

La complémentaire santé : un bien normal ?

Anne Legal¹, Florence Jusot², Jérôme Wittwer³.

Le système français de financement des dépenses de soins a la particularité de laisser au patient un reste à charge, appelé ticket modérateur, parfois augmenté des dépassements d'honoraire facturés par les médecins (spécialistes essentiellement). Les restes à charge sont particulièrement élevés pour les soins d'optique et dentaires et constituent, dans leur ensemble, 9% des dépenses totales de santé.

Pour se couvrir contre ce risque financier, les individus peuvent recourir au marché de l'assurance santé complémentaire sur lequel les organismes de complémentaire santé - mutuelles, assureurs ou instituts de prévoyance - proposent des contrats prenant en charge dans des proportions et des modalités variables ces restes à charge. Du point de vue des autorités publiques, le recours à une complémentaire santé dans la population est un enjeu de santé publique important dans la mesure où l'absence de couverture complémentaire et les restes à charge importants qui en découlent constituent un obstacle au recours aux soins, tout particulièrement parmi les ménages les plus pauvres (Raynaud, 2005 ; Kambia-Chopin et al. 2008). La création de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) et le renforcement récent de l'Aide à la complémentaire santé (ACS) illustrent cette préoccupation.

Des questions se posent naturellement. L'objectif, visé par ces politiques, d'une couverture générale de la population par une complémentaire santé (de qualité suffisante), est-il atteint et à quel degré ne l'est-il pas ? Les politiques mises en œuvre peuvent-elles être efficaces ?

Cette étude se propose d'apporter quelques éléments de réponse à ces questions. Il se donne plus précisément trois objectifs : (i) poser un diagnostic quantitatif sur les taux de recours à une complémentaire santé et sur les montants des dépenses de complémentaire santé (ii) mesurer les taux d'effort en assurance santé des ménages et mesurer l'accessibilité financière à une complémentaire santé (iii) identifier les déterminants du recours à une complémentaire santé ainsi que ceux décidant du niveau de dépenses engagées pour l'achat d'une complémentaire santé.

L'intérêt de cette étude sur le premier point est d'utiliser l'enquête Budget de Famille 2006 (BdF06), très rarement utilisée dans cette perspective. Les éléments quantitatifs présentés pourront ainsi être confrontés aux statistiques établies sur les enquêtes Santé Protection Sociale (Allonier et al., 2008) et l'enquête santé (Marical et de Saint Pol, 2007). Ils permettront de contribuer à renforcer ou à discuter des faits de première importance pour la régulation publique, en particulier sur le recours à la complémentaire santé et sur les montants des primes payés et des restes à charge.

¹ LEGOS : anne.legal@dauphine.fr.

² LEGOS-IRDES : florennce.jusot@dauphine.fr

³ LEGOS : jerome.wittwer@dauphine.fr.

Sur le deuxième point, il s'agit de revenir sur l'objectif plus ou moins explicite du régulateur public de permettre à chaque individu d'être couvert correctement par une assurance complémentaire santé. Cet objectif est en effet, *a priori*, peu compatible avec le libre choix laissé à chacun de souscrire ou non une assurance. Rien n'assure, en effet, qu'un individu pleinement informé ne choisisse pas, en toute rationalité, de ne pas souscrire une assurance complémentaire santé. C'est pourquoi la notion d'*accessibilité (affordability)* est utilisée dans la littérature pour nommer la possibilité *financière* qu'un individu, ou un ménage, a de bénéficier d'une complémentaire santé. Bundorf et Pauly (2006) discutent de cette notion et distinguent une définition normative de l'accessibilité d'une définition positive. La première définition utilise le seuil de pauvreté comme norme : un ménage a accès à telle complémentaire santé si, une fois défalquée la prime de son revenu disponible, il se situe au-dessus du seuil de pauvreté. La deuxième définition conclut, quant à elle, qu'un ménage a accès à une complémentaire santé si 50% des ménages⁴ lui ressemblant (ayant les mêmes risques et le même revenu) détiennent une complémentaire santé. Cette définition dit implicitement que, dès lors que le choix de détenir une complémentaire santé n'est qu'une affaire de goûts, l'accessibilité est considérée comme effective. Nous nous en tiendrons à l'évaluation de l'accessibilité dans son acception normative compte tenu de la difficulté de mise en œuvre de la définition positive de Bundorf et Pauly ; la difficulté tenant essentiellement à l'identification des variables censées influencer exclusivement le risque.

Le troisième point du papier est relatif à l'identification des déterminants de la détention d'une complémentaire santé et des dépenses engagées pour l'achat d'une complémentaire santé. Un nombre très réduit de travaux se sont intéressés à cette question en France. On relèvera cependant les études récentes de Saliba et Ventelou (2007) et de Grignon et Kambia-Chopin (2008). Ces travaux, qui se concentrent sur la détention d'une complémentaire santé à titre individuel, soulignent l'influence très nette du revenu sur la probabilité de détenir une complémentaire santé à l'instar des travaux de Marquis et Long (1995) et Auerbach et Ohri (2006) sur données américaines. Dans les travaux français cités, l'absence de rôle de l'état de santé déclaré est soulignée alors même que les primes sont, en France, peu dépendantes du risque. Notre étude se situera dans la lignée de ces travaux. Elle s'intéressera à la détention d'une complémentaire santé à titre individuel mais également à la dépense engagée pour sa souscription, ce qui est une façon de s'intéresser aux déterminants du choix de la qualité d'une assurance santé. L'enquête BdF06 a l'avantage, par rapport aux autres enquêtes utilisés, de nous permettre de tester l'influence des dépenses engagées sur les autres postes de consommation sur la détention d'une complémentaire santé. L'idée est de vérifier si des dépenses élevées sur des postes importants, le logement et le transport en l'occurrence, n'ont pas de répercussion sur la souscription d'une complémentaire santé. Comme constaté par Levy et Deleire (2003) sur données américaines, on peut en effet se demander si les contraintes financières supportées par les ménages sur certains postes de consommation en raison de prix élevés (logement) ou de consommations contraintes (transport) ne réduisent pas la probabilité de détenir une complémentaire santé ?

Le papier s'organisera ainsi. Dans une première section seront présentées les données utilisées. Dans une deuxième section seront exposés les principaux résultats en termes de recours à la complémentaire santé. La troisième section sera consacrée à une étude du taux d'effort en assurance santé. La quatrième section sera quant à elle destinée à une tentative de mesure de reste à charge. Enfin, la dernière section se focalisera sur les déterminants de la couverture par une complémentaire santé.

⁴ Le choix d'un seuil à 50% est naturellement arbitraire ; Bundorf & Pauly évaluent l'accessibilité positive pour plusieurs seuils.

1. Données

Les données analysées dans cet article sont issues de l'enquête « Budget de famille » (BdF06) de l'INSEE dans sa version 2006. Cette enquête porte sur un échantillon représentatif de 10 240 ménages « ordinaires » résidant en France métropolitaine⁵, correspondant à 25 364 individus. L'objectif de cette enquête étant de mesurer le plus précisément possible les dépenses et les ressources des ménages résidant en France, ce sont donc les ressources sous toutes leurs formes (revenus imposables ou non, prestations sociales, revenus du patrimoine, sommes provenant d'autres ménages, ressources exceptionnelles (loto, héritage, prime de licenciement, etc.)) qui sont enregistrées, ainsi que l'ensemble des dépenses (avec des informations sur leur montant et leur nature), dépenses qui sont par la suite ventilées dans une nomenclature détaillée d'environ 900 postes budgétaires.

