

Reproduction sur d'autres sites interdite
mais lien vers le document accepté :

*Any reproduction is prohibited but
direct links to the document are allowed:*

<http://www.irdes.fr/recherche/documents-de-travail/067-une-evaluation-ex-ante-de-la-generalisation-de-la-complementaire-sante-d-entreprise.pdf>

IRDES

Document de travail
Working paper

**Une évaluation *ex ante* de la généralisation
de la complémentaire santé d'entreprise
sur les inégalités et les déterminants
de la non-couverture**

Aurélie Pierre (Irdes)

Florence Jusot (Université Paris-Dauphine-Leda-Legos, Irdes)

DT n° 67

Juillet 2015

Institut de recherche et documentation en économie de la santé

Irdes - 117bis, rue Manin - 75019 Paris - Tél. : 01 53 93 43 00 - www.irdes.fr

La collection des documents de travail de l'Irdes est un support de diffusion de prépublications scientifiques. Cette collection a pour vocation de stimuler la réflexion et la discussion en matière d'analyse et de méthode économiques appliquées aux champs de la santé, de la protection sociale ainsi que dans le domaine de l'évaluation des politiques publiques. Les points de vue exprimés dans les documents de travail ne reflètent que ceux de leurs auteurs. Les lecteurs des Documents de travail sont encouragés à contacter les auteurs pour leur faire part de leurs commentaires, critiques et suggestions.

* * *

IRDES Working Papers collection is established as a means of ensuring quick dissemination of research results and prepublished versions of scientific articles. The papers aim to stimulate reflection and discussion with regard to analysis and methods applied in health economics and public policy assessment. The work presented in IRDES Working papers collection may not always represent the final results and sometimes should be treated as work in progress. The opinions expressed are uniquely those of the authors and should not be interpreted as representing the collective views of IRDES or its research funders. Readers are encouraged to email authors with comments, critics and suggestions.

IRDES INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ
117bis, rue Manin 75019 Paris • Tel. : 01 53 93 43 06 •
www.irdes.fr • E-mail : publications@irdes.fr

- **Directeur de publication / Director of publication** Yann Bourgueil
- **Secrétariat général d'édition / Publisher** Anne Evans
- **Relecteurs / Reviewers** Mireille Elbaum, Paul Dourgnon
- **Maquettiste / Lay-out artist** Franck-Séverin Clérembault
- **Assistant à la mise en page / Lay-out assistant** Damien Le Torrec
- **Diffusion / Diffusion** Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui
- **Imprimé par / Printed by** Sprint Copy (Paris) • **Dépôt légal** : juillet 2015
- **ISBN** : 978-2-87812-412-5 • **ISSN papier** : 2101-5902 **ISSN électronique** : 2102-6386

Sommaire

Remerciements	3
Résumé.....	5
1. Introduction	7
2. Contexte	9
2.1. L'Accord national interprofessionnel (Ani) et le contenu des contrats.....	9
2.2. Les dispenses et refus d'adhésion des salariés	10
3. Sources et méthode	10
3.1. L'Enquête santé et protection sociale (ESPS)	10
3.2. Une évaluation <i>ex-ante</i> fondée sur une simulation à comportements exogènes	12
3.3. Hypothèses de travail concernant les dispenses d'adhésion.....	13
3.4. Stratégie d'analyse	15
4. Résultats	17
4.1. La non-couverture en 2012	17
4.2. Simulation des effets attendus de l'Ani sur le taux de non-couverture	19
4.2.1. Effets attendus de l'Ani sur le taux de non-couverture au sein de la population salariée.....	19
4.2.2. Effets attendus de l'Ani sur le taux de non-couverture en population générale.....	19
4.2.3. Effets attendus de l'Ani sur la non-couverture par une complémentaire santé en population générale selon les caractéristiques socio-démographiques.....	21
4.3. Analyse de l'évolution des caractéristiques de la non-couverture par une complémentaire santé en population générale avant et après l'introduction de l'Ani	25
5. Discussion	31
6. Bibliographie	35
7. Annexe 1	39
8. Annexe 2	49

Remerciements

Les auteurs remercient Mireille Elbaum pour sa relecture et ses propositions qui nous ont permis d'améliorer significativement la présentation des résultats, Jacques Pisarik pour ses commentaires lors des 36^e Journées des économistes de la santé français, Pierre-Yves Geoffard et Mathieu Cousineau pour leurs remarques et leur discussion constructives au Conseil Scientifique de l'Irdes, l'ensemble des participants du séminaire des Mardis de l'Irdes et enfin Nicolas Célant pour son aide précieuse sur l'exploitation des données.

Une évaluation *ex ante* de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur les inégalités et les déterminants de la non-couverture

Aurélie Pierre^a, Florence Jusot^{b, a}

RÉSUMÉ : En France, malgré le rôle prépondérant de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) au financement des dépenses de santé, l'accès aux soins est fortement dépendant de la possession d'un contrat d'assurance complémentaire santé et de sa qualité. Ainsi, la généralisation à tous les Français de l'accès à une complémentaire santé de qualité se trouve au cœur de la stratégie nationale de santé énoncée en 2013 par le gouvernement. La première mesure, négociée dans le cadre de l'Accord national interprofessionnel (Ani) de janvier 2013, consistera à généraliser la complémentaire santé d'entreprise financée en partie par les employeurs à l'ensemble des salariés du secteur privé au 1^{er} janvier 2016, et à améliorer sa portabilité pour les chômeurs jusqu'à douze mois au plus après la rupture de leur contrat de travail.

Cet article propose d'évaluer de façon *ex ante* les effets attendus du dispositif de l'Ani sur la non-couverture par une complémentaire santé en France et de discuter de ses conséquences en termes d'inégalités. A partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012, il s'agit de : i/ simuler l'impact de l'introduction de l'Ani sur la proportion d'individus qui resteront non couverts par une complémentaire en population générale et, en tenant compte des potentielles dispenses d'adhésion au sein de la population salariée selon l'état de santé, le statut socio-économique, les préférences à l'égard du temps et du risque et le motif de non-couverture ; ii/ étudier l'évolution des caractéristiques des personnes non couvertes, toutes choses égales par ailleurs, avant et après l'introduction de l'Ani.

Sous l'hypothèse d'une stabilité des caractéristiques individuelles autres que la complémentaire santé, nous montrons que le taux de personnes sans complémentaire santé, estimé à 5 % en 2012, passerait à 4 % après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise et à 3,7 % en tenant compte de la portabilité, et ce sous réserve que l'ensemble des personnes concernées accepte la couverture complémentaire proposée. La non-couverture resterait toujours plus élevée pour les populations les plus fragiles, c'est-à-dire les chômeurs, les plus précaires et les plus malades. De plus, le taux de non-couverture pourrait s'établir à 1,4 % (*versus* 3,6 % en 2012) parmi les salariés du secteur privé si ceux disposant d'un contrat temporaire refusaient d'adhérer à ce dispositif. L'Ani, qui devrait par ailleurs diminuer le lien entre la non-couverture et les préférences à l'égard du temps et du risque, pourrait donc contrarier la non-couverture par choix sans pour autant éliminer la non-couverture pour raisons financières.

CODES JEL : I13, D63.

MOTS CLÉS : Complémentaire santé, Inégalités, Accord national interprofessionnel, Evaluation *ex-ante*.

^a Irdes.

^b Université Paris-Dauphine-Leda-Legos.

1. Introduction

En France, malgré le rôle prépondérant de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) au financement des dépenses de santé (76 % en moyenne en 2013 ; Zaidman et Roussel, 2014), l'accès aux soins est fortement dépendant de la possession d'un contrat de couverture complémentaire santé et de sa qualité (Buchmueller *et al.*, 2004 ; Dourgnon *et al.*, 2012 ; Jusot, 2013). Face à ce constat, plusieurs dispositifs ont été mis en place par le gouvernement pour favoriser l'accès à une couverture complémentaire santé pour les plus pauvres (Couverture maladie universelle complémentaire-CMU-C en 2000¹, Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé-ACS en 2005²) mais également pour soutenir le développement des complémentaires santé d'entreprise (exonérations de charges sociales et fiscales introduites en 1985), de sorte que le taux de personnes qui ne bénéficient pas d'une telle couverture a fortement diminué depuis les années 1990 (Perronnin *et al.*, 2011). Pourtant, 5 % de la population ne sont toujours pas couverts par une complémentaire santé en 2012. En effet, 6 % des Français bénéficient gratuitement d'une couverture en raison de la faiblesse de leurs revenus par le biais de la CMU-C, 53 % bénéficient d'un contrat à titre individuel et 35 % d'un contrat collectif, c'est-à-dire souscrite par le biais de leur employeur ou de l'employeur d'un membre de leur ménage (Célant *et al.*, 2014 ; Jusot, 2014). C'est pourquoi la généralisation de l'accès à une complémentaire santé se trouve au cœur de la stratégie nationale de santé énoncée par le gouvernement le 23 septembre 2013, à côté de l'objectif de réduction des inégalités sociales de santé (Touraine, 2014). La première mesure, négociée dans le cadre de l'Accord national interprofessionnel (Ani) de janvier 2013, consiste à généraliser au 1^{er} janvier 2016 la complémentaire santé collective partiellement financée par les employeurs à l'ensemble des salariés du secteur privé et à améliorer sa portabilité pour les chômeurs jusqu'à douze mois au plus après la rupture de leur contrat de travail.

Au-delà des questions concernant les conséquences de ce nouveau dispositif sur la répartition du risque assurantiel entre le marché individuel et celui du collectif (Franc et Pierre, 2013 ; Franc et Pierre, 2015), on peut s'interroger sur sa capacité à généraliser la couverture par une complémentaire santé en France et à en réduire les inégalités. En effet, celui-ci ne concernera que les salariés du secteur privé, qui constituent une population aujourd'hui largement couverte dans la mesure où ils bénéficient déjà pour 64 % d'entre eux d'un contrat de complémentaire santé collective (Célant *et al.*, 2014). Ce contrat offre par ailleurs de meilleures garanties pour un moindre coût que les contrats de complémentaire santé individuels (Perronnin *et al.*, 2012a ; Garnero et Le Palud, 2013). Plusieurs travaux français ont en outre montré que le revenu était l'élément le plus déterminant de la décision de souscrire un contrat de complémentaire santé individuel (Buchmueller et Couffinhal, 2004 ; Saliba et Ventelou, 2007 ; Arnould et Vidal,

¹ La Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) a été instaurée par la loi du 27 juillet 1999. Elle donne accès de droit à une couverture complémentaire gratuite aux ménages les plus pauvres. Au 1^{er} janvier 2014, elle concerne les ménages dont le niveau de vie était inférieur à 716 € par mois pour une personne seule en métropole.

² Le dispositif de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), mis en place au 1^{er} janvier 2005, est une aide financière qui s'applique uniquement aux contrats individuels « responsables ». L'ACS s'adresse aux ménages ayant des ressources jusqu'à 35 % supérieures au plafond de l'octroi de la CMU-C en 2014 (entre 716 € et 967 € par mois pour une personne seule en métropole) et son montant varie en fonction de l'âge des personnes couvertes par le contrat.

2008 ; Grignon et Kambia-Chopin, 2009 ; Jusot *et al.*, 2012), l'état de santé ayant un effet relativement modéré. De fait, le premier motif évoqué par les individus non couverts concerne le coût des contrats (Célant *et al.*, 2014) qui, comparativement au revenu, peut s'avérer très important pour les ménages les plus modestes (Kambia-Chopin *et al.*, 2008 ; Jusot *et al.*, 2012). Ainsi, alors même que l'objectif annoncé du gouvernement est de permettre à tous les Français de bénéficier d'une complémentaire santé de qualité, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, qui exclue *de facto* les individus qui ne sont pas présents sur le marché du travail, et donc pour une large part, les personnes modestes ou les plus malades, risque donc au contraire de renforcer les inégalités d'accès, de coût et de niveau de couverture au détriment de ceux qui auraient le plus besoin d'une complémentaire santé. Plus généralement, la littérature américaine, fondée notamment sur l'expérience de l'obligation d'assurance par le biais de l'entreprise à Hawaï, offre des résultats contrastés sur l'influence de ce dispositif sur les taux de couverture, en particulier, des personnes modestes (Summers, 1989 ; Dick, 1994 ; Lee *et al.*, 2005 ; Buchmuller *et al.*, 2011).

Par ailleurs, l'introduction d'une obligation d'assurance pour l'ensemble des salariés du secteur privé n'est pas neutre en termes de bien-être. En effet, la non-couverture étant majoritairement expliquée par l'inaccessibilité financière de la complémentaire santé pour les ménages les plus modestes, la généralisation de la complémentaire santé collective peut être souhaitable pour les salariés aujourd'hui non couverts, à condition cependant que la subvention offerte par l'employeur soit suffisamment importante pour ne pas trop imputer leur revenu disponible³. Si au contraire leur non-couverture résulte d'un choix éclairé issu d'un arbitrage entre le coût et les bénéfices attendus compte tenu de leur besoin et de leurs préférences, l'introduction de l'obligation d'assurance aurait l'inconvénient de contraindre les salariés dans leur choix de consommation. Même si la non-couverture semble être le plus souvent un choix contraint, certains travaux suggèrent que la décision de souscrire un contrat de couverture relève aussi d'un choix éclairé. De fait, 12 % des personnes non couvertes justifient ce choix par le fait qu'elles ne souhaitent pas être assurées ou qu'elles n'en ont pas besoin et 17 % par le fait qu'elles bénéficient d'une prise en charge à 100 % par l'Assurance maladie pour une Affection de longue durée (ALD) ou une invalidité (Célant *et al.*, 2014). Plusieurs travaux théoriques et empiriques, mais jamais menés sur données françaises, ont également mis en évidence le rôle des préférences vis-à-vis du risque sur les décisions assurantielles, les individus les moins averses au risque préférant ne pas ou être peu couverts par une assurance (Arrow, 1963 ; Hopkins et Kidd, 1996 ; Manning et Marquis, 1996 ; Barsky *et al.*, 1997 ; Butler, 1999 ; Cutler et Zeckhauser, 2000 ; Monheit et Vistnes, 2006 ; Doiron *et al.*, 2008). Enfin, un dernier motif de recours à l'assurance pourrait être le pré-engagement à recourir au système de soins (Grignon et Kambia-Chopin, 2009), la souscription d'un contrat correspondant ainsi à un moyen d'investir dans sa santé, comparable au recours à la prévention. Or, l'une des caractéristiques de l'investissement en santé est qu'il implique un coût immédiat pour un bénéfice futur et éventuellement incertain. Dans ce cadre, la demande d'assurance devrait dépendre de la préférence pour le présent, c'est-à-dire de la manière dont l'individu évalue le coût subi aujourd'hui par rapport au bénéfice attendu de demain, même si à notre connaissance, aucune étude n'a exploré cette question.

³ Voir Jusot et Wittwer (2009) et Jusot *et al.* (2012) pour une discussion sur ce point.

Cet article propose d'évaluer de façon *ex ante* le dispositif de l'Ani en étudiant les effets à attendre sur la généralisation de la complémentaire santé à tous les Français et en analysant dans quelle mesure ce dispositif permettra d'améliorer l'accès à la complémentaire santé de ceux qui subissent le fait de ne pas être couverts ou conduira au contraire à contraindre ceux pour qui la non-couverture est un choix. Plus précisément, il s'agira à partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012 de : i/ Simuler l'impact de l'Ani sur la proportion d'individus qui resteront non couverts par une complémentaire en population générale et au sein de la population salariée en tenant compte des potentielles dispenses d'adhésion dont peuvent bénéficier certains salariés. La non-couverture sera étudiée selon l'état de santé, le statut socio-économique, les préférences à l'égard du temps et du risque et le motif de non-couverture. ii/ Etudier l'évolution des caractéristiques des personnes non couvertes, toutes choses égales par ailleurs, avant et après l'introduction de l'Ani.

Dans une première partie, nous rappelons le contexte dans lequel la généralisation de la complémentaire santé et de la portabilité ont été introduites ainsi que les nouvelles réglementations qui en découlent ; dans une seconde partie, nous présentons les données et la méthode utilisée. Les résultats sont présentés et discutés dans une troisième puis quatrième partie.

2. Contexte

2.1. L'Accord national interprofessionnel (Ani) et le contenu des contrats

En janvier 2013, l'Accord national interprofessionnel (Ani) signé par la majorité des partenaires sociaux concernant « la compétitivité des entreprises et la sécurisation de l'emploi et des parcours professionnels des salariés » propose, en contrepartie d'une plus grande flexibilité sur le marché du travail, deux articles concernant la complémentaire santé d'entreprise. Premièrement, il s'agit de généraliser l'offre d'une complémentaire santé d'entreprise à tous les salariés du secteur privé, c'est-à-dire d'obliger tous les employeurs à mettre en place une complémentaire santé et à la financer au moins à hauteur de 50 %. Deuxièmement, il s'agit de généraliser et d'augmenter les droits à la portabilité, c'est-à-dire de permettre aux personnes touchant les indemnités du chômage de bénéficier plus longtemps et à titre gratuit de leur complémentaire santé d'entreprise. La durée de ce dispositif dépend de la durée du dernier contrat de travail et ne peut excéder douze mois.

Cet accord, voté par les parlementaires le 14 juin 2013, devra, pour la généralisation, être effectif au 1^{er} janvier 2016, les négociations avec les organismes complémentaires devant avoir débuté au 1^{er} juin 2013 au niveau de la branche puis au 1^{er} juillet 2014 au niveau des entreprises. Les entreprises qui n'auront pas réussi à trouver un accord au 1^{er} juillet 2015 devront mettre en place un contrat offrant des garanties minimales qui devront couvrir : l'intégralité du ticket modérateur sur les consultations, les médicaments remboursés à 65 %, les actes et prestations remboursables par l'AMO ; le forfait journalier hospitalier sans limitation de durée ; les soins dentaires à hauteur de 125 % minimum des tarifs de responsabilité et enfin les frais d'optique par période de deux ans, à hauteur de 100 € minimum pour les corrections simples, 150 € minimum pour

une correction mixte simple et complexe et 200 € minimum pour les corrections complexes, ces forfaits demeurant toutefois annuels pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue. Notons ici que la nouvelle définition des contrats responsables parue dans la circulaire du 30 janvier 2015 impose en outre des plafonds de remboursements à hauteur de 125 % pour les dépassements d'honoraires des médecins n'ayant pas signé le contrat d'accès aux soins (100 % en 2017) ainsi que des plafonds de remboursements pour l'optique s'élevant par exemple à 470 € pour des verres simples (monture incluse).

2.2. Les dispenses et refus d'adhésion des salariés

Le projet de décret rendu public le 30 juin 2014⁴ confirme les conditions antérieures de dispenses d'adhésion autorisant certains salariés de ne pas adhérer à la complémentaire santé d'entreprise dès lors cependant que l'acte juridique instituant la complémentaire santé le prévoit. Il s'agit des salariés déjà couverts par un contrat individuel au moment de la mise en place du contrat collectif et jusqu'à l'échéance du contrat individuel uniquement, des salariés déjà couverts par un contrat collectif par le biais de leur conjoint ou d'un autre employeur, des bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS, des salariés et apprentis dont la durée du contrat de travail est inférieure à douze mois sans avoir à justifier d'une couverture par une complémentaire santé souscrite par ailleurs, et enfin des salariés à temps partiel et apprentis dont le taux d'effort au contrat collectif représenterait plus de 10 % de leur revenu. Notons par ailleurs que les salariés déjà présents dans l'entreprise au moment de la mise en place du contrat et pour lesquels la complémentaire santé sera issue d'une décision unilatérale de l'employeur (c'est-à-dire en cas d'échec des négociations entre les partenaires sociaux et les organismes complémentaires) avec participation financière des salariés auront également la possibilité de ne pas adhérer au contrat.

Les simulations effectuées dans ce travail tiendront compte en partie et autant que possible des dispenses d'adhésion pouvant affecter la non-couverture.

3. Sources et méthode

3.1. L'Enquête santé et protection sociale (ESPS)

L'étude est réalisée à partir des données de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012, réalisée en population générale et permettant de recueillir des informations sur l'état de santé, les caractéristiques socio-économiques et l'assurance complémentaire santé des individus. Ces informations sont recueillies pour l'ensemble des membres du ménage de la personne échantillonnée dans les registres des assurés des trois grands régimes de l'Assurance maladie obligatoire (Caisse nationale d'assurance maladie des

⁴ <http://www.sante.gouv.fr/marisol-touraine-presente-5-projets-de-decrets-sur-la-generalisation-de-l-acces-a-une-couverture-complementaire-de-qualite.html>

travailleurs salariés-Cnamts, Régime social des indépendants-RSI, Mutualité sociale agricole-MSA)⁵. Notre échantillon se compose de 22 980 individus (tableau A-1.1).

L'objectif annoncé du gouvernement étant de permettre à tous les Français de bénéficier d'une couverture complémentaire santé, nous retenons comme variable d'intérêt le fait d'être couvert ou non par une complémentaire santé, quel que soit son mode d'obtention et quel que soit l'âge des individus. Ainsi, en 2012, 95 % de notre échantillon sont couverts par une complémentaire santé, 53 % à titre privé individuel, 35 % par une complémentaire santé collective et 6 % sont bénéficiaires de la CMU-C.

Le risque santé est apprécié par l'âge, le sexe et l'état de santé, mesuré par les indicateurs de santé perçue et de maladie chronique du mini-module préconisé par Eurostat. Le premier indicateur correspond à la question suivante : « Comment est votre état de santé général ? », assortie des cinq modalités de réponses suivantes : « Très bon ; bon ; assez bon ; mauvais ; très mauvais ». Le second correspond à la réponse à la question : « Avez-vous une maladie ou un problème de santé qui soit chronique ou de caractère durable ? », assortie des réponses : « Oui ; non ; je ne sais pas ». Nous retenons également le fait d'être pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale pour une ALD comme indicateur du niveau de risque de l'individu.

Le statut sociodémographique des individus est tout d'abord mesuré par leur statut vis-à-vis de l'emploi (actif en emploi, chômeur, retraité, étudiant, personne au foyer, autre inactif), le type d'emploi pour les actifs occupés (indépendant, salarié du privé, salarié de l'Etat) et le revenu du ménage par unité de consommation. La possession d'une complémentaire santé étant très dépendante de la stabilité financière et sociale, nous utilisons un indicateur de vulnérabilité sociale permettant d'identifier les personnes ayant vécu au cours de leur vie des épisodes de précarité ou d'isolement : il s'agit des personnes ayant déclaré avoir déjà rencontré des difficultés pour payer leur loyer ou leurs charges sans réussir à y faire face et/ou ayant déclaré avoir souffert durablement d'isolement au cours de leur vie à la suite d'événements subis par elle ou leurs proches. Nous utilisons également un indicateur permettant de cibler les individus qui anticipent éventuellement de ne pas réussir à faire face en cas de difficultés financières en raison de l'absence d'un soutien matériel : il s'agit de ceux ayant répondu « Non » à la question : « En cas de difficultés, y a-t-il dans votre entourage des personnes sur qui vous puissiez compter pour vous apporter une aide matérielle ? ».

L'enquête ESPS présente par ailleurs l'avantage de poser deux questions permettant d'approcher les préférences des individus à l'égard du temps et du risque qui sont deux dimensions pouvant expliquer la non-couverture par choix. La première est la suivante : « En matière d'attitude à l'égard du risque, où vous placez-vous sur une échelle de 0 à 10 ». A l'instar de Jusot et Khlal (2013), les individus ayant répondu 8, 9 ou 10 sont considérés comme les moins averses au risque et seront qualifiés de risquophiles par la suite. La deuxième question renvoie, quant à elle, à la préférence temporelle : « En matière d'attitude à l'égard de l'avenir, où vous placez-vous sur une échelle de 0 à 10 ». Les individus ayant répondu 0, 1 ou 2 sont considérés comme ayant une forte préfé-

⁵ Les Sections locales mutualistes (SLM) ne font donc pas partie de la base de sondage. Les étudiants et les fonctionnaires sont cependant interrogés dans l'enquête dès lors qu'ils vivent dans un foyer dont le bénéficiaire sélectionné est protégé par l'un des régimes appartenant au dispositif ESPS. En revanche, l'enquête ne permet pas de les interroger s'ils vivent seuls ou que tout le ménage est assuré auprès d'une SLM.

rence pour le présent. Enfin, parmi les 5 % de personnes non couvertes, nous retenons également le motif de non-couverture pour distinguer la non-couverture subie et la non-couverture par choix.

3.2. Une évaluation *ex-ante* fondée sur une simulation à comportements exogènes

Nous proposons de simuler la situation vis-à-vis de la complémentaire santé que pourrait avoir notre échantillon après la mise en place de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise et de sa portabilité en supposant que toutes les populations concernées directement ou indirectement par l'Ani – au regard de leurs caractéristiques de 2012 – disposeront d'une complémentaire santé après l'Ani. Nous supposons en outre que les autres caractéristiques individuelles telles que le revenu, l'état de santé et la situation sur le marché du travail resteront inchangées. Cette hypothèse d'exogénéité du changement de statut vis-à-vis de la complémentaire santé, qui revient à considérer que la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise n'aura notamment pas d'impact sur l'offre ou/et la demande de travail, est usuelle dans la littérature et en outre crédible à court terme (Albouy et Crépon, 2007 ; Buchmueller, 2004 ; Buchmueller, 2011).

