

Code de la Propriété Intellectuelle. Articles L 335.2 - L 335.1

**UNIVERSITÉ PARIS CITÉ**

Faculté de Santé

**UFR de Médecine**

**Année 2024**

**N°**

**THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE**

Présentée et soutenue publiquement le : 16/09/2024

Par

**Gaëlan ROLLAND**

**Assurance maladie complémentaire des militaires français**

Dirigée par Mme la Docteure Sophie TCHAKAMIAN et

Mme la Docteure Sandrine DURON-MARTINAUD

JURY

Mme la Professeure Aurélie MAYET

Présidente

Mme la Docteure Sandrine DURON-MARTINAUD

Co-directrice

Mme la Docteure Sophie TCHAKAMIAN

Co-directrice

M. le Docteur Guillaume CASSOURRET

Membre du jury

Mme la Docteure Aurélie PIERRE

Membre du jury



**MINISTÈRE  
DES ARMÉES**

*Liberté  
Égalité  
Fraternité*



---

**ÉCOLE DU VAL DE GRACE – Paris**

**A Monsieur le médecin général inspecteur Guillaume PELÉE de SAINT MAURICE**

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Directeur de l'Académie de santé des armées

Directeur de l'École du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Officier dans l'Ordre National du Mérite

Chevalier dans l'Ordre des Palmes Académiques

**A Monsieur le pharmacien général François CAIRE-MAURISIER**

Professeur agrégé du Val-de-Grâce

Directeur-adjoint de l'Académie de santé des armées

Directeur-adjoint de l'École du Val-de-Grâce

Chevalier de la Légion d'Honneur

Chevalier dans l'Ordre National du Mérite

Officier dans l'Ordre des Palmes Académiques

## Remerciements

---

### Au président du jury

***À Madame le Médecin en Chef Aurélie MAYET***

***Professeure agrégée du Val-de-Grâce***

Vous me faites l'honneur de présider mon jury de thèse. Je sais l'intérêt particulier que vous portez à améliorer l'état de nos connaissances sur la santé de nos soldats. Aussi je mesure l'honneur que vous me faites de juger mon travail. Veuillez recevoir, Colonel, l'expression de mes respectueux remerciements.

## **Aux membres du jury**

### ***À Monsieur le Médecin en Chef Guillaume CASSOURRET***

Vous me faites l'honneur en votre qualité de chef adjoint du bureau offre de soins de la DCSSA de juger ce travail. Par votre parcours et votre dévouement au service de nos soldats vous êtes une source d'inspiration. Veuillez recevoir, Colonel, l'expression de ma respectueuse considération.

### ***À Madame le Docteur ès sciences économiques Aurélie PIERRE***

Vous me faites l'honneur d'accepter de siéger dans mon jury de thèse. Par vos travaux et les cours dispensés, vous nous permettez de mieux appréhender les inégalités sociales de santé. Je vous remercie chaleureusement de l'intérêt que vous portez à ce travail. Veuillez recevoir, Madame, l'expression de ma profonde admiration.

## **A mes directrices de thèse**

### ***À Madame le Médecin en Chef Sandrine DURON-MARTINAUD***

Je vous remercie de m'avoir soutenu dans ce travail de thèse depuis son commencement. Vous m'avez permis dès 2019 d'aborder les politiques de santé au profit de nos armées. Malgré l'éloignement, vos remarques et votre rigueur ont été un soutien sans faille tout au long de ce travail. Soyez assuré, Colonel, de ma reconnaissance et de mon plus profond respect.

### ***À Madame le Médecin en Chef Sophie TCHAKAMIAN***

Je vous remercie d'avoir accepté de co-diriger ce travail de thèse et de m'avoir soutenu tout au long de sa réalisation. Nos multiples échanges, notamment au CESP, ont permis de le mener à bien mais aussi d'approfondir mes connaissances en santé publique. Veuillez recevoir, Colonel, l'expression de ma gratitude et de mon profond dévouement.

**A mes parents**, je vous remercie pour votre soutien de chaque instant dans l'ensemble de mes projets professionnels ou personnels. Sans l'amour que vous me portez et l'éducation que vous m'avez dispensée, rien de tout cela n'aurait été possible. **Maman** ta rigueur et ton sens du travail m'oblige. **Papa**, ta soif d'aider autrui est un exemple.

**A mon frère, Yann**, je te souhaite de trouver autant de bonheur que possible dans tes projets professionnels. Puisseons-nous toujours profiter de notre bassin natal.

**A ma demi-sœur, Aël**, je te souhaite de profiter le plus longuement possible de cette insouciant période qu'est l'enfance. Puisse-tu toujours garder ton énergie débordante.

**A mes grands-parents**, vous êtes un modèle d'amour et de constance. Je mesure chaque jour la chance de vous avoir à mes côtés. Vous m'avez guidé sur la voie de la médecine militaire, je vous en remercie.

**A ma grand-mère et à mon grand-père (†)**, qui m'avez donné le goût de la chose belle et des bons vins.

**A Arthur et Thibaut**, je mesure la chance de vous avoir rencontré cet été de 2015. Merci de me soutenir et de me faire grandir depuis toutes ces années. « Nos » colocations furent de merveilleux moments. Votre engagement scout fût un exemple. Par cette promesse prononcée à l'été 2020, j'en mesure désormais toute la force.

**A mes amis Tivoliens**, nos années collège et lycée comptent parmi les plus heureuses et les plus riches que j'ai vécu. Soyez toujours assurés de trouver la porte de ma maison ouverte (et un bordeaux à partager !).

**A Olivier**, cher co-bizuth je te souhaite un très bel épanouissement professionnel et personnel.

**A mes amis de la Boâte**, Cyril, Lucas, Jean-Baptiste, Antoine, Paul, Vincent, Marie, Théo, James, Julien, Louis, Guillemette, Christopher, Alexandre, Arnaud, Maël, Nathan, et à tous les autres, je vous remercie pour toute la joie procurée par votre compagnie. Je n'aurai pas pu espérer meilleures années de médecine qu'à vos côtés.

**A mes amis du groupe Lyon II**, nos week-ends sous tente et nos vacances, toujours marqués par la générosité, la bienveillance et la fraternité, m'honorent.

**Aux instituteurs** de mon cher village et **aux professeurs de Tivoli**, l'aboutissement de ces années d'étude n'aurait pas été possible sans votre exigence, votre altruisme et votre professionnalisme.

**A mes co-internes militaires et civils**, chers compagnons, ce fût un plaisir de partager à vos côtés ces journées d'infortune et ces longues nuits.

**Au personnel du CESP**A, que je remercie chaleureusement pour son accueil. **Joffrey MARCHI**, je suis particulièrement reconnaissant pour le travail d'analyse que tu as mené en sus de tes nombreux travaux ainsi que pour ta relecture.

**Aux équipes des services de l'HIA Bégin**, des urgences, de médecine interne, de maladie infectieuse et tropicale,

**à la 2<sup>ème</sup> antenne médicale de Paris-École Militaire**,

**à l'antenne médicale de Ménilmontant du 1<sup>er</sup> groupement de la BSPP**,

**aux équipes des SSPI Gaston-Cordier et Babinski**,

**à soignants des urgences pédiatrique de Robert Debré**,

en apprenant à vos côtés, vous avez fait de moi le médecin militaire que je serai. Soyez assuré de mon respect et de ma gratitude éternelle.

**A nos soldats, à mes patients**, je vous remercie de me rappeler chaque jour que la médecine est une école d'humilité et de travail. Je vous assure de servir sans compter.

## Résumé et indexation en français

---

**Titre de la thèse : Assurance maladie complémentaire des militaires français**

### Résumé :

**Contexte :** l'assurance maladie complémentaire joue un rôle prépondérant dans le financement du panier de soins des Français. La généralisation de la complémentaire santé, initiée dès 2016 dans le secteur privé, va être mise en place dès 2025 pour les militaires avec la réforme de la protection sociale complémentaire.

**Objectif et méthode :** l'objectif principal de cette étude est d'estimer la prévalence de l'absence d'adhésion à une assurance maladie complémentaire (AMC) et les facteurs associés à la non-adhésion. L'étude utilise les données de l'Enquête Nouvelle Génération (ENG), enquête déclarative menée en 2019 auprès de 5000 militaires d'active.

**Résultats :** le taux de non-couverture par une AMC dans les armées est estimé à 4% (IC95% = [3,4-4,7], n = 165), comparable à celui estimé en population générale française. Les facteurs associés à la non-adhésion sont, comme en population générale, principalement liés aux caractéristiques socio-économiques des militaires. Le grade et le type de contrat sont les deux caractéristiques associées significativement à une absence d'adhésion. Les militaires contractuels sont moins bien couverts que les militaires de carrière (OR = 0,57 ; IC95% [0,33-0,97], p = 0,04). L'association entre grade et absence d'adhésion n'est cependant significative que pour les sous-officiers (*Référence militaire du rang : OR sous-officier = 1,74 ; IC95% [1,09-2,78], p = 0,02 ; OR officier = 1,89 ; IC95% [0,93-4,33] ; p = 0,13*).

Par ailleurs, 28,4% des militaires (IC95% = [27-29,9, n = 1 181]) déclaraient avoir renoncé à « au moins un soin » au cours des 12 derniers mois pour des raisons d'argent, sans association significative avec l'adhésion à une AMC. Il s'agissait le plus souvent de consultations de médecine alternative. Le taux de renoncement aux soins pour motif financier apparaissait plus important que celui estimé en population générale, mais la comparaison entre les résultats est à prendre avec précaution en raison de limites méthodologiques.

**Conclusion :** Les résultats de ce travail montrent des inégalités en termes d'adhésion à une AMC dans les armées. La mise en place de la réforme de la protection santé complémentaire devrait permettre une hausse de la couverture chez les plus jeunes militaires moins avertis au risque. Cependant les conséquences de la généralisation de l'AMC en termes de renoncement aux soins semblent moins évidentes et mériteraient d'être étudiées plus en détail.

**Spécialité :** D.E.S. de médecine générale

**Mots clés français :** Couverture maladie complémentaire, Assurance maladie complémentaire, Déterminants de santé, Santé publique

**Genre :** Thèses et écrits académiques

## Résumé et indexation en anglais

---

**Title: Supplementary Health Insurance for French military personnel**

**Abstract:**

**Background :** Supplementary health insurance (SHI) is essential for financing healthcare in France. Since 2016, SHI has been made widely available to the private sector, and a similar reform is planned for the military starting in 2025.

**Objective and methods :**

This study aims to estimate the prevalence of non-enrollment in SHI and identify associated factors. The data comes from the “Enquête Nouvelle Génération” (ENG), a survey conducted in 2019, involving 5,000 active-duty military personnel.

**Results :** 4% (CI95% = [3.4-4.7], n = 165) of military personnel are estimated to be without SHI, a figure comparable to that of the general population. The factors associated with non-enrollment are, as in the general population, primarily socio-economic characteristics. Two key elements identified are:

- Type of Contract: Contractual military personnel have lower coverage than career military personnel (OR = 0.57 IC95% [0,33-0,97], p = 0,04).

- Rank: Non-enrollment is particularly significant among non-commissioned officers (OR = 1.74), but less so for officers (OR = 1.89, not significant).

Foregoing Care: 28.4% of military personnel reported having foregone "at least one type of care" for financial reasons in the past 12 months. This mainly pertains to alternative medicine consultations. This rate is higher than in the general population, although comparison is difficult due to methodological limitations.

**Conclusion :** The results suggest inequalities in SHI coverage and access to care that warrant attention and targeted actions. The planned reform of supplementary social protection could increase coverage among young military personnel, who are generally less risk averse. However, the impact on foregoing care remains uncertain and requires further investigation.

**English keywords:**

Health insurance coverage  
Voluntary Health insurance  
Out of Pocket payments  
Social Health determinants  
Public Health services research

**Publication type:** thesis

## Liste des abréviations

---

ALD	Affection longue durée
AMC	Assurance maladie complémentaire
AMG	Aide médicale gratuite
AMO	Assurance maladie obligatoire
ANI	Accord national interprofessionnel
APIAS	Affection Présumée Imputable au Service
CLES	Congé lié à l'état de santé
CMU-C	Couverture maladie universelle complémentaire
CNMSS	Caisse nationale de sécurité sociale
CPAM	Caisse primaire d'assurance maladie
CSBM	Consommation de soins et bien médicaux
CSS	Complémentaire santé solidaire
DAPIAS	Déclaration d'Affection Présumée Imputable au Service
DRESS	Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques
ENG	Enquête nouvelle génération
HIA	Hôpital d'instruction des armées
IRDES	Institut de recherche et de documentation en économie de la santé
OCAM	Organismes complémentaires d'assurance maladie
OCDE	Organisation de coopération et de développement économique
MinArm	Ministère des armées
RAC	Reste à charge
SSA	Service de santé des armées
SSM	Société de secours mutuel
TM	Ticket modérateur

# Table des matières

---

<b>REMERCIEMENTS .....</b>	<b>6</b>
<b>RESUME ET INDEXATION EN FRANÇAIS.....</b>	<b>11</b>
<b>RESUME ET INDEXATION EN ANGLAIS .....</b>	<b>12</b>
<b>LISTE DES ABREVIATIONS.....</b>	<b>13</b>
<b>INTRODUCTION.....</b>	<b>17</b>
1.1. <i>La protection sociale française .....</i>	<i>17</i>
1.2. <i>La spécificité de la protection sociale des militaires.....</i>	<i>18</i>
1.2.1. <i>Création d'un régime de sécurité sociale des militaires .....</i>	<i>18</i>
1.2.2. <i>La Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale .....</i>	<i>19</i>
1.2.3. <i>Des droits différenciés fonction de la position administrative du militaire blessé .....</i>	<i>19</i>
1.3. <i>La place particulière de l'AMC en France.....</i>	<i>21</i>
1.3.1. <i>Modèles d'articulations AMO-AMC.....</i>	<i>21</i>
1.3.2. <i>Rôle de l'AMC dans l'accès aux soins.....</i>	<i>22</i>
1.3.3. <i>L'AMC dans le panier de soins des Français.....</i>	<i>23</i>
1.4. <i>Évolution de la structure de financement des soins .....</i>	<i>24</i>
1.5. <i>La généralisation de l'AMC portée par les politiques de santé depuis les années 2000 .....</i>	<i>26</i>
1.6. <i>Un marché de la complémentaire santé de plus en plus régulé.....</i>	<i>27</i>
1.7. <i>Un système de cofinancement coûteux.....</i>	<i>28</i>
1.7.1. <i>Une redistribution inégale des prestations.....</i>	<i>28</i>
1.7.2. <i>Le retour sur cotisation .....</i>	<i>29</i>
1.7.3. <i>De lourds frais de gestion .....</i>	<i>29</i>
1.8. <i>La population non couverte par une AMC .....</i>	<i>31</i>
1.9. <i>Le renoncement aux soins.....</i>	<i>33</i>
1.9.1. <i>Typologie des renoncements aux soins.....</i>	<i>33</i>
1.9.2. <i>Les déterminants du renoncement aux soins .....</i>	<i>34</i>
1.10. <i>La complémentaire santé du militaire .....</i>	<i>34</i>
1.10.1. <i>Une couverture non généralisée.....</i>	<i>34</i>
1.10.2. <i>Des dispositifs de prise en charge par l'État en mutation .....</i>	<i>34</i>
<b>OBJECTIFS DE L'ÉTUDE .....</b>	<b>36</b>
<b>MATERIEL ET METHODES.....</b>	<b>37</b>
3. <i>Matériel et méthode .....</i>	<i>37</i>
3.1. <i>Cadre de l'étude.....</i>	<i>37</i>
3.2. <i>Critère de jugement principal .....</i>	<i>37</i>
3.3. <i>Population d'étude.....</i>	<i>37</i>
3.3.1. <i>Nombre de sujets inclus .....</i>	<i>37</i>
3.3.2. <i>Critères d'inclusion.....</i>	<i>37</i>
3.4. <i>Déroulement de l'ENG.....</i>	<i>38</i>
3.4.1. <i>Échantillonnage des sujets volontaires.....</i>	<i>38</i>
3.4.2. <i>Déroulement du recueil des données.....</i>	<i>39</i>
3.5. <i>Éthique et réglementaire .....</i>	<i>39</i>
3.6. <i>Analyse statistique.....</i>	<i>39</i>
<b>RÉSULTATS.....</b>	<b>41</b>
4.1 <i>Taux de réponse.....</i>	<i>41</i>
4.2 <i>Description de la population d'étude.....</i>	<i>42</i>
4.3 <i>Complémentaire santé dans les armées.....</i>	<i>42</i>
4.3.1 <i>Prévalence de la non-adhésion à une AMC .....</i>	<i>42</i>
4.3.2 <i>Motif de non-recours à une assurance maladie complémentaire.....</i>	<i>42</i>

4.3.3	<i>Caractéristiques sociales et démographiques des militaires ne disposant pas d'une AMC ....</i>	43
4.3.4	<i>Caractéristiques liées à la condition militaire .....</i>	43
4.3.5	<i>État de santé et non adhésion une assurance maladie complémentaire .....</i>	44
4.4	<i>Analyse multivariée : facteurs associés à la non-adhésion à une AMC .....</i>	46
4.5	<i>Renoncement financier à certains soins et non-couverture .....</i>	47
<b>DISCUSSION</b>	<b>.....</b>	<b>48</b>
5.1	<i>Principaux résultats de l'étude.....</i>	48
5.1.1	<i>Une population militaire bien couverte .....</i>	48
5.1.2	<i>Caractéristiques socio-économique des militaires non couverts .....</i>	49
5.1.3	<i>Une non-adhésion majoritairement « choisie ».....</i>	50
5.1.4	<i>Une forte prévalence du renoncement aux soins pour motif financier .....</i>	50
5.2	<i>Limites et points forts de l'étude.....</i>	52
5.2.1	<i>Limites .....</i>	52
5.2.2	<i>Points fort de l'étude.....</i>	53
5.3	<i>Perspective de la mise en place d'une protection complémentaire santé obligatoire pour les militaires français.....</i>	53
<b>CONCLUSION</b>	<b>.....</b>	<b>56</b>
<b>BIBLIOGRAPHIE</b>	<b>.....</b>	<b>57</b>
<b>TABLE DES TABLEAUX ET DES FIGURES</b>	<b>.....</b>	<b>64</b>
<b>ANNEXES</b>	<b>.....</b>	<b>66</b>

*Note au lecteur : tout au long de ce travail nous utiliserons l'expression « assurance maladie obligatoire » (AMO) ou « assurance maladie publique » pour évoquer la part socialisée prise en charge par la Sécurité Sociale. De la même manière, « assurance maladie complémentaire » (AMC) et « assurance maladie privée » seront utilisées indifféremment.*

## Introduction

---

Si dans l'imaginaire collectif le système de protection sociale a été institué par les ordonnances d'octobre 1945 du gouvernement provisoire, les principes d'une assurance sociale lui sont bien antérieurs. Dès le 23 septembre 1673, Colbert, par la promulgation de l'édit de Nancy crée la Caisse des Invalides de la marine royale. Il institue pour la première fois une retenue sur solde servant à financer une assurance sociale compensant dès lors un enrôlement. Cette retenue de 2,5% devait servir à la construction de deux hôpitaux : Toulon et Rochefort. Seul celui de Rochefort sera construit pour les soins des marins au service du Roy et de leurs familles. (1,2) Progressivement, la protection sociale contre les invalidités est étendue à l'ensemble des gens de mer. Le premier système de pension de retraite sera fondé en 1784 par Castries. C'est ainsi par « ceux qui ont exposé librement leur vie et prodigué leur sang pour la défense et le soutien de notre pays » qu'un système de protection sociale est né en France au XVIIème siècle.

### 1.1. La protection sociale française

A la fin du XIXème siècle, les pouvoirs publics prennent conscience de l'importance d'améliorer la santé des individus afin d'améliorer la productivité des États. Le chancelier Otto Von Bismarck organisera dès 1884 le premier système de protection sociale en Allemagne couvrant les risques maladie, accident du travail et invalidité vieillesse. L'accès à l'emploi est nécessaire pour bénéficier du système de protection sociale.

En France, la socialisation - c'est-à-dire la prise en charge de tout ou partie des dépenses par un collectif d'individus - est combattue par les idées libérales qui prévalent durant le Second Empire et durant la fin du XIXème siècle. Prédomine l'idée que chaque individu doit subvenir aux risques qui pèsent sur lui-même. (3) C'est ainsi que se met en place un système de prévoyance libre. Bien qu'existant déjà depuis l'Ancien Régime, les sociétés de secours mutuelles (SSM) prennent alors leur essor, leur nombre passe ainsi de 2500 à 6000 entre 1852 et 1870. (4) Ces dernières rassemblent des sociétaires issus d'une même corporation ou d'une même commune. En parallèle, l'État, par la loi de 1893 sur l'Assistance médicale gratuite (AMG) instaure une aide financière pour l'accès aux soins des personnes privées de ressources.

Les actifs sont donc couverts par une assurance sociale via les SSM, d'autre part l'AMG et les œuvres de charité viennent en aide aux plus démunis. En 1912, 17% de la population est ainsi couverte par un régime social. Ce taux est estimé en 1934 à 46%. (3)

Le premier dispositif d'assurance maladie obligatoire (AMO) est créé par la loi organique du 5 avril 1928 : « *Sont affiliés obligatoirement aux assurances sociales tous les salariés des deux sexes dont la rémunération totale annuelle [...] ne dépasse pas 18.000 fr* ». Largement remaniée en raison de l'opposition de la Confédération des syndicats médicaux français, la loi du 30 avril 1930 sur les assurances sociales renforce la place des SSM comme acteur complémentaire de l'AMO. (5)

A la sortie de la Seconde Guerre Mondiale, par les ordonnances du 4 et du 19 octobre 1945, le Conseil national de la Résistance crée le système de Sécurité sociale. Cet acte fondateur du régime général, obligatoire pour tous les Français, couvre les risques maladie, vieillesse et invalidité. Ces ordonnances instituent également le « ticket modérateur » (TM) fixé à 20%, ouvrant la voie à un marché de l'assurance maladie complémentaire. L'objectif initial du TM

est de limiter un recours inapproprié aux soins en responsabilisant les usagers qui doivent payer une partie des dépenses de leur poche. Depuis ces ordonnances, trois acteurs financent les soins : l'usager, l'AMO et l'AMC.

L'intérêt de cette participation est de réduire l'aléa moral. L'aléa moral consiste pour le sujet une fois assuré à modifier son comportement vis à vis du risque (aléa moral *ex-ante*) ou à risque inchangé, pour une pathologie donnée, à augmenter sa consommation de soins (aléa moral *ex-post*) (6).

Initialement dévolu aux sociétés de mutuelles, organismes à buts non lucratifs, le marché de la complémentaire santé s'est progressivement doté de nouveaux acteurs : les instituts de prévoyance et les sociétés d'assurance. De nos jours, un contrat d'assurance maladie complémentaire peut être souscrit de manière libre et individuelle ou encore dans le cadre d'un accord collectif d'entreprise. Dans ce cas, l'adhésion est obligatoire pour les salariés.

## 1.2. La spécificité de la protection sociale des militaires

Bien que nous venions d'exposer le cas du régime général de protection sociale, le militaire est soumis à des devoirs et des sujétions propres. Tout militaire est soumis à une obligation singulière rappelée dans le premier article du statut général des militaires, art. L4111-1 du code de la Défense : « L'état militaire exige en toute circonstance esprit de sacrifice, pouvant aller jusqu'au sacrifice suprême [...], les devoirs qu'il comporte et les sujétions qu'il implique méritent le respect des citoyens et la considération de la Nation. »

Cette considération de la Nation se matérialise tout d'abord, pour chaque soldat, par l'accès en tout temps en tout lieu au soutien du Service de santé des armées (SSA).

Le militaire bénéficie également de garanties, rémunérations et protections particulières prévues par le Code de la Défense. Ainsi, « les retraités militaires et leurs familles bénéficient, dans les conditions fixées par le code de la sécurité sociale, du régime de sécurité sociale des militaires » (Article L4123-2 du Code de la Défense). Enfin, de nombreuses mesures d'accompagnement sont mises en place pour le militaire blessé et les familles endeuillées.

