

FICHE 6

LA COUVERTURE DES JEUNES CONTRE LES RISQUES MALADIE, MATERNITE, ACCIDENTS DU TRAVAIL ET LEUR ACQUISITION DE DROITS A L'ASSURANCE VIEILLESSE

Le rapport 2015 de l'Igas sur *La protection sociale des jeunes de 16 à 29 ans* en présente une analyse critique très détaillée, dont nous ne repreneons que les grands traits dans cette fiche. Nous nous sommes cependant efforcés d'actualiser les analyses juridiques, celles du rapport Igas étant arrêtées à l'automne 2014.

Chacun des premiers chapitres est consacré à un risque : la couverture maladie et maternité des jeunes, la couverture des accidents du travail et des maladies professionnelles (AT-MP), les droits à retraite. Dans la mesure du possible, sont précisées pour chaque risque les spécificités de certains statuts ou situations qui concernent plus particulièrement les jeunes.

Nous ne traitons pas de l'invalidité car elle ne concerne les jeunes que de façon très marginale (les 16-29 ans représentent 0,6% des bénéficiaires de pension d'invalidité) et renvoyons sur ce point au rapport Igas, ni de la couverture du risque chômage qui est développée dans le chapitre II du Tome III du rapport.

Par ailleurs, les dispositifs de soutien au revenu des jeunes en difficulté sont traités dans la fiche *RSA, PPE et Prime d'activité - Quel soutien financier aux jeunes adultes ?*

CHAPITRE 1 - LA COUVERTURE MALADIE ET MATERNITE DES JEUNES

La couverture maladie couvre deux risques : la prise en charge d'une partie des dépenses de soins (prestations en nature) et la fourniture d'un revenu de remplacement en cas de maladie ou de maternité (prestations en espèces).

Notre système est organisé en deux volets : couverture de base et couverture complémentaire.

SECTION 1 - PRESTATIONS EN NATURE (PRISE EN CHARGE DES DEPENSES DE SOINS)

I) COUVERTURE DE BASE (ASSURANCE MALADIE OBLIGATOIRE – AMO)

A) L'affiliation des jeunes majeurs comme ayant droit et au titre de la CMU disparaît avec la création de la PUMa début 2016

1) Quatre voies d'affiliation à l'AMO jusqu'à fin 2015

Jusqu'à la création de la protection maladie universelle (PUMa) début 2016, les jeunes pouvaient être affiliés à l'AMO soit à titre personnel, soit comme ayant droit (de leurs parents¹, ou de leur conjoint, concubin ou partenaire de Pacs²). Cette dernière voie d'affiliation a été supprimée avec la PUMa.

Jusqu'à fin 2015, il existait trois voies d'affiliation à titre personnel pour les jeunes - comme pour toute personne résidant en France de façon stable et régulière :

- soit au titre de son activité professionnelle s'il avait un emploi ou relevait d'un statut particulier (contrat d'apprentissage³, contrat de professionnalisation, CUI-CAE, CUI-CIE, Emploi d'avenir, CIVIS, Garantie Jeunes, service civique ; congé parental). La couverture maladie professionnelle était conditionnée à une période de travail ou une cotisation minimale.

- soit à un régime étudiant s'il était inscrit dans un établissement d'enseignement supérieur⁴ et qu'il n'était pas déjà affilié à titre personnel par ailleurs (avec une limite d'âge de 28 ans). Les prestations en nature sont alors servies par les mutuelles étudiantes par délégation du régime général (« sections locales mutualistes »). Les stagiaires restent affiliés au régime étudiant. Les étudiants boursiers (ayant-droit de leur parent ou ayant une activité professionnelle) sont exonérés de la cotisation à l'assurance maladie des étudiants (215€ par an – cf. le Tome II).

¹ Un jeune était considéré comme ayant droit jusqu'à ses 16 ans, et jusqu'à 20 ans en cas de poursuite d'études.

² S'il n'exerce pas d'activité et ne bénéficie pas lui-même d'un régime obligatoire de sécurité sociale.

³ Dès lors qu'un apprenti a conclu un contrat d'apprentissage avec un employeur il est couvert pour les risques maladie, maternité, AT-MP, invalidité et décès.

⁴ Y compris écoles techniques supérieures, grandes écoles et classes du second degré préparatoires à ces grandes écoles.

- soit au titre de la CMU s'il n'avait pas d'autre voie d'affiliation (affiliation subsidiaire). La personne affiliée n'était alors redevable d'une cotisation que lorsque ses ressources⁵ dépassaient un plafond égal à 9 601€ annuels en 2015 ; le montant de la cotisation était alors égal à 8% du montant des ressources excédant le plafond. L'affiliation était donc gratuite pour des ressources en deçà du plafond⁶. La CMU a disparu au 1^{er} janvier 2016 avec la mise en place de la PUMa.

2) Une affiliation uniquement à titre personnel depuis la mise en place de la PUMa en 2016

La protection universelle maladie (PUMa) est mise en place à compter du 1^{er} janvier 2016 (article 59 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2016).

Elle garantit à toute personne qui travaille ou réside en France un droit à la prise en charge de ses frais de santé (hors prestations en espèces), sans démarche particulière à accomplir.

a) Simplification et continuité du droit

C'est une mesure de simplification visant à garantir un droit au remboursement des soins de façon continue, malgré d'éventuels changements familiaux (mariage, séparation, veuvage, déménagement) ou professionnels (perte d'emploi notamment).

En pratique, les assurés ne vont plus être sollicités, parfois chaque année, pour faire valoir leur droit à l'assurance maladie. L'étude d'impact du PLFSS révèle que 1,3 million de personnes doivent apporter chaque année des justifications de leur rattachement administratif à l'assurance maladie à la suite d'un changement professionnel, d'un déménagement, d'un divorce...Par ailleurs, les assurés peuvent désormais rester dans leur régime d'assurance maladie même en cas de perte d'activité ou de changement de situation personnelle.

b) Les bénéficiaires de la PUMa

A partir du 1^{er} janvier 2016, toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière relève de la protection maladie universelle et bénéficie à ce titre du droit à la prise en charge de ses frais de santé :

- Les personnes qui travaillent n'ont plus à justifier d'une activité minimale ; seul l'exercice d'une activité professionnelle est pris en compte.

- Les personnes sans activité professionnelle bénéficient de la prise en charge de leurs frais de santé au seul titre de leur résidence stable et régulière en France (résider en France depuis au moins trois mois à l'ouverture des droits puis au moins six mois par an).

⁵ A partir du revenu fiscal de référence, comprenant donc des revenus d'activité et des revenus du capital.

⁶ Plus quelques cas d'exonérations spécifiques.

c) Le régime des cotisations

Les cotisations dépendent de la situation de l'assuré et de ses ressources.

- L'assuré a une activité professionnelle : rien ne change, les cotisations maladies sont calculées en fonction de son revenu.
- L'assuré dispose de revenus d'activités professionnelles nuls ou faibles (inférieurs à 3 862 € -valeur 2016) et de revenus du capital supérieurs à 9 654 € en 2016 : il est redevable de la cotisation subsidiaire maladie qui est automatiquement calculée sur la base des informations transmises par l'administration fiscale. Il n'y a donc aucune démarche à effectuer (contrairement à l'affiliation à la CMU de base qui nécessitait une demande). La cotisation est de 8% du montant des revenus du capital qui excèdent le seuil de 9 654 €.
- L'assuré est une personne sans activité ou avec des revenus d'activité faibles (inférieurs à 3 862 €) : il n'a aucune cotisation subsidiaire maladie à régler.
- L'assuré perçoit un revenu de remplacement (allocation chômage, pension, retraite) : les cotisations maladies continuent d'être calculées en fonction du montant de son revenu, il n'est pas redevable de la cotisation subsidiaire maladie.
- Le conjoint de l'assuré (avec lequel il est lié par le mariage ou un pacte civil de solidarité) perçoit des revenus d'activités professionnelles supérieurs à 3 862 € (valeur 2016) ou perçoit des revenus de remplacement : l'assuré n'est pas redevable de la cotisation subsidiaire maladie.
- L'assuré est étudiant, et payera alors la cotisation forfaitaire étudiante à ce titre⁷, mais il n'est pas redevable de la cotisation subsidiaire maladie

d) Disparition de la CMU de base et du statut d'ayant droit pour les majeurs

Toutes les personnes étant désormais couvertes du fait de leur activité professionnelle ou de leur résidence, le système de la CMU de base disparaît. La mise en place de la PUMa ne modifie cependant pas la CMU complémentaire (ni son principe ni ses règles d'attribution).

⁷ Comme avant, c'est au moment de son inscription dans un établissement de l'enseignement supérieur que l'étudiant choisit la mutuelle étudiante qui le prendra en charge (en dehors des situations spécifiques prévues par les textes) et paie la cotisation forfaitaire étudiante. Les étudiants boursiers, salariés et ceux âgés de moins de 20 ans durant l'année universitaire sont exonérés de la cotisation étudiante. Pour les étudiants, la PUMa clarifie les bornes de l'année universitaire au sens du droit de la sécurité sociale : celle-ci démarre désormais le 1^{er} septembre pour s'achever le 31 août.

e) Une plus grande confidentialité des informations sur la santé

En pratique, avec la réforme, toute personne majeure est assurée à titre individuel dès sa majorité (ou dès 16 ans à sa demande). Elle pourra choisir de percevoir ses remboursements sur son propre compte bancaire, recevoir son propre décompte de remboursement et disposer de son propre compte Ameli, ce qui garantit une meilleure confidentialité des informations sur les frais de santé pris en charge.

3) Reste-t-il des problèmes de couverture pour les jeunes ?

Il n'y a en principe plus de problème de couverture depuis la création de la CMU.

Il reste les problèmes de gestion. Dans son rapport de 2015, l'Igas note trois types de problèmes de gestion auxquels les jeunes peuvent être confrontés : au moment du basculement du statut d'ayant droit de leurs parents à celui d'assurés autonomes ; du fait de la défaillance du régime étudiant ; en cas de changement d'activité, ce qui est fréquent chez les jeunes. La mise en place de la PUMa début 2016 devrait permettre d'aplanir certains problèmes de gestion liés au passage d'un statut à un autre⁸.

Encadré - Les difficultés de gestion du régime étudiant

Différents rapports ont souligné ces difficultés et font état :

- à la fois d'une sous-affiliation au régime étudiant (estimée à 170 000 par les représentants d'une union des mutuelles étudiantes) et d'une comptabilisation à tort de bénéficiaires au sein du régime de sécurité sociale étudiant (de l'ordre de 33% des bénéficiaires)

- à la fois d'un excédent massif (de près de 50%) de cartes Vitale actives rattachées au régime étudiant par rapport au nombre de bénéficiaires (correspondant à des rattachements erronés, des cartes en doublon) et d'un faible taux d'équipement Vitale des affiliés du régime étudiant, ce qui augmente les coûts de gestion (et les délais de remboursement) du fait d'un moindre recours à la télétransmission.

