



Rapport du Fonds CMU au Gouvernement sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide complémentaire santé en 2008

(en application de l'article L.863-5 du Code de la sécurité sociale)

Juin 2009

Fonds de financement de la protection
complémentaire de la couverture universelle du
risque maladie

Tour Onyx – 10 rue Vandrezanne – 75013 PARIS
☎ 01 58 10 11 90 📠 01 58 10 11 99
www.cmu.fr
accueil@fonds-cmu.gouv.fr

SOMMAIRE

<i>AVANT PROPOS</i>	3
1. PRINCIPALES DONNÉES GLOBALES	4
1.1. SYNTHÈSE DES PRINCIPALES DONNEES	4
1.2. LE NOMBRE DE BENEFICIAIRES PAR CONTRAT ACS	5
1.3. MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUETE	7
2. ANALYSE DES DÉTERMINANTS DU PRIX DES CONTRATS ET DU MONTANT DE PRIME APRÈS ACS	9
2.1. IMPACT DE LA TAILLE DE LA FAMILLE	9
2.1.1. MESURE A PARTIR DE L'ANALYSE DESCRIPTIVE.....	9
2.1.2. MESURE A PARTIR DE L'ANALYSE « TOUTES CHOSES EGALES PAR AILLEURS ».....	11
2.2. IMPACT DE L'AGE DES BENEFICIAIRES	13
2.2.1. MESURE A PARTIR DE L'ANALYSE DESCRIPTIVE POUR LES CONTRATS COUVRANT UNE PERSONNE.....	13
2.2.2. MESURE A PARTIR DE L'ANALYSE « TOUTES CHOSES EGALES PAR AILLEURS ».....	16
2.3. CLASSIFICATION ET MESURE DE L'IMPACT DU NIVEAU DE GARANTIE	18
2.3.1. CLASSIFICATION	18
2.3.2. MESURE DE L'IMPACT DU NIVEAU DE GARANTIE DES CONTRATS SUR LEURS PRIX	20
2.4. IMPACT DE LA REGION DE RESIDENCE DU SOUSCRIPTEUR	22
2.5. IMPACT RELATIF DE CHAQUE FACTEUR	23
3. COMPARAISON DES NIVEAUX DE GARANTIE ENTRE CONTRATS ACS ET AUTRES CONTRATS INDIVIDUELS	24
3.1. DES NIVEAUX DE GARANTIE MOINS ELEVÉS POUR L'ACS.....	24
3.2. L'ACS CONSTITUE UNE CLEF D'ENTREE DANS LA COUVERTURE COMPLEMENTAIRE SANTE	26
4. LES CONTRATS GRATUITS DU FAIT DE L'ACS	27
☞ ANNEXE 1	28
LE SUIVI DE LA MONTÉE EN CHARGE DE L'ACS EN 2008.....	28
☞ ANNEXE 2	30
CONTRÔLE DE LA QUALITE DES DONNÉES REMONTÉES	30
☞ ANNEXE 3	33
REVENU DU FOYER SELON LA COMPOSITION FAMILIALE – ANNEE 2008.....	33
☞ ANNEXE 4	34
ANALYSE DESCRIPTIVE ET ANALYSE ECONOMETRIQUE.....	34
☞ ANNEXE 5	36
CLASSIFICATION DES CONTRATS DE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE SANTE AYANT OUVERT DROIT A L'ACS	36

Avant propos

Selon l'article L. 863-5 du code de la sécurité sociale, le Fonds CMU « rend compte annuellement au Gouvernement de l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit » à l'aide complémentaire santé. L'article R. 862-12 du même code précise que les organismes complémentaires santé (OC) sont tenus de communiquer au Fonds CMU, sur sa demande, tous renseignements nécessaires à l'élaboration de ce rapport.

Le premier rapport « prix / contenu » qui portait sur les données arrêtées au 31 décembre 2005 a été rendu public en juin 2006. Cette première enquête avait un caractère exploratoire, elle a donc été réalisée sur une échelle modeste : 13 OC couvrant 25 % des bénéficiaires. Le second rapport, remis en juin 2007 a représenté le premier exercice « grandeur nature » s'agissant de la représentativité de l'enquête : 51 OC concernés couvrant 55 % des bénéficiaires fin 2006, 53 OC et 60 % des bénéficiaires pour le rapport présenté en juin 2008.

Ce quatrième rapport depuis la création du dispositif, traite des données arrêtées au 30 novembre 2008. Il a concerné 47 OC et 60 % des bénéficiaires, ce qui montre que, sans viser l'exhaustivité qui serait contre productive, la représentativité des données atteint un très haut niveau. L'évolution du nombre d'OC par rapport à l'année précédente est impacté par un nombre non négligeable de fusions ; en outre, les données transmises par trois organismes n'ont pu être prises en compte du fait de questions que soulevaient leurs données. Ce qui avait déjà été souligné dans le rapport 2007 reste d'actualité. Malgré une information effectuée très en amont, une offre d'accompagnement importante de la part du Fonds CMU, certains organismes sont toujours dans l'impossibilité de fournir des résultats sur ce champ.

On rappellera que le Fonds CMU s'est engagé, auprès des OC participants, sur la confidentialité des informations transmises à propos des contrats et de leurs répartitions. Aucune information permettant d'identifier les organismes ne figure dans ce document. De la même manière, aucune différenciation entre nature d'organismes ne sera mise en évidence.

A titre d'information complémentaire, l'annexe 1 reprend les principales tendances observées par rapport au suivi de la montée en charge de l'ACS en 2008.

1. Principales données globales

1.1. SYNTHÈSE DES PRINCIPALES DONNEES

Pour les 47 OC et leurs 262 803 bénéficiaires couverts par 160 013 contrats souscrits, le prix moyen du contrat s'établit à 734 € par contrat, le montant moyen de déduction s'élève à 357 €, le reste à charge moyen à 377 € (il s'agit du reste à charge sur le prix du contrat) ce qui conduit à un taux de reste à charge (ou pourcentage de la prime ou cotisation restant à charge) par contrat de 51,4 %.

Ces données peuvent être rapprochées de celles obtenues l'année précédente :

	Enquête 2008	Enquête 2007	Evolution
Nombre d'OC	47	53	
Nombre contrats	160 013	117 453	
Nombre personnes enquêtées	262 803	198 313	
% bénéficiaires concernés par l'enquête	60 %	60 %	
Nombre personnes par contrat	1,64	1,69	
Prix moyen par contrat	734	722	+ 1,7 %
Montant déduction moyenne par contrat	357	356	+ 0,3 %
RAC (*) moyen par contrat	377	366	+ 3,0 %
Taux RAC (*) moyen	51,4 %	50,7 %	
Taux d'effort	4,0 %	3,9 %	

(*) Par commodité, sur l'ensemble des tableaux qui suivent, « le montant de prime ou cotisation après ACS » est remplacé par le terme « RAC » (reste à charge sur le prix du contrat)

Afin de déterminer le taux d'effort des foyers concernés (montant de reste à charge / montant des ressources), le calcul est basé sur les ressources annuelles moyennes (entre le plafond de la CMU complémentaire et ce plafond majoré de 20 %) desquelles a été déduit le forfait logement. Le revenu estimé en fonction de la taille de la famille est présenté dans un tableau récapitulatif (cf. annexe 3).

Sur 2008, le taux d'effort moyen pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire est évalué par foyer à 4,0 % des revenus annuels, chiffre quasiment identique à celui obtenu dans l'enquête 2007.

Dans l'Enquête Santé Protection Sociale 2006 (Questions d'économie de la Santé – « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire » - Mai 2008), l'IRDES souligne que s'agissant des contrats individuels, le taux d'effort augmente nettement quand le revenu des souscripteurs diminue. Il est de 2,9 % pour les ménages les plus riches et s'élève progressivement pour atteindre 10,3 % pour les ménages les plus pauvres. Dans ce contexte, il ressort que le taux d'effort après application de l'ACS rejoint celui des cadres et professions intellectuelles qui, d'après l'enquête, s'élève en moyenne à 3,8 %.

Néanmoins, la charge reste conséquente pour les ménages bénéficiant de l'ACS puisqu'un peu moins d'un demi mois de revenu est nécessaire pour financer leur complémentaire santé. Toutefois, s'ils n'avaient pas l'ACS, ce serait presque un mois de revenu qui devrait être consacré au paiement de leur complémentaire santé.

Le prix du contrat a faiblement augmenté dans l'enquête mais le nombre moyen de bénéficiaires par contrat a baissé de 3 %.

1.2. LE NOMBRE DE BENEFICIAIRES PAR CONTRAT ACS

En 2008, un contrat couvre, en moyenne, 1,64 personnes (1,69 en 2007, 1,75 en 2006).

On notera que les contrats couvrant une seule personne représentent 45 % du nombre de bénéficiaires et 73 % du nombre des contrats (respectivement 42 % et 71 % en 2007), ceux couvrant 2 personnes, 12 % du nombre de bénéficiaires et 10 % du nombre des contrats (respectivement 13 % et 11 % en 2007).

Répartition des bénéficiaires au sein des contrats

Nombre de personnes couvertes par contrat	Nombre de contrats	Répartition %	Nombre de personnes	Répartition %
1	117 001	73,1	117 001	44,5
2	16 011	10,0	32 022	12,2
3	9 875	6,2	29 625	11,3
4	7 623	4,8	30 492	11,6
5	5 499	3,4	27 495	10,5
6	2 557	1,6	15 342	5,8
7	967	0,6	6 769	2,6
8	329	0,2	2 632	1,0
9	103	0,1	927	0,4
10	33	0,0	330	0,1
11	12	0,0	132	0,1
12	3	0,0	36	0,0
TOTAL	160 013	100,0	262 803	100,0

La structure demeure très stable dans le temps.

L'âge du souscripteur selon le nombre de personnes couvertes est mis en évidence par le tableau suivant :

Age du souscripteur selon le nombre de personnes couvertes par le contrat

Nombre de personnes couvertes par contrat	Nombre de bénéficiaires	Âge moyen	Répartition des effectifs par tranches d'âges en %								
			16-24 ans	25-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-79 ans	80 ans et +	Total
1	117 001	58,4	3,8	3,9	10,0	14,3	19,3	18,3	16,3	14,0	100,0
2	32 022	50,7	5,0	8,3	16,4	18,7	18,2	18,4	10,5	4,5	100,0
3	29 625	41,3	4,4	11,3	33,6	29,2	13,3	6,3	1,7	0,2	100,0
4	30 492	40,2	1,8	9,7	41,3	32,7	9,6	4,0	0,8	0,0	100,0
5	27 495	40,7	0,8	6,2	42,7	37,1	9,1	3,4	0,7	0,1	100,0
6	15 342	42,6	0,3	3,1	36,3	42,3	12,9	4,1	0,9	0,1	100,0
7 et plus	10 826	45,0	0,1	1,8	27,1	45,4	16,1	8,2	1,0	0,2	100,0
TOTAL	262 803	54,7	3,1	6,1	22,8	23,9	15,8	12,5	9,0	6,8	100,0

A partir de cette année, la tranche d'âge « 60 ans et plus » est décomposée en 3 sous tranches afin d'affiner les analyses sur ce champ.

L'âge moyen selon le nombre de personnes couvertes par foyer est très stable par rapport à 2007, contrairement à l'évolution constatée entre 2006 et 2007, où une augmentation sensible de l'âge avait été observée pour les contrats couvrant 1 et 2 personnes. Ce constat était à l'époque cohérent avec l'augmentation de la délivrance des attestations aux personnes âgées par la CNAMTS. En outre, l'intégration de deux OC au profil atypique à l'époque avait également contribué à cette évolution.

Age moyen du souscripteur selon le nombre de personnes couvertes (enquête 2007)

Nombre de personnes couvertes par contrat	Âge moyen enquête 2007
1	56,9
2	50,4
3	41,0
4	39,9
5	40,8
6	42,9
7 et plus	45,3

Dans les contrats couvrant une personne, les plus de 60 ans sont de plus en plus présents et représentent presque la moitié des contrats (48,6 % contre 45,2 % en 2007). Il est vrai que l'ACS porte sur les contrats individuels qui concernent davantage les personnes âgées et seules, tandis que les contrats collectifs, qui ne relèvent pas du champ de l'ACS, regroupent plutôt des actifs et donc, des familles.

1.3. MÉTHODOLOGIE DE L'ENQUÊTE

Sur une soixantaine d'OC interrogés, 47 ont effectivement transmis les données attendues. Les données relatives à 160 013 contrats couvrant 262 803 bénéficiaires ont été retenues. Ces derniers correspondent donc à 60 % des bénéficiaires de l'ACS (4^{ème} trimestre 2008).

La répartition des bénéficiaires dans l'enquête, selon la nature des OC, est proche de celles des utilisateurs d'attestations ACS à la fin 2008 :

Nature OC	En %	
	Bénéficiaires ACS enquête	Bénéficiaires ACS au 30/11/08
Mutuelles	73,6	73,0
IP	0,6	2,5
Assurances	25,8	24,5
TOTAL	100,0	100,0

Les OC ont transmis dans un premier temps les descriptifs des garanties des formules couvrant le plus de bénéficiaires dans leur portefeuille. Dans un second temps, ils ont fourni la liste des contrats bénéficiant de l'ACS gérés dans leur portefeuille au 30 novembre 2008. Pour chaque contrat, les informations suivantes ont été reportées (une ligne par contrat) : prix de vente du contrat, montant des déductions, nombre de bénéficiaires sur ce contrat, âge et département de résidence de son souscripteur, enfin, intitulé du contrat (ou nom de la formule à laquelle se rapporte le contrat). On dispose ainsi notamment des caractéristiques généralement utilisées pour la tarification des contrats individuels de couverture complémentaire.

Le Fonds attache une grande importance à la qualité des données fournies. Les OC qui sont associés pour la première fois, sont informés durant l'été et effectuent un test en octobre. Le Fonds met à disposition des OC une fiche de contrôle détaillée (cf. annexe 2 sur le contrôle de la qualité des données remontées).

Le point le plus délicat concerne le prix annuel des contrats. Le risque est une minoration des prix remontés par rapport à la réalité.

La très grande majorité des OC recalculent en effet le prix annuel à partir d'un appel de prime ou cotisation généralement mensuel ou trimestriel. Il s'agit dans ce cadre d'éviter 2 écueils :

- la fourniture de données « prorata temporis » ;
- un recalcul effectué sur une base minorée : période de référence choisie altérée par une réduction.

Le Fonds vérifie la bonne application de la fiche de procédure ; il effectue pour le prix un contrôle supplémentaire à partir d'une régression statistique (cf. annexe 2). Ce contrôle complémentaire a abouti à supprimer 1,5 % des lignes. En outre, pour 3 OC couvrant presque 10 000 bénéficiaires, il a été décidé d'un commun accord de ne pas prendre en compte leurs données. Les prix mentionnés posaient trop de questions.

L'information qui est transmise sur l'intitulé des contrats permet d'attribuer un niveau de garantie au contrat, à partir d'une classification préalable des formules.

Une classification des formules de contrats de couverture selon les garanties offertes avait été réalisée lors de l'enquête 2006 puis actualisée lors de l'enquête 2007. En 2008, eu égard aux faibles modifications qui avaient été constatées entre 2006 et 2007 et à la stabilisation du champ de l'enquête, le choix a été fait de ne pas renouveler cette opération. La grille établie en 2007 a été utilisée pour affecter un niveau de couverture à chaque contrat, au regard des garanties qu'il offre.

Les OC ont par ailleurs transmis la répartition de leur portefeuille selon les différentes garanties (les 8 principaux contrats en stock).

2. Analyse des déterminants du prix des contrats et du montant de prime après ACS

A partir des données transmises pour cette enquête, il s'agit de mesurer l'impact de différents facteurs (taille de la famille, âge du souscripteur du contrat, niveau de garantie, région de résidence du ménage) sur le niveau de prix des contrats, le montant et taux de RAC, le taux d'effort.

L'importance relative de ces différents facteurs sur le prix des contrats sera également mesurée.

2.1. IMPACT DE LA TAILLE DE LA FAMILLE

2.1.1. MESURE A PARTIR DE L'ANALYSE DESCRIPTIVE

L'impact de la taille de la famille sur le prix du contrat peut être appréhendé à partir du tableau suivant :

Données selon la taille de la famille

Nombre de personnes couvertes par contrat	Nombre de bénéficiaires	Structure %	Moyennes				
			Prix €	Déductions €	Montant RAC €	Taux RAC %	Taux effort %
1	117 001	44,5	620	291	329	53,1	4,4
2	32 022	12,2	933	449	483	51,8	4,4
3	29 625	11,3	959	447	511	53,3	3,9
4	30 492	11,6	1097	562	535	48,8	3,4
5	27 495	10,5	1212	686	526	43,4	2,8
6	15 342	5,8	1299	794	505	38,9	2,3
7 et plus	10 826	4,1	1435	958	476	33,2	1,8
TOTAL	262 803	100,0	734	357	377	51,4	4,0

Cette information est complétée par les évolutions entre catégories de contrats ainsi que par une comparaison avec les résultats obtenus en 2007.