### 1.2.1. Création d'un régime de sécurité sociale des militaires

La loi du 9 avril 1947 dite « Morice » institue un régime spécifique de sécurité sociale pour les fonctionnaires, dont les prestations en nature sont gérées par les sociétés mutualistes des fonctionnaires. De manière analogue, la Patrie reconnaissante permet aux militaires de disposer par dérogation d'un régime de sécurité sociale propre.

L'article L713-1 du code de la sécurité sociale en définit les bénéficiaires :

- Les militaires de carrière et les militaires servant en vertu d'un contrat ;
- Les retraités militaires ;

Et par dérogation :

- Les membres majeurs de la famille lorsqu'ils n'exercent pas d'activité professionnelle et qu'ils en font la demande (souvent les conjoints ou enfants majeurs) ;
- Les enfants mineurs.

### 1.2.2. La Caisse Nationale Militaire de Sécurité Sociale

Créée en 1949, la caisse nationale militaire de sécurité sociale (CNMSS) est un établissement public à caractère administratif basé à Toulon.

Ses missions sont fixées par l'article L713-20 du code de la sécurité sociale :

- gérer les risques maladie, maternité, couverts dans les conditions prévues par le présent chapitre ;
- coordonner son action sanitaire et sociale en faveur de ses ressortissants avec celle des services sociaux dépendant du ministère de la défense nationale ;
- assurer la fonction de caisse pivot pour les hôpitaux d'instruction des armées et l'institution nationale des invalides.

La CNMSS dispose également de trois missions déléguées par le ministère des Armées :

- gérer les dossiers de soins médicaux et d'appareillage des titulaires de pensions d'invalidité, concédées au titre du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre (CPMIVG) et entrant dans le cadre du droit à réparation ;
- verser les frais de soins dispensés en milieu civil aux militaires et anciens militaires, victimes d'affections (blessures ou maladies) présumées imputables au service (risque accident du travail) ;
- verser des prestations en espèces : revenus de compensation des assurances maladie, maternité, paternité, invalidité et décès (prestations en espèces), au profit d'anciens militaires victimes d'affections non imputables au service, ou de militaires placés en congé de longue maladie ou congé de longue durée pour maladie sans solde.

Concernant le risque vieillesse, la gestion du régime des pensions militaires a été confiée au service des retraites de l'État (SRE).

L'existence de la CNMSS répond à des besoins spécifiques du militaire et de sa famille. Le Haut comité d'évaluation de la condition du militaire identifie cinq singularités la caractérisant (7) :

- la gestion des missions déléguées par le ministère des Armées ;
- le cumul des fonctions de caisse nationale et caisse primaire d'assurance maladie ;
- du fait d'une mobilité géographique propre à l'état de militaire, par dérogation, les militaires n'ont pas besoin de changer de CPAM lors des déménagements ;
- une gouvernance répondant au dialogue de gestion interne propre aux armées (interdiction du syndicalisme, paritarisme militaire spécifique) ;
- le financement de trois unités de soins de suite et réadaptation et de personnes âgées.

### 1.2.3. Des droits différenciés fonction de la position administrative du militaire blessé

La prise en charge financière de la blessure ou de la maladie du militaire dépend des circonstances de leur survenue. La politique de réparation du risque maladie et accident-travail distingue les affections liées au service produites « par le fer et le feu de l'ennemi » de celles non imputables au service.

La gradation des compensations offertes par la Nation aux militaires répond à l'ampleur des obligations du militaire, aux sujétions acceptées, aux risques pris et aux sacrifices consentis.

### 1.2.3.1. Les affections présumées imputables au service (APIAS)

Le militaire blessé en service doit faire l'objet d'une constatation initiale avec rédaction d'un certificat médical initial par un médecin des armées, d'un rapport circonstancié hiérarchique puis d'un enregistrement au registre des constatations. L'objectif est de préserver les intérêts du militaire mais aussi ceux de l'État. La constatation initiale médicale sera nécessaire pour :

- Définir les droits de l'intéressé s'il doit bénéficier d'un congé lié à l'état de santé (CLES) ou d'une réforme ;
- Ouvrir une prise en charge intégrale des frais de soins en secteur militaire et civil ;
- Préserver les droits éventuels à une réparation. La constatation doit être autant que possible contemporaine des faits.

	En service		Hors service	
	OPEX	OPINT et autres missions opérationnelles	Autres situations de service	
<b>En cas de blessure</b>				
Soins gratuits si APIAS ou PMI				
Accès à cellule d'aide aux blessés	Variable selon la force armée d'appartenance			
Congé du blessé		Sous condition		
CLM	Durée étendue	Durée étendue	Durée étendue	
CLDM	Durée étendue	Durée étendue	Durée étendue	
Pension militaire d'invalidité	Surcote possible			
Pension militaire de retraite (pour infirmité)	Surcote possible			
Indemnisation complémentaire				
Allocation EPFP	Allocation spécifique			
Ressortissant ONACVG				
Congé de reconversion				
Emplois réservés				
Avancement titre exceptionnel				
Légion d'honneur, Médaille militaire, ONM	R45			
Croix de la Valeur militaire				
Médaille du blessé				
Prestations en espèces (pour invalidité)				Sous condition
<b>En cas de décès</b>				
Délégation de solde				
Allocation EPFP				
Réversion pension d'invalidité	Surcote possible	Surcote possible		
Réversion pension de retraite	Surcote possible	Surcote possible		
Indemnisation complémentaire				
Pupille de la Nation				
Avancement titre posthume				
Légion d'honneur, Médaille militaire, ONM				
« Mort pour la France »				
« Mort pour le service de la Nation »				
Sépulture perpétuelle				
Capital décès	Majoration	Majoration		

Traitement HCECM.

Nota : les cases en vert clair soulignent le fait que l'accès au dispositif est possible mais selon des voies moins favorables que pour les cases en vert foncé.

APIAS : affection présumée imputable au service ; ONACVG : office national des anciens combattants et victimes de guerre ; ONM : ordre national du Mérite ; OPINT : opérations intérieures.

Figure 1 : Différenciation des dispositifs d'accompagnement de la mort et de la blessure selon les circonstances de leur survenue. Source 13ème rapport thématique « La mort, la blessure, la maladie », HCECM.

L'article L121-2 du code des pensions militaires d'invalidité et des victimes de guerre explicite les affections imputables au service. En pratique une fois établie la présomption de lien avec le service et lorsque des soins en milieu civil sont envisagés, les médecins du SSA sont chargés de l'attester en rédigeant une Déclaration d'Affection Présumée Imputable au Service (DAPIAS) décrivant précisément les lésions constatées. La DAPIAS permet au SSA d'ouvrir les droits à liquidation des soins en secteur civil par la CNMSS.

Les remboursements se font à hauteur de 100% des tarifs de responsabilité de la sécurité sociale (SS). Les prestations non prises en charge par la sécurité sociale ne le sont pas non plus en APIAS.

### 1.2.3.2. Les affections non imputables au service

En cas de pathologie médicale non liée au service, le militaire ne bénéficie donc pas des mêmes dispositifs d'accompagnements comme le montre la figure 1. Par ailleurs, pour les affections non liées au service, l'article L713-11 du code de la sécurité sociale précise qu'« en ce qui concerne le régime de sécurité sociale, les militaires en activité [...] ont le libre choix du médecin militaire ou civil ». S'il consulte un médecin en secteur civil, les prestations en nature (remboursement des dépenses médicales, paramédicales, médicinales, hospitalières) sont superposables au régime général. Les tarifs opposables sont ceux du régime général, le ticket modérateur et les participations forfaitaires sont à la charge du militaire. La part du ticket modérateur est variable selon la catégorie de soins comme nous le verrons plus tard (§1.3.4). Or, comme indiqué précédemment, la France a fait le choix d'un modèle de protection sociale qui laisse une part importante des dépenses à la charge de l'assuré : le ticket modérateur. Ce dernier pouvant être pris en charge par l'assuré ou une assurance maladie complémentaire.

Nous allons donc étudier les avantages et inconvénients du recours à une assurance maladie complémentaire, les enjeux et l'impact du non-recours à celle-ci. En dehors des blessures liées à son statut propre, le militaire soumis au risque maladie dispose ainsi des mêmes prestations en nature que celle du régime général. Nous ne réaliserons donc pas de distinguo dans la suite de cet exposé entre population générale française et population militaire.

## 1.3. La place particulière de l'AMC en France

### 1.3.1. Modèles d'articulations AMO-AMC

Il convient en premier lieu de rappeler les quatre principaux modèles d'articulation AMO-AMC qui existent. Ces modèles dépendent de la typologie de l'AMC :

- **Substitutive ou Principale (modèle américain)** : l'assurance maladie complémentaire se substitue intégralement à l'assurance maladie publique. Ce système permet de pallier les lacunes de la puissance publique. Il est cependant inégalitaire car dépendant du revenu des ménages. Dans ce modèle non redistributif, les professionnels de santé s'orientent vers les patients les « plus solvables », disposant d'un haut pouvoir d'achat et d'assurances plus onéreuses. En Allemagne par exemple une majorité de fonctionnaires, les militaires et les vétérans ainsi que les hauts revenus peuvent prétendre à une AMC substitutive. (8) Pour ces derniers, leur plafond de revenu doit être supérieur à 64 350 euros (5,362,50 euros par mois en 2022). (9)

- **Supplémentaire (Canada, Pays-Bas)** : l'assurance privée assure des soins non couverts dans le panier des soins pris en charge par l'assurance maladie publique. Le système est lisible pour les usagers mais il engendre de longs délais d'attente pour les soins dispensés dans le secteur public et pris en charge par l'AMO.

- **Duplicatif (Espagne, Royaume-Uni, Australie, Portugal)** : ces systèmes sont caractérisés par un système national de santé publique qui est universel, unique et uniforme. Ces systèmes sont financés majoritairement par l'impôt.(10) L'AMC se surajoute et conditionne l'accès à certains prestataires de soins. Elle permet d'offrir un meilleur accès et une meilleure qualité de prestations. Cela engendre une médecine à 2 vitesses, avec de longs délais d'attente dans le public, tout en allégeant la pression sur l'offre publique.

Dans les modèles précédents, il y a une séparation clairement identifiable entre le financeur (AMO ou AMC) selon la population bénéficiant des soins, les biens ou services couverts et le lieu de production de soins (médecine hospitalière ou ambulatoire, publique ou privée).

- **Complémentaire (modèle France, Belgique, Slovénie)** : l'assurance maladie privée et l'assurance maladie publique financent un même panier de soins selon des taux prédéfinis et régulés. Le système est peu lisible pour les usagers (professionnels et patients), couteux avec des frais de gestion dédoublés pour un même panier de soins remboursé par deux structures. En contrepartie, la puissance publique peut réguler fortement l'offre et donc les dépenses globales de santé. Elle peut aussi se désengager en laissant reposer le risque assurantiel sur les assureurs privés sur certains postes de soins.

		Articulation avec le système « public »	
		Personnes couvertes par le système « public »	Personnes non couvertes par le système « public »
Services de santé couverts par l'assurance privée	Services de santé « de base »	Assurance maladie privée <b>duplicative</b> (Australie, UK, Espagne, Irlande)	Assurance maladie privée <b>primaire</b> :
	Frais laissés à la charge de l'utilisateur par le système public	Assurance maladie privée <b>complémentaire</b> (France, Belgique)	- <b>Principale</b> (USA) - <b>Substitutive</b> (Allemagne)
	Services non inclus dans le « panier » de l'assurance de base	Assurance maladie privée <b>supplémentaire</b> (France, Belgique, Canada, Suisse, etc...)	

Figure 2 source : Paris Valérie, et Dominique Polton. « L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ? », Regards, vol. 49, no. 1, 2016, pp. 69-79.

### 1.3.2. Rôle de l'AMC dans l'accès aux soins

La Rand Health Insurance Experiment (11), célèbre étude des années 70, a permis de démontrer que le niveau des dépenses de santé est corrélé aux coûts supportés par les patients. Deux mille familles américaines ont été réparties aléatoirement en 4 groupes ayant des couvertures santé avec des tickets modérateurs de 0% (free care), 25%, 50% ou 95%. Une prise en charge à 100% étant accordée à tous une fois un plafond, fixé a priori, dépassé.

Les résultats montrent que le partage des coûts réduisait l'utilisation des services de soins. Les personnes affectées à un régime de prise en charge à 100%, consultait en moyenne 37% de fois plus de médecins que ceux soumis à un « ticket modérateur » de 25%, et 1,5 fois plus que les personnes soumises à un taux de 50%. Les participants bénéficiant d'un ticket modérateur de 25% ont dépensé 20% de moins que les participants bénéficiant de soins gratuits, et ceux bénéficiant d'un reste à charge de 95% ont dépensé environ 30% de moins.

**Participants with Cost Sharing Spent Less on Health Care Services**

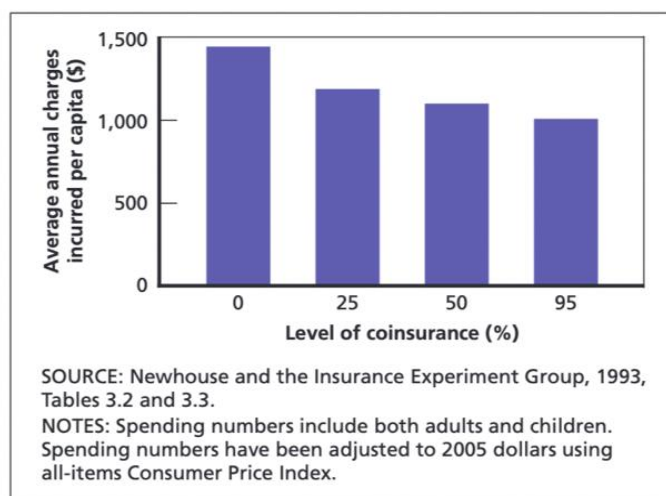


Figure 3 source : Brook et al. The Health Insurance Experiment: A Classic RAND Study Speaks to the Current Health Care Reform Debate. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2006.

A partir des données de l'ESPS (enquête sur la santé et la protection sociale), Buchmueller et al.(12) étudient en 2004 l'impact des politiques de santé sur les dépenses de santé et l'accès

aux soins avant et après mise en place de la CMU et CMU-C. Les personnes sans AMC sont plus susceptibles de déclarer avoir renoncé aux soins que ceux assurés (32% contre 12%). Le recours au médecin généraliste et au spécialiste est plus important pour les patients disposant d'une AMC, 0,43 visites par mois contre 0,21. Le renoncement aux soins pour des raisons financières, qui concerne essentiellement les soins dentaires, optiques et les consultations spécialisées, est réduit de plus de moitié quand les personnes sont couvertes par une complémentaire santé.

### 1.3.3. L'AMC dans le panier de soins des Français

Au sein des pays de l'OCDE, la répartition française du financement du panier de soins entre AMO et AMC est singulière. En effet comme nous venons de le voir ci-dessus les deux assurances - obligatoire-publique et facultative-privée - cofinancent un même panier de soins.

Or nous l'avons vu précédemment, les pouvoirs publics ont choisi dès l'origine du système de protection sociale français de laisser une part des dépenses à la charge du patient : le « ticket modérateur ». Ce dernier représente 30% d'une consultation chez le médecin généraliste ou 40% du coût d'une prise de sang en ville. Le patient dispose alors de deux options : soit il paye de sa poche cette part (*out of pocket payment*), soit il décide de cotiser auprès d'un organisme d'AMC qui financera le « ticket modérateur ».

En 2021, l'AMC prend ainsi en charge 12,9% des dépenses de santé contre 5% en moyenne à l'échelle de l'OCDE. (13,14). Cette singularité est partagée avec la Slovaquie disposant également d'une AMC complémentaire. La conséquence la plus notable du cofinancement des dépenses est le faible taux de reste à charge (RAC) pour les ménages qui se situe à 7% en 2021. Le taux des paiements directs payés par les Français est le plus faible de l'OCDE. (14)

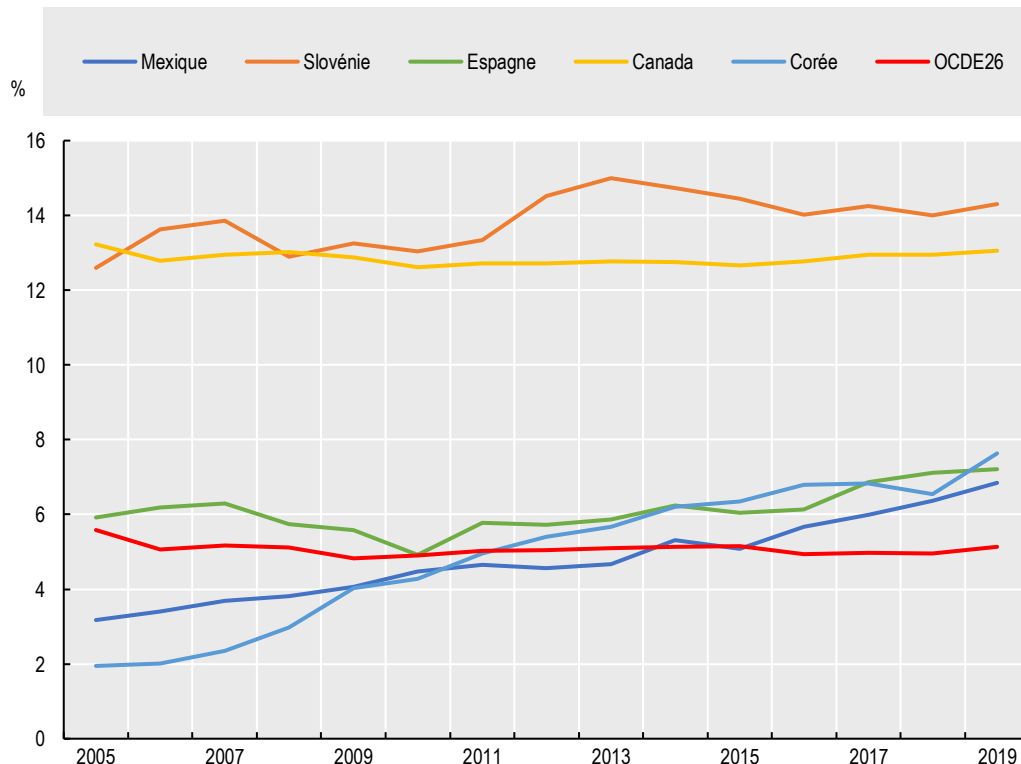


Figure 4 : Dépenses de santé de l'assurance maladie facultative en pourcentage des dépenses totales, dans une sélection de pays, 2005-19. Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.

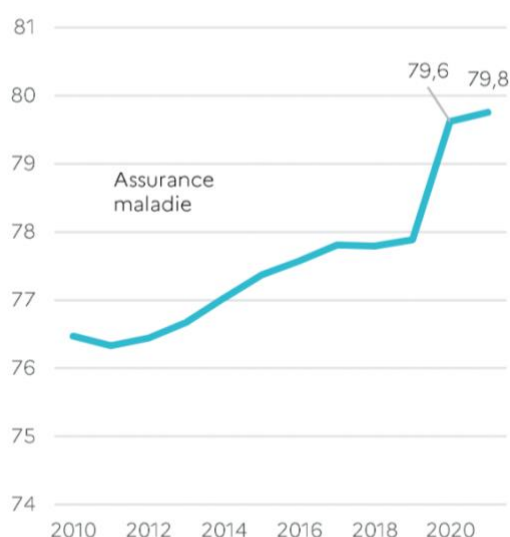
Tableau 1 : Structure du financement de la consommation des soins et biens médicaux par financeurs, source : Comptes nationaux de la santé 2019, DREES

Financement de la CSBM	2001	2007	2009	2010	2011	2013	2015	2017	2019
Sécurité sociale <sup>1</sup>	76,8	76,7	76,3	76,3	76,2	76,6	77,3	77,9	78,2
État, collectivités locales et CMU-C organismes de base	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4	1,4	1,4	1,5
Organismes complémentaires	12,0	13,0	13,3	13,4	13,7	13,7	13,4	13,1	13,4
Mutuelles	7,4	7,6	7,6	7,5	7,5	7,3	7,1	6,7	6,5
Sociétés d'assurance	2,4	3,0	3,3	3,5	3,7	3,7	3,7	3,9	4,3
Institutions de prévoyance	2,3	2,4	2,4	2,4	2,5	2,6	2,6	2,6	2,6
Ménages	9,9	9,1	9,2	9,0	8,9	8,3	7,9	7,5	6,9
Ensemble	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

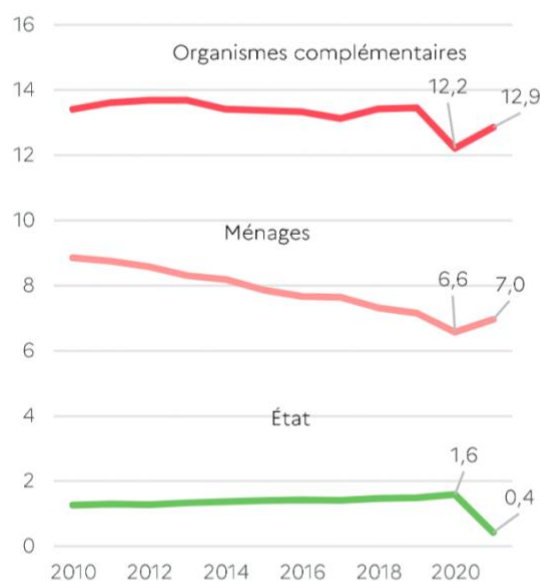
#### 1.4. Évolution de la structure de financement des soins

A défaut de pouvoir supporter la charge croissante des dépenses de santé (+7,9% en 2021 en contexte de crise sanitaire, +1,6% en 2020) les pouvoirs publics s'appuient depuis les années 2000 sur les complémentaires santé pour absorber une partie des dépenses de santé. Cette tendance s'est inversée dans les années 2010 (voir figure 5 et tableau 1).

a. De l'Assurance maladie



b. Des autres financeurs



**Lecture** > En 2021, le financement de la CSBM est pris en charge à 79,8 % par l'Assurance maladie et à 7,0 % par les ménages.

**Source** > DREES, comptes de la santé.

Figure 5 : Évolution du financement de la CSBM entre 2010 et 2021. Les dépenses de santé en 2021, édition 2022, DREES

La part des dépenses prise en charge par l'AMC diffère selon les postes de dépenses. Si les complémentaires santé ne participent que faiblement à la prise en charge des soins hospitaliers (4,3% en 2021, *tableau 2*), elles financent 21,8% des soins de ville dont 44,7% des soins dentaires, 16% des consultations médicales et 71,2% des frais d'optique.

Enfin la réforme du 100% santé propose depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, pour les bénéficiaires d'un contrat d'AMC santé responsable ou de la complémentaire santé solidaire, la prise en charge par l'AMC sans RAC des audioprothèses, de l'optique et des soins dentaires. Cette réforme contribue à l'augmentation de 0,7 points de la CSBM financée par les AMC en 2021 (*tableau 2*), et plus particulièrement sur ces 3 postes de soins une augmentation de +152,2% en audioprothèses, +31,9% en soins dentaires et +16,2% en optique.

