
L'aide complémentaire santé en 2007

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 2007

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

C **M** **U** 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
accueil@fonds-cmu.gouv.fr
www.cmu.fr

SOMMAIRE

AVANT PROPOS.....	3
1. ETUDE 2007 SUR LES CONTRATS ACS.....	4
1.1. PRINCIPALES DONNEES GLOBALES.....	4
1.1.1. SYNTHESE DES PRINCIPALES DONNEES	5
1.1.2. LE NOMBRE DE BENEFICIAIRES PAR CONTRAT ACS.....	6
1.2. ANALYSE DES DETERMINANTS DU PRIX DES CONTRATS ET DU MONTANT DE PRIME OU COTISATION APRES ACS.....	8
1.2.1. IMPACT DE LA TAILLE DE LA FAMILLE	8
1.2.2. IMPACT DE L'AGE DES BENEFICIAIRES	10
1.2.3. CLASSIFICATION ET MESURE DE L'IMPACT DU NIVEAU DE GARANTIE	14
1.2.4. IMPACT DE LA REGION DE RESIDENCE DU SOUSCRIPTEUR	18
1.2.5. IMPACT RELATIF DE CHAQUE FACTEUR	19
1.3. COMPARAISON DES NIVEAUX DE GARANTIE ENTRE CONTRATS ACS ET AUTRES CONTRATS INDIVIDUELS	20
2. L'ACS EN 2007.....	22
2.1. RAPPEL SUR LE FONCTIONNEMENT DE L'ACS	22
2.2. SUIVI DE LA MONTEE EN CHARGE DU DISPOSITIF.....	23
2.2.1. LES ATTESTATIONS DELIVREES PAR LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE	23
2.2.2. LES ATTESTATIONS EFFECTIVEMENT UTILISEES PAR LES BENEFICIAIRES	24
2.3. LE DEVENIR DES ANCIENS BENEFICIAIRES DE L'ACS.....	26
2.3.1. LES DONNEES DE LA CNAMTS	26
2.3.2. LES DONNEES D'ORGANISMES COMPLEMENTAIRES.....	27
¤ ANNEXE 1	28
RESSOURCES MOYENNES DES FOYERS POUR POURVOIR PRETENDRE A L'ACS	28
¤ ANNEXE 2	29
ANALYSE DESCRIPTIVE ET ANALYSE ECONOMETRIQUE	29
¤ ANNEXE 3	31
CLASSIFICATION DES CONTRATS DE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE SANTE AYANT OUVERT DROIT A L'AIDE COMPLEMENTAIRE SANTE	31

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 au crédit d'impôt ». 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 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.

Le présent rapport qui traite des données arrêtées au 30 novembre 2007 poursuit cet objectif en concernant 53 OC (l'évolution par rapport à l'année précédente est minimisée compte tenu d'un nombre non négligeable de fusions) et 60 % des bénéficiaires. 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, ce qui ne manque pas d'interpeller.

On peut désormais considérer que la base d'analyse est stabilisée. En effet, travailler avec près de 60 organismes (et leurs contrats) sur un sujet technique n'est pas chose facile et étendre davantage son périmètre nécessiterait un travail important pour un gain marginal et incertain en terme de représentativité des résultats. Même si l'ampleur n'est pas la même que pour la CMU complémentaire, les bénéficiaires de l'ACS sont en effet concentrés sur un faible nombre d'OC.

La stabilisation du périmètre de l'enquête permet désormais une analyse affinée des évolutions notamment s'agissant du prix de la complémentaire santé.

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.

Le lecteur pourra se reporter à la seconde partie du rapport consacrée à la présentation du dispositif et au suivi de sa montée en charge.

1. Etude 2007 sur les contrats ACS

1.1. PRINCIPALES DONNEES GLOBALES

Sur 57 OC interrogés, 53 ont effectivement transmis les données attendues. Les données relatives à 117 453 contrats couvrant 198 313 bénéficiaires ont été retenues. Ces derniers correspondent donc à 60 % des bénéficiaires de l'ACS (4^{ème} trimestre 2007).

Les OC ont fourni la liste des contrats bénéficiant de l'ACS gérés dans leur portefeuille au 30 novembre 2007. 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).

Cette dernière information 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 2005 puis actualisée lors de l'enquête 2006. En 2007, eu égard aux faibles modifications qui avaient été constatées entre 2005 et 2006 et à la stabilisation du champ de l'enquête, le choix a été fait de ne pas renouveler cette opération. La grille établie en 2006 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 5 principaux contrats en stock).

1.1.1. SYNTHESE DES PRINCIPALES DONNEES

Pour les 53 OC et leurs 198 313 bénéficiaires couverts par 117 453 contrats, le prix moyen du contrat s'établit à 722 € par contrat, le montant moyen de déduction s'élève à 356 €, le reste à charge moyen à 366 € (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 50,7 %.

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

	Enquête 2007	Enquête 2006	Evol
Nombre d'OC	53	51	
Nombre contrats	117 453	77 287	
Nombre personnes enquêtées	198 313	135 077	
% bénéficiaires concernés par l'enquête	60 %	56 %	
Nombre personnes / contrat	1,69	1,75	
Prix moyen / contrat	722	693	+ 4,3 %
Montant déduction moyen / contrat	356	341	+ 4,4 %
RAC (*) moyen / contrat	366	352	+ 4,0 %
Taux RAC (*) moyen	50,7 %	50,8 %	
Taux d'effort	3,9 %	3,8 %	4,5 % (en 2005)

(*) 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 le tableau récapitulatif figurant en annexe.

Sur cette base, le taux d'effort moyen pour l'acquisition d'un contrat d'assurance maladie complémentaire est évalué par foyer à 3,9 % des revenus annuels. Ce pourcentage est stable par rapport à celui obtenu dans l'enquête 2006. L'augmentation pourtant sensible du prix du contrat est globalement compensée par la prise en compte en année pleine de la réévaluation du montant de l'ACS opérée en 2006, par l'augmentation du montant de déduction de l'ACS liée à l'âge croissant des effectifs (voir plus loin), mais surtout, par celle du plafond d'octroi de l'ACS (de 15 % à 20 % du plafond CMU) intervenue au 1^{er} janvier 2007 : le revenu moyen de référence a ainsi augmenté de 3,7 %.

Il sera intéressant, pour l'enquête 2008, de mesurer l'impact réel de l'augmentation du prix des contrats sur le taux d'effort (les plafonds et montants de l'aide étant inchangés).

Ce taux se rapproche maintenant sensiblement de celui de 3,5 % observé par l'IRDES à l'aide de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006, chez les ménages dont le revenu excède celui donnant droit à l'ACS.

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.

1.1.2. LE NOMBRE DE BENEFICIAIRES PAR CONTRAT ACS

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

On notera que les contrats couvrant une unique personne représentent 42 % du nombre de bénéficiaires et 71 % du nombre des contrats (respectivement 40 % et 70 % en 2006), ceux couvrant 2 personnes, 13 % du nombre de bénéficiaires et 11 % du nombre des contrats (respectivement 12 % et 10 % en 2006).

▪ Répartition des bénéficiaires au sein des contrats

Contrats couvrant	Contrats Nombre	%	Bénéficiaires Nombre	%
1 personne	83 535	71,12%	83 535	42,12%
2 personnes	12 425	10,58%	24 850	12,53%
3 personnes	7 960	6,78%	23 880	12,04%
4 personnes	6 321	5,38%	25 284	12,75%
5 personnes	4 184	3,56%	20 920	10,55%
6 personnes	1 929	1,64%	11 574	5,84%
7 personnes	704	0,60%	4 928	2,48%
8 personnes	275	0,23%	2 200	1,11%
9 personnes	81	0,07%	729	0,37%
10 personnes	24	0,02%	240	0,12%
11 personnes	8	0,01%	88	0,04%
12 personnes	6	0,01%	72	0,04%
13 personnes	1	0,00%	13	0,01%
TOTAL	117 453	100	198 313	100

La structure est très stable entre les 2 années. Cette stabilité avait déjà été constatée entre 2005 et 2006.

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 bénéficiaires par contrat	Nombre de bénéficiaires	Âge moyen (*)	Tranches âge (en %)						Total % ligne
			16-24	25-29	30-39	40-49	50-59	60 ans et plus	
1	83 535	56,9 (54,0)	4,7	4,3	11,0	14,7	20,1	45,2	100
2	24 850	50,4 (47,4)	5,2	8,0	16,6	19,4	18,1	32,6	100
3	23 880	41,0 (40,9)	4,0	10,4	35,6	29,5	12,8	7,6	100
4	25 284	39,9 (40,1)	1,7	9,1	43,2	32,4	9,5	4,2	100
5	20 920	40,8 (40,7)	0,7	6,2	43,4	35,0	10,0	4,8	100
6	11 574	42,9 (43,0)	0,5	3,5	34,7	41,8	13,3	6,2	100
7 et plus	8270	45,3 (45,6)	0,2	2,5	28,9	41,2	16,9	10,3	100

(*) En italique et entre parenthèses : chiffres 2006

La comparaison avec les chiffres 2006 montre une augmentation de l'âge du souscripteur pour les contrats couvrant 1 et 2 personnes. Pour ces catégories de foyer, on a manifestement constaté un afflux de personnes plus âgées dans le dispositif, ce qui n'est pas le cas pour les

contrats couvrant trois personnes et plus, pour lesquels les âges moyens sont quasiment identiques à ceux observés en 2006. Ce constat est cohérent avec l'augmentation de la délivrance des attestations aux personnes âgées par la CNAMTS.