A partir du statut d'emploi et du statut familial observés en 2012, nous identifions trois catégories de personnes concernées directement ou indirectement par la généralisation et la portabilité de la complémentaire santé collective :

1/ Les salariés du secteur privé (directement concernés par la généralisation), qui sont identifiés dans l'enquête grâce au statut d'activité et au type d'emploi : il s'agit des actifs en emploi, travaillant comme salariés du secteur privé (incluant les salariés d'un artisan, d'une association, de la Sécurité sociale et d'un particulier).

2/ Les chômeurs de courte durée (directement concernés par la portabilité), qui concernent, dans notre cas, les personnes anciennement salariées du secteur privé et ayant déclaré être au chômage depuis moins d'un an puisque l'enquête ne permet pas de connaître la durée exacte des droits à la portabilité. Par ailleurs, la portabilité étant effective sous condition d'indemnités au chômage, nous excluons les chômeurs appartenant à un foyer dans lequel aucune personne n'a déclaré percevoir d'indemnités chômage⁶.

3/ Les ayants droit des salariés ou des chômeurs directement concernés par la généralisation et la portabilité, soit les conjoints et les enfants de moins de 26 ans étudiants ou bénéficiaires du Revenu de solidarité active (RSA).

L'identification de ces catégories nous permet d'analyser l'évolution de la non-couverture selon trois scénarios. Le scénario (1) évalue uniquement l'impact de la généralisation à tous les salariés du secteur privé, qui sont les seuls soumis à l'obligation d'assurance dans le cadre de l'Ani. Le scénario (1+2) considère en outre les chômeurs de moins d'un an qui, dans le cadre de la portabilité, peuvent continuer à bénéficier de la complémentaire santé de leur ancien employeur pendant au plus une année. Une situation où tous les chômeurs refuseraient d'adhérer correspondrait donc au scénario (1). Enfin, bien que le

⁶ L'enquête ne permet pas d'identifier la personne bénéficiaire d'une allocation dès lors que plusieurs personnes d'un même ménage ont déclaré être au chômage.

dispositif de l'Ani ne concerne pas les ayants droit des salariés et chômeurs, le scénario (1+2+3) intègre également les conjoints et enfants, compte tenu du fait que la plupart des contrats collectifs leur sont également proposés (Perronnin *et al.*, 2012b). Là encore, une situation où seuls les ayants droit refuseraient d'adhérer correspondrait alors au scénario (1+2).

3.3. Hypothèses de travail concernant les dispenses d'adhésion

Afin d'étudier l'impact de la généralisation et de la portabilité de la complémentaire santé collective sur le taux de non couverts, nous faisons dans un premier temps l'hypothèse que, pour tous les individus concernés directement ou indirectement par l'Ani, le taux de non couverts chutera *de facto* à 0 %. Dans un second temps, nous tentons de tenir compte des populations concernées par les dispenses d'adhésion et susceptibles de refuser le contrat de complémentaire santé collectif mis en place dans le cadre de l'Ani. L'éventuel refus d'adhésion des bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et des salariés déjà couverts par le biais de l'employeur de leur conjoint n'a aucune incidence sur le taux de non-couverture, ce choix n'affectant que le type de couverture. En revanche, le possible refus des salariés dont le contrat de travail est un CDD de moins d'un an, de ceux à temps partiel dont la cotisation serait supérieure à 10 % de leur rémunération brute et de ceux dont le contrat de complémentaire santé fait suite à une décision unilatérale de l'employeur peut affecter nos estimations du taux de non-couverture.

En ce qui concerne les salariés à temps partiels dont la cotisation représenterait plus de 10 % de leur rémunération brute, il n'est pas possible de les repérer directement dans nos données. En effet, ESPS ne permet pas de connaître les salaires au niveau individuel pour l'ensemble de l'échantillon ni même le montant des cotisations versées par les salariés pour les contrats d'entreprise. Nous avons donc mobilisé des données complémentaires afin de juger de la plausibilité et de l'ampleur de ce motif de dispense d'adhésion. Les travaux précédents ayant mis en évidence que les taux d'effort pour l'achat d'une complémentaire santé n'atteignait 10 % que pour les ménages les plus modestes (Kambia-Chopin *et al.*, 2008 ; Jusot *et al.*, 2012), nous avons calculé les niveaux de cotisations qui autoriseraient un salarié payé au Salaire minimum interprofessionnel de croissance (Smic) à ne pas adhérer à la complémentaire santé de son entreprise, c'est-à-dire qui excéderaient 10 % de son salaire brut mensuel, selon la durée de son temps de travail (tableau 1).

Tableau 1 Montants des cotisations à une complémentaire santé collective selon le salaire et le temps de travail

Temps de travail	Salaire mensuel brut	Cotisation salarié (10 % du salaire)	Cotisation totale (10 % du salaire)x2
100 %	1 425,7	142,6	285,1
80 %	1 140,5	114,1	228,1
60 %	855,4	85,5	171,1
50 %	712,8	71,3	142,6
30 %	427,7	42,8	85,5
20 %	285,1	28,5	57,0
15 %	213,9	21,4	42,8

Calcul des auteurs sous l'hypothèse que l'employeur finance 50 % du coût du contrat.

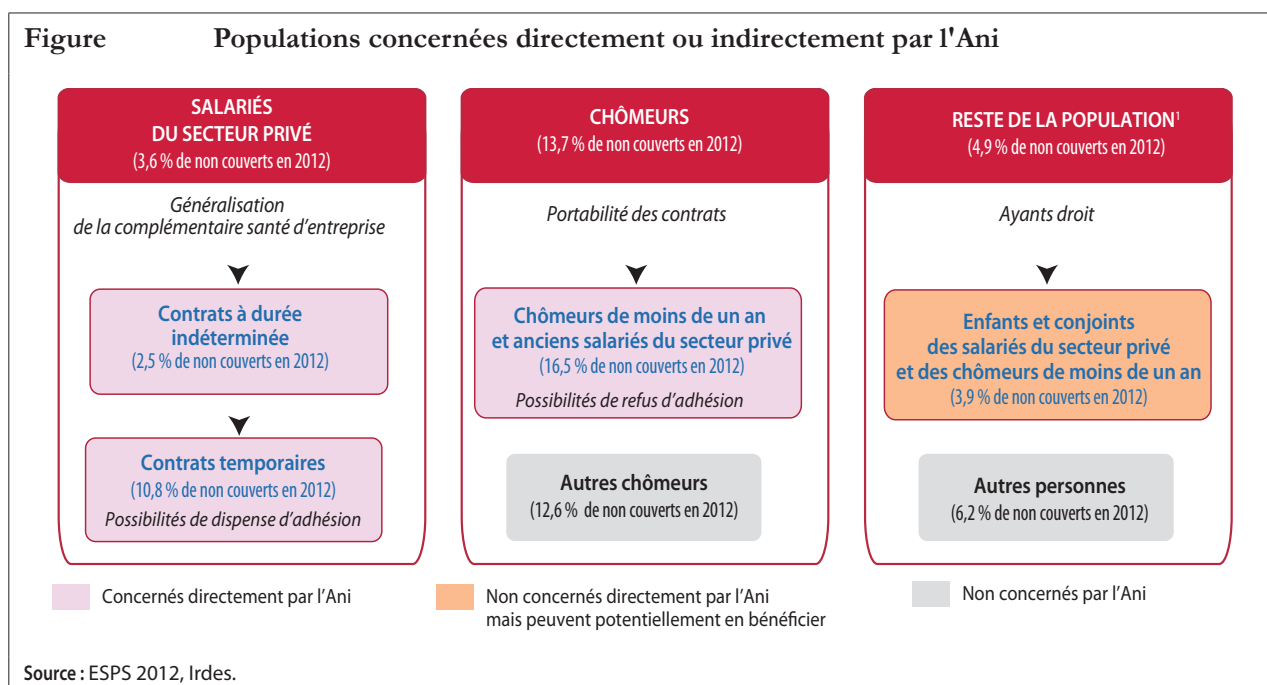
Pour une personne travaillant à 60 %, par exemple, il faudrait que la cotisation salariée soit supérieure à 85,6 €, ce qui revient à considérer un coût total de 171 € pour le contrat si l'on suppose la plus faible participation employeur possible, c'est-à-dire 50 % du coût du contrat. Or, ce montant est très supérieur au coût connu d'un contrat collectif, et ce même si l'on considère que les contrats collectifs proposés concerneront également les ayants droit du salarié. En effet, d'après l'enquête la plus récente de la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) sur les contrats les plus souscrits en 2010, le coût d'une complémentaire santé s'élève en moyenne à 46,7 € pour un contrat individuel et seulement à 36,1 € par bénéficiaire pour un contrat collectif (Garnero et Le Palud, 2014). Sous l'hypothèse d'une participation de l'employeur à hauteur de 50 % de la prime, la participation pour le salarié devrait donc être comprise entre 18 € et 23,4 € pour un contrat pour une personne seule, et ne pourrait donc excéder 10 % du revenu brut que pour les salariés payés au Smic et dont le temps de travail est inférieur à 15 %. Même dans le cas où le contrat imposé par l'employeur serait très couvrant et concernerait l'ensemble de la famille (4 personnes par exemple), la cotisation totale du contrat s'élèverait au maximum à 150 €. Le contrat ne pourrait donc être refusé que par les salariés payés au Smic et à temps très partiel (moins de 50 %). En l'absence d'information précise sur le salaire individuel et le temps de travail des salariés, nous avons donc fait l'hypothèse que la dispense d'adhésion en raison de l'inaccessibilité financière de la complémentaire santé d'entreprise ne pourra être mobilisée par aucun salarié. Nous avons fait la même hypothèse pour les salariés dont la complémentaire santé d'entreprise serait issue d'une décision unilatérale de l'employeur puisque ces derniers ne peuvent pas être identifiés dans notre enquête et qu'il n'existe pas, à notre connaissance, de données complémentaires permettant d'approcher le taux d'établissements et de salariés concernés par une décision unilatérale de l'employeur⁷.

En revanche, il est possible qu'une partie des salariés disposant d'un contrat de travail de moins de douze mois demande une dispense d'adhésion compte tenu notamment du coût lié à la participation financière au contrat d'entreprise. En effet, dans la mesure où les contrats de complémentaire santé d'entreprise offrent des garanties en moyenne plus élevées que les contrats individuels (Perronnin *et al.*, 2011 ; Garnero et Le Palud, 2014), le montant de la cotisation restant à payer pour un jeune salarié peut s'avérer relativement élevé, malgré la participation de l'employeur et le bon rapport qualité/prix de ces contrats (Jusot *et al.*, 2012 ; Garnero et Le Palud, 2014). Par ailleurs, l'adhésion à la complémentaire santé d'entreprise peut induire des coûts de transaction élevés pour les personnes embauchées pour une courte durée dans la mesure où celle-ci les conduit à devoir résilier leur contrat actuel et à rechercher et souscrire un nouveau contrat à l'issue de leur période d'emploi et de chômage indemnisé. Les données d'ESPS ne permettent pas de distinguer précisément les contrats de travail d'une durée inférieure à douze mois mais identifient la nature du contrat de travail selon les modalités suivantes : contrat à durée indéterminée (CDI), emploi aidé, CDD de moins de six mois, CDD de plus de six mois, contrat d'apprentissage et de professionnalisation, autre contrat à durée déterminée (intermittence, contrat court, saisonnier), contrat intérimaire. N'ayant pas la possibilité d'estimer un taux de refus d'adhésion à la complémentaire santé d'entre-

⁷ L'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) la plus récente (2009) ne permet pas de distinguer les décisions unilatérales de l'employeur des accords issus d'une négociation salariale menée au sein de l'établissement.

prise selon la nature du contrat de travail, nous avons considéré deux situations plus ou moins larges : la première considère que tous les CDD de moins de six mois refuseront d'adhérer au dispositif de la complémentaire santé de leur entreprise et, compte tenu du fait que la plupart des contrats temporaires ont une durée inférieure à douze mois, la seconde hypothèse suppose que l'ensemble des salariés disposant d'un contrat temporaire refuseront d'adhérer à la complémentaire santé d'entreprise.

Au final, trois hypothèses relatives aux dispenses d'adhésion sont donc retenues pour estimer l'effet de l'Ani sur le taux de non-couverture selon les différents scénarios envisagés : la première suppose qu'aucun salarié et chômeur entrant dans le champ d'application de l'Ani ne refusera d'y adhérer ; la seconde considère que l'ensemble des salariés en CDD de moins de six mois refuseront d'y adhérer et la troisième considère que ce sont tous les salariés ayant un contrat temporaire qui en seront dispensés (figure ci-dessous).



3.4. Stratégie d'analyse

Pour évaluer de façon *ex ante* les effets à attendre de l'Ani sur la non-couverture par une complémentaire santé, nous proposons, dans un premier temps, de décrire les inégalités de couverture qui existaient avant la mise en place du dispositif de l'Ani en étudiant la non-couverture observée en 2012 en population générale et parmi la population salariée du secteur privé. Dans un second temps, nous simulons les effets attendus de l'Ani sur la non-couverture en suivant deux objectifs : (i) analyser la proportion d'individus qui resteraient non couverts par une complémentaire santé en population générale et au sein des salariés du secteur privé selon trois scénarios d'application et en tenant compte des potentielles dispenses d'adhésion (figure ci-dessus) ; (ii) étudier l'évolution des caractéristiques de la non-couverture, toutes choses égales par ailleurs, en population générale avant et après l'introduction de l'Ani.

(i) *Simulation des effets attendus de l'Ani sur le taux de non-couverture*

Pour évaluer *ex ante* les effets à attendre de l'Ani en population générale et au sein de la population salariée, nous comparons tout d'abord le taux de non-couverture observé en 2012 avec les taux simulés selon les différents scénarios envisagés et sous les hypothèses relatives aux demandes de dispense d'adhésion des salariés en contrat temporaire. L'évolution attendue du taux de non-couverture est analysée de façon globale puis selon les caractéristiques individuelles telles que l'état de santé, le statut socio-économique, les préférences à l'égard du temps et du risque et parmi les non couverts en 2012, selon les motifs de non-couverture. Pour les salariés du secteur privé, il s'agira également d'étudier la non-couverture selon le statut d'emploi ainsi que le contrat et le temps de travail. Des intervalles de confiance à 5 % ont été estimés par la méthode du *bootstrap*⁸ afin d'évaluer la significativité de ces évolutions.

(ii) *Analyse de l'évolution des caractéristiques de la non-couverture en population générale avant et après l'introduction de l'Ani*

Afin d'étudier dans quelle mesure les caractéristiques de la non-couverture pourraient être modifiées suite à la généralisation et à la portabilité de la complémentaire santé collective, nous modélisons, à l'aide de modèles Probit, la probabilité d'être non couvert par une complémentaire santé en considérant successivement le statut assurantiel actuel et le statut assurantiel simulé selon les différents scénarios :

$$Pr(NC_{2012} / X, Y, Z) = 1 \quad si \quad NC^*_{2012} = a + \beta_a X + \gamma_a Y + \delta_a Z + \varepsilon_a > 0$$

$$Pr(NC_{(1)} / X, Y, Z) = 1 \quad si \quad NC^*_{(1)} = b + \beta_b X + \gamma_b Y + \delta_b Z + \varepsilon_b > 0$$

$$Pr(NC_{(1+2)} / X, Y, Z) = 1 \quad si \quad NC^*_{(1+2)} = c + \beta_c X + \gamma_c Y + \delta_c Z + \varepsilon_c > 0$$

$$Pr(NC_{(1+2+3)} / X, Y, Z) = 1 \quad si \quad NC^*_{(1+2+3)} = d + \beta_d X + \gamma_d Y + \delta_d Z + \varepsilon_d > 0$$

Avec :

NC_{2012} : le fait d'être non couvert en 2012

$NC_{(1)}$: le fait d'être non couvert selon le scénario (1)

$NC_{(1+2)}$: le fait d'être non couvert selon le scénario (1+2)

$NC_{(1+2+3)}$: le fait d'être non couvert selon le scénario (1+2+3)

X : le vecteur des caractéristiques d'âge et d'état de santé (santé perçue, maladie chronique ; ALD)

Y : le vecteur des caractéristiques socio-économiques (revenu par Unité de consommation (UC), statut par rapport à l'emploi, vulnérabilité sociale, anticipation des revenus futurs)

⁸ La méthode du *bootstrap* a été utilisée ici car la variance estimée du taux de non couverts est inconnue du fait du mode d'échantillonnage en grappe de l'enquête ESPS. 500 échantillons fictifs ont ainsi été créés en échantillonnant avec remise autant d'individus que dans l'échantillon initial. Les taux de non-couverture correspondent à la moyenne observée sur l'ensemble des échantillons fictifs. Les intervalles de confiance à 95 % sont construits en considérant les écarts-types de la distribution du taux de non couverts sur l'ensemble des 500 échantillons.

Z : le vecteur des préférences à l'égard du temps et du risque (aversion au risque, préférences temporelles)

$\varepsilon_a; \varepsilon_b; \varepsilon_c; \varepsilon_d$ les résidus des modèles respectifs distribués selon une loi normale et strictement orthogonaux aux vecteurs X ; Y ; Z.

Les modèles relatifs aux scénarios (1), (1+2) et (1+2+3) ont également été réalisés sous les différentes hypothèses de dispenses d'adhésion. La généralisation de la complémentaire santé collective et de sa portabilité étant considérées comme exogènes, seul le fait d'être ou de ne pas être non couvert change selon le scénario envisagé : les caractéristiques relatives aux facteurs explicatifs (X, Y, Z), c'est-à-dire les effets de composition, restent quant à eux identiques. Les effets estimés ($\hat{\beta}$, $\hat{\gamma}$ et $\hat{\delta}$) sont donc directement comparables selon les scénarios envisagés puisqu'ils reflètent uniquement des écarts liés à une corrélation plus ou moins forte. Afin de tester la significativité des effets entre les scénarios, nous comparons les intervalles de confiance calculés avec une erreur à 5 %.

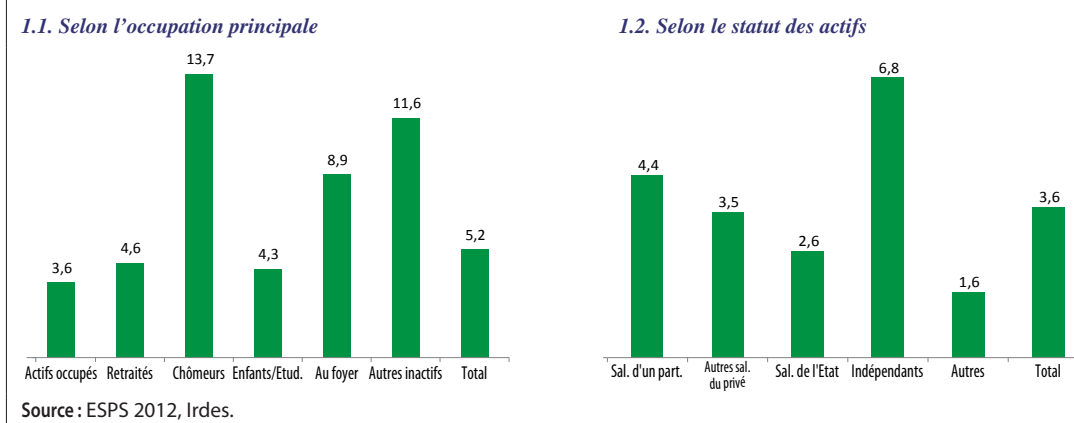
4. Résultats

4.1. La non-couverture en 2012

En 2012, le taux de non-couverture s'élève à 5 % en moyenne et est particulièrement élevé chez les individus de plus de 80 ans et ceux âgés de 18 à 30 ans (respectivement 6,8 % et 8 % *versus* 4,9 % parmi les 31-40 ans par exemple, tableau A-1.2). Les personnes ayant déclaré une mauvaise santé sont également plus souvent sans complémentaire santé (à hauteur de 9,9 % *versus* 4,6 % pour ceux ayant déclaré une très bonne santé perçue). Les plus modestes sont également très fréquemment non couverts (14,1 % *versus* 3,6 % parmi les plus aisés). Il en est de même pour les personnes en situation de vulnérabilité sociale ainsi que pour celles ne disposant pas de soutien matériel dans leur entourage en cas de difficultés financières (à hauteur respective de 9 % et de 7,1 %). Ces résultats corroborent ceux des travaux antérieurs sur l'accès à la complémentaire santé (Buchmueller et Couffinhal, 2004 ; Saliba et Ventelou, 2007 ; Arnould et Vidal, 2008 ; Grignon et Kambia-Chopin, 2009 ; Perronnin *et al.*, 2011 ; Jusot *et al.*, 2012, Jusot, 2014). Nous montrons en outre, pour la première fois sur données françaises, que la non-couverture est également liée aux préférences individuelles à l'égard du temps et du risque. Ainsi, les individus les moins averses au risque et ayant une plus forte préférence pour le présent sont plus souvent sans complémentaire santé (à hauteur respective de 8,1 % et de 7,3 %).

En ce qui concerne le statut par rapport à l'emploi, le taux de non-couverture est particulièrement élevé chez les chômeurs (13,7 %), les hommes et femmes au foyer (8,9 %) et les autres inactifs (11,6 %) [graphique 1.1]. Les actifs en emploi, concernés en partie par la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, sont en revanche ceux pour lesquels le taux de non-couverture est le plus bas (3,6 %). Parmi les actifs en emploi, les catégories concernées directement par l'Ani occupent une position intermédiaire avec un taux de non-couverture de 3,6 % en moyenne : respectivement 4,4 % des salariés auprès d'un particulier et 3,5 % des autres salariés du secteur privé étaient non couverts en 2012, la non-couverture n'étant que de 2,6 % parmi les fonctionnaires et salariés de l'Etat et atteignant 6,7 % parmi les indépendants (graphique 1.2).

Graphique 1. Taux de non couverts par une complémentaire santé en 2012 selon le statut par rapport à l'emploi



En s'intéressant de plus près aux salariés du secteur privé, nous constatons cependant que, comme en population générale, il existe une grande variabilité du taux de couverture, notamment selon l'âge, l'état de santé, le contrat et le temps de travail et les caractéristiques socio-économiques (tableau A-1.3).

En effet, ce sont les jeunes salariés qui sont le plus souvent sans complémentaire santé en 2012 : 12,5 % parmi les moins de 20 ans ; 6,5 % parmi les salariés âgés entre 21 et 25 ans, 3,7 % parmi ceux âgés entre 26 et 30 ans et près de 3 % parmi les salariés de 30 à 60 ans. Les salariés qui se déclarent en mauvaise ou très mauvaise santé sont également plus souvent non couverts : 8,3 % *versus* 4 % parmi ceux ayant déclaré une très bonne santé. De manière cohérente avec les résultats de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) en 2009 qui avait montré que les salariés les plus modestes bénéficiaient moins souvent d'une complémentaire d'entreprise (Perronin *et al.*, 2012a, 2012b), le taux de personnes sans complémentaire santé apparaît plus élevé parmi les salariés en situation de précarité : 17 % pour les salariés en CDD de moins de six mois, 10,8 % pour ceux en contrat d'intérim et 14,8 % pour les salariés saisonniers et les intermittents *versus* 2,4 % pour ceux en CDI. Le taux de non-couverture est également élevé parmi les salariés dont le temps partiel n'est pas choisi (7,1 % *versus* 2,4 % et 3,3 % parmi ceux dont le temps partiel est choisi et ceux qui travaillent à temps complet) et parmi les salariés les plus pauvres (11,2 % pour ceux dont le revenu par UC est inférieur à 650 € *versus* 1,8 % parmi ceux dont le revenu par UC est le plus élevé). Les salariés identifiés en situation de vulnérabilité sociale et ceux ayant déclaré ne pas bénéficier d'une aide matérielle en cas de difficulté sont également plus souvent non couverts, à hauteur respective de 6,7 % et 5,1 %. Enfin, une partie des différences de couverture parmi la population salariée semble également choisie et non subie puisque le taux de non-couverture est plus élevé parmi les personnes les moins averses au risque et les plus orientées vers le présent. Ainsi, 7,8 % des salariés orientés vers le présent sont non couverts contre 2,8 % des salariés orientés vers le futur, et 8,8 % des salariés risquophiles ne bénéficient pas d'une complémentaire santé contre 2,7 % pour les risquophobes.

4.2. Simulation des effets attendus de l'Ani sur le taux de non-couverture

4.2.1. Effets attendus de l'Ani sur le taux de non-couverture au sein de la population salariée

Sous l'hypothèse que l'ensemble des salariés du secteur privé adhère au dispositif, le taux de non couverts chutera à 0 % au sein de cette population. La généralisation de la complémentaire santé induira donc *de facto* une disparition de ces inégalités d'accès à la complémentaire santé au sein de la population salariée du secteur privée entre les salariés les plus précaires et les autres. Notons cependant qu'elle réduira également les différences de couverture qui existent entre salariés selon les préférences à l'égard du temps et du risque.