*Tableau 2 : Financement de la CSBM par les organismes complémentaires en 2021, source DREES.*

*En milliards d'euros*

	Mutuelles	Sociétés d'assurance	Institutions de prévoyance	Ensemble	Évolution 2020-2021 (%)	Part prise en charge par les OC en 2021 (en %)	Part prise en charge par les OC en 2020 (en %)
<b>CSBM</b>	<b>13,7</b>	<b>9,8</b>	<b>5,7</b>	<b>29,2</b>	<b>13,5</b>	<b>12,9</b>	<b>12,2</b>
<b>Soins hospitaliers</b>	<b>2,4</b>	<b>1,6</b>	<b>0,8</b>	<b>4,7</b>	<b>2,5</b>	<b>4,3</b>	<b>4,5</b>
<b>Soins de ville</b>	<b>6,0</b>	<b>4,6</b>	<b>2,7</b>	<b>13,4</b>	<b>19,2</b>	<b>21,8</b>	<b>20,3</b>
Médecins	1,7	1,4	0,8	<b>4,0</b>	6,9	16,0	15,9
Auxiliaires médicaux	1,0	0,6	0,3	<b>1,9</b>	16,0	11,0	10,5
Soins dentaires (y compris prothèses)	2,8	2,1	1,4	<b>6,2</b>	31,9	44,7	41,5
Laboratoires de biologie médicale et soins en cures	0,6	0,4	0,2	<b>1,2</b>	11,3	24,0	24,0
<b>Médicaments</b>	<b>1,8</b>	<b>1,1</b>	<b>0,7</b>	<b>3,5</b>	<b>-4,0</b>	<b>11,4</b>	<b>12,4</b>
<b>Autres biens médicaux</b>	<b>3,3</b>	<b>2,5</b>	<b>1,6</b>	<b>7,3</b>	<b>22,4</b>	<b>38,1</b>	<b>34,4</b>
Audioprothèses	0,5	0,2	0,1	<b>0,7</b>	152,2	37,1	23,5
Optique	2,1	1,8	1,2	<b>5,1</b>	16,2	71,2	70,9
Prothèses hors audiolgiques et dentaires, orthèses, pansements, etc.	0,7	0,6	0,3	<b>1,5</b>	13,5	14,9	13,2
<b>Transports sanitaires</b>	<b>0,1</b>	<b>0,1</b>	<b>0,0</b>	<b>0,2</b>	<b>8,8</b>	<b>3,0</b>	<b>3,3</b>
<b>Prestations connexes à la santé</b>	<b>1,0</b>	<b>0,7</b>	<b>0,3</b>	<b>2,0</b>	<b>13,2</b>		
Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cure	0,6	0,4	0,2	<b>1,2</b>	2,8		
Prestations à la périphérie des soins de santé	0,3	0,3	0,1	<b>0,8</b>	33,5		

**Note >** Hors prestations CSS versées par les organismes. Frais d'hébergement à l'hôpital ou en cures : suppléments chambres particulières, télévision, frais de long séjour, etc. Prestations à la périphérie des soins de santé : ostéopathie, psychothérapie, etc. et prestations individuelles de prévention. Les soins hospitaliers sont hors USLD.  
**Source >** DREES, comptes de la santé.

Bien que facultative, par son rôle historique et du fait d'un taux élevé de dépenses non couvertes par l'assurance maladie obligatoire, l'AMC est considérée comme indispensable pour l'accessibilité financière aux soins des ménages, particulièrement pour les postes de soins optique, auditif et dentaire. Sa généralisation s'est donc étendue, le taux de personnes disposant d'une AMC passant de 30% en 1960, 84 % en 1998, à 96 % depuis 2014 (15,16).

## 1.5. La généralisation de l'AMC portée par les politiques de santé depuis les années 2000

Compte tenu de l'importance des co-paiements (près de 20% en 2021), les pouvoirs publics ont incité les Français à se doter d'une AMC pour « diminuer les barrières financières d'accès aux soins tout en limitant les dépenses publiques et en conservant l'organisation actuelle du système mixte d'assurance. » (17)

### 1.5.1. Le dispositif Madelin

Plus ancien dispositif d'incitation à l'accès à la complémentaire santé dès 1994, la loi n°94-126 du 11 février 1994 dit « loi Madelin », relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle, permet aux travailleurs non-salariés de déduire leurs cotisations santé, prévoyance et retraite de leurs revenus imposables. Ce dispositif s'inscrit dans la continuité des mesures d'exonérations de charges sociales et fiscales sur les contrats collectifs d'entreprises à la fin des années 1970. (18,19)

### 1.5.2. La CMU-C

En 1999 est créée la CMU-C (Couverture Maladie Universelle complémentaire) qui ouvre « le droit à une protection complémentaire et à la dispense d'avance de frais » (20). Ce dispositif est mis en place conjointement avec la généralisation de l'Assurance Maladie Obligatoire. Cette dernière est effective depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2000, avec la création de la Couverture Maladie Universelle. La CMU permet d'offrir à tous les citoyens, y compris pour les inactifs, un régime d'AMO « de base ». La mise en place de la CMU-C a permis une baisse du RAC pour les 10% les plus pauvres (21).

### 1.5.3. L'ACS

L'aide à la complémentaire santé (ACS) mise en place en 2005 vise à renforcer le dispositif de CMU-C dont l'accès est fixé par des seuils. Ce nouveau dispositif relève les plafonds d'accès de la CMU-C de 35% (pour une personne seule entre 716 et 967€ par mois). Une attestation fournie par la caisse d'assurance maladie du bénéficiaire permet de faire valoir ses droits à l'ACS auprès des organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM), de bénéficier du tiers payant, d'une exonération des franchises et des forfaits de 1 euro (22,23)

Malgré l'élargissement du socle des bénéficiaires, le non-recours à ces deux dispositifs est estimé autour de 78% par le Fond CMU en 2012. En 2017, les taux de non-recours sont estimés à 55-66% pour la CMU-C et 41-59% pour l'ACS soit un total de 3,7 millions de personnes selon les estimations basses. (24)

Dans une enquête auprès de bénéficiaires potentiels à Lille en 2009, Guthmuller et al. rapportent que « les raisons les plus souvent invoquées pour expliquer ce non-recours sont : penser ne pas être éligible, le manque d'information, la complexité des démarches et, pour les personnes non couvertes, le prix de la complémentaire, même après déduction du chèque santé ». (25)

### 1.5.4. La Complémentaire santé solidaire (CSS)

Fort du constat d'échec de la CMU-C et l'ACS, Agnès Buzyn ministre de la Santé a présenté le 15 octobre 2019 un nouveau dispositif fusionnant les deux précédents : la Complémentaire Santé Solidaire. Plus protectrice et moins onéreuse, elle propose une

participation financière variable selon l'âge. Le coût est de 30€ maximum par mois pour un plafond de ressources de 1093€ (pour une personne seule au 01/04/2023 <sup>1</sup>).

« [La CSS] couvre notamment les dépenses des biens du panier « 100 % Santé » en optique, dentaire et audiologie, comme l'ensemble des contrats de complémentaire santé responsables. Les bénéficiaires de la CSS bénéficient, en outre, de tarifs opposables sur les consultations, ce qui implique qu'on ne peut leur facturer de dépassement d'honoraires. » (26)

#### 1.5.5. Un dispositif législatif d'envergure : l'ANI

L'Accord national interprofessionnel (ANI), mis en place depuis 2013, a généralisé la couverture complémentaire santé d'entreprise à l'ensemble des établissements de droit privé. Il a imposé des niveaux de garantie minimum et un cofinancement des contrats par l'employeur (50 % minimum). Les salariés sont obligés (sauf dérogations) de souscrire à la couverture d'entreprise. Si seulement 50% des entreprises disposait d'une couverture d'entreprise avant l'ANI, 84% des établissements représentant 96% des salariés ont mis en place une couverture d'entreprise après la réforme. (27) Cette percée s'est effectuée au profit des salariés des petites entreprises.

Ce dispositif a permis de réduire les inégalités de couverture pour les classes moyennes modestes des salariés du secteur privés mais délaisse les salariés du public, les travailleurs précaires et les retraités. (17)

#### 1.6. Un marché de la complémentaire santé de plus en plus régulé

Créés en 2002, les contrats solidaires et responsables permettent un accès pour tous sans questionnaire médical à la souscription, ni tarification à l'état de santé. Doté d'une fiscalité avantageuse pour les OCAM, ces contrats assurent aux bénéficiaires des garanties de prise en charge des tickets modérateurs en cas de respect du parcours de soins et des forfaits journaliers d'hospitalisation. Ces contrats représentent 95% des contrats d'AMC. (23,28)

Cette régulation a été renforcée par le législateur avec la mise en place du dispositif « 100% santé ». La loi de Financement de la Sécurité sociale 2021 a fixé une obligation de tiers payant intégral pour les contrats solidaires et responsables et les contrats CSS sur un panier prédéfini dans l'optique, le dentaire et les prothèses auditives. Pour rappel, ces trois postes de dépenses sont ceux où l'intervention de l'AMC est la plus importante (*Tableau 2*). Cette réforme permet un reste à chaque zéro sur des postes de soins souvent délaissés.

La normalisation des contrats d'assurance maladie complémentaire induit une concurrence accrue pour les OCAM. Il s'opère ainsi depuis les années 2000 une concentration des opérateurs. D'après la DRESS, le nombre de mutuelles a été divisé par cinq entre 2001 et 2021, les instituts de prévoyance par deux. (29) La guerre sur les garanties offertes aux assurés s'est muée en une guerre sur les prix des contrats avec l'apparition de multiples contrats à différents tarifs rendant le système illisible pour le consommateur. (28,30)

---

<sup>1</sup> Plafonds Complémentaire santé solidaire 2023 (ex CMU-C ACS) - Complémentaire santé solidaire - Aps Prévoyance [Internet]. Complémentaire santé solidaire. [cited 2023 Oct 10]; Available from: <https://www.complementaire-sante-solidaire.fr>

## 1.7. Un système de cofinancement coûteux

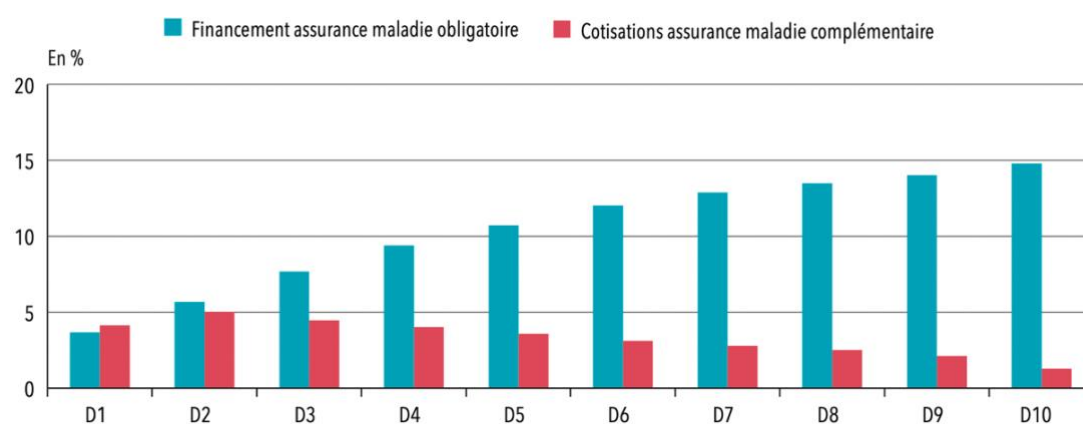
Bien qu'indispensable à l'accessibilité des soins en France, le coût de l'AMC pour le contribuable a été pointé du doigt par la cour des comptes dans son rapport de juin 2021, *les complémentaires santé : un système très protecteur mais peu efficient*. (30)

### 1.7.1. Une redistribution inégale des prestations

L'assurance maladie publique obligatoire est un système fondé sur le financement issu des revenus salariés des cotisants - « de chacun selon ses moyens » - pour financer des prestations universelles différenciées - « à chacun selon ses besoins ».

S'opère alors deux types de redistribution : une horizontale, entre malades et bien-portants ; et une verticale, des plus aisés vers les plus modestes ». (31)

La redistribution verticale s'illustre par la contribution des ménages selon leur revenu. Les ménages du 1<sup>er</sup> décile de revenu contribuent au financement de l'AMO à hauteur de 4% de leur revenu disponible, contre près de 15% pour les ménages du dernier décile (*figure 6 et 7*).



**Note** > Les contributions à l'assurance maladie obligatoire (AMO) comprennent la CSG et les cotisations sociales affectées au financement de l'AMO. Les primes payées aux organismes complémentaires sont nettes du chèque ACS et, pour les contrats collectifs, comprennent la part payée par l'employeur.

**Lecture** > En 2012, les 10 % des ménages les plus modestes (D1 : premier décile) contribuent au financement de l'assurance maladie obligatoire à hauteur de 3,7 % de leur revenu disponible en moyenne ; leurs cotisations payées aux organismes complémentaires représentent 4,1 % de leur revenu disponible en moyenne.

**Champ** > Ménages ordinaires de France métropolitaine.

**Source** > DREES, INES-OMAR 2012.

*Figure 6 : Part du financement des assurances obligatoire et complémentaire dans le revenu disponible des ménages, par décile de niveau de vie, en 2012. Source : DRESS, INES-OMAR 2012.*

A contrario, l'AMC fonctionne selon un modèle de prestations (les remboursements) soumises à contributions. Les prestations dépendent du risque individuel du cotisant (l'âge notamment) du niveau de garanti souscrits (*i.e.* de ses revenus) et du type de contrat (collectif ou individuel). En conséquence le coût de l'AMC est proportionnellement plus élevé pour les plus ménages disposant des revenus les plus faibles et par ailleurs plus affectés par les inégalités sociales de santé.

Le taux d'effort consenti pour disposer d'une AMC représente ainsi 7,4% des revenus disponibles pour les ménages du 1<sup>er</sup> décile de revenus contre 3 % ceux du 9<sup>ème</sup> décile (*figure 6 et 7*).

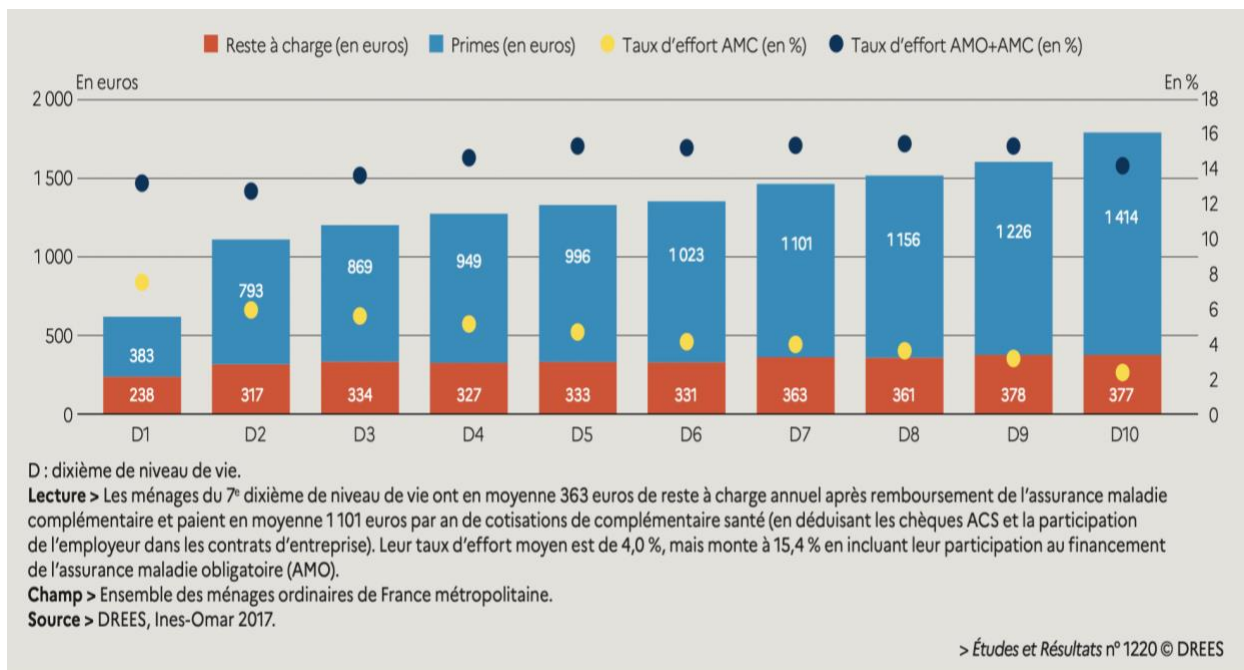


Figure 7 : Dépenses de santé à la charge des ménages et taux d'effort des ménages, selon le niveau de vie en 2017. Source : Mathieu Fouquet, Catherine Pollak (DREES) (2022, février). L'assurance maladie publique contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu. Études et résultats, 1220.

C.Franc et A.Pierre ont mis en évidence en 2015 les disparités de redistributions verticale et horizontale de l'AMC et de l'AMO sur les restes à charges. (32) Malgré une baisse individuelle des dépenses laissées à l'assuré, l'AMC opère une moindre mutualisation des dépenses que l'AMO entre les individus selon leur revenus et leur besoin de santé comme l'illustre la figure 7. Il existe selon les auteurs une discontinuité fondamentale entre les deux types d'assurance. (3,33,34)

Dans un contexte politique où les pouvoirs publics renforcent le poids de l'AMC dans le panier de soins (réforme 100% santé), C.Batifoulier et al. rappellent que « le moindre euro transféré de la Sécurité sociale à l'assurance complémentaire est un euro d'inégalité ». (3)

### 1.7.2. Le retour sur cotisation

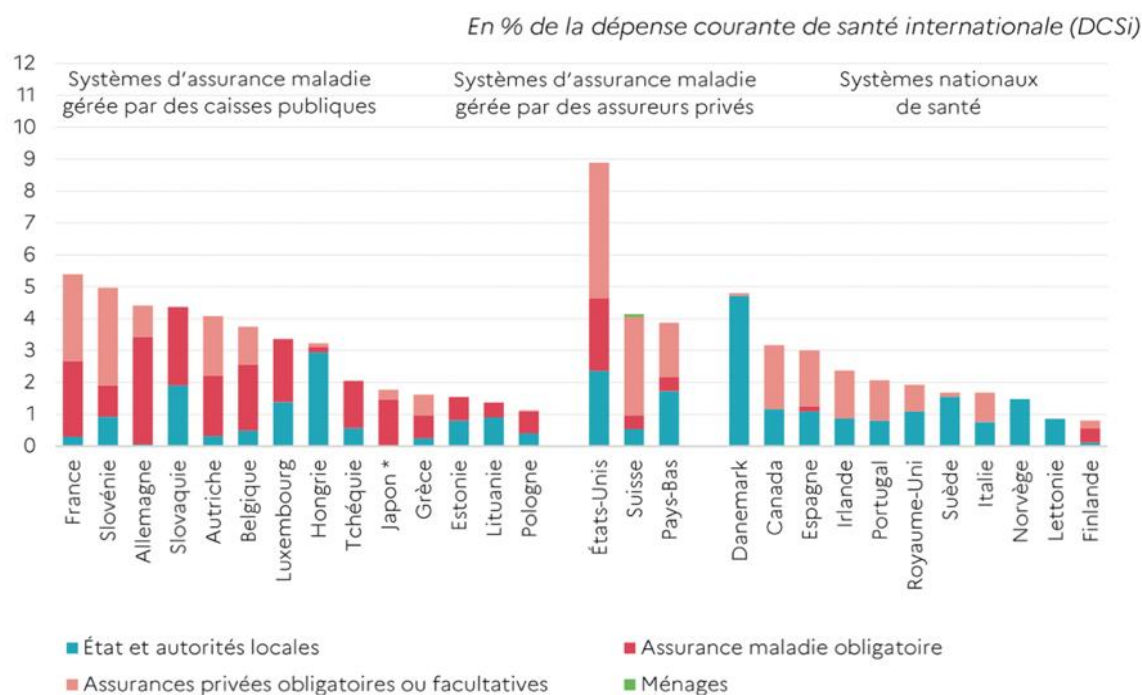
En 2021, le retour sur cotisation c'est-à-dire la part des cotisations des AMC servant à financer les prestations des assurés est de 80%, les charges de gestion s'établissaient quant-à-elles à 19%. (29) Le retour sur cotisation avait marqué un recul depuis 2019 en post-Covid 19 et plus largement depuis 2011 où il était à 81%. Le retour sur cotisation diffère selon le type de société d'assurance maladie. Il est plus élevé pour les instituts de prévoyance (86%), que pour les mutuelles (81%) et les sociétés d'assurances (77%). Ce taux est également plus élevé pour les contrats collectifs (86%) que les contrats individuels (74%).

### 1.7.3. De lourds frais de gestion

D'après les Comptes de la santé de 2019, les charges de gestion des assurances maladie sont de 6,9 Md € pour la Sécurité sociale et 7,6 Mds € pour l'AMC.(35) La France est le deuxième pays après les États-Unis où les frais de gestion du système de santé sont les plus élevés (Figure 8). Ces coûts de gestion sont encore plus significatifs quand on les rapporte aux dépenses remboursées. En 2019, les dépenses de santé prises en charge par les OCAM sont de 27,3Md€, (13,4% de la CSBM), pour 7,5 Md€ de frais de gestion, correspondant à 27,5% du

total des dépenses remboursées. A titre de comparaison, l'AMO prend en charge près de 80% de la CSBM pour un taux de frais de gestion de 4,6%.

Ceci peut être expliqué par des charges de gestion, d'administration et d'acquisition de nouveaux contrats que doivent supporter les AMC sur un marché concurrentiel. Ces charges ont également augmenté lors de la restructuration et de la fusion des organismes de complémentaires, à la différence de la Sécurité Sociale dont le système est centralisé, unique et universel pour une large part de la population.



\* Données 2019.

**Note >** D'importantes révisions sont intervenues entre le compte 2019 et le compte 2020 en France. Elles sont décrites dans l'annexe 3.

**Lecture >** En France en 2020, les dépenses de gouvernance des systèmes de santé représentent 5,4 % de la DCSi, dont 2,7 % de dépenses des assurances privées obligatoires ou facultative, 2,4 % de dépenses de l'assurance maladie obligatoire et 0,3 % de dépenses de l'État.

**Source >** DREES, comptes de la santé (pour la France); OCDE, Eurostat, OMS, Système international des comptes de la santé.

Figure 8 : Dépenses de gouvernance des systèmes de santé en 2020, source DRESS Comptes de la santé.

Dans son rapport de juin 2021, la Cour des Comptes souligne que les dépenses de gouvernance du système de santé français ont bondi de 15,5% en 10 ans, majoritairement dû aux OCAM, dont les frais ont augmenté de 46% entre 2009 et 2018. Dans le même temps, ceux de l'AMO ont baissés de 5%. (30)

En conclusion, l'AMC apparait comme système coûteux et inégalitaire mais nécessaire compte tenu de la place des restes à charge après intervention de l'AMO dans le panier de soins des Français. Elle permet de limiter les barrières financières d'accès aux soins tout en réduisant la part des dépenses à la charge des finances publiques. Malgré les politiques ayant conduit à sa quasi-généralisation, une partie de la population ne dispose pas d'une AMC. Nous allons désormais essayer de caractériser cette population.

## 1.8. La population non couverte par une AMC

On estime en 2019 à 2,5 millions le nombre personnes non couvertes par une AMC. (17)

On divise les motifs de non-adhésion en deux principales catégories :

- La non-adhésion *choisie* regroupant le fait de s'estimer en bonne santé, de ne pas en ressentir le besoin ou estimant que les prestations proposées ne sont pas suffisantes au regard des primes.
- La non-adhésion *subie* pour raisons financières.

Les déterminants principaux de l'adhésion à une AMC et de son niveau de couverture sont pour partie dus à des caractéristiques socio-économiques. Sont moins bien couverts les hommes (16,17), les ménages les plus pauvres, les plus jeunes et les retraités, les emplois précaires (contrats courts) et les sans-emplois (Figure 9), les foyers monoparentaux et les personnes ayant un état de santé perçu dégradé (16,17,36). En 2014, Perronnin et al. estiment que « la moitié des personnes non couvertes ont un niveau de vie inférieur à 970 euros par unité de consommation, [...] les trois quarts disposent d'un niveau de vie inférieur à 1 400 euros » (figure 10). (36)

Enfin les personnes les moins averses au risque sont plus souvent sans complémentaire santé (effet significatif mais modéré), bien que cet effet ait été atténué par la réforme de l'ANI.