Cette enquête présente donc deux avantages de taille. Le premier est d'apporter des informations particulièrement précises sur les revenus des ménages, offrant ainsi des données plus fiables que dans la plupart des enquêtes en population générale qui souffrent souvent de mauvaises déclarations des revenus. Le deuxième avantage de cette enquête est de répertorier de manière unique en France l'ensemble des consommations des ménages, et de renseigner en particulier le montant de la prime d'assurance payée en fonction des organismes complémentaires (mutuelles ou assureurs privés), données également rarement disponibles dans les enquêtes.

Le revenu utilisé dans cette étude correspond au revenu disponible total des ménages, c'est-à-dire au montant annuel total en euros l'ensemble des ressources des ménages hors ressources exceptionnelles auquel sont retranchés les impôts (impôts sur le revenu, impôts et taxes de la résidence principale, impôts et taxes de la résidence secondaire ou autre logement, taxes automobiles, autres impôts et taxes). Pour tenir compte de la taille des ménages, le revenu disponible par unité de consommation a également été calculé en divisant le revenu total par le nombre d'unité de consommation défini selon l'échelle d'équivalence de l'OCDE qui attribue un poids de 1 à la première personne du ménage, un poids de 0.5 aux autres membres du ménage âgés de plus de 14 ans et un poids de 0.3 aux enfants âgés de moins de 14 ans..

Plusieurs informations sont par ailleurs disponibles dans l'enquête pour repérer le fait d'être couvert par une complémentaire santé.

A l'échelle du ménage, tout d'abord, sont renseignées les dépenses engagées au cours des douze derniers mois par le ménage pour l'achat d'un contrat de couverture complémentaire auprès d'une mutuelle ou d'une assurance privée. Par ailleurs, chaque individu du ménage occupant un emploi de salarié déclare si son employeur a effectué au cours du dernier mois un prélèvement à la source sur son salaire pour l'achat d'une couverture complémentaire et le montant de ce prélèvement le cas échéant.

Ces informations permettent dès lors de repérer les ménages couverts à titre onéreux à partir des dépenses engagées soit par les ménages eux mêmes soit par l'employeur. Nous considérons ainsi qu'un ménage est couvert par une complémentaire santé à titre onéreux si le ménage déclare avoir payé pour une mutuelle ou une assurance privée sur les douze derniers mois et / ou si une personne au moins du ménage déclare qu'un prélèvement à la source sur le salaire a été effectué

⁵ Sont donc exclus les ménages collectifs (hospices, communautés religieuses, les cités universitaires, les foyers de travailleurs, les prisons, etc.) et les personnes sans domicile.

par l'employeur au cours du dernier mois pour une assurance ou une mutuelle complémentaire maladie.

Les personnes couvertes par une complémentaire santé à titre gratuit par l'intermédiaire de la CMUC ne sont pas directement repérables dans l'enquête Bdf06, celle-ci ne recueillant pas le statut vis-à-vis de ce dispositif. Le recours à la CMUC a donc été approximé à partir de l'éligibilité estimée des ménages au vu de leurs ressources, ce qui tend bien évidemment à surestimer le nombre de bénéficiaires de la CMUC⁶. Nous considérons ici qu'un ménage bénéficie de la CMUC s'il correspond à un foyer éligible au regard des critères définis par l'assurance maladie selon la loi du 27 juillet 1999 en vigueur au 1^{er} janvier 2000⁷.

Au final, sont considérés comme couverts par une complémentaire santé les ménages couverts à titre onéreux ou au titre de la CMUC. Et au niveau individuel, nous estimons enfin que toute personne appartenant à un ménage couvert est couverte par une complémentaire santé. Cette définition induit donc un biais de surestimation du taux de couverture.

Par ailleurs, cette enquête permet de connaître à l'échelle des ménages le montant des dépenses engagées par les ménages eux-mêmes ainsi que la somme des prélèvements effectués par les employeurs des différents membres du ménage pour l'achat d'un contrat de couverture complémentaire. Ces informations permettent alors de calculer le taux d'effort des ménages définis comme la part que représente les dépenses individuelles de complémentaire santé d'une part et l'ensemble des dépenses engagées par les ménages ou par leur employeur d'autre part dans le revenu disponible total des ménages.

L'enquête Bdf06 dispose de plusieurs informations permettant d'étudier à l'échelle des ménages les déterminants de la demande d'assurance complémentaire santé. Afin d'approximer le niveau de risque du ménage, nous avons retenu un indicateur dichotomique opposant les ménages dont au moins des membres souffrent de limitations fonctionnelles aux autres ménages. Celui-ci est a été construit à l'aide de la question suivante renseignée pour chacun des membres du ménage « untel (untelle) est-il (elle) handicapée(e) ou a-t-il (elle) quelques gênes ou difficultés dans la vie quotidienne ? ». Les autres questions relatives à la santé n'ont pas été retenues dans cette analyse car elles ne permettent d'obtenir des informations que sur les soins médicaux réguliers reçus pour des problèmes de santé spécifiques ainsi que sur le montant des dépenses occasionnées par ces soins.

Par ailleurs, plusieurs indicateurs ont été retenus pour caractériser le statut sociodémographique des ménages : le type de ménage, l'âge du chef de ménage, son niveau d'éducation du chef de ménage, défini par le plus haut diplôme obtenu, sa catégorie professionnelle et son statut d'occupation, la taille de la commune d'habitation.

Afin de prendre en compte la contrainte budgétaire des ménages, nous avons retenu le statut d'occupation du logement, le montant des dépenses de logement et le montant des dépenses de transport.

⁶ Pour plus de fiabilité dans les résultats, certaines analyses s'effectueront donc hors éligibles à la CMUC.

⁷ Sont éligibles à la CMUC les individus qui résident en France de façon stable et régulière, c'est-à-dire depuis plus de trois mois, et qui ont des ressources inférieures à un plafond qui varie selon la composition du foyer du demandeur et s'élève en 2006 à 593,8 euros par mois pour une personne seule résidant en France métropolitaine. Le foyer CMU comporte le demandeur et son conjoint, son concubin ou son partenaire lié par un PACS, ainsi que les enfants et autres personnes de moins de 25 ans vivant sous le même toit ou figurant sur sa déclaration fiscale ou recevant une pension alimentaire faisant l'objet d'une déduction fiscale. Par conséquent, la définition du foyer CMU diffère de celle du ménage au sens de l'INSEE : certains membres d'un ménage au sens de l'INSEE comprenant un foyer éligible à la CMUC peuvent en fait ne pas avoir droit à ce dispositif (par exemple les enfants âgés de plus de 25 ans) et de même, un ménage au sens de l'INSEE peut regrouper plusieurs foyers au sens de la CMU.

2. Recours à la complémentaire santé

Taux de couverture complémentaire santé en général

Selon l'enquête BdF 2006, 91,5% des ménages (91,9% des individus) sont couverts par une complémentaire santé, en faisant toutefois l'hypothèse forte que l'ensemble des ménages éligibles à la CMUC recourt effectivement à ce dispositif. En excluant de l'analyse les ménages éligibles à la CMUC, la proportion de ménages couverts par une complémentaire santé s'élève alors à 90,6% (respectivement 91,2% des individus en ôtant les individus éligibles à la CMUC) (Tableau 1).