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

1.2. ANALYSE DES DETERMINANTS DU PRIX DES CONTRATS ET DU MONTANT DE PRIME OU COTISATION APRES 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 le taux de RAC, et enfin sur le taux d'effort.

L'importance relative de ces différents facteurs sera mesurée.

1.2.1. IMPACT DE LA TAILLE DE LA FAMILLE

- *Mesure à partir de l'analyse descriptive (cf. annexe méthodologique n°2)*

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 bénéficiaires par contrat	Nombre de bénéficiaires total	Répartition bénéficiaires (en %)	Prix moyen (en €)	Déduction moyenne (en €)	Montant RAC moyen (en €)	Taux moyen de RAC (en %)	Taux d'effort moyen (en %)
1	83 535	42,1	594	284	310	52,2	4,2
2	24 850	12,5	912	446	466	51,1	4,3
3	23 880	12,0	940	445	495	52,6	3,9
4	25 284	12,7	1 093	559	534	48,8	3,5
5	20 920	10,5	1 241	687	554	44,6	3,0
6	11 574	5,8	1 356	799	557	41,1	2,6
7 et plus	8 270	4,2	1 551	961	590	38,0	2,2
TOTAL	198 313	100,0	722	356	366	50,7	3,9

Cette information est complétée par les évolutions entre catégories de contrats ainsi que par une comparaison avec les résultats obtenus en 2006.

Evolution en 2006 et 2007 du prix moyen et du montant du reste à charge selon le nombre de bénéficiaires par contrat

Nombre de bénéficiaires par contrat	Evolution prix / classe précédente en 2007	Taux moyen de RAC 2007	Taux d'effort moyen 2007	Evolution prix / classe précédente en 2006	Taux moyen de RAC 2006	Taux d'effort moyen 2006	En %
1	-	52,2	4,2	-	52,5	4,1	
2	53,5	51,1	4,3	49,6	52,2	4,2	
3	3,0	52,6	3,9	10,5	52,3	3,9	
4	16,3	48,8	3,5	16,8	48,9	3,6	
5	13,5	44,6	3,0	14,3	45,2	3,1	
6	9,3	41,1	2,6	9,2	41,7	2,7	
7 et plus	14,4	38,0	2,2	10,2	36,2	2,1	

Logiquement, le prix du contrat augmente avec le nombre de bénéficiaires qu'il couvre. L'analyse de ces évolutions fait apparaître quelques différences avec celles constatées en 2006. On notera que passer d'une à deux personnes augmente le prix du contrat de 53,5 % en moyenne (49,6 % l'année dernière). Constat étonnant : cette augmentation n'est que de 3,0 % lorsque l'on passe de 2 à 3 personnes (contre 10,5 % en 2006). La différence peut au moins en partie s'expliquer par l'âge moyen qui a augmenté pour la première catégorie de contrats (de 47,4 à 50,4 ans) alors qu'elle est stable pour les contrats couvrant 3 personnes (40,9 à 41,0 ans).

Les contrats couvrant « 7 personnes et plus » coûtent 161 % de plus que celui couvrant 1 personne (contre 166 % en 2006).

Le taux moyen de RAC est constant à 52 % pour les contrats couvrant de 1 à 3 personnes puis diminue progressivement pour atteindre 38 % dans le cadre des contrats couvrant 7 personnes et plus.

Quant au taux d'effort, sa diminution, lente pour les premières tranches, s'accélère ensuite. Quel que soit le nombre de bénéficiaires par contrat, les taux d'effort sont quasiment identiques entre 2006 et 2007.

- ***Mesure à partir de l'analyse « toutes choses égales par ailleurs » (cf. annexe méthodologique n°2)***

L'analyse économétrique conforte davantage les premiers résultats : 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.

*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	2007		2006		<i>En %</i>
	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	61,5	53,8	60,0	63,1	
3	28,6	33,2	28,2	32,0	
4	19,6	9,2	17,2	7,8	
5	11,7	-2,1	12,9	-2,5	
6	5,3	-12,2	4,9	-10,1	
7 et +	9,4	-14,0	3,1	-27,9	

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 montant de prime ou cotisation après ACS (RAC) quant à lui croît de plus en plus faiblement jusqu'à 4 bénéficiaires couverts puis 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. Ce constat est similaire à celui établi depuis 2005. Ces chiffres confirment les résultats des enquêtes précédentes à savoir que l'ACS couvre d'autant mieux le prix d'un contrat que le nombre de bénéficiaires sur ce contrat est élevé.

A partir de 3 bénéficiaires par contrat, on peut supposer qu'il s'agit généralement de familles avec enfants. Ainsi, l'ACS a tendance à les favoriser comme en témoigne l'observation du taux d'effort. L'ACS constitue donc objectivement une mesure qui aide particulièrement les familles avec enfants.

1.2.2. IMPACT DE L'AGE DES BENEFICIAIRES

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 2 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 ».

- *Mesure à partir de l'analyse descriptive pour les contrats couvrant une personne*

Les contrats ne couvrant qu'une seule personne représentent 71 % des contrats. Dans ce cas de figure, le nombre de contrats correspond exactement au nombre de bénéficiaires.

Données selon l'âge du souscripteur pour les contrats couvrant une personne
Tableau 1

Classe d'âge	Nombre de contrats	Répartition des contrats (en %)	Prix moyen (en €)	Déduction moyenne (en €)	Montant RAC moyen (en €)	Taux moyen de RAC (en %)	Taux d'effort moyen (en %)
16-24 ans	3 900	4,7	302	100	202	66,9	2,7
25-29 ans	3 564	4,3	359	194	166	46,1	2,2
30-39 ans	9 219	11,0	415	200	215	51,9	2,9
40-49 ans	12 305	14,7	476	200	276	58,0	3,8
50-59 ans	16 809	20,1	548	200	349	63,6	4,7
60 ans +	37 738	45,2	749	398	352	46,9	4,8
TOTAL	83 535	100	594	284	310	52,2	4,2

En préalable, on notera que les contrats des « 60 ans et plus » représentaient, en 2006, 38 % des contrats couvrant une personne ; ce chiffre est passé à 45 % en 2007 induisant une augmentation de 54,0 à 56,9 ans de l'âge moyen du souscripteur.

En complétant les données du tableau 1 pour faire apparaître les évolutions entre classes d'âge et celles par rapport aux résultats de la précédente enquête, on aboutit au tableau suivant :

*Evolution en 2007 et 2006 du prix moyen et du montant du reste à charge
selon l'âge du souscripteur pour les contrats couvrant une personne*

Tableau 2

Classe d'âge	2007		2006		<i>En %</i>
	Evolution Prix moyen / Tranche d'âge précédente (en %)	Evolution Montant RAC moyen / Tranche d'âge précédente (en %)	Evolution Prix moyen / Tranche d'âge précédente (en %)	Evolution Montant RAC moyen / Tranche d'âge précédente (en %)	
16-24 ans	-	-	-	-	-
25-29 ans	18,9	-18,0	17,9	-17,5	
30-39 ans	15,5	29,9	13,0	22,4	
40-49 ans	14,7	28,3	13,9	27,2	
50-59 ans	15,2	26,2	15,0	26,4	
60 ans +	36,6	0,9	36,5	1,7	

Les constats sur les évolutions sont très stables entre 2006 et 2007.

Le prix est une fonction croissante de l'âge du souscripteur : il augmente systématiquement lorsque l'on passe à une tranche d'âge plus élevée. La hausse est assez linéaire avant 60 ans (entre 15 % et 19 %, voir tableau 2). Conformément aux intuitions, l'augmentation la plus marquante demeure celle constatée entre la classe des 50-59 ans et celle des 60 ans et plus (36 % en 2007, chiffre identique à celui constaté en 2006).

Entre la première et la dernière tranche d'âge, le prix moyen passe de 302 € à 749 € (voir tableau 1), soit une hausse de 148 % (contre 138 % en 2006).

Que ce soit en termes pourcentages ou d'évolution, les constats effectués sont identiques entre 2006 et 2007 pour ce qui concerne le taux d'effort ou le taux de reste à charge :

Taux d'effort et de RAC selon les tranches d'âge
Tableau 3

Classe d'âge	Taux d'effort moyen (en %) 2007	Taux d'effort moyen (en %) 2006	Taux moyen de RAC (en %) 2007	Taux moyen de RAC (en %) 2006
16-24 ans	2,7	2,9	66,9	67,4
25-29 ans	2,2	2,4	46,1	47,1
30-39 ans	2,9	2,9	51,9	51,0
40-49 ans	3,8	3,7	58,0	57,0
50-59 ans	4,7	4,7	63,6	62,6
60 ans +	4,8	4,8	46,9	46,7
TOTAL	4,2	4,1	52,2	52,5

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 %.

A ce stade, une observation doit être effectuée concernant la notion de taux de reste à charge.