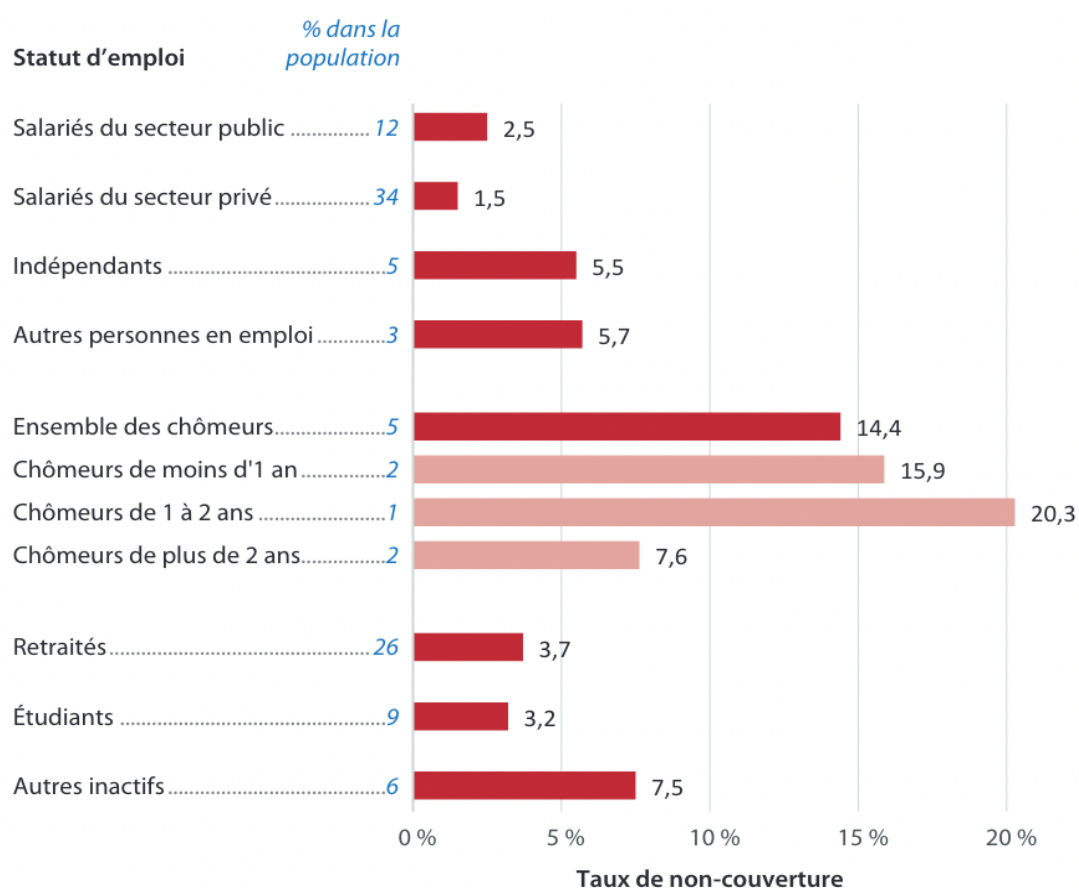


Figure 9 : Taux de non-couverture en 2019 selon le statut d'emploi des individus, Aurélie Pierre, QES N°268 mai 2022 à partir des données de l'EHIS 2019, DREES-IRDES

Selon Marc Perronnin « le lien entre état de santé et non-couverture pourrait s'expliquer par un effet négatif de l'absence de couverture sur l'accès aux soins et la santé, par une plus grande difficulté d'accès à la complémentaire santé, ou encore par la préférence pour la santé qui peut influencer à la fois l'attention accordée à sa santé et le choix de souscrire une assurance. » (36)

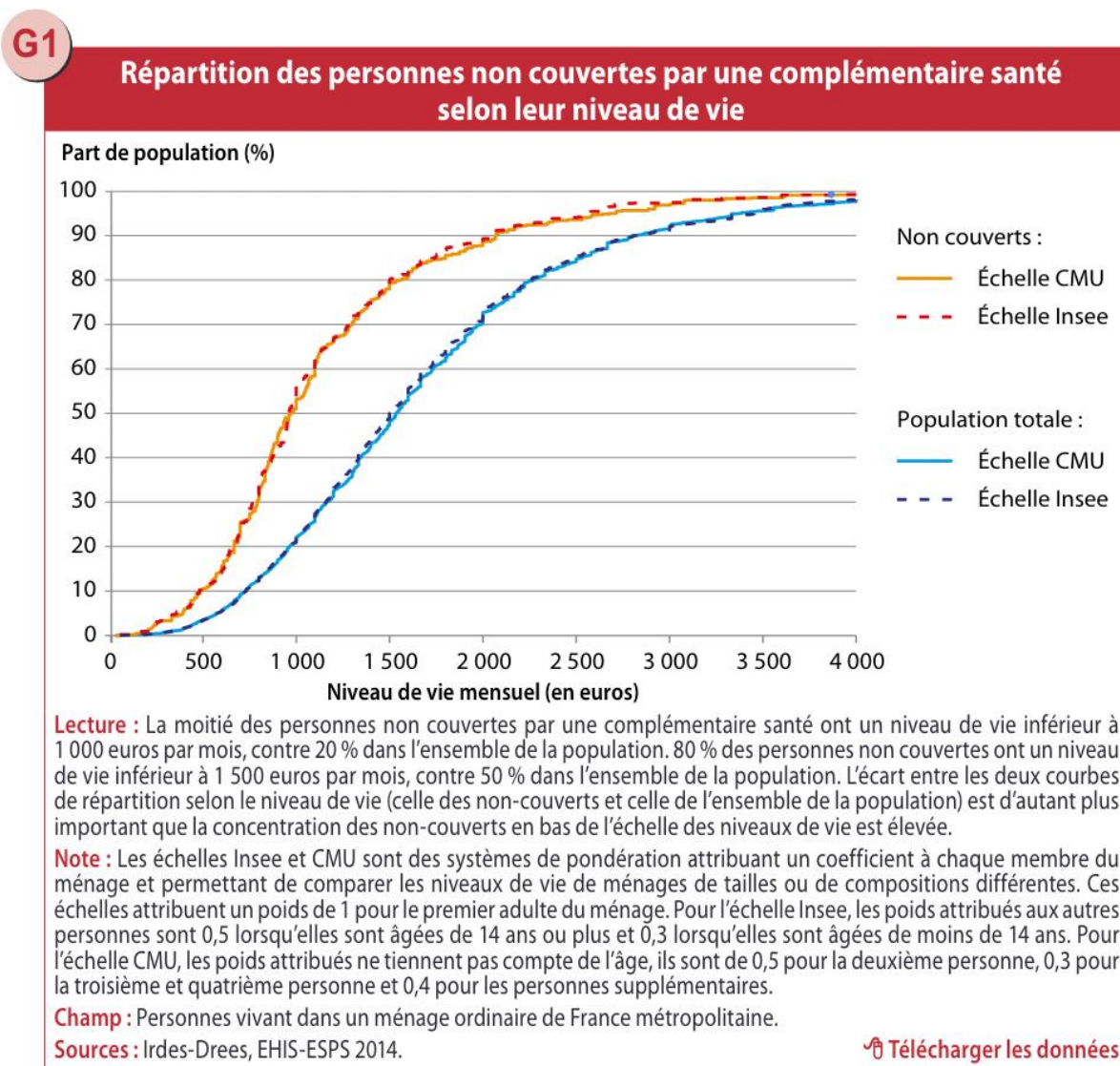


Figure 10 : Répartition des personnes non couvertes par une AMC selon le niveau de vie. Source : Marc Perronnin (Irdes) Études et résultats, 1048.

Un autre déterminant social doit être pris en compte pour expliquer la non-couverture : la littératie en santé. Ce terme est défini par « la motivation et les compétences des individus à accéder, comprendre, évaluer et utiliser l'information en vue de prendre des décisions concernant leur santé ». (37) Les individus moins couverts déclarent plus de difficultés dans la gestion des démarches administratives en vue d'adhérer à une AMC ou aux dispositifs d'aides gouvernementales. (17,25) Cette rupture d'équité horizontale dans l'accès aux soins des populations les plus précaires et moins éduquées est un des facteurs explicatifs à la fois de la non-couverture mais aussi du renoncement aux soins.

## 1.9. Le renoncement aux soins

### 1.9.1. Typologie des renoncements aux soins

L'enquête Statistiques sur les Ressources et Conditions de Vie de l'Insee réalisée en 2020, estime que 4,4 % de la population déclare avoir renoncé à un examen ou à un traitement médical dont 2,0 % pour raison financière. (38) Alors que les politiques publiques tendent à généraliser l'AMC afin d'améliorer l'accès aux soins, il convient de réaliser un aparté sur le non-recours aux soins des individus. Le renoncement aux soins de Français est-il expliqué à lui seul par le coût des soins ?

Comme le rappelle Philippe Warin cofondateur de l'Observatoire des non-recours aux droits et services (ODENORE), le renoncement aux soins est une « notion floue ». (39) Notion relative à chaque individu, elle renvoie à un besoin de soins non satisfait. Desprès et al en donnent la définition suivante : « Les individus renoncent à des soins quand ils ne sollicitent pas les services de soins et les professionnels de santé alors qu'ils éprouvent un trouble, constatent un désordre corporel ou psychique ou quand ils n'accèdent pas à la totalité du soin prescrit. » (40).

Deux types de renoncements aux soins ont été identifiés : le renoncement-barrière et le renoncement-refus.

#### 1.9.1.1. Le renoncement-barrière

Dans le cas du renoncement-barrière, Desprès et al. expliquent que « l'individu doit faire face à un environnement de contraintes qui ne lui permet pas d'accéder au soin désiré. Le renoncement barrière questionne l'efficacité du système de protection sociale contre la maladie et l'organisation de l'offre de soins, [...] le plus souvent à travers des contraintes budgétaires. » (40)

Les barrières peuvent être :

- Informationnelles : barrière de langue, difficulté de compréhension de la prise en charge médicale, difficultés administratives, non recours aux aides disponibles (CSS ex CMU-C/ACS).
- Financières : reste à charge, accès à la complémentaire santé, coût des déplacements, etc.
- Géographiques et temporelles : inégalité d'accès entre territoire ruraux/urbains, densification médicale, difficultés de disponibilités des patient et délai de rendez-vous jugés trop long. (41)

#### 1.9.1.2. Le renoncement-refus

Il témoigne d'une préférence, c'est un acte d'autodétermination par rapport à son état de santé. Il peut être radical, comme la volonté définitive de ne pas se soigner car le coût « humain » est jugé trop élevé au regard des gains de qualité de vie (fin de vie, sujets âgés, cancer, etc.). Il peut également s'agir d'une défiance vis-à-vis de la médecine conventionnelle ou bien de la volonté d'employer des médecines alternatives (naturopathie, acupuncture, homéopathie).

### 1.9.2. Les déterminants du renoncement aux soins

Le renoncement aux soins apparaît corrélé négativement (i.e. baisse) avec le niveau de revenu, la non-adhésion à une AMC et le niveau de qualité perçue de l'AMC (42–47). Le rôle du niveau d'étude est ambivalent. Le renoncement diffère selon la composition du foyer, il est plus élevé pour les célibataires et baisse dès lors que le foyer s'agrandit (37–42). L'impact de l'âge n'est pas linéaire au cours du temps, il peut être modélisé par une courbe en cloche, avec un accroissement dans une première partie de vie, un plateau de 40 à 50 ans puis une baisse continue. (23,24) Le renoncement est positivement corrélé à un mauvais état de santé perçue (ou approché par l'inclusion dans un dispositif d'ALD par exemple) et au sexe féminin (42–45,48). Ce dernier facteur est probablement lié à l'hétérogénéité de déclaration, les hommes déclarant un meilleur état de santé perçue et moins de renoncement aux soins (49). Enfin une enquête menée auprès des CPAM en 2018 montre que la place du médecin traitant est primordiale, le taux de renoncement aux soins étant plus important chez les populations qui ne déclarent pas de médecin traitant. Alors que 4,2% des patients ne renonçant pas aux soins n'ont pas de médecin traitant, c'est le cas de 6,2% des renonçant ( $p < 0,01$ ). (50) Les différents déterminants du renoncement aux soins ci-dessus ont un effet cumulatif (43,48). A titre d'exemple, les personnes les plus pauvres ont 3 fois plus de chance de renoncer aux soins, et près de 8 fois plus en zone sous dotée en offre de soins (48).

Les déclarations portant sur le renoncement aux soins pour des raisons financières, qui concernent essentiellement les soins dentaires, optiques et de spécialistes, sont réduites de plus de moitié quand les personnes sont couvertes par une assurance maladie complémentaire. (51) L'étude du renoncement aux soins illustre ainsi le rôle de l'AMC comme vecteur d'accès aux soins, l'adhésion à une complémentaire et la qualité de cette dernière sont prépondérants. (43)

### 1.10. La complémentaire santé du militaire

#### 1.10.1. Une couverture non généralisée

Contrairement aux salariés du secteur public qui semblent disposer d'une large couverture complémentaire (figure 9), la CNMSS estime que 18% des militaires en activité ne disposent pas d'assurance complémentaire. (7) Cela concernerait 31% des moins de 25 ans, et 30% des conjoints et enfants. Comme tout citoyen, les militaires peuvent recourir au dispositif que nous avons précédemment étudiés pour financer une complémentaire santé. En 2018, La CNMSS déclare que 5 979 de ses affiliés bénéficient de la CMU-C soit 0,7% de ses 840 000 affiliés. Le taux de non-recours à la CMU-C dans les armées est estimé entre 55 et 66%. (52)

#### 1.10.2. Des dispositifs de prise en charge par l'État en mutation

Comme tous les agents de l'État, les militaires ne bénéficient pas de l'obligation de protection complémentaire des salariés privés entrée en vigueur depuis 2016 dans le cadre de l'ANI (§1.3.5.e.). Dans le cadre de la loi n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique, le gouvernement d'Edouard Philippe a donc entrepris de renforcer la participation de l'État dans la protection complémentaire de ses agents. (53) L'ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique ordonnance constitue une avancée majeure pour les agents de l'État.

Les employeurs publics sont tenus de financer au moins 50 % de leur complémentaire santé. Cette obligation de prise en charge à 50 % s'appliquera progressivement, dès 2024 à l'État, à mesure que les contrats collectifs arriveront à échéance, et au plus tard en 2026 à tous les employeurs publics. (54) La transition s'est engagée dès le 1er janvier 2022 dans les armées avec une prise en charge forfaitaire de 15€.

Enfin dans le cadre de la mise en place de l'article II du L.4123-3 du code de la défense qui stipule que l'État peut souscrire un contrat collectif obligatoire pour les militaires, un comité de pilotage a été créé par arrêté du 28 août 2023. Ce dernier a comme mission de mettre en concurrence les organismes de protection sociale selon les règles de la commande publique et d'après un cahier des charges défini dans le décret n° 2023-605 du 15 juillet 2023. (55)

En fin de compte, aucune étude n'a analysé l'absence de protection complémentaire des militaires français. Nous ne disposons pas de données sur les caractéristiques socio-démographiques des militaires non couverts expliquant la différence de 15 points avec la population générale.

L'étude de cette population est d'intérêt pour comprendre les déterminants spécifiques de l'absence d'AMC en milieu militaire et ainsi guider la réflexion engagée pour la mise en place d'un contrat collectif obligatoire pour les militaires.

Enfin en raison d'une part à priori élevée de militaires ne bénéficiant pas d'une AMC il est primordial d'apporter au médecin des armées des éléments concrets d'analyse des déterminants et des inégalités sociales de santé affectant ses patients. Repérer en consultation les militaires ne disposant pas de complémentaire pourrait permettre de réaliser des actions correctives afin de limiter le renoncement aux soins de ces militaires.

## OBJECTIFS DE L'ETUDE

---

### 2.1. Objectif principal

L'objectif principal de cette étude est d'estimer la prévalence de l'absence d'adhésion des militaires d'active français à une assurance maladie complémentaire.

### 2.2. Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires de l'étude sont d'étudier :

- les facteurs associés à l'absence d'adhésion à une assurance maladie complémentaire ;
- la prévalence du renoncement aux soins au sein de l'armée française ;
- les motifs de non-adhésion à une assurance maladie complémentaire.

## MATERIEL ET METHODES

---

### 3.1. Cadre de l'étude

L'analyse menée dans cette thèse est une analyse *post-hoc* réalisée à partir des données issues de l'Enquête Nouvelle Génération (ENG), conduite en 2019. Cette enquête a été menée conjointement par le SSA et la CNSMSS, auprès d'un échantillon aléatoire de 15 000 personnes incluant des militaires d'active, des familles de militaires d'actives et des retraités. Les modes de recueils étaient différents selon le statut du répondeur. Nous nous intéresserons plus particulièrement au volet concernant les militaires d'active. En effet le volet concernant les familles et les retraités ne comportaient pas de questions sur l'adhésion à une AMC ou sur le renoncement aux soins.

### 3.2. Critère de jugement principal

Le critère de jugement principal relatif à l'estimation de la prévalence de l'absence d'adhésion des militaires d'active français à une assurance maladie complémentaire était renseigné par la question "*Avez-vous une couverture maladie complémentaire (mutuelle/assurance complémentaire/caisse de prévoyance), qu'elle soit payée par vous-même, votre conjoint, vos parents ?*". Les militaires répondant au questionnaire avaient trois choix possibles :

1. "*Oui*"
2. "*Non*"
3. "*Je ne sais pas*"

Seulement 112 militaires ont répondu "*je ne sais pas*". Il a été jugé préférable de les retirer des analyses statistiques afin de gagner en compréhension et lisibilité. Finalement la variable d'intérêt "*avoir une AMC*" était binaire.

### 3.3. Population d'étude

#### 3.3.1. Nombre de sujets inclus

La population étudiée est constituée de militaires d'active des quatre forces armées (armée de terre, armée de l'air, marine, gendarmerie), du SSA et des autres services communs de France métropolitaine ayant donné leur consentement pour participer à l'enquête. Au total, 4972 militaires ont été inclus dans l'étude.

#### 3.3.2. Critères d'inclusion

Un sujet était éligible lorsque tous les critères suivants étaient réunis :

- Être militaire d'active âgé de 18 ans ou plus ;
- Avoir donné son consentement écrit à la participation à l'étude ;
- Servir dans une unité en France métropolitaine dont le soutien sanitaire est assuré par le SSA ;
- Parler et comprendre le français.

### 3.3.3. Critères d'exclusion

- Être civil de la Défense ;
- Être militaire d'une autre nation que la France ;
- Servir dans une unité de la Légion étrangère, dans un état-major ou une école ;
- Servir dans le cadre de la réserve ;
- Être âgé(e) de moins de 18 ans ;
- Ne pas être volontaire pour participer à l'étude.

### 3.4. Déroulement de l'ENG

#### 3.4.1. Échantillonnage des sujets volontaires

La méthode d'échantillonnage utilisée pour le volet « militaires d'active » est un sondage à 2 degrés. Une stratification sur l'armée d'appartenance, correspondant au second degré a été réalisée : (figure 1)

- Armée de terre (N=1 200) ;
- Armée de l'air (N=1 000) ;
- Gendarmerie (N=1 200) ;
- Marine (N=1 000), incluant 5 strates : force océanique stratégique (FOST), force d'action navale (FAN), fusiliers et commandos (FUSCO), aéronavale (AERO) et bases navales (BasNav);
- Service de santé des armées (N=400), incluant une strate médecine des forces (N=200) et une strate médecine hospitalière (N=200).
- Autres services communs (N=200).

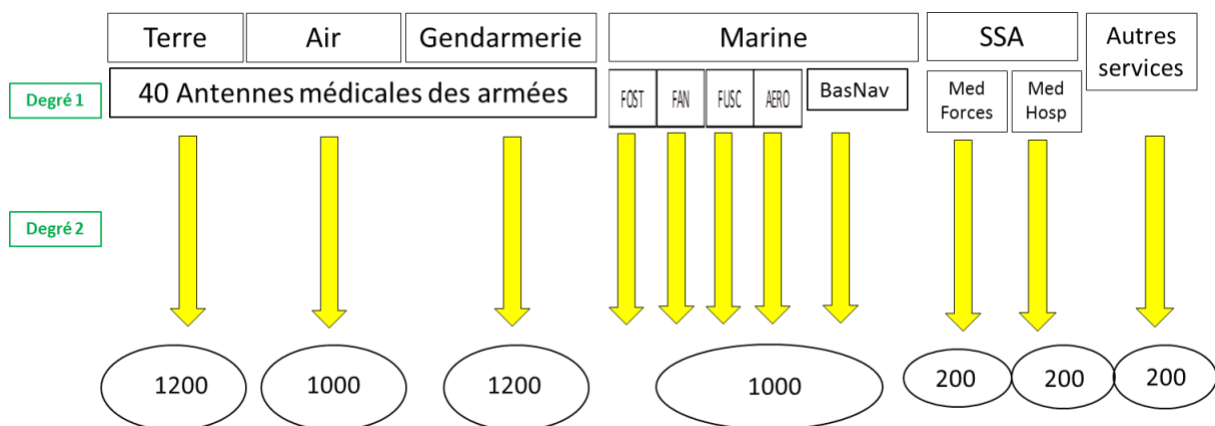


Figure 11 : plan d'échantillonnage de l'ENG

Dans l'Armée de Terre, l'Armée de l'Air et la Gendarmerie (premier degré), un premier tirage au sort de 40 antennes médicales des armées a été effectué, chacune de ces antennes soutenant une ou plusieurs unités militaires.

Au second degré, un échantillon de 100 personnes par site a été constitué sur les différentes unités soutenues par l'antenne médicale. Cet échantillon a été choisi si possible par tirage au sort sur la liste des présents sur le site. Compte tenu des activités opérationnelles des forces armées, certains sites ont pu se substituer au tirage au sort et inclure dans la limite des effectifs attendus l'ensemble des sujets présents et ne s'opposant pas à l'étude.

Cette technique d'inclusion, pragmatique et dictée par les circonstances, expose à plus de biais de sélection qu'un tirage aléatoire, mais constitue de plus en plus souvent la seule alternative possible pour mener à bien l'étude dans le contexte spécifique des forces armées.

### 3.4.2. Déroulement du recueil des données

Pour chaque site, les investigateurs ont procédé à une séance d'information collective standardisée (textes prédéfinis et supports informatiques) puis de recueil individuel du consentement. Ces séances ont été proposées à l'ensemble des sujets ayant été tirés au sort. A l'issue, les sujets volontaires pour participer sont restés et les critères d'inclusion et d'exclusion ont été vérifiés.

Le recueil des données a été effectué sur support informatique via un questionnaire auto-administré. Des informations préalables au maniement du support informatiques ayant été délivrées. Le recueil a eu lieu du 15 février 2019 au 12 avril 2019.

### 3.5. Éthique et réglementaire

Le promoteur de l'étude est la CNMSS, ce dernier a donné son accord pour ce travail de thèse qui s'inscrit dans la continuité de l'objectif principal de l'étude.

L'enquête nouvelle génération promue et financée par la CNMSS a été mise en œuvre en conformité avec la réglementation en vigueur sur la protection des données et des personnes. Le protocole d'enquête a reçu en amont de l'étude l'avis favorable du Comité de protection des personnes du Sud-Ouest et Outre-Mer IV, organisme civil indépendant statuant le bien-fondé et la pertinence du projet de recherche, le respect des droits des personnes et le protocole scientifique (Délibération n° CPP18-095a / 2018-A026-97-48 du 28 janvier 2019). Par ailleurs, le recueil et l'utilisation des données sont conformes au règlement général sur la protection des données. Les données recueillies lors de l'étude ont fait l'objet d'un traitement informatique dont le gestionnaire assure avoir signé un engagement de conformité à Méthodologie de Référence 001 de la Commission nationale de l'informatique et des libertés (CNIL). Le consentement de chaque militaire était libre et éclairé sans aucune conséquence disciplinaire ni en termes d'aptitude médicale en cas de refus.

### 3.6. Analyse statistique

Un redressement des données de l'ENG sur l'âge, le sexe, l'armée et la catégorie de grade a été réalisé par l'institut Ipsos à partir des statistiques de l'observatoire social de la Défense. Les analyses statistiques ont pris en compte le plan d'échantillonnage et des pondérations ont été appliquées.

