

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

<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes161.pdf>

La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès

Marc Perronnin, Aurélie Pierre, Thierry Rochereau* (Irdes)

Dans un contexte de croissance continue des dépenses de santé et d'augmentation récente de la part des dépenses non prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire, la diffusion de la couverture complémentaire santé représente un enjeu important pour maintenir l'accès aux soins des personnes les plus pauvres et les plus malades. Depuis une trentaine d'années, les pouvoirs publics ont mis en place divers lois et dispositifs visant à favoriser l'accès à la complémentaire santé de l'ensemble de la population.

Entre 1980 et 2008, la proportion de personnes couvertes par une complémentaire santé a fortement augmenté, passant de 69 % de la population de France métropolitaine à 94 %. Néanmoins, selon l'Enquête santé protection sociale (ESPS), près de 4 millions de personnes restent sans complémentaire santé en France métropolitaine en 2008.

Quels sont les différents modes d'accès à la couverture complémentaire santé ? Quelles sont les personnes qui restent en marge de cette couverture ? S'agit-il d'un choix de leur part ou bien persiste-t-il des barrières à l'accès à la complémentaire santé ? Quelles sont les conséquences sur leur accès aux soins et leur état de santé ?

En France, la couverture complémentaire santé relève, à l'exception de la CMU-C, de financements privés. Elle permet de couvrir la dépense de soins et de biens médicaux non remboursée par l'Assurance maladie obligatoire, aussi appelée reste à charge. Entre 1980 et 2008, ce reste à charge est passé de 217 € à 547 € par personne et par an, à prix relatifs¹ (Eco-Santé, Comptes de la santé 2009). Deux facteurs expliquent cette hausse. Tout d'abord, la dépense totale de soins et de biens médicaux a fortement augmenté, passant entre 1980 et 2008 de 1 085 € à 2 234 € par personne et par an, à prix relatifs. D'autre part, la part des

dépenses prises en charge par l'Assurance maladie obligatoire s'est progressivement érodée sous l'effet de transferts de coûts vers les patients. Cette part a atteint son apogée en 1980 ; 80 % de la dépense était alors pris en charge par l'Assurance maladie obligatoire. Sous l'effet de hausses des tickets modérateurs et des forfaits hospitaliers visant à limiter les dépenses publiques de santé, la part de l'Assurance maladie a décliné à 77 % en 1990 pour se stabiliser à ce niveau entre 1990 et 2005. Depuis 2006, elle a de nouveau fléchi doucement pour s'établir à 75,5 % en 2009. Les réformes sur les participations forfaitaires, les franchises médicales et la diminution du taux de remboursement de certains médicaments (encadré 1) ont contribué à cette baisse récente du taux de couverture

de l'Assurance maladie obligatoire et donc à l'augmentation du reste à charge. Les réformes à venir vont probablement continuer d'accroître la part du financement de la santé laissée au secteur privé (couverture complémentaire et ménages).

Au regard de l'augmentation constante du reste à charge laissé par l'Assurance maladie obligatoire, bénéficier d'une complémentaire santé est devenu déterminant pour continuer à accéder aux soins. Cet enjeu est particulièrement important pour les populations pauvres ou ayant de forts besoins de soins. Dans quelle mesure la proportion de personnes couvertes par

¹ Le prix relatif représente le prix nominal déflaté de l'indice général des prix afin de tenir compte de l'évolution du pouvoir d'achat.

* Les auteurs remercient Nicolas Célant pour les sorties statistiques.

Encadré 1. Évolutions récentes de la prise en charge des soins par l'Assurance maladie

Les réformes récentes de l'Assurance maladie tendent à réduire le financement de la santé par l'Assurance maladie obligatoire. Certaines baisses de remboursements, qui ne peuvent être prises en charge par les complémentaires santé dans le cadre des contrats « responsables » (encadré 3), augmentent le reste à charge de l'ensemble des patients. C'est le cas des franchises médicales et de la participation forfaitaire sur les consultations et les actes médicaux. D'autres baisses de remboursements augmentent la participation des patients non couverts et des complémentaires santé. Elles participent ainsi à l'augmentation du coût des contrats de couverture complémentaire. C'est le cas de la participation forfaitaire de 18 € sur les actes médicaux coûteux, de la baisse du remboursement ou du déremboursement de certains médicaments et de l'augmentation du prix du forfait hospitalier. Les principales mesures concernant les remboursements de soins et de biens médicaux sont rappelées ci-dessous.

Les participations forfaitaires et franchises médicales. Mise en place au 1^{er} janvier 2005, la participation forfaitaire de 1 € s'applique à toutes les consultations ou actes réalisés par un médecin, aux examens radiologiques et aux analyses de biologie. Le plafond annuel est de 50 € par personne.

Depuis le 1^{er} septembre 2006, une participation forfaitaire de 18 € s'applique sur les actes dont le tarif est égal ou supérieur à 91 €, ou ayant un coefficient égal ou supérieur à 50.