Sous l'hypothèse que l'ensemble des salariés disposant d'un contrat temporaire refuse d'adhérer à la complémentaire santé d'entreprise (tableau A-1.3), le taux de non-couverture au sein des salariés du secteur privé devrait rester significativement non nul et s'établir à hauteur de 1,4 % (*versus* 3,6 % en 2012). Sous cette hypothèse, 40 % des salariés aujourd'hui non couverts le seraient toujours après l'Ani. Ce sont les jeunes de moins de 20 ans qui resteraient fortement non couverts : 8,1 % avec un écart qui ne serait plus significativement différent de celui observé en 2012 (12,5 %). Il en est de même pour les salariés à temps partiels subi (5,2 % resteraient non couverts sous cette hypothèse *versus* 7,1 % en 2012) et les salariés dont le revenu par UC est le plus faible (5,3 % resteraient non couverts *versus* 11,2 % en 2012). Les résultats sont plus modérés si l'on considère en revanche l'hypothèse que seuls les CDD de moins de six mois refusent d'y adhérer (tableau A-1.3). Par exemple, les jeunes de moins de 20 ans resteraient non couverts à hauteur de 2,9 %.

4.2.2. Effets attendus de l'Ani sur le taux de non-couverture en population générale

En supposant un taux de non-couverture nul pour l'ensemble des populations concernées par l'Ani, nos résultats montrent que la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise et de la portabilité permet de réduire de façon relativement modérée mais significative le taux de non-couverture dans l'ensemble de la population (tableau 2). Le taux de non-couverture passerait ainsi de 5 % dans la configuration actuelle à 4 % selon le scénario (1) qui considère la généralisation de la complémentaire santé collective aux salariés du secteur privé, seuls soumis à l'obligation d'assurance ; à 3,7 % selon le scénario (1+2) qui tient également compte de la portabilité pour les chômeurs de moins d'un an et jusqu'à 2,7 % selon le scénario (1+2+3) qui inclut l'ensemble des ayants droit. Au final, parmi l'ensemble des individus qui ne bénéficient d'aucune complémentaire santé en 2012, 80 % d'entre eux resteraient non couverts après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise (74,5 % selon le scénario incluant également la portabilité, graphique 2). En effet, rappelons ici qu'en 2012, le taux de non-couverture était particulièrement élevé chez les chômeurs (13,7 %), les hommes et femmes au foyer (8,9 %) et les autres inactifs (11,6 %) qui sont exclus du champ d'application de l'Ani. Ce n'est qu'en considérant le scénario (1+2+3), qui tient compte des potentiels ayants droit des salariés, que le taux de personnes sans complémentaire santé diminuerait de façon importante même si plus de la moitié des personnes sans complémentaire santé en 2012 resterait non couvertes après la mise en oeuvre de l'Ani.

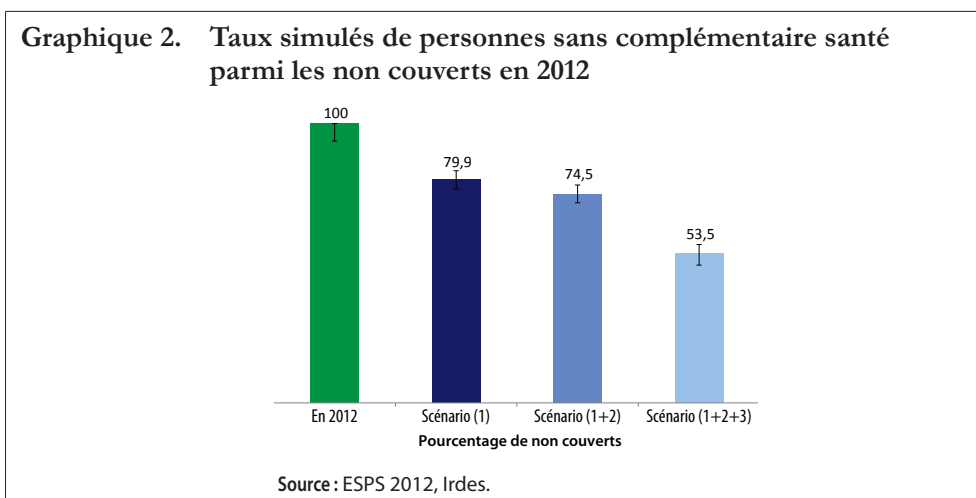
Tableau 2 Taux de non-couverture observés en 2012 et simulés selon les différents scénarios et sous les hypothèses de dispenses d'adhésion

Taux observés en 2012			
5,0 % [4,7 ; 5,3]			
Taux simulés			
Scénario (1)	Scénario (1+2)	Scénario (1+2+3)	
Sous l'hypothèse qu'aucun salarié ne demande de dispense d'adhésion			
4,0 % [3,7 ; 4,3]	3,7 % [3,4 ; 4,0]	2,7 % [2,4 ; 2,9]	
Sous l'hypothèse que tous les CDD de moins de 6 mois refusent la complémentaire santé d'entreprise (CSE)			
4,2 % [3,9 ; 4,5]	3,9 % [3,6 ; 4,2]	2,9 % [2,6 ; 3,1]	
Sous l'hypothèse que tous les salariés en contrat temporaire refusent la CSE			
4,4 % [4,1 ; 4,7]	4,1 % [3,8 ; 4,4]	3,1 % [2,8 ; 3,3]	

(1) : Prise en compte des salariés du privé uniquement.
 (1+2) : Prise en compte des chômeurs de courte durée anciennement salariés.
 (1+2+3) : Prise en compte supplémentaire des chômeurs de courte durée anciennement salariés + leurs ayants droit

Les taux présentés entre crochets correspondent aux intervalles de confiance à 5 %

Sources : ESPS 2012, Irdes.



Sous l'hypothèse à présent que tous les salariés disposant d'un contrat de travail temporaire refusent d'adhérer à ce dispositif (tableau A-1.5), le taux de non-couverture augmenterait de façon comparable dans les trois scénarios : +0,4 point (et +0,2 point sous l'hypothèse que tous les CDD de moins de six mois le refusent ; tableau A-1.4). Le taux de personnes sans complémentaire santé serait ainsi estimé à 4,4 % selon le scénario 1 (*versus* 4 % quand on ne tient pas compte de cette hypothèse) ; à 4,1 % selon le scénario (1+2) [*versus* 3,7 %] et à 3,1 % selon le scénario (1+2+3) [*versus* 2,7 %].

4.2.3. Effets attendus de l'Ani sur la non-couverture par une complémentaire santé en population générale selon les caractéristiques socio-démographiques

Les graphiques 3, 4 et 5 permettent d'étudier dans quelle mesure l'Ani peut modifier le taux de non-couverture selon l'âge, l'état de santé, le statut socio-économique, et les préférences individuelles sous l'hypothèse qu'aucun salarié ne refusera d'adhérer à la complémentaire santé d'entreprise mise en place dans le cadre de l'Ani sans être couvert par ailleurs⁹. Nous commentons tout d'abord les résultats des scénarios (1) et (1+2), qui permettent de discuter des effets directs de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise et de la portabilité. Nous présentons ensuite l'impact le plus global de ce dispositif, en considérant le scénario qui tient compte en outre des effets indirects sur les ayants droit (scénario (1+2+3)).

Concernant l'âge, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise et de la portabilité réduirait significativement la non-couverture chez l'ensemble des personnes en âge d'être actif. Cette diminution serait particulièrement importante chez les 18-30 ans : leur taux de non-couverture passerait ainsi de 8 % en 2012 à 5,6 % selon le scénario (1) et à 4,5 % selon le scénario (1+2) [graphique 3.1]. Néanmoins, les résultats montrent également que la population des 18-30 ans resterait, après l'Ani, avec la population la plus âgée, plus souvent non couverte (à hauteur de 6,8 % selon les scénarios (1) et (1+2) pour les plus de 80 ans).

Les résultats mettent ensuite en évidence une diminution relativement comparable du taux de non-couverture en valeur absolue chez les personnes en bonne ou en mauvaise santé, que celle-ci soit appréciée par la santé perçue (graphique 3.2), le fait d'être en ALD (graphique 3.3) ou le fait d'avoir une maladie chronique (graphique 3.4). Ainsi, ce taux diminuerait sensiblement de -1 point dans chaque sous-population. Par exemple, le taux de non-couverture, qui s'élève à 4,8 % en 2012 pour les individus ayant déclaré une « assez bonne santé » est évalué à 3,9 % dans le cas du scénario (1) et à 3,7 % dans le cas du scénario (1+2). Nos résultats mettent cependant en évidence que la diminution du taux de non-couverture n'est significative que pour les personnes se déclarant en bonne et très bonne santé, sans maladie chronique et sans ALD. Les individus qui se déclarent en mauvaise santé, avec une maladie chronique et en ALD resteraient, quant à eux, plus souvent non couverts par une complémentaire santé (à hauteur respective de 8,8 %, 4,4 % et 5,7 % selon le scénario (1+2)).

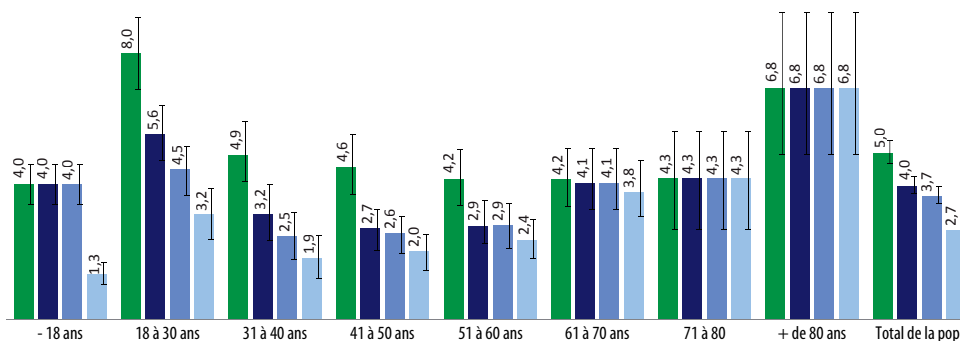
Concernant le statut vis-à-vis de l'emploi (graphique 4.1), le taux de non-couverture diminuerait significativement et de manière attendue parmi les actifs selon le scénario (1) et parmi les chômeurs selon le scénario (1+2). Cependant, le taux de non-couverture resterait relativement élevé pour les chômeurs : 9 % selon le scénario (1+2) alors que celui des actifs en emploi, qui était déjà le plus bas en 2012, est estimé à 1,2 % selon les scénarios (1) et (1+2). De même, l'analyse du taux de non-couverture selon le revenu (graphique 4.2) montre que celui-ci restera fortement décroissant avec le niveau de revenu. Ainsi, dans le scénario (1+2), la proportion de personnes sans complémentaire santé est estimée à 12,7 % pour les individus dont le revenu par UC est inférieur à 650 € par

⁹ Les taux simulés de non couverts par une complémentaire santé et leurs variations sont également présentés en annexe (tableau A-1.2).

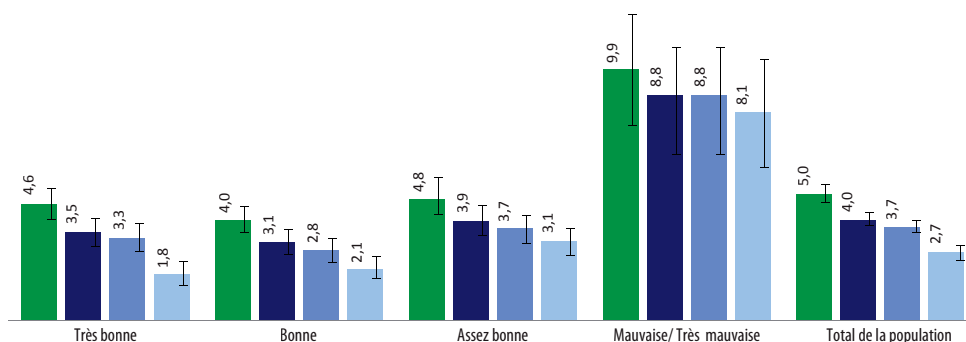
Graphique 3. Taux de non couverts par une complémentaire santé selon l'âge et l'état de santé

Pourcentage de non couverts :
■ En 2012 ■ Scénario (1+2) ■ Scénario (1) ■ Scénario (1+2+3)

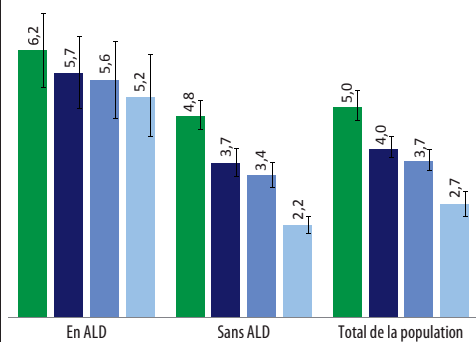
3.1. Selon l'âge et sur l'ensemble de la population



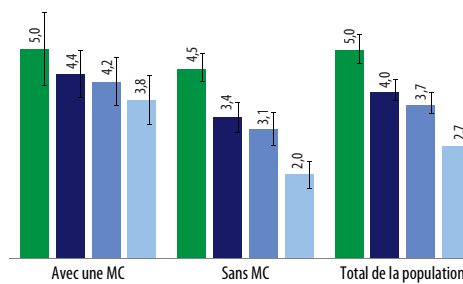
3.2. Selon la santé perçue



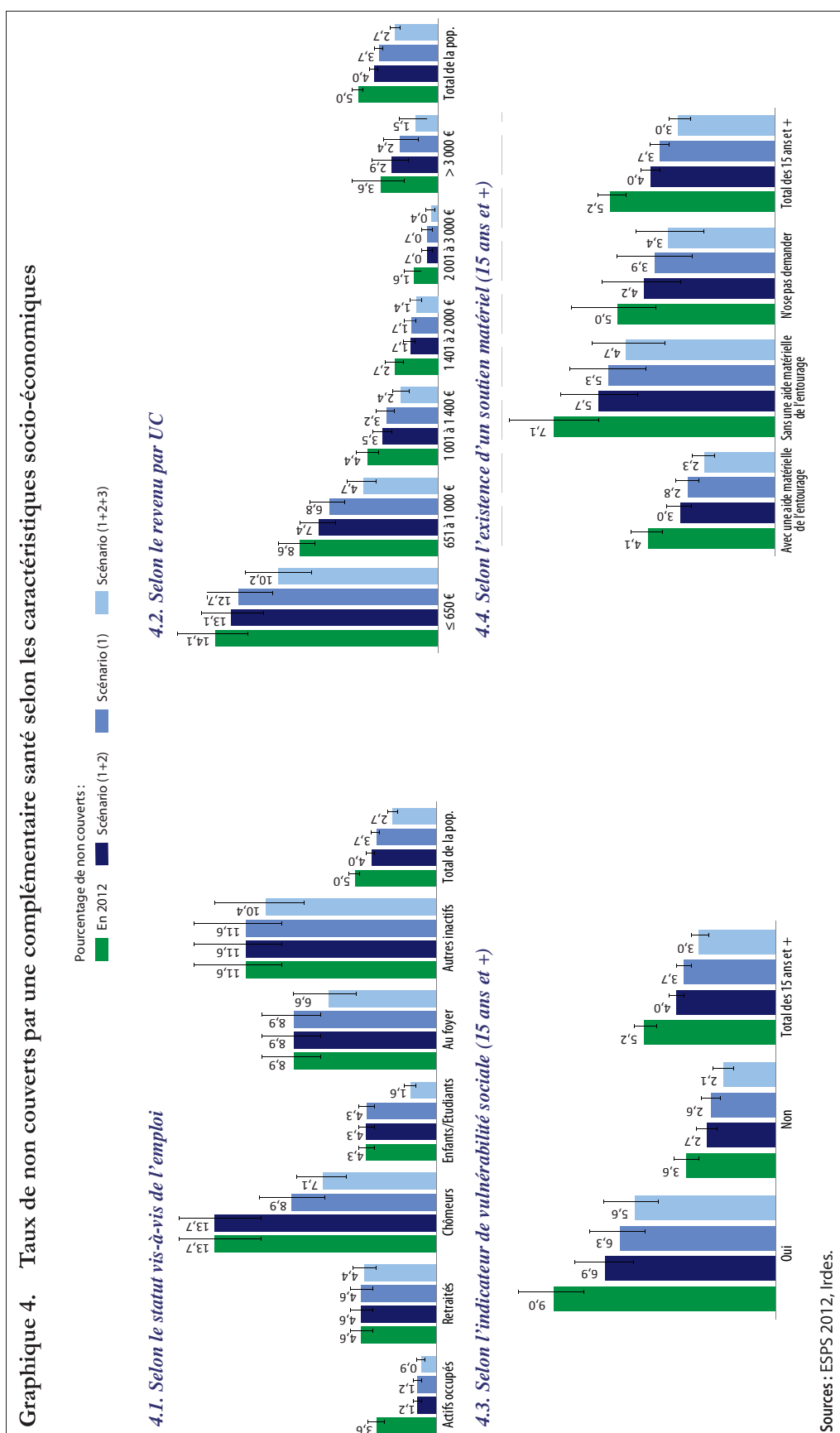
3.3. Selon le fait d'être en ALD



3.4. Selon le fait d'avoir une maladie chronique



Source : ESPS 2012, Irdes.

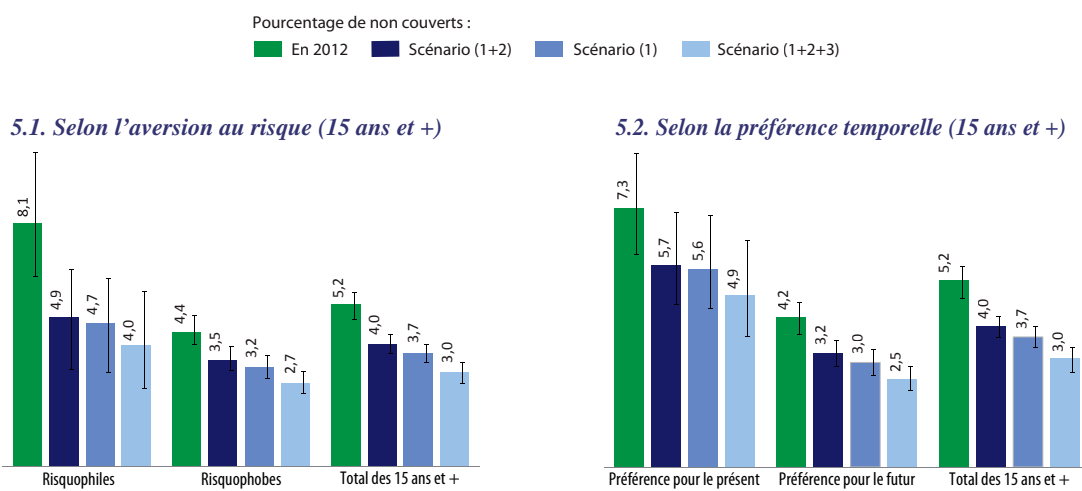


mois (soit une baisse non significative de 10 %), *versus* 1,7 % pour ceux dont le revenu par UC se situe entre 1 401 € et 2 000 € (soit -38 %) et 0,7 % pour ceux dont le revenu par UC se situe entre 2 001 € et 3 000 € (soit -55 %). Les individus en situation de vulnérabilité sociale seraient également ceux pour lesquels le taux de non-couverture resterait le plus élevé (6,9 % selon le scénario 1 et 6,3 % selon le scénario (1+2), graphique 4.3), avec toutefois une diminution significative selon le scénario (1+2), soulignant ainsi la situation de précarité sociale de certains salariés en emploi. Enfin, la non-couverture resterait également plus fréquente parmi ceux qui déclarent ne pas pouvoir bénéficier d'un soutien matériel en cas de difficulté (graphique 4.4) et qui resteraient sans complémentaire santé à hauteur de 5,7 % selon le scénario (1) et 5,3 % selon le scénario (1+2).

Concernant les préférences individuelles, les résultats montrent que la diminution du taux de non couverts est significative et relativement importante parmi les plus risquophiles, c'est-à-dire ceux pour qui la non-couverture est potentiellement choisie et non subie : -3,2 points selon le scénario (1), soit une diminution de 39 %, *versus* -0,9 point, soit -21 %, parmi les risquophobes (graphique 5.1). Après l'Ani, le taux de non-couverture ne serait plus significativement différent entre les risquophiles et les risquophobes. Les personnes ayant une forte préférence pour le présent resteraient en revanche plus fréquemment non couvertes que celles ayant une préférence pour le futur pour qui la diminution du taux de non-couverture selon les scénarios (1) et (1+2) est particulièrement significative (graphique 5.2).

Si l'on restreint l'analyse aux individus de plus de 15 ans non couverts en 2012 et que l'on estime l'impact de l'Ani sur le taux de non-couverture selon les motifs de non-couverture, nous mettons en évidence une diminution du taux de non-couverture beaucoup plus importante parmi ceux pour qui la non-couverture est choisie plutôt que subie. En effet, parmi les personnes ayant déclaré qu'elles souhaiteraient être couvertes mais qu'elles n'en n'ont pas les moyens, respectivement 80,9 % et 74,4 % resteraient non couvertes selon les scénarios (1) et (1+2) alors que le taux de non-couverture passerait

Graphique 5. Taux de non couverts par une complémentaire santé selon les préférences à l'égard du temps et du risque



Source : ESPS 2012, Irdes.

de 100 % à 63,9 % et 62,2 % selon les scénarios (1) et (1+2) parmi celles ayant déclaré qu'elles ne souhaitaient pas être couvertes (graphique 7). L'Ani devrait par ailleurs réduire la non-couverture frictionnelle puisque le taux de non-couverture serait réduit à respectivement 62,8 % et 54,8 % selon le scénario (1) et (1+2) chez les personnes ayant déclaré être en cours d'adhésion.

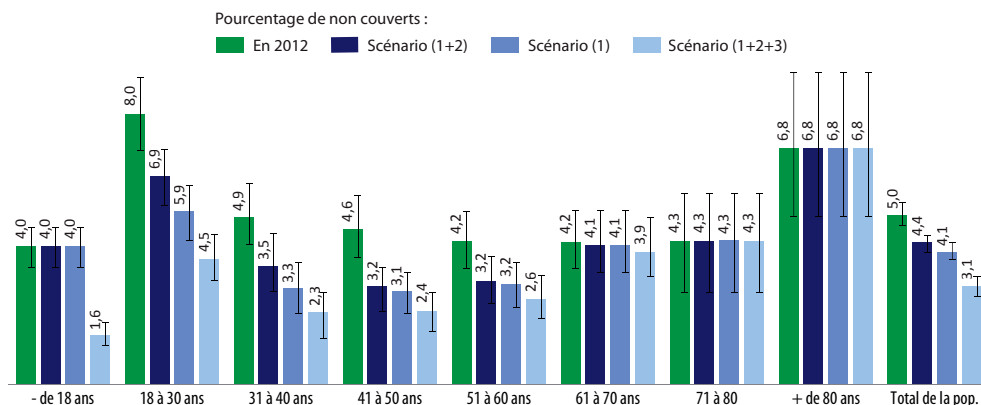
Si l'on considère en revanche les effets indirects de l'Ani sur les ayants droit potentiels (enfants et conjoints) selon le scénario (1+2+3), les résultats montrent que le taux de non-couverture diminuerait sensiblement chez les moins de 30 ans, de sorte que les populations les plus âgées seraient les seules à être principalement concernées par la non-couverture (graphiques 3.1). Selon ce scénario, le taux de non-couverture diminuerait également sensiblement plus parmi les individus en très bonne santé perçue (-2,8 points *versus* -1,8 point selon le scénario (1+2) parmi ceux en mauvaise santé ; graphique 3.2) et ceux sans ALD (-2,6 points *versus* -1 point parmi ceux avec une ADL ; graphique 3.3). Comparativement aux scénarios (1) et (1+2), ce scénario conduit en outre à une diminution de la non-couverture chez les inactifs (graphique 4.1) et à une baisse accrue chez les plus pauvres (graphique 4.2). Toutefois, ces deux sous-populations resteraient toujours plus souvent non couvertes. Au final, si l'on considère l'ensemble des personnes sans complémentaire santé en 2012, le taux de non-couverture serait évalué à 53,5 % selon le scénario (1+2+3) *versus* 79,9 % et 74,5 % selon les scénarios (1) et (1+2).

Retenir l'hypothèse que tous les salariés disposant d'un contrat de travail temporaire refusent d'adhérer à ce dispositif modifie assez peu les caractéristiques des personnes non couvertes après introduction de l'Ani (tableau A-1.5). Notons cependant que, les contrats de travail temporaires concernant particulièrement les jeunes, le taux de non-couverture des 18-30 ans est sensiblement modifié selon le fait de considérer ou non cette hypothèse (graphique 6) : leur taux de non-couverture, qui s'élevait à 8 % en 2012 est estimé à 6,9 % sous cette hypothèse lorsque l'on tient compte des salariés du secteur privé uniquement (scénario (1)) *versus* à 5,6 % lorsque l'on suppose que tous y adhéreront. Par ailleurs, si le taux de non-couverture simulé des personnes risquophobes est relativement stable selon les différentes hypothèses de dispenses d'adhésion considérées, celui des risquophiles varie sensiblement : lorsque l'on considère l'impact sur les salariés du privé uniquement (scénario 1), il s'évaluerait à 4,9 % sous l'hypothèse qu'aucune dispense d'adhésion ne serait effective (tableau A1.2), à 5,4 % lorsque l'on considère que tous les CDD de moins de six mois seraient dispensés d'adhérer à la complémentaire introduite dans le cadre de l'Ani (tableau A1.4) et à 6,6 % si l'on suppose que ce sont tous les salariés en contrats temporaires qui en seraient dispensés (tableau A-1.5).