Le décret n°2013-1260 du 27 décembre 2013 a en outre étendu la durée des droits aux prestations en nature dès lors que les conditions d'ouverture sont remplies, à trois ans au total (deux ans de droits et un an de maintien des droits). Il étend également à dix-huit mois la durée pendant laquelle sont présumées remplies les conditions d'ouverture de droits aux prestations en nature pour les travailleurs salariés entrant dans un régime obligatoire d'assurance maladie et maternité ou reprenant une activité salariée. Ces règles limitent les situations de ruptures de droits liées aux délais de production des pièces justificatives pour l'ouverture de nouveaux droits.

⁸ La reprise en gestion « back office » de la LMDE par la Cnam-ts est en train de stabiliser la qualité de service.

La substitution des déclarations sociales nominatives (DSN) mensuelles aux déclarations annuelles de données sociales (DADS) à partir de 2016 devraient raccourcir le délai de repérage du jeune qui démarre une activité salariée.

B) Les dépenses de soins et reste à charge après AMO des jeunes adultes

1) Des dépenses de soins plus faibles, en lien avec leur bon état de santé

Dépenses de santé remboursables et remboursées et reste à charge après AMO par bénéficiaire consommant – année 2013

	Dépenses totales par bénéficiaire (en euros)	Dépenses remboursables par bénéficiaire (en euros)	Dépenses remboursées par bénéficiaire (en euros)	Reste à charge par bénéficiaire en euros après AMO <i>[et en pourcentage de la dépense]</i>
18-20 ans	457	383	273	184 [40%]
21-24 ans	551	469	342	209 [38%]
16-29 ans	615	510	377	239 [39%]
Bénéficiaires de la CMU-C de 16-29 ans	760	708	514	246 [32%] RAC nul après CMU-C
Bénéficiaires de l'ACS de 16-29 ans	787	714	566	221 [28%]
Tous âges	1343	1141	929	414 [31%]

Source : Igas 2015, à partir des données CNAM-TS - AMO : assurance maladie de base obligatoire

La dépense de santé moyenne est plus faible chez les jeunes que pour le reste de la population, écart reflétant leur meilleur état de santé général. Il n'est pas possible de savoir précisément si une partie de ce faible niveau de dépense est expliquée par un renoncement aux soins.

D'après les calculs de la CNAMTS, 80% des 16-29 ans n'ont eu aucune pathologie, traitement ou épisode de soins (maternité ; hospitalisation) repéré par l'assurance maladie sur l'année 2012, contre 59% dans la population générale.

Parmi les jeunes (16-29 ans ici), les dépenses de santé sont en moyenne d'un montant plus élevé chez les bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C, dont l'état de santé est général moins bon.

2) Moins de 4% des 16-29 ans en ALD

Peu de jeunes présentent une affection de longue durée (ALD) au titre de laquelle les dépenses (qui sont liées à l'affection en question) sont prises en charge par la sécurité sociale au taux de 100% : 3,6% des jeunes âgés entre 18 et 24 ans bénéficient d'une prise en charge au titre d'une ALD, contre 16,1% pour la population générale⁹. La part des jeunes femmes en ALD est un peu plus faible que celle des jeunes hommes.

⁹ Source : Igas, à partir des données CNAMTS – France métropolitaine.

3) Des restes à charge après AMO plus faibles en valeur absolue mais plus élevés en valeur relative

Les restes à charge après assurance maladie obligatoire sont plus faibles en valeur absolue chez les jeunes mais plus importants en valeur relative. L'écart est principalement lié aux dépassements d'honoraires sur deux postes de soins plus fréquents pour les jeunes : les soins prothétiques dentaires et l'optique. Les restes à charge après AMO sont plus faibles pour les bénéficiaires de l'ACS que pour les jeunes ne bénéficiant ni de l'ACS, ni de la CMU-C.

II) COUVERTURE COMPLEMENTAIRE

Les régimes complémentaires complètent les remboursements de soins du régime de base.

1) Quatre types de couverture par une complémentaire « santé »

Détenir une couverture complémentaire n'est pas obligatoire.

Les jeunes peuvent être couverts à titre personnel ou comme « ayant droit » (de leurs parents ou le cas échéant de leur conjoint). La politique des assureurs complémentaires est d'offrir le statut d'ayant droit jusqu'à des âges élevés (souvent 25 ans).

Nous ne connaissons pas la proportion de jeunes de 18 à 25 ans qui sont couverts par la complémentaire de leurs parents ; nous disposons seulement du chiffre de l'OVE pour les étudiants : 45%.

La couverture à titre personnel peut provenir :

- pour un salarié, d'une protection collective mise en place par son employeur (voir 4)).
- d'une souscription individuelle d'un contrat avec une mutuelle ou une société d'assurance.

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) diminue le coût de la cotisation avec un chèque-santé de 200 euros pour les personnes âgées entre 16 et 49 ans et dont les ressources sont faibles mais supérieures à celles ouvrant droit à la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)¹⁰. Elle donne aussi droit à une attestation de tiers-payant¹¹. On estime que le chèque santé couvre 50% de la cotisation pour un contrat de garanties moyennes.

¹⁰ Moins de 11 670 euros annuels pour une personne seule en métropole, soit un niveau proche du seuil de pauvreté. L'objectif est d'atténuer l'effet de seuil lié au plafond de la CMU-C. L'ACS est ouverte aux personnes dont les ressources sont situées en-deçà de 1,35 fois le plafond de la CMU-C. Les plafonds d'attribution de l'ACS et de la CMU-C ont été relevés de façon exceptionnelle de 7% (en plus de la revalorisation de droit commun sur les prix) au 1er juillet 2013 à la suite du plan pluriannuel de lutte contre la pauvreté et pour l'inclusion sociale de janvier 2013.

¹¹ Elle permet, sous réserve de respecter le parcours de soins, de ne pas avoir de dépassements d'honoraires quel que soit le médecin consulté (sauf exceptions), d'être dispensé de la participation forfaitaire de 1 euro et des franchises médicales et de bénéficier du tiers payant.

- de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), qui est une complémentaire santé gratuite, attribuée sous condition de résidence et de ressources¹². Toujours sous réserve de respecter le parcours de soins, la CMU-C donne droit aux avantages suivants : prise en charge du ticket modérateur ; prise en charge des participations forfaitaires ; prise en charge du forfait journalier en cas d'hospitalisation ; prise en charge des dépassements de tarifs (au-delà du ticket modérateur), dans la limite de plafonds, pour les lunettes, les prothèses dentaires et auditives et certains dispositifs médicaux ; tiers-payant. En outre, un bénéficiaire de la CMU-C peut obtenir des réductions sur ses factures de gaz et d'électricité.

La prise en compte des ressources pour le calcul du droit à la CMU-C et à l'ACS

CMU-C et ACS sont attribuées sous condition de ressources du foyer. La base ressources prise en compte pour le calcul du droit est spécifique à la CMU-C et à l'ACS et diffère notamment de celle qui sert au calcul des prestations familiales : sont prises en compte l'ensemble des ressources du foyer, imposables ou non (dont certaines prestations), des douze derniers mois précédant la demande (RSA, PAJE et ARS sont exclues).

Les jeunes de moins de 25 ans doivent joindre leur demande à celle de leur parent, à l'exception

- des jeunes majeurs ne vivant plus sous le même toit que leurs parents, ayant rempli une déclaration fiscale séparée¹³ et ne percevant pas de pension alimentaire donnant lieu à déduction fiscale ;
- des jeunes majeurs encore cohabitants, mais qui sont eux-mêmes parents ou bénéficient du RSA jeunes.

2) La prise en charge des jeunes les plus vulnérables

a) La CMU-C et l'ACS sont quérables

Comme l'ACS, la CMU-C doit faire l'objet d'une demande, à renouveler le cas échéant chaque année.

Les bénéficiaires du RSA ont accès de droit à la CMU-C. On a assigné aux CAF un rôle de pré-instructeur des demandes de CMU-C¹⁴ afin de faciliter leur démarche (toujours nécessaire).

La LFSS pour 2014 prévoit la possibilité pour les étudiants en situation d'isolement de faire une demande de CMU-C à titre individuel : elle s'applique aux étudiants bénéficiant de l'aide d'urgence annuelle versée par les CROUS, soit 5 000 à 7 000 bénéficiaires par an.

¹² moins de 8 644,52 euros dans les douze derniers mois pour une personne seule en métropole.

¹³ Ou s'engageant à le faire pour l'année suivante.

¹⁴ Art.L.861-5 du Code de la Sécurité sociale.

b) Les contrats de sortie lorsque le droit à la CMU-C ou à l'ACS prend fin

Lorsque le droit à la CMU-C prend fin, les bénéficiaires qui ont choisi la gestion par un organisme complémentaire doivent se voir proposer un contrat de sortie d'un an (non cumulable avec l'ACS). Il s'agit d'un contrat de complémentaire santé offrant des garanties similaires à la CMU-C, à l'exception de la prise en charge des majorations pour non-respect du parcours de soins, des franchises médicale et de la participation forfaitaire de 1 euro.

Le tarif maximum du contrat de sortie dépend du nombre de personnes dans le foyer.

Nombre de personnes dans le foyer	Montant annuel maximum (hors taxes)
1	370€
2	703€
3	888€
4	1 073€
5	1 258€

Source : cmu.fr

Sur le modèle de ce qui existe pour la CMU-C, la LFSS pour 2014 a également instauré un contrat de sortie pour les anciens bénéficiaires de l'ACS à expiration de leur droit : l'organisme auprès duquel ils avaient souscrits leur contrat doit leur proposer de le prolonger pendant un an ou d'en souscrire un nouveau parmi ceux sélectionnés au titre de l'ACS.

c) L'amélioration des contrats liés à la CMU-C et à l'ACS

La LFSS pour 2014 a amélioré le panier de soins associé à la CMU-C en matière d'optique et d'audioprothèse.

Elle a également prévu la sélection de contrats de protection sociale complémentaire au meilleur prix, pour des garanties au moins égales à celles des contrats responsables, auxquels le bénéfice de l'ACS est réservé depuis juillet 2015 (contrats « homologués »), pour une période de trois ans.

d) Le recours à la CMU-C et à l'ACS chez les jeunes

D'après les données du Fonds CMU¹⁵, on compte 359 000 jeunes de 15-19 ans (dont 87 000 en tant qu'assuré soit 24%) et 268 000 de 20-24 (dont 185 000 en tant qu'assuré soit 69%) dans les bénéficiaires de la CMU-C. Les jeunes hommes de 20-24 ans semblent peu nombreux dans les bénéficiaires de la CMU-C¹⁶, ce que l'Igas interprète comme le fait que la demande de CMU-C n'est pas toujours faite lorsque qu'ils deviennent autonomes par rapport à leurs parents.

