

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

<http://www.irdes.fr/recherche/questions-d-economie-de-la-sante/209-quels-impacts-attendre-de-la-generalisation-de-la-complementaire-sante-d-entreprise-sur-la-non-couverture-en-france.pdf>

Quels impacts attendre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur la non-couverture en France ?

Une simulation à partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012

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

Aurélien Pierre (Irdes)

En France, l'accès aux soins est très dépendant de la possession d'une complémentaire santé dont 5 % de la population ne bénéficient pas en 2012. Ainsi, l'accès pour tous à une complémentaire santé de qualité se trouve au cœur de la stratégie nationale de santé énoncée en 2013 par le gouvernement. Négociée dans le cadre de l'Accord national inter-professionnel (Ani) de janvier 2013, la première mesure 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.

Il s'agit ici d'évaluer de façon *ex ante* les effets attendus du dispositif de l'Ani sur la non-couverture par une complémentaire santé et de discuter de ses conséquences en termes d'inégalités. A partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012, l'impact de l'introduction de l'Ani sur la proportion d'individus qui resteraient non couverts par une complémentaire est simulé en population générale et, en tenant compte des potentielles dispenses d'adhésion dont certains peuvent bénéficier, au sein même des salariés du secteur privé. La non-couverture est étudiée selon plusieurs caractéristiques individuelles telles que l'état de santé, le statut socio-économique et les préférences à l'égard du temps et du risque.

En France, malgré le rôle prépondérant de l'Assurance maladie obligatoire dans le financement des dépenses de santé (76 % en moyenne en 2013 ; Zaidman et Roussel, 2014), l'accès aux soins est 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). Aussi, plusieurs dispositifs ont été mis en place par le gouvernement pour favoriser l'accès à la complémentaire santé pour les plus pauvres (Couverture mala-

die universelle complémentaire (CMU-C) en 2000, Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) en 2005) et également pour soutenir le développement des complémentaires d'entreprise (exonérations de charges sociales et fiscales introduites en 1985). Bien que le taux de personnes ne bénéficiant pas d'une complémentaire santé ait fortement diminué depuis les années 1980 (Perronnin *et al.*, 2011), 5 % de la population ne sont toujours pas couverts par une telle couverture en 2012. En effet, 6 % des Français

bénéficient gratuitement d'une couverture en raison de la faiblesse de leurs revenus grâce à la CMU-C, 53 % d'un contrat à titre individuel et 35 % d'un contrat collectif (souscrit par leur employeur ou celui d'un membre de leur ménage (Céant *et al.*, 2014)). La généralisation de l'accès à une complémentaire santé se trouve ainsi 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 pre-

E1

La mise en place de l'Ani

En janvier 2013, l'Accord national interprofessionnel (Ani) 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 la complémentaire santé d'entreprise à tous les salariés du secteur privé en obligeant les employeurs à la mettre en place et à la financer à au moins 50 %. Deuxièmement, il s'agit de généraliser et d'augmenter les droits à la portabilité, c'est-à-dire permettre aux personnes touchant les indemnités de chômage de bénéficier plus longtemps et à titre gratuit de leur complémentaire santé d'entreprise pour une durée maximale de douze mois.

Cet accord, voté le 14 juin 2013, devra être effectif au 1^{er} janvier 2016. Le contrat devra en outre offrir des garanties minimales couvrant : l'intégralité du ticket modérateur sur les consultations, les médicaments remboursés à 65 %, les actes et prestations remboursables par l'Assurance maladie obligatoire ; 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. Par ailleurs, la nouvelle définition des contrats responsables impose 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 et des plafonds de remboursements pour l'optique.

Plusieurs dispenses d'adhésion autorisent certains salariés à ne pas adhérer à la complémentaire santé d'entreprise : ceux déjà couverts par un contrat individuel au moment de la mise en place du contrat collectif et jusqu'à l'échéance du contrat individuel ou par le contrat collectif de leur conjoint, les bénéficiaires de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS), les salariés et apprentis dont la durée du contrat de travail est inférieure à douze mois, les salariés à temps partiel et apprentis dont le taux d'effort au contrat collectif représenterait plus de 10 % de leur salaire brut. Enfin, les salariés dans l'entreprise au moment de la mise en place du contrat issu d'une décision unilatérale de l'employeur auront également la possibilité de ne pas y adhérer.

mière 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 (encadré 1).

Cependant, on peut s'interroger sur la réelle capacité de ce dispositif à généraliser la complémentaire santé en France et à en réduire les inégalités d'accès alors même que celui-ci exclut *de facto* les individus absents du marché du travail - pour une large part, les personnes modestes ou les plus malades. De plus, les salariés du secteur privé constituent déjà une population largement couverte, 64 % d'entre eux bénéficiant d'une complémentaire santé collective (Célant *et al.*, 2014) qui offre par ailleurs de meilleures garanties pour un moindre coût que les contrats de complémentaire santé individuels (Garnero et Le Palud, 2014). Enfin, plusieurs travaux français ont montré que le revenu était déterminant dans la décision de souscrire ou non un contrat de complémentaire santé individuel (Buchmueller et Couffinhal, 2004 ; Jusot *et al.*, 2012), l'état de santé ayant un effet relativement modéré. Le premier motif évoqué par les individus non couverts concerne le coût des contrats (Célant *et al.*, 2014). Ainsi, malgré l'objectif de permettre à tous les Français de bénéficier d'une complémentaire santé de qualité, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise risque de ren-