Concernant les analyses portant sur le renoncement aux soins, un recodage a été réalisé. Il était demandé à la population cible de répondre à une série de questions (9 au total) afin de savoir s'ils avaient déjà renoncé à différents soins pour des raisons financières. Il était possible de répondre aux 9 questions avec les modalités suivantes :

- "Oui"
- "Non"
- "Non concerné(e)"

Les individus ayant répondu "Non concerné(e)" ont été recodés en "Non".

Le renoncement à au moins un soin a été défini par :

- "Oui" : toute personne ayant répondu "Oui" à une des 9 questions
- "Non" : toute personne ayant répondu « Non » pour chacune des 9 questions.

Les variables ont été analysées de manière descriptive en termes de distribution générale et par sous-groupe (âge, sexe, armée d'appartenance, niveau de diplôme, etc.). Les proportions sont utilisées pour les variables qualitatives ; les moyennes et écarts types pour les variables quantitatives. Une analyse descriptive simple en sous-groupe selon le statut d'adhésion à une assurance maladie complémentaire est réalisée sur l'ensemble de la population d'étude. Toutes les estimations présentées dans ce manuscrit sont pondérées.

Le test du Chi2 ajusté selon une estimation de l'effet du plan d'échantillonnage a été utilisé pour comparer les variables qualitatives, et le test de Kruskal-Wallis avec prise en compte du plan d'échantillonnage pour comparer les variables quantitatives.

Une régression logistique multivariée avec prise en compte des poids de sondage a été utilisée pour explorer les facteurs associés à la possession d'une AMC, toutes choses égales par ailleurs. Toutes les variables associées à la possession d'une AMC ayant une valeur  $p < 0,15$  dans les analyses univariées ont été sélectionnées afin de construire le modèle multivarié. Une procédure de sélection des variables pas à pas ascendante a été utilisée pour identifier le meilleur modèle multivarié. Les variables permettant de minimiser le critère d'information d'Akaike (AIC) ont été insérées dans le modèle. Le modèle final a été sélectionné lorsqu'aucune des variables restantes ne permettait de réduire l'AIC.

Les données ont été analysées avec le logiciel R (version 4.3.2).

## RÉSULTATS

### 4.1 Taux de réponse

La population cible de l'étude était constituée de près de 5 000 militaires d'active issus de l'ensemble des forces armées et forces rattachées des armées françaises. Quatre mille deux cent soixante-six militaires (85,6 % des 4 972 militaires tirés au sort) ont accepté d'y participer. Cette enquête s'est déroulée du 15/02/2019 au 12/04/2019 dans 50 bases militaires françaises, pour 90 unités soutenues.

Par ailleurs, 112 militaires avaient répondu "je ne sais pas" à la question sur leur adhésion ou non à une AMC, soit 2% des militaires tirés au sort. Ainsi, pour contrôler le risque de biais de classement, il a été jugé préférable de les retirer.

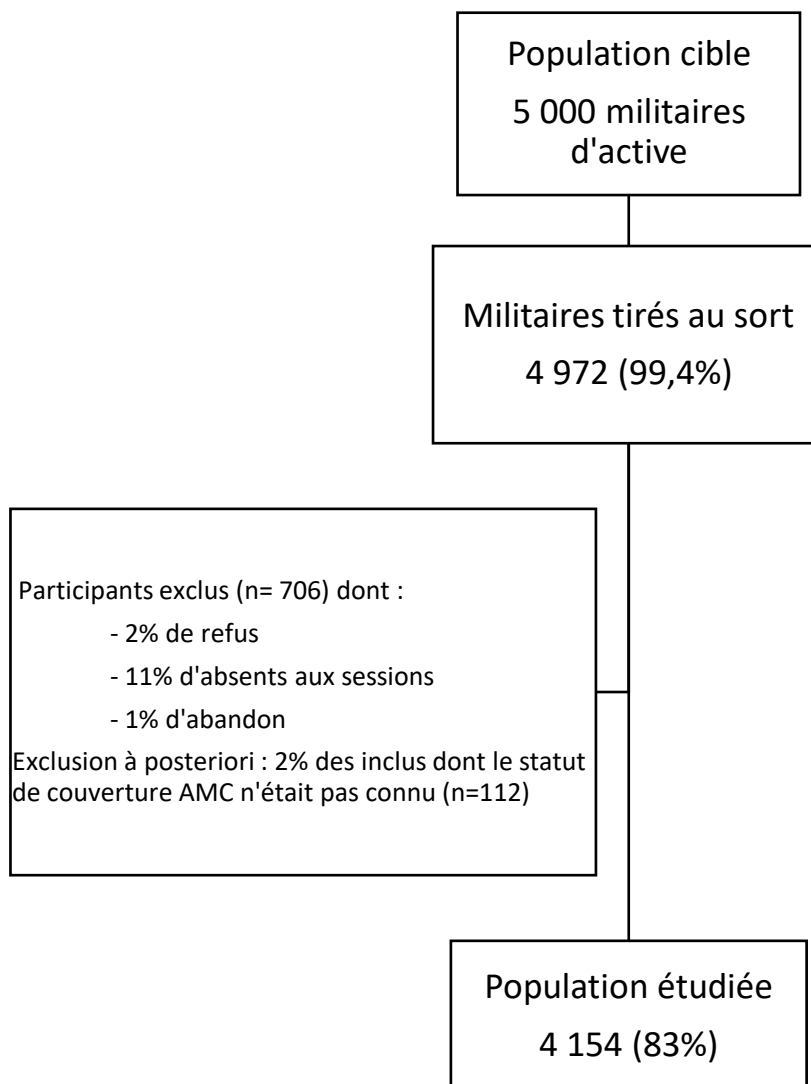


Figure 12 : Flow Chart

## 4.2 Description de la population d'étude

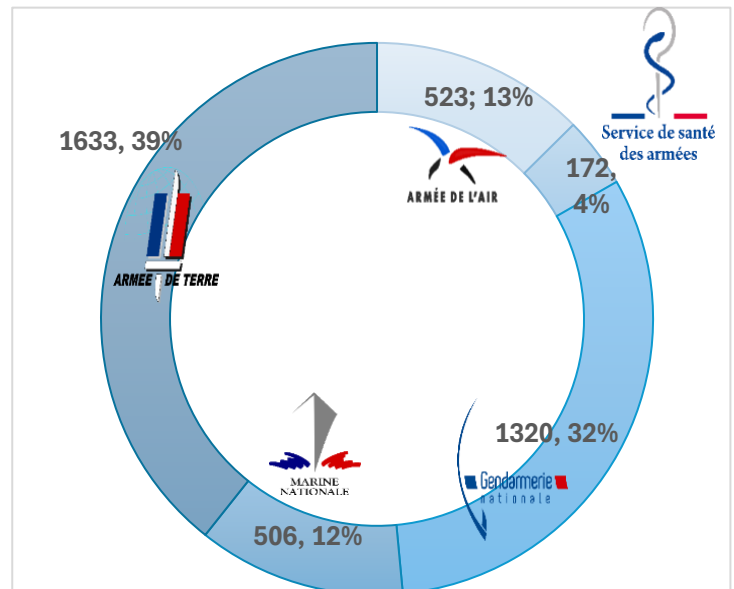
Les données sociodémographiques de la population d'étude sont présentées dans le *Tableau 1*. La majorité des participants était de sexe masculin (84% ; n= 3 472), soit un sex-ratio de 5,1.

La moyenne d'âge était de 34,2 ans (écart-type (ET) = 0,2) avec une durée moyenne d'ancienneté de 13,2 ans de service.

Quarante pourcents des militaires étaient célibataires contre 59,8% de militaires en couple, pacsés ou en concubinage. A noter que 10,7% (n = 456) des personnes interrogées déclaraient avoir un conjoint également militaire.

Les armées d'appartenance les plus représentées étaient l'armée de terre avec 39,3% (IC95% = [37,7-41,0], n = 1 633) des militaires ayant participé à l'étude et la Gendarmerie Nationale avec 31,8% (IC95% = [30,2-33,4], n = 1 320). Le détail est représenté dans la figure 13.

Figure 13 : Répartition de la population d'étude selon l'arme d'appartenance



La répartition des militaires par grade était la suivante : 12,8% d'officiers (IC95% = [11,6-14,1]), 54,8% de sous-officiers (IC95% = [53,1-56,4]) et 32% de militaires du rang (IC95% = [30,9-34]).

Une majorité des militaires, 78,5% (IC95% = [77,1-79,8], n=3 260), habitaient dans une agglomération de 2 000 habitants ou plus en France métropolitaine.

Concernant le niveau d'étude, la plupart des militaires interrogés (69,6% IC95% = [68,1-71,2], n=2 893) étaient titulaires d'un diplôme inférieur au baccalauréat.

## 4.3 Complémentaire santé dans les armées

### 4.3.1 Prévalence de la non-adhésion à une AMC

Sur l'ensemble des militaires interrogés, 4% (IC95% = [3,4-4,7], n = 165) déclaraient ne pas adhérer à une AMC.

### 4.3.2 Motif de non-recours à une assurance maladie complémentaire

La plupart des personnes interrogées rapportaient ne pas souscrire à une AMC car ils n'en ressentaient pas le besoin (50,6%, IC95% = [42,3-58,8], n = 83). Un peu plus de 20% déclaraient ne pas en avoir souscrit pour des raisons financières (20,5%, IC95% = [14,2-28], n = 34). Les autres motifs de non-adhésion à une AMC avancés étaient le fait que les prestations proposées ne répondaient pas aux attentes (2,6%, IC95% = [1-6,5], n = 4) et le fait de s'estimer en bonne santé (12,7%, IC95% = [8,1-19,4], n =21) (*annexe 1*).

Au total la non-adhésion choisie, c'est-à-dire le fait de s'estimer en bonne santé et de ne pas nécessiter d'AMC, représentait la majorité des motifs de non-couverture pour 63,3% des militaires ayant déclaré ne pas souscrire à une AMC.

#### 4.3.3 Caractéristiques sociales et démographiques des militaires ne disposant pas d'une AMC

Parmi l'ensemble des interrogés, la couverture chez les hommes était de 96,1% (IC95% = [95,4-96,8]) contre 95,5% (IC95% = [93,7- 96,9]) chez les femmes, sans que la différence ne soit statistiquement significative ( $p = 0,48$ ) *Tab. 3*.

La plupart des militaires de plus de 35 ans disposaient d'une complémentaire (96,5% (IC95% = [95,5-97,3],  $n = 1\ 885$ )). Le taux de couverture était de 95,6% (IC95% = [94,6-96,4],  $n = 2\ 269$ ) chez les moins de 35 ans, sans que la différence ne soit significative entre ces deux classes d'âge ( $p = 0,17$ ).

On observait une différence significative d'adhésion à une assurance maladie complémentaire selon la situation matrimoniale. La couverture était ainsi plus élevée parmi les militaires en couple (96,8%, IC95% = [96,0-97,5],  $n = 2\ 405$ ) par rapport aux célibataires (94,9% IC95% = [93,6-95,9],  $n = 1\ 584$ ) ( $p = 0,004$ ). La probabilité qu'un couple dispose d'une couverture complémentaire était 1,6 fois plus importante que pour les célibataires (*Tab. 4*, OR = 1,63 IC 95% [1,16 –2,28],  $p = 0,005$ ).

La commune d'habitation était statistiquement associée à une différence de couverture en univarié. La couverture était de 95,5% et de 96,3% respectivement pour les militaires habitant dans des agglomérations et dans des villes de moins de 2 000 habitants. Concernant les militaires basés à l'étranger ou en outre-mer ce taux était de 88,3% (IC95% = [76,3-94,6],  $n = 58$ ) ( $p < 0,005$ ). En comparaison avec les militaires basés à l'étranger, les militaires habitant une agglomération ou une commune rurale étaient près de 3 fois plus nombreux à adhérer à une AMC. (*Tab. 4*  $p = 0,02$ )

#### 4.3.4 Caractéristiques liées à la condition militaire

L'adhésion à une assurance maladie complémentaire variait selon l'armée d'appartenance. Si 6,4% (IC95% = [5,2-7,9],  $n = 105$ ) des militaires de l'armée de terre déclaraient ne pas adhérer à une AMC, le taux de couverture était supérieur au sein des militaires des autres armées (*Tab. 3*  $p < 0,001$ ).

On observait également une différence significative selon la catégorie de grade, avec une prévalence de non-adhésion à une AMC estimée à 6,5% parmi les militaires du rang (IC95% = [5,2-8,1],  $n = 88$ ), 2,9% parmi les sous-officiers (IC95% = [2,2-3,7],  $n = 65$ ) et 2,3% parmi les officiers (IC95% = [1,2-4,4],  $n = 12$ , (*Tab. 1*  $p < 0,001$ )). Les sous-officiers et les officiers adhéraient respectivement 2,4 fois et près de 3 fois plus à une AMC que les militaires du rang (*Tab. 4*,  $p < 0,001$ ).

Le taux de couverture était également différent selon le type de contrat. En effet seuls 2,3% des militaires de carrière ne disposaient pas d'une complémentaire contre 5,5% des militaires contractuels (*Tab. 3*  $p < 0,001$ ). On estime ainsi qu'un contractuel avait 60% de chance en moins d'être couvert par une AMC qu'un militaire de carrière. ( $p < 0,001$ , OR = 0,4 *Tab. 4*)

Par ailleurs, les militaires adhérents à une AMC avaient une durée moyenne d'engagement de 13,3 années (IIC [12,9-13,7]) contre 10,4 années (IIC [9-11,8]) pour ceux n'ayant pas d'AMC ( $p < 0,001$ ).

Le taux de couverture était en revanche superposable selon le taux de projection des militaires interrogés ( $p = 0,2$ ). La couverture était de 96,9% (IC95% = [95-97,7],  $n = 804$ ) chez les militaires n'ayant pas déclaré d'absence pour raison professionnelle dans les 12 derniers mois. Ce taux était comparable chez ceux ayant eu plus de 3 mois d'absence (92,4%, IC95% = [91-93,7],  $n = 1654$ ).

Enfin, les militaires déclarant une mauvaise influence de leur condition de militaire sur leur santé n'étaient pas moins bien couverts que les autres. ( $p = 0,31$ ).

#### 4.3.5 État de santé et non adhésion une assurance maladie complémentaire

Le taux d'adhésion à une AMC était significativement plus élevé parmi les militaires déclarant un bon état de santé psychologique (96,4%, IC95% = [95,6 -97],  $n = 3\ 223$ ) par rapport à ceux déclarant un état de santé psychologique moyen ou mauvais (respectivement 95,5 et 92,4% ( $p = 0,02$  *Tab. 3*)).

En analyse univariée, les taux de couverture n'étaient pas significativement différents selon l'état de santé physique déclaré par les militaires ( $p = 0,43$ ), ni selon l'état de santé perçu du conjoint ( $p = 0,29$ , *Tab. 3*).

Le taux de couverture des militaires était superposable selon s'ils avaient ou non déclarés un arrêt de travail au cours des 12 derniers ; taux de couverture respectivement à 95,3% (IC95% = [93,8-96,4] et 96,3% (IC95% = [95,5-97]  $p = 0,15$ , *Tab.3*).

Au total, 62 militaires disposaient d'une pension militaire d'invalidité (PMI). Parmi eux 7,4% ( $n=5$ ) n'était pas couverts par une AMC ( $p = 0,22$ ).

Tableau 3 : Caractéristiques des militaires couverts par une AMC dans les armées françaises.

Caractéristiques	Adhésion à une assurance maladie complémentaire (Pourcentages en ligne)				p-value	Total	
	Non (n=165)	IC 95% <sup>1</sup>	Oui (n=3989)	IC 95% <sup>1</sup>		Total (n=4154)	IC 95% <sup>1</sup>
<b>Sexe, n (%)</b>					0,48		
Féminin	30 (4,5%)	[3,1%, 6,3%]	651 (95,5%)	[93,7%, 96,9%]		681 (16,4%)	[15,3%, 17,6%]
Masculin	135 (3,9%)	[3,2%, 4,6%]	3 338 (96,1%)	[95,4%, 96,8%]		3 472 (83,6%)	[82,4%, 84,7%]
<b>Age, n (%)</b>					0,17		
< 35	100 (4,4%)	[3,6%, 5,4%]	2 170 (95,6%)	[94,6%, 96,4%]		2 269 (54,6%)	[53,0%, 56,3%]
>= 35	66 (3,5%)	[2,7%, 4,5%]	1 819 (96,5%)	[95,5%, 97,3%]		1 885 (45,4%)	[43,7%, 47,0%]
<b>Situation matrimoniale, n (%)</b>					0,004* <sup>2</sup>		
Célibataire	85 (5,1%)	[4,1%, 6,4%]	1 584 (94,9%)	[93,6%, 95,9%]		1 669 (40,2%)	[38,6%, 41,8%]
En couple	80 (3,2%)	[2,5%, 4,0%]	2 405 (96,8%)	[96,0%, 97,5%]		2 484 (59,8%)	[58,2%, 61,4%]
<b>Niveau d'étude, n (%)</b>					0,02* <sup>2</sup>		
<= BAC	130 (4,5%)	[3,7%, 5,4%]	2 763 (95,5%)	[94,6%, 96,3%]		2 893 (69,6%)	[68,1%, 71,2%]
> BAC	35 (2,8%)	[2,0%, 3,9%]	1 226 (97,2%)	[96,1%, 98,0%]		1 261 (30,4%)	[28,8%, 31,9%]
<b>Situation géographique, n (%)</b>					0,9		
A l'étranger ou outre-mer	8 (11,7%)	[5,4%, 23,7%]	58 (88,3%)	[76,3%, 94,6%]		66 (1,6%)	[1,2%, 2,1%]
Dans une agglomération	120 (3,7%)	[3,1%, 4,5%]	3 139 (96,3%)	[95,5%, 96,9%]		3 260 (78,5%)	[77,1%, 79,8%]
En zone rurale (moins de 2000 habitants) en France métropolitaine	37 (4,5%)	[3,2%, 6,3%]	791 (95,5%)	[93,7%, 96,8%]		829 (19,9%)	[18,7%, 21,3%]
<b>Armée, n (%)</b>					<0,001*** <sup>2</sup>		
Air	14 (2,7%)	[1,8%, 4,2%]	509 (97,3%)	[95,8%, 98,2%]		523 (12,6%)	[11,7%, 13,5%]
SSA et autre	6 (3,5%)	[1,5%, 8,0%]	166 (96,5%)	[92,0%, 98,5%]		172 (4,1%)	[3,6%, 4,8%]
Gendarmerie	19 (1,5%)	[0,9%, 2,5%]	1 301 (98,5%)	[97,5%, 99,1%]		1 320 (31,8%)	[30,2%, 33,4%]
Marine	21 (4,1%)	[3,0%, 5,7%]	485 (95,9%)	[94,3%, 97,0%]		506 (12,2%)	[11,4%, 13,0%]
Terre	105 (6,4%)	[5,2%, 7,9%]	1 528 (93,6%)	[92,1%, 94,8%]		1 633 (39,3%)	[37,7%, 41,0%]
<b>Catégorie de grade, n (%)</b>					<0,001*** <sup>2</sup>		
Militaire du rang	88 (6,5%)	[5,2%, 8,1%]	1 259 (93,5%)	[91,9%, 94,8%]		1 346 (32,4%)	[30,9%, 34,0%]
Sous-officier	65 (2,9%)	[2,2%, 3,7%]	2 210 (97,1%)	[96,3%, 97,8%]		2 275 (54,8%)	[53,1%, 56,4%]
Officier	12 (2,3%)	[1,2%, 4,4%]	520 (97,7%)	[95,6%, 98,8%]		532 (12,8%)	[11,6%, 14,1%]
<b>Nature du lien au service, n (%)</b>					<0,001*** <sup>2</sup>		
Carrière	44 (2,3%)	[1,6%, 3,1%]	1 917 (97,7%)	[96,9%, 98,4%]		1 961 (47,2%)	[45,5%, 48,9%]
Contrat	121 (5,5%)	[4,6%, 6,6%]	2 072 (94,5%)	[93,4%, 95,4%]		2 193 (52,8%)	[51,1%, 54,5%]
<b>Ancienneté dans l'armée (année)<sup>4</sup></b>	10,4 (8,5)	[9,0, 11,8]	13,3 (10,0)	[12,9, 13,7]	<0,001*** <sup>3</sup>	13,2 (10,0)	[12,8, 13,5]
<b>Nombre total de mission extérieure (durée &gt; 1 mois)<sup>4</sup></b>	3,3 (4,6)	[2,6, 3,9]	3,2 (4,4)	[3,1, 3,4]	0,91	3,2 (4,4)	[3,1, 3,4]
<b>Nombre de mois d'absence de la résidence principale pour raison professionnelle, n (%)</b>					0,2		
Jamais	28 (3,4%)	[2,3%, 5,0%]	804 (96,6%)	[95,0%, 97,7%]		832 (20,0%)	[18,7%, 21,4%]
< 3 mois	56 (3,5%)	[2,6%, 4,6%]	1 532 (96,5%)	[95,4%, 97,4%]		1 587 (38,2%)	[36,6%, 39,8%]
>= 3 mois	81 (4,7%)	[3,7%, 5,9%]	1 654 (95,3%)	[94,1%, 96,3%]		1 735 (41,8%)	[40,1%, 43,4%]
<b>A été en arrêt maladie, n (%)</b>					0,15		
Non	107 (3,7%)	[3,0%, 4,5%]	2 817 (96,3%)	[95,5%, 97,0%]		2 924 (70,4%)	[68,9%, 71,9%]
Oui	58 (4,7%)	[3,6%, 6,2%]	1 172 (95,3%)	[93,8%, 96,4%]		1 230 (29,6%)	[28,1%, 31,1%]
<b>Perçoit une pension militaire d'invalidité, n (%)</b>					0,22		
Non	160 (3,9%)	[3,3%, 4,6%]	3 931 (96,1%)	[95,4%, 96,7%]		4 092 (98,5%)	[98,0%, 98,9%]
Oui	5 (7,4%)	[2,7%, 18,8%]	57 (92,6%)	[81,2%, 97,3%]		62 (1,5%)	[1,1%, 2,0%]
<b>Problème de santé rencontré au cours des 12 derniers mois, n (%)</b>					0,72		
Non	84 (3,9%)	[3,1%, 4,8%]	2 086 (96,1%)	[95,2%, 96,9%]		2 170 (52,2%)	[50,6%, 53,9%]
Oui	81 (4,1%)	[3,3%, 5,2%]	1 902 (95,9%)	[94,8%, 96,7%]		1 984 (47,8%)	[46,1%, 49,4%]
<b>État de santé physique général, n (%)</b>					0,43		
Mauvais	7 (5,1%)	[2,5%, 10,3%]	122 (94,9%)	[89,7%, 97,5%]		128 (3,1%)	[2,6%, 3,7%]
Moyen	30 (4,7%)	[3,2%, 6,9%]	609 (95,3%)	[93,1%, 96,8%]		639 (15,4%)	[14,2%, 16,6%]
Bon	128 (3,8%)	[3,1%, 4,5%]	3 258 (96,2%)	[95,5%, 96,9%]		3 386 (81,5%)	[80,2%, 82,8%]
<b>État de santé psychologique général, n (%)</b>					0,02* <sup>2</sup>		
Mauvais	16 (7,6%)	[4,5%, 12,3%]	202 (92,4%)	[87,7%, 95,5%]		218 (5,2%)	[4,6%, 6,0%]
Moyen	32 (4,5%)	[3,1%, 6,4%]	681 (95,5%)	[93,6%, 96,9%]		713 (17,2%)	[16,0%, 18,4%]
Bon	117 (3,6%)	[3,0%, 4,4%]	3 106 (96,4%)	[95,6%, 97,0%]		3 223 (77,6%)	[76,2%, 78,9%]
<b>Influence du métier de militaire sur la santé, n (%)</b>					0,31		
Mauvaise influence	55 (4,7%)	[3,6%, 6,2%]	1 103 (95,3%)	[93,8%, 96,4%]		1 158 (27,9%)	[26,4%, 29,4%]
Pas d'influence	32 (3,4%)	[2,3%, 4,8%]	927 (96,6%)	[95,2%, 97,7%]		959 (23,1%)	[21,7%, 24,5%]
Bonne influence	78 (3,8%)	[3,0%, 4,9%]	1 959 (96,2%)	[95,1%, 97,0%]		2 037 (49,0%)	[47,4%, 50,7%]
<b>État de santé générale physique du conjoint, n (%)</b>					0,29		
Mauvais	3 (2,9%)	[0,7%, 11,0%]	89 (97,1%)	[89,0%, 99,3%]		91 (3,7%)	[2,9%, 4,6%]
Moyen	10 (2,0%)	[1,0%, 3,9%]	487 (98,0%)	[96,1%, 99,0%]		497 (20,0%)	[18,3%, 21,8%]
Bon	67 (3,5%)	[2,8%, 4,5%]	1 829 (96,5%)	[95,5%, 97,2%]		1 897 (76,3%)	[74,5%, 78,1%]

<sup>1</sup> IC = intervalle de confiance, <sup>4</sup> Moyenne (ET)

<sup>2</sup> test du Chi<sup>2</sup> ajusté selon une estimation de l'effet du plan d'échantillonnage

<sup>3</sup> test de Kruskal-Wallis avec prise en compte du plan d'échantillonnage

#### 4.4 Analyse multivariée : facteurs associés à la non-adhésion à une AMC

Le modèle de régression logistique multivarié présenté en tableau 2 montre que la probabilité de ne pas disposer de couverture complémentaire était statistiquement corrélée à la nature du lien au service et à certaines catégories de grade. Le modèle présenté dans le tableau 2 retrouve par ailleurs des indices de colinéarités faibles pour les deux variables explicatives (GVIF, *generalized variance inflation factor*, respectivement à 1,4 et 1,2).