*Evolution en 2008 et 2007 du prix moyen et du montant du reste à charge
selon le nombre de bénéficiaires par contrat*

En %

Nombre personnes couvertes par contrat	2008			2007		
	Evol Prix / classe précédente	Taux moyen de RAC	Taux moyen effort	Evol Prix / classe précédente	Taux moyen de RAC	Taux moyen effort
1	-	53,1	4,4	-	52,2	4,2
2	50,39	51,8	4,4	53,50	51,1	4,3
3	2,77	53,3	3,9	3,00	52,6	3,9
4	14,46	48,8	3,4	16,30	48,8	3,5
5	10,44	43,4	2,8	13,50	44,6	3,0
6	7,21	38,9	2,3	9,30	41,1	2,6
7 et plus	10,44	33,2	1,8	14,40	38,0	2,2

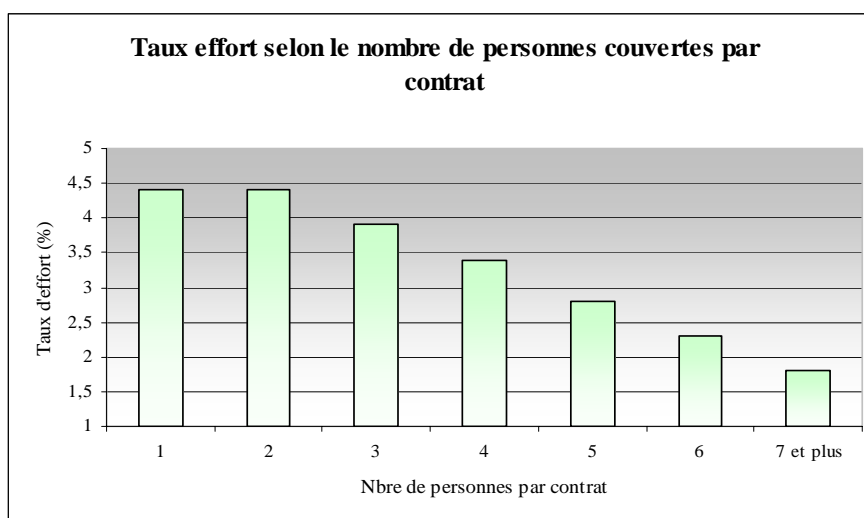
Les contrats couvrant « 7 personnes et plus » coûtent 131 % de plus que ceux couvrant une personne. Logiquement, le prix du contrat augmente avec le nombre de bénéficiaires qu'il couvre ; cependant, cette augmentation est de plus en plus faible à mesure que le nombre de personnes couvertes augmente.

Une rupture existe entre 2 et 3 personnes puisque la cotisation moyenne n'augmente que de 2,77 %. Ce constat avait déjà été fait en 2007. Cette rupture s'explique essentiellement par un effet « âge » interclasse : les souscripteurs des contrats couvrant 3 personnes ont en moyenne 9,4 années de moins que ceux des contrats couvrant 2 personnes. Un écart sensible est d'ailleurs également constaté lorsqu'on passe d'une à 2 personnes (presque 8 ans).

Dans les deux cas, on peut supposer qu'une partie de la hausse de cotisation résultant de la couverture d'une personne supplémentaire est en partie annihilée par le fait que le souscripteur est plus jeune et coûte donc moins cher.

Un travail exploratoire a été mené visant à retirer les OC contribuant le plus à ce constat (âge très faible et diminution des prix parfois sensibles entre 2 et 3 personnes). En retirant 4 OC (14 % des bénéficiaires), l'évolution du prix entre les contrats couvrant 2 personnes et ceux couvrant 3 personnes passe de 2,77 à 6,18 % alors même que l'écart d'âge demeure important : il aura baissé de 9,4 à 8,3 années.

Quant au taux d'effort, il diminue constamment avec la taille du foyer :



Sa diminution, lente pour les premières tranches, s'accélère lors du passage de 3 à 4 personnes.

2.1.2. MESURE A PARTIR DE L'ANALYSE « TOUTES CHOSES EGALES PAR AILLEURS »

Compte tenu du biais statistique induit par les différences d'âge selon le nombre de personnes couvertes par contrat, l'analyse économétrique (cf. annexe méthodologique n°4) peut être considérée comme la référence pour mesurer l'impact réel de la taille du foyer sur le prix du contrat.

Les premiers résultats obtenus à partir de l'analyse descriptive sont confortés :

Evolution du prix et du montant de prime ou cotisation après ACS selon la taille de la famille « toutes choses égales par ailleurs »

Nombre de bénéficiaires	2008		2007		En %
	Evolution du prix moyen pour chaque nouvelle personne couverte	Evolution du RAC moyen pour chaque nouvelle personne couverte	Evolution du prix moyen pour chaque nouvelle personne couverte	Evolution du RAC moyen pour chaque nouvelle personne couverte	
1	-	-	-	-	
2	63,3	58,1	61,5	53,8	
3	25,7	26,6	28,6	33,2	
4	17,0	6,3	19,6	9,2	
5	9,9	-7,7	11,7	-2,1	
6	3,5	-10,7	5,3	-12,2	
7 et +	6,0	-18,7	9,4	-14,0	

On notera que dans le cadre des analyses « toutes choses égales par ailleurs », les colonnes relatives au « Prix moyen » et au « Montant de RAC moyen » ont été supprimées car les effets sont calculés sous forme de variations en pourcentage et ne peuvent pas être traduits sous forme de variations en €.

Le prix augmente avec le nombre de bénéficiaires et cette augmentation est de plus en plus faible à mesure que le nombre de personnes couvertes augmente. On ne constate pas « la rupture » entre 2 et 3 personnes observée dans le cadre de l'analyse descriptive. Le passage de 1 à 2 personnes connaît quant à lui une amplification.

Ces résultats sont logiques du fait du « gommage » du biais résultant de la différence d'âges selon le nombre de personnes couvertes et on aboutit donc au global à une amplification des évolutions constatées : les contrats couvrant « 7 personnes et plus » coûtent 189 % de plus que ceux couvrant une personne.

Le montant de prime ou cotisation après ACS (RAC) croît quant à lui constamment mais de plus en plus faiblement jusqu'à 4 bénéficiaires. Il décroît ensuite. Cela signifie que pour toute personne couverte au-delà de 4 assurés, le montant de l'ACS fait plus que compenser l'augmentation du prix de vente due à cette nouvelle personne. L'ACS compense d'autant mieux le prix du contrat que le nombre de personnes couvertes est élevé.

A partir de 3 bénéficiaires par contrat, on peut supposer qu'il s'agit généralement de familles avec enfants. Les cotisations sont donc plus faibles, d'autant que certains contrats assurent la gratuité à partir du 2^{ème} ou du 3^{ème} enfant. L'ACS constitue donc un dispositif qui favorise objectivement les familles avec enfants comme en témoigne l'observation du taux d'effort.

2.2. IMPACT DE L'ÂGE DES BÉNÉFICIAIRES

Seul l'âge du souscripteur est reporté. Afin d'évaluer l'effet direct de l'âge du souscripteur en minimisant les facteurs de confusion potentiels dus à la taille du foyer et à l'âge des autres bénéficiaires, il a été décidé de continuer de traiter cette question selon deux approches : les contrats ne couvrant qu'une seule personne en statistique descriptive et l'ensemble des contrats dans une analyse « toutes choses égales par ailleurs ».

Il est important de noter que pour la première fois dans l'enquête, les résultats ont été détaillés pour les personnes âgées. Désormais, la tranche des « 60 ans et plus » est décomposée selon trois nouvelles tranches : 60-69 ans, 70-79 ans, 80 ans et plus.

2.2.1. MESURE A PARTIR DE L'ANALYSE DESCRIPTIVE POUR LES CONTRATS COUVRANT UNE PERSONNE

Les contrats ne couvrant qu'une seule personne représentent 73 % des contrats. Dans ce cas de figure, le nombre de contrats correspond exactement au nombre de bénéficiaires.

Sur ce champ, une analyse affinée des situations individuelles conduit à constater que quelques organismes ne tarifient pas ou quasiment pas selon l'âge (évolutions par tranches d'amplitude très larges). Deux OC étaient en effet concernés (en outre un OC n'a pas été pris en compte puisque la quasi-totalité de ses bénéficiaires était concentrée sur une seule classe d'âge).

Afin de mesurer un impact réel de la variable, il a été décidé de conduire l'analyse hors ces situations qui lissent les évolutions constatées au global. Il s'agit donc de mesurer les évolutions à attendre d'un OC qui tarifie précisément selon l'âge, logique qui prévaut d'ailleurs sur le marché, ainsi que dans l'enquête. Les trois OC retirés couvrent cependant 20 % des bénéficiaires.

Données selon l'âge du souscripteur pour les contrats couvrant une personne

	Nombre de bénéficiaires	Structure %	Moyennes				
			Prix €	Déduction €	Montant RAC €	Taux de RAC %	Taux d'effort %
16-24 ans	3 858	4,1	280	100	180	61,7	2,4
25-29 ans	3 805	4,0	341	191	150	40,3	2,0
30-39 ans	9 342	9,9	401	200	202	46,6	2,7
40-49 ans	13 145	14,0	479	200	279	55,3	3,7
50-59 ans	18 571	19,7	571	200	371	62,4	4,9
60-69 ans	18 562	19,7	719	387	331	42,9	4,4
70-79 ans	15 350	16,3	816	398	418	47,5	5,5
80 ans et plus	11 421	12,1	863	399	464	49,7	6,1
TOTAL	94 054	100,0	625	289	336	51,1	4,4

En complétant les données du tableau ci-dessus pour faire apparaître les évolutions entre classes d'âge et affiner celles par rapport aux résultats de la précédente enquête, on aboutit au tableau suivant :

Evolution en 2008 et 2007 du prix moyen et du montant du reste à charge selon l'âge du souscripteur pour les contrats couvrant une personne

	2008		2007	
	Evolution prix / classe précédente	Evolution RAC/ classe précédente	Evolution prix / classe précédente	Evolution RAC / classe précédente
16-24 ans	-	-	-	-
25-29 ans	21,83	-16,53	18,90	-18,00
30-39 ans	17,59	34,01	15,50	29,90
40-49 ans	19,28	38,36	14,70	28,30
50-59 ans	19,23	33,03	15,20	26,20
60-69 ans	25,92	-10,64	36,60	0,90
70-79 ans	13,53	26,01		
80 ans et Plus	5,69	10,99		

Les évolutions sont amplifiées en 2008 du fait de la non prise en compte des résultats de trois OC (cf. supra). Toute comparaison entre les deux exercices ne peut être qu'indicative.

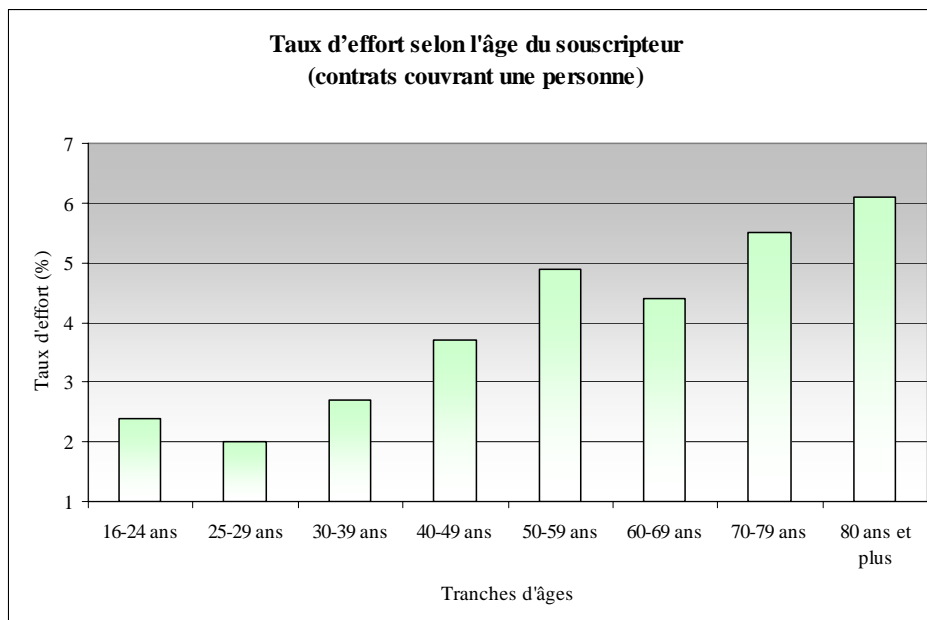
Le prix est croissant avec l'âge du souscripteur : il augmente systématiquement lorsque l'on passe à une tranche d'âge plus élevée. La hausse est assez linéaire sur les tranches allant de 30 à 59 ans, sensiblement plus marquée lorsqu'on passe dans la tranche des « 60-69 ans » et ralentit ensuite.

L'évolution est la plus forte lors du passage des « 50-59 ans » aux « 60-69 ans ». Celle entre les « 60-69 ans » et les « 70-79 ans » est diminuée de moitié.

Entre la première et la dernière tranche d'âge, le prix moyen passe de 280 € à 863 € soit une hausse de 210 %. Il passe de 280 € à 719 € soit 157 % entre les « 16-24 ans » et les « 60-69 ans ».

Concernant le taux d'effort, le rapport 2007 concluait : « *Le taux d'effort augmente toujours progressivement exception faite du passage entre la tranche des « 16-24 ans » et celle des « 25-29 ans ». On observe dans les 2 cas un taux d'effort de 4,8 % des 60 ans et plus, semblable cependant à celui de la classe d'âge précédente avec 4,7 %* ».

Il est désormais très intéressant de connaître le détail de ce qui se passe au delà de 60 ans. En terme de taux d'effort, la situation des « 60-69 ans » est sensiblement meilleure que celle des « 50-59 ans ». Par contre, la situation se dégrade sensiblement à partir de 70 ans :



Le passage de 200 euros à 400 euros du montant de la déduction à partir de 60 ans joue à plein pour les « 60-69 ans », par contre, l'augmentation du prix des contrats avec l'âge annule progressivement cet « avantage » à partir de 70 ans. Cette population connaît les taux d'effort les plus élevés. Le même raisonnement peut-être effectué à partir du montant de RAC puisque en effet, les personnes, quel que soit leur âge ont le même niveau de ressources (on se situe dans cette partie sur les contrats ne couvrant qu'une personne).

Une mesure nouvelle intégrée au projet de loi HPST, en cours de discussion au moment de la rédaction du présent document, reprend les recommandations du rapport 2007 : montant inchangé pour les moins de 50 ans, passage de 200 € à 350 € pour les « 50-59 ans », passage de 400 € à 500 € pour les 60 ans et plus. Un travail de simulation de l'impact de cette mesure a été effectué sur les données de l'enquête. Il conduit aux résultats suivants :

Simulation de l'impact de la réévaluation 2009 du montant des déductions ACS

<i>En %</i>	
	Taux d'effort
16-24 ans	2,4
25-29 ans	2,0
30-39 ans	2,7
40-49 ans	3,7
50-59 ans	3,1
60-69 ans	3,2
70-79 ans	4,3
80 ans et plus	4,9
TOTAL	3,5

La nouvelle mesure améliore très sensiblement la situation relative des « 50-69 ans ». Ils se situent désormais en deçà du niveau de taux d'effort moyen.

Le taux d'effort moyen baisse quant à lui sensiblement de quasiment un point. La situation des plus âgés demeure toutefois la moins favorable. Les chiffrages effectués par le Fonds CMU dans le cadre du rapport 2007 étaient cependant basés sur des tranches d'âges qui n'étaient pas aussi détaillées.