Le taux de reste à charge résulte du rapport entre « montant de prime ou cotisation après ACS » et « prix du contrat ». Par rapport à cet indicateur, on constate que les personnes âgées de plus de 60 ans ont le taux de reste qui est le plus faible. Cela signifie-t-il que leur situation est plus favorable ? Non, au contraire puisqu'ils supportent un montant de prime ou cotisation après ACS (RAC) et un taux d'effort nettement supérieurs à ceux des classes précédentes (exception faite des « 50-59 ans »). En réalité, le taux de RAC est faible par rapport aux classes d'âge inférieures car le montant de RAC est rapporté à un montant de prime nettement plus élevé et l'augmentation du montant de l'ACS à 60 ans est prise en compte.

Cet exemple montre qu'il faut donc être prudent quant à l'interprétation du taux de reste à charge.

Il est alors intéressant, pour compléter l'analyse, de ne plus raisonner en taux mais à partir du montant moyen de prime ou cotisation après ACS par contrat puisque 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). En raisonnant sur cette donnée, on constate clairement l'impact du montant différencié de la déduction.

Montant des restes à charge par tranches d'âge en 2006 et 2007
Tableau 4

Classe d'âge	Montant RAC moyen 2007 (en €)	Montant RAC moyen 2006 (en €)	Evolution 2007/2006 (en %)	Montant RAC moyen 2005 (en €)	Evolution 2006/2005 (en %)
16-24 ans	202	205	-1,5	212	-3,2
25-29 ans	166	169	-1,8	200	-15,4
30-39 ans	215	207	3,9	235	-11,9
40-49 ans	276	263	4,9	295	-10,7
50-59 ans	348	332	4,8	350	-4,9
60 ans +	351	338	3,8	420	-19,4
Moyenne	310	292	6,2	334	-12,6

Nota : le montant de l'ACS est passé entre 2005 et 2006 de 75 à 100 euros (+ 33 %) pour les moins de 25 ans, de 150 à 200 euros pour les 25-59 ans (+ 33 %), 250 à 400 euros (+ 60 %) pour les 60 ans et plus.

En première analyse, on observe que la variation des restes à charge moyens entre 2006 et 2007 est de 6,2 % sur l'ensemble de la population alors qu'elle n'est que de 4,9 %, au maximum, au sein de chaque classe d'âge. En effet, la variation de la moyenne globale dépend non seulement des variations des moyennes au sein de chaque classe, mais également des variations de pondération des classes. Or, entre 2006 et 2007, le poids des 60 ans et plus a nettement augmenté ce qui tire à la hausse le reste à charge moyen de 2007 par rapport à celui de 2006.

A partir du tableau, on relève que les plus de 60 ans supportent un montant moyen de prime ou cotisation après ACS (RAC) de 0,9 % supérieur à la tranche d'âge précédente (tableau 2) alors que le prix moyen de leur contrat leur est supérieur de 37 %.

■ *Mesure à partir de l'impact « toutes choses égales par ailleurs »*

Evolution du prix moyen et du montant de prime ou cotisation après ACS selon l'âge du bénéficiaire « toutes choses égales par ailleurs » en 2007

Classe d'âge	Evolution Prix moyen / Tranche d'âge précédente 2007	Evolution RAC moyen / Tranche d'âge précédente 2007	Evolution Prix moyen / Tranche d'âge précédente 2006	Evolution RAC moyen / Tranche d'âge précédente 2006	En %
16-24 ans	-	-	-	-	
25-29 ans	21,0	-23,4	19,0	-23,8	
30-39 ans	14,5	36,4	11,6	31,7	
40-49 ans	14,8	36,0	12,2	33,4	
50-59 ans	21,1	38,9	17,0	39,6	
60 ans +	40,9	1,5	36,4	-1,1	
16-24 ans à 60 ans +	171,5	100,4	138,5	84,8	

Les résultats de l'analyse économétrique confirment la 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 ans et plus » (+ 41 % contre + 37 % en 2006). Pour le reste à charge, l'ACS nivelle totalement cette hausse puisque le montant de cotisation restant à la charge de l'assuré est quasiment stable sur ces deux tranches d'âge. Entre la classe d'âge « 16-24 ans » et la classe « 60 ans et plus », le prix moyen « toutes choses égales par ailleurs » des autres facteurs augmente de 171 % (contre 139 % en 2006) et le montant de prime ou cotisation après ACS de 100 % (85 % en 2006).

Les évolutions des prix moyens par tranche d'âge sont cohérentes avec celles rencontrées en 2006 même si les évolutions globales sont plus marquées, que ce soit sur le prix ou sur le montant de RAC moyen. On constate pourtant que les personnes de 60 ans et plus ont des contrats d'un niveau de garantie globalement inférieur à celui des autres classes d'âge :

Niveau de garantie des contrats selon d'âge

Classe d'âge	Niveau de garantie du contrat								En %
	Niv 1	Niv 2	Niv 3	Niv 4	Niv 5	Niv 6	Autres	Total ligne	
16-24	0,7	16,4	17,9	25,6	12,3	9,7	17,4	100	
25-29	0,9	14,4	18,3	27,5	14,3	8,8	15,8	100	
30-39	0,9	14,5	20,5	27,2	14,0	7,7	15,2	100	
40-49	0,7	14,6	22,8	25,7	13,2	7,2	15,8	100	
50-59	0,8	16,1	22,9	23,9	13,2	6,3	16,7	100	
60 ans et plus	1,1	15,3	32,3	15,1	12,4	4,1	19,8	100	

Remarque : ce tableau a été édité après retrait de deux organismes pour lesquels aucun des contrats n'avaient pu être classifiés

Même si par rapport à 2006, la situation a un peu évoluée :

60 ans et plus	2,6	21,1	25,9	16,0	7,7	3,1	23,6	100
----------------	-----	------	------	------	-----	-----	------	-----

En raisonnant à partir du taux d'effort pour les contrats ne couvrant qu'une personne et malgré la forte hausse du montant de l'ACS en 2006, ce sont encore les personnes les plus âgées qui connaissent les taux d'effort les plus importants. La situation des « 50-59 ans » est la même que celle des 60 ans et plus. Ceci montre que c'est sur les âges les plus élevés, que les éventuelles évolutions devraient être ciblées.

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

▪ *Classification*

Les 5 grands types de soins sur lesquels la classification a été réalisée restent les mêmes que lors de la précédente enquête : honoraires hospitaliers*, soins de médecin de ville, pharmacie à vignette blanche, lunettes à verres complexes, prothèses dentaires fixes.

La classification des contrats aboutit à 6 classes homogènes avec une logique croissante des niveaux de garantie (cf. annexe : note du 10 mai 2007 « Classification des contrats de couverture complémentaire » de l'IRDES).

Les 6 classes retenues et leurs caractéristiques sont les suivantes :

Caractéristiques des 6 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.

(*) Honoraires de consultation en médecine ou chirurgie et honoraires sur les actes réalisés dans le cadre d'une activité libérale (détailés pour « l'hôpital » dans le « décret n° 2006-274 relatif à la redevance due à l'hôpital par les praticiens hospitaliers à temps plein exerçant une activité libérale dans les établissements publics de santé »).

La remontée 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 2 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 Mutuelle + 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 Mutuelle + 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 €

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.

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 (Etudes 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.

- ***Mesure de l'impact du niveau de garantie des contrats sur leurs prix à partir de l'analyse descriptive (contrats couvrant une personne)***

Compte tenu de l'impact prédominant des variables « taille de la famille » et « âge du souscripteur », l'analyse descriptive ne porte que sur les contrats couvrant une personne et est déclinée en moyenne mais également par tranches d'âges :

Classe d'âge	Niveau de garantie du contrat							En €
	Niv 1	Niv 2	Niv 3	Niv 4	Niv 5	Niv 6	Non classifiés	
16-24	240	224	278	285	281	323	366	302
25-29	295	267	327	332	353	391	425	359
30-39	344	326	380	395	402	478	474	415
40-49	360	393	449	480	466	563	509	476
50-59	351	481	532	589	539	678	547	548
60 ans et plus	597	712	744	816	770	848	731	749
Total	486	537	612	585	594	639	605	594
% des contrats	0,71	12,69	21,86	16,52	10,90	4,78	32,53	100,00

Et si l'on observe les évolutions selon les classes d'âge :

Classe d'âge	En %					
	Niv 1	Niv 2	Niv 3	Niv 4	Niv 5	Niv 6
16-24	-	-6,55	24,12	2,53	-1,60	15,00
25-29	-	-9,49	22,48	1,64	6,41	10,68
30-39	-	-5,27	16,70	3,91	1,59	19,09
40-49	-	9,27	14,11	7,06	-2,92	20,80
50-59	-	37,03	10,48	10,75	-8,47	25,84
60 ans et plus	-	19,34	4,48	9,72	-5,70	10,12
Total	-	10,50	13,99	-4,39	1,53	7,58

Une observation en préalable par rapport au premier tableau et qui concerne le passage du niveau 3 au niveau 4 : le montant moyen de prix du contrat passe de 612 à 585 € alors que si l'on observe les évolutions classe d'âge par classe d'âge, le prix augmente toujours. Ce résultat qui a priori interpelle résulte d'un « effet structure » qui a un impact sur le résultat moyen puisque outre des effectifs plus importants, la proportion des personnes âgées est sensiblement plus importante pour les contrats de niveau 3 pour rapport à ceux de niveau 4 (56 % des 60 ans et plus contre 33 % pour les contrats de niveau 4), ce qui pousse à la hausse le prix moyen du premier groupe.