Tableau 1 : Taux de couverture complémentaire santé en France en 2006

	Ménages			Individus		
	%	Effectif	Echantillon de référence	%	Effectif	Echantillon de référence
Couverture complémentaire ⁸	91,5%	9363	10236	91,9%	23319	25364
<i>Dont au titre d'éligibles à la CMUC</i>	9,1%	928	10236	8,8%	2227	25364
<i>Dont à titre onéreux</i>	87,0%	8906	10236	87,5%	22188	25364
Couverture hors éligibles à la CMUC	90,6%	8435	9308	91,2%	21092	23137

Champ : Les calculs effectués au niveau ménages ont été réalisés sur les chefs de ménage de plus de 18 ans.

Source : BdF 2006

Ces résultats rejoignent ceux trouvés à partir de l'enquête Santé ou ceux issus de l'exploitation de l'enquête Santé Protection Sociale (SPS) qui montraient qu'en 2003 pour l'enquête santé, comme en 2006 pour l'enquête SPS, 9 personnes sur 10 étaient couvertes par une complémentaire santé en France (Marical et Saint Pol, 2007 ; Kambia-Chopin *et al.*, 2008). Plus précisément, 93% de la population générale déclare bénéficier d'une couverture complémentaire santé dans l'enquête SPS 2006 (Kambia-Chopin *et al.*, 2008).

Nos résultats relatifs à la CMUC soulignent quant à eux que 9,1% des ménages sont éligibles au dispositif, ce qui semble tout à fait cohérent au regard des statistiques ministérielles qui faisaient état en 2006 d'un taux de couverture de la population pour la CMUC de 7,5% en France métropolitaine, sachant par ailleurs qu'il existe un taux de non-recours non négligeable à ce dispositif, de l'ordre de 20%⁹. Pour autant, approximer le nombre de bénéficiaires de la CMUC par le nombre d'éligibles à la CMUC, comme les données de l'enquête BdF nous y obligent, conduit inexorablement à surestimer le nombre réel de bénéficiaires de la CMUC.

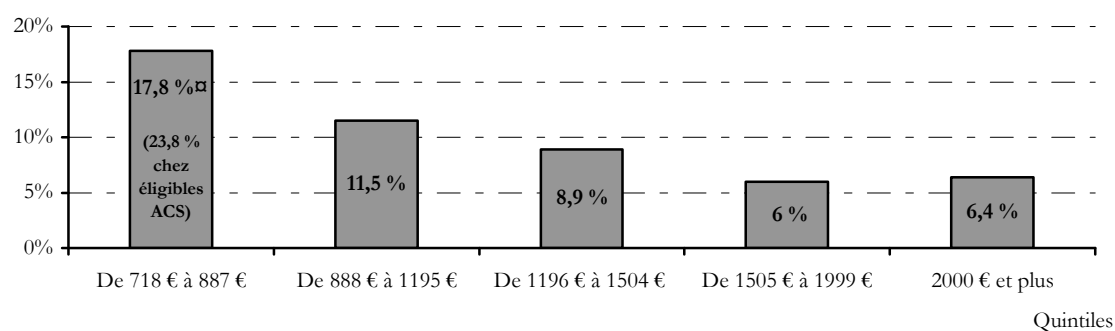
Si une partie importante de la population française est donc aujourd'hui couverte par une complémentaire santé, la nature même de cette complémentaire varie quant à elle fortement. Ainsi, alors que les trois quarts des ménages déclarent payer pour une mutuelle (76,3%) en 2006 dans l'enquête BdF, seulement un peu plus d'un ménage sur dix déclare payer pour une assurance privée (11,6%) et moins d'un quart des ménages déclare avoir un prélèvement de leur employeur pour une complémentaire santé (23,6%).

⁸ Intègre les individus éligibles à la CMUC.

⁹ Le nombre de bénéficiaires de la CMUC s'élève ainsi actuellement à 4,8 millions d'individus alors que 6 millions d'individus étaient censés pouvoir en bénéficier au moment du vote de la loi au vu des crédits alloués au dispositif et du seuil d'éligibilité fixé à l'époque à 1500 francs. Voir à ce sujet le rapport de recherche pour le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie « Comprendre les causes du non-recours à la CMUC » de Sandrine Dufour, Anne Legal et Jérôme Wittwer, septembre 2006.

En outre, on observe une forte variabilité du taux de détention de complémentaire santé en fonction des caractéristiques sociodémographiques du ménage, et en particulier en fonction du revenu. Ainsi, une étude par tranche de niveau de vie souligne que 17,8% des ménages (hors ménages éligibles à la CMUC) appartenant aux 20% de ménages ayant le niveau de vie le plus faible (premier quintile, soit un niveau de vie inférieur à 887€ par mois) ne sont pas couverts par une complémentaire santé, la proportion de non couverts passant même à 23,8% chez les éligibles à l'ACS, contre 6,4% pour le quintile le plus élevé (dernier quintile, soit un niveau de vie supérieur à 2000€ par mois) (Graphique 1).

Graphique 1 : Part des ménages non couverts par une complémentaire santé (hors éligibles à la CMUC) en fonction du quintile de niveau de vie du ménage



Champ : Les quintiles sont calculés sur l'ensemble des ménages.

Note : Le premier quintile de niveau de vie (de 0€ à 887€) est composé de ménages éligibles à la CMUC (revenus inférieurs à 598€ pour une personne seule), de ménages éligibles à l'ACS (revenus strictement inférieurs à 718€ pour une personne seule) et de ménages éligibles ni à la CMUC ni à l'ACS (revenus compris entre 718€ et 887€ pour une personne seule). Nous ne nous intéressons dans ce premier quintile qu'aux ménages non éligibles à la CMUC.

Lecture : □ : 17,8% de l'ensemble des ménages du premier quintile non éligibles à la CMUC ne sont pas couverts par une complémentaire santé. Parmi les éligibles à l'ACS, la proportion de non couverts par une complémentaire santé s'élève à 23,8%.

Source : BdF 2006

Ce résultat confirme également ceux issus de l'enquête Santé 2003 et de l'enquête SPS 2006, qui avaient déjà souligné le rôle déterminant du revenu dans l'accès à la complémentaire santé au niveau individuel (Marical et de Saint Pol, 2007 ; Kambia-Chopin *et al.*, 2008).