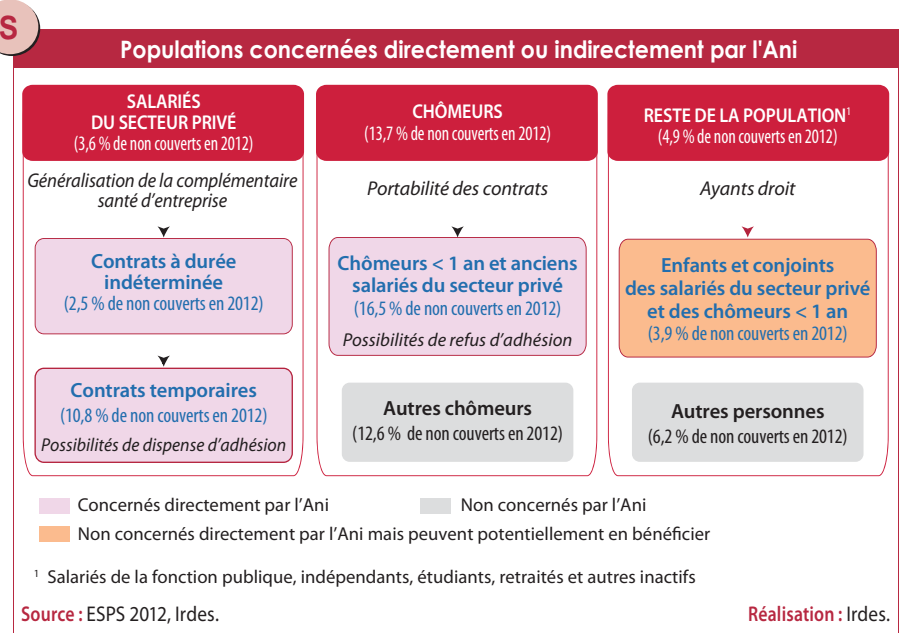
forcer les inégalités de coût et de niveau de couverture déjà constatées compte tenu de la participation de l'employeur et de la modification probable des primes suite au renforcement de la segmentation du marché de l'assurance entre contrats individuels et collectifs.

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise pose par ailleurs la question de la non-couverture choisie. En effet, ce dispositif peut être souhaitable pour les salariés non couverts si la subvention offerte par l'employeur leur permet de ne pas trop imputer leur revenu disponible et si leur non-couverture ne résulte pas d'un choix issu d'un arbitrage entre coût et bénéfices attendus compte tenu de leur besoin et de

leurs préférences. Or, 12 % des personnes non couvertes justifient ce choix disant ne pas souhaiter être assurées ou n'en avoir pas besoin et 17 % parce 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). Des travaux ont aussi mis en évidence le rôle des préférences vis-à-vis du risque sur les décisions assurantielles, les individus les moins averses au risque préférant être peu ou pas couverts par une assurance (Doiron *et al.*, 2008). Enfin, la souscription d'un contrat pourrait correspondre à un moyen d'investir dans sa santé comparable au recours à la prévention et impliquant un coût immédiat pour un bénéfice futur et éventuellement incertain. On peut donc penser que les personnes les plus orientées vers le présent pourront préférer ne pas être couvertes.

Une évaluation *ex ante* de l'Ani fondée sur une simulation du statut vis-à-vis de la complémentaire santé

Cet article propose une évaluation *ex ante* du dispositif de l'Ani en étudiant les effets à attendre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise et de sa portabilité (Encadré 1) sur la non-couverture en France par une complémentaire santé. Il s'agira, en particulier, d'étudier dans quelle mesure ce dispositif permettrait ou non de



réduire les inégalités face à la non-couverture et d'améliorer l'accès à la complémentaire santé de ceux qui souhaiteraient être couverts sans contraindre ceux qui choisissent de ne pas l'être. A partir de l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012 (encadré Source), nous étudions d'abord les inégalités de non-couverture qui existent avant la mise en place de l'Ani. Nous simulons ensuite la proportion d'individus qui resterait non couverte par une complémentaire santé après la mise en place de l'Ani, en population générale et au sein de la population salariée, selon trois scénarios d'application et en tenant compte des potentielles dispenses d'adhésion. Nous analysons l'effet de l'Ani sur les inégalités de couverture en comparant les évolutions du taux de non-couverture selon l'état de santé, le statut socio-économique, les préférences à l'égard du temps et du risque.

La situation que pourrait avoir l'échantillon ESPS de 2012 vis-à-vis de la complémentaire santé après l'Ani est simulée au regard du statut d'emploi et du statut familial des individus observés en 2012 et sous l'hypothèse que toutes les autres caractéristiques individuelles resteraient 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 pas d'impact sur l'offre ou/et la demande de travail, est usuelle dans la littérature (Albouy et Crépon, 2007 ; Buchmueller *et al.*, 2011) et, en outre, crédible à court terme.

Trois scénarios sont envisagés. Le premier évalue l'impact sur la non-couverture en France de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise à tous les salariés du secteur privé, qui sont les seuls soumis à l'obligation d'assurance dans le cadre de l'Ani (scénario (1)). Le second considère en sus les chômeurs de moins d'un an, anciennement salariés et indemnisés¹, qui, dans le cadre de la portabilité, peuvent continuer à bénéficier de la complémentaire de leur ancien employeur pendant au plus une année (scénario (1+2)). Une situation où tous les chômeurs refuseraient d'adhérer correspondrait donc au scénario (1). Bien que l'Ani ne concerne pas les ayants droit des salariés et des chômeurs concernés, un troisième scénario intègre enfin les conjoints et enfants de moins de 26 ans, étudiants ou bénéficiaires du Revenu de solidarité active (RSA), compte tenu du fait que la plupart des contrats collectifs leur sont également proposés (Perronnin *et al.*, 2012) [scénario (1+2+3)]. Là encore, une situation où seuls les ayants droit refuseraient d'adhérer correspondrait alors au scénario (1+2).