Si on centre notre analyse sur la moyenne, on constate l'impact croissant du niveau de garantie sur le prix des contrats, à l'exception de la situation où l'on passe du niveau 3 au niveau 4 (- 4,39 %). En outre, le passage du niveau 4 à 5 n'est pas significatif (+ 1,53 %).

Le premier tableau reflète également l'impact prépondérant de l'âge par rapport au niveau de garantie sur le prix des contrats : + 148 % d'évolution entre les 2 classes extrêmes d'âge en moyenne contre + 32 % pour le niveau de garantie. Cette différence sensible se vérifie sur chacune des classes.

Il est intéressant de comparer ces résultats par rapport à ceux résultant de l'analyse « toutes choses égales par ailleurs ».

- ***Mesure de l'impact du niveau de garantie de l'impact « toutes choses égales par ailleurs »***

*Prix, montant de prime ou cotisation après ACS selon la classe de garantie du contrat
« toutes choses égales par ailleurs »*

Niveau de garantie du contrat	Evolution Prix moyen par contrat/niveau de garantie précédent 2007	Evolution RAC moyen par contrat/niveau de garantie précédent 2007	Evolution Prix moyen par contrat/niveau de garantie précédent 2006	Evolution RAC moyen par contrat/niveau de garantie précédent 2006	En %
1	-	-	-	-	-
2	15,7	45,7	11,2	12,9	
3	9,6	22,9	5,9	13,6	
4	7,3	20,3	9,4	24,6	
5	-1,4	-6,4	0,2	0,1	
6	13,1	29,3	8,8	18,1	

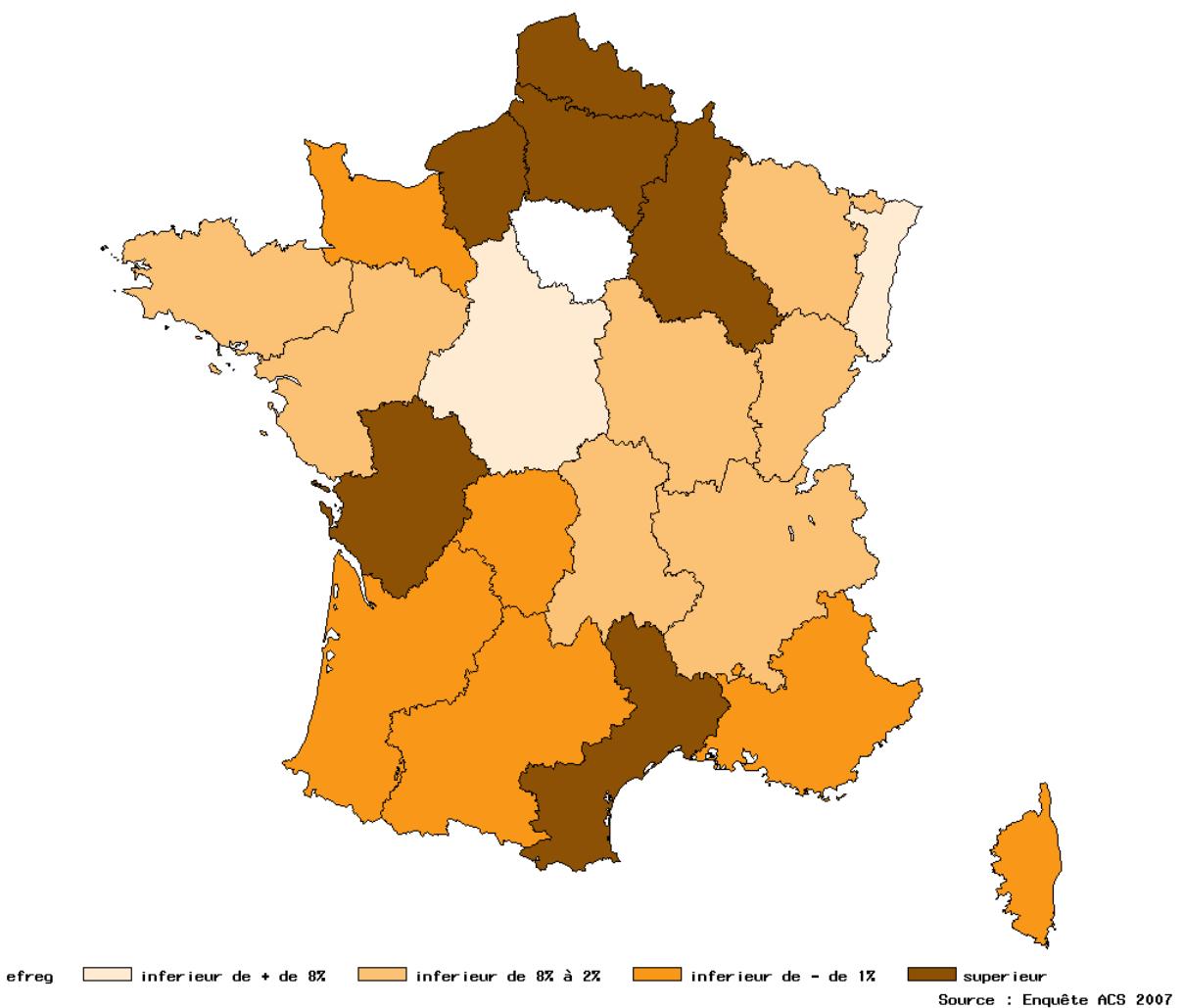
L'impact du niveau de garantie sur le prix moyen est amplifié par l'analyse économétrique avec cependant une quasi stabilité lorsque l'on passe du 4^{ème} au 5^{ème} niveau de garantie (1,4 %) Cet effet peut s'expliquer par la surreprésentation dans cette classe (par rapport à celles de garanties inférieures) de contrats couvrant des bénéficiaires d'Alsace et de la Moselle, qui prenant en charge des tickets modérateurs moins importants, sont donc moins onéreux.

Les différences de prix entre les différents groupes de garantie sont globalement plus marquées qu'en 2006 et bien davantage encore si on s'intéresse au montant de prime ou cotisation après ACS. 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.

1.2.4. IMPACT DE LA REGION DE RESIDENCE DU SOUSCRIPTEUR

Comme en 2005 et 2006, l'analyse économétrique ne permet pas de détecter des logiques géographiques significatives concernant les prix de vente des contrats. Ces derniers ne paraissent pas être très liés à la densité médicale ou au niveau de dépense des départements et des régions. Quelques départements se distinguent cependant : hauts niveaux de primes ou cotisations en Picardie, dans le Nord-Pas-de-Calais, en Champagne-Ardenne et dans le Languedoc-Roussillon. Inversement, des niveaux faibles sont plus fréquents dans les Pays-de-la-Loire et en Alsace. Ces résultats sont aussi valables sur les contrats individuels de l'enquête ESPS 2005. Par contre, on relève aussi certains résultats particuliers comme de faibles niveaux de primes ou cotisations en Rhône-Alpes et des niveaux élevés en Limousin. Signalons 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.

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



1.2.5. IMPACT RELATIF DE CHAQUE FACTEUR

Il est possible de calculer la part de la variance du logarithme du prix de vente ou du montant de prime ou cotisation après ACS expliquée par l'ensemble des facteurs. Cela permet de mettre en évidence leur importance relative dans le modèle.

Facteurs explicatifs	<i>Importance relative de chaque facteur</i>		<i>En %</i>
	<i>Pourcentage de la variance expliquée pour :</i>	<i>Le log du prix de vente</i>	<i>Le log du montant de prime ou cotisation après ACS</i>
Nombre de bénéficiaires	46,3 (50,7)		14,2 (16,3)
Age	25,0 (19,4)		11,5 (10,4)
Niveau de garantie	2,0 (2,0)		5,3 (4,3)
Région de résidence*	1,7 (1,5)		3,4 (2,8)
Total expliqué	75,6 (73,6)		35,4 (33,9)
Résidus	24,4 (26,4)		64,6 (66,1)

En italiques et parenthèses : résultats de l'étude 2006 à titre de comparaison.

La part de la variance expliquée par l'ensemble des facteurs est élevée pour le prix de vente (75,6 %). Cette part de variance expliquée est un peu plus élevée que celle obtenue en 2006 (73,6%) et ce, malgré le fait que le champ de l'enquête ait été étendu à de nouveaux organismes.

Pour le prix de vente, le nombre de bénéficiaires du contrat ressort toujours fortement, en baisse légère cependant par rapport à la précédente enquête (il explique 46,3 % de la variance contre 50,7% en 2006). A l'inverse, la contribution de l'âge est plus importante qu'en 2006 (25,0 % de la variance contre 19,4 % en 2006). L'impact du niveau de garantie est inchangé et reste toujours très faible (2,0 % contre 5,3 % en 2005). Etant donné l'importance prêtée à cette dernière variable dans la tarification des contrats, son faible poids explicatif de la variance interroge, mais peut s'expliquer par le rôle prépondérant des autres variables.