Le Tableau 2 récapitule de manière comparative ces résultats en termes de proportion d'individus non couverts par une complémentaire santé en fonction du quintile de niveau de vie du ménage d'appartenance. Il montre ainsi des résultats relativement proches en fonction de l'enquête de référence (l'enquête Santé 2003, l'enquête Santé et Protection Sociale 2006 ou l'enquête Budget de Famille 2006). Notons cependant que la part d'individus non couverts par une complémentaire santé est sensiblement plus faible lorsqu'elle est calculée à partir de l'enquête BdF que lorsqu'elle est calculée à partir des deux autres enquêtes, et ceci en raison de trois effets cumulatifs. D'un côté, l'approximation des bénéficiaires de la CMUC par les éligibles à la CMUC dans l'enquête BdF conduit mécaniquement à surestimer le nombre de bénéficiaires de la CMUC et donc à sous-estimer la part d'individus non couverts par une complémentaire santé au sein du premier quintile. D'un autre côté, les enquêtes en population générale sous-estiment souvent la part d'individus bénéficiant de la CMUC, en raison à la fois de la sous-représentation des personnes les plus précaires dans ces enquêtes et du caractère déclaratif de l'information relative au bénéfice de la CMUC. On sait en effet que la fiabilité de la déclaration des individus peut être

remise en question lors de déclaration de perception d'aide sous condition de ressources¹⁰. Enfin, les informations recueillis dans l'enquête Bdf06 permettent de repérer la détention d'une couverture complémentaire à l'échelle du ménage et non à l'échelle individuelle. Le calcul du taux de couverture à l'échelle individuelle repose donc sur l'hypothèse que toute personne appartenant à un ménage couvert est elle-même couverte par une assurance complémentaire, ce qui conduit donc à surestimer le taux de personnes couvertes.

Tableau 2 : Part des individus non couverts par une complémentaire santé¹¹ en fonction du quintile de niveau de vie du ménage d'appartenance

	En %				
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5
Enquête Santé 2003	21,0	9,9	6,0	5,6	4,3
ESPS 2006	14,4	8,6	4,4	3,9	3,0
BdF 2006	11,5	10,7	8,3	5,3	6,0

Champ : individus (individus de 18 ans et plus pour l'enquête Santé 2003 et l'enquête BdF 2006).
Lecture : selon l'enquête Santé 2003, 21% des individus appartenant aux 20% de ménages ayant le niveau de vie le plus faible (premier quintile) ne sont pas couverts par une complémentaire santé, contre 4,3% des individus appartenant aux 20% de ménages les plus riches (dernier quintile).

Même si la différence de variation la plus forte du taux de non bénéficiaires de couverture complémentaire santé concerne le revenu, on note également des différences en fonction de l'âge, et ce qu'elle soit l'enquête de référence (Tableau 3). Ainsi, en 2003 avec l'enquête Santé comme en 2006 avec l'enquête SPS ou l'enquête BdF, c'est parmi les jeunes que le taux de non-couverture est le plus fort, du fait en particulier de la perte du bénéfice de la couverture complémentaire de leurs parents, de revenus plus faibles et d'une meilleure santé en moyenne, ainsi que d'une plus grande exposition au chômage les privant ainsi de la couverture complémentaire obtenue par l'intermédiaire de l'employeur. On observe également un taux de non couverture en santé important parmi la population âgée, s'expliquant par la prise en charge à 100% par l'Assurance maladie des problèmes de santé les plus graves dans le cadre des Affections de longue durée ou de la perte de la couverture subventionnée par l'employeur au moment du passage à la retraite.

Tableau 3 : Part des individus non couvertes par une complémentaire santé en fonction de l'âge

	En %						
	18-29	30-39	40-49	50-59	60-69	70-79	80 et +
Enquête Santé 2003	13,6	9,4	7,7	8,3	8,2	70 et +	
						9,9	
ESPS 2006	11,2 ¹²	6,1	6,6	5,2	6,5	8,1	11,7
BdF 2006	11,7	7,8	8,3	7,2	5,6	7,2	9,3

Champ : individus (individus de 18 ans et plus pour l'enquête Santé 2003 et l'enquête BdF 2006).
Lecture : selon l'enquête Santé 2003, 13,6% des individus âgés de 18 à 29 ans ne sont pas couverts par une complémentaire santé, contre 9,9% des individus âgés de 70 ans et plus.

¹⁰ Ainsi, seulement un peu plus de 4% d'individus déclarent bénéficier de la CMUC dans l'enquête SPS 2006, raison pour laquelle l'enquête 2006 a interrogé un échantillon supplémentaire de 1700 CMUistes.

¹¹ Toutes complémentaires confondues, y compris la complémentaire offerte par la CMU, laquelle est estimée au niveau individuel pour l'enquête BDF 2006.

¹² Ce résultat pour l'enquête SPS 2006 concerne la tranche d'âge de 20 à 29 ans.

L'étude du recours à la complémentaire santé en fonction de l'indicateur qu'est le seuil de pauvreté (usuellement établi à hauteur de 60% du revenu médian, soit ici 803 euros par unité de consommation par mois) révèle quant à elle que 15,2% des ménages vivent en dessous de ce seuil, avec plus de la moitié de ces ménages pauvres qui est éligible à la CMUC (54,8%). Une analyse plus fine ne portant cette fois-ci que sur les ménages pauvres et non éligibles à la CMUC, c'est-à-dire sur les ménages devant financer eux-mêmes leur complémentaire santé alors qu'ils disposent de ressources extrêmement modestes, montre que 18,6% de ces ménages ne sont pas couverts par une assurance santé, alors que la proportion de ménages dépourvus de complémentaire tombe à 8,9% au sein des ménages dont les revenus sont supérieurs au seuil de pauvreté, et ce quels que soient leurs revenus.

3. Taux d'effort en assurance santé

Le taux d'effort en assurance santé représente la part du revenu disponible consacré à la souscription d'un contrat d'assurance santé. Dans le cadre de l'analyse d'un taux d'effort, il convient donc dans un premier temps de s'intéresser au niveau de la prime d'assurance santé.

Niveau des primes en assurance santé en fonction de la souscription du contrat d'assurance santé et du revenu

Les ménages non couverts sont dès lors exclus de l'échantillon de travail ainsi que les ménages éligibles à la CMUC, ce dispositif ne donnant lieu à aucun paiement de prime. L'analyse du niveau de la prime s'effectue en trois temps. On ne s'intéresse dans un premier temps qu'aux ménages ayant souscrit un contrat d'assurance santé à titre individuel sous forme d'une mutuelle ou d'une assurance privée. Le niveau de la prime correspond alors au montant annuel des cotisations versées au sein du ménage pour une mutuelle et / ou au montant annuel des primes versées au sein du ménage à un assureur privé. Puis l'analyse se focalise sur les ménages qui déclarent n'être couverts que par le biais de leur employeur, via un prélèvement à la source sur leur salaire. Le niveau de la prime correspond dès lors à la somme des prélèvements à la source effectués par l'employeur pour une assurance / mutuelle complémentaire santé au sein du ménage sur les douze derniers mois. Enfin l'analyse porte sur l'ensemble des ménages ayant souscrit à titre onéreux un contrat d'assurance santé, de manière individuelle ou par un prélèvement par l'employeur sur le salaire. Le niveau de la prime « totale » correspond alors à la somme des primes payées au niveau individuel (mutuelle et assurances privées) et par le biais de l'entreprise (prélèvements à la source).

Le niveau moyen des primes par ménage et par an s'élève alors à 1045 euros pour les ménages couverts uniquement à titre individuel (mutuelle ou assurance privée), à 1140 euros pour les ménages couverts uniquement par le biais de leur employeur et à 1204 euros pour les ménages couverts individuellement et / ou par le biais de l'employeur (Tableau 4).