2.2.2. MESURE A PARTIR DE L'ANALYSE « TOUTES CHOSES EGALES PAR AILLEURS »

Evolution du prix moyen et du montant de prime ou cotisation après ACS selon l'âge du souscripteur « toutes choses égales par ailleurs » en 2008

Classe d'âge	<i>En %</i>			
	Evolution Prix moyen / Tranche d'âge précédente 2008	Evolution RAC moyen / Tranche d'âge précédente 2008	Evolution Prix moyen / Tranche d'âge précédente 2007	Evolution RAC moyen / Tranche d'âge précédente 2007
16-24 ans	-	-	-	-
25-29 ans	19,8	-17,7%	21,0	-23,4
30-39 ans	13,9	29,7%	14,5	36,4
40-49 ans	13,4	30,0%	14,8	36,0
50-59 ans	18,0	31,7%	21,1	38,9
60-69 ans	26,3	-13,6%	40,9	1,5
70-79 ans	12,1	23,0%		
80 ans et plus	2,8	6,2%		
Evolution entre classes extrêmes	165,9	106,4	171,5	100,0

Les résultats de l'analyse économétrique confirment ceux obtenus à partir de l'analyse descriptive. Il y a une forte influence de l'âge sur les prix de vente et les montants de prime ou cotisation après ACS. Pour le prix de vente, cet impact est particulièrement fort lors du passage de la tranche « 50-59 ans » à la tranche « 60-69 ans ». Entre la classe d'âge « 16-24 ans » et la classe « 80 ans et plus », le prix moyen « toutes choses égales par ailleurs » des autres facteurs augmente de 166 % et le montant de prime ou cotisation après ACS de 106 %.

L'âge du souscripteur a un fort impact sur le prix des contrats, en particulier à partir de 60 ans. On constate pourtant que les personnes âgées ont des contrats d'un niveau de garantie globalement inférieur à celui des autres classes d'âge :

Niveau de garantie des contrats selon l'âge

En %

Répartition des bénéficiaires selon les niveaux de garantie des contrats souscrits						
	<i>Non Classifiés (NC)</i>	1 et 2	3	4	5	6
16-24 ans	9,7	20,7	18,9	35,5	7,8	7,5
25-29 ans	11,0	18,3	17,3	36,1	8,7	8,6
30-39 ans	11,4	17,6	19,6	34,5	9,6	7,3
40-49 ans	11,5	17,4	22,2	33,0	9,0	6,9
50-59 ans	13,3	18,2	22,0	32,7	8,7	5,1
60-69 ans	14,0	19,8	25,9	29,6	6,0	4,6
70-79 ans	17,4	19,3	34,8	23,4	3,0	2,2
80 ans et Plus	24,4	15,4	35,8	21,1	2,2	1,0
TOTAL	13,3	18,1	23,6	31,5	7,7	5,7

Remarque : ce tableau a été édité après retrait de 4 organismes pour lesquels plus de 50 % des personnes étaient rattachées à des contrats qui n'ont pu être classifiés (9 % des bénéficiaires). Les classes 1 et 2 ont été regroupées vu l'effectif insignifiant des contrats classe 1 (infra TM).

On notera cependant que les personnes âgées peuvent en réalité souscrire des contrats de niveaux de garantie plus faibles, mais qui correspondent à leurs besoins, en particulier s'agissant de l'optique et du dentaire. Or, ces deux segments de soins impactent sensiblement le niveau de garantie dans la classification.

En raisonnant à partir du taux d'effort pour les contrats ne couvrant qu'une personne, il apparaît, à partir d'une analyse par classe d'âge pour la première fois aussi détaillée, que la situation des « 60-69 ans » est sensiblement plus favorable que celle des « 50-59 ans ». Cette différence devrait s'effacer grâce aux nouvelles mesures de réévaluation du montant des déductions envisagées sur 2009.

La situation la plus défavorable est en réalité celle des plus âgés qui bénéficient d'un montant égal à celui des « 60-69 ans » mais qui doivent supporter des niveaux de primes ou cotisations sensiblement plus importants. Les nouvelles mesures atténueront ce constat, leur situation relative demeurant cependant moins favorable.

2.3. CLASSIFICATION ET MESURE DE L'IMPACT DU NIVEAU DE GARANTIE

2.3.1. CLASSIFICATION

Les grands types de soins sur lesquels la classification a été réalisée sont les suivants : honoraires hospitaliers, honoraires de soins ambulatoires, pharmacie à vignettes blanches, lunettes à verres complexes, prothèses dentaires fixes.

A minima, l'ensemble des huit contrats détaillés par les OC (contrats ACS, autres contrats individuels) ont été classifiés.

La classification des contrats s'appuie sur six classes homogènes avec une logique croissante des niveaux de garantie (cf. annexe 5 : note du 10 mai 2007 « Classification des contrats de couverture complémentaire » de l'IRDES). On rappelle que pour cette enquête, les classes 1 et 2 ont été regroupées vu l'effectif insignifiant des contrats affectés au niveau 1.

Les 6 classes retenues et leurs caractéristiques sont les suivantes :

Caractéristiques des six classes de garanties des contrats

Classe de contrats	Honoraires hospitaliers	Honoraires ambulatoires	Pharmacie (blanche)	Optique complexe	Dentaire fixe
Classe 1	<= TM	Infra TM	Infra TM	Infra TM	Infra TM
Classe 2	<= TM	100 %	100 %	>= TM et < à 100 €	= TM
Classe 3	<= TM	100 %	100 %	TM < et < à 100 €	> TM et < à 100 % du TC
Classe 4	TM < et <= 150 %	TM < et <= 130 %	100 %	100 € < et <= à 200 €	100 % < et <= à 150 % du TC
Classe 5	> à 150 %	> à 130 %	100 %	> à 200 €	100 % < et <= à 220 % du TC
Classe 6	> à 150 %	> à 130 %	100 %	> à 200 €	> à 220 % du TC

Note : les remboursements en optique et en dentaire sont « en plus du remboursement de la sécurité sociale (RSS) ». L'ensemble des cases décrit les modalités qui sont surreprésentées dans chaque classe. Les grisées sont celles qui le sont de façon significative.

La transmission de l'intitulé des contrats ACS permet de positionner ces derniers dans les classes et de comparer leur niveau de couverture avec ceux des autres contrats individuels les plus en portefeuille.

A titre d'illustration, il est intéressant de mesurer l'impact de cette classification sur deux types de soins :

- Une consultation chez le spécialiste effectuée dans le cadre du parcours de soin et facturée 40 euros. Dans ce cas de figure, le remboursement de la sécurité sociale (RSS) s'établit à 16,50 € (70 % x 25 € - 1 €).

Au-delà du reste à charge sur le prix du contrat (montant du contrat – ACS), le niveau du montant supporté par les ménages s'établit de la manière suivante selon le niveau du contrat :

	Prix de l'acte	RSS	Remboursement complémentaire + RSS	Montant supporté par les ménages
Classe 1	40 €	16,5 €	Entre 16,5 et moins de 24 €	Plus de 16 €
Classe 2	40 €	16,5 €	24 €	16 €
Classe 3	40 €	16,5 €	24 €	16 €
Classe 4	40 €	16,5 €	Entre 24 et 31,5 €	Entre 16 et 8,5 €
Classe 5	40 €	16,5 €	Entre 31,5 et 39 €	Entre 8,5 euros et 1 €
Classe 6	40 €	16,5 €	Entre 31,5 et 39 €	Entre 8,5 euros et 1 €

- Une couronne céramo-métallique facturée 700 € par le dentiste, le remboursement de la sécurité sociale s'établit à 75,25 € (70 % x 107,5 €), correspondant à un niveau de reste à charge selon le niveau du contrat :

	Prix couronne	RSS	Remboursement complémentaire + RSS	Montant supporté par les ménages
Classe 1	700 €	75,25 €	Entre 75,25 et moins de 107,50 €	Entre 624,75 et 592,50 €
Classe 2	700 €	75,25 €	107,50 €	592,50 €
Classe 3	700 €	75,25 €	Plus de 107,50 et moins de 182,75 €	Entre 592,50 et 517,25 €
Classe 4	700 €	75,25 €	Plus de 182,75 et moins de 236,50 €	Entre 517,25 et 463,50 €
Classe 5	700 €	75,25 €	Plus de 182,75 et moins de 311,75 €	Entre 517,25 et 388,25 €
Classe 6	700 €	75,25 €	Plus de 311,75 €	Entre 388,25 et 0 €

Ce constat peut être enrichi par celui effectué par la DREES dans son enquête sur les contrats les plus souscrits auprès des OC en 2006 (Études et résultats N° 635 – mai 2008). Cette enquête conduite sur 258 OC à partir des contrats « modaux » (3 contrats individuels et 2 contrats collectifs les plus souscrits), montre qu'en référence à une prothèse dentaire facturée 750 euros, la moitié des contrats individuels ne vont pas au-delà de 194 euros de prise en charge. Les montants de référence ont été choisis élevés dans l'enquête, afin de pouvoir différencier les offres des OC les unes par rapport aux autres.

Ces deux exemples montrent qu'au-delà du montant de RAC (prix du contrat net de l'ACS), le montant supporté par les personnes lors d'un acte dépassant les tarifs de la sécurité sociale est particulièrement fort.

2.3.2. MESURE DE L'IMPACT DU NIVEAU DE GARANTIE DES CONTRATS SUR LEURS PRIX

- Mesure à partir de l'analyse « toutes choses égales par ailleurs ».

L'analyse « toutes choses égales par ailleurs » s'avère la plus éclairante sur ce champ :

Evolution du prix et du montant de prime ou cotisation après ACS moyens selon la classe de garantie du contrat « toutes choses égales par ailleurs » en 2008

En %

Niveau de garantie du contrat	Evolution Prix moyen par contrat/ niveau de garantie précédent 2009	Evolution RAC moyen par contrat/ niveau de garantie précédent 2009
1 et 2	-	-
3	6,5	11,4
4	12,3	32,5
5	10,4	20,8
6	10,0	18,4
Evolution (1 et 2) / 6	45,1	111,2

Il y a bien un impact du niveau de garantie sur le prix même si ses effets sont plus faibles que celui du nombre de personnes couvertes par le contrat ou l'âge.

Dans le document de travail « Les cotisations des contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2006 », la DREES avance une cotisation annuelle moyenne de 468 euros pour les contrats individuels. Elle précise que par rapport à un contrat se limitant à un remboursement de niveau « ticket modérateur » (contrats de niveau 2 dans notre classification) :

- une prise en charge partielle de dépassements d'honoraires (remboursement inférieur à 200 %) entraîne une hausse modérée de la prime ou cotisation de 48 euros ;
- une prise en charge de l'optique et du dentaire à un niveau moyen de dépassement correspond à une augmentation de 96 euros, de 180 euros dans le cadre de contrats très hauts de gamme. Les contrats rattachés au niveau 6 de garantie correspondent en gros à une situation intermédiaire. On peut donc situer l'augmentation de prime ou cotisation autour de 140 euros.

Ces résultats de la DREES apparaissent assez cohérents avec ceux obtenus dans le cadre de l'enquête prix et contenu des contrats ACS.

Par rapport aux prix, les différences de prime ou cotisation après ACS ressortent plus marquées. Les fortes variations du reste à charge selon le niveau de garantie sont logiques si on considère que l'ACS soustrait un montant indépendant du niveau de couverture. L'ACS réduit donc globalement le prix des contrats, mais pas les écarts de coûts selon le niveau de couverture. Les variations relatives de prix d'une classe de garanties à l'autre sont donc plus importantes après déduction de l'ACS.

- Eléments complémentaires selon une approche descriptive.

Compte tenu de l'impact prédominant des variables « taille de la famille » et « âge du souscripteur », cette approche descriptive ne porte que sur les contrats couvrant une personne et est déclinée en moyenne mais également par tranches d'âges. En outre, les OC où plus de 50 % des bénéficiaires étaient rattachés à des contrats non classifiés ont été écartés (4 OC regroupant 9 % des bénéficiaires).

Sur le périmètre défini, on obtient les résultats suivants :

En €

	Prix moyen du contrat selon les niveaux de garantie					
	NC	1 et 2	3	4	5	6
16-24 ans	310	225	249	291	342	334
25-29 ans	389	269	300	346	385	414
30-39 ans	442	324	365	407	449	499
40-49 ans	510	387	440	487	524	612
50-59 ans	581	478	529	590	612	735
60-69 ans	733	622	685	758	806	893
70-79 ans	840	725	764	827	999	1 076
80 ans et Plus	852	765	762	824	1 060	1 175

Et si on s'intéresse aux évolutions selon les niveaux de garantie :

En %

	1 et 2	3	4	5	6
16-24 ans	–	10,61	16,95	17,45	-2,48
25-29 ans	–	11,31	15,26	11,49	7,29
30-39 ans	–	12,66	11,59	10,23	11,10
40-49 ans	–	13,67	10,58	7,74	16,66
50-59 ans	–	10,80	11,55	3,66	20,01
60-69 ans	–	10,15	10,74	6,32	10,85
70-79 ans	–	5,43	8,21	20,85	7,62
80 ans et Plus	–	-0,49	8,18	28,61	10,89
Âge Moyen	61,6	59,5	63,2	56,1	51,5

On rappellera que les personnes rattachées à des contrats de niveaux plus élevés (classe 5 et 6) sont sensiblement plus jeunes que celles rattachées à des contrats de niveaux inférieurs.

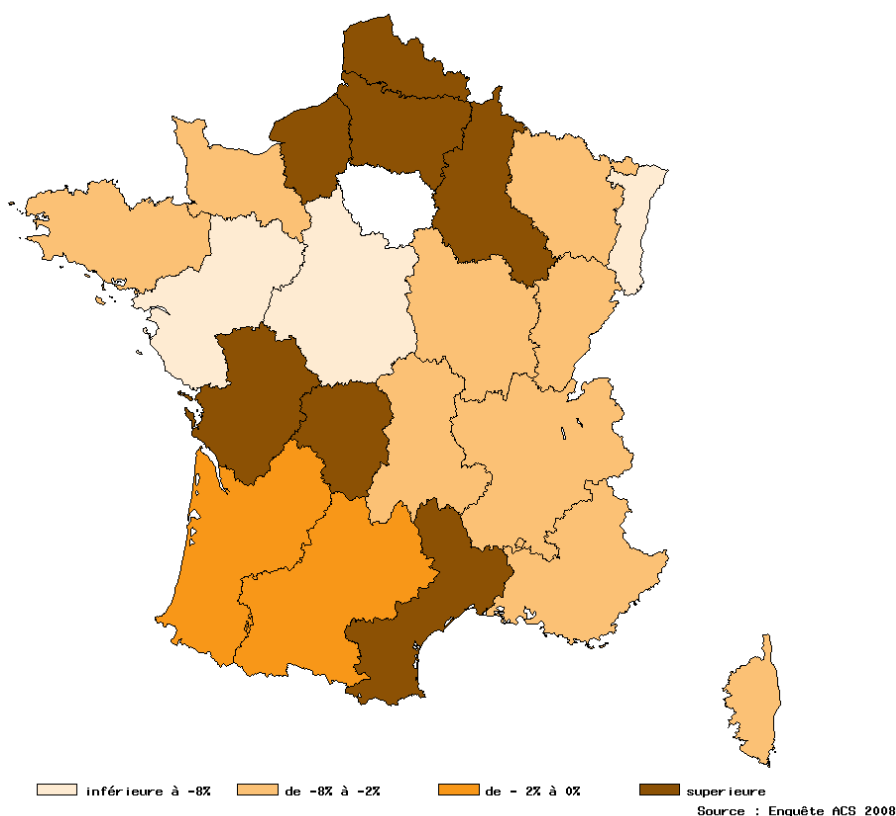
2.4. IMPACT DE LA REGION DE RESIDENCE DU SOUSCRIPTEUR

L'analyse économétrique confirme des effets régions limités, similaires à ceux observés dans les enquêtes 2005, 2006 et 2007. Cependant, à âge du souscripteur, nombre de bénéficiaires et niveau de couverture comparables, on observe par rapport à l'Ile-de-France (région de référence) :

- Des niveaux de primes ou cotisations plus élevés en Picardie (+ 7 %), dans le Nord-Pas-de-Calais (+ 3 %), en Champagne-Ardenne (+ 3 %), en Poitou-Charentes (+ 1 %), dans le Limousin et dans le Languedoc-Roussillon.
- De faibles niveaux de primes ou cotisations dans les Pays-de-la-Loire (- 9 %), le Centre (- 9 %) et en Alsace (- 19 %).

Ces résultats correspondent à un différentiel chiffré à 17 % entre les « extrêmes » (hors Alsace).

*Différences de niveaux de prime ou cotisation par rapport à l'Ile-de-France (référence)
« toutes choses égales par ailleurs »*



Les niveaux de primes légèrement plus élevées observés dans les régions au nord du bassin parisien posent *a priori* question car ces régions ne se caractérisent pas par de fortes densités médicales. Par contre, il s'agit d'une zone géographique où l'état de santé est à, structure démographique comparable, moins bon que dans le reste de la France (avec en particulier des taux de mortalité élevés). Il se peut que ces différences entraînent, à nombre de bénéficiaires, âge et niveau de couverture comparables, des coûts plus élevés dans ces régions pour l'assureur, et que celui-ci en tienne compte dans sa tarification. Signalons de plus que la représentativité des départements dans l'enquête ACS ne suit pas celle observée au niveau national (certains départements ruraux peuvent être très surreprésentés), ce qui peut modifier les effets régionaux attendus.