4.3. Analyse de l'évolution des caractéristiques de la non-couverture par une complémentaire santé en population générale avant et après l'introduction de l'Ani

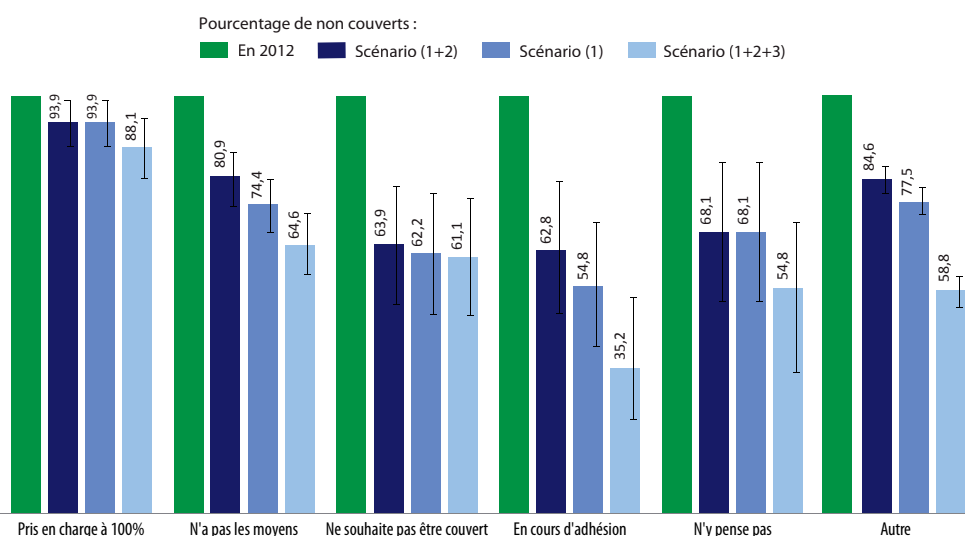
Les résultats de la modélisation de la non-couverture en 2012 et selon les scénarios (1), (1+2) et (1+2+3) sont présentés en annexe (tableaux A-1.6, A-1.7 et A-1.8) et illustrés sous forme graphique pour une meilleure lisibilité. Nous commençons par décrire l'évolution des déterminants de la non-couverture par une complémentaire santé avant et après l'Ani sous l'hypothèse qu'aucune dispense d'adhésion ne sera demandée (tableau A-1.6). Nous présentons ensuite les principaux résultats sous les hypothèses supplémentaires de dispenses d'adhésion (tableaux A-1.7 et A-1.8).

Graphique 6. Evolution du taux de non couverts selon les différents scénarios et sous l'hypothèse que tous les salariés en contrat temporaire refusent d'adhérer à la complémentaire santé de leur entreprise



Sources : ESPS 2012, Irdes.

Graphique 7. Taux de non couverts parmi ceux qui ne bénéficiaient pas de complémentaire santé en 2012 et selon les motifs de non-couverture (15 ans et +)



Note : Il est possible qu'un même individu ait renseigné plusieurs motifs de non-couverture. Les sous-échantillons ne sont donc pas indépendants et les intervalles de confiance sont à prendre avec précaution.

Source : ESPS 2012, Irdes.

En 2012, nous montrons que, toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de ne pas être couvert par une complémentaire santé est plus élevée chez les hommes (+1,2 points), les jeunes âgés de 18 à 30 ans (+4,2 points comparativement à ceux âgés de 51 à 60 ans) ainsi que ceux de 80 ans et plus (+2,9 points). De manière cohérente avec les travaux déjà réalisés sur la demande de complémentaire santé, les variables d'état de santé sont assez peu significatives : seul le fait de déclarer un mauvais état de santé perçu plutôt qu'un très bon état de santé est corrélé positivement avec un accroissement de 2,3 points du taux de non-couverture. Notre modèle confirme ensuite le rôle prépondérant des variables socio-économiques. Ainsi, plus le revenu par UC est faible, plus la probabilité de ne pas être couvert par une complémentaire santé est élevée : +2,5 points pour ceux dont le revenu par UC se situe entre 1 201 € et 1 400 € ; +7,1 lorsque le revenu par UC se situe entre 651 € et 1 200 € et +10,2 points lorsqu'il est inférieur à 650 € par mois, qui correspond pourtant au seuil d'éligibilité à la CMU-C de 2012. Les individus en situation de vulnérabilité sociale sont également plus souvent concernés (+3,2 points). Nous montrons enfin que les individus ayant une forte préférence pour le présent ainsi que ceux ayant une certaine attirance à l'égard du risque sont également plus souvent non couverts : respectivement +1,1 points et +1,6 points.

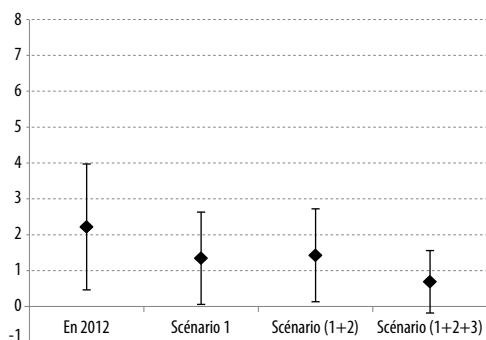
Sous l'hypothèse qu'aucune dispense d'adhésion ne sera effective, la comparaison des résultats de la modélisation de la non-couverture en 2012 et des scénarios (1), (1+2) et (1+2+3) suggère que l'Ani modifierait sensiblement les caractéristiques des personnes non couvertes. Même si, comme précédemment montré et comparativement aux personnes âgées de 51 à 60 ans, la diminution du taux de non-couverture toucherait particulièrement les 18-30 ans, la probabilité d'être non couvert resterait significativement plus élevée après l'Ani dans cette tranche d'âge (graphique 8.2). En effet, seul le scénario (1+2+3) permet d'observer un lien très faible entre la non-couverture et le fait d'être âgé de 18 à 30 ans comparativement aux personnes âgées de 51 à 60 ans. L'Ani ne changerait rien en revanche pour les plus de 80 ans qui resteraient toujours plus fréquemment non couverts que les 51-60 ans (graphique 8.3).

L'Ani ne modifierait pas significativement l'association entre l'état de santé et la non-couverture. Ainsi la mauvaise santé perçue resterait légèrement associée au fait de ne pas être couvert après la généralisation (scénarios (1)) et la portabilité (scénario (1+2)) (graphique 8.1). Notons toutefois que dans le scénario (1+2+3), la non-couverture n'est plus significativement reliée à la mauvaise santé perçue.

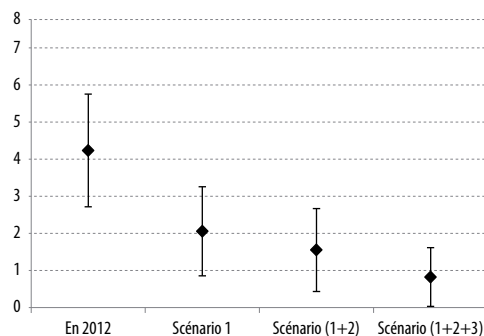
En revanche et de façon attendue, nos résultats montrent un renforcement très marqué du lien entre le statut vis-à-vis de l'emploi et le fait d'être non couvert. Ainsi, alors même que les chômeurs sont directement concernés en partie par le scénario (1+2), nous mettons en évidence un renforcement significatif du lien avec le fait de ne pas être couvert (graphique 9.2) : le fait d'être chômeur accroît de 4.1 points la probabilité d'être non couvert par rapport au fait d'être actif en emploi en 2012 *versus* un accroissement de 11,2 points selon le scénario (1) et de 7,1 points selon le scénario (1+2). Il en est de même pour les retraités, les étudiants et les personnes au foyer (graphiques 9.1, 9.3 et 9.4). Seul le troisième scénario, qui généralise l'accès à la complémentaire santé d'entreprise aux ayants droit, permettrait de conserver un lien quasi similaire à celui observé en 2012. L'effet du revenu n'est quant à lui pas significativement différent selon les différents scénarios envisagés (graphique 9.5) : les plus pauvres seraient toujours plus souvent non couverts par une complémentaire santé. Néanmoins, l'association entre

Graphique 8. Lien entre la non-couverture par une complémentaire santé et les variables d'âge et d'état de santé

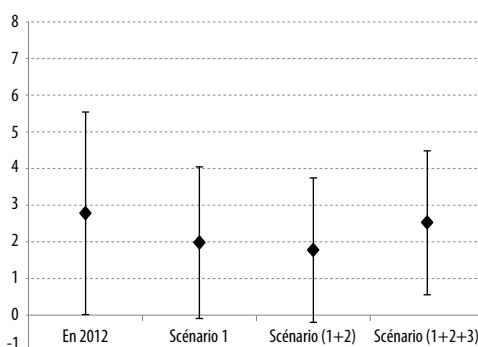
8.1. Mauvaise santé perçue (Réf.: bonne santé)



8.2. Entre 18 et 30 ans (Réf.: 51/60 ans)



8.3. Plus de 80 ans (Réf.: 51/60 ans)

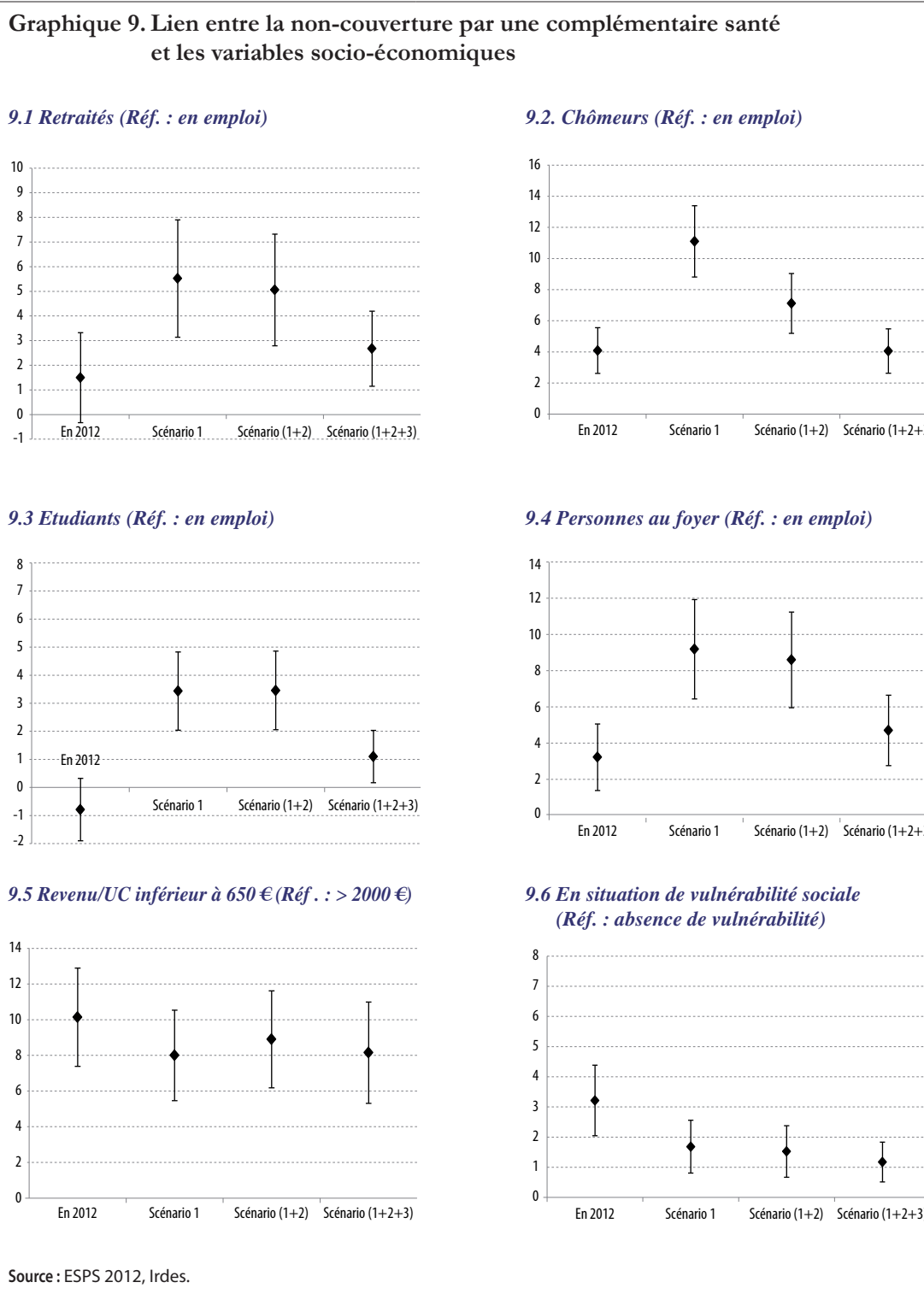


Sources : ESPS 2012, Irdes.

la vulnérabilité sociale et la non-couverture diminuerait légèrement après l'Ani, bien qu'elle resterait significativement différente de 0 (graphique 9.6).

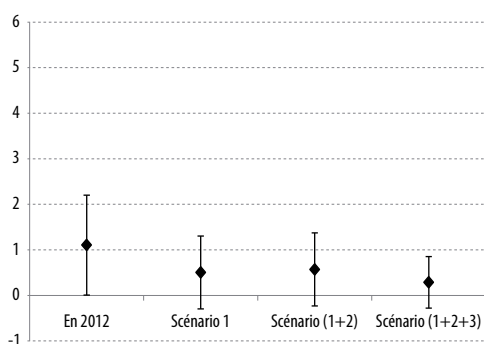
Enfin, il est intéressant de noter que, les préférences des individus à l'égard du risque et du temps ne seraient plus, après l'introduction de l'Ani, significativement associées au fait de ne pas être couvert par une complémentaire santé (graphiques 10.1 et 10.2).

Retenir les hypothèses de dispenses d'adhésion des salariés en CDD de moins de six mois et de ceux disposant d'un contrat de travail temporaire modifie quelque peu les déterminants de la non-couverture après introduction de l'Ani (tableaux A-1.7 et A-1.8). Ainsi par exemple, l'association toutes choses égales par ailleurs observée en 2012 entre la non-couverture et le fait d'avoir entre 18 et 30 ans (comparativement au fait d'avoir entre 51 et 60 ans) ne serait plus significativement différente de celle qui résulte des scénarios simulés (1) et (1+2) [graphique 11]. Ces résultats soulignent donc que les effets à attendre de la généralisation et de la portabilité sur l'accès à la complémentaire santé des jeunes sont conditionnés à l'adhésion des salariés en contrat temporaire à ce dispositif. En effet, seul le scénario (1+2+3), qui suppose que tous les ayants droits des salariés et chômeurs seront également couverts après l'Ani, permettrait de réduire signi-

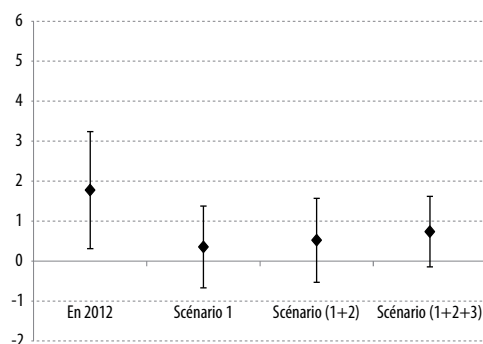


Graphique 10. Lien entre la non-couverture par une complémentaire santé et les variables de préférences

10.1. Avec une préférence pour le présent



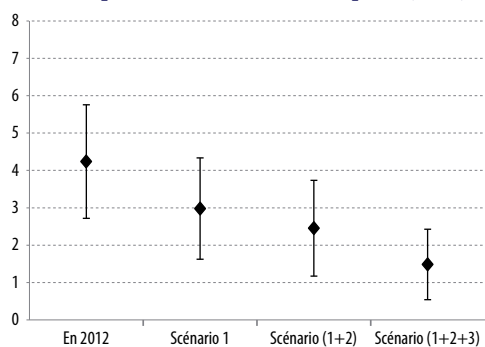
10.2. Avec une préférence à l'égard du risque



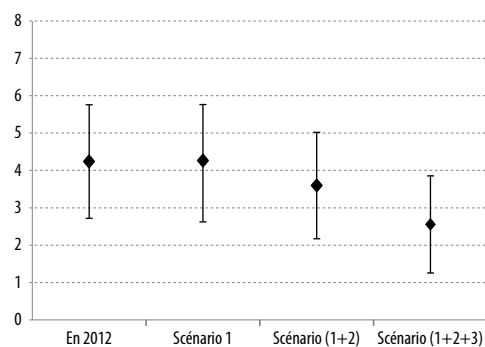
Source : ESPS 2012, Irdes.

Graphique 11. Lien « toutes choses égales par ailleurs » entre le fait d'avoir 18-30 ans et le fait de ne pas bénéficier d'une complémentaire santé, sous les hypothèses de dispenses d'adhésion

11.1. Sous l'hypothèse que tous les CDD de moins de six mois refusent d'adhérer à la complémentaire santé d'entreprise (CSE)



11.2. Sous l'hypothèse que tous les salariés en contrats temporaires refusent d'adhérer à la CSE



Source : ESPS 2012, Irdes.

ficativement le lien entre la non-couverture et le fait d'être âgé de 18 à 30 ans (graphique 11-1). Sous les hypothèses de dispenses d'adhésion, le lien entre la non-couverture et le fait d'être au chômage ou inactif serait légèrement moins important que celui observé lorsque l'on suppose que tous les salariés du secteur privé seront couverts après l'Ani. Le lien entre la précarité et la non-couverture serait en revanche plus élevé sous les hypothèses de dispenses d'adhésion. Enfin, en considérant une dispense d'adhésion pour tous les salariés en contrat temporaire, c'est-à-dire en s'affranchissant en partie de l'obligation d'assurance, le lien entre la non-couverture et la préférence vis-à-vis du risque resterait significativement positif pour le scénario qui tient compte simultanément de la généralisation et de la portabilité (1+2) ainsi que pour le scénario qui inclut les ayants droit (1+2+3).

5. Discussion

Cette analyse propose une évaluation *ex ante* des résultats à attendre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise et de sa portabilité proposée par la loi du 14 juin 2013, tant en termes d'efficacité pour atteindre la généralisation de la complémentaire santé en France que d'équité dans l'accès à la complémentaire.

Concernant la généralisation de la complémentaire santé, les résultats montrent que le taux de non-couverture, qui s'élève à 5 % en 2012, serait encore de 4 % après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sous l'hypothèse que tous les salariés adhèrent au dispositif et de 3,7 % après la portabilité mais pourrait atteindre 2,7 % si la généralisation s'étendait aux ayants droit des salariés et des chômeurs de courte durée. Par ailleurs, si ce dispositif permettait de réduire les inégalités d'accès et de qualité à la couverture parmi les salariés du secteur privé, il ne permettrait pas d'éliminer l'ensemble des inégalités sociales qui existent face à la complémentaire santé en France. En effet, les plus de 70 ans, les inactifs, les individus en mauvaise santé et ceux dont le revenu par UC est le plus bas resteront, après l'Ani, les plus souvent concernés par la non-couverture par une complémentaire santé. La possibilité de dispense d'affiliation des salariés embauchés dans le cadre de contrats temporaires risque également de maintenir un haut niveau de non-couverture parmi les personnes âgées de moins de 30 ans et les salariés les plus pauvres.

Les analyses toutes choses égales par ailleurs montrent en outre que même si l'Ani pouvait permettre de réduire l'association entre vulnérabilité sociale et non-couverture, on observe un renforcement du lien, toutes choses égales par ailleurs, entre la non-couverture et le fait d'être inactif ou au chômage alors même que les chômeurs sont, en partie, directement concernés par la portabilité de la complémentaire santé d'entreprise. Cela s'explique par la restriction de la portabilité aux seuls chômeurs de courte durée bénéficiant d'une allocation chômage. Or, des travaux récents de la Direction de l'animation, de la recherche, des études et des statistiques (Dares) ont mis en évidence l'importance du nombre de chômeurs qui ne touchent pas d'indemnité (Grangier et Vinceneux, 2014). D'après nos estimations, seul le fait d'étendre la généralisation et la portabilité aux ayants droit permettrait de ne pas augmenter le lien entre la non-couverture et le fait d'être au chômage ou inactif plutôt qu'actif occupé. Or, cette hypothèse est aujourd'hui la moins concrète puisque la loi du 14 juin 2013 ne concerne pas directement les ayants droit. En effet, leur prise en charge engendre un coût supplémentaire

qui devra être financé par l'employeur et/ou le salarié. De plus, il est probable que les contrats mis en place dans les entreprises qui n'offraient pas de complémentaire santé avant l'Ani, c'est-à-dire majoritairement au sein des petites entreprises, ne seront pas aussi généreux, et donc aussi attractifs pour les ayants droit, que les contrats de complémentaire santé mis en place avant la généralisation. Enfin, dans ce troisième scénario, nous avons également considéré que le contrat était étendu aux ayants droit des chômeurs de moins d'un an alors même que seul l'ancien salarié peut choisir de conserver sa complémentaire santé d'entreprise. Enfin, nous montrons que la non-couverture en 2012 est significativement associée à une plus forte préférence pour le présent et une moindre aversion au risque, ce qui suggère que celle-ci résulte en partie d'un choix éclairé. Or, les préférences à l'égard du temps et du risque ne seraient plus associées à la non-couverture après l'Ani, ce qui révèle les contraintes introduites par le dispositif d'obligation d'assurance pour les salariés du secteur privé pour qui la non-couverture était initialement choisie et non subie.

Cette évaluation *ex ante* du dispositif de l'Ani repose sur des choix méthodologiques qui doivent être discutés. Plusieurs hypothèses conduisent à surestimer le nombre d'individus qui obtiendront une couverture à la suite de la mise en œuvre du dispositif. Pour les salariés tout d'abord, nous avons supposé que l'Ani serait mise en place de manière effective par tous les employeurs du secteur privé. Or, certains d'entre eux pourraient tarder à mettre en place une complémentaire d'entreprise pour leurs salariés. Par ailleurs, nous n'avons pas tenu compte d'un éventuel délai de carence. Si nous avons envisagé l'hypothèse que l'ensemble des salariés embauchés dans le cadre d'un contrat temporaire refuse d'adhérer à la complémentaire d'entreprise, nous avons supposé qu'aucun salarié à temps partiel ne ferait jouer la dispense d'adhésion en raison d'une cotisation supérieure à 10 % de son salaire brut. De plus, nous ne tenons pas compte du fait qu'en cas d'échec des négociations avec les partenaires sociaux au sein de la branche ou de l'entreprise, la complémentaire santé pourrait être mise en place par une décision unilatérale de l'employeur. Or, lorsqu'elle induit une participation financière des salariés, ces derniers auront là aussi la possibilité de demander une dispense d'adhésion au dispositif. Pour les chômeurs, ensuite, nos analyses surestiment également les individus concernés par la portabilité dans la mesure où il n'est pas possible d'identifier ceux qui ne touchent pas d'allocation chômage, dès lors qu'une autre personne du ménage est elle-même concernée par des allocations. De plus, nous considérons que tous les chômeurs de moins d'un an sont concernés par la portabilité alors même que la durée de ce droit est conditionnée à la durée d'ancienneté dans le dernier contrat de travail et que, dans le cas d'une demande d'avance de frais qui peut s'avérer particulièrement onéreuse, certains chômeurs peuvent refuser de conserver la complémentaire santé d'entreprise après leur départ de l'entreprise. Enfin, les données d'ESPS mobilisées dans cette analyse ne permettent pas d'interroger les individus affiliés en tant qu'assurés sociaux à une SLM vivant seuls ou pour lesquels aucun autre membre du ménage n'est affilié à l'un des trois grands régimes de l'Assurance maladie (Cnamts, MSA, RSI), ce qui est le cas de certains fonctionnaires et étudiants, qui sont des catégories exclues *de facto* de l'Ani.

Par ailleurs, ces simulations ont été obtenues sous l'hypothèse d'exogénéité de la généralisation et de la portabilité de la complémentaire santé d'entreprise. Or, même si l'hypothèse d'une inélasticité de l'offre de travail à la complémentaire santé d'entreprise est habituellement retenue dans la littérature (Albouy et Crépon, 2007 ; Buchmueller, 2004 ; Buchmueller *et al.*, 2011) est crédible à court terme, on ne peut pas totalement exclure

que ce dispositif modifie certains comportements d'offre de travail. Par ailleurs, le renchérissement du coût de l'emploi lié à la participation de l'employeur au coût du contrat et au forfait social associé pourrait affecter la demande de travail des travailleurs ou les salaires proposés. Pour compléter ce travail, il sera donc important de suivre les effets de la mise en place effective de l'Ani dans les décisions d'offre et de demande de travail afin d'évaluer *ex post* la dynamique de la réduction de la non-couverture et les potentiels changements de comportements d'offre et de demande de travail.