Afin d'étudier l'impact de la généralisation et de la portabilité de la complémentaire santé collective sur le taux de non couverts, l'hypothèse est faite dans un premier temps que, pour toutes les populations directement ou indirectement concernées par l'Ani, le taux de non couverts chutera *de facto* à 0 %. Dans un second temps, les possibles dispenses d'adhésion au contrat de complémentaire santé d'entreprise sont prises en compte (Encadré 1).

Les dispenses des bénéficiaires de la CMU-C, de l'ACS et des salariés déjà couverts par le

biais de l'employeur de leur conjoint n'ont aucune incidence sur le taux de non-couverture, ce choix n'affectant que le type de couverture. Par ailleurs, compte tenu du montant des primes des contrats collectifs (Garnero et Le Palud, 2014), il est peu probable que la cotisation salariée représente plus de 10 % du salaire brut (Pierre et Jusot, 2015). 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 en raison du coût de la participation financière au contrat d'entreprise et des coûts de transaction induits par un changement de complémentaire santé. Si les données d'ESPS ne permettent pas de distinguer précisément les contrats de travail d'une durée inférieure à douze mois, elles renseignent sur quelques caractéristiques du contrat de travail utilisées pour définir trois hypothèses : la première suppose qu'aucun salarié et chômeur entrant dans le champ d'application de l'Ani ne refusera d'adhérer à la Complémentaire santé d'entreprise (CSE), la seconde considère que l'ensemble des salariés en Contrats à durée déterminée (CDD) de moins de six mois refusera d'y adhérer et la troisième que l'ensemble des salariés en contrat temporaire (CDD de moins de six mois, apprentis, intermittents, intérimaires, saisonniers), le plus souvent sous contrat d'une durée inférieure à un an, refusera d'y adhérer (Schéma).

En 2012, les plus âgés, les plus jeunes, les plus malades et les plus précaires sont plus souvent non couverts

Selon l'enquête ESPS, en 2012, 95 % des personnes de l'échantillon sont couvertes par une complémentaire santé, 53 % à titre privé individuel, 35 % par une complémentaire santé collective, 6 % sont bénéficiaires de la CMU-C.

Le taux de non-couverture, qui n'est donc que de 5 % en moyenne, est plus élevé chez les individus de plus de 80 ans et ceux âgés de 18 à 30 ans (respectivement

¹ Sont considérés comme concernés par l'Ani les chômeurs de moins d'un an appartenant à des ménages déclarant bénéficier d'indemnités chômage.

SOURCE

Réalisée en population générale, l'Enquête santé et protection sociale (ESPS) 2012 permet de recueillir des informations sur l'état de santé, les caractéristiques socio-économiques et l'assurance complémentaire santé des individus. Ces informations, recueillies pour l'ensemble des membres du ménage de la personne échantillonnée, proviennent des trois grands régimes de l'Assurance maladie obligatoire (Cnamts/RSI/MSA), soit 22 980 individus.

Variables et indicateurs

La variable d'intérêt retenue pour analyser la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise est le fait d'être couvert ou non par une complémentaire santé, quels que soient son mode d'obtention et l'âge des individus.

Le niveau de risque de l'individu est apprécié par l'âge, le sexe et l'état de santé, mesuré par les indicateurs de santé perçue et de maladie chronique dont le premier correspond à la question suivante : Comment est votre état de santé général ? « 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 ? « Oui ; Non ; Je ne sais pas ». Nous retenons également le fait d'être pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale pour une Affection de longue durée (ALD).

Le statut socio-démographique des individus est 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'État) et le revenu du ménage par unité de consommation. Un indicateur de vulnérabilité sociale permettant d'identifier les personnes ayant vécu des épisodes de précarité ou d'isolement au cours de leur vie ainsi qu'un indicateur relatif au fait de ne pas avoir de soutien matériel en cas de difficultés financières sont également utilisés ; de même que deux questions relatives aux préférences des individus à l'égard du temps et du risque permettant ainsi d'approcher des facteurs pouvant expliquer la non-couverture par choix (pour plus de détails, voir Pierre et Jusot, 2015).

6,8 % et 8 % *versus* 4,9 % parmi les 31-40 ans par exemple (Pierre et Jusot, 2015, tableau A-1.2). Les personnes ayant déclaré une mauvaise santé sont également plus souvent sans complémentaire santé (9,9 % *versus* 4,6 % pour celles en très bonne santé perçue), ainsi que les plus modestes (14,1 % *versus* 3,6 % parmi les plus aisées) et les personnes en situation de vulnérabilité sociale ou ne disposant pas de soutien matériel dans leur entourage (respectivement 9 % et 7,1 % *versus* 3,6 % et 4,1 %). En outre, les résultats montrent 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. Les individus les moins averses au risque et ayant une plus forte préférence pour le présent sont plus souvent sans complémentaire santé (respectivement 8,1 % et 7,3 % *versus* 4,4 % et 4,2 %).

Le taux de non-couverture est aussi très élevé chez les chômeurs (13,7 %), les personnes au foyer (8,9 %) et les autres inactifs (11,6 %). 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 (Pierre et Jusot, 2015, tableau A-1.3) : 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 (graphiques 1.1 et 1.2).

Parmi les salariés, les plus jeunes, les plus pauvres et ceux en contrats temporaires sont plus souvent non couverts en 2012

Pour les salariés du secteur privé, comme en population générale, le taux de couverture complémentaire est très variable selon l'âge, l'état de santé, le contrat, le temps de travail et les caractéristiques socio-économiques (Pierre et Jusot, 2015, tableau A-1.3).