On ne dispose pas de données sur le recours à l'ACS pour les jeunes. Les taux de recours pour l'ensemble de la population sont estimés par la DREES et le Fonds CMU entre 30 et 43% pour l'ACS (et entre 66 et 79% pour la CMU-C).

¹⁵ Données de décembre 2013 (France métropolitaine, tous régimes).

¹⁶ 107 000 jeunes hommes de 20-24 bénéficiaires de la CMUC contre 161 000 jeunes femmes du même âge.

3) Les jeunes sont moins bien couverts par une complémentaire santé

Les conditions d'ancienneté et les possibilités de dispenses d'adhésion¹⁷ des contrats collectifs d'entreprise (notamment pour les salariés en apprentissage, à temps partiel ou les CDD courts ou ceux qui disposent déjà par ailleurs d'une couverture complémentaire) peuvent conduire à une moindre couverture des jeunes par une complémentaire santé. En outre, les contrats individuels, sur lesquels ils peuvent se reporter, sont souvent moins avantageux -plus onéreuses et avec de moindres garanties (ce point est développé *infra* dans le paragraphe suivant sur la complémentaire santé d'entreprise).

D'après l'enquête Santé et protection sociale de l'Irdes, en 2012, 7,6% des 18-20 ans et 10% des 21-24 ans ne bénéficient pas d'une couverture complémentaire santé, soit une proportion plus élevée que la moyenne pour l'ensemble de la population. A noter que le taux de « non-réponse » et de « Ne sait pas », plus élevé pour les jeunes que pour les autres tranches d'âge, doit probablement inclure des personnes non couvertes (et ceux couverts par leurs parents ?). On ne peut cependant pas exclure que certains jeunes se considérant en très bonne santé ne souscrivent pas à une complémentaire santé en estimant que son coût n'est pas compensé par les bénéfices qu'il en tirerait.

Les jeunes sont aussi plus couverts par la CMU-C (plus de 8%), sans que l'on puisse distinguer et moins souvent les situations d'ayant droit de celles où ils sont « assurés principaux ».

Cependant, les effectifs de jeunes bénéficiant de la CMU-C et de l'ACS sont faibles au regard de leurs ressources souvent très limitées : cela s'explique par le fait que ce sont des droits « familialisés » pour les jeunes de 18 à 25 ans, où l'on tient compte des ressources du foyer parental.

Toujours d'après cette enquête, il ressort que ce sont les jeunes chômeurs (19% de non-couverts, contre 7,4% sur le champ de l'ensemble des 16-29 ans), les femmes au foyer (12%) et les autres jeunes inactifs (18%) qui se déclarent non couverts, même si la proportion de bénéficiaires de la CMU-C est importante dans ces sous-populations¹⁸.

¹⁷ A l'initiative du salarié.

¹⁸ Respectivement 19%, 42% et 27%.

Taux et type de couverture complémentaire santé (déclarés)

	<i>Pourcentage d'assurés principaux</i>	Couverture collective	Couverture individuelle hors CMU-C	CMU-C	Non-couverts	Ne sait pas	Non-réponse
Tous âges	56,4%	34,5%	53,1%	6,1%	5,0%	0,6%	0,7%
18-20 ans	13,2%	40,0%	41,2%	8,1%	7,6%	1,7%	1,5%
21-24 ans	54,1%	31,5%	46,5%	8,7%	10,0%	2,1%	1,2%

Source : ESPS 2012 (Irdes) – il s'agit de données déclaratives d'une enquête en population générale et non de données administratives des régimes.

Nota : on ne distingue pas dans ce tableau la couverture complémentaire des personnes ayants droit et les personnes « assurés principaux ». La première colonne permet cependant d'en apprécier la proportion.

Il faut interpréter avec prudence les chiffres issus de l'enquête SPS car son échantillon ne couvre pas les jeunes de façon complète. En particulier, seule une partie des jeunes relevant des sections locales mutualistes étudiantes sont couverts et les jeunes en résidence étudiante ne sont pas interrogés dans l'enquête. Il vaut donc mieux prendre les chiffres de l'Observatoire de la vie étudiante (OVE) pour les étudiants (cf. Tome II) : 45% des étudiants sont couverts par la complémentaire de leurs parents ; 39% par une couverture autonome (facilitée par l'ACS) dont 24 % par une mutuelle étudiante (le coût moyen serait de 230€ selon l'UNEF) ; 8% des étudiants n'ont pas de couverture complémentaire ; et 5% « ne savent pas s'ils sont couverts ». La CMU-C est peu diffusée (3,5% dans l'enquête OVE, soit 70 000 étudiants), situation naturelle comme on l'a vu puisque le plus souvent ce sont les ressources du groupe familial qui sont prises en compte et non les ressources propres de l'étudiant.

4) La couverture maladie collective assurée par l'entreprise et l'ANI

a) Diversité des couvertures collectives entreprises

La couverture complémentaire maladie d'entreprise peut résulter d'un accord de branche, d'un accord d'entreprise ou d'une décision unilatérale de l'employeur. Le panier de soins concerné et le niveau des garanties sont variables selon les entreprises. La couverture collective des salariés ne couvre pas systématiquement les ayants droit (soit, pour le sujet qui nous occupe ici les jeunes enfants majeures des salariés de l'entreprise, ou le conjoint et les enfants mineurs de jeunes salariés de l'entreprise).

b) Mécanismes allégeant le coût des contributions patronales et salariées

Les contributions patronales à ces dispositifs¹⁹ bénéficient d'une exemption d'assiette des cotisations de sécurité sociale à condition que la couverture ait un caractère obligatoire, collectif et que les contrats d'assurance soient « responsables ». De leur côté, les salariés concernés bénéficient d'une déduction sur leur revenu imposable des cotisations de prévoyance versées dans ce cadre (dans la limite d'un plafond) ; la cotisation de l'entreprise est imposable chez l'assuré.

¹⁹ De l'ordre de 12 à 20 euros mensuels par salarié pour la part patronale ; de l'ordre de 20 à 30 euros mensuels pour la cotisation salariée pour le panier de soins ANI.

c) Portabilité en cas de perte d'emploi

En cas de perte d'emploi, il existe un mécanisme de portabilité des droits²⁰. Seuls les demandeurs d'emploi indemnisés peuvent en bénéficier. La durée de la portabilité est équivalente à la durée du contrat de travail limitée à une période de douze mois. Les jeunes, qui ont très souvent des contrats courts, bénéficient ainsi d'une durée de portabilité plus courte que celle des autres salariés.

d) La généralisation de la couverture complémentaire collective au 1^{er} janvier 2016

d1) Les mesures de la loi du 14 juin 2013

Faisant suite à l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013, la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi prévoit la généralisation au 1^{er} janvier 2016 dans toutes les entreprises d'une couverture complémentaires collective obligatoire, comportant au minimum un certain nombre de garanties et financée au moins par moitié par l'employeur²¹. Par ailleurs, cette loi généralise et améliore le mécanisme de portabilité des droits qui avait été prévu dans l'ANI du 11 janvier 2008. Ainsi, l'article L. 911-8 du code de la sécurité sociale, introduit par l'article 1^{er} de la loi sur la sécurisation de l'emploi, prévoit que ce mécanisme est gratuit pour les anciens salariés et étend à un an²² la durée maximale de ce dispositif. Ces dispositions sont entrées en vigueur le 1^{er} juin 2014 pour le remboursement des frais de santé et de maternité, et le 1^{er} juin 2015 pour les garanties prévoyance.

d2) Certains salariés peuvent être dispensés de la couverture collective obligatoire.

Depuis le 1^{er} janvier 2016, certains cas de dispense sont dorénavant d'ordre public (*cf.* encadré). Cela signifie qu'ils peuvent être utilisés de plein droit par le salarié, même s'ils ne sont pas mentionnés dans l'acte juridique instaurant les garanties. Trois cas de dispense peuvent en outre être utilisés par les salariés si l'acte juridique instaurant la couverture collective obligatoire le prévoit expressément. Il s'agit des cas suivants :

- salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'au moins 12 mois s'ils justifient d'une couverture individuelle équivalente ;
- salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat de moins 12 mois, sans avoir besoin de justifier d'une couverture individuelle ;
- salariés à temps partiel et apprentis dont la cotisation au régime collectif représente au moins 10% de leur rémunération brute.

Dans tous les cas, seul le salarié peut décider de faire valoir un de ces cas de dispense.

²⁰ cf. rapport Igas de 2015 p. 85.

²¹ Depuis le 1^{er} janvier 2016, même si la couverture proposée par l'employeur est plus avantageuse que les garanties minimales prévues par la loi (loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016).

²² Neuf mois auparavant.

Encadré - La mise en place la complémentaire santé pour les salariés intérimaires

Un salarié intérimaire dépend de son entreprise de travail temporaire (et non de l'entreprise « utilisatrice » de travail temporaire chez laquelle il réalise sa mission).

Jusqu'à fin 2015, les intérimaires pouvaient souscrire à une mutuelle spécifique, la Fastt-Mut, gérée par le Fastt (Fonds d'action sociale du travail temporaire), qui propose trois niveaux de garanties. 28 000 des quelque 700 000 salariés intérimaires auraient volontairement souscrit à l'une de ces trois formules, pour un peu plus de 60 000 bénéficiaires. Cette complémentaire santé, souscrite à titre individuel, est disponible dès la première heure de mission et veut se caractériser par sa souplesse : les cotisations baissent à partir d'une ancienneté de 600 heures par an (approximativement quatre mois de travail dans l'année) ainsi qu'en-dessous de certains planchers de revenus. Elle propose également des services de devis en optique et dentaire.

Dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé, la branche du travail temporaire est parvenue à un accord officialisé le 4 juin fixant les contours du régime frais de santé des salariés intérimaires (étendu par arrêté du 17 décembre 2015), complété par un accord du 14 décembre 2015 relatif au régime de frais de santé des salariés intérimaires. Conformément à cet accord, toutes les entreprises relevant de la branche devront avoir adhérer à une complémentaire santé au 1^{er} janvier 2016. Le régime « frais de santé » proposé s'appelle « Intérimaires santé » ; il prévoit une couverture santé avec un assez bon niveau de remboursement (y compris frais dentaires et optiques), avec la possibilité d'améliorer les garanties en souscrivant à une option facultative (« Garantie + »).