Ce travail a également été réalisé sans considérer les autres conséquences de ce dispositif sur le marché de la complémentaire santé, notamment en ce qui concerne la modification du risque assurantiel entre le marché de la complémentaire santé individuelle et celui de la complémentaire santé collective. En effet, d'après ESPS, 53,1 % des bénéficiaires d'une complémentaire santé privée sont couverts en 2012 par un contrat individuel. Selon nos estimations, ce taux s'élèverait à 45,5 % après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise ; 44,6 % si l'on considère la généralisation et la portabilité et à 34,8 % seulement si l'on tient compte des ayants droit (tableau A-1.9). La mise en place de l'Ani va donc restreindre la part de marché des contrats individuels, mais va aussi modifier les caractéristiques des assurés couverts par une complémentaire santé individuelle. En effet, d'après nos estimations sur les caractéristiques des personnes couvertes par une complémentaire santé individuelle, la proportion de personnes âgées, souffrant d'une maladie chronique et en ALD sera légèrement plus importante parmi les individus couverts par une complémentaire santé individuelle après la mise en place de l'Ani (tableau A-1.10). Ce dispositif risque donc d'augmenter le niveau des primes et cotisations des contrats individuels, ce qui peut en retour augmenter la non-couverture, en particulier parmi les populations les plus pauvres ou en mauvaise santé. L'évolution des niveaux de garanties méritera aussi d'être suivie en population générale et au sein de la population salariée, les petites entreprises n'ayant pas les mêmes capacités de négociation et de financement que celles des grandes, qui sont aujourd'hui les plus souvent concernées par les contrats de groupe (Perronnin *et al.*, 2012). La prochaine édition de l'enquête Protection Sociale Complémentaire d'Entreprise (PSCE) en 2017 permettra d'apporter des éclairages sur ces éléments. Notons ici par ailleurs que l'enquête de 2009 évaluait à 2,3 % le taux de salariés du secteur privé sans complémentaire santé alors que selon l'Enquête Santé et Protection Sociale, ce taux est estimé à 3,6 % en 2012. Les différences méthodologiques d'enquête interdisent toutefois de comparer ces taux.

En dépit de ces limites, ces résultats questionnent la capacité de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise et de la portabilité de la loi du 14 juin 2013, tant en termes d'efficacité pour atteindre la généralisation de la complémentaire santé en France qu'en termes d'équité. Cette analyse permet aussi de discuter plus largement de l'opportunité de mettre en place des politiques publiques qui favorisent la diffusion des complémentaire santé d'entreprise dans le but d'améliorer l'accès aux soins des populations, en dehors du contexte français et, notamment, dans le contexte américain. En effet, l'obligation pour les employeurs de plus de 50 salariés de proposer une assurance santé à ses salariés fait partie intégrante de la politique du *Obama care*¹⁰ et il existe de nombreuses similitudes avec le dispositif français malgré les différences des systèmes publics d'assurance maladie. Ainsi par exemple, les salariés les plus précaires pour-

¹⁰ <http://obamacarefacts.com/obamacare-employer-mandate/>

ront ne pas adhérer à la complémentaire santé d'entreprise si son coût représente plus de 9,5 % de leur revenu. Or, en montrant que le dispositif français ne permettra pas d'atteindre l'objectif général de réduction des inégalités de santé, nos résultats modèrent fortement les effets à attendre du dispositif américain pour les populations les plus précaires ; et ce d'autant plus qu'ils corroborent ceux mis en évidence dans la littérature américaine concernant les évaluations *ex post* de ce type de dispositifs sur la couverture santé des populations les plus modestes (Summers, 1989 ; Dick, 1994 ; Lee *et al.*, 2005 ; Buchmuller *et al.*, 2011). Toutefois, si l'obligation d'introduire une assurance santé aux Etats-Unis par le biais de l'employeur ne concerne pas les entreprises de moins de 50 salariés, elle inclut cependant l'ensemble des ayants droit, se rapprochant ainsi du scénario le plus large que nous avons envisagé et qui conduisait à diminuer de moitié le taux de personnes sans couverture et à ne pas augmenter le lien entre la couverture et le fait d'être au chômage ou inactif.

Notons enfin que l'évolution de la non-couverture en France dépendra également des autres dispositifs mis en place et, en particulier, de ceux destinés à améliorer la couverture des personnes modestes. Depuis 2012, les plafonds d'éligibilité à la CMU-C et à l'ACS ont été augmentés à deux reprises en juillet 2013 et en juillet 2014, entraînant une augmentation du nombre de bénéficiaires, ce qui est susceptible de modifier les taux de non-couverture présentés précédemment. Les données d'ESPS ne permettent pas de cibler correctement les personnes éligibles à ces dispositifs en 2012 au regard des plafonds actuels, en raison de précisions requises sur le niveau et la composition du revenu des douze derniers mois et non simplement au moment de l'enquête. Par ailleurs, les dispositifs de la CMU-C et de l'ACS sont caractérisés par des taux de non recours élevés qui interdisent de faire l'hypothèse que l'ensemble des éligibles sont couverts par une complémentaire santé *via* ces dispositifs (Dufour-Kippelen *et al.*, 2006 ; Guthmuller *et al.*, 2014a ; Guthmuller *et al.*, 2014b). Afin d'estimer la proportion de bénéficiaires de ces deux dispositifs dans notre population d'étude, nous avons estimé le taux d'évolution du nombre de bénéficiaires à attendre au regard de l'évolution des plafonds entre l'année civile 2012 et le plafond actuel, valide jusqu'en juillet 2015 (Annexe 2). Respectivement 0,58 % et 0,36 % de la population seraient ainsi concernés par l'évolution des plafonds de la CMU-C et de l'ACS au sein de notre population d'étude. Si l'on considère que 20 % d'entre eux étaient précédemment non couverts¹¹, l'augmentation des plafonds de la CMU-C et de l'ACS réduirait respectivement la non-couverture de 0,12 et de 0,07 point par rapport à nos estimations précédentes.

Au final, l'ensemble de ces résultats montre que si la mise en place de la généralisation et de la portabilité de la complémentaire santé d'entreprise va permettre de réduire la non-couverture en France, ces dispositifs ne permettront pas pour autant d'éliminer les inégalités sociales face à la couverture. Ils soulignent donc en creux l'importance des autres dispositifs mis en place pour améliorer l'accès à la complémentaire santé des ménages les plus pauvres, et notamment dans le contexte français, l'efficacité de la CMU-C et de l'ACS et le relèvement de leurs seuils d'éligibilité.

¹¹ Cette hypothèse est relativement large puisque d'après l'Enquête santé et protection sociale de 2012, le taux de personnes sans complémentaire santé s'élevait à 13 % pour les individus dont le revenu par UC était inférieur à 720 €.

6. Bibliographie

- Albouy V., Crépon B. (2007). "Moral Hazard and Health Insurance: An Evaluation Based on Rubins Causal Framework". Documents de Travail de la DESE - Working Papers of the DESE g2007-12, Insee, DESE.
- Arnould M.L. et Vidal G. (2008). « Typologie des contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2006 », Drees , *Etudes et résultats* n° 663, octobre.
- Arrow K.-J. (1963). "Uncertainty and the Welfare of Medical Care". *American Economic Review*, 53 (5), pp. 941-973.
- Barsky Robert B., Thomas Juster F., Kimball M. and Shapiro Matthew D. (1997). "Preference Parameters and Behavioral Heterogeneity: An Experimental Approach to the Health and Retirement Survey." *Quarterly Journal of Economics* 112(2): 537-580.
- Buchmueller T.C., Couffinhal A., Grignon M., Perronnin M. (2004). "Access to Physician Services: Does Supplemental Insurance Matter? Evidence from France". *Health Economics* 13(7): 669–687.
- Buchmueller T.C., Couffinhal A. (2004). "Private Health Insurance in France". OECD Health Working Paper N°. 12.
<http://www.oecd.org/dataoecd/35/11/30455292.pdf>.
- Buchmueller T.C., DiNardo J., Valletta R.G. (2011). "The Effect of an Employer Health Insurance Mandate on Health Insurance Coverage and the Demand for Labor: Evidence from Hawaii", *American Economic Journal: Economic Policy* , 3: 25–51.
- Butler J. (1999). "Estimating Elasticities of Demand for Private Health Insurance in Australia", National Centre for Epidemiology and Population Health; Canberra, ANU.
- Célant N., Guillaume S., Rochereau T. (2014). « Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 ». Les rapports de l'Irdes n° 556.
- Cutler D.-M., Zeckhauser R.-J. (2000). *The anatomy of Health insurance*. Handbook of Health Economics, Volume 1, Chapter 11, pp. 563-643
- Dick, Andrew W. (1994). "Will Employer Mandates Really Work? Another Look at Hawaii", *Health Affairs*, 13(1): 343–49.
- Doiron D., Jones G., Savage E. (2008). "Healthy, Wealthy and Insured? The Role of Self-Assessed Health in the Demand for Private Health Insurance", *Health Economics*, 17, 3 : 317-334.
- Dourgnon P., Jusot F., Fantin R. (2012). « Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé », *Economie Publique*, 28-29 : 123-147.
- Dufour-Kippelen S., Legal A., Wittwer J. (2006). « Comprendre les causes du non-recours à la CMU-C », Université Paris Dauphine, Legos, rapport n° 79, novembre.
- Franc C., Pierre A. (2013). "Generalization of Private Health Insurance offered by employers", *The Health Systems and Policy monitor*, avril.

- Franc C., Pierre A. (2015). "Compulsory Private Complementary Health Insurance Offered by Employers in France: Implications and Current Debate", *Health Policy*, 119: 111-116.
- Garnero M., Le Palud V. (2013). « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010 », Drees, *Etudes et Résultats* n° 837, avril.
- Garnero M., Le Palud V. (2014). « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010 », Document de travail n°191, Série Statistiques.
- Grangier J., Vinceneux K. (2014). « Les demandeurs d'emploi non indemnisables par l'assurance chômage », Dares analyses n° 37, mai.
- Grignon M., Kambia-Chopin B. (2009). "Income and the Demand for Complementary Health Insurance in France", Document de travail Irdes, 24.
- Hopkins, S., Kidd M. P. (1996). "The Determinants of the Demand for Private Health Insurance under Medicare », *Applied Economics*, 1623 – 1632, Volume 28, Number 12/December 1, 1996.
- Guthmuller S., Jusot F., Renaud T., Wittwer J. (2014a). « 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 (En3s)*, n° 46, 2014/09, 61-74.
- Guthmuller S., Jusot F., Wittwer J. (2014b). "Improving Take-up of Health Insurance Program: A Social Experiment in France", *Journal of Human Resources*, 49, 1 : 167-194.
- Jusot F. (2013). « Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution », *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 61S : S163–S169.
- Jusot F. (2014). « La complémentaire santé : une source d'inégalités face à la santé ? », In : « Les inégalités de santé ». *Les Tribunes de la santé* – Sève, 43 : 69-78.
- Jusot F., Khlat M. (2013). "Time Preference and Risk Aversion in Educational Inequalities in Smoking: A Population-based Study", *Addictive Behaviors*, Volume 38, Issue 5 : 2167-2173.
- Jusot F., Perraudin C., Wittwer J. (2012). « L'accessibilité financière à la complémentaire santé en France : les résultats de l'enquête Budget de Famille 2006 », Insee, *Economie et Statistique*, 450 : 29-46.
- Jusot F., Wittwer J. (2009), « L'accès financier aux soins en France : bilan et perspective », *Regards croisés sur l'économie*, 5, 1 : 102-109.
- Kambia-Chopin B., Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2008). « Les contrats complémentaires individuels : quel poids dans le budget des ménages ? » in : *Enquête sur la Santé et la protection sociale 2006 (ESPS 2006)*, Rapport Irdes n°1701 : 43-55.
- Lee, Sang-Hyop, G. Russo, L. H. Nitz, and A. Jabbar (2005). "The Effect of Mandatory Employer-Sponsored Insurance (ESI) on Health Insurance Coverage and Labor Force Utilization" in Hawaii: *Evidence from the Current Population Survey (CPS) 1994–2004*. University of Hawaii Department of Economics Working Paper 05-12.

- Manning, W.-G, Marquis, S. (1996). Health insurance: the tradeoff between risk pooling and moral hazard. *Journal of Health Economics*, 15, pp. 609–640
- Monheit, A., Vistnes, J. (2008). "Health Insurance Enrollment Decisions: Preferences for Coverage, Worker Sorting, and Insurance Take Up », *Inquiry*, 45 (2): 153-67.
- Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2011). « La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès », Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n°161, janvier.
- Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2012a), « Panorama de la complémentaire santé collective en France en 2009 et opinions des salariés sur le dispositif », Irdes, *Questions d'économie de la santé*, n°181, novembre.
- Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2012b), « L'Enquête protection sociale complémentaire d'entreprise 2009 », Rapport de l'Irdes, n°1890.
- Saliba B., Ventelou B. (2007). "Complementary Health Insurance in France : Who Pay? Why? Who Will Suffer from Public Disengagement?", *Health policy* 81(2007) 166-182.
- Summers, Lawrence H. (1989). "Some Simple Economics of Mandated Benefits." *American Economic Review*, 79(2): 177–83.
- Touraine M. (2014). "Health Inequalities and France's National Health Strategy", *Lancet*, 383, 9923: 1101-1102.
- Zaidman C., Roussel R., eds. (2014). « Comptes nationaux de la santé 2013 » Edition 2014, Drees, Collection Études et statistiques.

7. Annexe 1

Tableau A-1.1. Description de l'échantillon selon les caractéristiques socio-économiques, d'état de santé et des préférences individuelles

	Effectif	% pond.		Effectif	% pond.
Couverture complémentaire			Statut vis-à-vis de l'emploi		
CMU-C	1 866	6,1	Actifs en emploi	9 348	40,7
Contrat collectif	8 282	34,5	Retraités	4 053	21,3
Contrat individuel	11 297	53,1	Chômeurs	1 474	5,8
Couvert par un biais non renseigné	193	0,7	Enfants scolarisés ; étudiants	6 563	25,8
Non couverts	1 172	5,0	Femmes/hommes au foyer	951	3,9
Non renseigné	170	0,6	Autres inactifs	547	2,4
Motifs de non-couverture (15 ans et + non couverts)			Non renseigné	44	0,2
Pris en charge à 100 %	77	9,1	Type d'emploi des actifs		
Pas les moyens, trop cher	252	28,2	Salariés du privé	6 124	65,9
Ne souhaite pas être couvert	52	6,5	Salariés de l'Etat	1 812	19,6
En cours d'adhésion	54	5,0	Salariés d'un particulier	353	3,5
N'y pense pas, pas le temps	44	4,8	Indépendants	891	9,2
Autre motif	64	7,27	Autres	168	1,6
Non renseigné	501	46,27	Revenu par Unité de consommation (UC)		
Sexe			≤ 650 €	1 531	5,4
Hommes	11 402	47,8	651€ à 1 000 €	3 098	13,6
Femmes	11 578	52,2	1 001€ à 1 400 €	4 167	19,1
Age			1 401€ à 2 000 €	4 510	21,0
- de 18 ans	5 382	22,4	2 001€ à 3 000 €	2 586	11,9
18 à 30 ans	3 760	14,2	> 3 000 €	1 022	4,8
31 à 40 ans	2 693	13,5	Non renseigné	6 066	24,2
41 à 50 ans	3 408	13,2	Soutien matériel dans l'entourage (parmi les 15 ans et +)		
51 à 60 ans	3 320	13,3	Oui	9 155	50,8
61 à 70 ans	2 458	11,2	Non	2 150	12,3
70 à 80 ans	1 271	6,6	Oui mais n'ose pas demander	1 347	7,6
+ de 80 ans	688	5,6	Non renseigné	5 909	29,3
Santé perçue			Indicateur de vulnérabilité sociale (parmi les 15 ans et +)		
Très bon	5 004	21,2	Oui	2 439	14,3
Bon	7 282	32,6	Non	10 327	57,0
Assez bon	3 638	17,5	Non renseigné	5 795	28,6
Mauvais/très mauvais	1 005	5,3	Aversion au risque (parmi les 15 ans et +)		
Non renseigné	6 051	23,5	Risquophobes	11 618	65,3
Avec une ALD			Risquophiles	1 054	5,5
Sans ALD	19 587	83,3	Non renseigné	5 889	29,2
Ne sait pas	146	0,5	Préférence pour le présent (parmi les 15 ans et +)		
Avec une maladie chronique			Préférence pour le futur	11 002	60,8
Sans maladie chronique	11 279	49,1	Préférence pour le présent	1 632	9,7
Non renseigné	6 558	25,7	Non renseigné	5 927	29,5
			Total	22 980	100

Note : L'absence de réponse concernant les questions posées aux 15 ans et plus provient du non-retour de l'auto questionnaire dans lequel sont posées ces questions.

Source : ESPS 2012, Irdes.

Tableau A-1.2. Taux de non couverts par une complémentaire santé observé en 2012 en population générale et simulés selon les scénarios (1), (1+2) et (1+2+3) sous l'hypothèse qu'aucune dispense d'adhésion ne sera effective

		En 2012		Scénario (1)			Scénario (1+2)			Scénario (1+2+3)			Total Effectif
		% NC	IC 95	% NC	IC 95	Var. par rapport à 2012	% NC	IC 95	Var. par rapport à 2012	% NC	IC 95	Var. par rapport à 2012	
Sexe	Hommes	5,8	[5,3 ; 6,3]	4,5	[4,1 ; 4,9]	-22 %	4,2	[3,7 ; 4,6]	-28 %	3,1	[2,7 ; 3,5]	-46 %	11 402
	Femmes	4,3	[3,9 ; 4,7]	3,5	[3,2 ; 3,9]	-18 %	3,3	[3,0 ; 3,7]	-23 %	2,3	[2,0 ; 2,6]	-47 %	11 578
Age	- de 18 ans	4,0	[3,4 ; 4,6]	4,0	[3,4 ; 4,6]	0 %	4,0	[3,4 ; 4,6]	0 %	1,3	[1,0 ; 1,7]	-67 %	5 382
	18 à 30 ans	8,0	[7,0 ; 8,9]	5,6	[4,8 ; 6,3]	-30 %	4,5	[3,8 ; 5,2]	-43 %	3,2	[2,5 ; 3,8]	-60 %	3 760
	31 à 40 ans	4,9	[4,0 ; 5,8]	3,2	[2,4 ; 3,9]	-36 %	2,5	[1,8 ; 3,2]	-49 %	1,9	[1,2 ; 2,5]	-62 %	2 693
	41 à 50 ans	4,6	[3,7 ; 5,5]	2,7	[2,1 ; 3,4]	-40 %	2,6	[1,9 ; 3,2]	-44 %	2,0	[1,4 ; 2,7]	-56 %	3 408
	51 à 60 ans	4,2	[3,5 ; 5,0]	2,9	[2,3 ; 3,6]	-30 %	2,9	[2,3 ; 3,5]	-32 %	2,4	[1,8 ; 3,0]	-43 %	3 320
	61 à 70 ans	4,2	[3,3 ; 5,1]	4,1	[3,2 ; 5,0]	-2 %	4,1	[3,2 ; 5,0]	-2 %	3,8	[2,9 ; 4,7]	-9 %	2 458
	70 à 80 ans	4,3	[3,1 ; 5,4]	4,3	[3,1 ; 5,4]	0 %	4,3	[3,1 ; 5,4]	0 %	4,3	[3,1 ; 5,4]	0 %	1 271
	+ de 80 ans	6,8	[5,0 ; 8,6]	6,8	[5,0 ; 8,6]	0 %	6,8	[5,0 ; 8,6]	0 %	6,8	[5,0 ; 8,6]	0 %	688
Santé perçue	Très bon	4,6	[4,0 ; 5,3]	3,5	[2,9 ; 4,0]	-24 %	3,3	[2,8 ; 3,8]	-29 %	1,8	[1,4 ; 2,2]	-61 %	5 004
	Bon	4,0	[3,5 ; 4,5]	3,1	[2,6 ; 3,6]	-22 %	2,8	[2,3 ; 3,2]	-30 %	2,1	[1,7 ; 2,5]	-48 %	7 282
	Assez bon	4,8	[4,0 ; 5,6]	3,9	[3,2 ; 4,7]	-18 %	3,7	[3,0 ; 4,4]	-24 %	3,1	[2,5 ; 3,8]	-35 %	3 638
	Mauvais/Très mauvais	9,9	[7,6 ; 12,1]	8,8	[6,7 ; 10,9]	-11 %	8,8	[6,7 ; 10,9]	-11 %	8,1	[6,0 ; 10,1]	-18 %	1 005
	Non renseigné	5,8	[5,2 ; 6,5]	4,7	[4,1 ; 5,2]	-20 %	4,4	[3,8 ; 4,9]	-25 %	2,8	[2,3 ; 3,2]	-53 %	6 051
ALD	Oui	6,2	[5,3 ; 7,2]	5,7	[4,8 ; 6,7]	-8 %	5,6	[4,7 ; 6,5]	-11 %	5,2	[4,3 ; 6,1]	-17 %	3 247
	Non	4,8	[4,4 ; 5,1]	3,7	[3,4 ; 4,0]	-23 %	3,4	[3,1 ; 3,7]	-29 %	2,2	[2,0 ; 2,4]	-54 %	19 587
	Non renseigné	3,8	[0,8 ; 6,8]	3,4	[0,5 ; 6,3]	-10 %	3,4	[0,5 ; 6,3]	-10 %	3,4	[0,5 ; 6,3]	-10 %	146
Maladie chronique	Oui	5,0	[4,3 ; 5,7]	4,4	[3,8 ; 5,0]	-12 %	4,2	[3,6 ; 4,8]	-16 %	3,8	[3,2 ; 4,4]	-24 %	5 143
	Non	4,5	[4,1 ; 5,0]	3,4	[3,0 ; 3,8]	-25 %	3,1	[2,7 ; 3,5]	-32 %	2,0	[1,7 ; 2,3]	-56 %	11 279
	Non renseigné	5,9	[5,3 ; 6,5]	4,7	[4,2 ; 5,3]	-20 %	4,4	[3,9 ; 5,0]	-25 %	2,8	[2,4 ; 3,3]	-52 %	6 558
Statut vis-à-vis de l'emploi	Actifs occupés	3,6	[3,2 ; 4,1]	1,2	[0,9 ; 1,4]	-68 %	1,2	[0,9 ; 1,4]	-68 %	0,9	[0,7 ; 1,2]	-74 %	9 348
	Retraités	4,6	[3,9 ; 5,3]	4,6	[3,9 ; 5,3]	0 %	4,6	[3,9 ; 5,3]	0 %	4,4	[3,7 ; 5,1]	-4 %	4 053
	Chômeurs	13,7	[11,5 ; 15,8]	13,7	[11,5 ; 15,8]	0 %	9,0	[7,3 ; 10,8]	-34 %	7,1	[5,5 ; 8,7]	-48 %	1 474
	Enfants scolarisés, bébés	4,3	[3,7 ; 4,8]	4,3	[3,7 ; 4,8]	0 %	4,3	[3,7 ; 4,8]	0 %	1,6	[1,2 ; 1,9]	-63 %	6 563
	Femmes/Hommes au foyer	8,9	[6,8 ; 10,9]	8,9	[6,8 ; 10,9]	0 %	8,9	[6,8 ; 10,9]	0 %	6,6	[4,8 ; 8,5]	-25 %	951
	Autres inactifs	11,6	[8,6 ; 14,5]	11,6	[8,6 ; 14,5]	0 %	11,6	[8,6 ; 14,5]	0 %	10,4	[7,5 ; 13,2]	-10 %	547
	Non renseigné	20,8	[7,8 ; 33,9]	20,8	[7,8 ; 33,9]	0 %	20,8	[7,8 ; 33,9]	0 %	17,8	[6,1 ; 29,5]	-14 %	44
Revenu par UC	≤ 650 €	14,1	[12,0 ; 16,3]	13,1	[11,0 ; 15,2]	-7 %	12,7	[10,6 ; 14,8]	-10 %	10,2	[8,2 ; 12,1]	-28 %	1 531
	651€ à 1 000 €	8,6	[7,4 ; 9,7]	7,4	[6,3 ; 8,4]	-14 %	6,8	[5,8 ; 7,8]	-21 %	4,7	[3,8 ; 5,5]	-46 %	3 098
	1 001€ à 1 400 €	4,4	[3,7 ; 5,1]	3,5	[2,8 ; 4,1]	-21 %	3,2	[2,6 ; 3,8]	-26 %	2,4	[1,9 ; 2,9]	-46 %	4 167
	1 401€ à 2 000 €	2,7	[2,1 ; 3,3]	1,7	[1,3 ; 2,2]	-36 %	1,7	[1,2 ; 2,1]	-38 %	1,4	[0,9 ; 1,8]	-50 %	4 510
	2 001€ à 3 000 €	1,6	[1,0 ; 2,1]	0,7	[0,3 ; 1,1]	-55 %	0,7	[0,3 ; 1,1]	-55 %	0,4	[0,1 ; 0,8]	-72 %	2 586
	> 3 000 €	3,6	[2,3 ; 5,0]	2,9	[1,7 ; 4,0]	-19 %	2,4	[1,3 ; 3,5]	-34 %	1,5	[0,6 ; 2,3]	-59 %	1 022
	Non renseigné	5,4	[4,8 ; 6,0]	4,3	[3,7 ; 4,9]	-21 %	3,9	[3,4 ; 4,5]	-27 %	2,6	[2,2 ; 3,1]	-51 %	6 066
Indicateur de vulnérabilité sociale (parmi les 15 ans et +)	En situation de vulnérabilité	9,0	[7,7 ; 10,2]	6,9	[5,8 ; 8,0]	-24 %	6,3	[5,2 ; 7,3]	-30 %	5,6	[4,6 ; 6,7]	-37 %	2 439
	Pas en situation de vulnérabilité	3,6	[3,2 ; 4,0]	2,7	[2,4 ; 3,1]	-23 %	2,6	[2,2 ; 2,9]	-28 %	2,1	[1,8 ; 2,4]	-41 %	10 327
	Non renseigné	6,6	[5,9 ; 7,4]	5,0	[4,4 ; 5,7]	-24 %	4,5	[3,9 ; 5,1]	-32 %	3,6	[3,0 ; 4,1]	-46 %	5 795
Soutien matériel dans l'entourage (parmi les 15 ans et +)	Avec une aide matérielle	4,1	[3,6 ; 4,5]	3,0	[2,6 ; 3,4]	-26 %	2,8	[2,4 ; 3,1]	-32 %	2,3	[1,9 ; 2,6]	-44 %	9 155
	Sans une aide matérielle	7,1	[5,8 ; 8,4]	5,7	[4,5 ; 6,8]	-21 %	5,3	[4,2 ; 6,5]	-25 %	4,7	[3,7 ; 5,8]	-33 %	2 150
	N'ose pas demander d'aide	5,0	[3,8 ; 6,3]	4,2	[3,1 ; 5,3]	-17 %	3,9	[2,8 ; 4,9]	-24 %	3,4	[2,4 ; 4,4]	-32 %	1 347
	Non renseigné	6,5	[5,8 ; 7,2]	5,0	[4,3 ; 5,6]	-24 %	4,5	[3,8 ; 5,1]	-32 %	3,6	[3,0 ; 4,1]	-45 %	5 909
Aversion au risque	Risquophiles	8,1	[6,0 ; 10,1]	4,9	[3,3 ; 6,6]	-39 %	4,7	[3,0 ; 6,4]	-42 %	4,0	[2,4 ; 5,5]	-51 %	1 054
	Risquophobes	4,4	[4,0 ; 4,8]	3,5	[3,1 ; 3,8]	-21 %	3,2	[2,8 ; 3,6]	-26 %	2,7	[2,4 ; 3,1]	-38 %	11 618
	Non renseigné	6,6	[5,9 ; 7,3]	5,0	[4,4 ; 5,6]	-24 %	4,5	[3,9 ; 5,0]	-33 %	3,6	[3,0 ; 4,1]	-46 %	5 889
Préférences temporelles	Pour le présent	7,3	[5,9 ; 8,7]	5,7	[4,5 ; 6,9]	-22 %	5,6	[4,4 ; 6,8]	-24 %	4,9	[3,7 ; 6,1]	-34 %	1 632
	Pour le futur	4,2	[3,8 ; 4,7]	3,2	[2,9 ; 3,6]	-24 %	3,0	[2,6 ; 3,3]	-30 %	2,5	[2,1 ; 2,8]	-41 %	11 002
	Non renseigné	6,6	[5,9 ; 7,3]	5,0	[4,4 ; 5,6]	-24 %	4,5	[3,9 ; 5,0]	-33 %	3,6	[3,0 ; 4,1]	-46 %	5 927
Motifs de non-couverture (parmi les 15 ans et + non couverts)	Pris en charge à 100%	100	[100 ; 100]	93,9	[87,9 ; 99,8]	-6 %	93,9	[87,9 ; 99,8]	-6 %	88,1	[80,8 ; 95,4]	-12 %	77
	N'a pas les moyens	100	[100 ; 100]	80,9	[75,2 ; 89,7]	-19 %	74,4	[68,3 ; 80,4]	-26 %	64,6	[58,3 ; 71,0]	-35 %	252
	Ne souhaite pas être couvert	100	[100 ; 100]	63,9	[48,1 ; 79,6]	-36 %	62,2	[46,4 ; 77,9]	-38 %	61,1	[45,1 ; 77,0]	-39 %	52
	En cours d'adhésion	100	[100 ; 100]	62,8	[47,6 ; 78,0]	-37 %	54,8	[39,2 ; 70,5]	-45 %	35,2	[20,1 ; 50,3]	-65 %	54
	N'y pense pas	100	[100 ; 100]	68,1	[52,3 ; 83,9]	-32 %	68,1	[52,3 ; 83,9]	-32 %	54,8	[37,4 ; 72,2]	-45 %	44
	Autre	100	[100 ; 100]	84,6	[75,7 ; 93,5]	-15 %	77,5	[66,8 ; 88,2]	-22 %	58,8	[45,6 ; 72,1]	-41 %	64
Total de la population		5,0	[4,7 ; 5,3]	4,0	[3,7 ; 4,3]	-20 %	3,7	[3,4 ; 4,0]	-26 %	2,7	[2,4 ; 2,9]	-46 %	22 980
Total des 15 ans et +		5,2	[4,9 ; 5,6]	4,0	[3,7 ; 4,3]	-24 %	3,7	[3,4 ; 4,0]	-30 %	3,0	[2,7 ; 3,3]	-42 %	18 561
Total des non couverts en 2012		100	[100 ; 100]	79,9	[77,3 ; 82,4]	-20 %	74,5	[71,8 ; 77,2]	-26 %	53,5	[50,4 ; 56,7]	-46 %	1 172