Mise en place au 1^{er} janvier 2008, la franchise médicale de 0,5 € s'applique aux médicaments, aux actes paramédicaux et la franchise de 2 € aux transports. Leur plafond annuel est de 50 € par personne.

Ne sont pas soumis à ces participations forfaitaires et franchises : les moins de 18 ans, les bénéficiaires de la CMU-C et de l'Aide médicale d'état (AME), les femmes enceintes à partir du 6^e mois de grossesse jusqu'au 12^e jour après l'accouchement.

Le déremboursement des médicaments. Une vignette orange a été créée en 2006 pour diminuer à 15 % le taux de remboursement de certains médicaments dont le Service médical rendu (SMR) a été jugé insuffisant par la Haute Autorité de santé (HAS)¹. Certains médicaments ont été totalement déremboursés.

L'augmentation du forfait hospitalier. Le forfait hospitalier représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement entraînés par son hospitalisation. Le 1^{er} janvier 2010, le forfait hospitalier, fixé par arrêté ministériel, est passé de 17 € à 18 € par jour en hôpital ou en clinique, et de 12 € à 13,50 € dans les services de psychiatrie.

¹ *Organisme public d'expertise scientifique et médicale, indépendant de l'État, de l'Assurance maladie et de l'industrie pharmaceutique, et dont l'une des missions est d'évaluer l'utilité médicale des médicaments.*

une complémentaire santé s'est-elle accrue dans la population ? Qui sont les personnes restant, à l'heure actuelle, en marge de la complémentaire santé ? S'agit-il d'un choix de la part de personnes en bonne santé qui préfèrent consacrer leur argent à d'autres biens ou persiste-t-il des barrières à l'accès à la complémentaire ?

À partir de données de l'Enquête décennale santé et de l'Enquête santé protection sociale (ESPS), la diffusion de la complémentaire santé en France est présentée sur trente ans. Puis, à partir de l'ESPS 2008, sont décrites les disparités d'accès à la complémentaire santé et ses liens avec l'accès aux soins et la santé.

Des dispositifs favorisant la diffusion des complémentaires santé

Parallèlement à l'augmentation des restes à charge, plusieurs lois et dispositifs ont favorisé la diffusion de la couverture complémentaire santé collective et individuelle en limitant la contribution financière des assurés et en incitant à la mutualisation des risques. Ces dispositifs ont consisté à subventionner les contrats collectifs et certains contrats individuels voire, dans le cas de la CMU-C, à proposer une couverture complémentaire santé gratuite. En 1985,

les exonérations de charges sociales sur les participations de l'employeur et des salariés et les exonérations de charges fiscales sur la participation des salariés ont été formalisées respectivement dans le Code de la Sécurité sociale et le Code général des impôts. La loi Evin de 1989 instaure le maintien des droits à la complémentaire santé à la sortie de l'emploi (encadré 2). La loi Madelin de 1994 favorise l'accès à la complémentaire santé des travailleurs indépendants grâce à des déductions fiscales (encadré 3). En 1999, la loi sur la Couverture maladie universelle (CMU) propose, pour sa part, un accès gratuit à la complémentaire santé aux ménages les plus pauvres par le biais de la CMU-C. Depuis 2002, les organismes complémentaires santé sont incités fiscalement à ne pas appliquer de questionnaires santé lors de l'adhésion aux contrats de couverture complémentaire (notion de contrat « solidaire »), limitant ainsi la sélection des risques sur les contrats individuels. La loi Fillon de 2003, par la défiscalisation des seuls contrats obligatoires, favorise la diffusion et la mutualisation de la complémentaire santé à tous les salariés. Depuis la réforme de l'Assurance maladie de 2004, l'Aide à la complémentaire santé (ACS) propose une aide financière à l'acquisition d'un contrat pour les ménages dépassant d'au plus 26 % (20 % en 2008) le seuil de revenus permettant d'accéder à la CMU-C.

SOURCE ET MÉTHODE

L'Enquête santé protection sociale

L'Enquête santé protection sociale (ESPS) dresse depuis 1988 un tableau de l'état de santé, des soins et de la protection sociale de la population de France métropolitaine selon ses caractéristiques sociales. Elle interroge les ménages dont un membre au moins est assuré au Régime général de la Sécurité sociale (Cnamts), au Régime des professions indépendantes (RSI) ou au Régime agricole (MSA).

L'enquête est réalisée à partir de l'Échantillon permanent des assurés sociaux (Epas) qui permet le suivi des consommations de soins et biens médicaux. Tous les deux ans, c'est la moitié de cet échantillon qui est sollicitée. Le protocole de tirage permet la ré-interrogation des mêmes individus, c'est-à-dire des assurés présents dans l'Epas et des membres de leurs ménages toujours cohabitant, à quatre ans d'intervalle. L'enquête se déroule en deux vagues, la première au printemps, d'avril à juin, et la seconde à l'automne, d'octobre à décembre. Elle combine des entretiens téléphoniques ou en face-à-face et des questionnaires auto-administrés.