Pour le montant de prime ou cotisation après ACS, la part de variance expliquée par les trois facteurs est assez voisine de celle observée en 2006, toujours nettement plus faible que pour le prix de vente. Le fait que le montant de l'ACS croisse avec le nombre de bénéficiaires du contrat semble donc compenser l'effet de cette variable sur le prix de vente. Le niveau de garantie joue un rôle plus important, ce qui peut traduire le fait qu'il ne dépend pas du montant de l'ACS.

1.3. COMPARAISON DES NIVEAUX DE GARANTIE ENTRE CONTRATS ACS ET AUTRES CONTRATS INDIVIDUELS

Rappelons que la classification établie par l'IRDES en 2006 a mis en avant 6 niveaux croissants de garantie permettant ainsi 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 2007 ont été positionnés dans cette grille de classification.

Niveau de garantie	Répartition bénéficiaires contrats ACS	Hors rubrique « Non classifiés »	Répartition bénéficiaires pour les autres contrats individuels les plus souscrits en 2007	Hors rubrique « Non classifiés »
Niveau 1	1,0	1,1	0,8	1,2
Niveau 2	14,7	17,6	4,5	6,8
Niveau 3	24,0	28,6	7,9	12,0
Niveau 4	24,2	28,8	34,2	51,7
Niveau 5	13,4	15,9	7,2	10,8
Niveau 6	6,8	8,0	11,5	17,4
Non classifiés	16,0	-	33,8	-
TOTAL	100,0	100,0	100,0	100,0

Pour cette partie de l'étude, 48 organismes ont été retenus. Ont été écartés, les organismes qui n'avaient pas transmis d'informations précises sur les niveaux de garanties des bénéficiaires de l'ACS ainsi que ceux qui n'avaient pas transmis la répartition précise des non bénéficiaires sur les formules les plus en portefeuille. Cependant, pour deux organismes qui n'avaient pas transmis cette répartition, on a imputé les répartitions observées en 2006.

La proportion de contrats non classifiés parmi les bénéficiaires de l'ACS est quasiment identique à celle observée l'année dernière (16 % contre 17 %) et ce malgré le fait que le nombre de formules ACS par organisme est sensiblement plus important (une moyenne simple de 8 contrats contre 6,5 en 2006). Ce résultat semble traduire une moins forte concentration des bénéficiaires de l'ACS sur les formules les plus souscrites. La proportion de non classifiés parmi les non bénéficiaires de l'ACS est un peu plus faible en 2007 qu'en 2006 (33,8 % contre 36,1 %) alors même que le nombre de formules par organisme est identique sur les deux années (une moyenne simple de 4,9 formules par organisme).

Si l'on se concentre sur les contrats ayant ouvert droit à l'ACS, on observe que 63 % des personnes sont couvertes par des contrats de niveau 2 à 4. Près d'un quart 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 5 grands types de soins. Le contrat de sortie CMU correspond quant à lui à un contrat de niveau 3.

Concernant la comparaison entre les 2 répartitions des bénéficiaires, de façon plus nette que l'année dernière, la lecture du tableau fait apparaître que les personnes bénéficiant de l'ACS souscrivent des contrats globalement de niveau inférieur à celui des autres contrats

individuels. Cette observation est par ailleurs confirmée lorsqu'on restreint l'étude aux OC pour lesquels la rubrique « non classifiés » est la plus faible. Il faut noter cette année une plus forte concentration des non bénéficiaires de l'ACS sur le niveau 4, du fait de l'introduction dans l'enquête d'un gros organisme, proposant une unique formule qui se classe sur le niveau 4.

La classe 6, caractérisée par des niveaux de garantie très forts, regroupe un nombre non négligeable de personnes (7 % des bénéficiaires de l'ACS et 12 % des bénéficiaires des autres contrats individuels) ce qui n'est pas le cas du niveau 1 (respectivement 1,0 % et 0,8 %).

Enfin, en 2007, il a été demandé aux OC, parmi les bénéficiaires de l'ACS au 30 novembre 2007, combien avaient déjà un contrat de couverture complémentaire santé (hors CMU complémentaire) au 30 novembre 2006. Il s'agissait à contrario en effet d'évaluer dans quelle mesure l'ACS peut aider les personnes à accéder à la couverture complémentaire santé.

45 OC (85 % des bénéficiaires étudiés dans l'enquête) ont répondu à cette question : 42 % avaient un contrat un an plus tôt, ce qui signifie qu'à l'inverse, 58 % n'en avaient pas. Même si le chiffre de 58 % doit certes être légèrement relativisé (personnes ayant changé d'OC au moment d'exercer leur droit à l'ACS, personnes bénéficiant de la CMU), 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 2 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 est issue de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006. Elle montre que parmi les ménages n'ayant accès ni à la CMU complémentaire ni à la complémentaire d'entreprise, la proportion de non couverts atteint 34,8 % chez les 20 % de ménages ayant les plus faibles revenus contre 6,5 % chez les 20 % des ménages les plus riches. La non couverture des ménages modestes peut être mise en lien avec le taux d'effort qu'ils supportent lorsqu'ils choisissent de se couvrir et qu'ils ne bénéficient pas de l'ACS : il atteint 10,3 % chez les 20 % de ménages les plus pauvres contre 2,9 % chez les 20 % de ménages les plus riches. Au vu de ces résultats, on peut supposer qu'une proportion non négligeable des personnes bénéficiant de l'ACS (qui font partie des 20 % d'individus les plus pauvres) 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.

2. L'ACS en 2007

2.1. RAPPEL SUR LE FONCTIONNEMENT DE L'ACS

L'article L. 862-1 du code de la sécurité sociale dispose que le Fonds a notamment pour mission « d'assurer la gestion du crédit d'impôt prévu à l'article L. 863-1 ». Les articles L. 863-1 et suivants du code de la sécurité sociale définissent le dispositif. Les articles R. 863-1 à R. 863-6 et R. 863-11 et suivants en précisent les conditions d'application. Le nouveau dispositif se situe dans la prolongation de la CMU complémentaire dont il vise à atténuer l'effet de seuil. Il est destiné aux foyers disposant de ressources comprises entre le plafond de la CMU complémentaire et ce même plafond majoré de 20 % à compter du 1^{er} janvier 2007 (15 % auparavant). Selon les statistiques disponibles sur les revenus, l'effectif de la population française potentiellement concerné est évalué à plus de 2 millions de personnes.

La demande d'ACS est effectuée par l'assuré social auprès de sa caisse d'assurance maladie. Si les ressources du ménage sont comprises entre le plafond de la CMU-C et celui-ci majoré de 20 %, la caisse lui remet une attestation (individuelle pour les plus de 16 ans et familiale dans le cas contraire) indiquant le montant annuel de l'ACS en fonction de l'âge des bénéficiaires : 100 € pour les personnes âgées de moins de 25 ans, 200 € pour les personnes âgées de 25 à 59 ans et de 400 € pour celles âgées de 60 ans et plus.

L'âge est apprécié au premier janvier de l'année où le bénéficiaire exerce son droit auprès d'un organisme complémentaire. Le montant de l'ACS est plafonné au montant de la cotisation ou de la prime due. Le bénéficiaire dispose d'un délai de 6 mois pour utiliser son attestation auprès d'un OC. Sur présentation de l'original de l'attestation à un organisme complémentaire de son choix, l'intéressé bénéficie d'une réduction de prime ou de cotisation annuelle, égale au montant de l'ACS. Ce montant est imputable à celui de la prime ou cotisation d'un contrat d'assurance santé en cours, ce point est important car il semble ignoré par une part importante des bénéficiaires ACS, ou sur un nouveau contrat qu'il choisit de souscrire.

L'article L. 871-1 du code de la sécurité sociale a subordonné progressivement, à partir du 1^{er} janvier 2006, le bénéfice d'aides fiscales et sociales – dont l'ACS – pour les garanties d'assurance complémentaire santé au respect de règles fixées par les articles R. 871-1 et R. 871-2 du même code (contrats responsables). La circulaire N°DSS/2A/2006/314 du 11 juillet 2006 en fixe les modalités d'application.

Le montant de l'ACS n'est pas supporté financièrement par l'OC puisqu'il le récupère en le déduisant par quart de son montant annuel (dans les mêmes conditions que les déductions opérées au titre de la gestion de chaque bénéficiaire de la CMU complémentaire) du montant de la taxe finançant la CMU complémentaire (éléments compris dans les déclarations à la contribution CMU complémentaire). Le nombre de déductions pour l'ACS correspond au nombre de personnes sous contrat en vigueur le dernier jour du deuxième mois de chaque trimestre civil (nombre de contrats au 28 ou 29 février pour le 1^{er} trimestre, au 31 mai pour le second, etc.).

Le bordereau déclaratif relatif au financement de la CMU complémentaire a été actualisé par la création d'une ligne et de deux rubriques à la suite de celles relatives à la CMU complémentaire : le nombre de bénéficiaires de l'ACS et le montant global de l'ACS correspondant. Les montants relatifs à la CMU complémentaire et à l'ACS s'ajoutent et viennent donc en déduction de la taxe payée par les OC.