Source : ESPS 2012, Irdes.

Tableau A-1.3. Taux de non couverts par une complémentaire santé observé en 2012 parmi les salariés du secteur privé et simulés selon les scénarios (1), (1+2) et (1+2+3)

		2012		Ani		Ani (Refus CDD < 6 mois)		Ani (Refus tous contrats temporaires)		Total Effectif
		Taux NC	IC 95	Taux NC	IC 95	Taux NC	IC 95	Taux NC	IC 95	
Sexe	Hommes	4,1	[3,4; 4,8]	0	[0; 0]	0,6	[0,3; 1,0]	1,6	[1,1; 2,1]	3 494
	Femmes	3,0	[2,3; 3,7]	0	[0; 0]	0,5	[0,2; 0,8]	1,2	[0,8; 1,7]	2 983
Age	- de 20 ans	12,5	[5,4; 19,6]	0	[0; 0]	2,9	[0; 6,7]	8,1	[2,8; 13,5]	172
	21 à 25 ans	6,5	[4,3; 8,7]	0	[0; 0]	1,6	[0,6; 2,6]	3,9	[2,1; 5,6]	567
	26 à 30 ans	3,7	[2,2; 5,3]	0	[0; 0]	0,8	[0; 1,6]	1,9	[0,7; 3,1]	668
	31 à 40 ans	3,0	[2,2; 3,9]	0	[0; 0]	0,6	[0,1; 1,0]	1,3	[0,7; 1,9]	1 540
	41 à 50 ans	3,3	[2,3; 4,3]	0	[0; 0]	0,3	[0; 0,5]	0,9	[0,4; 1,4]	1 877
	51 à 60 ans	2,7	[1,8; 3,7]	0	[0; 0]	0,2	[0; 0,5]	0,6	[0,1; 1,1]	1 535
	+ de 60 ans	2,0	[0; 4,3]	0	[0; 0]	0	[0; 0]	0	[0; 0]	118
Santé perçue	Très bon+	4,0	[2,8; 5,1]	0	[0; 0]	0,7	[0,2; 1,2]	1,6	[0,8; 2,3]	1 338
	Bon	2,6	[1,8; 3,3]	0	[0; 0]	0,4	[0,1; 0,7]	1,3	[0,8; 1,8]	2 429
	Assez bon	3,4	[2,0; 4,9]	0	[0; 0]	0,3	[0; 0,8]	1,1	[0,2; 1,9]	984
	Mauvais/Très mauvais	8,3	[2,7; 14,0]	0	[0; 0]	1,8	[0; 4,6]	4,4	[0; 8,8]	143
	Non renseigné	4,5	[3,4; 5,7]	0	[0; 0]	0,8	[0,2; 1,3]	1,4	[0,7; 2,1]	1 583
ALD	Oui	3,6	[1,7; 5,4]	0	[0; 0]	0,7	[0; 1,5]	1,7	[0,3; 3,0]	525
	Non	3,6	[3,1; 4,1]	0	[0; 0]	0,6	[0,3; 0,8]	1,4	[1,1; 1,8]	5 906
	Non renseigné	1,2	[0; 3,5]	0	[0; 0]	0	[0; 0]	0	[0; 0]	46
Maladie chronique	Oui	2,6	[1,6; 3,5]	0	[0; 0]	0,4	[0; 0,8]	1,2	[0,5; 2,0]	1 268
	Non	3,5	[2,9; 4,2]	0	[0; 0]	0,5	[0,2; 0,7]	1,4	[1,0; 1,9]	3 505
	Non renseigné	4,5	[3,4; 5,6]	0	[0; 0]	0,9	[0,3; 1,6]	1,6	[0,9; 2,3]	1 704
Contrat de travail	CDI	2,4	[1,9; 2,8]	0	[0; 0]	0	[0; 0]	0	[0; 0]	5 397
	CDD de moins de 6 mois	17,0	[10,6; 23,3]	0	[0; 0]	17,0	[10,6; 23,3]	17,0	[10,6; 23,3]	222
	CDD de plus de 6 mois	5,0	[2,3; 7,6]	0	[0; 0]	0	[0; 0]	5,0	[2,3; 7,6]	231
	Autre CDD (intermittent, saisonnier, etc.)	14,8	[6,4; 23,2]	0	[0; 0]	0	[0; 0]	14,8	[6,4; 23,2]	100
	Intérim	10,8	[6,5; 15,1]	0	[0; 0]	0	[0; 0]	10,8	[6,5; 15,1]	244
	Contrat d'apprentissage, de prof.	6,1	[0,4; 11,9]	0	[0; 0]	0	[0; 0]	6,1	[0,4; 11,9]	118
	Autre contrat	3,7	[0; 8,8]	0	[0; 0]	0	[0; 0]	0	[0; 0]	93
	Non renseigné	9,2	[2,5; 15,9]	0	[0; 0]	0	[0; 0]	0	[0; 0]	72
Temps de travail	Temps complet	3,3	[2,8; 3,8]	0	[0; 0]	0,5	[0,2; 0,7]	1,2	[0,8; 1,5]	5 238
	Temps partiel choisi	2,4	[1,1; 3,6]	0	[0; 0]	0	[0; 0]	0,2	[0; 1,5]	647
	Temps partiel subi	7,1	[4,6; 9,5]	0	[0; 0]	1,7	[0,3; 3,0]	5,2	[3,0; 7,5]	537
	Non renseigné	12,2	[1,5; 22,9]	0	[0; 0]	4,9	[0; 14,0]	6,5	[0; 15,9]	55
Revenu par UC	≤ 650 €	11,2	[5,6; 16,8]	0	[0; 0]	1,3	[0; 3,0]	5,3	[1,7; 9,0]	155
	651 € à 1 000 €	6,7	[4,5; 8,9]	0	[0; 0]	0,9	[0,2; 1,6]	2,9	[1,3; 4,5]	599
	1 001 € à 1 400 €	3,3	[2,1; 4,5]	0	[0; 0]	0,5	[0; 0,9]	1,3	[0,5; 2,0]	1 190
	1 401 € à 2 000 €	2,8	[1,8; 3,8]	0	[0; 0]	0,6	[0,1; 1,1]	1,3	[0,6; 1,9]	1 534
	2 001 € à 3 000 €	2,3	[1,2; 3,5]	0	[0; 0]	0,2	[0; 0,7]	0,6	[0; 1,3]	939
	> 3 000 €	1,8	[0,1; 3,6]	0	[0; 0]	0,5	[0; 1,4]	0,8	[0; 1,9]	382
Non renseigné	4,1	[3,0; 5,3]	0	[0; 0]	0,7	[0,2; 1,2]	1,6	[0,9; 2,4]	1 678	
Indicateur de vulnérabilité sociale (parmi les 15 ans et +)	En situation de vulnérabilité	6,7	[4,7; 8,7]	0	[0; 0]	0,9	[0,2; 1,7]	3,0	[1,6; 4,4]	777
	Pas en situation de vulnérabilité	2,5	[1,9; 3,1]	0	[0; 0]	0,4	[0,2; 0,7]	1,1	[0,6; 1,5]	3 580
	Non renseigné	4,3	[3,3; 5,2]	0	[0; 0]	0,6	[0,2; 1,0]	1,4	[0,8; 2,0]	2 120
Soutien matériel dans l'entourage (parmi les 15 ans et +)	Avec une aide matérielle	3,0	[2,3; 3,7]	0	[0; 0]	0,5	[0,2; 0,8]	1,4	[0,9; 1,9]	3 264
	Sans une aide matérielle	5,1	[2,9; 7,3]	0	[0; 0]	1,1	[0,1; 2,1]	2,4	[1,0; 3,8]	656
	N'ose pas demander d'aide	3,0	[1,2; 4,8]	0	[0; 0]	0,2	[0; 0,6]	0,4	[0; 0,8]	402
	Non renseigné	4,2	[3,2; 5,1]	0	[0; 0]	0,6	[0,2; 1,0]	1,4	[0,8; 2,0]	2 155
Aversion au risque	Risquophiles	8,8	[5,1; 12,5]	0	[0; 0]	1,5	[0,2; 2,8]	4,7	[2,0; 7,4]	354
	Risquophobes	2,7	[2,2; 3,3]	0	[0; 0]	0,5	[0,2; 0,7]	1,1	[0,8; 1,5]	3 972
	Non renseigné	4,3	[3,3; 5,2]	0	[0; 0]	0,6	[0,2; 1,0]	1,4	[0,6; 2,0]	2 151
Préférences temporelles	Pour le présent	7,8	[4,5; 11,1]	0	[0; 0]	1,3	[0; 2,9]	4,6	[1,8; 7,3]	374
	Pour le futur	2,8	[2,2; 3,4]	0	[0; 0]	0,5	[0,2; 0,7]	1,1	[0,8; 1,5]	3 946
	Non renseigné	4,3	[3,3; 5,3]	0	[0; 0]	0,6	[0,2; 1,0]	1,4	[0,8; 2,1]	2 157
Total des salariés du privé		3,6	[3,1; 4,1]	0	[0; 0]	0,6	[0,3; 0,8]	1,4	[1,1; 1,8]	6 477
Parmi l'ensemble des salariés non couverts en 2012		100	[100; 100]	0	[0; 0]	15,7	[9,9; 21,4]	40,1	[32,9; 47,3]	234

Source : ESPS 2012, Irdes.

Tableau A-1.4. Taux de non couverts par une complémentaire santé observé en 2012 en population générale et simulés selon les scénarios (1), (1+2) et (1+2+3) sous l'hypothèse que les CDD de moins de six mois refuseront d'adhérer à la complémentaire d'entreprise

		En 2012		Scénario (1)		Scénario (1+2)		Scénario (1+2+3)		Total Effectif
		% NC	IC 95	% NC	IC 95	% NC	IC 95	% NC	IC 95	
Sexe	Hommes	5,8	[5,3; 6,3]	4,7	[4,2; 5,1]	4,4	[3,9; 4,8]	3,3	[2,9; 3,7]	11 402
	Femmes	4,3	[3,9; 4,7]	3,7	[3,3; 4,0]	3,4	[3,1; 3,8]	2,4	[2,1; 2,7]	11 578
Age	- de 18 ans	4,0	[3,4; 4,6]	4	[3,4; 4,6]	4	[3,4; 4,6]	1,4	[1,1; 1,7]	5 382
	18 à 30 ans	8	[7,0; 8,9]	6,1	[5,3; 7,0]	5,1	[4,3; 5,9]	3,7	[3,0; 4,4]	3 760
	31 à 40 ans	4,9	[4,0; 5,8]	3,5	[2,7; 4,3]	2,8	[2,1; 3,6]	2,1	[1,4; 2,8]	2 693
	41 à 50 ans	4,6	[3,7; 5,5]	2,9	[2,2; 3,6]	2,7	[2,0; 3,4]	2,1	[1,5; 2,8]	3 408
	51 à 60 ans	4,2	[3,5; 5,0]	3	[2,4; 3,7]	3	[2,3; 3,6]	2,5	[1,9; 3,1]	3 320
	61 à 70 ans	4,2	[3,3; 5,1]	4,1	[3,2; 5,0]	4,1	[3,2; 5,0]	3,9	[3,0; 4,8]	2 458
	70 à 80 ans	4,3	[3,1; 5,4]	4,3	[3,1; 5,4]	4,3	[3,1; 5,4]	4,3	[3,1; 5,4]	1 271
	+ de 80 ans	6,8	[5,0; 8,6]	6,8	[5,0; 8,6]	6,8	[5,0; 8,6]	6,8	[5,0; 8,6]	688
Santé perçue	Très bon	4,6	[4,0; 5,3]	3,7	[3,1; 4,3]	3,5	[2,9; 4,0]	2	[1,6; 2,5]	5 004
	Bon	4	[3,5; 4,5]	3,2	[2,8; 3,7]	2,9	[2,5; 3,4]	2,2	[1,8; 2,6]	7 282
	Assez bon	4,8	[4,0; 5,6]	4	[3,3; 4,7]	3,7	[3,0; 4,5]	3,2	[2,6; 3,9]	3 638
	Mauvais	9,9	[7,6; 12,1]	9	[6,9; 11,1]	9	[6,9; 11,1]	8,3	[6,2; 10,4]	1 005
	Non renseigné	5,8	[5,2; 6,5]	4,9	[4,3; 5,4]	4,6	[4,0; 5,1]	3	[2,5; 3,4]	6 051
ALD	Oui	6,2	[5,3; 7,2]	5,8	[4,9; 6,8]	5,7	[4,8; 6,6]	5,3	[4,4; 6,2]	3 247
	Non	4,8	[4,4; 5,1]	3,8	[3,5; 4,1]	3,5	[3,2; 3,8]	2,4	[2,1; 2,6]	19 587
	Non renseigné	3,8	[0,8; 6,8]	3,4	[0,5; 6,3]	3,4	[0,5; 6,3]	3,4	[0,5; 6,3]	146
Maladie chronique	Oui	5	[4,3; 5,7]	4,5	[3,9; 5,1]	4,3	[3,7; 4,9]	3,9	[3,3; 4,5]	5 143
	Non	4,5	[4,1; 5,0]	3,5	[3,2; 3,9]	3,2	[2,9; 3,6]	2,1	[1,8; 2,5]	11 279
	Non renseigné	5,9	[5,3; 6,5]	5	[4,4; 5,5]	4,7	[4,1; 5,2]	3,1	[2,7; 3,6]	6 558
Statut vis-à-vis de l'emploi	Actifs occupés	3,6	[3,2; 4,1]	1,5	[1,3; 1,8]	1,5	[1,3; 1,8]	1,3	[1,0; 1,5]	9 348
	Retraités	4,6	[3,9; 5,3]	4,6	[3,9; 5,3]	4,6	[3,9; 5,3]	4,5	[3,8; 5,2]	4 053
	Chômeurs	13,7	[11,5; 15,8]	13,7	[11,5; 15,8]	9	[7,3; 10,8]	7,2	[5,6; 8,8]	1 474
	Enfants scolarisés, bébés	4,3	[3,7; 4,8]	4,3	[3,7; 4,8]	4,3	[3,7; 4,8]	1,6	[1,3; 2,0]	6 563
	Femmes/Hommes au foyer	8,9	[6,8; 10,9]	8,9	[6,8; 10,9]	8,9	[6,8; 10,9]	6,6	[4,8; 8,5]	951
	Autres inactifs	11,6	[8,6; 14,5]	11,6	[8,6; 14,5]	11,6	[8,6; 14,5]	10,4	[7,5; 13,2]	547
	Non renseigné	20,8	[7,8; 33,9]	20,8	[7,8; 33,9]	20,8	[7,8; 33,9]	17,8	[6,1; 29,5]	44
Revenu par UC	≤ 650 €	14,1	[12,0; 16,3]	13,2	[11,1; 15,3]	12,8	[10,7; 14,9]	10,5	[8,5; 12,5]	1 531
	651 € à 1 000 €	8,6	[7,4; 9,7]	7,5	[6,5; 8,6]	6,9	[5,9; 7,9]	4,8	[3,9; 5,7]	3 098
	1 001 € à 1 400 €	4,4	[3,7; 5,1]	3,6	[2,9; 4,2]	3,4	[2,7; 4,0]	2,5	[1,9; 3,0]	4 167
	1 401 € à 2 000 €	2,7	[2,1; 3,3]	1,9	[1,5; 2,4]	1,9	[1,4; 2,3]	1,5	[1,1; 2,0]	4 510
	2 001 € à 3 000 €	1,6	[1,0; 2,1]	0,8	[0,4; 1,2]	0,8	[0,4; 1,2]	0,5	[0,2; 0,9]	2 586
	> à 3 000 €	3,6	[2,3; 5,0]	3,1	[1,9; 4,3]	2,6	[1,5; 3,7]	1,7	[0,7; 2,6]	1 022
	Non renseigné	5,4	[4,8; 6,0]	4,5	[3,9; 5,1]	4,1	[3,6; 4,7]	2,8	[2,4; 3,3]	6 066
Indicateur de vulnérabilité sociale (parmi les 15 ans et +)	En situation de vulnérabilité	9	[7,7; 10,2]	7,2	[6,0; 8,3]	6,6	[5,5; 7,7]	5,9	[4,8; 6,9]	2 439
	Pas en situation de vulnérabilité	3,6	[3,2; 4,0]	2,9	[2,5; 3,3]	2,7	[2,4; 3,1]	2,3	[1,9; 2,6]	10 327
	Non renseigné	6,6	[5,9; 7,4]	5,3	[4,6; 5,9]	4,7	[4,1; 5,3]	3,8	[3,3; 4,4]	5 795
Soutien matériel dans l'entourage (parmi les 15 ans et +)	Avec une aide matérielle	4,1	[3,6; 4,5]	3,2	[2,8; 3,6]	2,9	[2,5; 3,3]	2,4	[2,0; 2,8]	9 155
	Sans une aide matérielle	7,1	[5,8; 8,4]	6	[4,8; 7,2]	5,7	[4,5; 6,8]	5,1	[3,9; 6,2]	2 150
	N'ose pas demander d'aide	5	[3,8; 6,3]	4,3	[3,1; 5,4]	3,9	[2,9; 5,0]	3,5	[2,5; 4,5]	1 347
	Non renseigné	6,5	[5,8; 7,2]	5,2	[4,5; 5,8]	4,7	[4,1; 5,3]	3,8	[3,3; 4,4]	5 909
Aversion au risque	Risquophiles	8,1	[6,0; 10,1]	5,4	[3,7; 7,2]	5,2	[3,5; 6,9]	4,5	[2,9; 6,1]	1 054
	Risquophobes	4,4	[4,0; 4,8]	3,6	[3,2; 4,0]	3,4	[3,0; 3,7]	2,9	[2,5; 3,2]	11 618
	Non renseigné	6,6	[5,9; 7,3]	5,2	[4,6; 5,9]	4,7	[4,1; 5,3]	3,8	[3,2; 4,4]	5 889
Préférences temporelles	Pour le présent	7,3	[5,9; 8,7]	6	[4,7; 7,2]	5,8	[4,6; 7,1]	5,1	[3,9; 6,4]	1 632
	Pour le futur	4,2	[3,8; 4,7]	3,4	[3,0; 3,8]	3,1	[2,8; 3,5]	2,6	[2,3; 3,0]	11 002
	Non renseigné	6,6	[5,9; 7,3]	5,2	[4,6; 5,9]	4,7	[4,1; 5,3]	3,8	[3,2; 4,4]	5 927
Motifs de non-couverture (parmi les 15 ans et + non couverts)	Pris en charge à 100%	100	[100; 100]	94,6	[89,1; 100]	94,6	[89,1; 100]	90,1	[83,2; 96,9]	77
	N'a pas les moyens	100	[100; 100]	83,1	[77,6; 88,6]	76,6	[70,7; 82,5]	66	[59,7; 72,4]	252
	Né souhaite pas être couvert	100	[100; 100]	77,7	[64,8; 90,6]	76	[63,0; 89,0]	73,1	[59,3; 86,9]	52
	En cours d'adhésion	100	[100; 100]	65,2	[49,9; 80,5]	57,3	[41,7; 72,8]	39,3	[23,9; 54,7]	54
	N'y pense pas	100	[100; 100]	69,7	[53,9; 85,5]	69,7	[53,9; 85,5]	57,5	[40,1; 74,9]	44
	Autre	100	[100; 100]	85,4	[76,5; 94,2]	78,3	[67,7; 89,0]	59,6	[64,4; 72,8]	64
Total de la population		5,0	[4,7; 5,3]	4,2	[3,9; 4,5]	3,9	[3,6; 4,2]	2,9	[2,6; 3,1]	22 980
Total des 15 ans et +		5,2	[4,9; 5,6]	4,2	[3,9; 4,5]	3,9	[3,5; 4,2]	3,2	[2,9; 3,5]	18 561
Total des non couverts en 2012		100	[100; 100]	83	[80,7; 85,3]	77,6	[75,1; 80,2]	56,7	[53,6; 59,8]	1 172

Source : ESPS 2012, Irdes.