Les jeunes salariés sont le plus souvent sans complémentaire santé en 2012 : 12,5 % parmi les moins de 20 ans, 6,5 % parmi ceux âgés de 21 à 25 ans, 3,7 % parmi ceux de 26 à 30 ans et près de 3 % parmi les salariés entre 30 et 60 ans (graphique 2). 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. En cohérence avec les résultats de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2009 selon lesquels les salariés les plus modestes bénéficiaient moins souvent d'une complémentaire d'entreprise (Perronnin *et al.*, 2012a, 2012b), le taux de personnes sans complémentaire santé est plus élevé chez les salariés précaires : 17 % pour les salariés en CDD de moins de six mois, 10,8 % pour ceux en 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 à temps partiel non choisi (7,1 % *versus* 2,4 % et 3,3 % parmi ceux à temps partiel choisi et ceux à temps complet) et parmi les salariés les plus pauvres (11,2 % pour ceux dont le

revenu par unité de consommation (UC) est inférieur à 650 € *versus* 1,9 % parmi ceux dont le revenu par UC est le plus élevé (graphique 3)). Les salariés 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 (6,7 % et 5,1 %).

Enfin, une partie des différences de couverture parmi la population salariée semble 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 : 7,8 % des salariés orientés vers le présent contre 2,8 % de ceux orientés vers le futur, et 8,8 % des salariés risquophiles contre 2,7 % des risquophobes.

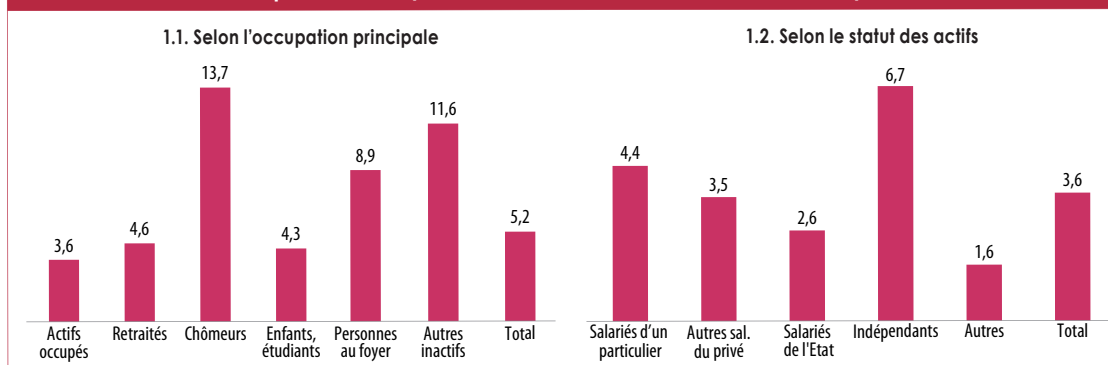
Des effets de l'Ani sur la non-couverture des salariés sensibles aux dépenses d'adhésion, surtout pour les jeunes et les précaires

Sous l'hypothèse que l'ensemble des salariés du secteur privé adhère au dispositif, le taux de non couverts chuterait à 0 % au sein de cette population. La généralisation de la complémentaire santé induirait *de facto* une disparition des inégalités d'accès à la complémentaire santé au sein de la population salariée du secteur privé. Elle réduirait également les différences de couverture existant entre salariés selon les préférences à l'égard du temps et du risque.

En revanche, sous l'hypothèse que l'ensemble des salariés disposant d'un contrat temporaire refuse d'adhérer à la complémentaire santé d'entreprise (Pierre et Jusot, 2015, tableau A-1.3), le taux de non-couverture devrait rester significativement non nul et s'établir à 1,4 % (*versus* 3,6 % en 2012). Sous cette hypothèse, 40 % des salariés aujourd'hui non couverts le resteraient. Ce sont les

G1

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



Source : ESPS 2012, Irdes.

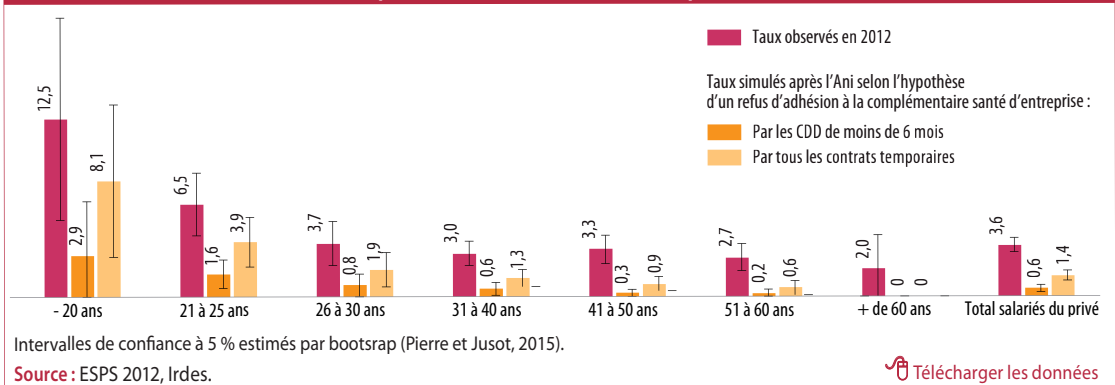
Télécharger les données

jeunes de moins de 20 ans qui resteraient fortement non couverts : à hauteur de 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 les plus pauvres (5,3 % resteraient non couverts *versus* 11,2 % en 2012, graphique 3). Les résultats sont plus modérés si l'on considère l'hypothèse selon laquelle seuls les CDD de moins de six mois refuseraient d'y adhérer. Par exemple, 2,9 % des jeunes de moins de 20 ans resteraient non couverts avec une diminution quasiment significative par rapport à la situation de 2012 (graphique 2).