L'adhésion à « Intérimaires santé » est possible dès la première mission d'intérim. Elle est obligatoire et automatique dans trois situations : les intérimaires ayant plus de 414 heures d'intérim sur les douze derniers mois (et ayant travaillé au moins une heure en 2016 dans une entreprise de travail temporaire signataire du contrat d'assurance Intérimaires Santé), en CDI intérimaire ou ayant un contrat de mission initial supérieur à 414 heures. La famille de l'intérimaire peut être couverte également (les cotisations supplémentaires – de 34,29€ par adulte et 13,97€ par enfant - sont alors prises en charge intégralement par le salarié)²³.

La carte de tiers payant permet d'éviter les avances de frais.

Le Fastt peut accorder une aide financière couvrant la moitié de la cotisation du salarié ; celle-ci n'est cependant pas cumulable avec l'aide de l'employeur : elle ne concerne donc l'adhésion facultative, celle du conjoint et des enfants et le financement des garanties supplémentaires (« Garantie + »). Elle est attribuée sous condition de ressources (10 000 euros annuels pour un intérimaire célibataire sans enfant ; 30 000 euros annuels pour un couple avec deux enfants), dans le cadre de l'adhésion facultative comme de l'affiliation obligatoire.

La cotisation est calculée en fonction du nombre d'heures travaillées dans le mois. Elle est de 0,12€ par heure travaillée pour chacune des parties (employeur et salarié). Les heures prises en compte pour l'affiliation à Intérimaires Santé et pour le calcul de la cotisation sont toutes celles soumises à cotisations sociales, notamment les heures supplémentaires et celles correspondant à des contrats de mission-formation relatives à la formation professionnelle continue.

²³ Source : Foire aux questions Intérimaires – Intérimaires Santé (version du 10/02/2016).

Cinq cas de figure sont prévus dans l'accord de branche et permettent de renoncer à l'affiliation obligatoire à Intérimaires Santé (sous réserve d'une demande de dispense d'adhésion) :

- Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C),
- Les bénéficiaires de l'ACS (l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé),
- Les bénéficiaires d'un contrat de professionnalisation ou d'un contrat d'apprentissage.
- Les intérimaires déjà couverts par une mutuelle à titre individuel,
- Les intérimaires couverts par la mutuelle de leur conjoint de manière obligatoire.

L'intérimaire dont la mission d'achève bénéficie d'un maintien gratuit de son régime « frais de santé » pendant deux mois (cinq mois s'il justifie de son indemnisation par l'assurance chômage, et jusqu'à douze mois sous certaines conditions).

d2) La couverture n'est pas totale du fait de la possibilité de dispense d'adhésion à la demande du salarié

Depuis 2016, les dispenses sont de plein droit dans certains cas (cf. encadré) : le salarié peut demander une dispense d'adhésion sans que cette possibilité figure dans l'acte de mise en place de la complémentaire santé de l'entreprise.

Encadré - Liste des cas de dispenses de plein droit instituées depuis le 1^{er} janvier 2016 (loi de financement de la Sécurité sociale pour 2016)

- Salariés en CDD inférieur à 3 mois ou en contrat de mission inférieur à 3 mois pourront, à leur initiative, demander à être dispensés de la couverture collective obligatoire proposée par leur employeur et à bénéficier en contrepartie du versement santé. Ils doivent justifier bénéficier d'une couverture santé individuelle (*cf. infra*). Toutefois, cette possibilité n'est pas ouverte à ces salariés si la couverture collective obligatoire dont ils vont bénéficier est au moins de 3 mois, quelle que soit la durée de leur contrat ;

- Salariés bénéficiant de la CMU-C ou de l'ACS

- Salariés déjà couverts par une assurance individuelle lors de la mise en place du régime ou lors de l'embauche et ce jusqu'à échéance du contrat individuel

- Salariés couverts, y compris comme ayant droit, par une des couvertures suivantes : complémentaire santé collective et obligatoire (ayant droit de la mutuelle du conjoint notamment), mutuelles des agents de l'État ou des collectivités, contrats d'assurance groupe dits « Madélin »²⁴

Le cas de dispense « loi Évin » est maintenu : il permet au salarié présent dans l'entreprise au moment de la mise en place de la complémentaire santé obligatoire par une DUE de refuser d'adhérer au régime.

²⁴ Destinés aux non salariés non agricoles

d3) Le versement santé

Parallèlement à l'instauration des dispenses d'adhésion de plein droit, le décret du 31 décembre 2015 impose à l'employeur de verser à certains salariés une somme destinée à financer leur complémentaire individuelle²⁵.

Le versement peut intervenir dans trois cas de figure :

- **À l'initiative des partenaires sociaux**

Les partenaires sociaux peuvent prévoir que certains salariés ne relèvent pas du champ d'application du régime complémentaire santé collectif mis en place à titre obligatoire mais du versement santé.

Peuvent être concernés les salariés suivants :

- salariés en CDD de moins de 3 mois ;
- salariés dont la durée de travail est inférieure à 15 heures par semaine ;
- salariés en contrat de mission de moins de 3 mois.

Cette modalité de couverture doit être instaurée :

- par accord collectif de branche ;
- par accord d'entreprise si l'accord de branche le permet ou s'il n'existe pas d'accord de branche.
- **Par décision unilatérale de l'employeur au titre de l'année 2016**

Par exception, les employeurs auront la possibilité de mettre en place par décision unilatérale de l'employeur, et pour l'année 2016 seulement, le versement santé en l'absence de couverture complémentaire santé obligatoire mise en place pour ces salariés.

- **À l'initiative du salarié**

Les salariés en CDD inférieur à 3 mois ou en contrat de mission inférieur à 3 mois pourront, à leur initiative, demander à être dispensés de la couverture collective obligatoire proposée par leur employeur et à bénéficier en contrepartie du versement santé. Ils doivent justifier bénéficier d'une couverture santé individuelle.

Ces salariés auront donc le choix : souscrire à la couverture complémentaire santé proposée par leur employeur ou bien demander à en être dispensés au bénéfice du versement santé.

Toutefois, cette possibilité n'est pas ouverte à ces salariés si la couverture collective obligatoire dont ils vont bénéficier est au moins de 3 mois, quelle que soit la durée de leur contrat.

Pour bénéficier du versement, le salarié devra avoir souscrit un contrat « responsable » qui ne bénéficie pas déjà d'un financement public (CMU complémentaire ou aide à la couverture santé). Il ne doit pas non plus s'agir d'une couverture collective mise en place par un autre employeur, y compris en tant qu'ayant droit.

Le montant du « versement santé » est calculé sur la base de ce que l'entreprise aurait versé pour le salarié dans le cadre de la complémentaire collective obligatoire. Il ne dépend donc

²⁵ Décret n° 2015-1883 du 30 décembre 2015 pris pour l'application de l'article 34 de la loi n° 2015-1702 du 21 décembre 2015 de financement de la sécurité sociale pour 2016.

pas de la cotisation versée par le salarié (qui dépend en large part des garanties de son contrat).

d4) Quelle amélioration en attendre de la couverture complémentaire santé des jeunes ?

D'après les premiers bilans, les entreprises adhérentes ont opté pour un quart pour le panier de soins minimal, la moitié pour le panier médian et le quart restant pour le panier de niveau supérieur, qui rembourse notamment mieux les dépenses d'optique et dentaires. On ne connaît pas la proportion des jeunes couverts par chacune de ces trois catégories de contrats.

Il n'est à ce stade pas possible de tirer un bilan de l'impact de l'ANI sur l'étendue et la qualité de la couverture complémentaire des jeunes.

SECTION 2 - PRESTATIONS EN ESPECES - MALADIE ET MATERNITE

I) COUVERTURE DE BASE

A) L'accès aux prestations en espèces ne concerne que certains statuts et est soumise à des conditions d'ancienneté

Les prestations en espèces de l'assurance maladie sont des prestations contributives versées en cas de perte de revenu qui dépendent pour leur accès d'une affiliation minimale et pour leur montant du revenu d'activité antérieur.

1) L'accès aux indemnités journalières selon le statut

Le droit à des indemnités journalières (IJ) est ouvert pour les statuts suivants : salariés du secteur privé, fonctionnaires, artisans et commerçants (dont auto-entrepreneurs), exploitants agricoles, contrats de professionnalisation, CUI-CAE, emplois d'avenir, apprentis, demandeurs d'emploi indemnisés, demandeurs d'emploi non indemnisés depuis moins d'un an, stagiaires en formation initiale recevant une gratification supérieure à la gratification minimale.

Il n'est en revanche pas ouvert pour les professions libérales, aux bénéficiaires du RSA, du CIVIS ou de la Garantie Jeunes²⁶, aux volontaires du service civique (mais l'indemnité mensuelle est maintenue), aux étudiants, aux stagiaires en formation initiale recevant une gratification égale au minimum, aux demandeurs d'emploi non indemnisés depuis plus d'un an, aux personnes qui ne sont ni en activité ni en formation.

2) Pour les statuts ouvrant droit à des IJ, des conditions minimales d'ancienneté

L'accès aux IJ est soumis à des conditions minimales d'ancienneté d'affiliation ou d'immatriculation et d'un volume minimal d'activité. Les jeunes – logiquement souvent moins anciens dans l'emploi, et dans l'entreprise ou la branche professionnelle - ont moins de chance de les remplir qu'un salarié plus âgé, notamment lorsque l'arrêt maladie se prolonge,

²⁶ Un jeune en CIVIS ou en Garantie jeunes peut cependant bénéficier de la protection sociale attachée aux stagiaires de la formation professionnelle ou aux salariés lorsqu'il est dans ces situations.

le versement d'IJ au bout de six mois d'arrêt requérant des conditions d'affiliation antérieure encore plus exigeantes²⁷. Des règles de coordination entre régimes de base permettent cependant que l'on considère le respect des conditions d'accès sur des durées consolidant des périodes d'emploi dans différents régimes de base.

Par exemple, l'accès aux IJ dans le régime général est conditionné

- pour les six premiers mois d'arrêt maladie : à une durée d'activité antérieure d'au moins 200 heures au cours des trois derniers mois civils ou des 90 jours précédant l'arrêt de travail (ou d'avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 1015 fois le montant du Smic horaire au cours des six derniers mois civils précédant l'arrêt de travail).
- au-delà : à une durée d'immatriculation de douze mois en tant qu'assuré social à la date de l'arrêt de travail et à une durée d'activité antérieure d'au moins 800 heures au cours des douze derniers mois civils ou des 365 jours précédant l'arrêt de travail (ou d'avoir cotisé sur un salaire au moins égal à 2030 fois le montant du Smic horaire au cours des douze mois civils précédant l'arrêt de travail).

B) Le montant des IJ dépend des revenus d'activité précédents

Les IJ perçues par les jeunes sont d'un montant en moyenne moins élevé que celles reçues par leurs aînés, reflet de leurs salaires plus faibles.