2.2. SUIVI DE LA MONTEE EN CHARGE DU DISPOSITIF

2.2.1. LES ATTESTATIONS DELIVREES PAR LES CAISSES D'ASSURANCE MALADIE

Le suivi de la montée en charge 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 (K€)	Montant moyen déduction annuelle (en €)
Février 2006	71 614 *	202 973	7 773	153
Mai 2006	170 068	226 352	9 507	168
Août 2006	255 576	234 237	10 792	184
Novembre 2006	359 486	240 664	12 105	201
Décembre 2006	391 330	-		-
Février 2007	89 638 *	244 721	12 923	211
Mai 2007	217 418	275 480	14 887	216
Août 2007	338 734	304 771	16 597	218
Novembre 2007	461 956	329 549	17 935	218
Décembre 2007	511 519	-	-	-

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

** remise à 0 du décompte à chaque 1^{er} janvier*

L'année 2007 a vu une forte progression du nombre de personnes ayant obtenu une attestation d'ACS (+ 31 %) et de celui qui l'ont utilisée (+ 37 %), même si le nombre de bénéficiaires de l'ACS reste faible par rapport à la population éligible. Cette augmentation dans la délivrance des attestations est due au relèvement du plafond au 1er janvier 2007 (du plafond CMU + 15 % au plafond ACS + 20 %).

Les personnes qui se voient aujourd'hui attribuer une attestation d'ACS sont, d'après les informations à disposition du Fonds, pour une grande part des « recalés » de la CMU complémentaire (elles demandent la CMU et, dépassant le plafond de peu, se voient donc attribuer une attestation d'ACS).

L'effectif potentiel des personnes éligibles à l'aide (celles dont les revenus sont compris entre le plafond de la CMU complémentaire, soit 606 euros pour une personne seule en France métropolitaine, et ce plafond augmenté de 20 %, soit 727 euros) est estimé en 2007 à un peu plus de 2 millions de personnes. Pour l'année 2007, 511 000 personnes ont obtenu une attestation (391 000 en 2006).

De nouvelles étapes de la montée en charge de la mesure sont à attendre pour 2008. En effet, sous l'impulsion des services ministériels, sont mises en place des informations ciblées pour les personnes qui, repérées à partir des fichiers des CAF et des caisses vieillesse, sont, d'après leurs ressources, susceptibles de bénéficier de l'ACS. De plus, la communication effectuée par madame la ministre autour d'une nouvelle dénomination usuelle de l'ACS, le « chèque santé » devrait permettre une meilleure compréhension du dispositif.

Pour 2007, la structure par âge des bénéficiaires d'attestations du régime général est modifiée au profit des personnes de + de 60 ans :

	Année 2006	Année 2007
Moins de 25 ans	39 %	37 %
Entre 25 et 59 ans	45 %	43 %
Plus de 60 ans	16 %	20 %

Source : CNAMTS

On notera cependant que ce constat est antérieur aux premières informations ciblées conduites par les caisses vieillesse.

2.2.2. LES ATTESTATIONS EFFECTIVEMENT UTILISEES PAR LES BENEFICIAIRES

Au 30 novembre 2007, près de 330 000 personnes ont utilisé l'attestation et bénéficié effectivement de l'aide. Le dernier chiffre connu (29 février 2008) est de 359 000.

*Les bénéficiaires de l'ACS dans les organismes complémentaires

Au 30 novembre 2007, les 329 549 bénéficiaires ayant utilisé leur attestation ont été déclarés par 596 organismes complémentaires dont la répartition des bénéficiaires selon la nature d'organisme s'établit de la manière suivante :

	<i>Nombre de bénéficiaires</i>	<i>Structure en %</i>	<i>Nombre d'organismes</i>	<i>Structure en %</i>
<i>Mutuelles</i>	249 534	75,72	514	86,24
<i>IP</i>	8 230	2,50	25	4,19
<i>Assurances</i>	71 785	21,78	57	9,56
Total	329 549	100,00	596	100,00

Source : déclaration des organismes complémentaires au Fonds CMU.

La répartition des bénéficiaires entre nature d'organismes est proche de celle de la CMU complémentaire. En effet, en 2007, les mutuelles regroupaient 77,98 % des bénéficiaires de la CMU et 75,72 % des bénéficiaires de l'ACS. Ces taux sont respectivement de 2,11 % et 2,50 % pour les institutions de prévoyance, et de 19,91 % et de 21,78 % pour les sociétés d'assurance.

Les 10 organismes déclarant le plus grand nombre de bénéficiaires de l'ACS sont pratiquement les mêmes que ceux qui gèrent le plus de dossiers de CMU complémentaire. Ils gèrent les contrats de 32 % des bénéficiaires de l'ACS. Les 20 premiers organismes gèrent quant à eux 44 % des bénéficiaires et les 50 premiers 64 %. La concentration est donc bien réelle mais est moins accentuée que dans le cadre de la CMU complémentaire. Cette situation s'explique essentiellement par le fait que dans le cadre de l'ACS, tous les

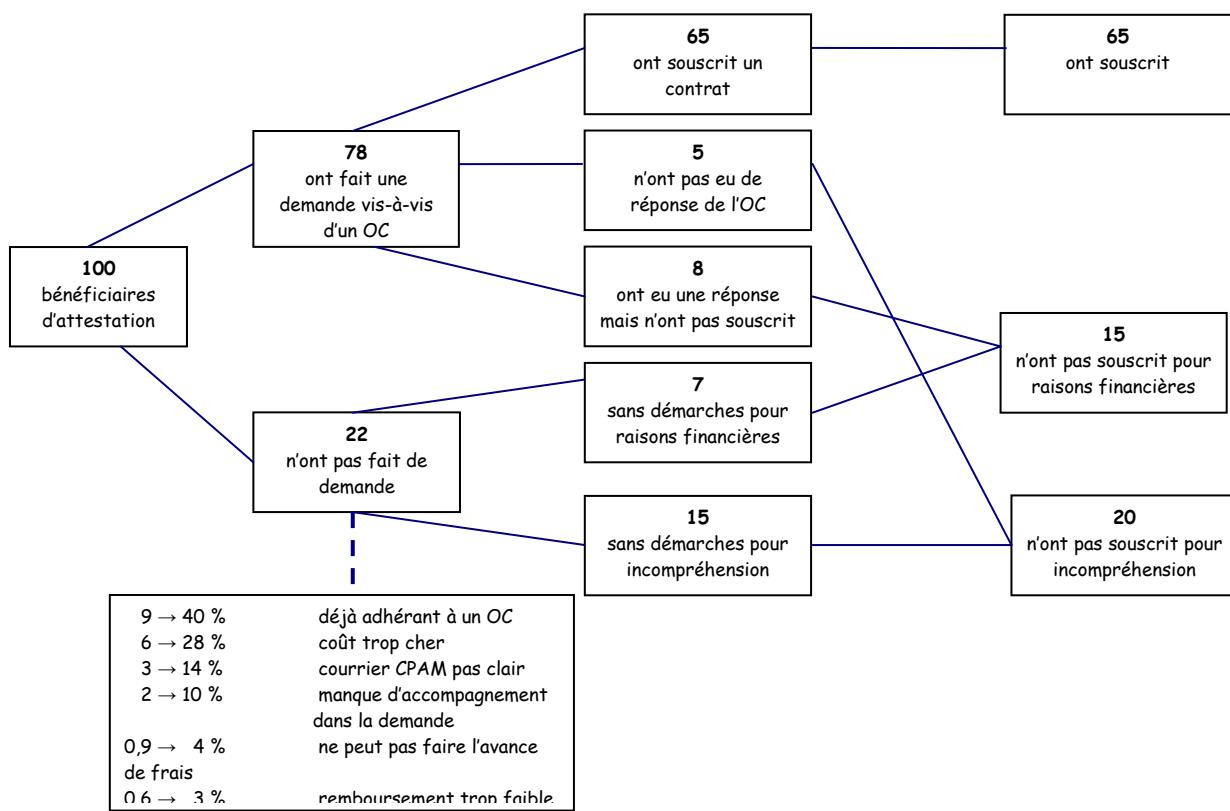
organismes peuvent accueillir des bénéficiaires, ce qui n'est pas le cas dans le cadre de la CMU complémentaire où il faut se porter volontaire auprès de la DRASS.

*Un taux d'utilisation des attestations qui apparaît satisfaisant

Ce taux ressort à 65 % (attestations utilisées / attestation délivrées) selon les données recueillies par le Fonds CMU.

Une enquête de la CNAMTS auprès des bénéficiaires d'attestations aboutit au même résultat.

D'après cette enquête, 65 % des personnes ont un contrat et utilisé l'attestation.



Environ 15 % ne l'ont pas utilisé pour raisons financières.

Les autres (environ 20 %) semblent ne pas l'avoir utilisée pour des raisons d'incompréhension.

Pour 9 sur 100, ils déclarent bénéficier déjà d'une complémentaire, ce qui peut montrer qu'ils ne savent pas que leur ACS se déduit de leur contrat en cours ; il peut s'agir également de personnes couvertes par un contrat collectif obligatoire même si ce cas est sans doute moins fréquent.

Seule une petite partie des personnes (5 sur 100) indiquent que le courrier de la CPAM n'était pas clair ou déplorent un manque d'accompagnement.