Tableau A-1.5. Taux de non couverts observés en 2012 en population générale et simulés selon les scénarios (1), (1+2) et (1+2+3) sous l'hypothèse que tous les salariés en contrat temporaire refusent d'adhérer à la complémentaire santé d'entreprise

		En 2012		Scénario (1)		Scénario (1+2)		Scénario (1+2+3)		Total Effectif
		% NC	IC 95	% NC	IC 95	% NC	IC 95	% NC	IC 95	
Sexe	Hommes	5,8	[5,3 ; 6,3]	5,0	[4,5 ; 5,5]	4,7	[4,2 ; 5,1]	3,6	[3,2 ; 4,0]	11 402
	Femmes	4,3	[3,9 ; 4,7]	3,9	[3,5 ; 4,2]	3,6	[3,3 ; 4,0]	2,6	[2,2 ; 2,9]	11 578
Age	- de 18 ans	4,0	[3,4 ; 4,6]	4,0	[3,4 ; 4,6]	4,0	[3,4 ; 4,6]	1,6	[1,2 ; 2,0]	5 382
	18 à 30 ans	8,0	[7,0 ; 8,9]	6,9	[6,0 ; 7,9]	5,9	[5,1 ; 6,8]	4,5	[3,8 ; 5,3]	3 760
	31 à 40 ans	4,9	[4,0 ; 5,8]	3,9	[3,1 ; 4,8]	3,3	[2,5 ; 4,0]	2,3	[1,6 ; 3,0]	2 693
	41 à 50 ans	4,6	[3,7 ; 5,5]	3,2	[2,5 ; 3,9]	3,1	[2,3 ; 3,8]	2,4	[1,8 ; 3,1]	3 408
	51 à 60 ans	4,2	[3,5 ; 5,0]	3,2	[2,6 ; 3,9]	3,2	[2,5 ; 3,8]	2,6	[2,0 ; 3,2]	3 320
	61 à 70 ans	4,2	[3,3 ; 5,1]	4,1	[3,2 ; 5,0]	4,1	[3,2 ; 5,0]	3,9	[3,0 ; 4,8]	2 458
	70 à 80 ans	4,3	[3,1 ; 5,4]	4,3	[3,1 ; 5,4]	4,3	[3,1 ; 5,4]	4,3	[3,1 ; 5,4]	1 271
	+ de 80 ans	6,8	[5,0 ; 8,6]	6,8	[5,0 ; 8,6]	6,8	[5,0 ; 8,6]	6,8	[5,0 ; 8,6]	688
Santé perçue	Très bon	4,6	[4,0 ; 5,3]	3,9	[3,4 ; 4,5]	3,7	[3,2 ; 4,3]	2,4	[1,9 ; 2,8]	5 004
	Bon	4,0	[3,5 ; 4,5]	3,5	[3,1 ; 4,0]	3,2	[2,8 ; 3,7]	2,4	[2,0 ; 2,8]	7 282
	Assez bon	4,8	[4,0 ; 5,6]	4,2	[3,4 ; 5,0]	3,9	[3,2 ; 4,7]	3,4	[2,7 ; 4,1]	3 638
	Mauvais	9,9	[7,6 ; 12,1]	9,3	[7,2 ; 11,5]	9,3	[7,2 ; 11,5]	8,7	[6,5 ; 10,8]	1 005
	Non renseigné	5,8	[5,2 ; 6,5]	5,0	[4,5 ; 5,6]	4,7	[4,2 ; 5,3]	3,2	[2,7 ; 3,7]	6 051
ALD	Oui	6,2	[5,3 ; 7,2]	6,0	[5,0 ; 6,9]	5,8	[4,9 ; 6,7]	5,4	[4,5 ; 6,3]	3 247
	Non	4,8	[4,4 ; 5,1]	4,1	[3,8 ; 4,4]	3,8	[3,5 ; 4,1]	2,6	[2,4 ; 2,9]	19 587
	Non renseigné	3,8	[0,8 ; 6,8]	3,4	[0,5 ; 6,3]	3,4	[0,5 ; 6,3]	3,4	[0,5 ; 6,3]	146
Maladie chronique	Oui	5,0	[4,3 ; 5,7]	4,7	[4,0 ; 5,3]	4,5	[3,9 ; 5,1]	4,1	[3,5 ; 4,7]	5 143
	Non	4,5	[4,1 ; 5,0]	3,9	[3,4 ; 4,3]	3,6	[3,2 ; 4,0]	2,5	[2,1 ; 2,8]	11 279
	Non renseigné	5,9	[5,3 ; 6,5]	5,1	[4,6 ; 5,7]	4,9	[4,3 ; 5,4]	3,3	[2,8 ; 3,8]	6 558
Statut vis-à-vis de l'emploi	Actifs occupés	3,6	[3,2 ; 4,1]	2,1	[1,8 ; 2,5]	2,1	[1,8 ; 2,5]	1,7	[1,4 ; 2,0]	9 348
	Retraités	4,6	[3,9 ; 5,3]	4,6	[3,9 ; 5,3]	4,6	[3,9 ; 5,3]	4,5	[3,8 ; 5,2]	4 053
	Chômeurs	13,7	[11,5 ; 15,8]	13,7	[11,5 ; 15,8]	9,0	[7,3 ; 10,8]	7,4	[5,7 ; 9,0]	1 474
	Enfants scolarisés, bébés	4,3	[3,7 ; 4,8]	4,3	[3,7 ; 4,8]	4,3	[3,7 ; 4,8]	1,8	[1,5 ; 2,2]	6 563
	Femmes/Hommes au foyer	8,9	[6,8 ; 10,9]	8,9	[6,8 ; 10,9]	8,9	[6,8 ; 10,9]	6,9	[5,0 ; 8,8]	951
	Autres inactifs	11,6	[8,6 ; 14,5]	11,6	[8,6 ; 14,5]	11,6	[8,6 ; 14,5]	10,4	[7,5 ; 13,2]	547
Revenu par UC	Non renseigné	20,8	[7,8 ; 33,9]	20,8	[7,8 ; 33,9]	20,8	[7,8 ; 33,9]	17,8	[6,1 ; 29,5]	44
	≤ 650 €	14,1	[12,0 ; 16,3]	13,6	[11,5 ; 15,7]	13,2	[11,1 ; 15,3]	10,8	[8,8 ; 12,8]	1 531
	651 € à 1 000 €	8,6	[7,4 ; 9,7]	7,9	[6,8 ; 9,0]	7,3	[6,2 ; 8,3]	5,3	[4,4 ; 6,2]	3 098
	1 001 € à 1 400 €	4,4	[3,7 ; 5,1]	3,8	[3,2 ; 4,5]	3,6	[3,0 ; 4,2]	2,7	[2,2 ; 3,3]	4 167
	1 401 € à 2 000 €	2,7	[2,1 ; 3,3]	2,2	[1,7 ; 2,7]	2,1	[1,6 ; 2,6]	1,7	[1,3 ; 2,2]	4 510
	2 001 € à 3 000 €	1,6	[1,0 ; 2,1]	0,9	[0,5 ; 1,4]	0,9	[0,5 ; 1,4]	0,7	[0,3 ; 1,1]	2 586
	> à 3 000 €	3,6	[2,3 ; 5,0]	3,2	[2,0 ; 4,5]	2,7	[1,6 ; 3,8]	1,7	[0,7 ; 2,6]	1 022
Indicateur de vulnérabilité sociale (parmi les 15 ans et +)	Non renseigné	5,4	[4,8 ; 6,0]	4,7	[4,1 ; 5,3]	4,4	[3,8 ; 5,0]	3,1	[2,6 ; 3,6]	6 066
	En situation de vulnérabilité	9,0	[7,7 ; 10,2]	7,8	[6,6 ; 9,0]	7,2	[6,1 ; 8,4]	6,5	[5,3 ; 7,6]	2 439
	Pas en situation de vulnérabilité	3,6	[3,2 ; 4,0]	3,1	[2,7 ; 3,5]	2,9	[2,6 ; 3,3]	2,4	[2,1 ; 2,8]	10 327
Soutien matériel dans l'entourage (parmi les 15 ans et +)	Non renseigné	6,6	[5,9 ; 7,4]	5,6	[4,9 ; 6,2]	5,0	[4,4 ; 5,7]	4,1	[3,5 ; 4,7]	5 795
	Avec une aide matérielle	4,1	[3,6 ; 4,5]	3,5	[3,1 ; 3,9]	3,3	[2,8 ; 3,7]	2,7	[2,3 ; 3,1]	9 155
	Sans une aide matérielle	7,1	[5,8 ; 8,4]	6,3	[5,1 ; 7,6]	6,0	[4,8 ; 7,2]	5,4	[4,2 ; 6,5]	2 150
	N'ose pas demander d'aide	5,0	[3,8 ; 6,3]	4,3	[3,2 ; 5,4]	4,0	[2,9 ; 5,0]	3,5	[2,5 ; 4,5]	1 347
Aversion au risque	Non renseigné	6,5	[5,8 ; 7,2]	5,5	[4,8 ; 6,1]	5,0	[4,4 ; 5,6]	4,1	[3,5 ; 4,6]	5 909
	Risquophiles	8,1	[6,0 ; 10,1]	6,6	[4,7 ; 8,5]	6,4	[4,5 ; 8,2]	5,5	[3,8 ; 7,3]	1 054
	Risquophobes	4,4	[4,0 ; 4,8]	3,8	[3,5 ; 4,2]	3,6	[3,2 ; 4,0]	3,1	[2,7 ; 3,4]	11 618
Préférences temporelles	Non renseigné	6,6	[5,9 ; 7,3]	5,5	[4,9 ; 6,2]	5,0	[4,4 ; 5,6]	4,0	[3,5 ; 4,6]	5 889
	Pour le présent	7,3	[5,9 ; 8,7]	6,6	[5,3 ; 8,0]	6,5	[5,2 ; 7,9]	5,7	[4,4 ; 7,0]	1 632
	Pour le futur	4,2	[3,8 ; 4,7]	3,6	[3,2 ; 4,0]	3,4	[3,0 ; 3,8]	2,9	[2,5 ; 3,2]	11 002
Motifs de non-couverture (parmi les 15 ans et + non couverts)	Non renseigné	6,6	[5,9 ; 7,3]	5,5	[4,9 ; 6,2]	5,0	[4,4 ; 5,6]	4,1	[3,5 ; 4,7]	5 927
	Pris en charge à 100%	100	[100 ; 100]	94,6	[89,1 ; 100]	94,6	[89,1 ; 100]	90,5	[83,7 ; 97,2]	77
	N'a pas les moyens	100	[100 ; 100]	87,1	[82,1 ; 92,0]	80,5	[74,9 ; 86,1]	70,0	[63,8 ; 76,2]	252
	Ne souhaite pas être couvert	100	[100 ; 100]	85,0	[74,8 ; 95,2]	83,3	[72,7 ; 93,8]	79,6	[68,0 ; 91,1]	52
	En cours d'adhésion	100	[100 ; 100]	88,1	[77,6 ; 98,6]	80,1	[67,0 ; 93,2]	54,6	[39,6 ; 69,5]	54
	N'y pense pas	100	[100 ; 100]	82,8	[70,2 ; 95,3]	82,8	[70,2 ; 95,3]	70,5	[55,7 ; 85,2]	44
Autre	100	[100 ; 100]	90,5	[82,9 ; 98,2]	83,5	[73,6 ; 93,3]	61,8	[48,5 ; 75,1]	64	
Total de la population		5,0	[4,7 ; 5,3]	4,4	[4,1 ; 4,7]	4,1	[3,8 ; 4,4]	3,1	[2,8 ; 3,3]	22 980
Total des 15 ans et +		5,2	[4,9 ; 5,6]	4,5	[4,2 ; 4,8]	4,2	[3,8 ; 4,5]	3,5	[3,2 ; 3,8]	18 561
Total des non couverts en 2012		100	[100 ; 100]	87,9	[85,9 ; 90,0]	82,6	[80,2 ; 84,9]	61,8	[58,7 ; 64,8]	1 172

Source : ESPS 2012, Irdes.

Tableau A-1.6. Modélisation de la non-couverture en 2012 et selon les scénarios (1), (1+2) et (1+2+3) sous l'hypothèse qu'aucune dispense d'adhésion ne sera effective

		Pr.(NC=1) en 2012				Pr.(NC=1 Scén. 1)				Pr.(NC=1 Scén. (1+2))				Pr.(NC=1 Scén. (1+2+3))			
		EM	Pr.	IC-	IC+	EM	Pr.	IC-	IC+	EM	Pr.	IC-	IC+	EM	Pr.	IC-	IC+
Sexe	Femmes	-1,2	***	-1,7	-0,7	-0,8	***	-1,2	-0,4	-0,7	***	-1,1	-0,3	-0,7	***	-1,0	-0,4
<i>Réf. : Hommes</i>																	
Age	- de 18 ans	2,0	0,054	-0,2	4,2	0,8	0,262	-0,7	2,4	0,5	0,481	-0,9	1,9	0,4	0,487	-0,8	1,5
	18 à 30 ans	4,2	***	2,7	5,8	2,1	***	0,9	3,3	1,6	**	0,5	2,7	0,8	*	0,0	1,6
	31 à 40 ans	1,2	*	0,0	2,4	0,7	0,146	-0,3	1,8	0,2	0,596	-0,7	1,2	0,0	0,983	-0,7	0,6
	41 à 50 ans	0,4	0,496	-0,7	1,4	0,2	0,677	-0,7	1,1	0,1	0,797	-0,7	1,0	-0,1	0,742	-0,7	0,5
	61 à 70 ans	0,5	0,559	-1,2	2,1	0,4	0,543	-0,9	1,6	0,3	0,592	-0,9	1,5	0,8	0,095	-0,3	1,8
	71 à 80 ans	0,9	0,370	-1,2	2,9	0,6	0,395	-0,9	2,1	0,5	0,470	-0,9	1,9	1,2	*	-0,1	2,6
<i>Réf. : 51-60 ans</i>	+ de 80 ans	2,9	*	0,1	5,7	2,1	*	0,0	4,2	1,9	*	-0,1	3,8	2,6	***	0,6	4,6
En ALD	Oui	0,3	0,498	-0,6	1,2	0,2	0,457	-0,4	0,9	0,3	0,428	-0,4	0,9	0,2	0,332	-0,3	0,7
<i>Réf. : Non</i>	Non renseigné	-1,6	0,241	-3,8	0,5	-0,7	0,507	-2,6	1,1	-0,5	0,644	-2,5	1,4	0,2	0,812	-1,6	2,0
Maladie Chronique	Oui	-0,9	*	-1,6	-0,1	-0,5	0,152	-1,0	0,1	-0,4	0,171	-1,0	0,2	-0,1	0,575	-0,6	0,3
<i>Réf. : Non</i>	Non renseigné	0,4	0,610	-1,2	2,0	0,5	0,440	-0,7	1,7	0,6	0,292	-0,6	1,8	0,5	0,265	-0,4	1,4
Santé perçue	Assez bonne	0,2	0,682	-0,7	1,0	0,1	0,868	-0,6	0,7	0,0	0,957	-0,6	0,7	-0,1	0,730	-0,5	0,4
<i>Réf. : Très bonne</i>	Mauvaise et très mauvaise	2,3	**	0,5	4,1	1,4	*	0,1	2,7	1,5	**	0,2	2,8	0,7	0,053	-0,1	1,6
	Non renseigné	-0,2	0,836	-1,8	1,5	-0,3	0,595	-1,5	0,9	-0,4	0,510	-1,5	0,7	-0,2	0,628	-1,1	0,7
Statut par rapport à l'emploi	Retraités	1,4	0,097	-0,4	3,2	5,4	***	3,1	7,8	5,0	***	2,7	7,2	2,6	***	1,1	4,1
	Chômeurs	4,1	***	2,6	5,6	11,2	***	8,9	13,5	7,2	***	5,2	9,1	4,1	***	2,6	5,5
	Etudiants	-0,8	0,198	-1,9	0,4	3,5	***	2,1	4,9	3,5	***	2,1	4,9	1,1	**	0,2	2,1
	Au foyer	3,2	***	1,4	5,0	9,2	***	6,4	11,9	8,6	***	6,0	11,2	4,7	***	2,7	6,6
	Autres inactifs	4,6	***	2,1	7,1	11,4	***	7,7	15,0	10,6	***	7,1	14,1	7,4	***	4,6	10,3
	<i>Réf. : Actifs occupés</i>	Non renseigné	12,9	***	2,0	23,8	23,2	***	9,2	37,3	23,1	***	9,2	37,1	17,6	***	5,3
Revenu par UC	≤ 650€	10,2	***	7,4	12,9	8,0	***	5,5	10,6	8,9	***	6,2	11,7	8,1	***	5,2	10,9
	651€ à 1 200 €	7,1	***	5,2	9,1	5,5	***	3,7	7,3	5,7	***	3,8	7,5	3,8	***	2,2	5,4
	1 201€ à 1 400 €	2,5	***	1,2	3,9	2,3	***	1,0	3,5	2,4	***	1,1	3,7	2,0	***	0,9	3,2
	1 401€ à 2 000 €	0,7	0,252	-0,5	1,9	0,4	0,407	-0,6	1,4	0,6	0,245	-0,4	1,6	0,7	0,084	-0,2	1,6
	<i>Réf. : < à 2 000 €</i>	Non renseigné	3,4	***	2,1	4,8	2,9	***	1,7	4,1	3,0	***	1,8	4,2	2,0	***	1,0
Vulnérabilité sociale	En vulnérabilité	3,2	***	2,0	4,4	1,7	***	0,8	2,6	1,5	***	0,7	2,4	1,2	***	0,5	1,9
<i>Réf. : Absence</i>	Non renseigné	1,8	*	0,3	3,4	1,6	**	0,4	2,8	1,5	*	0,3	2,6	1,0	*	0,1	1,8
Aide des proches en cas de diff. fin.	Non	1,0	*	-0,1	2,0	0,6	0,103	-0,2	1,4	0,5	0,135	-0,2	1,3	0,3	0,242	-0,2	0,8
<i>Réf. : Oui</i>	Oui mais n'ose pas demander	0,7	0,261	-0,6	1,9	0,6	0,218	-0,4	1,5	0,5	0,286	-0,5	1,4	0,4	0,252	-0,3	1,1
	Non renseigné	-0,7	0,285	-2,0	0,6	-0,6	0,198	-1,5	0,3	-0,5	0,262	-1,4	0,3	-1,1	**	-1,6	-0,6
Préférence pour le présent	Oui	1,1	*	0,0	2,2	0,5	0,185	-0,3	1,3	0,6	0,129	-0,2	1,4	0,3	0,275	-0,3	0,9
<i>Réf. : Non</i>	Non renseigné	0,9	0,600	-2,5	4,4	0,1	0,913	-2,4	2,7	0,1	0,928	-2,4	2,6	0,5	0,548	-1,2	2,3
Risquophile	Oui	1,6	*	0,2	3,1	0,2	0,658	-0,8	1,2	0,4	0,436	-0,6	1,4	0,6	0,129	-0,3	1,4
<i>Réf. : Non</i>	Non renseigné	-0,2	0,932	-3,6	3,3	0,0	0,988	-2,6	2,5	-0,1	0,925	-2,6	2,4	-0,5	0,562	-2,2	1,2
Pr(Y=1/X=moyenne)		0,051				0,041				0,038				0,026			

EM : Effet marginal calculé en points

Pr. : Probabilité que l'effet marginal soit nul ; *** significatif à 0,001% ; ** significatif à 1% ; significatif à 5%.

IC : Intervalles de confiance calculés avec une erreur totale de 5% autour de de l'effet marginal (respectivement 2,5% à gauche et à droite).

Source : ESPS 2012, Irdes.

Tableau A-1.7. Modélisation de la non-couverture selon les scénarios (1), (1+2) et (1+2+3) sous l'hypothèse que les CDD de moins de six mois refuseront d'adhérer à la complémentaire santé d'entreprise

		Pr(NC=1 Scén. 1)				Pr(NC=1 Scén. (1+2))				Pr(NC=1 Scén. (1+2+3))			
		EM	Pr.	IC-	IC+	EM	Pr.	IC-	IC+	EM	Pr.	IC-	IC+
Sexe	Femmes	-0,8	***	-1,3	-0,4	-0,8	***	-1,2	-0,4	-0,7	***	-1,1	-0,4
<i>Réf. : Hommes</i>													
	- de 18 ans	1,5	0,067	-0,3	3,3	1,2	0,140	-0,5	2,8	1,0	0,122	-0,4	2,4
	18/30 ans	3,0	***	1,7	4,4	2,5	***	1,2	3,8	1,5	***	0,6	2,5
	31/40 ans	1,0	0,064	-0,2	2,1	0,5	0,333	-0,6	1,5	0,1	0,781	-0,6	0,8
Age	41/50 ans	0,3	0,592	-0,7	1,2	0,2	0,714	-0,7	1,1	-0,1	0,796	-0,7	0,5
<i>Réf. : 51-60 ans</i>	61/70 ans	0,4	0,519	-0,9	1,8	0,4	0,559	-0,9	1,7	0,9	0,072	-0,2	2,0
	71/80 ans	0,7	0,381	-0,9	2,3	0,6	0,447	-1,0	2,1	1,3	*	-0,2	2,8
	+ de 80 ans	2,3	*	0,0	4,6	2,1	*	-0,1	4,3	2,9	***	0,7	5,0
ALD	Oui	0,3	0,411	-0,4	1,0	0,3	0,384	-0,4	1,0	0,3	0,287	-0,3	0,8
<i>Réf. : Non</i>	Non renseigné	-0,9	0,440	-2,8	1,0	-0,7	0,564	-2,7	1,4	0,1	0,915	-1,7	1,9
Maladie chronique	Oui	-0,4	0,214	-1,1	0,2	-0,4	0,236	-1,0	0,2	-0,1	0,711	-0,6	0,4
<i>Réf. : Non</i>	Non renseigné	0,8	0,233	-0,5	2,1	0,9	0,139	-0,4	2,2	0,8	0,121	-0,3	1,8
Santé perçue	Assez bonne	0,0	0,961	-0,7	0,7	0,0	0,941	-0,7	0,7	-0,1	0,781	-0,6	0,4
<i>Réf. : Très bonne</i>	Mauvaise et très mauvaise	1,7	**	0,3	3,1	1,8	**	0,3	3,2	0,9	*	0,0	1,9
	Non renseigné	-0,5	0,394	-1,8	0,7	-0,6	0,327	-1,8	0,6	-0,4	0,460	-1,3	0,6
	Retraités	4,9	***	2,6	7,1	4,5	***	2,3	6,6	2,3	***	0,9	3,8
	Chômeurs	9,6	***	7,5	11,7	5,8	***	4,1	7,6	3,2	***	2,0	4,5
Statut par rapport à l'emploi	Etudiants	2,5	***	1,2	3,8	2,5	***	1,2	3,8	0,5	0,229	-0,4	1,3
<i>Réf. : Actifs occupés</i>	Au foyer	8,2	***	5,6	10,8	7,7	***	5,2	10,2	4,1	***	2,3	5,9
	Autres inactifs	10,3	***	6,8	13,7	9,5	***	6,2	12,9	6,7	***	4,1	9,4
	Non renseigné	21,1	***	7,6	34,5	20,9	***	7,5	34,3	15,7	***	4,1	27,4
	≤ 650 €	8,7	***	6,0	11,3	9,6	***	6,7	12,4	8,9	***	6,0	11,9
Revenu par UC	651 € à 1 200 €	6,0	***	4,1	7,8	6,2	***	4,2	8,1	4,2	***	2,5	5,8
<i>Réf. : Supérieur à 2 000 €</i>	1 201 € à 1 400 €	2,5	***	1,2	3,8	2,6	***	1,3	4,0	2,2	***	1,0	3,4
	1 401 € à 2 000 €	0,6	0,264	-0,5	1,7	0,8	0,151	-0,3	1,8	0,9	*	-0,1	1,9
	Non renseigné	3,1	***	1,9	4,4	3,2	***	1,9	4,5	2,2	***	1,1	3,2
Vulnérabilité sociale	En vulnérabilité	1,3	***	0,6	2,0	1,2	***	0,5	1,9	0,9	***	0,4	1,5
<i>Réf. : Absence</i>	Non renseigné	1,9	**	0,5	3,2	1,8	**	0,4	3,1	1,2	*	0,2	2,2
Aide des proches en cas de diff. fin.	Non	0,8	0,054	-0,1	1,6	0,7	0,075	-0,1	1,5	0,4	0,149	-0,2	1,0
<i>Réf. : Oui</i>	Oui mais n'ose pas demander	0,5	0,273	-0,5	1,5	0,4	0,352	-0,5	1,4	0,3	0,337	-0,4	1,1
	Non renseigné	-0,7	0,199	-1,6	0,3	-0,6	0,262	-1,5	0,4	-1,2	**	-1,8	-0,6
Préférence pour le présent	Oui	0,6	0,139	-0,3	1,5	0,7	0,099	-0,2	1,5	0,4	0,219	-0,3	1,0
<i>Réf. : Non</i>	Non renseigné	0,6	0,665	-2,1	3,3	0,5	0,678	-2,1	3,2	0,8	0,363	-1,0	2,7
Risquophile	Oui	0,6	0,231	-0,5	1,8	0,8	0,128	-0,3	2,0	0,9	*	0,0	1,9
<i>Réf. : Non</i>	Non renseigné	-0,5	0,722	-3,1	2,2	-0,6	0,658	-3,2	2,0	-0,9	0,360	-2,7	1,0
	Pr(Y=1/X=moyenne)			0,042				0,040				0,028	

EM : Effet marginal calculé en points

Pr. : Probabilité que l'effet marginal soit nul ; *** significatif à 0,001% ; ** significatif à 1% ; significatif à 5%.