C) Les situations de chômage

1) Chômage indemnisé

Le demandeur d'emploi indemnisé conserve pendant toute la durée de son indemnisation les droits qu'il a acquis dans le cadre du régime de sécurité sociale de son dernier emploi : prestations en nature et en espèce au titre de l'assurance maladie, maternité, invalidité.

Le demandeur d'emploi indemnisé qui reprend une activité insuffisante pour prétendre aux droits aux prestations en espèce de sécurité sociale (IJ maladie par exemple) peut bénéficier pendant trois mois à partir de sa reprise d'activité des droits aux prestations maladie, maternité, invalidité acquis auprès du régime obligatoire dont il dépendait antérieurement.

Sous conditions et après un délai de carence de trois jours, le demandeur d'emploi perçoit des IJ pendant son arrêt maladie, versées par l'assurance maladie pour compenser la perte des allocations de chômage. L'attribution et le calcul des IJ dépendent alors des caractéristiques de l'activité antérieure à la période de chômage.

²⁷ A notre connaissance, il n'existe pas de données sur les taux d'exclusion.

2) Chômage non indemnisé

Le demandeur d'emploi non indemnisé bénéficie d'un maintien de ses droits à l'assurance maladie, maternité, invalidité en espèces et en nature pendant douze mois à compter de l'arrêt de l'indemnisation du chômage, et sans limitation de durée pour les prestations en nature s'il justifie d'une recherche d'emploi.

Depuis la loi du 17 décembre 2012 (et son décret d'application de décembre 2013), le demandeur d'emploi non indemnisé dont les droits à l'assurance maladie, maternité, invalidité et décès sont maintenus continue d'en bénéficier pendant trois mois s'il reprend une activité insuffisante pour prétendre à de nouveaux droits pour ces prestations.

D) Les arrêts maladie chez les jeunes

Les arrêts maladie des jeunes ne sont pas plus fréquents que dans le reste de la population (régime général). En revanche, le nombre de jours indemnisés par arrêt est plus faible, reflet du meilleur état de santé des jeunes. Enfin,

Le montant moyen indemnisé par jour est plus faible (et il est plus bas en moyenne pour les jeunes femmes que pour les jeunes hommes)²⁸, en lien avec leurs plus faibles niveaux de salaires.

Arrêts maladie en 2012 selon la tranche d'âge (régime général)							
Age fin 2012	Nombre de personnes ayant bénéficié d'au moins un arrêt maladie (milliers)	Nombre d'arrêts maladie (milliers)	Nombre de journées indemnisées (milliers)	Montants versés (milliers d'euros)	Nombre d'arrêts par bénéficiaire	Nombre de journées par arrêt	Montant moyen perçu par journée indemnisée
18-20 ans	85	115	1 846	29 929	1,4	16,1	16,21 €
21-24 ans	312	440	8 270	198 935	1,4	18,8	24,06 €
16-29 ans	994	1 422	28 491	740 355	1,4	20,0	25,99 €
Tous âges	4 573	6 609	202 638	6 219 294	1,4	30,7	30,69 €

Source : Igas 2015, à partir de données CNAM-TS
Champ : France métropolitaine

²⁸ Le détail pour les hommes et les femmes se trouve dans le rapport Igas de 2015 (p.69).

E) Les congés maternité chez les jeunes femmes

9% des femmes de 18-24 ans sont mères d'au moins un enfant. La fécondité augmente avec l'âge, passant de 9,5 pour mille à 18 ans à 8,9% à 25 ans. 18 % des naissances concernent des femmes âgées entre 18 et 25 ans, l'essentiel des naissances ayant désormais lieu pour les femmes des tranches d'âge supérieure (33% pour les 26-30 ans et 31% pour les 31-35 ans).

<i>Age de la mère (âge atteint dans l'année)</i>	Nombre de naissances pour 1000 femmes (2015)	Nombre de naissances en 2014
18 ans	9,5	3 927
19 ans	17,2	7 210
20 ans	26,9	10 683
21 ans	37,1	14 068
22 ans	47,7	18 807
23 ans	57,7	23 638
24 ans	71,9	29 564
25 ans	88,7	36 666

Champ : France y compris Mayotte

Source : Insee, estimations de population et statistiques de l'état civil – données provisoires pour 2015

Lorsqu'elles sont salariées, ces mères n'ont cependant pas toutes bénéficié d'un congé maternité indemnisé. En effet, pour avoir droit aux IJ maternité, la salariée doit justifier de dix mois d'immatriculation en tant qu'assurée sociale à la date prévue de l'accouchement. Elle doit aussi justifier d'une activité (ou d'une période de cotisation) minimale au cours des six mois civils précédant la date de début de la grossesse ou du congé prénatal.

D'après les données de la CNAM-TS, 9,6% des bénéficiaires des arrêts maternité ont entre 21 et 24 ans (0,9% entre 16 et 20 ans)²⁹, soit une part un peu plus faible que leur poids dans les naissances. Compte tenu du mode de calcul des IJ maternité³⁰, la part des 21-24 ans dans les montants indemnisés est plus faible (6,7% - et 0,44% pour les 16-20 ans).

Pour mémoire (ce n'est pas spécifique aux jeunes), une femme enceinte bénéficie d'une prise en charge à 100% de l'ensemble des frais médicaux en lien ou non avec sa grossesse, au titre de l'assurance maternité, du sixième mois de grossesse au douzième jour après la date d'accouchement.

L'Igas signale dans son rapport un cas particulier où la réglementation actuelle pose problème : lorsque la future mère a eu une activité trop faible ou discontinuée pour bénéficier des IJ maternité et ne peut plus prétendre aux indemnités de chômage (en raison de sa non-disponibilité liée à sa grossesse). Elle ne peut alors bénéficier que du RSA (majoré)³¹.

²⁹ Régime général

³⁰ Les IJ maternité sont calculées sur la base des salaires des trois derniers mois (cas général) qui précèdent l'interruption de travail lié à la grossesse, dans la limite du plafond mensuel de la sécurité sociale. Des conventions collectives ou des accords de branche peuvent prévoir le maintien du salaire par l'employeur pendant le congé de maternité. Dans ce cas, les IJ lui sont versées directement (subrogation). Voir le rapport Igas p.132 pour les droits à congé maternité des futures mères au chômage indemnisé.

³¹ Rapport Igas p.138-139 et chapitre 12.

A noter que le droit au congé parental n'est ouvert qu'aux salariés justifiant d'au moins un an d'ancienneté dans l'entreprise au moment de la naissance de l'enfant (ou de son arrivée dans le foyer en cas d'adoption).

II) COUVERTURE COMPLEMENTAIRE

Les IJ du régime de base sont complétées par le complément de salaire prévu par l'article L. 1226-1 du code du travail. La garantie incapacité prévue par les régimes de prévoyance peut également compléter ces IJ. Cependant, les conditions de mise en œuvre de ces garanties peuvent parfois priver les jeunes de ce bénéfice.

A) Le maintien de salaire de l'employeur

Les articles L.1226-1 et D. 1226-1 et suivants du code du travail encadrent le versement de l'indemnité complémentaire que l'employeur doit verser aux salariés en cas d'absence pour maladie ou accident. Ils prévoient qu'à compter d'un an d'ancienneté, l'indemnité doit s'élever, pendant les trente premiers jours, à 90% de la rémunération brute que le salarié aurait perçue s'il avait continué à travailler et aux deux tiers de cette rémunération pendant les trente jours suivants. Ces durées sont augmentées de 10 jours par période entière de cinq ans. Ce maintien de salaire est à la charge exclusive de l'employeur.

Ce dispositif profite, par définition, moins aux jeunes. D'une part, ces derniers n'ont pas toujours l'ancienneté suffisante pour en bénéficier. D'autre part, lorsqu'ils peuvent en bénéficier, les jeunes ont forcément une durée d'indemnisation moindre que les autres salariés puisque cette dernière est liée à l'ancienneté de l'entreprise.

B) La garantie incapacité des régimes de prévoyance obligatoires

Les régimes de prévoyance peuvent prévoir, qu'en cas d'arrêt de travail, il sera versé aux salariés un complément aux IJ. Cette garantie intervient en relais du maintien de salaire mais elle peut aussi intervenir pour compléter l'indemnisation versée par l'employeur.

Cependant, là encore, les jeunes peuvent être privés de cette garantie pour deux raisons. Tout d'abord, le dernier alinéa de l'article R. 242-1-2 du code de la sécurité sociale permet aux partenaires sociaux ou à l'employeur de réserver le bénéfice de la couverture prévoyance collective aux seuls salariés qui ont au moins un an d'ancienneté. Les jeunes peuvent ainsi être exclus de la garantie incapacité de travail. Par ailleurs, même si une telle condition d'ancienneté n'était pas prévue, l'acte juridique peut prévoir des cas de dispense à l'adhésion collective que les jeunes pourraient utiliser car ils sont souvent concernés par les contrats précaires, ce qui les priverait de cette garantie. Par exemple, l'acte juridique peut prévoir que les salariés en CDD de moins de 12 mois peuvent être dispensés de la couverture collective obligatoire sans avoir à justifier d'une couverture individuelle (*cf. supra*).

CHAPITRE 2 – LA COUVERTURE DU RISQUE ACCIDENTS DU TRAVAIL- MALADIES PROFESSIONNELLES POUR LES SALARIES

Pour mémoire, la couverture du risque AT-MP recouvre l'indemnisation de l'arrêt de travail par des IJ, la prise en charge des dépenses de soins, la réparation du préjudice subi par le versement d'une rente ou d'un capital mais aussi la prévention du risque.

On ne reprend ici que les points principaux et on renvoie au rapport de l'Igas pour une analyse plus détaillée.

- L'excellente couverture du risque AT-MP par le régime de base (champ de couverture et prestations servies) rend la couverture complémentaire très réduite.

Il suffit d'être salarié pour être couvert, sans condition d'activité préalable ; en particulier, périodes d'essai, CDD et travail à temps partiel sont inclus³².

Les catégories spécifiques suivantes sont aussi couvertes par les prestations AT-MP : stagiaires de la formation professionnelle, élèves de l'enseignement technique³³, bénéficiaires de contrats aidés ou de dispositifs d'insertion, personnes en service civique, volontaires pour l'insertion, jeunes pris en charge par les Missions locales et bénéficiant de mises en situation professionnelle dans une entreprise. A noter que la couverture des jeunes dans ce dernier cas prévoit que la Mission locale déclare et s'acquitte de cotisations auprès de l'URSSAF, ce qui n'est pas toujours effectif.

Un demandeur d'emploi (indemnisé ou non) est couvert dans le cadre de sa participation aux actions prescrites par Pôle Emploi.