*Le délai d'utilisation des attestations

Le Fonds CMU a effectué une analyse sur un échantillon de taille importante mis à disposition par un organisme complémentaire. Cet échantillon constitué par près de 9 000 bénéficiaires a permis de constater les points suivants :

- 60,21 % attestations sont utilisées au bout d'1 mois ;
- 90,62 % attestations sont utilisées au bout de 2 mois ;
- 9,38 % d'attestations ACS sont été utilisées au-delà de 2 mois.

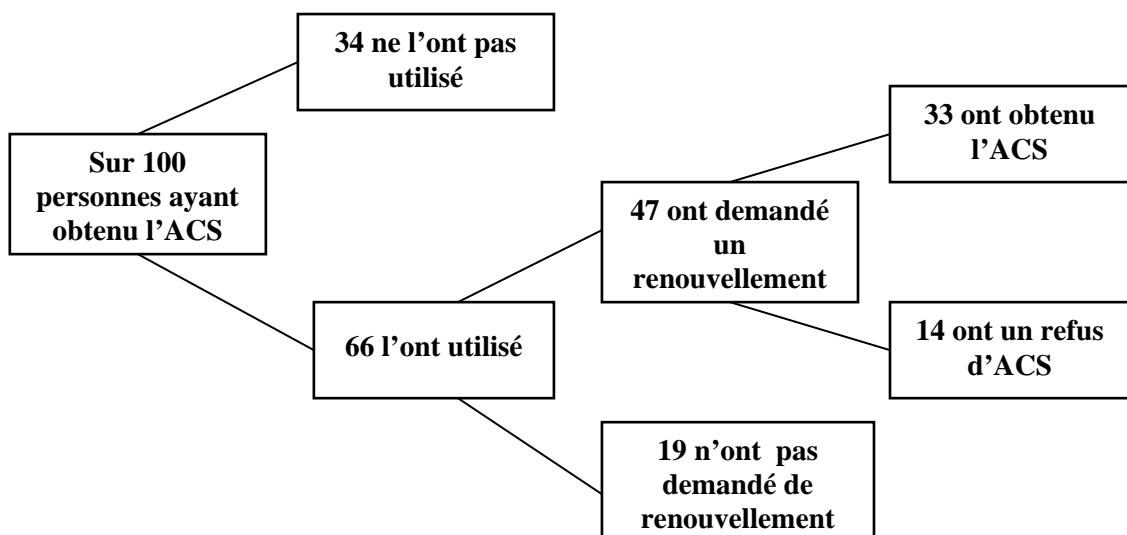
Le délai moyen d'utilisation est de 31 jours.

2.3. LE DEVENIR DES ANCIENS BENEFICIAIRES DE L'ACS

Il s'agit en réalité de s'interroger sur la situation des bénéficiaires une année après l'octroi de l'ACS. Pour ce faire, le Fonds a d'abord travaillé à partir des données de la CNAMTS ; puis, avec la FNMF, à partir de données de mutuelles.

2.3.1. LES DONNEES DE LA CNAMTS

L'exploitation des données de la CNAMTS moyennant quelques ajustements permet d'aboutir au schéma suivant s'agissant du suivi des renouvellements :



Parmi les personnes ayant bénéficié d'une attestation d'ACS en 2006, la moitié se sont présentés à la CPAM pour renouveler leur droit. Parmi celles-ci, plus des deux tiers ont obtenu ce renouvellement et un tiers un refus.

2.3.2. LES DONNEES D'ORGANISMES COMPLEMENTAIRES

Avec la FNMF, le Fonds CMU a demandé à 8 mutuelles (échantillon représentant 37 000 bénéficiaires à fin 2006) d'étudier, dans leur portefeuille, le devenir des bénéficiaires d'ACS de la fin 2006.

Il en ressort qu'une année après que :

- 14 % ont quitté la mutuelle : ce taux correspond au taux de rotation « ordinaire » du portefeuille d'un OC ;
- 12 % sont bénéficiaires de la CMU-C dans l'OC ;
- 38 % restent bénéficiaires de l'ACS dans l'OC ;
- 36 % restent bénéficiaires d'un contrat dans l'OC mais sans ACS.

On note que 86 % des bénéficiaires d'ACS conservent une complémentaire santé auprès du même organisme un an après (ce qui ne veut pas dire que les 14 % restant n'ont plus de complémentaire mais qu'ils ne sont plus dans cette complémentaire).

36 % restent bénéficiaires d'un contrat dans l'OC mais sans ACS. Ce taux n'est pas très éloigné du taux de refus de renouvellement des attestations d'ACS fourni par la CNAMTS (sans qu'on puisse conclure à une identité de situation).

Ces taux prouvent que l'ACS constitue objectivement une clef d'entrée dans la complémentaire santé.

Pour les personnes en contrat et sans ACS et pour celles n'ayant plus de contrat, les bases vont être réinterrogées au 30 juin 2008. Il s'agit en effet d'identifier les personnes qui éventuellement feraient valoir leur droit avec retard.

☒ ANNEXE I

RESSOURCES MOYENNES DES FOYERS POUR POURVOIR PRETENDRE A L'ACS

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 de ressources du foyer
1	7 272,0	8 726,4	634,80	7 364,40
2	10 908,0	13 089,6	1 269,72	10 729,08
3	13 089,6	15 707,5	1 571,28	12 827,28
4	15 271,2	18 325,4	1 571,28	15 227,04
5	18 180,0	21 816,0	1 571,28	18 426,72
6	21 088,8	25 306,6	1 571,28	21 626,40
7	23 997,6	28 797,1	1 571,28	24 826,08
8	26 906,4	32 287,7	1 571,28	28 025,76
9	29 815,2	35 778,2	1 571,28	31 225,44
10	32 724,0	39 268,8	1 571,28	34 425,12
11	35 632,8	42 759,4	1 571,28	37 624,80
12	38 541,6	46 249,9	1 571,28	40 824,48
13	41 450,4	49 740,5	1 571,28	44 024,16
14	44 359,2	53 231,0	1 571,28	47 223,84
15	47 268,0	56 721,6	1 571,28	50 423,52

2 personnes : 1 + 50 %

3 et 4 personnes : plafond précédent (nombre de personnes -1) + 30 % d'une personne

5 personnes et plus : plafond précédent + 40 % d'une personne

ANNEXE 2

ANALYSE DESCRIPTIVE ET ANALYSE ECONOMETRIQUE

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 précise 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 : $[p(x=x_1) \cdot \exp(b_{01}) - p(x=x_0)] / p(x=x_0)$.

ANNEXE 3

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

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 organismes¹ (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.

¹ 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 individuel².

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.

² 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 multi-focaux 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 ans³.

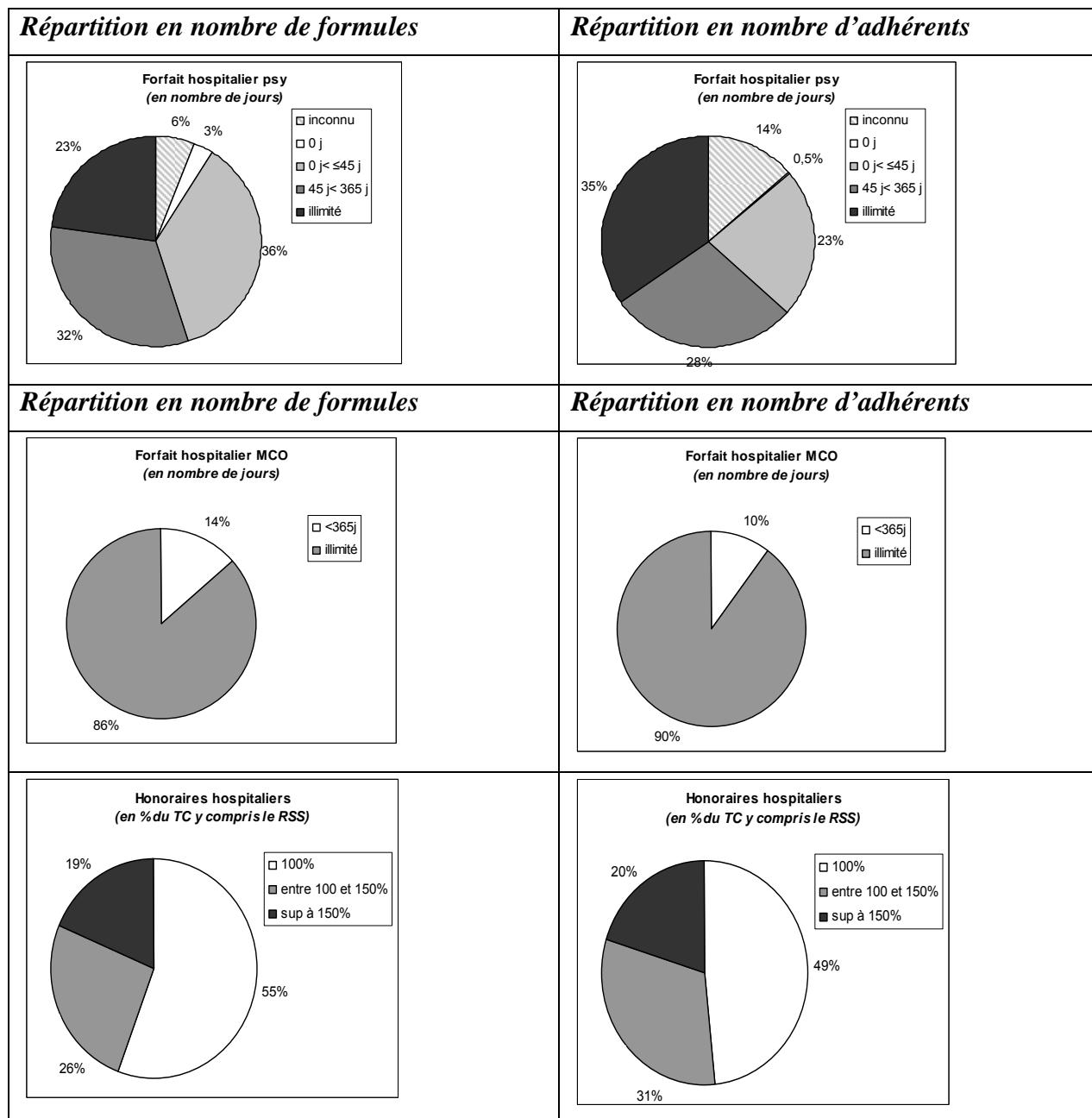
Il faut noter par contre que la pratique du tiers payant n'a pas été prise en compte. Ce choix peut prêter à discussion. En effet, la limitation de l'avance de frais peut aider à l'accès aux soins, en particulier pour les populations plutôt défavorisées concernées par l'aide couverture complémentaire.