De manière attendue, le niveau de la prime varie fortement, et ce quelle que soit l'origine de la souscription du contrat, en fonction de l'âge du chef de ménage (de 607 euros pour les contrats souscrits individuellement chez les 18-29 ans, à 1040 euros pour ces mêmes contrats chez les ménages de plus de 80 ans), de la catégorie socioprofessionnelle du chef de ménage (de 808 euros pour les contrats souscrits individuellement chez les inactifs, à 1319 euros pour ces mêmes contrats chez les agriculteurs) et en fonction du revenu (de 1062 euros pour les contrats souscrits individuellement et / ou par le biais de l'employeur chez les ménages dont les ressources se situent au sein du premier quintile de niveau de vie, à 1480 euros pour ces mêmes contrats chez les ménages dont les ressources se situent au sein du dernier quintile de niveau de vie).

Une analyse plus fine portant sur les 10% de primes les plus faibles versus les 10% de primes les plus élevées montre de très fortes disparités. Ainsi, la valeur moyenne des 10% de primes les plus

faibles (tous contrats confondus) sur l'ensemble de l'échantillon s'élève à 248 euros, contre 3317 euros pour la valeur moyenne des 10% de primes les plus élevées. Une étude par quintile de niveau de vie nous apprend également que la valeur moyenne des 10% de primes les plus faibles (également tous contrats confondus) s'élève à 219 euros au sein du premier quintile, contre 309 euros au sein du dernier quintile. De manière similaire, la valeur moyenne des 10% de primes les plus élevés (toujours tous contrats confondus) s'élève à 2794 euros au sein du premier quintile, contre 4368 euros au sein du dernier quintile.

Tableau 4 : Niveau des primes en assurance santé

	Contrats souscrits uniquement à titre individuel (mutuelle ou assurance privée)	Contrats souscrits uniquement par le biais de l'employeur (prélèvement à la source sur le salaire)	Contrats souscrits individuellement et / ou par le biais de l'employeur
Niveau moyen des primes par ménage et par an	1045 €	1140 €	1204 €
Niveau des primes en fonction de caractéristiques sociodémographiques			
<i>Age du chef de ménage</i>			
18-29 ans	607 €	569 €	752 €
30-39 ans	866 €	1044 €	1113 €
40-49 ans	1040 €	1071 €	1331 €
50-59 ans	1154 €	1575 €	1410 €
60-69 ans	1215 €	1318 €	1246 €
70-79 ans	1123 €	1476 €	1124 €
Plus de 80 ans	1040 €	NR	1044 €
<i>Catégorie professionnelle du chef de ménage</i>			
Agriculteur	1319 €	612 €	1333 €
Commerçant	1210 €	3786 € ¹³	1291 €
Cadre et profession intell. sup.	1303 €	1249 €	1487 €
Profession intermédiaire	992 €	1073 €	1247 €
Employé	884 €	907 €	1034 €
Ouvrier	965 €	1076 €	1064 €
Inactif	808 €	656 €	828 €
<i>Niveau de vie du ménage</i>			
1 ^{er} quintile	1022 €	1444 €	1062 €
2 ^{ème} quintile	941 €	1325 €	1050 €
3 ^{ème} quintile	967 €	933 €	1136 €
4 ^{ème} quintile	1025 €	857 €	1210 €
5 ^{ème} quintile	1274 €	1415 €	1480 €
Valeur moyenne des 10% de primes les plus faibles			
Sur l'ensemble de l'échantillon	219 €	184 €	248 €
Au sein du 1 ^{er} quintile	213 €	NR	219 €
Au sein du 5 ^{ème} quintile	277 €	266 €	309 €
Valeur moyenne des 10% de primes les plus élevées			
Sur l'ensemble de l'échantillon	2578 €	5235 €	3317 €
Au sein du 1 ^{er} quintile	2611 €	NR	2794 €
Au sein du 5 ^{ème} quintile	3537 €	5722 €	4368 €
Champ : Chefs de ménage de plus de 18 ans couverts par une complémentaire santé mais non éligibles à la CMUC. Lecture : NR : La faiblesse ou l'absence d'effectifs ne permettent pas d'effectuer le calcul.			

Source : BdF 2006

¹³ Le calcul n'a été effectué que sur 6 chefs de ménage, dont l'un qui déclare un prélèvement de 17604 euros par an pour son assurance santé.

Taux d'effort

L'analyse du taux d'effort se focalise, d'une part, sur les ménages non éligibles à la CMUC comme précédemment, et d'autre part sur les contrats souscrits uniquement individuellement, nécessitant donc un paiement « direct » de la part des ménages.

Le taux d'effort de ces ménages pour acquérir une couverture complémentaire santé individuelle s'élève alors à 4,3%. Mais ce résultat, général, ne révèle pas comme l'on pouvait s'y attendre au regard des résultats concernant le niveau des primes, les fortes variations du taux d'effort selon diverses caractéristiques sociodémographiques, et en particulier selon l'âge et la catégorie professionnelle du chef de ménage, ainsi que le niveau de vie du ménage.

Tableau 5 : Taux d'effort moyen d'acquisition d'une couverture complémentaire santé

	Contrats souscrits uniquement à titre individuel (mutuelle ou assurance privée)
Taux d'effort moyen par ménage et par an	4,2 %
Taux d'effort en fonction de caractéristiques sociodémographiques	
<i>Age du chef de ménage</i>	
18-29 ans	2,7 %
30-39 ans	3,0 %
40-49 ans	3,4 %
50-59 ans	4,0 %
60-69 ans	5,3 %
70-79 ans	5,5 %
Plus de 80 ans	5,8 %
<i>Catégorie professionnelle du chef de ménage</i>	
Agriculteur	7,4 %
Commerçant	5,2 %
Cadre et profession intell. sup.	3,2 %
Profession intermédiaire	3,6 %
Employé	4,4 %
Ouvrier	4,5 %
Inactif	5,0 %
<i>Niveau de vie du ménage</i>	
1 ^{er} quintile	7,8 %
2 ^{ème} quintile	4,9 %
3 ^{ème} quintile	3,9 %
4 ^{ème} quintile	3,2 %
5 ^{ème} quintile	2,6 %
Taux d'effort moyen des 10% de taux d'effort les plus faibles	
Sur l'ensemble de l'échantillon	0,6 %
Au sein du 1 ^{er} quintile	0,3 %
Au sein du 5 ^{ème} quintile	0,5 %
Taux d'effort moyen des 10% de taux d'effort les plus élevés	
Sur l'ensemble de l'échantillon	12,0 %
Au sein du 1 ^{er} quintile	22,2 %
Au sein du 5 ^{ème} quintile	0,7 %
Champ : Chefs de ménage de plus de 18 ans couverts par une complémentaire santé mais non éligibles à la CMUC.	
Notes : Quintiles calculés sur l'ensemble de la population.	