Une étude de la DREES (annexe 7 du PLFSS 2008), portant sur les soins de ville, indique que les disparités régionales des dépenses de santé ne traduisent pas seulement des besoins de soins différents, mais aussi reflètent des disparités d'offre de soins et de comportements entre les régions.

2.5. IMPACT RELATIF DE CHAQUE FACTEUR

Le modèle ressort comme étant très robuste, puisque l'ensemble des facteurs expliquent près de 70 % de la variance du prix de vente :

Importance relative de chaque facteur

Facteurs explicatifs	En %	
	Part de la variance expliquée pour le log du prix de vente	
Nombre de bénéficiaires	41,3	(46,3)
Age	23,0	(25,0)
Niveau de garantie	2,4	(2,0)
Région de résidence	1,7	(1,7)
Total expliqué	68,3	(75,6)
Résidus	31,7	(24,4)

En italiques et parenthèses : résultats de l'étude 2007 à titre de comparaison.

Le nombre de bénéficiaires du contrat ressort toujours fortement, suivi de l'âge.

Ces chiffres doivent être rapprochés des évolutions entre « classes extrêmes » constatées dans le cadre de l'analyse « toutes choses égales par ailleurs » pour chacune de ces variables :

- nombre de personnes couvertes par contrat : contrats « 1 personne » / « 7 personnes et plus » : + 189 % ;
- âge du souscripteur : « 16-24 ans » / « 80 ans et plus » : + 166 % ;
- niveau de garantie du contrat : « classes 1 et 2 » / « classe 6 » : + 45 % ;
- région de résidence : + 17 % entre les extrêmes (hors Alsace).

3. Comparaison des niveaux de garantie entre contrats ACS et autres contrats individuels

3.1. DES NIVEAUX DE GARANTIE MOINS ELEVÉS POUR L'ACS

La classification établie par l'IRDES en 2006 a mis en avant 6 niveaux croissants de garantie qui permettent de comparer, pour les OC enquêtés, les garanties des contrats ACS par rapport aux autres contrats individuels les plus en portefeuille. Les contrats de l'enquête 2008 ont été positionnés dans cette grille de classification avec un regroupement au sein d'une même classe des contrats de niveau 1 et 2 (cf. 2.3.1).

Il est important de noter en préalable l'extrême diversité des contrats. Près de 750 contrats ont du être classifiés pour obtenir des résultats interprétables pour l'enquête.

Il était demandé la description des 8 contrats les plus souscrits en ACS et celle des 8 contrats les plus en portefeuille pour les contrats individuels hors ACS. Dans bien des cas, il a fallu largement dépasser ce chiffre pour aboutir à des résultats significatifs.

Si le degré de concentration des contrats est acceptable pour l'ACS : hors 4 OC (9 % des bénéficiaires dont le pourcentage de bénéficiaires rattachés à des contrats non classifiés dépassait 50 %), on aboutit à 13 % des personnes pour lesquelles les contrats n'ont pas été classifiés. En revanche, on rencontre un problème sur les autres contrats individuels qui sont extrêmement dispersés. Sur un champ comparable, on aboutit en effet à un pourcentage de 35 % des personnes rattachées à des contrats qui n'ont pu être classifiés.

En %

Niveau de garantie	Répartition bénéficiaires contrats ACS	Répartition bénéficiaires pour les autres contrats individuels les plus souscrits en 2008
Niveau 1 et 2	18,1	7,3
Niveau 3	23,6	11,7
Niveau 4	31,5	28,1
Niveau 5	7,7	7,4
Niveau 6	5,7	10,5
Non classifiés	13,3	35,0
TOTAL	100,0	100,0

Hors 4 OC (9 % des bénéficiaires) dont le pourcentage non classifié au sein de l'ACS dépasse 50 %

Si on essaie de diminuer le pourcentage de non classifiés dans les autres contrats individuels en mettant de côté les OC dont le pourcentage sur cette rubrique est supérieur à 50 % (8 OC supplémentaires), on travaille alors sur 65 % des bénéficiaires mais le pourcentage de non classifiés chute à 23,5 %. Des résultats plus précis sont alors obtenus :

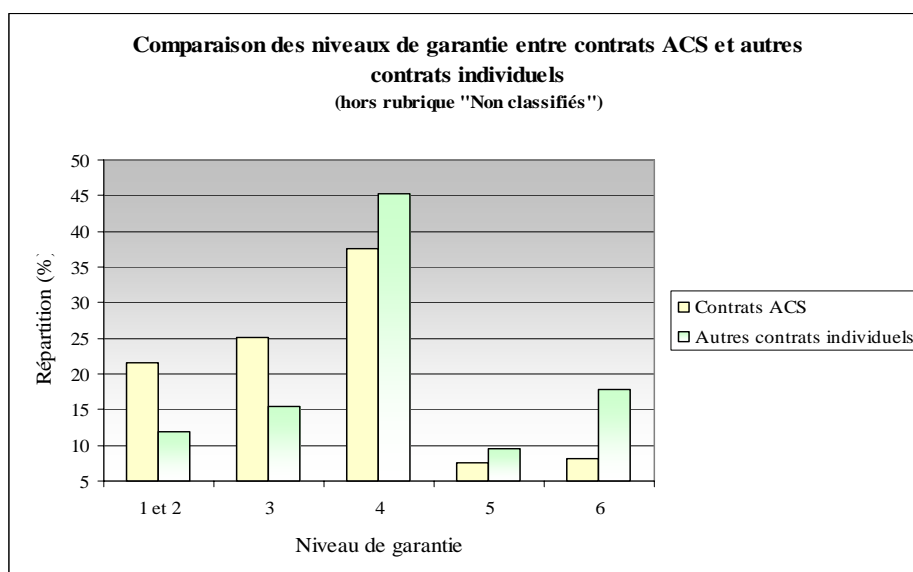
En %

Niveau de garantie	Répartition bénéficiaires contrats ACS	Hors rubrique « Non classifiés »	Répartition bénéficiaires pour les autres contrats individuels les plus souscrits en 2008	Hors rubrique « Non classifiés »
Niveau 1 et 2	19,7	21,5	9,1	11,9
Niveau 3	23,1	25,2	11,8	15,4
Niveau 4	34,5	37,6	34,6	45,2
Niveau 5	7,0	7,6	7,3	9,5
Niveau 6	7,5	8,2	13,7	17,9
Non classifiés	8,2	-	23,5	-
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

Hors 8 OC supplémentaires (25 % des bénéficiaires environ) dont le pourcentage NC au sein des autres contrats individuels dépasse 50 %

Si l'on se concentre sur les contrats ayant ouvert droit à l'ACS, on observe que 77 % des personnes sont couvertes par des contrats de niveau 2 à 4 (niveau 1 insignifiant). Plus d'un tiers des bénéficiaires de l'ACS ont souscrit un contrat de niveau 4 qui représente un niveau de garantie très correct permettant de couvrir les dépenses au-delà du TM sur l'ensemble des 4 grands types de soins (le contrat de sortie CMU correspond à un contrat de niveau 3). Il faut cependant noter qu'un OC contribue particulièrement à ce résultat puisque il propose une unique formule rattachée à ce niveau.

Concernant la comparaison entre les 2 répartitions des bénéficiaires, les chiffres montrent que les personnes bénéficiant de l'ACS souscrivent plutôt des contrats de niveau globalement inférieur à celui des autres contrats individuels :



La classe 6, caractérisée par des niveaux de garantie élevés, regroupe un nombre non négligeable de personnes (7,5 % des bénéficiaires de l'ACS et 13,7 % des bénéficiaires des autres contrats individuels).

3.2. L'ACS CONSTITUE UNE CLEF D'ENTREE DANS LA COUVERTURE COMPLEMENTAIRE SANTE

Comme en 2007, il a été demandé aux OC, parmi les bénéficiaires de l'ACS au 30 novembre 2008, combien avaient déjà un contrat de couverture complémentaire santé (hors CMU complémentaire) au 30 novembre 2007. Il s'agissait a contrario en effet d'évaluer dans quelle mesure l'ACS peut aider les personnes à accéder à la couverture complémentaire santé.

43 OC (88 % des bénéficiaires étudiés dans l'enquête) ont répondu à cette question : 46 % avaient un contrat un an plus tôt (42 % en 2007), ce qui signifie qu'à l'inverse, 54 % n'en avaient pas. Même si le chiffre de 54 % doit certes être légèrement relativisé (personnes ayant changé d'OC au moment d'exercer leur droit à l'ACS, personnes bénéficiant de la CMU complémentaire), l'ACS au regard de cet indicateur ressort comme un dispositif contribuant à un meilleur accès à la couverture complémentaire santé. Ce constat est intéressant lorsqu'on le rapproche de celui effectué dans deux études consacrées au recours à la complémentaire santé.

La première étude (Insee Première n° 1142 – juin 2007) a été réalisée au moyen des données de l'Enquête Santé et Soins Médicaux (ESSM – Insee 2003). Elle montre que le bénéfice d'une couverture complémentaire santé est très lié au niveau de revenu. En particulier, malgré l'existence de la CMU complémentaire, les 20 % d'individus les plus pauvres ont, par rapport aux 20 % d'individus les plus riches, un risque 3,3 fois plus élevé de ne posséder aucune complémentaire.

La deuxième étude effectuée par l'IRDES et qui est issue de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006 (Questions d'économie de la Santé – « La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire » - Mai 2008) montre le rôle déterminant du niveau de revenu sur le taux de non couverture par une complémentaire santé. 14,4 % des personnes vivant dans des ménages les plus pauvres (disposant de moins de 800 euros mensuels par unité de consommation) n'ont pas de couverture complémentaire. Ce taux baisse régulièrement au fur et à mesure que le revenu augmente pour atteindre 3 % parmi les ménages les plus aisés (plus de 1 866 euros mensuels par unité de consommation). Le faible niveau de couverture des ménages modestes peut être relié au taux d'effort qu'ils supportent lorsqu'ils choisissent de se couvrir. Il atteint 10,3 % chez les ménages les plus pauvres, baisse progressivement pour atteindre 2,9 % parmi les ménages les plus aisés. Au vu de ces résultats, on peut supposer qu'une proportion non négligeable des personnes bénéficiant de l'ACS (qui font partie des ménages les plus modestes) ne se couvraient pas avant de bénéficier du dispositif, du fait de l'effort financier qu'exige pour eux l'achat d'une couverture complémentaire santé.

4. Les contrats gratuits du fait de l'ACS

Pour certains contrats, le montant de la déduction ACS est égal à celui du prix du contrat. Dans cette situation, les bénéficiaires n'ont rien à payer, le contrat devient gratuit grâce à l'ACS. Ces contrats ont été dénombrés et caractérisés s'agissant des publics concernés.

A partir des résultats obtenus, on constate en réalité que leur nombre est très restreint puisque seulement 1,37 % des contrats et 1,40 % des bénéficiaires sont concernés. On notera qu'une grande partie de ces contrats sont rattachés essentiellement à deux OC au sein desquels la population ACS qui est âgée, est concentrée sur un contrat de faible niveau de garantie.

En comparant les caractéristiques de ces contrats par rapport à la moyenne dans l'enquête, on obtient les résultats suivants :

	Nombre de bénéficiaires contrat	Age moyen
Tous contrats ACS	1,6	54,7
Contrats RAC nuls	1,7	63,8

Répartition des bénéficiaires selon le nombre de bénéficiaires par foyer :

	<i>En %</i>							
	1	2	3	4	5	6	7	Total
Tous contrats ACS	44,5	12,2	11,3	11,6	10,5	5,8	4,1	100
Contrats RAC nuls	44,9	10,6	6,8	10,7	9,9	9,8	7,3	100

Répartition des bénéficiaires selon les classes d'âges :

	<i>En %</i>								
	16-24 ans	25-29 ans	30-39 ans	40-49 ans	50-59 ans	60-69 ans	70-79 ans	80 ans et plus	Total
Tous contrats ACS	3,1	6,1	22,8	23,9	15,8	12,5	9,0	6,8	100
Contrats RAC nuls	0,7	7,4	22,9	13,9	4,3	22,6	16,2	12,0	100

Répartition des bénéficiaires selon les classes de niveaux de garantie :

	<i>En %</i>						
	NC	1 et 2	3	4	5	6	Total
Tous contrats ACS	20,8	16,6	21,6	28,9	7,0	5,2	100
Contrats RAC nuls	35,5	25,5	28,1	9,4	1,0	0,5	100

Au vu des résultats, il apparaît que les contrats où le montant de RAC est nul concerneraient surtout des personnes seules et âgées, dont on peut supposer qu'elles ont alors souscrit des contrats à faible niveau de garantie.

Toutefois, la situation spécifique de deux OC (cf. supra), impacte sensiblement ce constat.

LE SUIVI DE LA MONTÉE EN CHARGE DE L'ACS EN 2008

Dans le cadre du suivi de la montée en charge du dispositif, 2 indicateurs sont suivis avec attention : le nombre de bénéficiaires d'attestations délivrées par les caisses d'assurance maladie et le nombre de bénéficiaires ayant utilisé l'attestation.

Le suivi du dispositif met en évidence les chiffres suivants :

	Nombre de bénéficiaires d'attestations délivrées par les caisses d'assurance maladie	Nombre de bénéficiaires ayant effectivement utilisé l'attestation	Coût pour le Fonds CMU	Montant moyen déduction annuelle
févr-07	89 638 (*)	244 662	12 920 782 €	211 €
mai-07	217 416	275 472	14 887 015 €	216 €
août-07	338 734	304 774	16 597 216 €	218 €
nov-07	461 956	329 669	17 939 202 €	218 €
déc-07	511 119	-	-	-
févr-08	89 920 (*)	360 095	20 036 646 €	223 €
mai-08	231 416	382 069	21 047 049 €	220 €
août-08	355 328	410 262	22 590 922 €	220 €
nov-08	541 143	441 948	24 273 362 €	220 €
déc-08	596 626	-	-	-

Source : déclarations des organismes complémentaires au Fonds CMU, données CNAMTS, CCMSA, RSI

* Remise à 0 des décomptes au 1^{er} janvier

La délivrance des attestations d'aide au paiement d'une assurance complémentaire santé tous régimes confondus est en augmentation de 16,7 % en 2008 par rapport à 2007. Les attestations délivrées couvrent 596 626 personnes.

Pour la CNAMTS, le nombre de personnes ayant bénéficié d'une attestation s'élève à 549 141 (+ 17 % par rapport à 2007), pour le RSI à 16 773 (+ 20 %), pour la CCMSA à 30 712 correspondant à une augmentation de 9 %.

Début 2008, l'attestation de droits a été remplacée par une « attestation chèque ». Il s'agissait en effet de créer un effet incitatif sur l'adhésion des bénéficiaires.

Au niveau de la CNAMTS, au global, on a constaté une accélération des ouvertures de droits à compter de septembre 2008 (autour de 53 000 mensuelles en moyenne, chiffre à comparer aux 40 000 constatées en moyenne sur la même période un an plus tôt). Cette accélération correspond à celle des envois des « courriers issus des fichiers CAF » par les CPAM, dont il ressort qu'une proportion importante a été effectuée entre septembre et octobre.

En effet, une expérimentation développée dans le département de l'Isère, visait à rapprocher les fichiers CAF et CPAM pour les titulaires des minima sociaux (Allocation aux adultes handicapés, Allocation de parent isolé) et les bénéficiaires d'aides au logement - ces personnes présentant des niveaux de ressources correspondant aux publics éligibles à l'ACS. Il a été procédé à une généralisation de la démarche sur l'ensemble du territoire, à compter du mois de mai 2008. La population concernée était estimée à 650 000 assurés.

Selon le bilan présenté par la CNAMTS, à fin novembre 2008, 469 781 courriers ont été envoyés par 97 caisses dans ce cadre. Le taux de retour de demande d'ACS ressort à 13 %. Ces résultats selon la CNAMTS sont encore provisoires, eu égard au phasage de l'envoi des courriers et au nombre important restant à envoyer.

D'après les données de la CNAMTS, 25 % des attestations délivrées concernent des renouvellements de droit (24 % des bénéficiaires). Toutefois, ce chiffre est minoré dans la mesure où certaines caisses (ayant attribué autour de 10 % des attestations) ne renseignent toujours pas cette rubrique.