- Les jeunes sont davantage exposés aux AT (et les jeune hommes plus que les jeunes femmes, mais cela n'est pas spécifique à la tranche d'âge) car la fréquence des AT diminue avec l'âge.

Cet écarte s'explique par un effet de structure (les AT sont plus fréquents chez les salariés de faible ancienneté, chez les intérimaires, dans certains secteurs d'activité - reflet à la fois de la « dangerosité » des métiers du secteur et des efforts de prévention qui y sont menés³⁴), mais en partie seulement (ce que montrent les travaux de la Dares). En effet il existe une « sursinistralité » pour les jeunes que l'on peut expliquer comme un effet du manque d'expérience lié à la faible ancienneté dans l'emploi occupé et par une moindre perception du risque (ou une plus grande tendance à la prise de risque à ces âges³⁵).

³² La seule exclusion de la couverture AT-MP concerne les industriels, commerçants et professions libérales dont la couverture est incluse dans celle du régime maladie et invalidité (ou fait l'objet d'une assurance volontaire auprès du régime général).

³³ La couverture de ces jeunes pose des difficultés particulières de gestion qui sont détaillées dans le rapport de l'Igas p.111-112.

³⁴ Il existe cependant des règles spécifiques de prévention pour certaines catégories de salariés, par exemple l'interdiction des travaux en hauteur pour les apprentis.

³⁵ Cette seconde explication est considérée comme « plus hypothétique » par les rédacteurs de l'Igas.

- En revanche, les AT ont des conséquences moins graves pour les jeunes
- La dernière COG conclue entre l'Etat et la branche AT-MP pour la période 2014-2017 prévoit un effort spécifique de prévention en direction des jeunes et des jeunes embauchés, identifiés comme une population prioritaire. Cela se traduit par une offre de formation des caisses aux encadrants des filières d'apprentissage et du baccalauréat professionnel, appelée « dispositif synergie », destinée à l'acquisition de connaissances en santé et sécurité au travail dans la filière donnée. Le déploiement de ces formations est dirigé en priorité vers les métiers à risque (maintenance, logistique, aide et soins à la personne, transport routier de marchandises). Nous ne disposons pas d'information sur l'effectivité de la mise en œuvre de cet objectif, qui sera évalué dans le cadre de la COG.

CHAPITRE 3 – LA COUVERTURE DU RISQUE VIEILLESSE

SECTION 1 - LA RETRAITE DE BASE

D) IL N'EXISTE PAS DE CONDITION D'AGE POUR L'ACCES A L'ASSURANCE RETRAITE DE BASE

II) LES REGLES SPECIFIQUES DE CONSTITUTION DE DROITS A L'ASSURANCE VIEILLESSE SELON LE STATUT OU LA SITUATION DU JEUNE

On suppose connues les règles concernant le statut de référence de l'emploi en CDI à temps plein. Nous passons ici en revue les règles spécifiques à certains statuts ou certaines situations d'intérêt pour les jeunes.

A) Les périodes d'études et de stages

- Les stages peuvent être validés dans le régime de base pour la partie de leur montant supérieure à la gratification minimale.

- Les périodes d'études ou de stage (non rémunéré) n'ouvrent pas droit à validation retraite.

Toutefois, il existe des possibilités de rachat de trimestres d'assurance au titre des années d'études supérieures ou de périodes de stage. Ainsi, depuis la loi de juillet 2003, les assurés peuvent racheter jusqu'à douze trimestres dans le régime de base. Ce dispositif a connu un faible succès : depuis le 1er janvier 2004, le régime général a reçu moins de 100 000 demandes et a notifié environ 38 000 versements pour la retraite. Le rachat a porté en moyenne sur six trimestres. 3% seulement des 38 000 versements notifiés depuis 2004 émanent d'assurés ayant fait leur demande avant 30 ans³⁶. Nous ne savons pas si les jeunes disposent d'une information suffisante sur cette mesure. C'est la raison pour laquelle parmi ces douze trimestres, quatre peuvent dorénavant être rachetés à un tarif préférentiel si la demande est effectuée dans le délai de dix ans qui suivent la fin des études.

Par ailleurs, depuis 2015, les stagiaires en entreprise qui perçoivent une gratification minimale ont également la possibilité de demander la prise en compte par le régime général de leurs périodes de stage, sous réserve d'un versement de cotisations dont le coût est modéré et dans la limite de deux trimestres. Le stagiaire doit former sa demande dans un délai deux ans à compter de la fin de son stage.

B) Travail à temps partiel

En cas de temps partiel temps partiel, il existe la possibilité de surcotisation salariale et patronale à temps plein avec accord de l'employeur. A notre connaissance, il n'y a pas de bilan de cette mesure.

³⁶ On ne compte quasiment aucune demande de rachats au titre des périodes d'étude pour les régimes ARRCO et AGIRC.

C) Apprentissage, contrat de professionnalisation et contrats aidés

Ces contrats (CDD et CDI) conduisent à cotisation et donc à validation retraite.

Depuis la loi du 20 janvier 2014, l'assiette des cotisations vieillesse des apprentis a été rétablie sur la base de leur salaire réel. Ils valident désormais des trimestres d'assurance vieillesse selon les conditions de droit commun : ainsi sont validés autant de trimestres que le salaire annuel représente de fois 150 heures SMIC, avec un maximum de quatre trimestres par année civile.

Par ailleurs, un transfert FSV a été créé pour compléter les cotisations des apprentis les plus jeunes, dont le salaire réel est trop faible. Ainsi, depuis le 1er janvier 2014, les apprentis valident un nombre de trimestres équivalent à leur durée d'apprentissage sur chaque année civile.

Enfin, pour les périodes d'apprentissage antérieures au 1er janvier 2014, un rachat à tarif préférentiel a été instauré pour les anciens apprentis, dans la limite de quatre trimestres.

D) Le service civique

Il est validé dans le régime de base.

E) Contrats d'insertion : CIVIS et Garantie Jeunes

Ces contrats n'ouvrent pas droit à une validation retraite.

F) Chômage

Depuis 1980, il faut distinguer les périodes de chômage indemnisé et non indemnisé.

1) Périodes de chômage indemnisé

Les trimestres correspondant sont validés (périodes assimilées) sans report de salaire au compte. On compte un trimestre par période de 50 jours indemnisés, dans la limite de quatre trimestres par an.

2) Périodes de chômage non indemnisé

Lors de la première période de chômage non indemnisé dans une carrière, on compte un trimestre par période de 50 jours de chômage, dans la limite de 4 trimestres pour les périodes antérieures au 1^{er} janvier 2011, et de 6 trimestres à partir de cette date.

Cette mesure bénéficie tout particulièrement aux jeunes en début de carrière, dès lors qu'ils ont déjà cotisé à l'assurance vieillesse. Pour les périodes suivantes, une condition s'ajoute : il faut que la période de chômage non indemnisé succède immédiatement à une période de chômage indemnisé. Les trimestres comptent alors de la même façon dans la limite d'un an.

A noter qu'il faut avoir cotisé au régime général ou au RSI avant la période de chômage pour pouvoir prétendre valider des trimestres. Il n'y a pas de montant minimal. De fait, si un jeune cherche du travail à la sortie de ces études alors qu'il n'a jamais travaillé, cette période de recherche ne pourra pas être validée pour sa retraite

Alors qu'il existe une transmission automatique d'information entre Pôle Emploi et la Cnav pour le chômeur indemnisé, cela n'est pas le cas pour le demandeur d'emploi non indemnisé. Ce dernier doit donc faire une démarche particulière, ce qui pose la question de son niveau d'information (et du risque de non-recours)³⁷.

G) Stage de la formation professionnelle

Le stagiaire de la formation professionnelle bénéficie d'une couverture sociale s'il est indemnisé.

Dans le cas des stages non indemnisés mais agréés par l'Etat ou la région, si l'Etat ou la région prennent bien en charge des cotisations retraite, celles-ci sont établies sur une base forfaitaire trop faible pour valider des trimestres de retraite. C'est la raison pour laquelle, la loi retraites de 2014 a assimilé à des périodes d'assurance vieillesse ces périodes de stage. Depuis le 1^{er} janvier 2015, toute période de stage de 50 jours ouvre ainsi droit à un trimestre d'assurance vieillesse pris en charge par le FSV.

H) Le congé de maternité

Depuis la loi de novembre 2010, les IJ de maternité sont prises en compte à hauteur de 125% dans le salaire moyen servant de base au calcul de la retraite du régime général (à partir des congés commençant à compter du 1^{er} janvier 2012), ce qui empêche que le congé maternité puisse faire baisser la moyenne des salaires perçus l'année du congé. Le complément de salaire versé le cas échéant par l'employeur est pris en compte dans le calcul du salaire annuel de référence.

Pour les enfants nés à compter du 1er janvier 2014, tous les trimestres de congé maternité comptent pour la retraite (loi du 20 janvier 2014) : chaque période de 90 jours de congé maternité sera validée par un trimestre d'assurance vieillesse. Auparavant, seul le trimestre de l'accouchement était validé ; or, à partir du troisième enfant, ou en cas de grossesse multiple, le congé maternité peut durer au moins deux trimestres.

Les périodes d'indemnisation prises en compte comprennent : le congé maternité légal ; les périodes de dispense de travail pour les femmes enceintes ou allaitantes, le congé d'adoption, à condition d'avoir cessé toute activité salariée pendant la période ; le congé accordé au père en cas de décès de la mère à l'accouchement.

³⁷ Des travaux sont en cours pour favoriser des échanges informatisés.

D) Les périodes d'inactivité pour s'occuper d'enfants

L'assurance vieillesse des parents au foyer (AVPF) permet aux personnes qui se consacrent à l'éducation d'un ou plusieurs enfants et qui perçoivent de très faibles revenus professionnels d'acquérir des droits propres à la retraite (validation de trimestres acquis par report de salaire au niveau du Smic mensuel), sous condition de ressources de la personne seule ou du ménage, et de perception de certaines prestations familiales³⁸.

Les cotisations d'assurance vieillesse sont versées par la Cnaf³⁹.

La quasi-totalité des jeunes parents avec enfant de moins de trois ans percevant l'Allocation de base de la PAJE seraient éligibles à l'AVPF, du fait de leurs faibles ressources.

Les bénéficiaires de l'AVPF concernent en majorité des femmes (92 %).

Par ailleurs, il est rappelé que des majorations de durée d'assurance pour enfant sont accordées, au moment de la liquidation de la retraite, avec un maximum de 8 trimestres par enfant (4 trimestres au titre de l'accouchement et 4 trimestres au titre de l'éducation d'un enfant pendant ses 4 premières années).

J) RSA

Le RSA en tant que tel ne donne pas droit à validation retraite. Une période au RSA peut cependant se retrouver couverte si les conditions de couverture d'une période de chômage non indemnisé se trouvent remplies (cf *supra*).