En 2008, 66 % des ménages contactés ont accepté de participer à l'enquête, soit environ 8 200 ménages et 22 200 personnes.

La question ouverte sur l'absence de complémentaire santé, posée aux personnes identifiées comme n'étant pas assurées, est la suivante : « Pourquoi [prénom] n'est pas couvert(e) par une complémentaire santé ? La ou les réponses sont spontanées et codées par l'enquêteur dans la liste suivante : 1. Est pris en charge à 100 % par la Sécurité sociale ; 2. Ce n'est pas rentable : pas de problème de santé et préfère payer en cas de besoin de soins ; 3. Aimait être couvert, mais n'en a pas les moyens ; 4. Est en cours d'adhésion ; 5. Par négligence, par manque de temps ; 6. Autre – Précisez... ; 7. Ne sait pas.

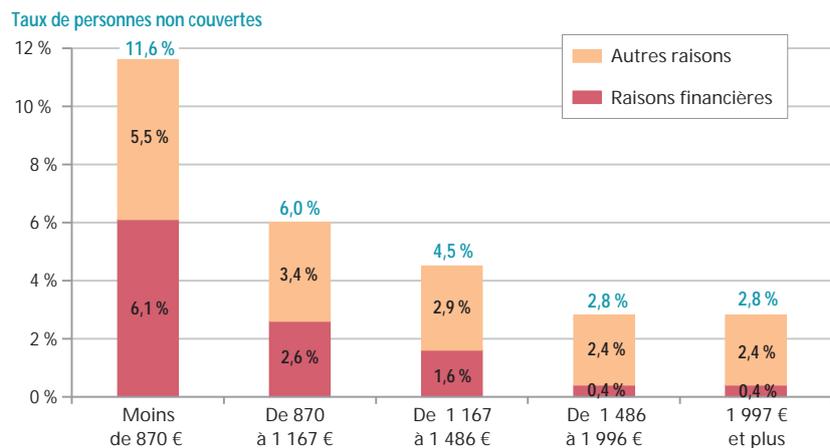
Des revenus insuffisants : premier facteur de non-recours à la complémentaire santé

Les contrats de couverture complémentaire santé se sont fortement diffusés au cours de ces trente dernières années. Ainsi, un peu plus de deux personnes sur trois étaient couvertes par un tel contrat en 1980, plus de quatre sur cinq en 1990 et près de neuf sur dix en 1999, à la veille de la mise en place de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C). Après la mise en place de la CMU-C puis de l'ACS, cette proportion a continué à croître pour atteindre 94 % en 2008.

Néanmoins, selon l'enquête ESPS, 6 % de la population de France métropolitaine, soit près de 4 millions de personnes, restent sans complémentaire santé en 2008. Le premier motif de non-recours à une complémentaire santé évoqué par les enquêtés est financier. Ainsi, parmi les personnes sans complémentaire santé, 46 % souhaiteraient en bénéficier mais ne le peuvent pas pour des raisons financières, 22 % préfèrent ne pas en bénéficier et payer en cas de besoin et 14 % expliquent qu'elles sont prises en charge à 100 % par l'Assurance

G1

Proportion de personnes sans couverture complémentaire santé selon le niveau de revenu du ménage



Source : Enquête santé protection sociale 2008 (Irdes).

maladie obligatoire. Le motif financier est évoqué plus d'une fois sur deux comme principale raison de non-recours dans les ménages les plus pauvres et une fois sur six dans les ménages les plus riches (graphique 1). De plus, selon l'enquête ESPS 2008, dans les ménages les plus pauvres (moins de 870 € par unité de consommation UC²), 12 % des personnes ne bénéficient pas d'une complémentaire santé contre seulement 3 % au sein des ménages

les plus riches (1 997 € et plus par UC). Pourtant, un certain nombre d'entre eux pourraient bénéficier d'une complémentaire santé à travers les dispositifs d'aide tels que la CMU-C et l'ACS.

² Le revenu par unité de consommation (UC) permet, à l'aide d'une échelle d'équivalence, de comparer les niveaux de vie des ménages de taille et de composition différentes. Nous utilisons l'échelle de l'OCDE qui retient la pondération suivante : 1 UC pour le premier adulte du ménage ; 0,5 UC pour les autres personnes de 14 ans et plus ; 0,3 UC pour les enfants de moins de 14 ans.