En outre, les données disponibles montrent que 35 % des demandeurs ont vu leur droit à l'ACS refusé (essentiellement du fait de ressources supérieures au plafond).

La structure par âge des bénéficiaires d'attestations du régime général est stable entre 2007 et 2008 :

	<i>En %</i>	
	Année 2008	Année 2007
Moins de 25 ans	35	37
Entre 25 et 59 ans	45	43
Plus de 60 ans	20	20

Source : CNAMTS

S'agissant de l'utilisation des attestations, le nombre de personnes ayant eu recours à leur droit (selon les déclarations des organismes complémentaires reçues au Fonds CMU) s'élève à 441 948 au 30 novembre 2008 (329 669 au 30 novembre 2007, soit une augmentation de 34 %). Le taux d'utilisation des attestations ressort désormais à près de 75 %. Ce chiffre s'établissait à 65 % fin 2007.

Parmi ces bénéficiaires, 74 % ont fait valoir leur droit auprès d'une mutuelle, 23 % auprès d'une société d'assurance et 3 % dans une institution de prévoyance.

I) Voici les consignes qui sont adressées aux OC concernant les contrôles à effectuer sur leurs fichiers :

- **Vérifier que les colonnes sont dans le même ordre que celui du modèle de tableau et que les formats sont scrupuleusement respectés.**
- **Vérifier que le nombre de bénéficiaires mentionné sur la liste des contrats correspond à celui déclaré sur l'échéance concernée.**
- **Vérifier la cohérence des prix des contrats :**

Il est rappelé que les prix mentionnés sont impérativement les prix annuels en vigueur au 30 novembre.

- Premier niveau de contrôle visant à supprimer les anomalies facilement décelables :
La cohérence des prix peut être vérifiée à partir d'un tri croissant ou décroissant sur cette donnée : des prix très bas ou très élevés doivent vous alerter. On doit ensuite travailler à partir du montant unitaire du prix de chaque contrat [*Montant du prix du contrat / Nombre de bénéficiaires du contrat*].

- Second niveau de contrôle visant à vérifier que les prix mentionnés sont bien les prix annuels :

Le prix remonté dans l'enquête qui fait généralement l'objet d'une reconstitution à partir de vos données contenues dans votre système d'information, doit impérativement correspondre à un prix annuel (et non prorata temporis) en vigueur au 30 novembre (date de référence de l'enquête).

Pour vérifier la bonne application de cette règle, nous vous suggérons 3 contrôles supplémentaires :

- un sondage aléatoire sur quelques lignes et rapprochement du résultat par rapport au prix annuel du contrat ;
- sélectionner les lignes correspondant par exemple au contrat le plus représenté (1ère clef de tri sur l'intitulé du contrat), ne prendre que les contrats couvrant une personne (2nde clef de tri sur le nombre de personne), enfin, un tri par âge : vous devez constater que le prix a tendance à augmenter avec l'âge :
Ex : il y a une anomalie sur un contrat dont le prix est anormalement bas ou haut par rapport aux contrats des personnes d'un âge assez proche (il s'agit du même contrat, les deux couvrant une personne) ;
- si vous disposez d'un service statistique compétent, des situations aberrantes peuvent être décelées à partir d'une régression linéaire puis d'un travail sur les « résidus ».

- **Vérifier la cohérence des montants ACS notamment par 2 moyens :**

Il est rappelé en préalable que les montants ACS mentionnés sont impérativement les montants annuels appliqués aux contrats au 30 novembre.

- A partir du montant unitaire ACS :

il correspond à [*Montant déduction annuelle ACS / Nombre de bénéficiaires du contrat*].

Ce ratio à appliquer sur toutes les lignes doit être compris entre 100 et 400 euros (respectivement montant minimum et maximum de déduction).

Il peut être inférieur à 100 euros uniquement dans le cas du plafonnement de l'ACS par la prime ou la cotisation mais cette situation est plutôt rare (exemple : montant de prime ou cotisation = 200 euros, montant ACS = 400 euros, le montant d'ACS est alors ajusté à 200 euros).

- A partir du montant ACS pour les contrats couvrant une personne (le contrôle est alors plus simple que lorsqu'il y a plus de bénéficiaires et il permet cependant d'alerter sur d'éventuels problèmes) :

il s'agit pour ces contrats couvrant une unique personne de partir d'un tri par âge croissant et de vérifier que le montant de déduction correspond à celui attribué pour l'âge.

Les montants d'ACS se succèdent en effet par groupes :

- 100 euros dans un premier temps,
- puis 200 euros,
- enfin, 400 euros.

Si des montants sont différents de ces 3 montants sur certaines lignes, ils ne peuvent normalement correspondre qu'à des situations de plafonnement du montant de l'ACS qui sont généralement rares (cf. paragraphe précédent).

Un autre cas de figure doit également être évoqué : l'âge du souscripteur est remonté dans le fichier. Or, le souscripteur n'est pas forcément le bénéficiaire du contrat. Dans un tel cas de figure cependant plutôt rare, il convient de rectifier l'âge en portant celui du bénéficiaire. En effet, c'est sur la base de l'âge du bénéficiaire qu'est tarifé le prix du contrat et fixé le montant de l'ACS. Le tri croissant par âge permet d'identifier une partie de ces incohérences sur les contrats couvrant une personne.

II) Le contrôle du caractère annuel de la donnée « Prix du contrat » à partir d'une régression statistique

Un certain nombre de valeurs aberrantes sont observées sur les données de prix de contrats transmis par les organismes. On peut mettre en particulier en évidence des valeurs anormalement élevées ou anormalement basses en considérant les contrats couvrant une seule personne, ce qui permet de s'affranchir de l'effet de la taille du ménage. Ainsi, sur une formule regroupant 62 contrats couvrant une seule personne et dont le coût moyen est de 598 euros, un des contrats affiche une valeur de 4 422 euros. A l'opposée, sur une formule regroupant 472 contrats couvrant un unique bénéficiaire et dont le coût moyen est de 498

euros, un des contrats affiche une valeur de 24 euros. Cette valeur anormalement basse peut résulter d'une mauvaise annualisation des primes pour des contrats souscrits en cours d'année (application de la règle du *prorata temporis*).

Nous avons fait le choix cette année de détecter puis de supprimer ces valeurs aberrantes. En effet, si ces valeurs sont concentrées sur une catégorie particulière de contrats ou si elles concernent un nombre importants d'entre eux, elles sont susceptibles de biaiser les résultats. La méthode qui consisterait à se fixer une règle *a priori* permettant de décider si une valeur est anormale s'avère impossible à mettre en œuvre. En effet, il est difficile de fixer de manière normative des seuils en dessous ou au dessus desquels les valeurs de primes seraient aberrantes et ce d'autant que ces seuils varient simultanément en fonction du nombre de personnes couvertes, de l'âge du souscripteur et du niveau de garantie. Nous avons donc opté pour une technique économétrique qui permet de tenir compte de l'évolution des primes selon ces caractéristiques. Au sein de chaque organisme, pour chaque contrat, nous avons calculé l'écart entre la prime du contrat et la prime moyenne des contrats appartenant à la même formule. Ensuite, organisme par organisme, nous avons régressé ces écarts en fonction du logarithme de l'âge du souscripteur et du nombre de bénéficiaires^(*), variables qui influencent le plus la prime. De cette manière, il est possible de mettre en évidence les contrats dont le prix s'écarte fortement du coût moyen de la formule à laquelle appartient le contrat, tout en prenant en compte l'effet de l'âge et du nombre de bénéficiaires sur les écarts à la moyenne. Nous avons considéré qu'un contrat avait une valeur aberrante lorsque le résidu studentisé^(**) qui lui est associé est supérieur à 3 ou inférieur à -3. Cette règle nous a conduits à retirer 1,5 % des contrats environ. Dans toute l'étude, ces contrats ne sont pas pris en compte.

(*) Puisque le nombre de contrats par organisme peut être faible (quelques centaines d'unités parfois) nous avons cherché à limiter le nombre de variables explicatives. Ainsi, la région de résidence n'a pas été introduit dans la régression. Par ailleurs, le fait d'introduire le nombre de bénéficiaires et l'âge sous forme logarithmique plutôt qu'en classe permet également de restreindre la quantité de variables explicatives tout en permettant la prise en compte des effets non linéaires de ces variables (concave pour le nombre de bénéficiaires et convexe pour l'âge).

(**) Ici, les résidus mesurent la différence entre l'écart à la moyenne observé pour un contrat et celui qu'on devrait obtenir au regard du nombre de bénéficiaires et de l'âge du souscripteur. Les résidus studentisés sont les résidus normalisés par leur écart-type estimé. De cette manière, il est possible de comparer les résidus entre eux. Un résidu studentisé très positif ou très négatif indique un écart anormalement élevé ou anormalement faible.

REVENU DU FOYER SELON LA COMPOSITION FAMILIALE – ANNEE 2008

Hypothèses de départ : Ressources moyennes (entre plafond CMU C et ce plafond + 20 %) puis déduction du forfait logement

Nbre de personnes	Plafond CMU-C	Plafond CMU-C plus 20 %	Forfait logement	Montant des ressources du foyer
1	7 447,0	8 936,4	634,80	7 556,90
2	11 170,5	13 404,6	1 269,72	11 017,83
3	13 404,6	16 085,5	1 571,28	13 173,78
4	15 638,7	18 766,4	1 571,28	15 631,29
5	18 617,5	22 341,0	1 571,28	18 907,97
6	21 596,3	25 915,6	1 571,28	22 184,65
7	24 575,1	29 490,1	1 571,28	25 461,33
8	27 553,9	33 064,7	1 571,28	28 738,01
9	30 532,7	36 639,2	1 571,28	32 014,69
10	33 511,5	40 213,8	1 571,28	35 291,37
11	36 490,3	43 788,4	1 571,28	38 568,05
12	39 469,1	47 362,9	1 571,28	41 844,73
13	42 447,9	50 937,5	1 571,28	45 121,41
14	45 426,7	54 512,0	1 571,28	48 398,09
15	48 405,5	58 086,6	1 571,28	51 674,77

2 Pers. : 1 Pers. + 50 %

3 et 4 Pers. : plafond précédent (nbre Pers. -1) + 30 % d'1 Pers.

5 Pers. et plus : plafond précédent + 40 % d'1 Pers.

ANALYSE DESCRIPTIVE ET ANALYSE ECONOMETRIQUE**ANALYSE DESCRIPTIVE ET ANALYSE ÉCONOMÉTRIQUE**

L'analyse descriptive consiste à étudier, au cas par cas, les facteurs pouvant influencer les prix des contrats, à calculer les niveaux moyens de primes avant et après ACS ainsi qu'à évaluer les taux de reste à charge et les taux d'effort. Cette approche permet non seulement d'évaluer le niveau moyen de dépense auquel les ménages font face mais aussi de rendre compte des niveaux de corrélation entre le facteur explicatif et le prix du contrat.

Par contre, cette approche ne permet pas d'isoler l'influence propre à chacun des facteurs. Ainsi, par exemple, la hausse des prix de vente des contrats avec l'âge de l'assuré peut être sous-estimée si on ne tient pas compte du fait que les ménages âgés sont en moyenne de plus petite taille et donc que le nombre de personnes couvertes par un contrat est plus faible. De même, à partir d'un certain âge, certains assurés changent de contrat et optent pour un niveau de garantie plus faible pour éviter d'avoir à payer des primes trop élevées, ce qui conduit encore à sous-estimer l'impact de l'âge sur les primes. On parle alors de facteurs de confusions.

Pour s'affranchir de ces facteurs, une première solution peut consister à croiser les variables. On réalisera ce type d'analyse en regardant l'impact de l'âge pour les contrats couvrant, une, deux puis trois personnes ou plus. Cependant, lorsque plus de deux facteurs sont à mettre en relation, il convient de réaliser une analyse économétrique, qui permet de calculer un impact « toutes choses égales par ailleurs » sur la variable expliquée. Cette approche permet alors d'avoir une mesure synthétique de l'impact de chaque facteur, indépendamment des autres.

La stratégie d'analyse est différente suivant la variable à expliquer. En effet, pour l'analyse des primes ou cotisations (c'est-à-dire du prix de vente des contrats hors déduction), une régression linéaire (moindre carrés ordinaires) du logarithme de cette variable est utilisée. Elle permet d'améliorer le caractère explicatif des facteurs et de rendre plus précises les estimations en gommant les valeurs extrêmes.

En revanche, l'application stricte de cette technique n'est pas réalisable pour l'analyse des restes à charge de la prime ou cotisation (c'est-à-dire après déduction de l'ACS) car il existe une proportion d'individus, faible mais non négligeable, pour lesquels cette quantité est nulle. Retirer ces individus de l'analyse pourrait conduire à biaiser les effets de certains facteurs en particulier ceux qui sont fréquemment associés à un reste à charge nul. Pour l'analyse des restes à charge, on procède alors en deux étapes : on estime d'abord la probabilité d'avoir un reste à charge positif puis on s'intéresse uniquement aux montants des restes à charge strictement positifs en régressant le logarithme des restes à charge par les moindres carrés ordinaires.

A partir de ce modèle, il est possible de prédire les niveaux moyens de restes à charge individuels en multipliant la probabilité d'avoir un reste à charge positif, par le niveau du reste à charge lorsque celui-ci est positif. Les facteurs explicatifs utilisés dans les différentes analyses sont les suivants :

- nombre de bénéficiaires couverts par le contrat ;
- âge du souscripteur ;
- classe de garantie du contrat parmi les 6 classes présentées ;
- région de résidence.

Contrairement à ce qui avait été fait sur l'enquête 2005, les départements d'outre-mer ont été conservés dans l'analyse. Les contrats dont le niveau de garantie était inconnu ont été exclus, pour éviter de biaiser la mesure des effets des autres caractéristiques.

L'utilisation d'un modèle dans lequel on explique le logarithme du prix de vente et du montant de prime ou cotisation après ACS permet d'obtenir des effets « toutes choses égales par ailleurs » qui peuvent se transcrire aisément sous forme de variations en pourcentages. En effet, si pour une variable explicative x (par exemple l'âge), le fait d'avoir la caractéristique x_1 plutôt que la caractéristique x_0 entraîne une augmentation a_{01} de $\log(y)$ (par exemple le logarithme du prix de vente), cela signifie que quand on a la caractéristique x_1 plutôt que la caractéristique x_0 , le prix de vente est multiplié toutes choses égales par ailleurs par $\exp(a_{01})$. Le prix de vente est donc plus élevé d'un pourcentage égal à $100 \times [\exp(a_{01}) - 1] = t_{01}\%$. Par contre, il n'est pas possible de calculer les effets sous forme de variations en euros. En effet, la variation de $t_{01}\%$ de y lorsqu'on a la caractéristique x_1 plutôt que la caractéristique x_0 est indépendante du niveau de la variable y pour la modalité de référence x_0 et ce niveau peut donc prendre a priori toutes les valeurs possibles. Or, il faut disposer de la valeur de ce niveau pour traduire $t_{01}\%$ sous forme d'une variation en euros.

En ce qui concerne les variations du reste à charge, celles-ci sont calculées en deux étapes. La première consiste à estimer la probabilité moyenne d'avoir un reste à charge non nul associée au fait d'avoir la caractéristique x_1 ($p(x=x_1)$) et celle associée au fait d'avoir la caractéristique x_0 ($p(x=x_0)$). La seconde consiste à mesurer, parmi les contrats pour lesquels le reste à charge est non nul, l'impact b_{01} sur ce reste à charge, du fait d'avoir la caractéristique x_1 plutôt que la caractéristique x_0 . La variation du reste à charge liée au fait d'avoir la caractéristique x_1 plutôt que la caractéristique x_0 est alors donnée par : $[p(x=x_1) \cdot \exp(b_{01}) - p(x=x_0)] / p(x=x_0)$.