III) LA LOI DU 20 JANVIER 2014 GARANTISSANT L'AVENIR ET LA JUSTICE DU SYSTEME DE RETRAITES : DES MESURES QUI PRENNENT MIEUX EN COMPTE LES CARACTERISTIQUES DES PARCOURS DES JEUNES

Globalement, les réformes récentes ont amélioré la constitution des droits à la retraite pour les périodes de temps partiel ou contrats courts, de chômage indemnisé, d'apprentissage, de stage de la formation professionnelle et de congé maternité, ce qui est favorable à la constitution des droits à la retraite pendant la jeunesse.

En particulier, la loi du 20 janvier 2014 permet :

- une meilleure prise en compte des trimestres de congé maternité (cf *supra*) ;
- l'abaissement du seuil pour valider un trimestre, qui est passé de l'équivalent de 200 heures travaillées rémunérées au niveau du Smic à l'équivalent de 150 heures au Smic⁴⁰. Cette mesure est favorable aux temps partiels et aux périodes d'emploi discontinues, où les jeunes sont surreprésentés.

³⁸ Allocation de base de la PAJE, Complément familial, Prépairee (à taux plein ou partiel), AJPP.

³⁹ L'AVPF concerne essentiellement les parents vivant en métropole, les règles étant plus restrictives dans les DOM où l'AVPF ne concerne que les parents et aidants familiaux en charge d'un enfant ou d'une personne handicapée. ou d'une personne âgée dépendante.

⁴⁰ La possibilité de report des cotisations non utilisées pour valider un trimestre l'année suivante introduite par la loi de 2014 a été supprimée par l'article 52 de la LFSS pour 2016.

La DREES⁴¹ estime que cette mesure a un impact significatif sur l'acquisition de trimestres par les jeunes assurés relevant du régime général ou des régimes alignés : la simulation de la réforme sur les carrières de la génération 1978 conduit à une augmentation du nombre de trimestres validés à 30 ans, de 31,7 à 32,8. Ce résultat moyen global recouvre des impacts assez différenciés selon les assurés.

- une extension de la validation des périodes de formation professionnelle aux chômeurs qui ne relèvent plus de l'assurance chômage : à partir du 1^{er} janvier 2015, l'ensemble des stagiaires de la formation professionnelle voient leurs trimestres de formation assimilés à des périodes d'assurance, dans les mêmes conditions que le chômage indemnisé ;

- la validation de tous les trimestres d'apprentissage grâce à la révision de l'assiette de cotisation des apprentis et à une prise en charge complémentaire du Fonds de solidarité vieillesse (FSV) en cas d'insuffisance des cotisations ;

- la prise en compte des périodes de stage pour les étudiants, dans la limite de deux trimestres et sous réserve du versement de cotisations et d'une demande formulée dans les deux ans qui suivent le stage ;

- l'abaissement du barème de rachat des années d'étude si la demande est présentée dans les dix années qui suivent la fin des études.

Dans son rapport annuel de 2015 sur la protection sociale des jeunes de 16 à 29 ans, l'Igas note que ces mesures, qui ne prennent effet que postérieurement à la loi, ne bénéficieront pas à certaines des générations qui seront concernées par la hausse à 43 ans de la durée d'assurance nécessaire pour bénéficier du taux plein (à partir des générations nées en 1973).

IV) LES DROITS RETRAITE ACQUIS PAR LES ACTIFS A 30 ANS

Nous nous concentrons ici sur la durée d'assurance acquise à trente ans. On dispose de peu d'éléments sur l'impact des périodes de jeunesse sur le salaire de référence qui sert au calcul du montant de la pension. En particulier, l'impact sur le salaire de référence des mécanismes de validation des périodes de chômage (pas de report au compte) ou d'AVPF (salaire porté au compte au niveau du Smic) varie selon les caractéristiques de la carrière de l'assuré (évolution salariale, nombre d'années cotisées, polycotisant...).

La durée d'assurance tous régimes correspond au nombre de trimestres acquis auprès des régimes de retraite au titre de l'activité professionnelle ; de l'éducation des enfants, dans le cadre de l'AVPF ; de la maladie, de la maternité, du chômage, de la préretraite, de la reconversion, de la formation, de l'invalidité, des accidents du travail (périodes assimilées) ; des majorations de durée d'assurance.

⁴¹ Travaux réalisés pour la mission Igas sur la protection sociale des jeunes adultes.

1) Les trimestres pris en compte dans les durées d'assurance tous régimes dans l'EIC 2009

L'EIC⁴² 2009 fournit une photographie de la situation des droits à retraite acquis par les personnes ayant entre 23 et 75 ans au 31 décembre 2009⁴³.

Les durées d'assurance calculées à partir de l'échantillon interrégimes de cotisants (EIR) de la DREES n'incluent pas certaines périodes qui ne sont validées qu'au moment de la liquidation : il manque en particulier les majorations de durée d'assurance pour enfant, une partie des trimestres validés au titre du service militaire ou du chômage non indemnisé et certaines périodes d'apprentissage. En outre, les durées d'assurance présentées ne tiennent pas compte par définition des possibilités ultérieures de rachat de périodes d'étude ou de stage.

2) Le nombre de trimestres validés à 30 ans est en baisse depuis la génération 1950

Le nombre moyen de trimestres validés à 30 ans avait augmenté, passant de 35 pour la génération 1934 à 42,6 pour la génération 1950. Il est en baisse depuis et s'établit à 31 trimestres pour la génération 1978 (la dernière que l'on puisse à ce jour observer jusqu'à 30 ans). Cela est d'autant plus gênant que les réformes récentes ont augmenté le nombre de trimestres nécessaires pour partir à taux plein dès l'âge légal de départ⁴⁴.

Ce recul de la durée validée à 30 ans pour les jeunes générations s'explique par l'allongement de la durée des études et les difficultés d'insertion sur le marché du travail, notamment depuis la montée du chômage depuis la fin des années 1970. On observe ainsi un recul de l'âge moyen de la première validation de 4 trimestres dans l'année : 23,4 ans pour la génération 1974, contre 20,8 ans pour la génération 1954⁴⁵.

On peut d'ailleurs noter que la génération 1978, entrée sur le marché du travail dans le contexte favorable du tournant des années 2000, a acquis à 30 ans davantage de droits que la génération 1974 (31 trimestres contre 30,6). L'âge moyen de validation de 4 trimestres pour la même année est de 22,87 ans pour la génération 1978, soit 7 mois de moins que la génération 1974.

Cette légère augmentation des droits acquis à 30 ans (et même à 25 ans) se poursuivrait pour les générations 1978 et 1982 (cf. exploitations spécifiques réalisée par la DREES pour le rapport annuel de l'Igas de 2015 sur les droits acquis à 25 et 30 ans pour les générations nées en 1974, 1978 et 1982⁴⁶).

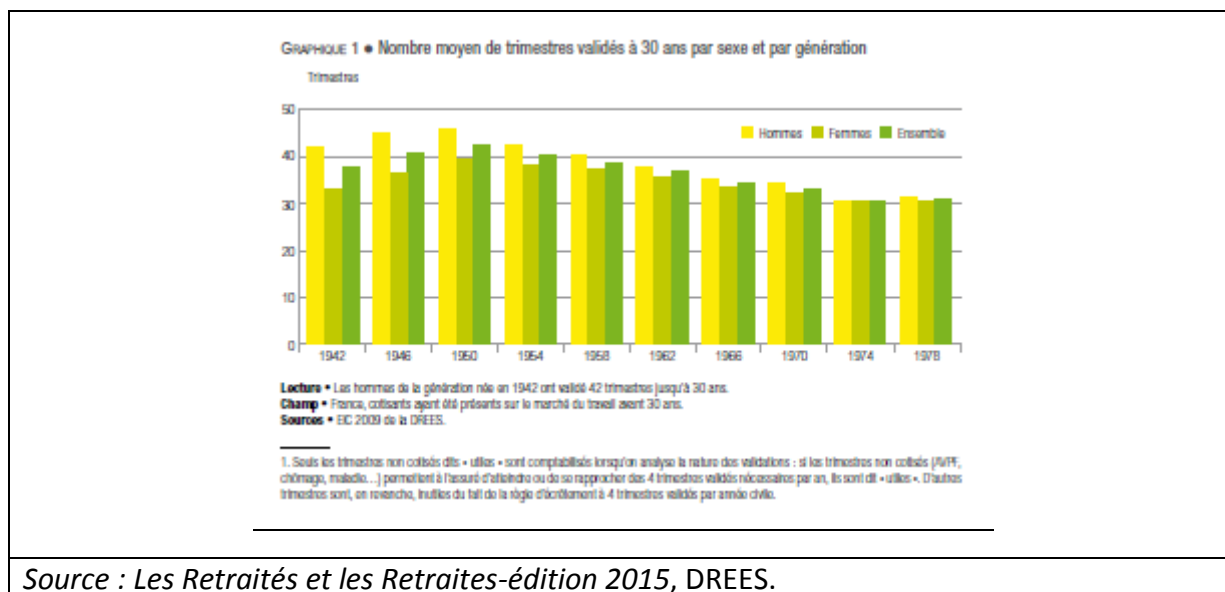
⁴² EIC : échantillon interrégime de cotisants.

⁴³ « Les durées d'assurance validées par les actifs pour leur retraite », chapitre 24, *Les Retraités et les Retraites-édition 2015*, DREES.

⁴⁴ Ces dernières réformes ont toutefois renforcé dans le même temps (cf. *supra*) des mécanismes permettant une meilleure validation des droits des jeunes générations.

⁴⁵ Le recul de l'âge de fin de la scolarisation obligatoire à 16 ans a été appliqué à partir de la génération née en 1953 (et ne joue donc aucun rôle sur la baisse des droits à 30 ans entre la génération 1954 et la génération 1974).

⁴⁶ Rapport annuel de l'Igas 2015 pp.190-191.



3) La durée d'assurance validée à 30 ans par les femmes est très proche de celle des hommes pour les générations récentes

La durée d'assurance tous régimes validée à 30 ans des femmes, telle que calculée dans l'EIC 2009, est désormais très proche de celle des hommes (30,6 pour les femmes de la génération 1978 contre 31,5 pour les hommes de cette génération) alors qu'on ne dispose pas d'une vision complète des droits et notamment des trimestres de MDA pour enfant (qui ne sont attribués qu'à la liquidation de la pension)⁴⁷. Ce rapprochement s'explique essentiellement par une participation accrue des femmes sur le marché du travail.