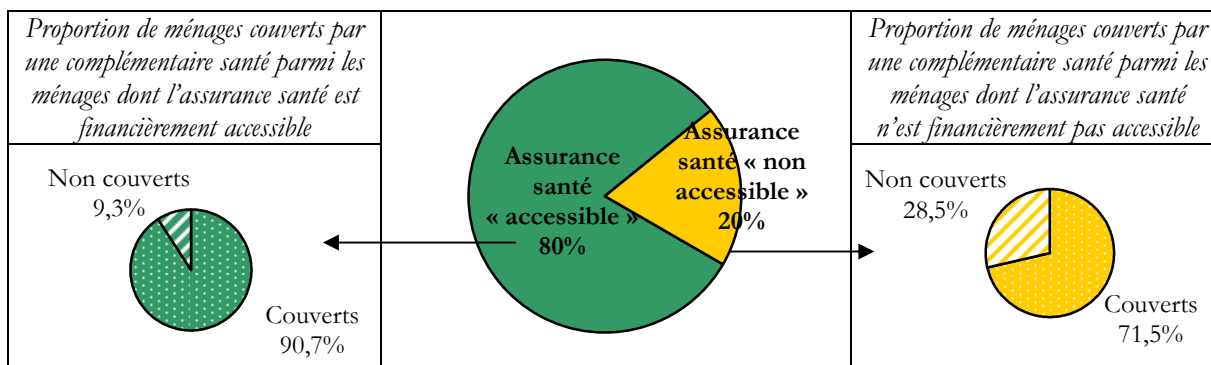
Source : BdF 2006

Ainsi, ce taux d'effort varie de 2,7% pour les 18-29 ans à 5,8% pour les plus de 80 ans (*taux d'effort moyen de 3,2% lorsque le chef de ménage est âgé de moins de 30 ans et de 7,1% chez les ménages dont le chef est âgé de 65 ans ou plus dans ESPS 2006*) et de 3,2% pour les cadres et professions intellectuelles supérieures à 7,4% pour les agriculteurs (*taux d'effort de moins de 4% pour les cadres et professions intellectuelles contre 6% pour les employés du commerce et les ouvriers non qualifiés contre dans ESPS 2006*). Enfin, le taux d'effort s'élève à 7,8% pour les ménages non éligibles à la CMUC appartenant aux 20% de ménages les plus pauvres (premier quintile) contre 2,6% pour les 20% de ménages les plus riches (dernier quintile), soit un rapport de un à trois (*taux d'effort variable de 10,3% pour les ménages les plus pauvres à 2,9 % pour les ménages les plus riches dans ESPS 2006*).

Nous avons ensuite procédé de la même façon que pour l'analyse du niveau des primes, en nous intéressant au taux d'effort moyen des 10% de taux d'effort les plus faibles puis au taux d'effort moyen des 10% de taux d'effort les plus élevés. Les résultats montrent que le taux d'effort moyen des 10% de taux d'effort les plus faibles s'élève à 0,6% sur l'ensemble de l'échantillon contre 12% pour le taux d'effort moyen des 10% de taux d'effort les plus élevés. Nos résultats soulignent également de fortes inégalités de taux d'effort en fonction du revenu, le taux d'effort moyen des 10% de taux d'effort les plus élevés s'élevant à 22,2 % au sein du premier quintile, contre 0,7% au sein du dernier quintile.

Certains économistes se sont parallèlement intéressés à la notion d'« accessibilité » au sens financier (affordable) de l'assurance santé (Bundorf et Pauly, 2006). Une définition normative de celle-ci considère qu'un individu a accès à une assurance santé lorsque son revenu disponible net du coût de l'assurance est supérieur à un seuil défini, correspondant souvent au seuil de pauvreté. Une fois la dépense en complémentaire santé déduite du revenu des ménages dans l'enquête BDF 2006, un cinquième des ménages n'a financièrement pas accès à une complémentaire santé (Graphique 2). Et au sein de ces ménages, 29% ne sont effectivement pas couverts par une assurance santé, contre 9% parmi les ménages considérés comme ayant financièrement accès à une complémentaire santé, soit un rapport de un à trois.

Graphique 2 : Accessibilité au sens financier de l'assurance santé



Source : BDF 2006

Au final, ce sont donc 4% des ménages qui « basculent » dans la pauvreté du fait de leurs dépenses en complémentaire santé si l'on s'en tient à la définition normative proposée par Bundorf et Pauly en 2006 (Tableau 5).

Tableau 6 : Proportion de ménages pauvres en fonction de la définition adoptée de la pauvreté

	Taux de pauvreté classique	Taux de pauvreté ajusté sur la dépense en complémentaire santé
Définition du seuil de pauvreté	Niveau de vie du ménage inférieur à 60% du revenu médian	Niveau de vie du ménage net de la dépense en complémentaire santé inférieur à 60% du revenu médian
Proportion de ménages « pauvres »	15,2%	19,2%

Source : BdF 2006

5. Les déterminants de la couverture par une complémentaire santé en 2006

Il est tout d'abord utile de remarquer que les estimations conduites sur l'ensemble de l'échantillon ou sur l'échantillon réduit (sans les assurés à titre professionnel) sont très semblables. Les commentaires ci-dessous peuvent donc s'appliquer très généralement aux deux estimations. Nous ferons néanmoins implicitement référence à l'estimation sur l'échantillon réduit qui permet des interprétations plus aisées.

L'analyse économétrique confirme les résultats trouvés par les études précédentes. Les ménages dont la personne de référence est âgée de 18 à 29 ans ont une probabilité plus faible d'être couvert par une assurance complémentaire que les autres ménages, que celle-ci soit acquise individuellement ou liée à l'emploi.

La possession d'une couverture complémentaire est naturellement liée à la situation de la personne de référence sur le marché du travail. Les étudiants et les chômeurs ont ainsi une probabilité plus faible d'être couvert que les personnes occupant un emploi alors que les retraités ont une probabilité plus forte d'être couvert.

Les résultats font également apparaître une relation significative entre le niveau d'instruction et la détention de couverture. Les personnes sans diplôme ont clairement une probabilité plus faible d'être couvertes que les diplômés du premier cycle. Il est cependant intéressant de remarquer que le lien entre diplôme et couverture n'est pas monotone. En effet, si la significativité est moins nette, on note néanmoins que les diplômés du supérieur ont, quant à eux, une probabilité plus faible de détenir une complémentaire santé. Ce résultat, fragile, vient s'ajouter au constat que les cadres se distinguent des professions intermédiaires et des employés par une probabilité d'être couverts non significativement différente de celle des ouvriers. On peut y voir l'expression d'une rationalité aiguisée chez les plus diplômés et les plus qualifiés plus enclins à mettre en œuvre un arbitrage fin entre coût de la prime et risque. On note également, sans surprise, que les artisans et commerçants recourent moins à une assurance complémentaire santé sans que l'on sache si cela révèle des préférences particulières ou le souci de diminuer les charges pour faire face à une variabilité des revenus propres à ces professions.

Du point de vue des types de ménages, les couples (avec ou sans enfants) s'opposent nettement aux personnes seules (avec ou sans enfants), ces derniers détenant moins souvent une couverture complémentaire. Si le choix relève du goût, ce résultat est rendu mécanique par notre définition d'un ménage couvert : on a plus de chance de trouver un « amateur » de couverture santé dans un couple que dans un ménage composé d'un seul adulte. Mais cette explication est à prendre avec précaution puisque les « autres ménages » ont une probabilité plus faible d'être couvert alors qu'ils sont composés par définition de plusieurs adultes.