Un effet modeste de l'Ani sur la non-couverture en population générale

En supposant un taux de non-couverture nul pour l'ensemble des populations concernées par l'Ani, les résultats montrent que la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise et de la portabilité permettrait de réduire de façon modérée mais significative le taux de non-couverture dans l'ensemble de la population. Ce taux passerait de 5 % à 4 % suite à la généralisation de la complémentaire collective à tous les salariés du secteur privé, seuls soumis à l'obligation d'assurance (scénario 1), à 3,7 % sous l'hypothèse additionnelle que tous les chômeurs de moins d'un an acceptent la portabilité (scénario 1+2) et jusqu'à 2,7 % sous l'hypothèse que tous les ayants

Taux de non couverts par une complémentaire santé selon l'âge parmi les salariés du secteur privé



droit des salariés et des chômeurs bénéficient aussi de la complémentaire d'entreprise (scénario (1+2+3)). Au final, parmi l'ensemble des individus ne bénéficiant d'aucune complémentaire santé en 2012, 80 % resteraient non couverts après la généralisation, 74,5 % selon le scénario incluant également la portabilité. Ce n'est qu'en considérant le scénario (1+2+3) 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 couverte après la mise en place de l'Ani.

Après prise en compte des dispenses d'adhésion, le taux de non-couverture augmenterait de façon très comparable dans les trois scénarios : + 0,4 point sous l'hypothèse que les salariés en contrat temporaire refusent d'adhérer et + 0,2 point si les salariés en CDD de moins de six mois refusent. Le taux de personnes sans complémentaire santé serait ainsi estimé à 4,4 %, selon le scénario 1, à 4,1 % selon le scénario (1+2) et à 3,1 % selon le scénario (1+2+3) [tableau].

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

Taux observé en 2012		
5,0 % [4,7 ; 5,3]		
Taux simulés après l'Ani		
Scénario (1)	Scénario (1+2)	Scénario (1+2+3)
Hypothèse : aucune dispense d'adhésion		
4,0 % [3,7 ; 4,3]	3,7 % [3,4 ; 4,0]	2,7 % [2,4 ; 2,9]
Hypothèse : dispense de tous les CDD de moins de 6 mois		
4,2 % [3,9 ; 4,5]	3,9 % [3,6 ; 4,2]	2,9 % [2,6 ; 3,1]
Hypothèse : dispense de tous les salariés en contrat temporaire		
4,4 % [4,1 ; 4,7]	4,1 % [3,8 ; 4,4]	3,1 % [2,8 ; 3,3]

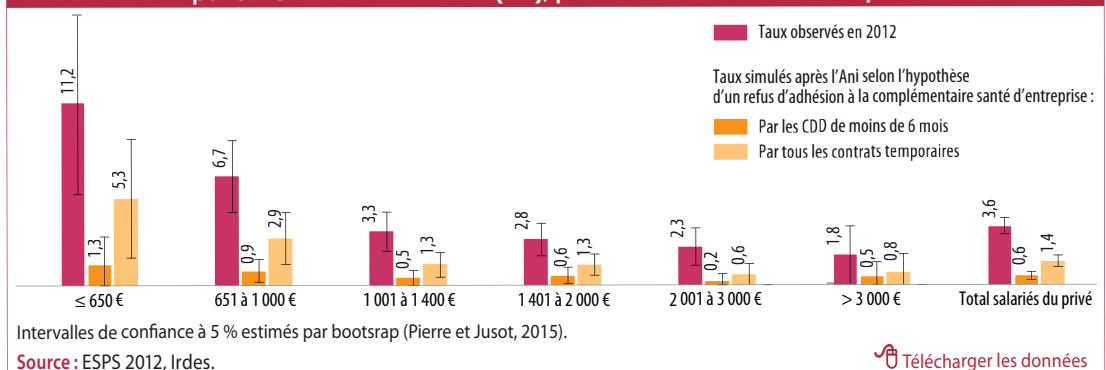
- (1) : Prise en compte des salariés du privé uniquement.
- (1+2) : Prise en compte en sus des chômeurs de courte durée anciennement salariés.
- (1+2+3) : Prise en compte supplémentaire des ayants droit des salariés et des chômeurs de courte durée.

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

Source : ESPS 2012, Irdes.