CLASSIFICATION DES CONTRATS DE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE SANTE AYANT
OUVERT DROIT A L'ACS

Marc Perronnin
IRDES

Le 10/05/2007

Cette note présente une actualisation de la classification réalisée lors de la première enquête sur l'aide couverture complémentaire. Les données qui ont permis de bâtir la nouvelle classification ont été fournies par 45 organismes* (13 l'année dernière), ce qui permet de construire la typologie sur beaucoup plus de formules (230 contre 75 précédemment). Ces formules appartiennent au stock et non plus au flux (contrats à la vente l'année de l'enquête), ce qui permet de donner une vision plus globale de la manière dont les individus sont couverts (sachant qu'une partie des bénéficiaires de l'aide complémentaire qui étaient déjà couverts par une complémentaire santé avant d'entrer dans le dispositif ont gardé cette couverture après). Pour le reste, la méthode d'analyse est la même : les formules ont été classées selon leurs garanties pour cinq types de soins : honoraires de médecins hospitaliers, soins de médecins de ville, pharmacie à vignette blanche, lunettes à verres complexes, prothèses fixes. Les lunettes à verres simples et les prothèses dentaires amovibles n'entrent pas directement dans la classification (elles sont très corrélées aux autres garanties optiques et dentaires et apportent donc une information redondante) mais participent à l'illustration des classes obtenues. Les méthodes de classification utilisées permettent de faire apparaître les groupes de contrats ayant des logiques similaires en termes de garanties. Différentes pondérations sont appliquées (uniforme ou avec des poids tenant compte du niveau de souscription des formules)

Dans tous les cas, les typologies réalisées font apparaître six classes, assez analogues à celles obtenues lors de la première enquête. On distingue ainsi une classe de contrats « infra TM » (c'est à dire infra TM sur les soins de ville, l'optique et le dentaire), trois classes de contrats « TM » sur les honoraires hospitaliers et les soins de ville (avec une classe TM en optique et dentaire, une classe faible en optique et dentaire, une classe moyen en optique et dentaire) et deux classes avec des niveaux de garanties plus élevés en optique et en dentaire. La typologie avec les pondérations uniformes est celle qui fait ressortir le plus une logique proportionnelle des remboursements et c'est donc celle qui peut sembler la plus adaptée à une mesure globale du niveau de garantie.

* Sur 58 organismes interrogés, seuls 45 nous ont fourni dans les délais les informations nécessaires à l'établissement de la classification (descriptifs de contrats, etc....)

Information disponible

Taille et description de l'échantillon utilisé

Les données utilisées pour la typologie ont été recueillies auprès de 45 organismes complémentaires qui ont effectivement répondu à cette demande, parmi ceux comprenant le plus de bénéficiaires de l'aide complémentaire santé. Ces organismes couvrent au total 9 587 514 individus soient environ un tiers des individus couverts par un contrat individuel*.

Ces organismes devaient renvoyer les relevés de garanties de leurs cinq formules les plus souscrites dans leur stock. Parmi ces formules, certaines n'étaient donc plus à la vente au moment de l'enquête. Les organismes devaient par ailleurs fournir le nombre de personnes couvertes par chacune de ces formules en 2006 ainsi que le nombre de personnes couvertes par les « autres formules ». Le fait de travailler sur le stock des contrats plutôt que sur les souscriptions en 2006 entraîne une dilution plus forte des personnes couvertes sur l'ensemble des formules possibles (notamment dans le cas d'organismes proposant des contrats modulaires ou ceux changeant régulièrement leur gamme). Les cinq principales formules peuvent ainsi dans certains cas ne concerner qu'une faible fraction des bénéficiaires. Cependant, travailler sur le stock permet de donner une image plus fidèle de la manière dont l'ensemble des individus est couvert.

Au total, au moyen des données renvoyées par les organismes, nous avons relevé 236 formules pour lesquelles nous disposons à la fois d'un relevé complet de garantie et du nombre de bénéficiaires couverts. Cela représente environ 5,2 formules par organismes; certains organismes ont donc été au delà de la demande faite par le Fonds. Ces 236 formules couvrent au total 5 850 599 individus soient environ 61% des bénéficiaires des organismes. On est donc nettement en deçà des 80% de bénéficiaires placés comme exigence lors de la première enquête. Cependant, il faut de nouveau souligner que le fait de travailler sur le stock des contrats entraîne un étalement important des personnes couvertes sur les différentes formules ; la proportion de personnes pris en compte par la classification ne pouvait donc guère être améliorée, même au prix d'un travail plus important de saisie. Le taux de personnes couvertes par les 5 principales formules varie fortement d'un organisme à l'autre. Il est au minimum de 22,6% ; il est inférieur à 50% pour 9 organismes (représentant 35,8% des personnes couvertes) ; il est inférieur à 80% pour 18 organismes (représentant 58,9% des personnes couvertes) et il est de 100% pour 5 organismes (représentant 4,5% des personnes couvertes).

Outre ces 236 formules, 30 autres ont été saisies. Pour celles-ci, nous ne disposons pas du nombre de personnes couvertes. Elles ne servent donc pas à la construction de la typologie, mais seront utiles à sa compréhension. Au total, 296 formules ont donc été saisies.

*Chiffre approximatif tiré du fait que d'après ESPS 2004, 87% des résidents de France Métropolitaine sont couverts par une complémentaire santé individuelle hors CMU et parmi eux, 6 sur 10 sont couverts par un contrat acquis de leur propre initiative ou par le biais d'une mutuelle de fonctionnaire. On arrive ainsi au chiffre d'une trentaine de millions d'individus couverts par un contrat individuel.

Garanties saisies

A partir des relevés de garanties renvoyés par les organismes enquêtés, 9 types de garanties ont été recueillis, 5 d'entre-elles servant à classer les contrats (variables actives), les quatre autres servant à améliorer l'interprétation de la classification (variables supplémentaires).

Les cinq garanties servant à établir la classification sont :

- **HÔPITAL** : les remboursements des **honoraires de médecin hospitalier** en % du TC y compris le RSS (très liés à la variable suivante mais indicateur de couverture du risque « hôpital »)
- **AMBULATOIRE** :
 - o les remboursements des **soins de spécialistes** en % du TC y compris le RSS
 - o les remboursements des **médicaments à vignette blanche** en % du TC y compris le RSS
- **OPTIQUE** :
 - o les remboursements des lunettes avec des **verres complexes** (verres blancs multifocaux ou progressifs, quelle que soit la puissance du cylindre dans la sphère [-8,+8]) en euros en plus du RSS
- **DENTAIRE** :
 - o les remboursements des **prothèses dentaires céramo-métalliques** (la prothèse est supposée située au devant de la bouche) en % du TC en plus du RSS.

Ces garanties ont été choisies comme « actives » d'une part parce qu'elles sont représentatives de niveaux de remboursements pour des grands types de soins, d'autre part, parce que leur niveau influence l'accès à des soins fondamentaux (soins hospitaliers, médecine de ville, médicaments à vignette blanche) et enfin, parce que pour certains soins (optique, dentaires), pour lesquelles les restes à charge après AMO sont élevés, elles sont des niveaux très variables et sont donc susceptibles de bien discriminer les contrats.

Les quatre variables n'entrant pas dans la construction de la typologie mais servant à améliorer sa compréhension sont :

- **HÔPITAL** : la durée de prise en charge du forfait hospitalier en MCO et en psychiatrie ;
- **AMBULATOIRE** :
 - o les remboursements des **médicaments à vignette bleue** en % du TC y compris le RSS
- **OPTIQUE** :
 - o les remboursements des lunettes avec des **verres simples** (verres simple foyer dans la sphère [-6,+6]) en euros en plus du RSS
- **DENTAIRE** :
 - o les remboursements des **prothèses adjointes 7 dents** (cotées en SPR50)

Ces garanties ne servent pas à la construction des classes car elles sont peu discriminantes (c'est le cas du forfait hospitalier MCO et en psychiatrie) ou alors très corrélées aux variables actives, de sorte qu'elles n'ajoutent que peu d'information (au contraire, elles risqueraient de ne faire ressortir que des corrélations évidentes). Elles sont donc utilisées avant tout pour confirmer les effets des variables actives.

Hypothèses sur les soins consommés et les individus couverts

Les niveaux de remboursements dépendent des caractéristiques du bien acheté. Ils peuvent également dépendre de la situation de l'individu (âge pour les lunettes, ancienneté dans la couverture).

Le tableau ci-dessous donne les caractéristiques de biens considérés en optique et en dentaire.

Tableau 1 : caractéristiques des biens et services servant de référence

Type de bien	cotation	TC / TR	RSS en % du TC	RSS en euros	Prix du bien / service de référence
Soins de spécialistes					
Consultation de spécialiste	CS	23€	70%	16,10€	40€
Dentaire					
Couronne au devant de la bouche	SPR50	107,5€	70%	75,25€	700€ ou 750€
Prothèse amovible (adjointe) 7 dents	SPR50	107,5€	70%	75,25€	850€
Optique					
Verre simple	VER	2,29€	65%	1,49€	60€
Verre complexe	VER	10,37€	65%	6,74€	200€
Monture	MON	2,84€	65%	1,84€	100€ (110€ en 2002)

Notons que les prix donnés n'interviennent quasiment pas dans le calcul des garanties. Il n'y a en effet pas de garanties exprimées en % des frais réels pour ces soins dans notre échantillon (elle est seulement nécessaire pour le calcul d'une remise sur le prix des lunettes en cas de fréquentation d'un réseau de soins, pour un organisme).

D'autres hypothèses, nécessaires pour déterminer précisément les niveaux de garanties, ont été faites :

- *remboursement des honoraires de praticiens hospitaliers* : on ne considère que les remboursements pour les séjours dans les établissements conventionnés sécurité sociale.
- *nombre de biens achetés* : On suppose que l'individu ne s'achète qu'une paire de lunettes ou ne se fait poser qu'une prothèse dentaire dans l'année ;

- *Age pour les lunettes* : les remboursements sont souvent plus élevés pour les adultes ; on considère ici un individu âgé de plus de 18 ans.
- *Le rôle des réseaux mis en place en optique* : certains organismes ont mis en place un réseau d'opticiens et proposent des remboursements plus généreux quand l'assuré y achète ses lunettes. Contrairement à l'année dernière, nous avons voulu tenir compte de ces remboursements plus généreux. En l'absence d'information sur la fréquentation des réseaux, la mesure du niveau de couverture est calculée en effectuant la moyenne simple entre la garantie dans le réseau et la garantie hors réseau. Seuls trois organismes sont concernés.
- *Remboursements différents selon l'ancienneté* : dans certains cas, les niveaux de remboursements pour l'optique et le dentaire augmentent avec l'ancienneté dans l'organisme. Contrairement à l'année dernière où on considérait un individu venant de souscrire la couverture (ce qui nous conduisait à retenir les remboursements les plus bas), nous considérons ici que l'individu est couvert depuis 4 ans^{*}.

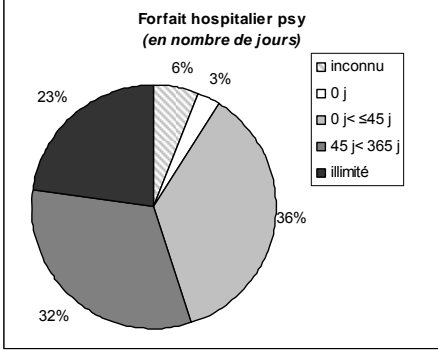
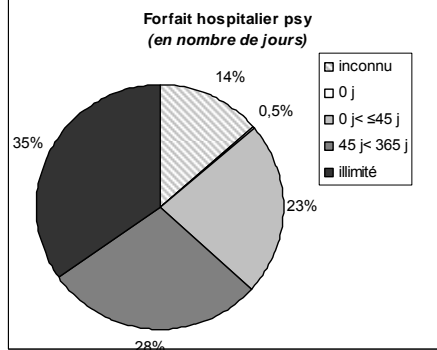
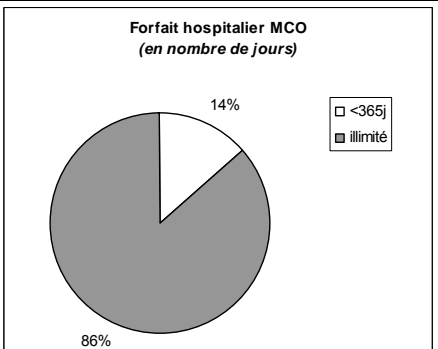
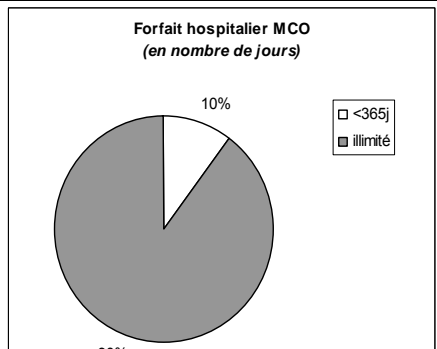
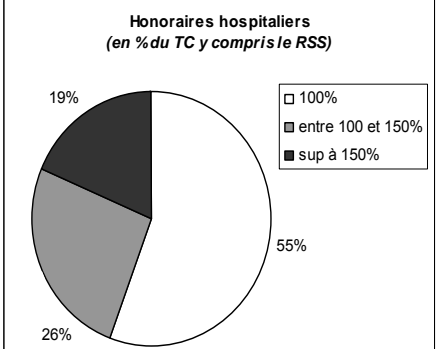
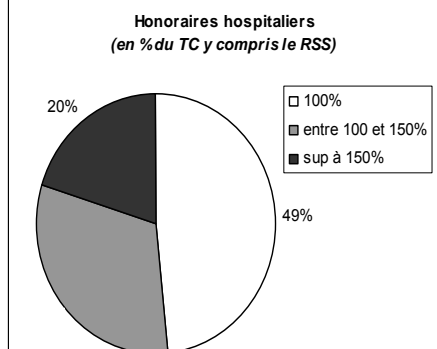
Il faut noter par contre que la pratique du tiers payant n'a pas été prise en compte. Ce choix peut prêter à discussion. En effet, la limitation de l'avance de frais peut aider à l'accès aux soins, en particulier pour les populations plutôt défavorisées concernées par l'aide couverture complémentaire.

^{*}Une étude de l'IRDES (Grignon, Sitta, 2003), montre qu'en moyenne, chaque année, 12,5% des assurés changent d'organisme. Cela représente en gros un changement tous les huit ans. Retenir les remboursements pour un individu ayant quatre années d'ancienneté permet de considérer que cet individu va pouvoir bénéficier des ces remboursements sur environ la moitié du temps où il est couvert par son contrat.

Analyse descriptive des résultats

Dans une première étape, nous analysons les distributions pondérées de chacune des 7 garanties données ci-dessus. Cette étape vise d'une part à étudier le niveau moyen et la variabilité des garanties et d'autre part à découper celles-ci de manière à obtenir des variables catégoriques, en vue de l'analyse multidimensionnelle de données.