Encadré 2. Les modes d'accès à la complémentaire santé

Il existe plusieurs possibilités d'accéder à la complémentaire santé. Les personnes les plus pauvres ont accès à la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)* ou à l'Aide médicale d'Etat (AME) si elles ne peuvent justifier de trois mois de présence en situation régulière sur le territoire. Jusqu'à 26 % au-dessus du plafond de la CMU, les ménages peuvent accéder à l'Aide à la complémentaire santé (ACS) qui finance partiellement (environ à 50 %, sous la forme d'un chèque santé), l'achat d'une complémentaire santé.

Sur le marché de la complémentaire santé proprement dit, les personnes peuvent accéder à la couverture par un contrat collectif obtenu dans le cadre de l'entreprise ou bien par une démarche individuelle qui peut être aidée pour les professions indépendantes (loi Madelin 1994) [encadré 3].

La Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'Aide à la complémentaire santé (ACS) : des dispositifs pour favoriser l'accès à la complémentaire santé des plus pauvres

La loi du 27 juillet 1999, portant création de la Couverture maladie universelle (CMU), généralise à compter du 1^{er} janvier 2000 l'accès à l'Assurance maladie obligatoire pour toute personne résidant en France de façon stable, depuis au moins trois mois, et régulière. C'est la CMU de base. Dans le même temps, les pouvoirs publics ont créé l'AME ouverte aux personnes ne remplissant pas la condition de résidence stable et régulière en France.

La CMU de base est complétée par la CMU-C. Elle ouvre le droit à une protection complémentaire santé gratuite. Elle est accordée pour un an sous conditions de ressources. Au 1^{er} janvier 2011, le plafond est, en métropole, de 634 € par mois pour une personne seule (620 € en 2008).

La CMU-C prend en charge le ticket modérateur en soins de ville (consultations et prescriptions), mais pas les dépassements, le ticket modérateur à l'hôpital, le forfait hospitalier et, dans certaines limites fixées par la réglementation, les dépassements tarifaires pour prothèses ou appareillages (principalement en dentaire et en optique). Les soins sont pris en charge à 100 % sans avance de frais et les professionnels de santé ont l'obligation de respecter les tarifs reconnus par la Sécurité sociale.

Selon le Fonds CMU, en 2009, le nombre de bénéficiaires de la CMU-C est estimé à 3 645 913 en France métropolitaine et 4 223 788 en France entière.

Le dispositif de l'ACS a été mis en place au 1^{er} janvier 2005 afin d'inciter les ménages dont le niveau de vie se situe juste au-dessus du plafond CMU-C à acquérir une couverture complémentaire santé. En 2008, l'ACS est accessible aux personnes dont les revenus n'excèdent pas le plafond de la CMU-C majoré de 20 % (26 % au 1^{er} janvier 2011). Très rapidement, le montant de cette aide a été fortement revalorisé, notamment en faveur des personnes de plus de 60 ans. Au 1^{er} janvier 2011, il est de 100 € par an pour les moins de 16 ans, de 200 € pour les 16-49 ans, de 350 € pour les 50-59 ans et de 500 € pour les 60 ans et plus. L'ACS finance en moyenne la moitié du coût des contrats de complémentaire santé (Fonds CMU, 2010).

516 499 personnes avaient utilisé une attestation ACS au mois de mai 2010. Avant la majoration du seuil à 26 % du plafond de la CMU-C, la cible était de 2,2 millions de bénéficiaires potentiels (Hcaam, 2007).

* Financée en premier lieu sur fonds publics sous la forme d'une dotation de 340 € par an et par bénéficiaire. Lorsque les prestations excèdent ce forfait, le surcoût est à la charge des organismes gestionnaires (caisses primaires d'assurance maladie ou organismes complémentaires).

REPÈRES

La synthèse proposée ici sur l'évolution de l'accès à la complémentaire santé en France s'inscrit dans le cadre des recherches menées à l'Irdes sur l'assurance et les inégalités de santé.

Concernant le taux de personnes non couvertes par une complémentaire santé, ce travail s'appuie sur trois sources concordantes : l'Enquête santé protection sociale (ESPS) de l'Irdes, l'Enquête décennale santé et l'enquête Budget de famille de l'Insee. Ainsi, en 2003, selon l'Enquête décennale santé, 10 % de personnes ne bénéficiaient pas d'une complémentaire santé, 8,5 % selon l'ESPS 2002 et 2004.

En 2006, selon l'enquête Budget de famille, elles sont 8 % (Jusot *et al.*, 2011) en faisant l'hypothèse que l'ensemble des ménages éligibles à la CMU-C recourt effectivement à ce dispositif, et 7 % dans l'ESPS 2006.