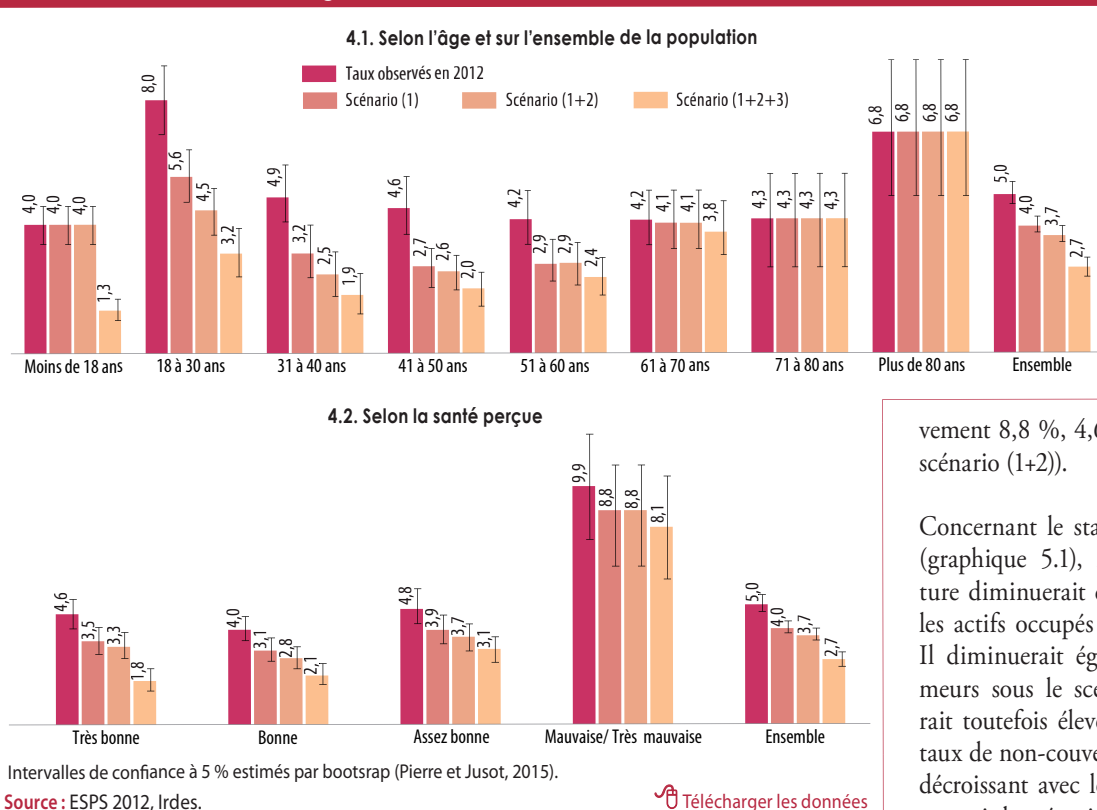
Télécharger les données

Taux de non couverts par une complémentaire santé selon le revenu par unité de consommation (UC), parmi les salariés du secteur privé



G4

Taux de non couverts par une complémentaire santé en population générale selon l'âge et l'état de santé, après la généralisation de l'Ani



point dans chaque sous population, mais cette diminution n'est significative que pour les personnes en bonne santé. Les individus se déclarant en mauvaise santé, avec une maladie chronique et en ALD, resteraient quant à eux plus souvent non couverts (respectivement 8,8 %, 4,6 % et 5,6 % selon le scénario (1+2)).

vement 8,8 %, 4,6 % et 5,6 % selon le scénario (1+2).

Concernant le statut vis-à-vis de l'emploi (graphique 5.1), le taux de non-couverture diminuerait de façon évidente parmi les actifs occupés dans tous les scénarios. Il diminuerait également parmi les chômeurs sous le scénario (1+2) mais resterait toutefois élevé (8,9 %). De même, le taux de non-couverture resterait fortement décroissant avec le niveau de revenu quel que soit le scénario retenu (graphique 5.2). Dans le scénario (1+2), la proportion de personnes sans complémentaire santé serait de 12,7 % pour celles dont le revenu par UC est inférieur à 650 € par mois (soit une baisse non significative de 10 %), *versus*

Des inégalités de couverture toujours aussi élevées après l'Ani

Sous l'hypothèse qu'aucun salarié ne refuse d'adhérer à la complémentaire santé d'entreprise mise en place dans le cadre de l'Ani, la non-couverture serait significativement réduite chez l'ensemble des personnes en âge d'être actives, surtout les 18-30 ans : leur taux de non-couverture passerait de 8 % en 2012 à 5,6 % selon le scénario (1) et à 4,5 % selon le scénario (1+2) [gra-

phique 4.1]. Néanmoins, ils resteraient, avec la population la plus âgée, plus souvent non couverts (6,8 % selon les scénarios (1) et (1+2) pour les plus de 80 ans).

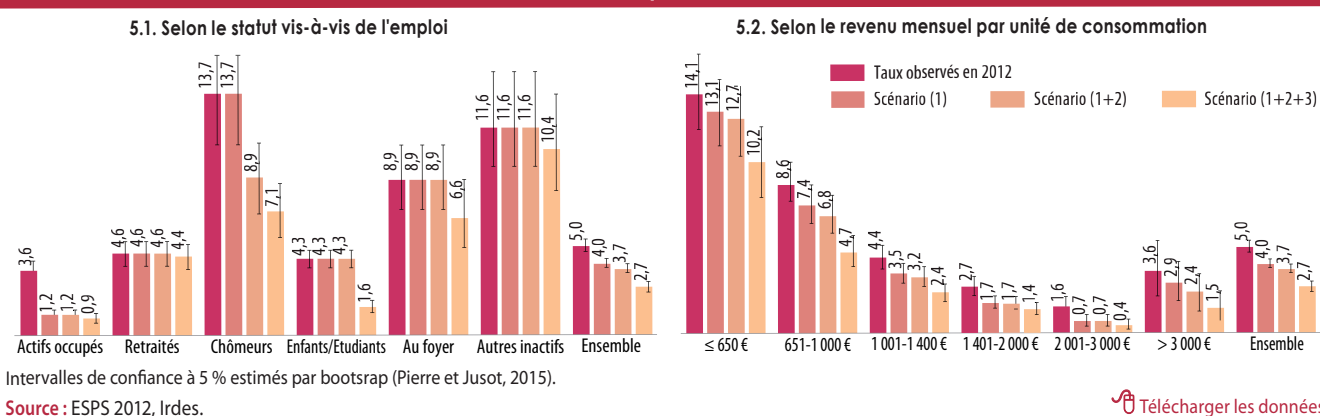
Les résultats mettent ensuite en évidence une diminution du taux de non-couverture comparable chez les personnes en bonne ou en mauvaise santé, que celle-ci soit appréciée par la santé perçue (graphique 4.2), le fait d'être en ALD ou d'avoir une maladie chronique. Selon les deux premiers scénarios, ce taux diminuerait sensiblement de -1