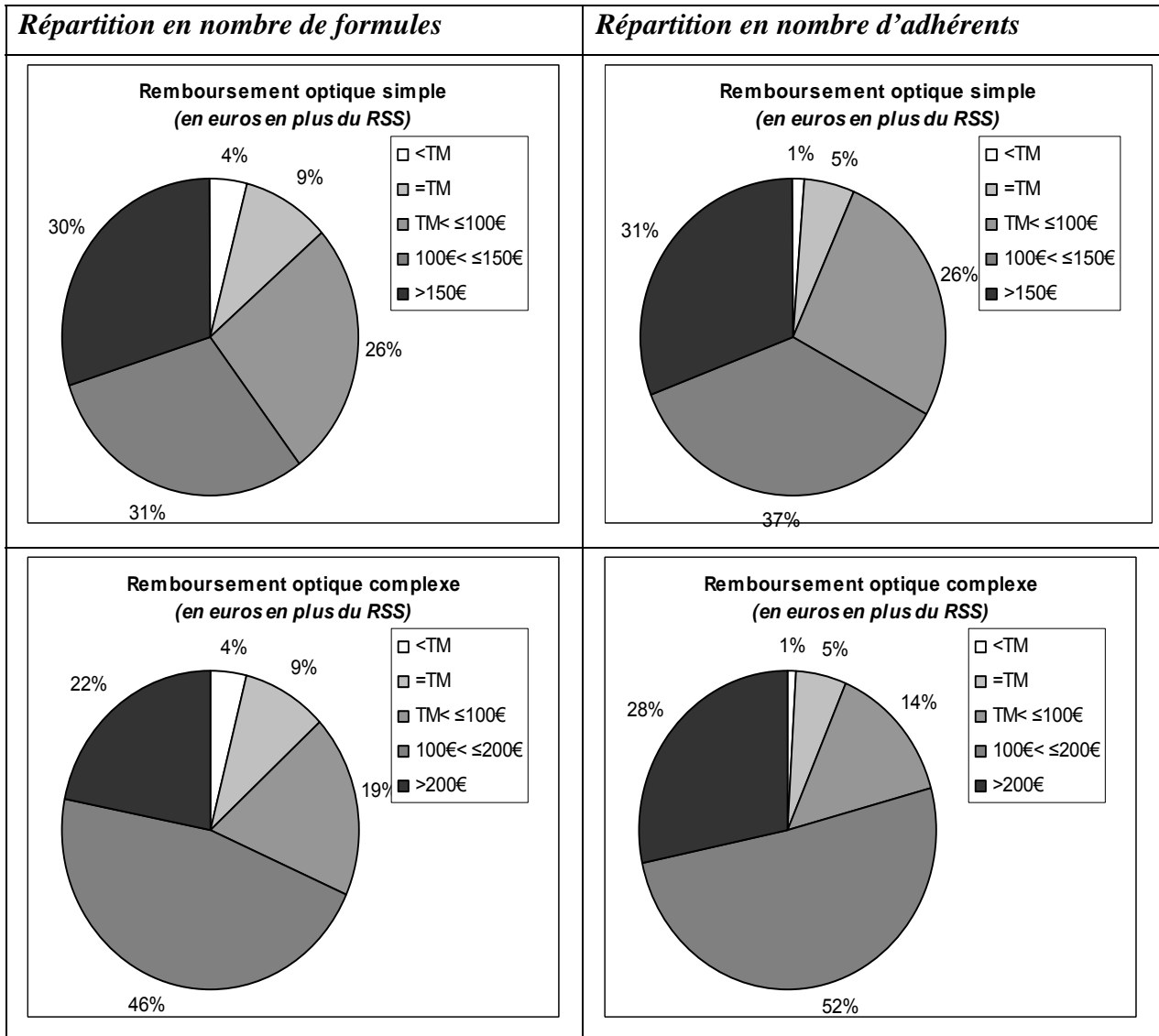
Soins hospitaliers

<i>Répartition en nombre de formules</i>	<i>Répartition en nombre d'adhérents</i>																								
<p>Forfait hospitalier psy (en nombre de jours)</p>  <table border="1"> <tr><th>Catégorie</th><th>Pourcentage</th></tr> <tr><td>inconnu</td><td>3%</td></tr> <tr><td>0 j</td><td>6%</td></tr> <tr><td>0 j <= 45 j</td><td>36%</td></tr> <tr><td>45 j < 365 j</td><td>32%</td></tr> <tr><td>illimité</td><td>23%</td></tr> </table>	Catégorie	Pourcentage	inconnu	3%	0 j	6%	0 j <= 45 j	36%	45 j < 365 j	32%	illimité	23%	<p>Forfait hospitalier psy (en nombre de jours)</p>  <table border="1"> <tr><th>Catégorie</th><th>Pourcentage</th></tr> <tr><td>inconnu</td><td>0,5%</td></tr> <tr><td>0 j</td><td>14%</td></tr> <tr><td>0 j <= 45 j</td><td>23%</td></tr> <tr><td>45 j < 365 j</td><td>28%</td></tr> <tr><td>illimité</td><td>35%</td></tr> </table>	Catégorie	Pourcentage	inconnu	0,5%	0 j	14%	0 j <= 45 j	23%	45 j < 365 j	28%	illimité	35%
Catégorie	Pourcentage																								
inconnu	3%																								
0 j	6%																								
0 j <= 45 j	36%																								
45 j < 365 j	32%																								
illimité	23%																								
Catégorie	Pourcentage																								
inconnu	0,5%																								
0 j	14%																								
0 j <= 45 j	23%																								
45 j < 365 j	28%																								
illimité	35%																								
<p>Forfait hospitalier MCO (en nombre de jours)</p>  <table border="1"> <tr><th>Catégorie</th><th>Pourcentage</th></tr> <tr><td><365j</td><td>14%</td></tr> <tr><td>illimité</td><td>86%</td></tr> </table>	Catégorie	Pourcentage	<365j	14%	illimité	86%	<p>Forfait hospitalier MCO (en nombre de jours)</p>  <table border="1"> <tr><th>Catégorie</th><th>Pourcentage</th></tr> <tr><td><365j</td><td>10%</td></tr> <tr><td>illimité</td><td>90%</td></tr> </table>	Catégorie	Pourcentage	<365j	10%	illimité	90%												
Catégorie	Pourcentage																								
<365j	14%																								
illimité	86%																								
Catégorie	Pourcentage																								
<365j	10%																								
illimité	90%																								
<p>Honoraires hospitaliers (en % du TC y compris le RSS)</p>  <table border="1"> <tr><th>Catégorie</th><th>Pourcentage</th></tr> <tr><td>100%</td><td>55%</td></tr> <tr><td>entre 100 et 150%</td><td>26%</td></tr> <tr><td>sup à 150%</td><td>19%</td></tr> </table>	Catégorie	Pourcentage	100%	55%	entre 100 et 150%	26%	sup à 150%	19%	<p>Honoraires hospitaliers (en % du TC y compris le RSS)</p>  <table border="1"> <tr><th>Catégorie</th><th>Pourcentage</th></tr> <tr><td>100%</td><td>49%</td></tr> <tr><td>entre 100 et 150%</td><td>31%</td></tr> <tr><td>sup à 150%</td><td>20%</td></tr> </table>	Catégorie	Pourcentage	100%	49%	entre 100 et 150%	31%	sup à 150%	20%								
Catégorie	Pourcentage																								
100%	55%																								
entre 100 et 150%	26%																								
sup à 150%	19%																								
Catégorie	Pourcentage																								
100%	49%																								
entre 100 et 150%	31%																								
sup à 150%	20%																								

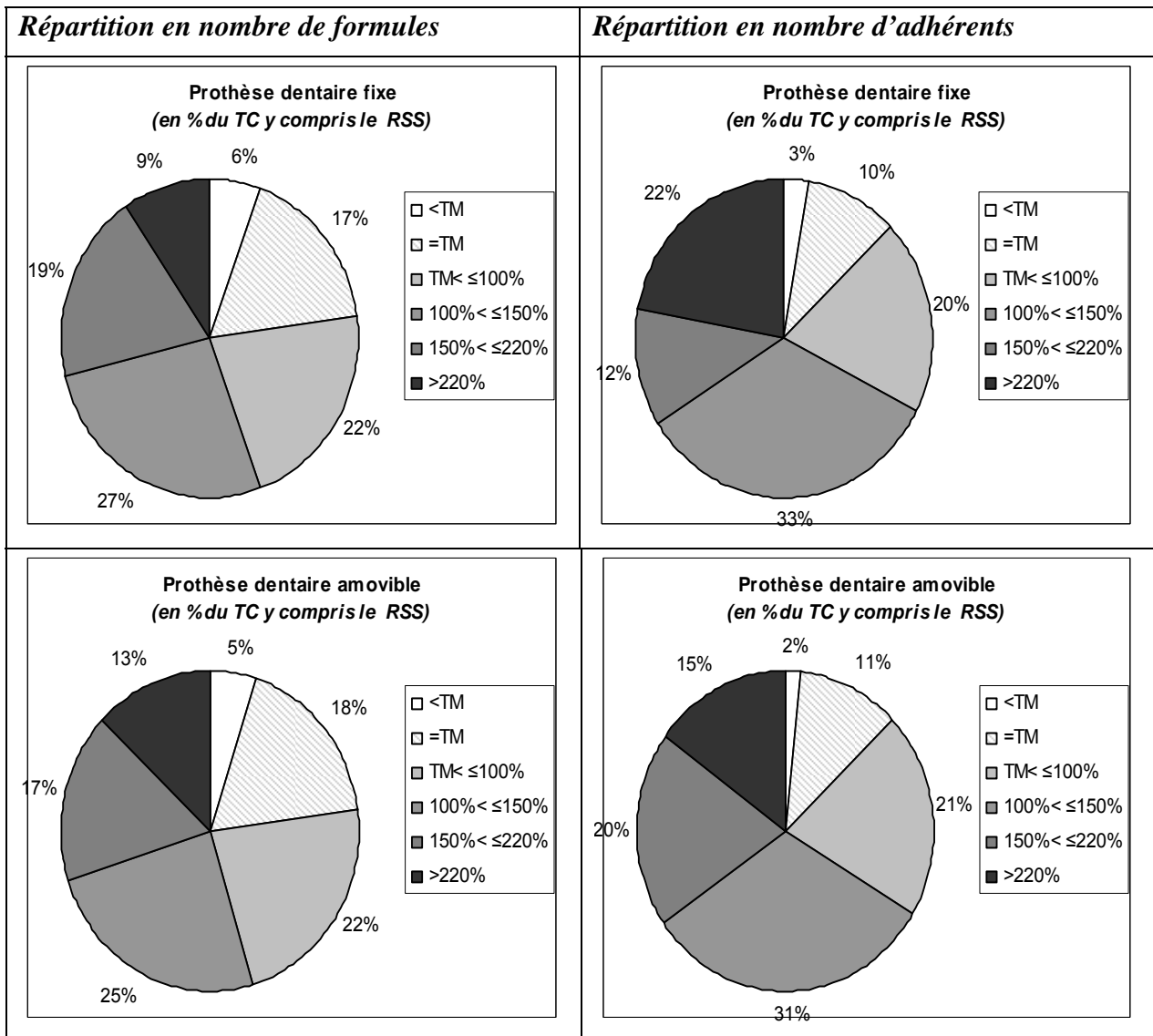
Soins ambulatoires

<i>Répartition en nombre de formules</i>	<i>Répartition en nombre d'adhérents</i>
<p>Honoraires spécialistes ville (en % du TC y compris le RSS)</p> <p> <input type="checkbox"/> inf à 100% <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> entre 100 et 150% <input type="checkbox"/> sup à 150% </p>	<p>Honoraires spécialistes ville (en % du TC y compris le RSS)</p> <p> <input type="checkbox"/> inf à 100% <input type="checkbox"/> 100% <input type="checkbox"/> entre 100 et 150% <input type="checkbox"/> sup à 150% </p>
<p>Médicaments (vignette blanche) (en % du TC y compris le RSS)</p> <p> <input type="checkbox"/> inf à 100% <input type="checkbox"/> égal à 100% </p>	<p>Médicaments (vignette blanche) (en % du TC y compris le RSS)</p> <p> <input type="checkbox"/> inf à 100% <input type="checkbox"/> égal à 100% </p>
<p>Médicaments (vignette bleue) (en % du TC y compris le RSS)</p> <p> <input type="checkbox"/> inf à 100% <input type="checkbox"/> égal à 100% </p>	<p>Médicaments (vignette bleue) (en % du TC y compris le RSS)</p> <p> <input type="checkbox"/> inf à 100% <input type="checkbox"/> égal à 100% </p>

Optique



Dentaire



Classification des contrats

Méthode de classification

Nous avons classé les 236 contrats exploitables selon les niveaux des garanties données ci-dessus, de manière à faire ressortir les grandes logiques dans les agencements de garanties. On peut se demander par exemple s'il existe des contrats « spécialisés » qui couvrent bien certains types de soins et pas d'autres, ou alors si la bonne ou mauvaise qualité d'un contrat selon une dimension se retrouve sur les autres dimensions. Pour étudier ces agencements, nous avons utilisé des méthodes d'analyse de données :

- analyse des correspondances multiples (ACM) qui permet d'étudier les rapprochements et les oppositions entre contrats suivant les garanties étudiées,
- classification ascendante hiérarchique qui utilise les résultats de l'ACM pour réaliser un premier groupage des contrats (cette étape permet notamment de déterminer le nombre de classes à retenir)
- puis consolidation par la méthode des centres mobiles qui permet d'améliorer la classification ascendante hiérarchique en augmentant l'homogénéité des classes. Les deux étapes de classification sont expliquées dans l'encadré méthode ci-après.

In fine, les classes obtenues sont entièrement définies par leur centre (le « contrat moyen ») : pour déterminer à quelle classe un contrat appartient, il suffit de regarder quel est le centre de classe le plus proche. Cette propriété est intéressante car elle donne une méthode simple d'affectation des contrats aux classes.

Nous rappelons que les variables actives, c'est à dire celles servant à classer les contrats sont :

- les garanties portant sur les honoraires hospitaliers ;
- les garanties portant sur les consultations de médecins de ville ;
- les garanties portant sur la pharmacie « vignette blanche » ;
- les garanties portant sur les lunettes avec verres complexes ;
- les garanties portant sur les prothèses dentaires fixes.

Les variables illustratives dont :

- la durée de prise en charge du forfait hospitalier en MCO ;
- la durée de prise en charge du forfait hospitalier en psychiatrie ;
- les garanties portant sur la pharmacie « vignette bleue » ;
- les garanties portant sur les lunettes avec verres simples ;
- les garanties portant sur les prothèses dentaires amovibles.

Nous avons réalisé une classification avec des poids uniformes puis une classification en donnant à chaque formule un poids proportionnel au nombre de bénéficiaires l'ayant souscrit (cela revient à accorder une influence plus forte aux organismes ayant beaucoup de

bénéficiaires et changeant peu leur gamme) et enfin, une classification avec des poids plus ou moins forts aux formules selon le taux de souscription à l'intérieur de l'organisme et un poids identique pour chaque organisme. Cette dernière pondération peut se justifier si nous voulons mettre en évidence le choix qui s'offre en moyenne aux individus, quelle que soit la taille de l'organisme auquel ils s'adressent.

La première classification avec des poids uniformes reflète plutôt la diversité de l'offre parmi les organismes complémentaires présents dans notre échantillon tandis que les deux autres reflètent plutôt la manière dont se positionnent les bénéficiaires par rapport à cette offre.

Encadré

1

La classification ascendante hiérarchique

Pour déterminer à la fois le nombre et la forme des classes de contrats, nous avons utilisé une classification ascendante hiérarchique selon la méthode de Ward puis une étape de consolidation par la méthode des centres mobiles.

La classification ascendante hiérarchique va permettre de déterminer le nombre de classes et leur position approximative. Le mécanisme est le suivant : on part d'une situation initiale où chaque point du nuage constitue une classe (s'il y a N contrats, il y a N classes). On procède à des regroupements successifs par proximité des points, de façon à obtenir une série de classifications en N-1, N-2, ... 5, 4, 3, 2 puis une classe unique qui inclut l'ensemble des points.

A chaque fois que des classes fusionnent, l'hétérogénéité à l'intérieur des classes augmente (la cohérence interne diminue), ce qui se traduit mathématiquement par une augmentation de la variance intra-classe ; la variance inter-classe qui mesure la dissemblance entre les classes diminue dans les mêmes proportions. La méthode de Ward consiste à effectuer à chaque étape le regroupement qui minimise l'augmentation de la variance intra-classe.

L'étape suivante permet de déterminer laquelle de ces classifications reflète le mieux la structure du nuage, tout en comportant assez peu de classes pour rester facile à interpréter.

Chaque fois que l'on regroupe deux classes, on simplifie mais on perd un peu d'information. Il faut donc arbitrer. Au début, le fait de regrouper n'est pas très coûteux, mais ce coût augmente quand le nombre de classes diminue. On arrête donc les étapes d'agrégation juste après les derniers sauts significatifs d'inertie.

L'étape de consolidation permet d'améliorer la classification précédemment obtenue dans le sens où elle redistribue les contrats aux frontières de manière à obtenir des classes plus cohérentes (c'est-à-dire dont la variance interne est moins élevée) ; elle permet de « lisser » les frontières des classes. Cette méthode procède comme suit : au départ, on considère les quatre centres de gravité des classes obtenues par la classification ascendante hiérarchique et on leur affecte les éléments les plus proches. On obtient une nouvelle partition en quatre classes dont on calcule les centres de gravité. On leur affecte les points les plus proches et on obtient une nouvelle partition en quatre classes. On poursuit cette procédure jusqu'à ce que la partition se stabilise.

Résultat des classifications

Les trois pondérations possibles ont été testées. Les typologies obtenues sont assez comparables. Elles ont toutes six classes. Elles sont finalement assez similaires à celles obtenues lors de la première enquête : on a une classe « Infra TM », trois classes « TM en ville » (avec des niveaux de remboursements plus ou moins élevés en optique et en dentaire) et deux classes avec des niveaux de garanties plus élevés, à la fois pour les soins de ville, mais aussi pour l'optique et le dentaire. Nous allons caractériser les classes de chacune de ces trois typologies en mettant en exergue les niveaux de garanties qui sont surreprésentés pour chaque type de soin. Nous excluons cependant les durées de prise en charge du forfait hospitalier en

Médecine Chirurgie Obstétrique et en psychiatrie, qui se sont révélés peu discriminant (c'est-à-dire que les durées de prise en charge des forfaits hospitaliers sont assez peu différents d'une classe à l'autre)

Classification avec pondération uniforme

Notre analyse permet de distinguer six classes (une typologie en dix classes est également possible mais le niveau de détail est trop important).