Les locataires sont manifestement moins couverts que les propriétaires ou accédants. Ce résultat est surprenant car il est contrôlé des dépenses de logement. On constate avec étonnement que la probabilité de détenir une complémentaire est une fonction croissante de ces dépenses, même si

la significativité est faible pour le modèle estimé sur l'échantillon restreint à la couverture individuelle. Il existerait donc, à statut d'occupation donné, un lien de complémentarité (confirmé par le modèle *tobit*) entre détention d'une complémentaire santé et dépenses de logement. Ce lien est également obtenu pour les dépenses de transport. Si, bien sûr, il est important de rester prudent, notamment en raison du caractère clairement endogène de ces variables de dépenses¹⁴, on peut néanmoins avancer que, contrairement aux résultats sur données américaines (Levy et Deleire (2003)), les ménages français qui dépensent beaucoup en logement et en transport dépensent également beaucoup pour leur couverture santé.

A la suite des études précédentes sur données françaises (Saliba et Ventelou (2006) et Grignon et Kambia-Chopin (2008)), nos résultats confirment que le non-recours à une complémentaire santé est plus fréquent dans les grandes villes, et encore plus sensiblement à Paris, sans que cela puisse s'expliquer par le coût du logement comme nous venons de le préciser.

L'enquête BdF ne renseigne pas l'état de santé aussi finement que les enquêtes Santé ou SPS. La variable « présence d'une personne handicapée » utilisé dans l'estimation est ainsi un proxy très grossier de l'état de santé. Quoiqu'il en soit, aucun lien significatif n'est observé entre cette variable et la probabilité de détenir une assurance complémentaire santé. Bien entendu, il est fort probable que la corrélation forte entre ce proxy et le statut d'ALD fausse le résultat. Néanmoins, même contrôlé par le statut d'ALD, Saliba et Ventelou (2006) et Grignon et Kambia-Chopin (2008) n'établissent pas plus de lien entre état de santé et probabilité d'être couvert. Le lien ténu entre la probabilité d'être couvert et l'âge du chef de ménage est aussi une confirmation de la faible place apparente du risque objectif dans le choix de détenir une complémentaire santé. Il faut néanmoins remarquer que, pour l'effet de l'âge, le rôle du prix (prime plus élevée avec l'âge) peut expliquer l'absence de lien¹⁵.

Enfin, le lien très robuste entre couverture santé et revenus est à nouveau observé. Nos estimations viennent sur ce point renfoncer les résultats de Saliba et Ventelou (2006) et Grignon et Kambia-Chopin (2008). De manière très surprenante, on note que les éligibles ACS ont une probabilité plus faible de détenir une complémentaire santé, tout du moins si l'on retient un seuil de significativité à 10%. Ce résultat est néanmoins à considérer prudemment. En effet, compte tenu du lien très fort entre revenu et probabilité d'être couvert, il est possible que la forme polynomiale retenue pour mesurer l'influence du revenu soit mal adaptée en bas de la distribution des revenus et que l'éligibilité à l'ACS soit « utilisée » par le modèle pour capturer un lien encore plus fort pour les revenus faibles. Malgré tout, il est remarquable de noter que l'effet de l'ACS est invisible dans nos estimations.

Du point de vue qualitatif, le modèle *tobit* confirme largement les liens établis sur les modèles dichotomiques (ce qui conforte le choix de la modélisation). On remarque néanmoins les effets prix assez net de l'âge (mise à jour d'un lien décroissant plus net des dépenses de complémentaire avec l'âge), ainsi que de la taille du ménage (les couples sans enfant se démarquant plus nettement des couples avec enfant).

¹⁴ Les résultats des estimations sont très voisins si l'on omet ces variables de dépenses ce qui nous autorise à les introduire sans dénaturer les interprétations sur les autres variables.

¹⁵ Le modèle *tobit* ne dévoile cependant pas de lien entre dépenses de complémentaire et les âges élevés tout du moins pour une référence à 50-59 ans.

Tableau 6 : Les déterminants de la couverture par une complémentaire santé en 2006

	Probabilité d'être couvert (modèle logit)			Probabilité d'être couvert individuellement (modèle logit)			Logarithme des dépenses d'assurance engagées volontairement par les ménages (modèle tobit)		
	coeff	écart-type	proba critique	coeff	écart-type	proba critique	coeff	écart-type	proba critique
Constante	-0.2463	0.5507	0.6547	-0.3162	0.5576	0.5707	4.1241	0.4161	<.0001
18-29 ans	-0.5473	0.1513	0.0003	-0.5410	0.1556	0.0005	-0.9794	0.1417	<.0001
30-39 ans	-0.1143	0.1339	0.3933	-0.1242	0.1372	0.3654	-0.3679	0.1141	0.0013
40-49 ans	-0.2129	0.1280	0.0963	-0.2309	0.1316	0.0793	-0.3322	0.1096	0.0024
50-59 ans	ref			ref			ref		
60-69 ans	-0.0702	0.2212	0.7511	0.0146	0.2172	0.9464	0.1017	0.1506	0.4994
70-79 ans	-0.1441	0.2467	0.5591	-0.0615	0.2425	0.7998	0.1219	0.1635	0.4559
80 ans et plus	-0.2678	0.2764	0.3325	-0.2283	0.2725	0.4022	0.0856	0.1932	0.6577
<i>Occupe un emploi</i>	ref			ref			ref		
Etudiant, stagiaire	-1.1273	0.2952	0.0001	-0.8195	0.2961	0.0056	-1.9948	0.3292	<.0001
Chômeur	-0.9050	0.1595	<.0001	-0.5477	0.1602	0.0006	-0.7328	0.1706	<.0001
Retraité	0.5317	0.2192	0.0153	0.8355	0.2148	0.0001	0.5633	0.1506	0.0002
Femme ou homme au foyer	-0.0948	0.3762	0.8010	0.2385	0.3749	0.5246	0.1084	0.3394	0.7493
Autre situation	0.3603	0.3814	0.3448	0.6720	0.3811	0.0779	0.4523	0.3043	0.1372
Agriculteur	0.4035	0.2505	0.1073	0.5274	0.2508	0.0355	0.5341	0.1570	0.0007
Artisan-commerçant	-0.5302	0.1526	0.0005	-0.3434	0.1541	0.0259	-0.2274	0.1282	0.0760
Cadre et prof. intell. supérieure	0.1635	0.1606	0.3085	0.0655	0.1647	0.6910	0.0919	0.1271	0.4698
Profession intermédiaire	0.3658	0.1288	0.0045	0.3053	0.1325	0.0212	0.1796	0.1012	0.0758
Employé	0.3803	0.1130	0.0008	0.3483	0.1160	0.0027	0.2960	0.0940	0.0016
<i>Ouvrier</i>	ref			ref			ref		
Sans profession	-0.0477	0.2682	0.8588	-0.1363	0.2673	0.6102	-0.1995	0.2412	0.4081
Aucun diplôme	-0.5005	0.1167	<.0001	-0.5227	0.1193	<.0001	-0.4813	0.0994	<.0001
CEP	-0.1742	0.1455	0.2312	-0.2052	0.1464	0.1610	-0.1206	0.1019	0.2364
1 ^{er} cycle, CAP/BEP	ref			ref			ref		
2 nd cycle	-0.2315	0.1270	0.0684	-0.2297	0.1305	0.0785	-0.0976	0.1033	0.3446
Supérieur	-0.1972	0.1260	0.1175	-0.1841	0.1285	0.1520	-0.0917	0.0999	0.3587
Personne seule	-0.3209	0.1178	0.0065	-0.2188	0.1214	0.0714	-0.7647	0.1025	<.0001
Famille monoparentale	-0.4620	0.1419	0.0011	-0.3832	0.1468	0.0090	-0.6936	0.1345	<.0001
Couple sans enfant	0.0157	0.1202	0.8962	0.1021	0.1233	0.4076	-0.1586	0.0950	0.0951
Couple avec enfant	ref			ref			ref		
Autre type de ménage	-0.5027	0.2085	0.0159	-0.3671	0.2144	0.0869	-0.5045	0.1912	0.0083
Accédant à la propriété	0.3748	0.1110	0.0007	0.3255	0.1148	0.0046	0.3157	0.0948	0.0009
Propriétaire	0.4382	0.1198	0.0003	0.4334	0.1212	0.0003	0.3962	0.0940	<.0001
Logé gratuitement,	0.3742	0.1948	0.0547	0.3334	0.1975	0.0913	0.3188	0.1558	0.0408