Légende des graphiques 4, 5 et 6

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

G5

Taux de non couverts par une complémentaire santé en population générale selon les caractéristiques socio-économiques



G6

1,7 % pour celles dont le revenu par UC se situe entre 1 401 € et 2 000 € (soit -38 %) et 0,7 % pour celles avec un revenu par UC entre 2 001 € et 3 000 € (soit -55 %) [graphique 5.2]. Les individus ayant connu au cours de leur vie des épisodes d'isolement ou de précarité resteraient également plus souvent

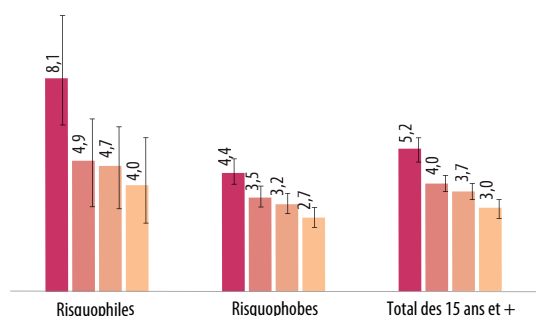
non couverts (6,8 % selon le scénario 1 et 6,3 % selon le scénario (1+2)), avec toutefois une diminution significative selon le scénario (1+2) [Pierre et Jusot, 2015, tableau A-1.2]. Il en est de même pour les personnes déclarant ne pouvoir bénéficier d'aucun soutien matériel en cas de difficulté, 5,7 % selon le scénario (1) et 5,3 % selon le scénario (1+2).

Concernant les préférences individuelles, la diminution du taux de non-couverture serait significative et importante parmi les plus risquophiles 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 plus risquophobes (graphique 6.1). Après l'Ani, le taux de non-couverture ne serait plus significativement différent entre ces deux populations. Les personnes ayant une plus forte préférence pour le présent resteraient en revanche plus fréquemment non couvertes (graphique 6.2).

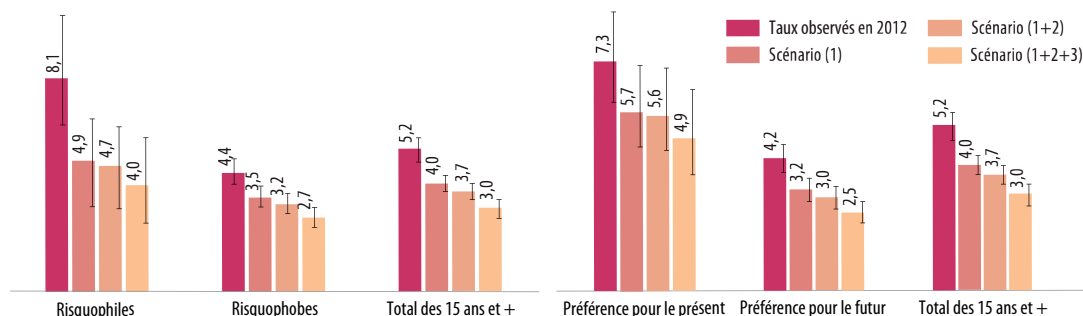
Après prise en compte des ayants droit potentiels (enfants et conjoints, scénario (1+2+3)), le taux de non-couverture diminuerait chez les moins de 30 ans, de sorte que les populations les plus âgées seraient les seules à être principalement concernées par la non-couverture (graphique 4.1). Selon ce scénario, le taux de non-couverture diminuerait également plus chez les individus en très bonne santé perçue (-2,8 points *versus* -1,3 point selon le scénario (1+2) que parmi ceux en mauvaise santé et ceux sans ALD (-2,6 points *versus* -1 point parmi ceux avec une ADL) [Pierre et Jusot, 2015, tableau A-1.2]. Comparativement

Taux de non couverts par une complémentaire santé en population générale selon les préférences à l'égard du temps et du risque

6.1. Selon l'aversion au risque (15 ans et +)



6.2. Selon la préférence temporelle (15 ans et +)



Intervalle de confiance à 5 % estimés par bootstrap (Pierre et Jusot, 2015).

Source : ESPS 2012, Irdes.

Télécharger les données

aux scénarios (1) et (1+2), ce scénario conduit en outre à une diminution de la non-couverture chez les inactifs (graphique 5.1) et à une baisse accrue chez les plus pauvres (graphique 5.2). Toutefois, ces deux sous-populations resteraient toujours plus souvent non couvertes.

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 (Pierre et Jusot, 2015, tableau A-1.5). Notons cependant que les contrats de travail temporaires concernant majoritairement les jeunes, le taux de non-couverture des 18-30 ans, qui s'élevait à 8 % en 2012 est estimé à 6,9 % lorsque l'on considère cette hypothèse dans le scénario (1) *versus* 5,6 % lorsque l'on suppose que tous y adhéreraient. Le taux de non-couverture des risquophiles varie également sensiblement : il est estimé, dans le scénario (1), à 4,9 % sous l'hypothèse d'aucune dispense d'adhésion et à 6,6 % si tous les salariés en contrats temporaires refusent d'adhérer.

REPÈRES

Ce travail d'évaluation *ex ante* de l'Accord national interprofessionnel (Ani) sur la non-couverture santé s'inscrit dans une démarche d'évaluation globale du dispositif. Il sera complété par une évaluation *ex post* s'intéressant également à la modification du risque assurantiel entre le marché de la complémentaire santé individuelle et celui du collectif ainsi qu'aux niveaux de garanties et de cotisations des contrats. La prochaine édition de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE), qui sera réalisée en 2017 dans le cadre d'un partenariat entre l'Irdes et la Drees, permettra d'apporter des éclairages sur ces éléments.