La classe des contrats « Infra TM » (7,2% des contrats, 2,3% d'individus couverts)

Sont sur-représentés : les contrats dont les remboursements sont inférieures au TM pour les honoraires de spécialistes, ceux dont les remboursements sont inférieures au TM pour la pharmacie à vignette blanche, ceux pour lesquelles les remboursements sont inférieurs au TM pour la pharmacie à vignette bleue, ceux pour lesquelles les remboursements sont inférieurs au TM pour les lunettes à verres simples, ceux pour lesquelles les remboursements sont inférieurs au TM pour les lunettes à verres complexes, ceux pour lesquelles les remboursements sont inférieurs au TM pour les prothèses dentaires fixes et ceux pour lesquelles les remboursements sont inférieurs au TM pour les prothèses dentaires amovibles.

Les contrats « strictement TM » (9,3% contrats, 5,5% d'individus couverts)

Sont sur représentés : les contrats remboursant le TM pour les soins hospitaliers, ceux remboursant le TM pour les consultations de spécialistes, ceux remboursant le TM pour les lunettes à verres simples, ceux remboursant le TM pour les lunettes à verres complexes, ceux remboursant le TM pour les prothèses dentaires fixes, ceux remboursant le TM pour les prothèses dentaires amovibles.

Les contrats « TM ville et faibles en optique et en dentaire » (25,3% des contrats, 21,3% d'individus couverts)

Sont sur-représentés : les contrats remboursant le TM pour les soins hospitaliers, les contrats remboursant le ticket modérateur pour les soins de ville, les contrats remboursant le ticket modérateur pour les soins de ville, ceux remboursant entre le TM et 100 euros pour les lunettes à verres simples, ceux remboursant entre le TM et 100 euros pour les lunettes à verres complexes, ceux remboursant le TM pour les prothèses dentaires fixes, ceux remboursant entre le TM et 100% du TC en plus du RSS pour les prothèses dentaires fixes, ceux remboursant le TM pour les prothèses dentaires amovibles, ceux remboursant entre le TM et 100% du TC en plus du RSS pour les prothèses dentaires amovibles.

Les contrats « moyens » (26,2% des contrats, 34,8% d'individus couverts)

Sont sur-représentés : les contrats remboursant entre 100% et 150% du TC y compris le RSS pour les honoraires de praticiens hospitaliers, ceux remboursant entre 100% et 130% du TC y compris le RSS pour les consultations de spécialistes, ceux remboursant entre 100 euros et 150 euros en plus du RSS pour les lunettes à verres simples, ceux remboursant entre 100 euros et 200 euros pour lunettes à verres complexes, ceux remboursant entre 100% et 150% du TC en plus du RSS pour les prothèses dentaires fixes, ceux remboursant entre 100% du TC et 150% du TC en plus du RSS pour les prothèses dentaires amovibles

Les contrats « forts en optique » (20,7% des contrats, 13,5% d'individus couverts)

Sont sur-représentés : les contrats remboursant plus de 130% du TC y compris le RSS pour les consultations de spécialistes, ceux remboursant plus de 150 euros en plus du RSS pour lunettes à verres simples, ceux remboursant plus de 200 euros en plus du RSS pour les lunettes à verres complexes, ceux remboursant entre 150% et 220% du TC en plus du RSS pour les prothèses dentaires fixes , ceux remboursant plus entre 150% et 220% du TC en plus du RSS pour les prothèses dentaires amovibles.

Les contrats plus « forts en optique et en dentaire » (11,4% des contrats, 22,6% d'individus couverts)

Sont sur-représentés : les contrats remboursant le forfait hospitalier MCO sur une durée illimitée, ceux remboursant plus de 150% du TC y compris le RSS pour les honoraires de praticiens hospitaliers, ceux remboursant plus de 130% du TC y compris le RSS pour les soins de spécialistes, ceux remboursant plus de 150 euros en plus du RSS pour lunettes à verres simples, ceux remboursant plus de 200 euros en plus du RSS pour les lunettes à verres complexes, ceux remboursant plus de 220% du TC en plus du RSS pour les prothèses dentaires fixes, ceux remboursant plus de 220% du TC en plus du RSS pour les prothèses dentaires amovibles.

Cette classification traduit une corrélation positive entre les garanties : un contrat avec une garantie élevée selon une dimension (par exemple les soins de villes) a tendance à avoir des garanties élevées selon les autres dimensions (par exemple l'optique ou le dentaire).

Classification avec pondération selon les effectifs des souscripteurs de chaque formule (version 1 : poids proportionnels à la souscription des formules)

Notre analyse permet de distinguer six classes (typologie en dix classes est également possible mais les classes sont beaucoup moins faciles à interpréter).

La classe des contrats « Infra TM » (10,1% des contrats, 4,2% d'individus couverts)

Sont sur-représentés : les contrats dont les remboursements sont inférieurs au TM pour la pharmacie à vignette blanche, ceux dont les remboursements sont inférieurs au TM pour la pharmacie à vignette bleue, ceux dont les remboursements sont inférieurs au TM pour les prothèses dentaires fixes.

Les contrats « strictement TM » (9,3% des contrats, 5,5% d'individus couverts)

Sont sur représentés : les contrats remboursant le TM pour les soins hospitaliers, ceux remboursant le TM pour les consultations de spécialistes, ceux remboursant le TM pour les lunettes à verres simples, ceux remboursant le TM pour les lunettes à verres complexes, ceux remboursant le TM pour les prothèses dentaires fixes, ceux remboursant le TM pour les prothèses dentaires amovibles.

Les contrats « TM ville et faibles en optique et en dentaire » (16,0% des contrats, 13,0% d'individus couverts)

Sont sur-représentés : les contrats remboursant le TM pour les honoraires de praticiens hospitaliers, les contrats remboursant le TM pour les soins de ville, ceux remboursant entre le TM et 100 euros pour les lunettes à verres simples, ceux remboursant entre le TM et 100 euros pour les lunettes à verres complexes, ceux remboursant le TM pour les prothèses dentaires fixes, ceux remboursant entre le TM et 100% du TC en plus du RSS pour les prothèses dentaires fixes, ceux remboursant le TM pour les prothèses dentaires amovibles, ceux remboursant entre le TM et 100% du TC en plus du RSS pour les prothèses dentaires amovibles.

Les contrats « moyens » (33,3% des contrats, 43,6% d'individus couverts)

Sont sur-représentés : les contrats remboursant entre 100% et 130% du TC y compris le RSS pour les consultations de spécialistes, ceux remboursant entre 100 euros et 150 euros en plus du RSS pour les lunettes à verres simples, ceux remboursant entre 100 euros et 200 euros pour lunettes à verres complexes, ceux remboursant entre 100% du TC et 150% du TC en plus du RSS pour les prothèses dentaires fixes, ceux remboursant entre 100% du TC et 150% du TC en plus du RSS pour les prothèses dentaires amovibles.

Les contrats « forts en optique » (18,6% des contrats, 11,9% d'individus couverts)

Sont sur-représentés : les contrats remboursant plus de 150% du TC y compris le RSS pour les honoraires de praticiens hospitaliers, ceux remboursant plus de 150 euros en plus du RSS pour lunettes à verres simples, ceux remboursant plus de 200 euros en plus du RSS pour les

lunettes à verres complexes, ceux remboursant entre 150% et 220% du TC en plus du RSS pour les prothèses dentaires fixes , ceux remboursant plus entre 150% et 220% du TC en plus du RSS pour les prothèses dentaires amovibles.

Les contrats plus « forts en dentaire » (9,7% des contrats, 21,8% d'individus couverts)

Sont sur-représentés : les contrats remboursant le forfait hospitalier MCO sur une durée illimitée, ceux remboursant entre 100% et 150 du TC y compris le RSS pour les honoraires de praticiens hospitaliers, ceux remboursant plus de 130% du TC y compris le RSS pour les soins de spécialiste, ceux remboursant entre 100 de 150 euros en plus du RSS pour lunettes à verres simples, ceux remboursant plus de 200 euros en plus du RSS pour les lunettes à verres complexes, ceux remboursant plus de 220% du TC en plus du RSS pour les prothèses dentaires fixes , ceux remboursant entre 150% et 220% du TC en plus du RSS pour les prothèses dentaires amovibles, ceux remboursant plus de 220% du TC en plus du RSS pour les prothèses dentaires amovibles.

Cette classification traduit une corrélation positive entre les garanties mais avec des logiques plus substitutives : les individus peuvent choisir entre plus d'optique ou plus de dentaire.

Classification avec pondération selon les effectifs des souscripteurs de chaque formule (version 2 : poids tenant compte de la souscription des formules mais identique sur chaque OC)

Notre analyse permet de distinguer six classes (typologie en dix classes est également possible mais les classes sont beaucoup moins faciles à interpréter).

La classe des contrats « infra TM » (7,6% des contrats, 3,5% d'individus couverts)

Sont sur-représentés : les contrats dont les remboursements sont inférieurs au TM pour la pharmacie à vignette blanche, ceux dont les remboursements sont inférieurs au TM pour la pharmacie à vignette bleue, ceux dont les remboursements sont inférieurs au TM pour les prothèses dentaires fixes.

Les contrats « strictement TM » (9,3% des contrats, 5,8% d'individus couverts)

Sont sur représentés : les contrats remboursant le TM pour les soins hospitaliers, ceux remboursant le TM pour les consultations de spécialistes, ceux remboursant le TM pour les lunettes à verres simples, ceux remboursant le TM pour les lunettes à verres complexes, ceux remboursant le TM pour les prothèses dentaires fixes, ceux remboursant le TM pour les prothèses dentaires amovibles.

Les contrats « TM ville et faibles en optique et en dentaire» (28,7% des contrats, 23,8% d'individus couverts)

Sont sur-représentés : les contrats remboursant le TM pour les honoraires de praticiens hospitaliers, les contrats remboursant le TM pour les soins de ville, ceux remboursant entre le TM et 100 euros pour les lunettes à verres simples, ceux remboursant entre le TM et 100 euros pour les lunettes à verres complexes, ceux remboursant entre le TM et 100% du TC en plus du RSS pour les prothèses dentaires fixes, ceux remboursant entre le TM et 100% du TC en plus du RSS pour les prothèses dentaires amovibles.

Les contrats « moyens » (25,3% des contrats, 33,0% d'individus couverts)

Sont sur-représentés : les contrats remboursant entre 100% et 130% du TC y compris le RSS pour les consultations de spécialistes, ceux remboursant entre 100 euros et 150 euros en plus du RSS pour les lunettes à verres simples, ceux remboursant entre 100 euros et 200 euros pour lunettes à verres complexes, ceux remboursant entre 100% du TC et 150% du TC en plus du RSS pour les prothèses dentaires fixes, ceux remboursant entre 100% du TC et 150% du TC en plus du RSS pour les prothèses dentaires amovibles.

Les contrats « forts en optique » (19,0% des contrats, 11,9% d'individus couverts)

Sont sur-représentés : les contrats remboursant plus de 150% du TC y compris le RSS pour les honoraires de praticiens hospitaliers, ceux remboursant plus de 150 euros en plus du RSS

pour lunettes à verres simples, ceux remboursant plus de 200 euros en plus du RSS pour les lunettes à verres complexes, ceux remboursant entre 150% et 220% du TC en plus du RSS pour les prothèses dentaires fixes , ceux remboursant plus entre 150% et 220% du TC en plus du RSS pour les prothèses dentaires amovibles.

Les contrats plus « forts en optique et en dentaire » (9,7% des contrats, 21,9% d'individus couverts)

Sont sur-représentés : les contrats remboursant le forfait hospitalier MCO sur une durée illimitée, ceux remboursant plus de 130% du TC y compris le RSS pour les soins de spécialistes, ceux remboursant plus de 150 euros en plus du RSS pour lunettes à verres simples, ceux remboursant plus de 200 euros en plus du RSS pour les lunettes à verres complexes, ceux remboursant plus de 220% du TC en plus du RSS pour les prothèses dentaires fixes , ceux remboursant plus de 220% du TC en plus du RSS pour les prothèses dentaires amovibles.

Cette classification traduit une corrélation positive entre les garanties mais avec des logiques plus substitutives : les individus peuvent choisir entre plus d'optique ou plus de dentaire.

Choix de la typologie à retenir pour l'analyse

Les classifications changent finalement assez peu suivant qu'on utilise une pondération uniforme ou selon les effectifs des bénéficiaires de chaque option. Avec les trois types de pondérations testées, compte tenu des critères statistiques mais aussi de notre objectif de disposer d'une classification qui soit à la fois synthétique mais aussi détaillée pour les niveaux de garanties faibles et moyens, le nombre de classe qui ressort est de six. Ces six classes sont assez analogues à celles obtenue lors de la première enquête :

- une classe de contrats « Infra TM » ;
- trois classes de contrats « TM à l'hôpital et en ville » : une classe de contrats TM en optique et en dentaire, une classe de contrats faibles en optique et en dentaire, une classe de contrats moyens en optique et en dentaire ;
- deux classes de contrats réalisant pour bonne partie des remboursements supérieurs au TM pour les honoraires de praticiens hospitaliers et les soins de spécialistes et des remboursements assez élevés en optique et en dentaire ;

Le choix d'une des trois typologies se fait au regard des objectifs assignés à la classification :

- d'une part à comparer les niveaux de garanties des contrats des bénéficiaires du crédit d'impôt avec ceux des autres individus couverts ; une typologie faisant ressortir des logiques proportionnelles est de ce point de vue intéressante ;
- mais il faut aussi que la variabilité à l'intérieur des classes des niveaux de garanties souscrits ne soit pas trop importante pour les contrats ACS d'une part et les contrats non ACS d'autre part, de sorte que la classe à laquelle appartient un contrat ACS et non ACS représente bien le niveau de garantie du contrat ;
- d'autre part à contrôler dans les analyses de prix de contrat, l'effet du niveau de couverture.

Nous avons finalement choisi de retenir la classification avec pondération uniforme, qui d'une part suit une logique proportionnelle assez nette et qui d'autre part ne privilégie pas la répartition des contrats non ACS. Les caractéristiques des six classes peuvent être synthétisées par les deux tableaux ci-dessous.

Caractéristiques des 6 classes de contrats, selon les variables actives

Classe de contrats	Honoraires hospitaliers (*)	Honoraires ambulatoires	Pharmacie (blanche)	Optique complexe	Dentaire fixe
Classe 1	<= TM	Infra TM	Infra TM	Infra TM	Infra TM
Classe 2	<= TM	100 %	100 %	TM <= et < à 100 €	= TM
Classe 3	<= TM	100 %	100 %	TM < et < à 100 €	TM < et < à 100 % du TC
Classe 4	TM < et <= 150 %	TM < et <= 130 %	100 %	100 € < et <= à 200 €	100 % < et <= à 150 % du TC
Classe 5	> à 150 %	> à 130 %	100 %	> à 200 €	150 % < et <= à 220 % du TC
Classe 6	> à 150 %	> à 130 %	100 %	> à 200 €	> à 220 % du TC

Note : les remboursements en optique et en dentaire sont « en plus du remboursement de la sécurité sociale (RSS) »

Les cases grisées représentent des modalités qui sont significativement surreprésentées dans la classe de garantie. Les cases en blanc représentent des modalités qui sont surreprésentées, mais pas de manière significative.

Caractéristiques des 6 classes de contrats, selon les variables illustratives

Classe de contrats	Forfait hospitalier psys	Pharmacie bleu	Optique simple	Dentaire amovible
Classe 1	45j < < 365 j	Infra TM	Infra TM	Infra TM
Classe 2	365 j	100 %	TM <= et < à 100 €	= TM
Classe 3	0j < < 45 j	100 %	TM < et < à 100 €	TM < et < à 100 % du TC
Classe 4	45j < < 365 j	100 %	100 € < et <= à 150 €	100 % < et <= à 150 % du TC
Classe 5	45j < < 365 j	100 %	> à 150 €	150 % < et <= à 220 % du TC
Classe 6	365 j	100 %	> à 150 €	> à 220 % du TC

Note : idem ci-dessus.

Il faut noter que la classe « infra TM » est composée de quelques contrats « gros risque », c'est-à-dire qui ne remboursent que les soins hospitaliers. Cette classe est composée de quatre contrats. Une fraction des autres contrats remboursent une partie des soins de ville :

- Deux contrats remboursent l'hôpital, les consultations de médecine de ville et la pharmacie, mais ne remboursent pas l'optique et le dentaire ;
- Quatre contrats remboursent l'hôpital, l'optique et le dentaire mais ne remboursent pas les consultations de médecine de ville.

Les sept autres contrats remboursent l'ensemble des soins au moins partiellement (les garanties sont inférieures au TM pour la pharmacie, souvent inférieure au TM pour le dentaire, souvent égales au TM pour les consultations de médecin de ville et souvent supérieures ou égales au TM pour l'optique).