IC : Intervalles de confiance calculés avec une erreur totale de 5% autour de l'effet marginal (respectivement 2,5% à gauche et à droite).

Source : ESPS 2012, Irdes.

Tableau A-1.8. Modélisation de la non-couverture selon les scénarios (1), (1+2) et (1+2+3) sous l'hypothèse que les salariés en contrat temporaire refuseront d'adhérer à la complémentaire santé d'entreprise

		Pr(NC=1 Scén. 1)				Pr(NC=1 Scén. (1+2))				Pr(NC=1 Scén. (1+2+3))			
		EM	Pr.	IC-	IC+	EM	Pr.	IC-	IC+	EM	Pr.	IC-	IC+
Sexe Réf.: Hommes	Femmes	-0,9	***	-1,4	-0,5	-0,9	***	-1,3	-0,4	-0,9	***	-1,2	-0,5
	- de 18 ans	2,2	*	0,2	4,2	1,9	*	-0,1	3,8	1,7	*	0,0	3,4
	18/30 ans	4,1	***	2,6	5,7	3,6	***	2,2	5,1	2,6	***	1,5	3,8
	31/40 ans	1,3	*	0,1	2,5	0,8	0,130	-0,3	1,9	0,3	0,461	-0,5	1,1
Age Réf.: 51-60 ans	41/50 ans	0,2	0,632	-0,8	1,2	0,1	0,760	-0,8	1,1	0,0	0,990	-0,7	0,7
	61/70 ans	0,4	0,557	-1,0	1,9	0,4	0,587	-1,0	1,8	1,0	0,076	-0,3	2,3
	71/80 ans	0,7	0,394	-1,1	2,5	0,6	0,451	-1,1	2,3	1,4	*	-0,2	3,1
	+ de 80 ans	2,5	*	0,0	4,9	2,3	*	-0,1	4,6	3,1	***	0,8	5,4
ALD Réf.: Non	Oui	0,3	0,380	-0,4	1,1	0,4	0,354	-0,4	1,1	0,3	0,298	-0,3	0,9
	Non renseigné	-1,2	0,331	-3,2	0,8	-1,0	0,432	-3,1	1,1	-0,1	0,909	-2,0	1,8
Maladie chronique Réf.: Non	Oui	-0,5	0,158	-1,2	0,2	-0,5	0,175	-1,2	0,2	-0,2	0,550	-0,7	0,4
	Non renseigné	0,8	0,276	-0,7	2,2	0,9	0,173	-0,5	2,3	0,6	0,288	-0,5	1,7
Santé perçue Réf.: Très bonne	Assez bonne	0,0	0,938	-0,7	0,8	0,0	0,967	-0,7	0,7	0,0	0,878	-0,6	0,5
	Mauvaise et très mauvaise	1,9	**	0,4	3,4	2,0	**	0,4	3,5	1,2	*	0,1	2,3
	Non renseigné	-0,6	0,411	-1,9	0,8	-0,6	0,345	-1,9	0,6	-0,2	0,677	-1,3	0,8
	Retraités	3,8	***	1,7	6,0	3,5	***	1,4	5,5	2,0	**	0,6	3,5
	Chômeurs	7,2	***	5,4	9,1	3,9	***	2,5	5,4	2,3	***	1,2	3,4
Statut par rapport à l'emploi Réf.: Actifs occupés	Etudiants	1,1	*	0,0	2,3	1,1	*	-0,1	2,2	-0,3	0,503	-1,1	0,5
	Au foyer	6,4	***	4,1	8,7	5,9	***	3,7	8,1	3,6	***	1,9	5,3
	Autres inactifs	8,2	***	5,1	11,4	7,6	***	4,6	10,6	5,7	***	3,2	8,1
	Non renseigné	17,9	***	5,3	30,4	17,7	***	5,3	30,2	13,6	***	2,8	24,5
	≤ 650 €	9,7	***	6,9	12,5	10,6	***	7,7	13,5	9,8	***	6,8	12,8
Revenu par UC Réf.: Supérieur à 2 000 €	651 € à 1 200 €	6,6	***	4,7	8,6	6,8	***	4,8	8,8	4,9	***	3,1	6,7
	1 201 € à 1 400 €	2,6	***	1,3	4,0	2,8	***	1,4	4,2	2,3	***	1,1	3,6
	1 401 € à 2 000 €	0,7	0,181	-0,4	1,9	0,9	0,101	-0,2	2,1	1,0	*	-0,1	2,0
	Non renseigné	3,5	***	2,1	4,8	3,5	***	2,2	4,9	2,5	***	1,4	3,7
Vulnérabilité sociale Réf.: Absence	En vulnérabilité	1,5	***	0,7	2,3	1,4	***	0,7	2,2	1,1	***	0,5	1,7
	Non renseigné	1,9	**	0,4	3,3	1,8	*	0,4	3,2	1,2	*	0,1	2,2
Aide des proches en cas de diff. fin. Réf.: Oui	Non	0,9	*	0,0	1,8	0,8	0,061	-0,1	1,7	0,4	0,151	-0,2	1,1
	Oui mais n'ose pas demander	0,4	0,477	-0,7	1,4	0,3	0,585	-0,8	1,3	0,1	0,697	-0,6	0,9
	Non renseigné	-0,6	0,267	-1,7	0,4	-0,5	0,341	-1,6	0,5	-1,2	**	-1,9	-0,5
Préférence pour le présent Réf.: Non	Oui	0,9	*	0,0	1,9	1,0	*	0,0	1,9	0,5	0,104	-0,2	1,2
	Non renseigné	0,6	0,692	-2,3	3,5	0,5	0,705	-2,3	3,4	0,9	0,386	-1,2	3,0
Risquophile Réf.: Non	Oui	1,1	0,063	-0,2	2,3	1,2	*	0,0	2,5	1,2	**	0,2	2,3
	Non renseigné	-0,4	0,813	-3,3	2,6	-0,5	0,748	-3,3	2,4	-0,8	0,432	-2,9	1,2
Pr(Y=1/X=moyenne)		0,045				0,042				0,030			

EM : Effet marginal calculé en points

Pr. : Probabilité que l'effet marginal soit nul : *** significatif à 0,001% ; ** significatif à 1 % ; significatif à 5 %.

IC : Intervalles de confiance calculés avec une erreur totale de 5 % autour de de l'effet marginal (respectivement 2,5 % à gauche et à droite).

Sources : ESPS 2012, Irdes.

Tableau A-1.9. Simulation du taux de personnes couvertes par une complémentaire santé privée individuelle ou collective selon les différents scénarios considérés

Complémentaire santé	Observé	Simulé selon les groupes de populations considérés		
	2012	(1)	(1+2)	(1+2+3)
Collective	34,5 %	43,5 %	44,6 %	55,9 %
Individuelle	53,1 %	45,5 %	44,6 %	34,8 %
Privée	87,6 %	89,0 %	89,2 %	90,7 %

Source : ESPS 2012, Irdes.

Tableau A-1.10. Description des individus couverts par une complémentaire santé individuelle en 2012 et selon les différents scénarios considérés

		En 2012		Selon le scénario					
				(1)		(1+2)		(1+2+3)	
		Eff.	% pond.	Eff.	% pond.	Eff.	% pond.	Eff.	% pond.
Sexe	Hommes	5 401	45,2	4 573	45,3	4 479	45,2	3 246	43,4
	Femmes	5 896	54,8	4 958	54,7	4 872	54,8	3 750	56,6
Age	- de 18 ans	1 903	16,1	1 894	18,9	1 894	19,2	772	10,1
	De 18 à 30 ans	1 577	11,8	1 074	8,9	993	8,2	618	6,7
	De 31 à 40 ans	1 031	10,1	626	7,2	594	6,9	382	5,9
	De 41 à 50 ans	1 293	9,9	864	7,7	830	7,6	583	7,1
	De 51 à 60 ans	1 575	12,4	1 198	11,0	1 166	10,8	907	11,1
	De 61 à 70 ans	2 113	18,4	2 071	21,3	2 070	21,6	1 942	26,4
	De 71 à 80	1 187	11,7	1 187	13,7	1 187	14,0	1 175	17,9
	+ de 80 ans	618	9,7	617	11,4	617	11,6	617	15,0
Santé perçue	Très bon	2 076	17,8	1 696	17,1	1 661	17,1	1 018	14,0
	Bon	3 635	32,6	2 969	31,5	2 911	31,4	2 240	32,3
	Assez bon	2 238	21,8	1 967	22,7	1 939	22,8	1 699	26,5
	Mauvais	662	7,1	615	7,9	608	7,9	553	9,6
	Non renseigné	2 686	20,7	2 284	20,8	2 232	20,8	1 486	17,7
ALD	Oui	2 266	22,7	2 114	25,1	2 096	25,4	1 905	30,4
	Non	8 965	76,8	7 360	74,4	7 200	74,1	5 048	69,1
	Non renseigné	66	0,5	57	0,5	55	0,5	43	0,5
Maladie chronique	Oui	3 173	31,5	2 824	33,3	2 789	33,4	2 412	38,4
	Non	5 178	45,6	4 201	43,7	4 113	43,6	2 934	41,7
	Non renseigné	2 946	22,9	2 506	23,1	2 449	23,0	1 650	19,9
Statut vis-à-vis de l'emploi	Actifs occupés	3 792	31,9	2 026	19,8	2 026	20,1	1 470	19,0
	Retraités	3 684	37,0	3 684	43,7	3 684	44,5	3 518	55,2
	Chômeurs	591	4,8	591	5,6	411	3,9	264	3,4
	Enfants scolarisés, étudiants	2 428	19,2	2 428	22,6	2 428	23,0	1 074	13,0
	Femmes/Hommes au foyer	412	3,7	412	4,4	412	4,5	345	5,0
	Autres inactifs	368	3,2	368	3,8	368	3,9	306	4,3
Revenu par UC	Non renseigné	22	0,2	22	0,2	22	0,2	19	0,2
	≤ 650 €	381	2,9	346	3,2	337	3,2	282	3,6
	651 € à 1 000 €	1 565	14,4	1 364	15,1	1 338	15,0	1 017	15,5
	1 001 € à 1 400 €	2 290	21,4	1 923	21,2	1 875	21,0	1 343	20,4
	1 401 € à 2 000 €	2 392	22,0	1 934	20,9	1 912	21,0	1 415	20,9
	2 001 € à 3 000 €	1 198	10,9	1 011	10,8	997	10,9	731	10,6
	> à 3 000 €	440	4,0	387	4,2	384	4,3	310	4,5
Indicateur de vulnérabilité sociale (parmi les 15 ans et +)	Non renseigné	3 031	24,4	2 566	24,6	2 508	24,6	1 898	24,6
	En situation de vulnérabilité	1 204	13,8	966	13,5	930	13,3	784	13,7
Soutien matériel dans l'entourage (parmi les 15 ans et +)	Pas en situation de vulnérabilité	5 730	60,3	4 762	61,5	4 691	62,0	3 900	62,9
	Non renseigné	2 797	26,0	2 237	25,0	2 164	24,8	1 699	23,4
	Avec une aide matérielle	4 767	50,6	3 896	50,7	3 819	50,8	3 082	50,3
	Sans une aide matérielle	1 257	13,8	1 056	14,2	1 038	14,3	930	15,4
Aversion au risque	N'ose pas demander d'aide	826	8,9	697	9,2	685	9,3	598	9,8
	Non renseigné	2 881	26,7	2 316	25,9	2 243	25,7	1 773	24,5
	Risquophiles	6 393	68,6	5 292	69,6	5 197	69,9	4 330	71,1
Préférences temporelles	Risquophobes	477	4,8	378	4,6	366	4,6	291	4,5
	Non renseigné	2 861	26,6	2 295	25,8	2 222	25,6	1 762	24,4
	Pour le futur	5 917	61,9	4 826	61,5	4 732	61,7	3 897	61,9
Ensemble des individus	Pour le présent	926	11,1	818	12,2	805	12,3	699	13,3
	Non renseigné	2 888	27,0	2 321	26,2	2 248	26,0	1 787	24,9
Ensemble des individus		11 297	100	9 531	100	93 51	100	6 996	100
Ensemble des individus de 15 ans et +		9 731	100	7 965	100	7 785	100	6 383	100

Source : ESPS 2012, Irdes.

8. Annexe 2

Afin d'estimer la proportion de bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C qu'il y aurait dans notre population d'étude en considérant les plafonds d'éligibilité observés en janvier 2015, nous avons estimé le taux d'évolution du nombre de bénéficiaires à attendre au regard de l'évolution des plafonds entre l'année civile 2012 et le plafond actuel (valide jusqu'en juillet 2015) et des élasticités du taux de bénéficiaires observés par rapport à l'évolution des plafonds sur la période 2012-2013. Cette estimation est réalisée à partir des statistiques fournies par le fond CMU et l'Insee (Tableau A-2.1).

Tableau A.2.1 Montants des plafonds et nombre de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS

CMU-C	Plafonds			Bénéficiaires			
	Par période	Par année		Année	Nb de bénéf.	Effectif pop.	% bénéf. dans la pop.
juil. 2014/juil. 2015	720,42 €	2014	718,25 €	2014	?	65 800 694	?
juil. 2013/juil. 2014	716,08 €	2013	688,63 €	2013	4 116 669	65 525 420	6,28 %
juil. 2012/juil. 2013	661,17 €	2012	654,38 €	2012	3 915 050	65 241 241	6,00 %
juil. 2011/juil. 2012	647,58 €	/	/	/	/	/	/
ACS	Par période	Par année		Année	Nb de bénéf.	Effectif pop.	% bénéf. dans la pop.
juil. 2014/juil. 2015	972,50 €	2014	969,61 €	2014	?	65 800 694	?
juil. 2013/juil. 2014	966,71 €	2013	929,65 €	2013	1 157 178	65 525 420	1,77 %
juil. 2012/juil. 2013	892,58 €	2012	854,29 €	2012	1 005 611	65 241 241	1,54 %
juil. 2011/juil. 2012	816 €	/	/	/	/	/	/

Note : Le plafond du revenu par UC devait être inférieur à 661,17€ pour être éligible à la CMU-C entre janvier et juillet 2013 et inférieur à 716,08€ pour pouvoir y prétendre entre juillet 2013 et décembre 2013. Sur l'année civile de 2013 ; le montant du plafond correspond à la moyenne des plafonds observés entre janvier 2013 et décembre 2013, soit 688,63 €.

Source : ESPS 2012, Irdes.

La proportion de personnes bénéficiant de la CMU-C dans la population française est passée de 6 % en 2012 à 6,3 % en 2013, soit une hausse de 4,7 %, le plafond ayant quant à lui augmenté de 5,2 %. La proportion de personnes bénéficiant de l'ACS dans la population française est quant à elle passée de 1,5 % en 2012 à 1,8 % en 2013, soit une hausse de 14,6 %, le plafond ayant augmenté de 8,8 % (Tableau A-2). Les élasticités, qui correspondent aux rapports entre le taux de variation du nombre de bénéficiaires entre 2012-2013 et le taux de variation du plafond entre 2012 et 2013, s'établiraient alors respectivement à 0,90 pour la CMU-C et 1,65 pour l'ACS.

Sachant que le plafond de la CMU-C a augmenté de 10,1 % entre l'année civile 2012 et le plafond actuel, valide jusqu'en juillet 2015, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C devrait augmenter de 9,1 % entre 2012 et 2015, faisant passer le taux de bénéficiaires de la CMU-C à 6,6 %. De même, sachant que le plafond de l'ACS a augmenté de 13,9 % entre l'année 2012 et 2015, le nombre de bénéficiaires de l'ACS devrait augmenter de 22,9 % entre 2012 et 2015, faisant passer le taux de bénéficiaires de l'ACS à 1,9 %. Au

final, respectivement 0,55 % et 0,35 % de la population seraient donc concernés par l'évolution des plafonds de la CMU-C et de l'ACS au sein de notre population d'étude. Si l'on considère que 20 % d'entre eux étaient précédemment non couverts¹², l'augmentation des plafonds de la CMU-C et de l'ACS réduirait respectivement la non-couverture de 0,11 et de 0,07 point par rapport à nos estimations précédentes.

Tableau A.2.2 Estimation du taux de bénéficiaires de la CMU-C et de l'ACS en 2014

	CMU-C	ACS
A Variation du taux de bénéficiaires entre 2012 et 2013	4,69 %	14,57 %
B Variation du plafond annuel entre 2012 et 2013	5,23 %	8,82 %
C Elasticité entre 2012 et 2013 (A/B)	0,897	1,652
D Variation du plafond entre 2012 et décembre 2014	10,09 %	13,84 %
E Variation estimée du taux de bénéficiaires entre 2012 et 2014 (C x D)	9,05 %	22,86 %
Taux de bénéficiaires estimés en 2014 ((1+E) x taux observé en 2012)	6,54 %	1,89 %

Source : ESPS 2012, Irdes.

¹² Cette hypothèse est relativement large puisque d'après l'Enquête santé et protection sociale de 2012, le taux de personnes sans complémentaire santé s'élevait à 13 % pour les individus dont le revenu par UC était inférieur à 720 €.

Documents de travail de l'Irdes

- **Quel est l'impact du système d'indemnisation maladie sur la durée des arrêts de travail pour maladie ? /**
Ben Halima M.A., Hyafil-Solelhac V., Koubi M., Regaert C. /
Irdes, Document de travail n° 66, avril 2015
- **La survenue du cancer : effets de court et moyen termes sur l'emploi, le chômage et les arrêts maladie /**
Barnay T., Ben Halima M. A., Duguet E., Lanfranchi J.,
Le Clainche. /
Irdes, Document de travail n° 65, avril 2015.
- **Workers Compensation Insurance: Incentive Effects of Experience Rating on Work-related Health and Safety /**
Lengagne P./
Irdes, Document de travail n° 64, décembre 2014.
- **Une estimation de la précarité des patients recourant à la médecine générale en centres de santé. Le cas des centres de santé du projet Epidauré-CDS /**
Afrite A., Mousquès J., Bourgueil Y.
Irdes, Document de travail n° 63, décembre 2014.
- **Formes du regroupement pluriprofessionnel en soins de premiers recours. Une typologie des maisons, pôles et centres de santé participant aux Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) /**
Afrite A., Mousquès J.
Irdes, Document de travail n° 62, octobre 2014
- **Les déterminants du don de sang en France. Une analyse sur données de l'enquête ESPS 2012 /**
Errea M., Sirven N., Rochereau T.
Irdes, Document de travail n° 61, juin 2014
- **Mesurer la fragilité des personnes âgées en population générale : une comparaison entre ESPS et SHARE /**
Sirven N.
Irdes, Document de travail n° 60, mai 2014
- **La pertinence des pratiques d'hospitalisation : une analyse des écarts départementaux de prostatectomies /**
Or Z., Verboux D.
Irdes, Document de travail n° 59, avril 2014.
- **Supplemental Health Insurance and Healthcare Consumption: A Dynamic Approach to Moral Hazard /**
Franc C., Perronnin M., Pierre A.
Irdes, Document de travail n° 58, janvier 2014.
- **Maisons et pôles de santé : places et impacts dans les dynamiques territoriales d'offre de soins en France /**
Chevallard G., Mousquès J., Lucas-Gabrielli V., Bourgueil Y.,
Rican S., Salem G.
Irdes, Document de travail n° 57, novembre 2013.
- **Une analyse des déterminants socio-économiques de la fragilité des personnes âgées à partir des données de panel et rétrospectives de SHARE /**
Sirven N.
Irdes, Document de travail n° 52bis, avril 2013.
- **Activité, productivité et qualité des soins des hôpitaux avant et après la T2A /**
Or Z., Bonastre J., Journeau F., Nestrigue C.
Irdes, Document de travail n° 56, avril 2013.
- **Discrimination salariale selon l'état de santé en France /**
Ben Halima M. A., Rococo E.
Irdes, Document de travail n° 55, mars 2013.
- **Deductibles and the Demand for Prescription Drugs: Evidence from French Data /**
Kambia-Chopin B, Perronnin M.
Irdes, Document de travail n° 54, février 2013.
- **Qualité des soins et T2A : pour le meilleur ou pour le pire ? /**
Or Z, Häkkinen U.
Irdes, Document de travail n° 53, décembre 2012.
- **On the Socio-Economic Determinants of Frailty: Findings from Panel and Retrospective Data from SHARE /**
Sirven N.
Irdes, Document de travail n° 52, décembre 2012.
- **L'accessibilité potentielle localisée (APL) : Une nouvelle mesure de l'accessibilité aux soins appliquée aux médecins généralistes libéraux en France /**
Barlet M., Coldefy L., Collin C., Lucas-Gabrielli V.
Irdes, Document de travail n° 51, décembre 2012.

Autres publications de l'Irdes

Rapports

- **L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France. Tome 2 – Résultats de l'enquête Handicap-Santé volet Institutions /**
Penneau A., Pichetti S., Sermet C
Irdes, Rapport n° 561, juin 2015, 148 pages, 25 €.
- **L'accès aux soins courants et préventifs des personnes en situation de handicap en France. Tome 1 – Résultats de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages /**
Penneau A., Pichetti S., Sermet C
Irdes, Rapport n° 560, juin 2015, 130 pages, 30 €.
- **L'évaluation de la performance des maisons, pôles et centres de santé dans le cadre des Expérimentations des nouveaux modes de rémunération (ENMR) sur la période 2009-2012 /**
Mousquès J. Bourgueil Y., Avec les contributions de Afrite A.,
Cartier T., Chevallard C., Couralet P.-E., Daniel F.
et Lucas-Gabrielli V.
Irdes, Rapport n° 559, décembre 2014, 154 pages, 30 €.

Questions d'économie de la santé

- **Les personnes en situation de handicap vivant à domicile ont un moindre accès aux soins de prévention que celles sans handicap. Une exploitation de l'enquête Handicap-Santé volet Ménages (2008) /**
Penneau A., Pichetti S., Sermet C.
Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 208, avril 2015.
- **L'hébergement en institution favorise l'accès aux soins des personnes de moins de 60 ans en situation de handicap en France. Une exploitation de l'enquête Handicap-Santé Ménages et Institutions (2008-2009) /**
Penneau A., Pichetti S., Sermet C.
Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 207, mars 2015.
- **La variabilité de la prise en charge de la schizophrénie dans les établissements de santé en 2011 /**
Coldefy M., Nestrigue C..
Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 206, février 2015.

Une évaluation *ex ante* de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur les inégalités et les déterminants de la non-couverture

Aurélie Pierre (Irdes), Florence Jusot (Université Paris-Dauphine-Leda-Legos, Irdes)

En France, malgré le rôle prépondérant de l'Assurance maladie obligatoire (AMO) au financement des dépenses de santé, l'accès aux soins est fortement dépendant de la possession d'un contrat d'assurance complémentaire santé et de sa qualité. Ainsi, la généralisation à tous les Français de l'accès à une complémentaire santé de qualité se trouve au cœur de la stratégie nationale de santé énoncée en 2013 par le gouvernement. La première mesure, négociée dans le cadre de l'Accord national interprofessionnel (Ani) de janvier 2013, consistera à généraliser la complémentaire santé d'entreprise financée en partie par les employeurs à l'ensemble des salariés du secteur privé au 1er janvier 2016, et à améliorer sa portabilité pour les chômeurs jusqu'à douze mois au plus après la rupture de leur contrat de travail.

Cet article propose d'évaluer de façon *ex ante* les effets attendus du dispositif de l'Ani sur la non-couverture par une complémentaire santé en France et de discuter de ses conséquences en termes d'inégalités. A partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012, il s'agit de : i/ simuler l'impact de l'introduction de l'Ani sur la proportion d'individus qui resteront non couverts par une complémentaire en population générale et, en tenant compte des potentielles dispenses d'adhésion au sein de la population salariée selon l'état de santé, le statut socio-économique, les préférences à l'égard du temps et du risque et le motif de non-couverture ; ii/ étudier l'évolution des caractéristiques des personnes non couvertes, toutes choses égales par ailleurs, avant et après l'introduction de l'Ani.

Sous l'hypothèse d'une stabilité des caractéristiques individuelles autres que la complémentaire santé, nous montrons que le taux de personnes sans complémentaire santé, estimé à 5 % en 2012, passerait à 4 % après la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise et à 3,7 % en tenant compte de la portabilité, et ce sous réserve que l'ensemble des personnes concernées accepte la couverture complémentaire proposée. La non-couverture resterait toujours plus élevée pour les populations les plus fragiles, c'est-à-dire les chômeurs, les plus précaires et les plus malades. De plus, le taux de non-couverture pourrait s'établir à 1,4 % (versus 3,6 % en 2012) parmi les salariés du secteur privé si ceux disposant d'un contrat temporaire refusaient d'adhérer à ce dispositif. L'Ani, qui devrait par ailleurs diminuer le lien entre la non-couverture et les préférences à l'égard du temps et du risque, pourrait donc contrarier la non-couverture par choix sans pour autant éliminer la non-couverture pour raisons financières.