Discussion

Cette évaluation *ex ante* du dispositif de l'Ani repose sur des hypothèses dont certaines conduisent à surestimer le nombre d'individus qui obtiendraient une couverture suite à la mise en œuvre du dispositif. Pour les salariés, 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 santé d'entreprise. Par ailleurs, un éventuel délai de carence n'a pas été pris en compte. Nous avons également 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 ou d'une décision unilatérale de l'employeur. Les chômeurs concernés par la portabilité sont aussi surestimés dans la mesure où il n'est pas possible d'identifier la durée exacte de ce droit, ni ceux qui ne touchent pas d'allocation chômage et pour lesquels une autre personne du ménage est concernée par des allocations...

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 et crédible à court terme, on ne peut pas exclure que ce dispositif modifie les 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 à la marge les salaires proposés et la demande de travail des employeurs. Il sera donc important de suivre les effets *ex post* de la mise en place de l'Ani, sur la dynamique de la réduction de la non-couverture ainsi que sur les décisions d'offre et de demande de travail.

Ce dispositif va également modifier la répartition du risque assurantiel entre le marché de la complémentaire santé individuelle et celui du collectif (Franc et Pierre, 2015). L'évolution des niveaux de garanties et des cotisations méritera donc également 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 les grandes qui proposent aujourd'hui plus souvent de tels contrats (Perronnin *et al.*, 2012b).

En conclusion, les résultats concernant la généralisation de la complémentaire santé 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 si tous les salariés adhéraient au dispositif et de 3,7 % si tous les chômeurs de moins d'un an acceptaient en outre la portabilité. Ce taux de non-couverture pourrait toutefois atteindre 2,7 % si la généralisation s'étendait aux ayants droit des salariés et des chômeurs de courte durée. Sous l'hypothèse selon laquelle tous les salariés disposant d'un contrat de travail temporaire refuseraient d'adhérer à ce dispositif, le taux de non-couverture serait augmenté de 0,4 point selon tous les scénarios.

Même si ce dispositif permettait la réduction des inégalités d'accès et de qualité de la couverture parmi les salariés du secteur privé sous l'hypothèse qu'aucune dispense d'adhésion ne soit effective, des inégalités sociales perdureraient en termes de couverture complémentaire santé en France. En effet, après l'Ani, les plus de 70 ans, les inactifs, les individus en mauvaise santé et ceux dont le revenu par UC est le plus bas resteraient le plus souvent concernés par la non-couverture. La possibilité de dispense d'affiliation des salariés embauchés dans le cadre de contrats temporaires risquerait également de maintenir un haut niveau de non-couverture parmi les moins de 30 ans

et les salariés les plus pauvres. Une simulation de l'évolution des caractéristiques toutes choses égales par ailleurs de la non-couverture montre en outre un maintien des inégalités d'accès à la complémentaire santé selon le revenu et un renforcement du lien avec 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 (Pierre et Jusot, 2015). Cela s'explique par la restriction de la portabilité aux seuls chômeurs de courte durée bénéficiant d'une allocation chômage.

Enfin, les résultats montrent que la non-couverture après l'Ani ne serait plus associée à une plus forte préférence pour le présent et à une moindre aversion au risque, ce qui suggère que ce dispositif pourrait ainsi apparaître contraignant pour ceux ayant fait le choix de ne pas être couverts.

Au final, ces résultats 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, l'efficacité de la CMU-C et de l'ACS et du relèvement de leurs seuils d'éligibilité. ♦

POUR EN SAVOIR PLUS

- Albouy V., Crépon B. (2007). "Moral Hazard and Health Insurance: An Evaluation Based on Rubins Causal Framework," Insee, Documents de Travail de la DESE - Working Papers of the DESE g2007-12.
- Arnould M.L et Vidal G. (2008). « Typologie des contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2006 », *Etudes et résultats* n°663, octobre.
- 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 No. 12. 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.
- Célant N., Guillaume S., Rochereau T. (2014). « Enquête sur la santé et la protection sociale 2012 ». Les rapports de l'Irdes n° 556.
- 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.
- 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. (2014). « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010 », Drees, Document de travail n°191, Série Statistiques.
- 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. (2013). "Les inégalités de recours aux soins : bilan et évolution", *Revue d'Epidémiologie et de Santé Publique*, 61S : S163-S169.
- 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 », *Economie et Statistique*, 450 : 29-46.
- 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 (PSCE) 2009 », Rapport de l'Irdes, n°1890.
- Pierre A. et Jusot F. (2015). « Une évaluation ex ante de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise sur les inégalités et les déterminants de la non-couverture », *Irdes, Document de travail* n° 67, juillet.
- Touraine M. (2014), "Health Inequalities and France's National Health Strategy", *Lancet*, 383, 9923: 1101-1102.
- Zaidman C., Roussel R. (2014). « Comptes nationaux de la santé 2013 » - édition 2014, Drees, Collection Études et statistiques.

IRDES

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ •
117bis, rue Manin 75019 Paris • Tél. : 01 53 93 43 02 • Fax : 01 53 93 43 07 •
www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr

Directeur de la publication : Yann Bourgueil • Rédactrice en chef technique : Anne Evans •

Secrétaire de rédaction : Anna Marek • Recteur : Paul Dourgnon •

Premier maquettiste : Franck-Séverin Clérembault • Assistant à la mise en page : Damien Le Torrec •

Imprimeur : TCH Réalisation (Boulogne-Billancourt, 92) • Dépôt légal : juillet 2015 •

Diffusion : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui •

Abonnement annuel : 60 € • Prix du numéro : 6 € • ISSN : 1283-4769.