Le non-recours à la CMU-C

Une étude du Legos (Dufour-Kippelen *et al.*, 2006), réalisée à partir de l'enquête ESPS, estime qu'en 2006, de 700 000 à 1,2 million de bénéficiaires potentiels de la CMU-C n'avaient pas fait valoir leurs droits. Selon les auteurs, la plupart d'entre eux serait couverte par une complémentaire privée. La crainte d'un mauvais remboursement de la CMU-C ou d'une mauvaise articulation au moment du passage entre les deux complémentaires et la réticence plus générale des démarches administratives expliqueraient que ces personnes ne fassent pas valoir leurs droits. Cependant, 14 % d'entre elles resteraient sans complémentaire santé. Les raisons du non-recours que ces personnes évoquent le plus fréquemment sont un bon état de santé pour les plus jeunes, la barrière linguistique pour des personnes de nationalité étrangère, la gêne, la stigmatisation ressenties par des personnes diplômées et ayant occupé des postes à responsabilité, ainsi que le refus de soins de certains médecins.

Le non-recours à l'ACS

Le Fonds CMU estime aujourd'hui à une sur quatre la proportion de personnes ayant fait valoir ses droits à l'ACS : 516 499 bénéficiaires en mai 2010 pour une cible de 2 millions de personnes, avant l'augmentation du seuil de 20 % à 26 % du plafond la CMU-C au 1^{er} janvier 2011. Ce dispositif n'atteint donc pas sa cible.

Encadré 3. Les contrats collectifs

Sur le marché de la complémentaire santé, les personnes peuvent accéder à la couverture par un contrat collectif obtenu dans le cadre de l'entreprise ou par une démarche individuelle. A la sortie du marché de l'emploi, la loi Evin impose des conditions aux assureurs visant à faciliter la portabilité des contrats obtenus dans un cadre collectif : obligation de proposer un contrat équivalent en limitant l'augmentation de la prime totale (participation de l'employeur comprise) à 50 %.

La loi Fillon du 21 août 2003, entrée en vigueur le 31 décembre 2008, a restreint les avantages fiscaux (exonérations fiscales pour les employeurs et salariés) aux contrats obligatoires et « responsables » favorisant ainsi la mutualisation. Les contrats « responsables » ne prennent pas en charge les différentes franchises et dépassements d'honoraires en cas de non-respect du parcours de soins. Ils prennent en charge au minimum les tickets modérateurs (30 % de la base de remboursement des consultations et visites

et de la pharmacie à vignette blanche, 35 % de la base de remboursement des analyses médicales...).

Les avantages des contrats collectifs. Du fait d'économies d'échelle et du pouvoir de négociation des entreprises, le coût global moyen des contrats collectifs est moins élevé que celui des contrats individuels. De plus, les exonérations de charges sociales et fiscales dont ils bénéficient en réduisent le coût pour les salariés et les employeurs. Ils représentent un élément important de la politique salariale dans les entreprises, surtout les grandes. Enfin, les contrats collectifs, souvent à adhésion obligatoire, sont mutualisés puisqu'ils assurent les salariés indépendamment de leur état de santé. Ces avantages réduisent le coût moyen des contrats pour les salariés, mais les prive du choix de ne pas souscrire quand ils sont en bonne santé.

Les travailleurs indépendants peuvent aussi prétendre à des déductions de charge quand ils acquièrent une complémentaire santé (loi Madelin 2004).

Deux hypothèses sont communément formulées pour expliquer cet état de fait : d'une part, le défaut d'information sur l'existence et le fonctionnement du dispositif ainsi que sur les démarches à entreprendre pour en bénéficier (Guthmuller *et al.*, 2010); d'autre part, l'insuffisance du montant de l'aide, la complémentaire santé restant trop chère pour nombre de ménages modestes, même après déduction de l'aide (Grignon et Kambia-Chopin, 2009). L'incertitude pesant sur l'éligibilité au dispositif s'avère un facteur aggravant.

Un effet de seuil au-delà de l'ACS

En 2008, le plafond de la CMU-C est de 620 € par UC et celui de l'ACS est de 20 % supérieur (26 % en 2011), soit 744 € par UC. Ainsi, de nombreux ménages ne peuvent prétendre ni à la CMU-C, ni à l'ACS alors même qu'ils appartiennent au premier quintile de revenus (\leq 870 € par UC). Ces ménages doivent donc s'acquitter de la totalité du coût de la complémentaire santé, ce qui représente un effort financier important. Une étude de l'Irdes publiée en 2008 et portant sur les données de l'enquête ESPS 2006 (Kambia-Chopin *et al.*, 2008) montre que le taux d'effort, c'est-à-dire la part de revenu que les ménages consacrent à la couverture complémentaire, varie de 3 % pour les ménages les plus riches (1 867 € et plus par UC) à 10 % pour les ménages les plus pauvres (moins de 800 € par UC). Une étude du Leda-Legos à partir de l'Enquête