On estime ainsi, toutes choses étant égales par ailleurs, que les militaires sous-contrat avaient 43% de chance en moins de disposer d'une couverture complémentaire que les militaires de carrière (OR = 0,57 ; IC95% [0,33 – 0,97],  $p < 0,04$ ).

Le fait de disposer d'une AMC restait également associé à la catégorie de grade en analyse multivariée, les sous-officiers adhérant significativement plus à une AMC en comparaison avec les militaires du rang (OR ajusté 1,74 ; IC95% [1,09]2,78], ( $p < 0,02$ ))

**Tableau 4 : Facteurs associés à l'adhésion à une assurance maladie complémentaire - résultats de l'analyse univariée et multivariée**

Caractéristique	Adhésion à une AMC (% en colonne)		p- valeur <sup>2</sup>	Univarié			Multivarié				
	Non, N = 165 <sup>1</sup>	Oui, N = 3 989 <sup>2</sup>		OR <sup>3</sup>	95% IC <sup>3</sup>	p-valeur	OR <sup>3</sup>	95% IC <sup>3</sup>	p-valeur	GVIF <sup>3</sup>	Adjusted GVIF <sup>3-4</sup>
<b>Nature du lien au service</b>			<0,001						<b>0,04</b>	2	<b>1,4</b>
Carrière	44 (26,9%)	1 917 (48,0%)		—	—		—	—			
Contrat	121 (73,1%)	2 072 (52,0%)		0,4	0,27 – 0,58	<0,001	0,57	0,33 – 0,97			
<b>Catégorie de grade</b>			<0,001			<0,001			<b>0,06</b>	2	<b>1,2</b>
Militaire du rang	88 (53,1%)	1 259 (31,6%)		—	—		—	—	<i>réf.</i>		
Sous-officier	65 (39,4%)	2 210 (55,4%)		2,37	1,67 – 3,36	<0,001	1,74	1,09 – 2,78	0,02		
Officier	12 (7,5%)	520 (13,0%)		2,91	1,45 – 5,87	0,003	1,89	0,83 – 4,33	0,13		
<b>Ancienneté dans l'armée (en année)</b>	10,4 (8,5)	13,3 (10,0)	<0,001	1,03	1,01 – 1,05	<0,001					
<b>Situation matrimoniale</b>			0,004			0,005					
Célibataire	85 (51,8%)	1 584 (39,7%)		—	—		—	—			
En couple	80 (48,2%)	2 405 (60,3%)		1,63	1,16 – 2,28	0,005					
<b>Situation géographique</b>			0,009			0,02					
A l'étranger ou outre-mer (DOM-COM)	8 (4,7%)	58 (1,5%)		—	—		—	—			
Dans une agglomération	120 (72,8%)	3 139 (78,7%)		3,47	1,45 – 8,31	0,005					
En zone rurale (moins de 2000 habitants en France métropolitaine)	37 (22,5%)	791 (19,8%)		2,83	1,12 – 7,14	0,027					
<b>Niveau d'étude</b>			0,02			0,02					
≤ BAC	130 (78,6%)	2 763 (69,3%)		—	—		—	—			
> BAC	35 (21,4%)	1 226 (30,7%)		1,63	1,09 – 2,43	0,02					
<b>État de santé psychologique général</b>			0,02			0,03					
Mauvais	16 (10,0%)	202 (5,1%)		—	—		—	—			
Moyen	32 (19,4%)	681 (17,1%)		1,74	0,90 – 3,37	0,10					
Bon	117 (70,6%)	3 106 (77,9%)		2,18	1,22 – 3,89	0,05					
<b>A été en arrêt maladie</b>			0,15			0,15					
Non	107 (64,9%)	2 817 (70,6%)		—	—		—	—			
Oui	58 (35,1%)	1 172 (29,4%)		0,77	0,54 – 1,10	0,15					

<sup>1</sup> n (%); Moyenne (ET)

<sup>2</sup> test du Chi<sup>2</sup> ajusté selon une estimation de l'effet du plan d'échantillonnage ; test de Kruskal-Wallis avec prise en compte du plan d'échantillonnage

<sup>3</sup> OR = rapport de côtes, IC = intervalle de confiance, GVIF = Generalized Variance Inflation Factor

<sup>4</sup> GVIF<sup>1/(2\*df)</sup> : *generalized variance inflation factor*

déviante nulle = 1 388; degrés de liberté du modèle nul = 4 160; AIC = 1 358; BIC = 1 383; Deviance = 1 350; degrés de liberté des résidus = 4 157; No. Obs. = 4 161

#### 4.5 Renoncement financier à certains soins et non-couverture

Sur l'ensemble de la population d'étude, 28,4% des militaires (IC95% = [27-29,9, n = 1 181]) déclaraient avoir renoncé à certains soins au cours des 12 derniers mois pour des raisons financières, alors qu'ils estimaient dans le même temps en avoir eu besoin.

Sur l'ensemble des militaires ayant déclaré au moins un renoncement financier, 4,9% (IC 95 [3,7-6,4], n = 58) n'étaient pas couverts par une AMC, sans différence significative avec la population couverte (p = 0,08). Pour chacune des sous-catégories de soins, l'absence d'adhésion à une AMC n'était pas significativement associée à un renoncement financier.

Les principaux soins pour lesquels les militaires avaient déclaré un renoncement était par ordre décroissant : une consultation de médecine alternative (14,6%), des dépassements d'honoraire chez le spécialiste (11,5%), des prothèses dentaires (11%), des soins dentaires (9,6%) et des soins d'optique (9,5). L'ensemble des résultats sont présentés dans le tableau 5.

*Tableau 5 : Renoncement aux soins financiers déclaré par les militaires au cours des 12 derniers mois selon l'adhésion à une assurance maladie complémentaire.*

**Adhésion à une assurance maladie complémentaire**  
(Pourcentages en ligne)

Motif de renoncement aux soins déclaré	Non (n=165)	IC 95% <sup>1</sup>	Oui (n=3989)	IC 95% <sup>1</sup>	p-value	Total(n=4154)	IC 95% <sup>1</sup>
<b>Avoir renoncé à au moins un soin pour des raisons financières, n (%)</b>					0,08		
Non	107 (3,6%)	[3,0%, 4,4%]	2 865 (96,4%)	[95,6%, 97,0%]		2 973 (71,6%)	[70,1%, 73,0%]
Oui	58 (4,9%)	[3,7%, 6,4%]	1 123 (95,1%)	[93,6%, 96,3%]		<b>1 181 (28,4%)</b>	[27,0%, 29,9%]
<b>- à une consultation de médecine alternative, n (%)</b>					0,88		
Non	142 (4,0%)	[3,4%, 4,8%]	3 407 (96,0%)	[95,2%, 96,6%]		3 549 (85,4%)	[84,3%, 86,5%]
Oui	23 (3,9%)	[2,5%, 5,9%]	581 (96,1%)	[94,1%, 97,5%]		<b>605 (14,6%)</b>	[13,5%, 15,7%]
<b>- aux prothèses dentaires, n (%)</b>					0,42		
Non	143 (3,9%)	[3,3%, 4,6%]	3 554 (96,1%)	[95,4%, 96,7%]		3 698 (89,0%)	[87,9%, 90,0%]
Oui	22 (4,8%)	[3,0%, 7,5%]	434 (95,2%)	[92,5%, 97,0%]		<b>456 (11,0%)</b>	[10,0%, 12,1%]
<b>- aux soins dentaires, n (%)</b>					0,30		
Non	145 (3,9%)	[3,2%, 4,6%]	3 610 (96,1%)	[95,4%, 96,8%]		3 755 (90,4%)	[89,4%, 91,3%]
Oui	20 (5%)	[3,1%, 7,9%]	378 (95,0%)	[92,1%, 96,9%]		<b>398 (9,6%)</b>	[8,7%, 10,5%]
<b>- aux lunettes, verres, moutures, lentilles, n (%)</b>					0,23		
Non	145 (3,9%)	[3,2%, 4,6%]	3 616 (96,1%)	[95,4%, 96,8%]		3 760 (90,5%)	[89,5%, 91,4%]
Oui	20 (5,1%)	[3,3%, 8,0%]	373 (94,9%)	[92,0%, 96,7%]		<b>393 (9,5%)</b>	[8,6%, 10,6%]
<b>- à une consultation chez un spécialiste non conventionné, n (%)</b>					0,13		
Non	139 (3,8%)	[3,2%, 4,5%]	3 535 (96,2%)	[95,5%, 96,8%]		3 675 (88,5%)	[87,4%, 89,5%]
Oui	26 (5,4%)	[3,6%, 8,0%]	454 (94,6%)	[92,0%, 96,4%]		<b>479 (11,5%)</b>	[10,5%, 12,6%]
<b>- à une psychothérapie, n (%)</b>					0,44		
Non	157 (3,9%)	[3,3%, 4,6%]	3 841 (96,1%)	[95,4%, 96,7%]		3 998 (96,3%)	[95,6%, 96,8%]
Oui	8 (5,2%)	[2,6%, 10,0%]	148 (94,8%)	[90,0%, 97,4%]		<b>156 (3,7%)</b>	[3,2%, 4,4%]
<b>- à des médicaments prescrits et non pris en charge par la sécurité sociale, n (%)</b>					0,06		
Non	149 (3,8%)	[3,2%, 4,5%]	3 757 (96,2%)	[95,5%, 96,8%]		3 906 (94,0%)	[93,2%, 94,8%]
Oui	16 (6,4%)	[3,8%, 10,6%]	232 (93,6%)	[89,4%, 96,2%]		<b>248 (6,0%)</b>	[5,2%, 6,8%]
<b>- à des médicaments prescrits et non pris en charge par votre mutuelle, n (%)</b>					0,21		
Non	151 (3,9%)	[3,3%, 4,6%]	3 752 (96,1%)	[95,4%, 96,7%]		3 903 (94,0%)	[93,1%, 94,7%]
Oui	14 (5,6%)	[3,2%, 9,7%]	237 (94,4%)	[90,3%, 96,8%]		<b>251 (6,0%)</b>	[5,3%, 6,9%]
<b>- Autres, n (%)</b>					0,57		
Non	164 (4,0%)	[3,4%, 4,7%]	3 978 (96,0%)	[95,3%, 96,6%]		4 142 (99,7%)	[99,5%, 99,8%]
Oui	1 (6,9%)	[0,9%, 36,6%]	11 (93,1%)	[63,4%, 99,1%]		<b>12 (0,3%)</b>	[0,2%, 0,5%]

<sup>1</sup> IC = intervalle de confiance

<sup>2</sup> test du Chi<sup>2</sup> ajusté selon une estimation de l'effet du plan d'échantillonnage

## Discussion

---

### 5.1 Principaux résultats de l'étude

#### 5.1.1 Une population militaire bien couverte

Cette étude déclarative menée en 2019 met en évidence une quasi-généralisation de l'assurance maladie complémentaire chez les militaires d'active des forces armées françaises. Avec un taux de non-couverture estimé à 4% (IC95% = [3,4-4,7], n = 165), cette étude ne montre pas de différence notable avec le taux de non-couverture en population générale française (17,56,57). Ces résultats sont superposables au taux de non-couverture estimée à 2,5% chez les agents du service public. (17)

Les résultats de cette première étude sur le taux de non-couverture des militaires diffèrent des résultats précédemment publiés par la CNMSS qui estime le taux de non couverture au sein de la population militaire à 18% (7). Cette différence est probablement due à la manière dont la CNMSS recueille les données relatives à l'AMC puisque la notification d'adhésion à une AMC est une démarche volontaire de l'assuré auprès de la caisse. Cette dernière peut ainsi ne pas être informée systématiquement de l'adhésion à une AMC. Il est donc possible que l'estimation produite par la CNMSS surestime le taux de non-couverture.

Concernant les critères de validité externe de notre étude, les caractéristiques sociales et démographiques des militaires interrogés sont similaires à celles des forces armées françaises. De même la répartition des militaires interrogés est proche de celles des différentes armées (Terre, Air et Espace, Marine Nationale, Gendarmerie Nationale), directions et services (58,59) Selon le rapport social unique (RSU) du ministère des Armées de 2023, le taux de féminisation des armées est de 16,8%, l'âge moyen des militaires est de 32,5ans (contre 34 ans dans l'ENG), l'ancienneté moyenne est de 11,8 ans (contre 13,2 ans (ET = 10 IC95% [12,8-13,5] dans l'ENG). Selon le RSU, 32% des militaires rattachés au MinArm sont de carrière. Or en prenant en compte les effectifs de la gendarmerie dépendant du ministère de l'Intérieur, selon l'observatoire économique de la Défense, plus de 90% des gendarmes sont des sous-officiers de carrière. Le taux de militaires de carrière toutes armées peut alors être estimé à près de 50%. Ce taux est superposable à celui retrouvé par l'ENG, 47,2% des militaires inclus étant de carrière (IC95% = [45,5-48,9%]). Au total, la population de notre étude semble représentative de celle des militaires d'active en France.

Notre étude pourrait sous-estimer le taux de non-couverture. En effet, 2,6% des personnes inclus dans l'ENG ne savaient pas si elles disposaient ou non d'une AMC (IC95% = [2,1-3,2], n = 112). Ce taux étant plus élevé chez les militaires de moins de 35 ans (3,4% IC95% = [2,7-4,3]). Ainsi en faisant l'hypothèse que toutes les personnes n'ayant pas su répondre à cette question ne disposaient pas d'une AMC, le taux de non-couverture le plus péjoratif serait estimé à 6,6%.

### 5.1.2 Caractéristiques socio-économique des militaires non couverts

A l'image des études en population civile, la situation sociale et économique des militaires semble être l'un des principaux facteurs associés à la non-adhésion à une assurance maladie complémentaire. D'après les analyses univariées, les militaires non-couverts seraient des militaires du rang (de fait sous contrat à durée déterminée), célibataires, disposant d'un diplôme équivalent ou inférieur au baccalauréat, avec une durée d'engagement sous les drapeaux moins longue.

Notre étude ne permet pas d'analyse directe de la couverture selon le niveau de vie estimée par les quintiles de revenus. Certaines caractéristiques permettent toutefois d'approcher le niveau de vie du militaire, son revenu étant indexé sur son grade, le type de contrat et l'ancienneté de service. En effet, le taux de non-couverture des militaires du rang est estimé à 6,5% (n =88 IC95% [5,2%, 8,1%]), bien supérieur à celui des autres catégories de grade ( $p < 0,001$ ). Il est superposable à celui des agents publics du 1<sup>er</sup> quintile de niveau de vie estimé à 6,8%. A niveau de vie équivalent, les taux de couverture sont de 4,6% pour les salariés du secteur privé et 9,1% pour les indépendants. (17)

Les résultats multivariés montrent que les militaires contractuels ont une probabilité de près de moitié de recourir à une AMC par rapport aux militaires de carrière (OR = 0,57 ; IC95% [0,33-0,97],  $p = 0,04$ ). A l'inverse les sous-officiers ont une probabilité de disposer d'une AMC près de 70% plus élevée que les militaires du rang (OR = 1,74 ; IC95% [1,09-2,78],  $p = 0,02$ ). Cette tendance est également observée pour les officiers, bien que l'association ne soit significative (OR = 1,89 ; IC95% [0,93-4,33] ;  $p = 0,13$ ).

On peut ainsi estimer que la non-couverture dans les armées peut en partie être expliquée par les conditions socio-économiques des militaires français corroborant les observations en population générale. (16,17,36)

A la différence des études en population civile, notre étude ne montre pas d'association entre état de santé physique perçu dégradé et absence de couverture. (16,17). Les proportions de patients déclarant un état de santé bon ou mauvais sont d'ailleurs comparables entre notre étude et celle de Célant et al. (environ 80% de personnes déclarant être en très bon ou bon état de santé et 3% déclarant un mauvais état de santé perçu). (16)

A contrario l'état de santé psychologique apparaît significativement associé en analyse univarié à une moindre couverture ( $p = 0,02$ ). Dans le système américain, où le rôle de l'AMC est primordial, la littérature montre que l'association de la détresse psychologique selon la couverture santé est à corrélérer avec les changements de statuts socio-économiques (emploi, étape de vie). (60) L'absence d'assurance maladie était par ailleurs associé à un risque accru de développer une dépression. (aOR = 1.71). (61) Cependant, ces études outre atlantiques ne permettent pas réellement d'éclairer notre résultat, tant les systèmes de soins américains et français sont différents.

Par ailleurs, le sens même de l'association entre état de santé psychologique dégradé et défaut d'AMC n'est pas clair. Est-ce les problèmes de santé qui induisent une moindre couverture par perte d'intérêt pour la chose administrative ou l'absence d'AMC qui conduit à une plus grande anxiété vis-à-vis des coûts des soins ? Enfin, les armées sont confrontées à des problématiques particulières en termes de santé psychologique, notamment les états de stress post traumatiques, rendant indispensables des études complémentaires pour éclairer ce résultat.

### 5.1.3 Une non-adhésion majoritairement « choisie »

L'analyse des motifs de non-adhésion à une assurance maladie complémentaire montre une forte prévalence de la non-adhésion *choisie*. En effet, plus de deux tiers des militaires justifiaient ne pas adhérer car ils n'en ressentaient pas le besoin, s'estimaient en bonne santé ou jugeaient les prestations proposées non suffisantes au regard des primes. La non-adhésion *subie* pour raisons financières était estimée à 20,5% (IC95% = [14,6-28]). Ces résultats sont contradictoires avec les études désormais anciennes menées en population générale par la DRESS-IRDES au travers de l'enquête EHIS-ESPS en 2014. Dans cette étude, la non-adhésion *subie* pour motif financier était le premier motif déclaré pour 58,3% des personnes interrogées, ce motif étant par ailleurs en augmentation dans le temps. (16,62)

Les causes de la non-couverture de cette population jeune et moins diplômée sont probablement plurifactorielles. Une première hypothèse peut être avancée, celle d'une double sélection à l'entrée puisque les armées recrutent :

- des personnes majoritairement jeunes et en bonne santé ayant donc peu de besoins d'AMC en dehors des activités de service généralement couvertes par la sécurité sociale militaire,
- des personnes ayant généralement une moindre aversion au risque.

Les motifs déclarés de renoncement à une AMC semblent conforter cette hypothèse : la majorité des militaires déclaraient en effet ne pas avoir « besoin » d'AMC. Ce constat est par ailleurs établi dans les études en population générale où la non-couverture des jeunes est plus fréquente chez ceux qui déclarent une moindre aversion au risque. (17,63)

Enfin, la différence d'adhésion à une AMC dans cette sous population peut être dû au moindre niveau de littératie en santé et à la complexité administrative liée à la souscription, comme cela a été retrouvé dans les études en population générale (17,64).

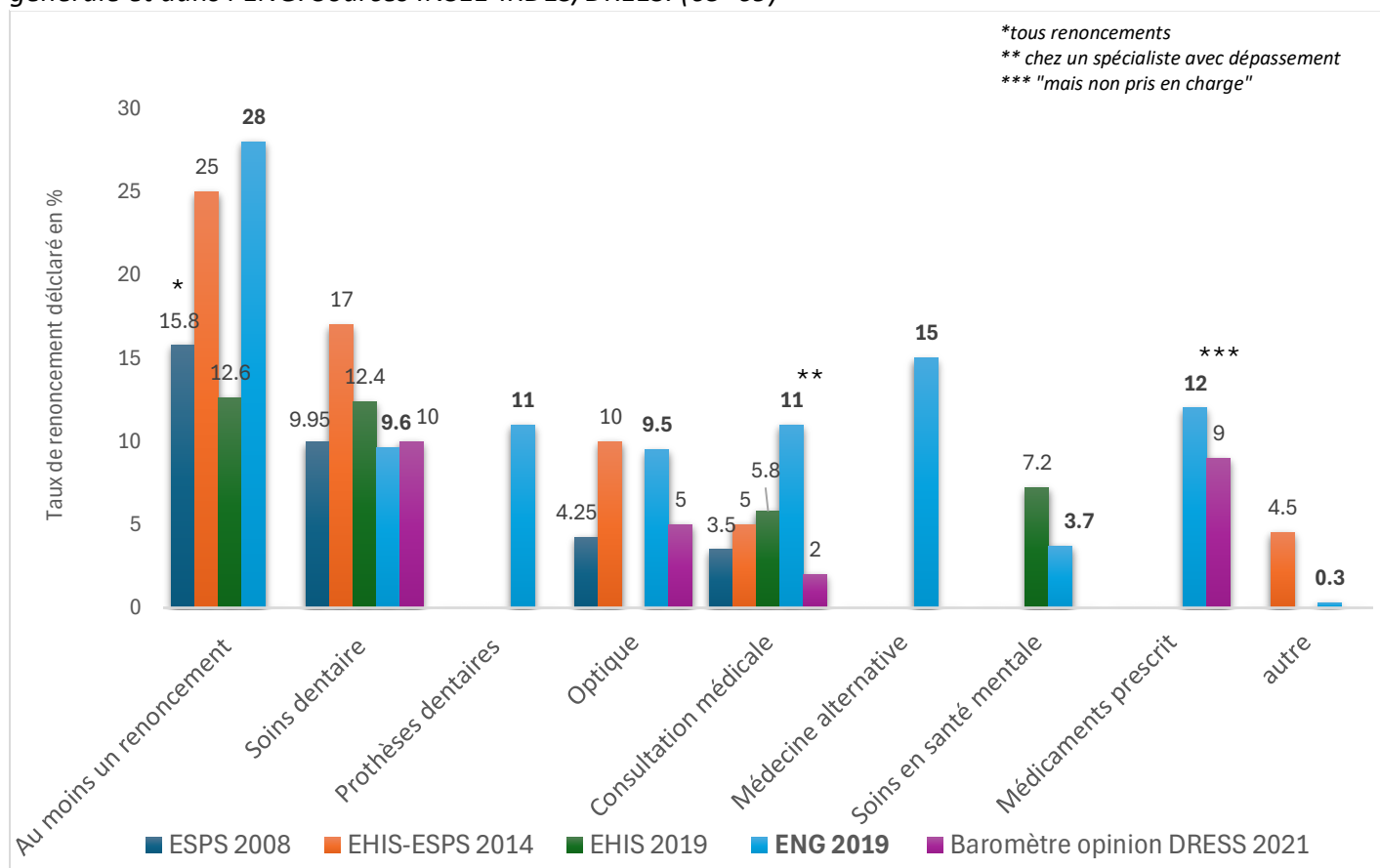
### 5.1.4 Une forte prévalence du renoncement aux soins pour motif financier

Paradoxalement, malgré une moindre non-adhésion *subie* pour motif financier, le renoncement financier à certains soins était élevé. Avec un taux de renoncement pour motif financier estimé à 28% (n = 1 181, IC95% = [27-29,9]), notre étude menée en 2019, retrouve un taux supérieur à celui estimée dans les études en population générale. Par ailleurs, contrairement à ces dernières, notre analyse ne met pas en évidence d'association significative entre renoncement aux soins et absence d'AMC dans les armées (p = 0,08). (43,51).