usufruitier									
Locataire, sous-locataire	ref			ref			ref		
Rurale	0.3321	0.1143	0.0037	0.3545	0.1162	0.0023	0.3119	0.0881	0.0004
Moins de 20.000 hab.	0.2077	0.1185	0.0798	0.2646	0.1206	0.0283	0.2186	0.0932	0.0190
20.000 – 100.000 hab.	0.3186	0.1287	0.0133	0.3438	0.1312	0.0088	0.2856	0.1019	0.0051
Plus de 100.000 hab.	ref			ref			ref		
Unité urbaine de Paris	-0.3021	0.1055	0.0042	-0.2253	0.1085	0.0378	-0.1614	0.0958	0.0919
Au moins une personne handicapée dans le ménage	0.0582	0.0960	0.5442	0.0565	0.0973	0.5614	0.0853	0.0728	0.2416
Eligible à l'ACS	-0.3176	0.1395	0.0228	-0.2449	0.1408	0.0819	-0.3797	0.1348	0.0049
Revenu disponible par UC	0.000085	0.000019	<.0001	0.000064	0.000019	0.0010	0.0000	0.0000	0.0003
Revenu disponible par UC au carré	-1.71E-9	5,00E-10	0.0006	-1.35E-9	4.95E-10	0.0066	-0.0000	0.0000	0.0009
Revenu disponible par UC au cube	8.49E-15	3.46E-15	0.0141	6.79E-15	3.38E-15	0.0444	0.0000	0.0000	0.0012
Log des dépenses de logement	0.1194	0.0526	0.0232	0.1007	0.0532	0.0583	0.0863	0.0407	0.0340
Log des dépenses de transport	0.0692	0.0200	0.0005	0.0632	0.0202	0.0018	0.0537	0.0167	0.0013

Source : Bdf 2006 avec comme population de référence les individus non couverts par une complémentaire santé.
Champ : Ménages non éligibles à la CMUC et dont le chef est majeur.
Lecture : le modèle est à résidus logistiques (logit). Un coefficient positif accroît la probabilité de non couverture par rapport à la modalité de référence avec *** significatif à 1% ; ** significatif à 5% ; * significatif à 10% ; ns non significatif.
Les odds ratio sont entre parenthèses

6. Conclusion

Cette étude se proposait d'éclairer pour la première fois en France la question du taux de recours à une complémentaire santé en France et ses déterminants à partir du relevé exhaustif des dépenses des ménages, tel que renseigné dans l'enquête Budget des Familles 2006.

Ses résultats confirment tout d'abord les résultats des études précédentes tant sur le bilan quantitatif du taux de recours à une complémentaire santé que sur les déterminants du recours à une complémentaire santé. Environ 9 personnes sur 10 sont couvertes par une assurance complémentaire en France et le taux de couverture varie fortement avec le niveau de vie des ménages. Ainsi, le taux de non couverture par une complémentaire santé décroît de près 18% parmi les ménages appartenant au premier quintile de revenu à moins de 7% pour les ménages les plus aisés. Le rôle essentiel du revenu est par ailleurs confirmé par les résultats de l'analyse économétrique des déterminants du recours à la complémentaire santé et des dépenses engagées pour son achat.

Le relevé des dépenses engagées pour l'achat de complémentaire santé nous a également permis d'apprécier la part des ressources consacrées par les ménages pour l'achat d'une complémentaire santé ainsi que son accessibilité financière. Les résultats montrent que les dépenses de complémentaire santé sont loin d'être négligeables, notamment pour les ménages les plus pauvres, pour qui elles représentent en moyenne près de 8% de leur revenu disponible. Ce coût élevé de l'assurance santé permet alors de comprendre la relation mise en évidence entre niveau de revenu et taux de couverture par une complémentaire santé. En effet, selon la définition

normative proposée par Bundorf et Pauly, l'assurance santé n'est pas accessible financièrement à près de 20% des ménages.

Tout laisse donc à penser que la complémentaire santé est un bien normal banal dont la consommation répond essentiellement au revenu. L'effet du risque objectif s'observe uniquement par le fait que les dépenses engagées pour l'achat d'une complémentaire sont plus élevées à partir de 50 ans. Mais ce résultat reflète avant tout un effet prix, le lien est en effet inexistant sur les modèles de choix dichotomiques. Les liens de complémentarité entre dépenses de logements et de transport suggèrent que la variabilité entre ménages s'explique aussi par des « choix de vie », la complémentaire santé étant à considérer comme un élément de « confort » au même titre que le logement ou le transport.

Bibliographie

ALLONIER C., DOURGNON P., ROCHEREAU T. (2008), Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006, IRDES, Rapport n°1701, 238 pages.

BUNDORF K. M, PAULY M. V. (2006), « Is health insurance affordable for the uninsured? », *Journal of Health Economics*, pp. 650-673.

FENNINA A., GEFFROY Y. (2007), Comptes nationaux de la santé, DREES, Ministère de la santé.

FRANC C., PERRONNIN M. (2007), « Aide à l'acquisition d'une assurance maladie complémentaire : une première évaluation du dispositif ACS », *Questions d'économie de la Santé*, IRDES, n° 121.

GRIGNON M., KAMBIAN-CHOPIN B. (2008), "Income and the demand for complementary health insurance in France", Document de travail.

LEVY H., DELEIRE T. (2003), "What Do People Buy When They Don't Buy Health Insurance And What Does that Say About Why They Are Uninsured?", *National Bureau of Economic Research*, Working Paper 9826.

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)", *Questions d'économie de la Santé*, IRDES, n° 132.

MARICAL F., SAINT-POL (de) T. (2007), « La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités », *Insee Première*, INSEE, n°1142.

RAYNAUD D. (2005), « Les déterminants individuels des dépenses de santé : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire », *Etudes et résultats*, 378.

SALIBA B., VENTELOU B. (2007), "Complementary health insurance in France Who pays? Why? Who will suffer from public disengagement?", *Health Policy*, n°81, pp. 166-182.

THOMAS K. (1994-95), « Are subsidies enough to encourage the uninsured to purchase health insurance ? An analysis of underlying behaviour », *Inquiry*, n°31, pp. 415-424.

YEGIAN J., DAVID G., MARK D., ELEANOR K. (2000), "The nonpoor uninsured in California, 1998", *Health Affairs*, 19(4), pp. 171-177