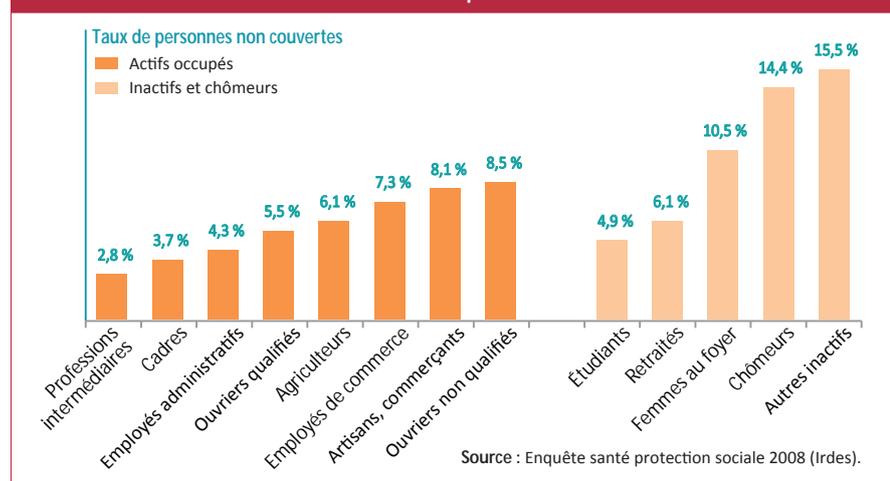
budget de famille 2006 de l'Insee (Jusot *et al.*, 2011) donne des taux similaires de 2 % et 8 % pour les deux déciles extrêmes (hors population éligibles à la CMU-C).

Le travail, un mode d'accès privilégié mais inégalitaire à la complémentaire santé

Selon l'enquête ESPS 2008, les deux tiers des salariés couverts par une complémentaire santé le sont par le biais d'un contrat collectif (encadré 3). Notons également que selon la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA), trois quarts des travailleurs indépendants seraient détenteurs d'un contrat Madelin (Hcaam, 2010). Le travail est un mode d'accès important à la complémentaire santé. Les salariés, les employeurs et les assureurs trouvent en effet un intérêt commun aux contrats collectifs. Leur coût global brut est plus faible à niveau de garantie identique (10 euros de moins par mois et par personne) du fait d'économies d'échelle et du pouvoir de négociation des entreprises (Garnero, Rattier, 2009). De plus, ces contrats font l'objet d'exonérations sociales et fiscales lorsqu'ils sont à caractère obligatoire. Enfin, ils bénéficient très souvent de la participation patronale. Ainsi, ces contrats sont plus avantageux en termes financiers que les couvertures individuelles tout en proposant des garanties, en moyenne, supérieures. Selon le baromètre des institutions de prévoyance

G2

Proportion de personnes sans couverture complémentaire santé selon la situation professionnelle



réalisé par le Crédoc en décembre 2008, la complémentaire santé collective est un élément de rémunération indirecte très apprécié des salariés : 92 % des salariés couverts par une complémentaire santé obligatoire préfèrent la conserver plutôt que de la voir supprimée au profit d'une transformation de la contribution de l'employeur en salaire (Loones, 2009).

Cependant, force est de constater que la complémentaire santé d'entreprise est source d'inégalités non seulement entre actifs et inactifs, mais également entre les différentes catégories de salariés : selon l'enquête ESPS 2008, parmi les salariés non-fonctionnaires bénéficiant d'une complémentaire santé, 76 % des cadres et 69 % des professions intermédiaires ont un contrat collectif, contre seulement 58 % des ouvriers non qualifiés et 53 % des employés de commerce. Les enquêtes sur la protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2003 et 2009 montrent également que la complémentaire santé collective est d'un accès inégal pour les salariés selon la taille de l'entreprise, le secteur d'activité et la catégorie socioprofessionnelle (Guillaume et Rochereau, 2010).

De manière générale, l'accès à la complémentaire santé varie fortement suivant le statut d'activité et, chez les actifs, selon la catégorie socioprofessionnelle (graphique 2). Ainsi, 10,5 % des femmes au foyer, 14 % des chômeurs et 15,5 % des autres inactifs (hors enfants et retraités) n'ont pas de couverture complémentaire contre 5 % des actifs. Chez les actifs qui travaillent, la proportion de personnes sans

couverture complémentaire est un peu plus élevée chez les non-salariés : 8 % des indépendants, 6 % des agriculteurs sont non couverts contre 5 % des actifs salariés. Parmi les actifs salariés, la proportion de personnes sans couverture complémentaire est nettement plus importante chez les employés de commerce et les ouvriers non qualifiés (respectivement 7 % et 8,5 %), que chez les professions intermédiaires et les cadres (respectivement 3 % et 4 %). Ainsi, l'accès à une complémentaire d'entreprise et le taux global de détention d'une couverture santé en général semblent liés, ce qui confirme l'importance du rôle de la complémentaire d'entreprise dans l'accès à la complémentaire santé.