Le second constat que nous faisons est que la typologie des soins auxquels les militaires renoncent diffèrent de ceux retrouvés en population générale. Un tableau comparatif du renoncement financier à certains soins en population générale est disponible ci-dessous. Il est issu des principales études représentatives de la population générale française adulte.

Les soins dentaires, puis optiques et enfin les consultations médicales sont les soins auxquels les Français renoncent le plus souvent. Les militaires déclaraient davantage avoir renoncé à des consultations de médecine alternative (ostéopathie), aux médicaments non pris en charge par la sécurité sociale et aux consultations chez un spécialiste. Enfin, les taux de renoncement aux soins dentaires et en optique sont superposables à ceux observés en population générale. Ces besoins non satisfaits, notamment en ostéopathie, sont à mettre en parallèle avec un taux élevé de troubles musculo-squelettiques au sein de la population militaire. Ces pathologies sont rapportées par 48% (IC95% = [46,5-51,0], n = 1 087) des militaires ayant déclaré un problème de santé au cours des 12 derniers mois.

Figure 14 : Comparatif des motifs déclarés de renoncement financier aux soins dans les enquêtes en population générale et dans l'ENG. Sources INSEE-IRDES/DREES. (65–69)



Note explicative :

- *ESPS 2008* : l'Enquête santé et protection sociale est une enquête biennale en population générale menée de 1988 à 2014, par l'Institut de recherche et documentation en économie de la santé (Irdes). Ses objectifs étaient d'étudier les liens existants entre l'état de santé, l'accès aux services de santé, l'accès à l'assurance santé publique et privée et les caractéristiques individuelles, en particulier le statut socio-économique.
- *EHIS-ESPS* : depuis 2014, l'ESPS est le versant français de l'enquête santé européenne (European Health Interview Survey-EHIS). Seule enquête santé généraliste représentative en population générale, elle est réalisée à partir d'un échantillon représentatif de bénéficiaires majeurs de l'Assurance maladie (ouvrants droit ou ayants droit) des régimes d'assurance maladie (Cnamts, RSI, MSA), de deux sections locales mutualistes parmi les plus importantes (la MGEN et la MGP) et de quatre régimes spéciaux dont la CNMSS.
- *EHIS 2019* : Menée environ tous les 6 ans dans l'ensemble des pays de l'Union européenne, cette enquête répond au règlement européen 1338/2008 de la Commission européenne. Ses objectifs sont de permettre de mesurer l'évolution de l'état de santé des populations et ses déterminants (alimentation, activité physique et sportive, corpulence, tabac, alcool) et les recours aux soins. Environ 14 000 personnes de 15 ans ou plus ont répondu en métropole. A terme, elle sera appariée aux fichiers fiscaux et sociaux et au SNDS, ce qui permettra d'enrichir l'enquête à partir de données administratives sur les revenus y compris les prestations sociales, ainsi que sur les consommations de soins remboursés par l'assurance maladie ou les interventions à l'hôpital.
- *Baromètre d'opinion de la DREES* : enquête annuelle en face à face réalisée depuis 2000 selon la méthode des quotas auprès d'un échantillon représentatif de la population vivant en France métropolitaine (4002 personnes interrogées en 2021). Elle permet de suivre l'opinion des Français l'égard de la santé, de la protection sociale et des inégalités sociales.

Cette différence est probablement la conséquence de l'hétérogénéité de la mesure du renoncement liée à des formulations différentes des questions posées sur le renoncement aux soins et à des « effets d'enquêtes » rendant difficile la comparabilité entre différentes études. Aude Lapine (DRESS) éclaire ce mécanisme dans son travail sur l'impact de la formulation des questions sur la mesure du renoncement aux soins. En population générale, le taux de renoncement global (financier et organisationnel) varie de 7,7 % à 18,8 % (soit un rapport à

de 1 à 2,4). Pour l'auteur le renoncement doit « [être analysé] en évolution ou en comparant des sous-populations entre elles. En outre, le suivi longitudinal du taux de renoncement doit se faire à formulation stable, mais aussi avec des enquêtes réalisées dans des conditions similaires. L'analyse des écarts entre sous-populations apparaît également sensible à des changements de formulations, même si la hiérarchie des taux de renoncement ne semble pas affectée » (70)

Par ailleurs, la formulation de la question mesurant le renoncement financier, du questionnaire de l'ENG, ne comportait pas de question filtre sur le besoin en soins. Cette formulation de question est celle qui montre des taux de renoncement les plus élevés. (45,70)

## 5.2 Limites et points forts de l'étude

### 5.2.1 Limites

Tout d'abord, en tant que données d'un panel d'enquête, nos réponses peuvent faire l'objet d'un biais de déclaration et d'un biais de mémorisation inhérent aux études observationnelles déclaratives. Cela a été d'autant favorisé par un questionnaire long, dont la durée était estimée à 120 minutes pour un total de 280 questions favorisant l'absence de réponse aux questions (« ne sais pas ») et les abandons en cours de participation (1% des tirés au sort, n= 51) Ces derniers restent toutefois assez faibles. La mise en place d'un recueil sur support informatique, selon un système CAPI (*computer assisted personal interview*) et l'information standardisée dispensée en amont aux participants permettait de s'en prémunir. La sous-traitance de la collecte auprès d'un institut de sondage (IPSOS) permet également de limiter les biais de mesures du fait de l'expérience et de la formation des investigateurs.

Par ailleurs, notre étude utilisait une base de données générée dans la cadre d'une enquête généraliste multithématique dont l'objectif n'était pas d'étudier dans le détail la non-adhésion à une AMC ou le renoncement aux soins. Ceci peut expliquer certaines limites dans l'analyse et l'interprétation des résultats.

La première conséquence concerne le taux élevé de militaires (2%, n = 112) ne connaissant pas leur statut de couverture par une assurance maladie complémentaire. Après analyse des caractéristiques de ces militaires, il a été constaté une hétérogénéité des profils ne permettant pas de reclasser ces personnes dans l'une des deux catégories : couvert ou non couvert par une AMC. Aussi du fait des difficultés de modélisation sur la base d'une variable AMC à trois modalités de réponses (« oui », « non » et « ne sais pas ») et dans un souci de lisibilité des résultats, nous avons fait le choix d'exclure ces militaires de l'analyse, car cette population ne pouvait être rattachée à aucune des deux modalités de réponse.

La seconde conséquence de la réutilisation *a posteriori* des données de l'ENG concerne les lacunes du questionnaire initial comme nous avons pu le voir dans l'analyse du renoncement aux soins. Notre analyse ne dispose pas de données sur les caractéristiques intrinsèques des contrats d'AMC souscrits : typologie du contrat, individuel ou collectif, adhésion d'une AMC par le biais d'un conjoint, type d'organisme (mutuelle, prévoyance, assurance) et niveau de garanties, etc.

Enfin, certaines caractéristiques des militaires inclus auraient été pertinentes à documenter. Par exemple, l'inclusion dans un dispositif d'ALD n'a pas été relevé. Or en 2008, 14% des personnes renonçant à une AMC en population générale étaient incluses dans ce dispositif. (62) Deux remarques peuvent être formulées à ce propos. Tout d'abord, on peut faire l'hypothèse qu'une partie des militaires bénéficiant d'une Pension militaire d'invalidité (PMI),

dispositif de prise en charge pour les séquelles liées aux accidents de service, bénéficient également du dispositif d'ALD. Sur cette base, nous aurions pu nous attendre à une différence de prévalence d'adhésion à une AMC chez les militaires disposant d'une PMI. Or, sur les 63 militaires disposant d'une PMI (1,5% de la population d'étude), seulement 7,2% (n =5, IC [2,6%, 18,4%]) ne sont pas couverts, sans différence significative avec la population des militaires ne disposant pas d'une PMI.

Par ailleurs, du fait des critères de sélection à l'incorporation, notre population présente un sous-risque d'inclusion dans un dispositif d'ALD. (71–73) Aussi nous pouvons formuler l'hypothèse que le taux de militaires inclus dans un dispositif d'ALD et n'adhérant pas à une AMC serait plus bas qu'en population générale.

### 5.2.2 Points fort de l'étude

Tout d'abord comme de nombreuses études menées en population militaire, le taux de réponse de l'ENG est élevé à 85,8% (n = 4 226). A titre de comparaison l'enquête santé européenne (EHIS) menée en France en 2019 relevait un taux de réponse de 55%. (69) Les caractéristiques sociales et démographiques des militaires interrogés sont représentatives de celles des forces armées françaises comme nous l'avons constaté plus en amont. Enfin cette étude, et plus globalement l'ENG, est à notre connaissance la première enquête en population militaire s'intéressant à la couverture complémentaire dans les armées. C'est également, la première enquête analysant partiellement les besoins insatisfaits en santé des militaires français au travers du renoncement aux soins.

### 5.3 Perspective de la mise en place d'une protection complémentaire santé obligatoire pour les militaires français

Bien que les systèmes de santé français et des autres armées otaniennes ne soient pas comparables, favoriser l'accès aux soins des militaires est une politique commune des administrations. Aux Etats-Unis, l'ensemble des militaires d'actives disposent d'une assurance maladie principale gratuite au travers du dispositif TRICARE prime. Cette dernière couvre également leur famille. Ils peuvent accéder au réseau de soins du *Military Health System*, d'un réseau civil conventionné (*Prime Service Areas*) ou de l'*US Family Health Plan*. (74) Selon le rapport d'évaluation du programme TRICARE pour l'année 2023, 377 666 potentiels ayant-droit ne sont pas couverts. Ce sont majoritairement des retraités et des anciens combattants.(75)

A contrario le système britannique permet aux soldats de bénéficier d'un accès gratuit aux soins primaires (médecin généraliste, dentiste, pharmacie) prodigués par le *Defence Medical Service*. Ce dernier joue le rôle de « Gate Keeper » ou offre de soins primaires. Les soins spécialisés peuvent être dispensés au sein des unités hospitalières du ministère des armées intégrées au sein du *National Health Service* ou directement dans les services civils. (76–78) Il n'est donc pas impératif pour les soldats britanniques d'adhérer à une assurance maladie complémentaire duplicative.

Ces exemples illustrent l'intérêt porté par les gouvernements occidentaux pour favoriser l'offre de soins spécifique aux militaires, que ce dernier soit blessé dans l'exercice de ses fonctions ou qu'il soit soumis au risque maladie. Comme nous l'avons vu dans l'introduction, des dispositions superposables en France sont prévues dans le code de la défense. Les sujétions liées à l'état de militaire imposent le soutien du Service de Santé des Armées en

opération mais également sur le territoire national et ultra marin. En effet, permettre à tout militaire d'avoir un accès à un médecin de premier recours, d'autant plus en zone sous-dotée en offre civile, est primordial tant les conséquences sont largement documentées. (48,79–82)

Un deuxième volet de promotion de l'accès aux soins des militaires est la généralisation de l'assurance maladie complémentaire comme le préconise l'HCECM. (7) Un comité de pilotage a été créé le 28 août 2023 afin de mettre en place une protection sociale collective dans les armées, l'appel d'offre ayant été conclu en avril 2024. (83) Ainsi au 1er janvier 2025, militaires et agents civils du ministère des armées bénéficieront de contrats de complémentaire santé, avec une prise en charge financière de l'employeur à hauteur de 50% des cotisations.

Précurseur en la matière, la réforme du MinArm permettra de rétablir l'équité entre les militaires et les salariés du privé bénéficiant de l'Accord National Interprofessionnel de 2013. Cette généralisation se poursuivra à l'horizon 2025 pour tous les ministères et fonctions publiques.

Les militaires seront tenus obligatoirement d'adhérer au contrat collectif hors cas particuliers. Pourront également bénéficier de ce contrat (84) :

- a) Retraités ;
- b) Conjoint d'un bénéficiaire actif ou d'un bénéficiaire retraité ; ou personne liée par un pacte civil de solidarité ; concubinage ;
- c) Enfants ou petits-enfants, et enfants de conjoint ; âgé de moins de 21 ans (<25ans sous certaines conditions)

La cotisation d'un bénéficiaire actif se décomposera en trois parts :

- 1) Une part acquittée par l'employeur correspondant à 50 % de la cotisation d'équilibre
- 2) Une part individuelle forfaitaire fixe acquittée par le bénéficiaire actif ;
- 3) Une part individuelle solidaire calculée sur la solde de base brute mensuelle ;

La cotisation prendra en compte des ajustements selon l'âge avec un plafonnement à 75 ans et selon le statut. La radiation des cadres entraînera une majoration de la cotisation d'équilibre allant jusqu'à 250%. Le tableau des garanties offertes est disponible en annexe.

Au vu des résultats de notre travail et à la lumière des études en population générale, cette réforme ne devrait avoir que peu d'impact sur une généralisation de la couverture complémentaire des militaires français. L'obligation d'adhésion permettra une prise en charge des frais d'AMC par l'employeur à hauteur de 50%. Elle offrira un meilleur accès à la complémentaire santé pour les foyers les plus modestes et pour les conjoints de militaire sans emploi, comme cela a été mis en évidence après généralisation de l'ANI. (17,85,86)

Enfin, une modélisation de la généralisation de l'ANI réalisée en 2017 par Aurélie Pierre a estimé que les taux de non-couverture baissaient davantage chez les personnes les plus risquophiles (-3,2 points) que chez les personnes les plus averses au risque (- 0,9 points). (63) La généralisation de l'AMC dans les armées obligera de facto les jeunes militaires, supposés moins averses au risque maladie, à disposer d'une AMC, les préférences individuelles face aux risques maladie n'expliquant plus le choix de l'adhésion. Aurélie Pierre précise par ailleurs que « [les préférences individuelles] peuvent cependant continuer à jouer un rôle dans les choix de niveaux de garantie des contrats individuels ou les choix de souscrire une couverture surcomplémentaire en sus des complémentaires collectives d'entreprise. »

En choisissant une mutuelle ancrée dans l'action sociale des armées, le comité de pilotage s'est prémuni de la différenciation de qualité de couverture observée dans les entreprises. L'évaluation de la qualité de la garantie de base et des options après mise en place de la complémentaire obligatoire est fondamentale. On peut espérer en ce sens une amélioration du niveau des prestations de base offertes aux militaires comme ce qui a été observé après mise en place de l'ANI. (86,87)

Pour être pleinement efficace, la réforme de la protection sociale complémentaire devra bénéficier d'une large campagne de communication auprès du plus jeune public. Cette campagne sera également l'occasion de traiter des facteurs organisationnels qui représentent le principal facteur de renoncement aux soins des militaires interrogés dans l'ENG.

Ainsi, plus d'un militaire sur deux interrogés dans l'ENG déclare avoir renoncé à des soins ou examens pour d'autres raisons que financières. Il s'agit principalement de renoncement-barrière lié à des contraintes géographiques et temporelles :

- 70% pour manque de temps
- 65% pour des délais trop longs
- 48% à cause d'un changement d'emploi du temps

Détecter les patients à risque de renoncer aux soins est essentiel que cela soit en consultation de médecine générale ou au décours des visites médicales périodiques. En qualité de médecin de 1<sup>er</sup> recours, le médecin généraliste a la capacité d'identifier des problématiques socio-économiques de ces patients pouvant impacter leur prise en charge médicale. (88) Des questionnaires peuvent contribuer à cette identification. La question unique : "Durant les douze derniers mois, avez-vous eu de la peine à payer les factures de votre ménage ? " est ainsi un outil rapide de dépistage avec une valeur prédictive négative<sup>2</sup> de 96,3%. (89) Un tel outil intégré au questionnaire de la visite médicale périodique militaire pourrait être évalué dans le cadre d'un prochain travail.

Au regard des résultats de cette étude, il sera intéressant de prévoir une évaluation de la mise en place de la réforme de la protection santé complémentaire dans les armées, quelques années après sa mise en place. Les remarques que nous avons établies pourraient alimenter les travaux de préparation d'une prochaine étude.

Il serait particulièrement intéressant d'étudier :

- la perception de la qualité des prestations proposées depuis la généralisation,
- la prévalence d'adhésion à des garanties optionnelles facultatives (dentaire, optique, etc.),
- le renoncement aux soins (financier et organisationnel) des militaires français dans ce nouveau contexte.

---

<sup>2</sup> La valeur prédictive négative (VPN) est la probabilité qu'un test négatif soit réellement négatif

## Conclusion

---

Cette étude menée en 2019 révèle une quasi-généralisation de l'assurance maladie complémentaire parmi les militaires d'active français, avec un taux de non-couverture de 4%, comparable à celui de la population générale. Les facteurs socio-économiques, tels que le grade et le type de contrat, influencent significativement la non-adhésion des militaires. La mise en place de la réforme de la protection santé complémentaire devrait permettre une hausse de la couverture chez les plus jeunes militaires les moins averses au risque.

## Bibliographie

---

1. Colbert père de la Sécurité sociale de la Marine. Drs. DUBARRY PENY HERVIER [Internet]. [cité 6 déc 2023]. Disponible sur: <https://www.biusante.parisdescartes.fr/sfhm/hsm/HSMx1979x013x001/HSMx1979x013x001x0039.pdf>
2. Elidia G. editionsdurocher.fr. [cité 11 mai 2024]. Allons médecins de la patrie... - Éditions du Rocher. Disponible sur: <https://www.editionsdurocher.fr/product/127172/allons-medecins-de-la-patrie/>
3. économie de la santé - Philippe Batifoulrier, Nicolas Da Silva, Jean-Paul Domin - Armand Colin - Grand format - Dalloz Librairie PARIS [Internet]. [cité 2 juin 2023]. Disponible sur: <https://www.librairiedalloz.fr/livre/9782200619510-economie-de-la-sante-philippe-batifoulrier-nicolas-da-silva-jean-paul-domin/>
4. Sénat [Internet]. [cité 2 juin 2023]. Assurons l'avenir de l'assurance. Disponible sur: <https://www.senat.fr/rap/r98-0452/r98-0452124.html>
5. Texte officiel et complet de la loi sur les assurances sociales. Loi du 5 avril 1928, modifiée par la loi du 30 avril 1930.
6. Pierre A. Assurance maladie complémentaire : régulation, accès aux soins et inégalités de couverture [Internet] [Thèse de doctorat]. [France]: Université de Recherche Paris Sciences et Lettres; 2018 [cité 26 avr 2022]. Disponible sur: <http://www.theses.fr/2018PSLED031/document>
7. "La mort la blessure, la maladie" 13e rapport thématique du Haut Comité d'Evaluation de la condition du militaire- juillet 2019 [Internet]. [cité 10 déc 2023]. Disponible sur: <https://archives.defense.gouv.fr/portail/vous-et-la-defense/evaluation-de-la-condition-militaire/hcecm/publications/les-rapports-thematiques/13e-rapport-juillet-2019.html>
8. Private health insurance: history, politics and performance, European Observatory on Health Systems and Policies, Sarah Thomson, Anna Sagan and Elias Mossialos, octobre 2020 [Internet]. [cité 27 nov 2022].
9. Die Bundesregierung informiert | Startseite [Internet]. [cité 27 nov 2022]. Neue Beitragsbemessungsgrenzen ab 2021. Disponible sur: <https://www.bundesregierung.de/breg-de/aktuelles/beitragsbemessungsgrenzen-2021-1796480>
10. Letourmy A. Les politiques de santé en Europe : une vue d'ensemble. Sociol Trav. 1 janv 2000;42(1):13-30.
11. Newhouse JP, Insurance Experiment Group. Free for All?: Lessons from the RAND Health Insurance Experiment [Internet]. Harvard University Press; 1993 janv [cité 20 juin 2022]. Disponible sur: [https://www.rand.org/pubs/commercial\\_books/CB199.html](https://www.rand.org/pubs/commercial_books/CB199.html)

12. Buchmueller TC, Couffinhal A, Grignon M, Perronnin M. Access to physician services: does supplemental insurance matter? evidence from France. *Health Econ.* juill 2004;13(7):669-87.
13. Paris V, Polton D. L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ? *Regards.* 2016;49(1):69-79.
14. Sous la direction de Franck Arnaud, Geoffrey Lefebvre, Myriam Mikou et Mickaël Portela (2022, septembre). Les dépenses de santé en 2021 – édition 2022 - Résultats des comptes de la santé. *Panoramas de la DREES.* [cité 8 juin 2023].
15. Rapport HCAAM- Quatre scenarios articulation AMO-AMC - janvier 2022.pdf [Internet]. [cité 27 nov 2022]. Disponible sur: <https://www.securite-sociale.fr/files/live/sites/SSFR/files/HCAAM/2022/Rapport%20HCAAM-%20Quatre%20scenarios%20articulation%20AMO-AMC%20-%20janvier%202022.pdf>
16. Célant N, Guillaume S, Rochereau T. L'Enquête santé européenne - Enquête santé et protection sociale (EHIS-ESPS) 2014. 2014;
17. L'absence de couverture par une complémentaire santé en France en 2019. Premiers résultats de l'Enquête santé européenne (EHIS) Pierre A. (Irdes), avec la collaboration de Rochereau T. (Irdes) *Questions d'économie de la santé* n° 268 - Mai 2022
18. Muriel Barlet, Mathilde Gaini, Lucie Gonzalez et Renaud Legal. La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2019 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 10 oct 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-reference/panoramas-de-la-drees/la-complementaire-sante-acteurs>
19. Loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.
20. Loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création d'une couverture maladie universelle.
21. Grignon M, Perronnin M, Lavis JN. Does free complementary health insurance help the poor to access health care? Evidence from France. *Health Econ.* 2008;17(2):203-219. doi:10.1002/hec.1250. [cité 7 août 2023].
22. Tout savoir sur l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) - Le site du CNLE [Internet]. [cité 10 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.cnle.gouv.fr/tout-savoir-sur-l-aide-a-l.html>
23. Pierre-Louis Bras DT. Les Assurances maladie | Que sais je.
24. Rapport d'activité 2018 fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie [Internet]. [cité 10 oct 2023]. Disponible sur: [https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport\\_activite\\_2018.pdf](https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/Rapport_activite_2018.pdf)

25. Guthmuller S, Jusot F, Renaud T, Wittwer J. 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: Regards. 1 sept 2014;N° 46(2):59-74.
26. Fiche 36 - La complémentaire santé solidaire (CSS).pdf [Internet]. [cité 10 oct 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/>
27. 96 % des salariés ont accès à une assurance complémentaire santé d'entreprise en 2017 Lapinte A. (Drees), Perronnin M. (Irdes) Questions d'économie de la santé n° 236 - Juillet-août 2018 [cité 11 oct 2023];(236)
28. Dormont B. Liberté ou solidarité : le dilemme des complémentaires. Trib Santé. 2010;28(3):65-74.
29. Rapport 2022 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 8 juin 2023].
30. Les complémentaires santé : un système très protecteur mais peu efficient. Rapport de la cour des comptes à la commission des affaires sociales de l'Assemblée Nationale 2021;150.
31. L'assurance maladie publique contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 8 juin 2023]. Disponible sur : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/etudes-et-resultats/lassurance-maladie-publique-contribue>
32. Franc C, Pierre A. Conséquences de l'assurance publique et complémentaire sur la distribution et la concentration des restes à charge. Revue d'épidémiologie Santé Publique. 1 avr 2016 ;64: S105.
33. . Démocratie sanitaire Les nouveaux défis de la politique de santé, Didier Tabuteau, Préface de Jean-Jacques Dupeyroux Date de parution : 5 septembre 2013 - Éditions Odile Jacob.
34. Batifoulier P. Les marchés de l'assurance maladie complémentaire Logiques économiques et dispositifs juridiques.
35. Les dépenses de santé en 2019 - Résultats des comptes de la santé - Édition 2020 | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 8 juin 2023].
36. Marc Perronnin (Irdes) avec la collaboration d'Alexis Louvel (2018, janvier). La complémentaire santé en 2014 : 5 % de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres. Études et résultats, 1048.
37. SPF. La littératie en santé : un concept critique pour la santé publique. [Internet]. [cité 11 oct 2023]. Disponible sur: <https://www.santepubliquefrance.fr/notices/la-litteratie-en->

38. Roux C (DREES/CHEF DS. La mesure du renoncement aux soins est très sensible à la formulation des questions. 2023;
39. Warin P, Chauveaud C. Le baromètre du renoncement aux soins dans le Gard [Internet]. 2014 [cité 16 oct 2023]. p. 104 p. Disponible sur: <https://hal.science/hal-01099989>
40. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. 2011;
41. Revil H. Identifier les facteurs explicatifs du renoncement aux soins pour appréhender les différentes dimensions de l'accessibilité sanitaire. *Regards*. 2018;53(1):29-41.
42. Paul Dourgnon, Florence Jusot, Romain Fantin. Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. *Economie publique*. 8 nov 2017;(28-29):123-47.
43. Després C, Dourgnon P, Fantin R, Jusot F. Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. 2011;
44. Le renoncement aux soins médicaux et dentaires : une analyse à partir des données de l'enquête SRCV – Économie et Statistique n° 469-470 - 2014 | Insee [Internet]. [cité 30 août 2023]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2122367?sommaire=1377989>
45. Renaud L. Renoncement aux soins pour raisons financières. 2015;28.
46. Litaker D, Love TE. Health care resource allocation and individuals' health care needs: examining the degree of fit. *Health Policy*. 1 août 2005;73(2):183-93.
47. Lines LM, Urato M, Halpern MT, Subramanian S. Insurance Coverage and Preventive Care Among Adults [Internet]. Research Triangle Park (NC): RTI Press; 2014 [cité 29 mai 2023]. Disponible sur: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK532434/>
48. Renoncement aux soins : la faible densité médicale est un facteur aggravant pour les personnes pauvres | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 30 août 2023]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/renoncement-aux-soins-la-faible-densite-medicale-est-un-facteur>
49. Shmueli A. Socio-economic and demographic variation in health and in its measures: the issue of reporting heterogeneity. *Soc Sci Med*. 1 juill 2003;57(1):125-34.
50. Diagnostic descriptif du renoncement aux soins des assurés des CPAM de la seconde vague de la généralisation des PFIDASS | ODENORE - Université Grenoble Alpes. [cité 8 févr 2024].

51. Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [cité 21 juin 2023].
52. HCECM, 13e rapport thématique : la mort, la blessures, la maladie - juillet 2019. [cité 3 août 2022].
53. Article 40 - LOI n° 2019-828 du 6 août 2019 de transformation de la fonction publique (1) - Légifrance [Internet]. [cité 11 déc 2023].
54. Ordonnance n° 2021-175 du 17 février 2021 relative à la protection sociale complémentaire dans la fonction publique.
55. Décret n° 2023-605 du 15 juillet 2023 relatif à la protection sociale complémentaire des militaires, des anciens militaires et de leurs ayants droit en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident - Légifrance
56. Marc Perronnin (Irdes) avec la collaboration d'Alexis Louvel (2018, janvier). La complémentaire santé en 2014 : 5 % de non-couverts et 12 % parmi les 20 % les plus pauvres. Études et résultats, 1048. Internet]. [cité 24 avr 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-08/er1048.pdf>
57. Mathieu Fouquet (2020, octobre). Une hausse modérée de la couverture de la population après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. Études et résultats, 1166. [cité 3 août 2022]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2020-10/er1166.pdf>
58. Panorama de la politique RH du ministère des Armées | Ministère des Armées [Internet]. 2023 [cité 25 avr 2024].
59. EcoDef Statistiques n°239, « La rémunération des personnels militaires de la Gendarmerie en 2022 », mars 2024 | Ministère des Armées [Internet]. 2024 [cité 30 juin 2024].
60. Ward BW, Martinez ME. Health Insurance Status and Psychological Distress among U.S. Adults Aged 18-64 Years. *Stress Health J Int Soc Investig Stress*. oct 2015;31(4):324-35.
61. Hughes PM, Hughes MS. Being uninsured is associated with clinical depression. *Curr Psychol*. 1 mai 2023;42(15):12701-10.
62. Perronnin M, Pierre A, Rochereau T. La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès. 2008;
63. Pierre A, Jusot F. The likely effects of employer-mandated complementary health insurance on health coverage in France. *Health Policy*. mars 2017;121(3):321-8.
64. Guthmuller S, Jusot F, Renaud T, Wittwer J. 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: Regards. 1 sept 2014;N° 46(2):59-74.

65. Dourgnon P, Jusot F, Fantin R. Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé. *Econ Publique Etudes Rech Public Econ*. 2012;(28-29):123-47.
66. Le baromètre d'opinion 2021 de la DRESS [Internet]. [cité 11 mai 2024]. Disponible sur: [https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/431\\_le-barometre-d-opinion/information/](https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/431_le-barometre-d-opinion/information/)
67. Indicateurs EHIS [Internet]. [cité 11 mai 2024]. Disponible sur: <https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/indicateurs-ehis/>
68. Allonier C, Dourgnon P. Enquête sur la santé et la protection sociale 2008. :258.
69. Enquête santé européenne (EHIS) 2019 : Bilan méthodologique - France métropolitaine et DROM | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 3 juill 2024]. Disponible sur: <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/drees-methodes/enquete-sante-europeenne-ehis-2019-bilan-methodologique-France>
70. Lapinte A. La mesure du renoncement aux soins est très sensible à la formulation des questions. 2023;
71. Collange F, Mmadi Mrenda B, Marchi J, Loreau JM, Mayet A. Maladies chroniques dans les armées françaises : description et comparaison avec la population générale. *Rev DÉpidémiologie Santé Publique*. 1 mars 2020;68:S48.
72. Martinez-Lorenzi E, Desjeux G, Marsan P, Thevenin-Garron V. Incidence des ALD 30 chez les militaires d'active entre 2005 et 2011. *Santé Publique*. 2013;25(5):599-607.
73. Nombre, incidence et caractéristiques des nouvelles exonérations pour ALD - 2010 à 2022 | L'Assurance Maladie [Internet]. 2023 [cité 4 mai 2024].
74. TRICARE Costs and Fees Sheet | TRICARE [Internet]. [cité 3 mai 2024]. Disponible sur: [https://tricare.mil/Publications/Costs/costs\\_fees](https://tricare.mil/Publications/Costs/costs_fees)
75. Evaluation of the TRICARE Program: Fiscal Year 2021 Report to Congress. 2023;
76. nhs.uk [Internet]. 2021 [cité 3 mai 2024]. Accessing NHS healthcare while in active service. Disponible sur: <https://www.nhs.uk/nhs-services/armed-forces-community/access-healthcare-in-active-service/>
77. Discover My Benefits - Army - Health & Welfare [Internet]. [cité 3 mai 2024]. Disponible sur: <https://discovermybenefits.mod.gov.uk//army/health-and-welfare/>
78. NHS England » Partnership agreement between Ministry of Defence and NHS England for the commissioning of health services for the armed forces [Internet]. [cité 3 mai 2024].

79. Difficultés et adaptation des médecins généralistes face à l'offre de soins locale | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 11 mai 2024].
80. Chevillard G, Mousquès J, Lucas-Gabrielli V, Bourgueil Y, Rican S, Salem G. Dépeuplement rural et offre de soins de premiers recours : quelles réalités et quelles solutions ? Espace Popul Sociétés Space Popul Soc [Internet]. 20 mars 2016 [cité 11 mai 2024];(2015/3-2016/1).
81. Lucas-Gabrielli V, Chevillard G. « Déserts médicaux » et accessibilité aux soins : de quoi parle-t-on ? médecine/sciences. 1 juin 2018;34(6-7):599-603.
82. Buchmueller TC, Grumbach K, Kronick R, Kahn JG. The effect of health insurance on medical care utilization and implications for insurance expansion: a review of the literature. Med Care Res Rev MCCR. févr 2005;62(1):3-30.
83. Réforme de la protection sociale complémentaire en santé | Ministère des Armées [Internet]. 2024 [cité 10 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.defense.gouv.fr/sga/actualites/reforme-protection-sociale-complementaire-sante>
84. Décret n° 2023-605 du 15 juillet 2023 relatif à la protection sociale complémentaire des militaires, des anciens militaires et de leurs ayants droit en matière de couverture des frais occasionnés par une maternité, une maladie ou un accident - Légifrance [Internet]. [cité 11 mai 2024]. Disponible sur: <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000047837708>
85. Une hausse modérée de la couverture de la population après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise | Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques [Internet]. [cité 11 mai 2024].
86. Perronnin M. L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017. Rapp Irdes [Internet]. 1 nov 2019 [cité 11 mai 2024];(572). Disponible sur: <https://www.irdes.fr/recherche/2019/rapport-572-l-enquete-protection-sociale-complementaire-d-entreprise-2017.html>
87. Perronnin M, Raynaud D. La couverture complémentaire collective : des modalités de mise en oeuvre variables selon les entreprises. Résultats de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2017. Quest Déconomie Santé Irdes [Internet]. 15 nov 2020 [cité 11 mai 2024];(251).
88. Chatelard S, Bodenmann P, Vaucher P, Herzig L, Bischoff T, Burnand B. General Practitioners Can Evaluate the Material, Social and Health Dimensions of Patient Social Status. PLOS ONE. 15 janv 2014;9(1):e84828.
89. Bodenmann P, Wolff H, Bischoff T, Herzig L, Warin P, Chatelard S, et al. Patients forgoing health care for economic reasons: How to identify this in a primary care setting? Rev Médicale Suisse. 26 nov 2014;10:2258, 2260-3.

## Table des tableaux et des figures

---

<i>Tableau 1 : Structure du financement de la consommation des soins et biens médicaux par financeurs, source : Comptes nationaux de la santé 2019, DREES</i>	24
<i>Tableau 2 : Financement de la CSBM par les organismes complémentaires en 2021, source DREES.</i>	25
<i>Tableau 3 : Caractéristiques des militaires couverts par une AMC dans les armées françaises.</i>	45
<i>Tableau 4 : Facteurs associés à l'adhésion à une assurance maladie complémentaire - résultats de l'analyse univariée et multivariée</i>	46
<i>Tableau 5 : Renoncement aux soins financiers déclaré par les militaires au cours des 12 derniers mois selon l'adhésion à une assurance maladie complémentaire.</i>	47
<i>Figure 1 : Différenciation des dispositifs d'accompagnement de la mort et de la blessure selon les circonstances de leur survenue. Source 13ème rapport thématique « La mort, la blessure, la maladie », HCECM.</i>	20
<i>Figure 2 source : Paris Valérie, et Dominique Polton. « L'articulation entre assurance maladie obligatoire et complémentaire, une spécificité française ? », Regards, vol. 49, no. 1, 2016, pp. 69-79.</i>	22
<i>Figure 3 source : Brook et al. The Health Insurance Experiment: A Classic RAND Study Speaks to the Current Health Care Reform Debate. Santa Monica, CA: RAND Corporation, 2006.</i>	22
<i>Figure 4 : Dépenses de santé de l'assurance maladie facultative en pourcentage des dépenses totales, dans une sélection de pays, 2005-19. Source : Statistiques de l'OCDE sur la santé 2021.</i>	23
<i>Figure 5 : Évolution du financement de la CSBM entre 2010 et 2021. Les dépenses de santé en 2021, édition 2022, DREES</i>	24
<i>Figure 6 : Part du financement des assurances obligatoire et complémentaire dans le revenu disponible des ménages, par décile de niveau de vie, en 2012. Source : DRESS, INES-OMAR 2012.</i>	28
<i>Figure 7 : Dépenses de santé à la charge des ménages et taux d'effort des ménages, selon le niveau de vie en 2017. Source : Mathieu Fouquet, Catherine Pollak (DREES) (2022, février). L'assurance maladie publique contribue fortement à la réduction des inégalités de revenu. Études et résultats, 1220.</i>	29
<i>Figure 8 : Dépenses de gouvernance des systèmes de santé en 2020, source DRESS Comptes de la santé.</i>	30
<i>Figure 9 : Taux de non-couverture en 2019 selon le statut d'emploi des individus, Aurélie Pierre, QES N°268 mai 2022 à partir des données de l'EHIS 2019, DREES-IRDES</i>	31
<i>Figure 10 : Répartition des personnes non couvertes par une AMC selon le niveau de vie. Source : Marc Perronnin (Irdes) Études et résultats, 1048.</i>	32
<i>Figure 11 : plan d'échantillonnage de l'ENG</i>	38
<i>Figure 12 : Flow Chart</i>	41

*Figure 13 : Répartition de la population d'étude selon l'arme d'appartenance*\_\_\_\_\_ 42

*Figure 14 : Comparatif des motifs déclarés de renoncement financier aux soins dans les enquêtes en population générale et dans l'ENG. Sources INSEE-IRDES/DREES. Sources INSEE-IRDES/DREES. (65-69)*\_\_\_\_\_ 51

## Annexes

---

### Annexe 1 : Motifs déclarés de renoncement à une assurance maladie complémentaire

<b>Motif déclaré de renoncement à une AMC</b>	<b>Non adhésion à une AMC N = 165</b>	<b>95% CI<sup>1</sup></b>
<b>- raisons financières, n (%)</b>		
<i>Non</i>	131 (79,5%)	[72,0%, 85,4%]
<i>Oui</i>	34 (20,5%)	[14,6%, 28,0%]
<b>- n'en ressens pas le besoin, n (%)</b>		
<i>Non</i>	82 (49,4%)	[41,2%, 57,7%]
<i>Oui</i>	83 (50,6%)	[42,3%, 58,8%]
<b>- j'estime être en bonne santé, n (%)</b>		
<i>Non</i>	144 (87,3%)	[80,6%, 91,9%]
<i>Oui</i>	21 (12,7%)	[8,1%, 19,4%]
<b>- les prestations proposées ne correspondent pas à vos attentes, n (%)</b>		
<i>Non</i>	161 (97,4%)	[93,5%, 99,0%]
<i>Oui</i>	4 (2,6%)	[1,0%, 6,5%]
<b>- autre raison, n (%)</b>		
<i>Non</i>	159 (96,0%)	[91,0%, 98,3%]
<i>Oui</i>	7 (4,0%)	[1,7%, 9,0%]
<b>- Je ne sais pas, n (%)</b>		
<i>Non</i>	133 (80,3%)	[73,0%, 86,0%]
<i>Oui</i>	33 (19,7%)	[14,0%, 27,0%]

<sup>1</sup>IC = intervalle de confiance

**Annexe 2 : Tableaux des garanties de la prestation complémentaire des armées, source JO 6 janvier 2024.**

6 janvier 2024

JOURNAL OFFICIEL DE LA RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

Texte 11 sur 74

ANNEXES

ANNEXE I

PRESTATIONS DE LA COUVERTURE COLLECTIVE DES FRAIS DE SANTÉ

*Garanties, y compris le remboursement de la sécurité sociale (sauf mention contraire).*

*Garanties exprimées en pourcentage de la base de remboursement de la sécurité sociale (sauf mention contraire).*

Poste de soins	Remboursement
<b>Catégorie hospitalisation et soins courants</b>	
<b>Hospitalisation</b>	
Honoraires (1)	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	200 % 180 %
Forfait journalier hospitalier	
Forfait journalier hospitalier	Frais réels
Forfait hospitalier et frais de séjour	
Forfait actes lourds (participation forfaitaire de 24 €)	Frais réels
Frais de séjour	100 %
Chambre particulière (sans limitation de durée)	
Court séjour et maternité Soins de suite Psychiatrie Ambulatoire	50 € / nuit 40 € / nuit 45 € / nuit 25 € / jour
Frais d'accompagnant	
Etablissement conventionné Etablissement non conventionné	38,50 € / nuit 25 € / nuit
<b>Soins courants</b>	
Honoraires médicaux	
Consultations/ Visites de médecins généralistes	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	170 % 150 %
Consultations / Visites de médecins spécialistes	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	170 % 150 %
Actes techniques médicaux	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	200 % 180 %
Actes d'imagerie médicale	
Praticien OPTAM/OPTAM-CO Praticien non OPTAM/OPTAM-CO	170 % 150 %
Honoraires paramédicaux	
Infirmiers, pédicures, podologues, orthophonistes, orthoptistes Masseurs-kinésithérapeutes	100 % 130 %
Analyses et examens de laboratoire	
Analyses et examens de laboratoire	100 %
Médicaments	

Poste de soins	Remboursement
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 65 %	100 %
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 30 %	100 %
Médicaments remboursés par la Sécurité sociale à 15 %	100 %
Médicaments prescrits non remboursés par la Sécurité sociale	150 € / an
<b>Matériel médical</b>	
Appareillage et prothèses médicales (hors aides auditives et optique)	250 %
Frais de transport en véhicule sanitaire	
Ambulance, taxi conventionné (hors SMUR)	100 %
<b>Catégorie dentaire</b>	
Soins et prothèses 100% Santé (2)	
Soins (hors 100 % Santé)	
Consultations, soins courants, radiologie, chirurgie, parodontologie (acceptée SS)	100 %
Prothèses (hors 100 % Santé)	
<b>Panier Maitrisé</b>	
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	400 %
Prothèses amovibles	400 %
Prothèses provisoires	400 %
Inlay Core	375 %
Inlays onlays d'obturation	350 %
<b>Panier Libre</b>	
Prothèses fixes (couronnes et bridges)	400 %
Prothèses amovibles	400 %
Prothèses provisoires	400 %
Inlay Core	375 %
Inlays onlays d'obturation	350 %
<b>Implantologie</b>	
Implants	500 € / implant (limite 2 implants / an)
Couronne sur implant	200 € / couronne (limite 2 couronnes / an)
<b>Orthodontie</b>	
Orthodontie (remboursée par la Sécurité sociale)	400 %
Orthodontie (non remboursée par la Sécurité sociale)	400 € / semestre
<b>Catégorie aides auditives</b>	
Equipements 100 % Santé (2) (3)	Remboursement total de la dépense engagée
Equipements à tarif libre pour les personnes de 20 ans et plus (3)	1 200 € / oreille
Equipements à tarif libre pour les personnes de moins de 20 ans ou souffrant d'un handicap visuel sans limite d'âge (3)	1 700 € / oreille
Accessoires, entretien et piles pris en charge par la Sécurité sociale	250%
<b>Catégorie optique</b>	
Equipements 100 % Santé (2)	Remboursement total de la dépense engagée
Equipements à tarif libre	
Monture	100 % + 70 € / monture

Poste de soins	Remboursement
Verres	Cf. grille optique
Autres prestations optique	
Lentilles prescrites prises ou non prises en charge, y compris lentilles jetables (4)	150 € / an
Chirurgie réfractive dont kératotomie (par oeil)	500 € / an
Grille optique	
Type de verre (remboursement par verre)	
Verre unifocal, sphérique	
Sphère de - 6 à + 6 Sphère < - 6 ou Sphère > 6	60 € 110 €
Verre unifocal, sphéro-cylindrique	
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 6 à 0 Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 6 Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 6 Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 6 Cylindre > + 4, sphère de - 6 à 0	60 € 60 € 110 € 110 € 110 €
Verre multifocal ou progressif sphérique	
Sphère de - 4 à + 4 Sphère < - 4 ou > + 4	150 € 200 €
Verre multifocal ou progressif sphéro-cylindrique	
Cylindre ≤ + 4, sphère de - 8 à 0 Sphère > 0 et (sphère + cylindre) ≤ + 8 Cylindre > + 4, sphère de - 8 à 0 Sphère > 0 et (sphère + cylindre) > + 8 Cylindre ≥ + 0,25, sphère < - 8	150 € 150 € 200 € 200 € 200 €
<b>Catégorie autres postes</b>	
Autres postes	
Cures thermales acceptées par la Sécurité sociale	
Honoraires, traitements, frais d'hébergement et transport	100 %
Médecines additionnelles et de prévention	
Médecine douce	
Ostéopathe, chiropracteur, homéopathe, étiope, pédicure-podologue, acupuncteur, psychomotricien, sophrologue	5 séances / an (limite 30€ / séance)
Psychologue non remboursé par la sécurité sociale	
Psychologue non remboursé par la sécurité sociale	10 séances / an (limite 30 € / séance)
Prestations non remboursées par la sécurité Sociale	
Vaccins, consultation diététique, bilan parodontal, ostéodensitométrie osseuse, sevrage tabagique Contraception, tests de grossesse	100 € / an 100 € / an
Prévention	
Amniocentèse, Dépistage Prénatal Non invasif	183 € / acte
Tout acte de prévention remboursé par la Sécurité sociale	100 %

(1) Honoraires médicaux, chirurgicaux (hors chirurgie esthétique), obstétricaux et psychiatriques.

(2) Tels que définis réglementairement par le code de la sécurité sociale.

(3) Le renouvellement de la prise en charge d'une prothèse auditive se fait tous les 4 ans. Ce délai s'entend pour chaque oreille indépendamment.

(4) Le montant forfaitaire inclut le ticket modérateur. Au-delà du forfait en euros, le remboursement s'effectue à hauteur du ticket modérateur.



## Titre de la thèse : Assurance maladie complémentaire des militaires français

### Résumé :

**Contexte :** l'assurance maladie complémentaire joue un rôle prépondérant dans le financement du panier de soins des Français. La généralisation de la complémentaire santé, initiée dès 2016 dans le secteur privé, va être mise en place dès 2025 pour les militaires avec la réforme de la protection sociale complémentaire.

**Objectif et méthode :** l'objectif principal de cette étude est d'estimer la prévalence de l'absence d'adhésion à une assurance maladie complémentaire (AMC) et les facteurs associés à la non-adhésion. L'étude utilise les données de l'Enquête Nouvelle Génération (ENG), enquête déclarative menée en 2019 auprès de 5000 militaires d'active.

**Résultats :** le taux de non-couverture par une AMC dans les armées est estimé à 4% (IC95% = [3,4-4,7], n = 165), comparable à celui estimé en population générale française. Les facteurs associés à la non-adhésion sont, comme en population générale, principalement liés aux caractéristiques socio-économiques des militaires. Le grade et le type de contrat sont les deux caractéristiques associées significativement à une absence d'adhésion. Les militaires contractuels sont moins bien couverts que les militaires de carrière (OR = 0,57 ; IC95% [0,33-0,97], p = 0,04). L'association entre grade et absence d'adhésion n'est cependant significative que pour les sous-officiers (*Référence militaire du rang* : OR sous-officier = 1,74 ; IC95% [1,09-2,78], p = 0,02 ; OR officier = 1,89 ; IC95% [0,93-4,33] ; p = 0,13).

Par ailleurs, 28,4% des militaires (IC95% = [27-29,9, n = 1 181]) déclaraient avoir renoncé à « au moins un soin » au cours des 12 derniers mois pour des raisons d'argent, sans association significative avec l'adhésion à une AMC. Il s'agissait le plus souvent de consultations de médecine alternative. Le taux de renoncement aux soins pour motif financier apparaissait plus important que celui estimé en population générale, mais la comparaison entre les résultats est à prendre avec précaution en raison de limites méthodologiques.

**Conclusion :** les résultats de ce travail montrent des inégalités en termes d'adhésion à une AMC dans les armées. La mise en place de la réforme de la protection santé complémentaire devrait permettre une hausse de la couverture chez les plus jeunes militaires moins avertis au risque. Cependant les conséquences de la généralisation de l'AMC en termes de renoncement aux soins semblent moins évidentes et mériteraient d'être étudiées plus en détail.

**Spécialité :** **DES de médecine générale**

**Mots clés français :** Couverture maladie complémentaire, Assurance maladie complémentaire, Déterminants de santé, Santé publique

Université Paris Cité  
UFR de médecine  
15 Rue de l'École de Médecine  
75006 Paris