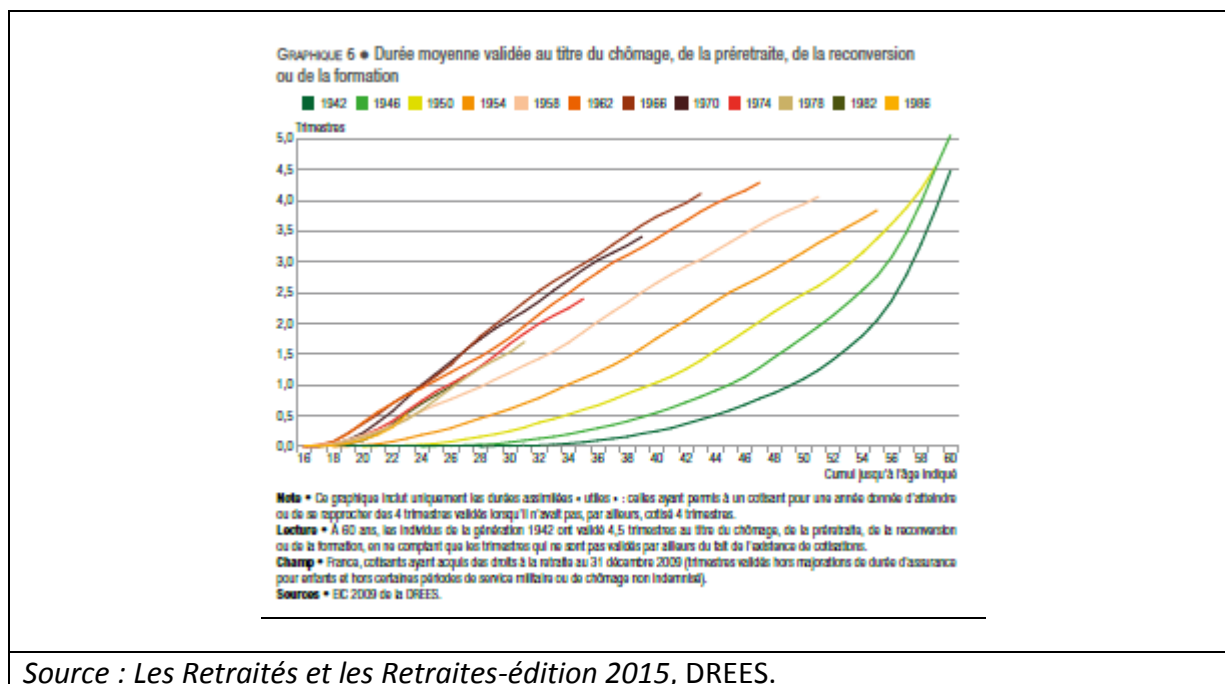
4) La durée validée au titre du chômage, de la reconversion ou de la formation a augmenté pour les jeunes générations

Le nombre de trimestres validés à 30 ans au titre du chômage, de la reconversion ou de la formation est plus élevé pour les jeunes générations, en lien avec la montée du chômage depuis la fin des années 1970. Ces trimestres se situent majoritairement au moment de l'entrée sur le marché du travail et leur nombre est sensible à la conjoncture, avec là encore (au-delà de la tendance de fond à la hausse) une situation un peu plus favorable pour les générations arrivées sur le marché du travail dans une période d'embellie conjoncturelle.

L'augmentation des trimestres validés au titre de la prise en charge du chômage limitent les effets de la diminution de l'acquisition de trimestres par l'emploi.

⁴⁷ Les majorations de durée d'assurance pour enfant (MDA) consistent à accorder des trimestres supplémentaires au titre de chaque enfant. Au régime général, quatre trimestres sont attribués à la mère au titre de l'accouchement et quatre trimestres sont attribués à la mère, au père ou partagés au titre de l'éducation de l'enfant. Actuellement, les MDA (y compris les trimestres « Education ») bénéficient de fait essentiellement aux mères (résiduel pour les pères).

Il est difficile d'évaluer l'impact sur le salaire de référence (qui servira à calculer le montant de la pension de retraite) de cette plus forte proportion de périodes de chômage, reconversion ou formation dans la durée validée : certaines périodes ne donnent pas lieu à report au compte (chômage) ; il semble assez probable que les périodes qui font l'objet d'un report au compte soient « valorisées » pour un montant inférieur à celui que serait le report d'un salaire si la personne était en emploi ; selon la durée totale de la carrière et ses caractéristiques, ces périodes peuvent entrer ou non dans les « vingt-cinq meilleures années »...



Les trimestres validés avant 25 ans par les hommes des jeunes générations (1974 à 1982) le sont essentiellement au titre de l'emploi : autour de 93%-94%. Cette part est plus faible chez les femmes (85%-86%) mais se trouve compensée par les trimestres acquis au titre de l'AVPF (près de 10% des trimestres validés par les femmes à 25 ans ; marginal chez les hommes). La part des trimestres validés au titre du chômage s'établit à 5%-6% pour les hommes et 4%-5% pour les femmes. Enfin, à 25 ans, la part des trimestres validée au titre de la maladie est négligeable.

Toujours pour ces jeunes générations, si l'on considère les trimestres validés cinq ans plus tard (avant 30 ans), on n'observe pas de différence pour la part de l'emploi chez les hommes alors qu'elle baisse pour les femmes (autour de 81%-82%). En parallèle, le poids des trimestres validés par les femmes au titre de l'AVPF augmente (13% ; toujours marginal chez les hommes).

5) Les écarts de droits acquis à trente ans se réduisent entre ouvriers et cadres et selon le niveau de diplôme

La baisse de l'acquisition de droits à la retraite en début de carrière est plus prononcée pour les ouvriers que pour les cadres, en raison de difficultés d'insertion plus importantes. Ainsi, la dispersion entre catégories socioprofessionnelles du nombre de trimestres validés à 30 ans, qui reflète en partie les différences d'âge de fin d'études, s'est réduite au fil des générations. Le recul des âges moyens de première validation est notamment moins rapide pour les cadres que pour les ouvriers. L'écart, qui était de l'ordre de 2,5 ans pour la génération 1950, s'est réduit à environ 1,5 an pour les hommes de la génération 1970 et un peu plus d'un an pour les femmes. Ainsi, alors que les hommes cadres de la génération 1950 avaient validé à 30 ans 15 trimestres de moins que les ouvriers (12 trimestres pour les femmes), l'écart n'est plus que de 10 trimestres (8 pour les femmes) pour la génération 1970, soit une réduction d'un tiers de l'écart⁴⁸.

De la même manière, les écarts d'âge en début d'acquisition de droits selon le diplôme se réduisent au fil des générations : pour les hommes nés en 1942, les titulaires d'un CAP ou BEP débutaient leur activité professionnelle en moyenne 4,3 ans plus tôt que les titulaires d'un diplôme de 2^{ème} ou 3^{ème} cycle universitaire. Cet écart n'est plus que de 2,5 ans pour la génération 1970. Pour les femmes, l'écart entre non diplômées et diplômées du 2^{ème} ou 3^{ème} cycle universitaire passe de 4,6 ans pour la génération 1942 à 2,2 ans pour la génération 1970⁴⁹.

⁴⁸ Rapport B., 2009, « En début de carrière, moins d'acquisitions de droits à la retraite pour les jeunes générations », *Dossiers Solidarité Santé*, n°10, 2009.

⁴⁹ Salembier L., 2015, « Les droits à la retraite acquis en début de carrière - Une analyse à partir de l'Echantillon interrégimes de cotisants 2009 », *Dossiers Solidarité Santé*, n°60, janvier 2015.

SECTION 2 - LA RETRAITE COMPLEMENTAIRE

I) LES POINTS DE REGLEMENTATION IMPORTANTS POUR LES DROITS DES JEUNES

A) Pas de condition d'ancienneté pour la retraite complémentaire

B) Les périodes de chômage ne permettent d'acquérir des points que si elles sont indemnisées

C) Rétroactions pour certaines situations avec validation seulement dans le régime de base

Certaines situations qui donnent lieu à des validations retraite dans le régime de base ne permettent pas d'acquérir des points dans les régimes complémentaires (stages pendant la formation initiale avec gratification supérieure à la gratification minimale, stage de la formation professionnelle sans indemnisation chômage, service civique).

Cependant, il y a un gain (indirect) dans le régime complémentaire dans la mesure où la durée d'assurance acquise dans le régime de base permet de déterminer le taux plein, qui affecte le calcul de la pension dans le régime complémentaire (minoration de la retraite complémentaire si taux plein non atteint).

II) LES DONNEES SUR L'ACQUISITION DE POINTS ARRCO AVANT 30 ANS

A) Le nombre de points ARRCO acquis à 30 ans baisse avec la génération

On observe pour l'acquisition des points ARRCO avant 30 ans la même baisse constatée pour les droits à la retraite de base : il baisse au fil des générations, de 651 pour la génération née en 1954 à 479 pour la génération 1974 pour les hommes (respectivement de 486 à 375 pour les femmes). « Outre le recul d'entrée dans la vie active, une diminution du rendement des régimes, pas totalement compensée par la hausse de la cotisation obligatoires et les rémunérations moindres des jeunes générations ont pu contribuer à cette diminution »⁵⁰.

B) L'écart hommes-femmes de points ARRCO acquis à 30 ans persiste

En revanche, l'écart hommes/femmes reste important : il s'explique par les écarts de rémunérations et la validation de trimestre dans le régime de base sans validation de points dans les régimes complémentaires, pour l'AVPF notamment.

⁵⁰ Rapport Igas 2015

ANNEXE - LISTE DES CAS DE DISPENSES D'ADHESION (ART. R242-1-6 DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE)

- salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée au moins égale à douze mois à condition de justifier par écrit en produisant tous documents d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs pour le même type de garanties ;
- salariés et apprentis bénéficiaires d'un contrat à durée déterminée ou d'un contrat de mission d'une durée inférieure à douze mois, même s'ils ne bénéficient pas d'une couverture individuelle souscrite par ailleurs ;
- salariés à temps partiel et apprentis dont l'adhésion au système de garanties les conduirait à s'acquitter d'une cotisation au moins égale à 10 % de leur rémunération brute ;
- salariés bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à la date à laquelle les salariés cessent de bénéficier de cette couverture ou de cette aide ;
- salariés couverts par une assurance individuelle de frais de santé au moment de la mise en place des garanties ou de l'embauche si elle est postérieure. La dispense ne peut alors jouer que jusqu'à échéance du contrat individuel ;
- salariés qui bénéficient par ailleurs, y compris en tant qu'ayants droit, d'une couverture collective relevant d'un dispositif de prévoyance complémentaire conforme à un de ceux fixés par arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale, à condition de le justifier chaque année.

Dans tous les cas, l'employeur doit être en mesure de produire la demande de dispense des salariés concernés. Cette demande comporte la mention selon laquelle le salarié a été préalablement informé par l'employeur des conséquences de son choix.