Les personnes sans complémentaire santé recourent moins aux soins et se déclarent davantage en mauvaise santé

Les chiffres de l'enquête ESPS 2008 confirment que l'accès aux soins et l'état de santé sont associés au fait de posséder ou non une complémentaire santé. Ainsi, parmi les personnes couvertes par une complémentaire santé privée, 84 % ont eu recours à un généraliste au cours des douze derniers mois, 76 % à un chirurgien-dentiste au cours des vingt-quatre derniers mois et 50 % à un spécialiste au cours des douze derniers mois. Ces taux sont respectivement de 84 %, 68 % et 40 % pour les bénéficiaires de la CMU-C. Ils sont de 74 %, 57 % et 37 % pour les personnes qui n'ont pas de complémen-

taire santé. Le taux de renoncement aux soins, qui concerne pour l'essentiel les soins dentaires et d'optique peu remboursés par l'Assurance maladie obligatoire, est de 30 % pour les personnes sans couverture complémentaire, 21 % pour les bénéficiaires de la CMU-C, contre 14 % pour les personnes qui bénéficient d'une couverture privée.

Ces résultats sont en accord avec ceux de nombreuses études qui concluent que la détention d'une complémentaire santé accroît les consommations de soins (Buchmueller *et al.*, 2002). Cependant, il reste difficile de distinguer au sein de ce recours plus important ce qui relève d'une amélioration « utile » de l'accès aux soins ou d'une surconsommation « inutile » de soins³. Une étude de l'Irdes (Lengagne et Perronnin, 2005) à partir des enquêtes ESPS 2000 et 2002 conclut plutôt, au sujet des soins dentaires et optiques, à un effet positif de la complémentaire santé sur l'accès aux soins.

Par ailleurs, les évaluations de la mise en place de la CMU-C ont montré que ce dispositif a amélioré l'accès aux soins chez ceux qui ne bénéficiaient pas de couverture auparavant (Grignon *et al.*, 2008).

Selon l'enquête ESPS 2008, les personnes sans couverture complémentaire se déclarent en plus mauvais état de santé que les personnes couvertes par une complémentaire privée, mais pas forcément plus que les bénéficiaires de la CMU-C : 37 % des personnes sans couverture complémentaire déclarent un état de santé de moyen à très mauvais, contre 39 % des bénéficiaires de la CMU-C et 27 % des titulaires d'une complémentaire privée. Les personnes sans complémentaire santé sont par ailleurs 27 % à déclarer une limitation fonctionnelle et 34 % à déclarer une maladie chronique, contre 28 % des bénéficiaires de la CMU-C dans les deux cas et respectivement 20 % et 28 % pour les titulaires d'une complémentaire privée.

Depuis la fin des années 1980, les politiques mises en place pour favoriser l'ac-

³ En économie, on parle de risque moral. Une fois assurés, les individus consomment des soins au-delà de leurs besoins médicaux.

à l'assurance complémentaire santé de l'ensemble de la population ont accompagné la réduction du taux de personnes non couvertes. Celui-ci est en effet passé de 31 % en 1980 à 6 % en 2008.

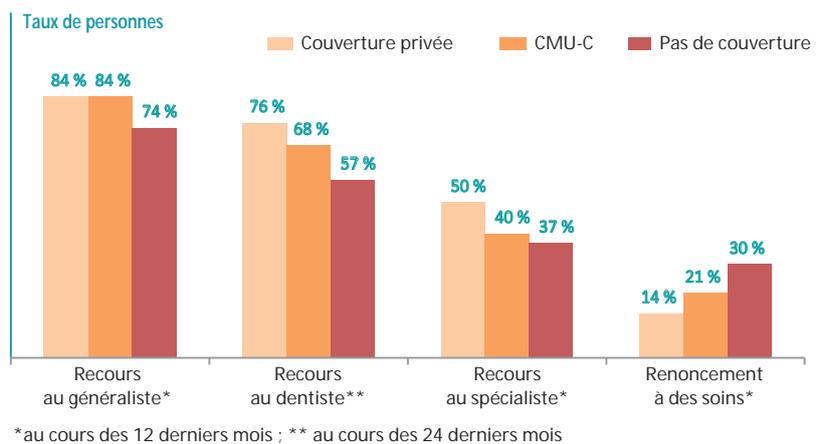
Les données de l'enquête ESPS donnent à penser que le non-recours à la complémentaire santé est plus subi que choisi. La majorité des enquêtés évoque effectivement des difficultés financières pour justifier ce non-recours et non l'absence de problèmes de santé. Malgré la CMU-C et l'ACS, les ménages les plus pauvres sont plus fréquemment non couverts. Le non-recours à la complémentaire santé est également plus fréquent chez les inactifs et, parmi les actifs, chez les ouvriers et employés que chez les cadres. Enfin, les personnes sans complémentaire santé se déclarent davantage en mauvaise santé et renoncent plus souvent aux soins.

Les résultats de l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise 2009, à paraître *in extenso* dans un rapport de l'Irdes, confirment les inégalités de couverture des salariés par la complémentaire santé collective, selon la taille d'entreprise, le secteur d'activité, mais également la catégorie socioprofessionnelle des salariés (Guillaume et Rochereau, 2010).

Selon le Haut Conseil pour l'avenir de l'Assurance maladie (Hcaam), le coût global des politiques de diffusion de la complémentaire santé s'élève à 7,6 milliards d'euros pour la collectivité, dont 1,7 milliards d'euros pour la CMU-C et l'ACS et 5,2 milliards d'euros d'exonérations pour les contrats collectifs et contrats « loi Madelin ». En dépit de ces politiques, des inégalités subsistent tant en termes d'accès à l'assurance complémentaire que de niveaux de garanties proposés, il convient donc de s'interroger sur l'efficacité des dispositifs d'incitation à la souscription d'une complémentaire santé. Il est également important de mieux comprendre les motifs de non-couverture et leurs conséquences sur l'accès aux soins et sur la santé des personnes concernées. Un nouveau questionnaire de l'enquête ESPS 2010 adressé aux personnes ne bénéficiant pas d'une complémentaire santé devrait permettre d'apporter un éclairage nouveau sur les raisons de cette absence de couverture et sur ses conséquences en termes de soins. ♦

G3

Taux de recours et de renoncement aux soins selon l'accès à la complémentaire santé



* au cours des 12 derniers mois ; ** au cours des 24 derniers mois

Source : Enquête santé protection sociale 2008 (Irdes).

POUR EN SAVOIR PLUS

- Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. (2010). *Enquête sur la santé et la protection sociale 2008*. Rapport Irdes n° 1800, juin.
- Buchmueller T. et al. (2002). « Consulter un généraliste ou un spécialiste : influence des couvertures complémentaires sur le recours aux soins ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 47, janvier.
- 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.
Accessible en ligne : <http://basepub.dauphine.fr/xmlui/handle/123456789/1898>
- Garnero M., Rattier M.-O. (2009). « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2007 », Drees, *Études et Résultats* n° 698, août.
- Grignon M., Kambia-Chopin B. (2009). "Income and the Demand for Complementary Health Insurance in France". Irdes, Document de travail n° 24, avril.
- Grignon M., Perronnin M., Lavis J.N. (2008). "Does Free Complementary Health Insurance Help the Poor to Access Health Care? Evidence from France". *Health Economics*, vol 17, n° 2, February, 203-219.
- Guillaume S., Rochereau T. (2010). « La protection sociale complémentaire collective : des situations diverses selon les entreprises ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 155, juin.
- Guthmuller S., Jusot F., Wittwer J., Després C. (2010). « Le recours à l'Aide complémentaire santé : les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille ». Irdes, Document de travail n° 36, décembre.
- Hcaam (2010). *L'Assurance maladie face à la crise : éléments d'analyse. Rapport annuel 2010*. Hcaam, novembre.
- Jusot F., Perraudin C., Wittwer J. (2011). *Les déterminants des dépenses de la complémentaire santé en France : les résultats de l'enquête Budget de famille 2006*. Université Paris Dauphine, Document de travail Leda-Legos, à paraître en ligne : <http://www.legos.dauphine.fr>
- Kambia-Chopin B., Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2008). « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire. Résultats de l'Enquête santé protection sociale 2006 (ESPS 2006) ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 132, mai.
- Lengagne P., Perronnin M. (2005). « Impact des niveaux de garantie des complémentaires santé sur les consommations de soins peu remboursées par l'Assurance maladie : le cas des lunettes et des prothèses dentaires ». Irdes, *Questions d'économie de la santé* n° 100, novembre.
- Loones A. (2009). *Ce qu'attendent les salariés et les employeurs de leur complémentaire santé*. 8^e baromètre de institutions de prévoyance, Credoc/Ctip, février.
Accessible en ligne : http://www.credoc.fr/pdf/Sou/CTIP_RAP_SANTE_2008.pdf

Sites Internet

- Eco-Santé, Comptes de la santé 2009 : www.eco-sante.fr
- Assurance maladie : www.ameli.fr
- Régime des salariés indépendants : www.le-rsi.fr
- Mutuelle sociale agricole : www.msa.fr
- Institut de recherche et documentation en économie de la santé : www.irdes.fr

IRDES

INSTITUT DE RECHERCHE ET DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ 10, rue Vauvenargues 75018 Paris
Tél. : 01 53 93 43 02 • Fax : 01 53 93 43 07 • Site Internet : www.irdes.fr • Email : publications@irdes.fr •
Directeur de la publication : Yann Bourguet • Rédactrice en chef technique : Anne Evans •
Relecteur : Mohamed Ali Ben Halima • Correctrice : Martine Broido •
Maquettiste : Franck-Séverin Clérembault • Diffusion : Sandrine Béquignon, Suzanne Chriqui •
Abonnement annuel : 60 € par an • Prix du numéro : 6 € • ISSN : 1283-4769 •