³ 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

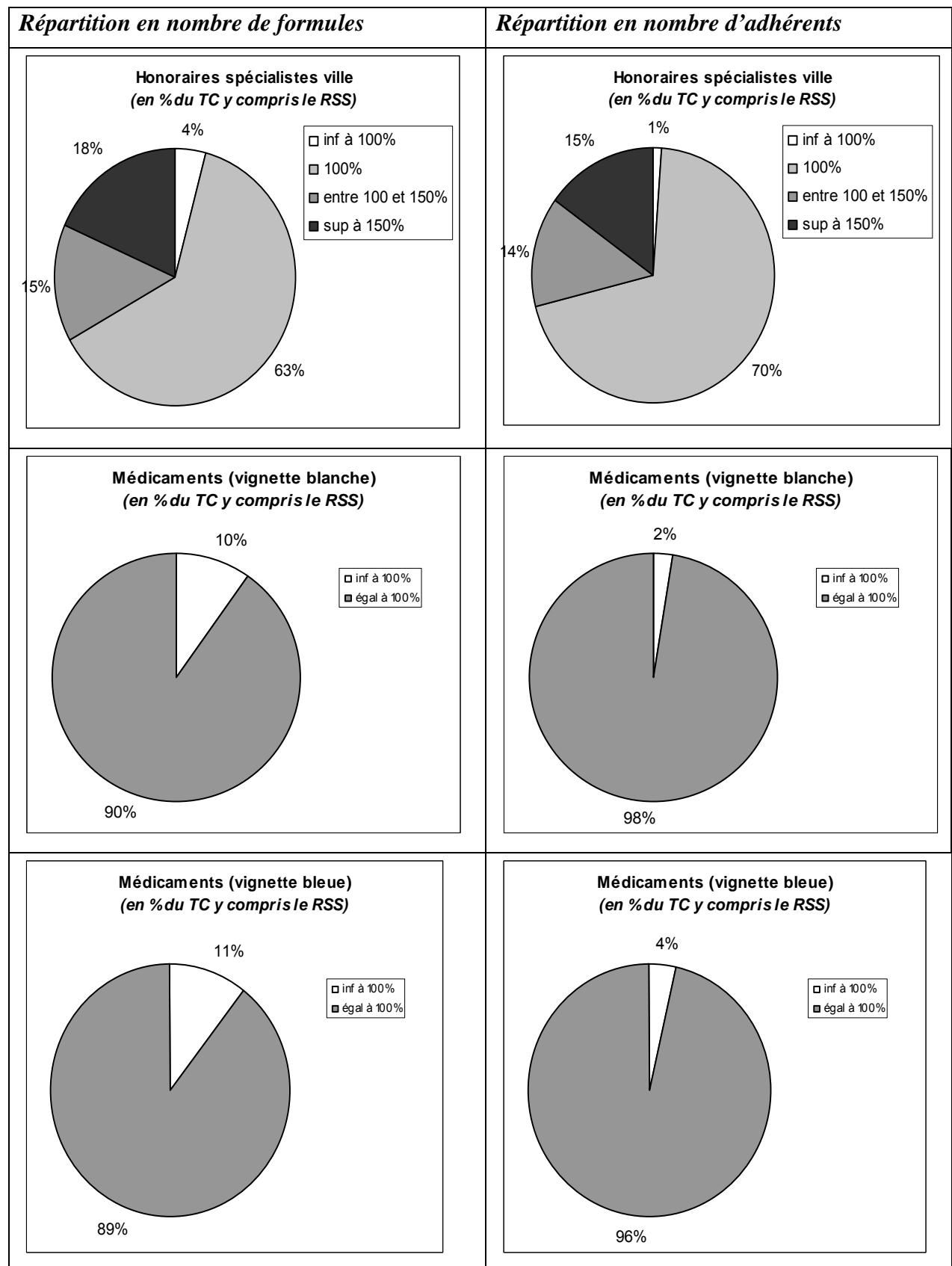
Analyse descriptive des résultats

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.

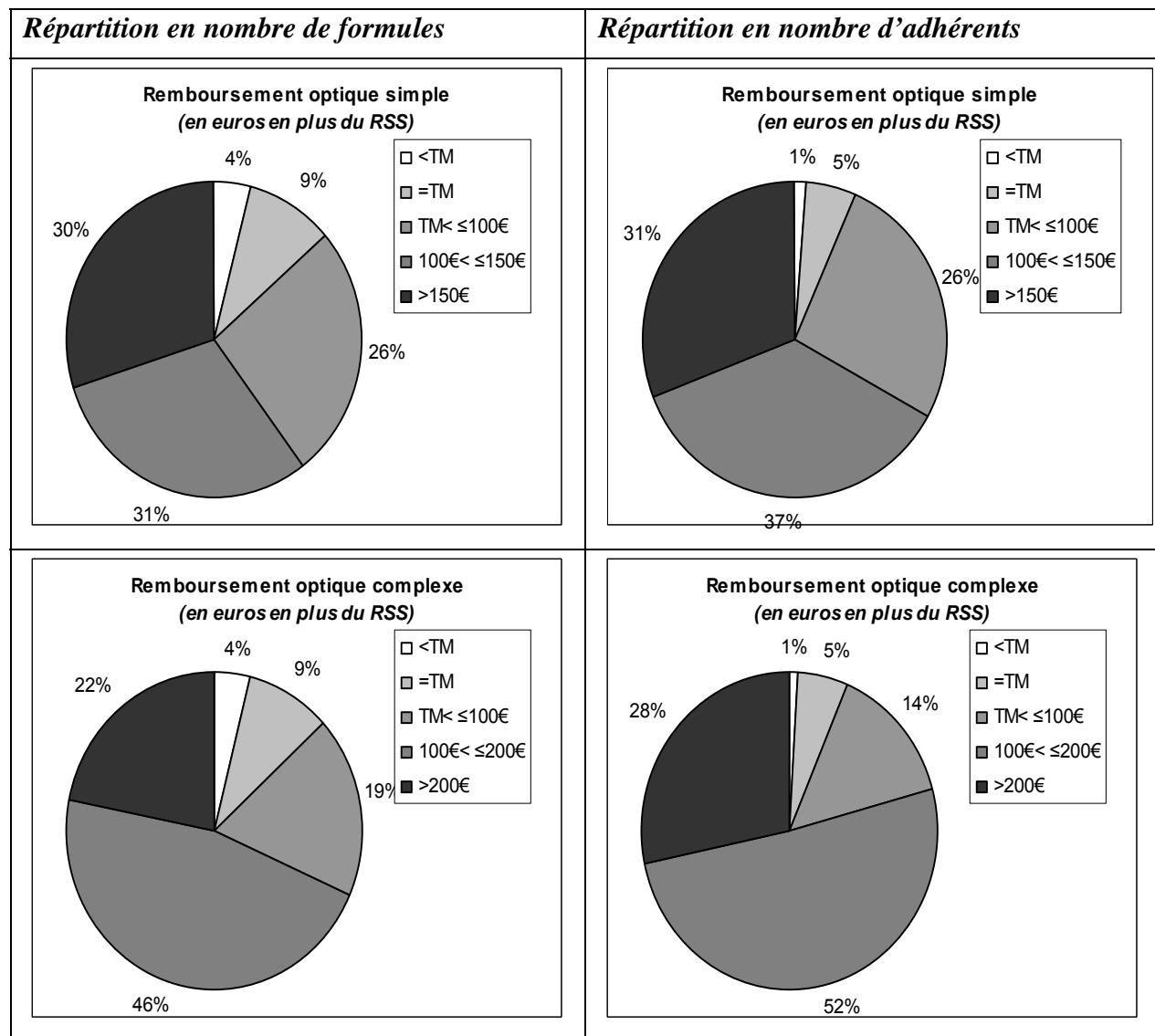
Soins hospitaliers



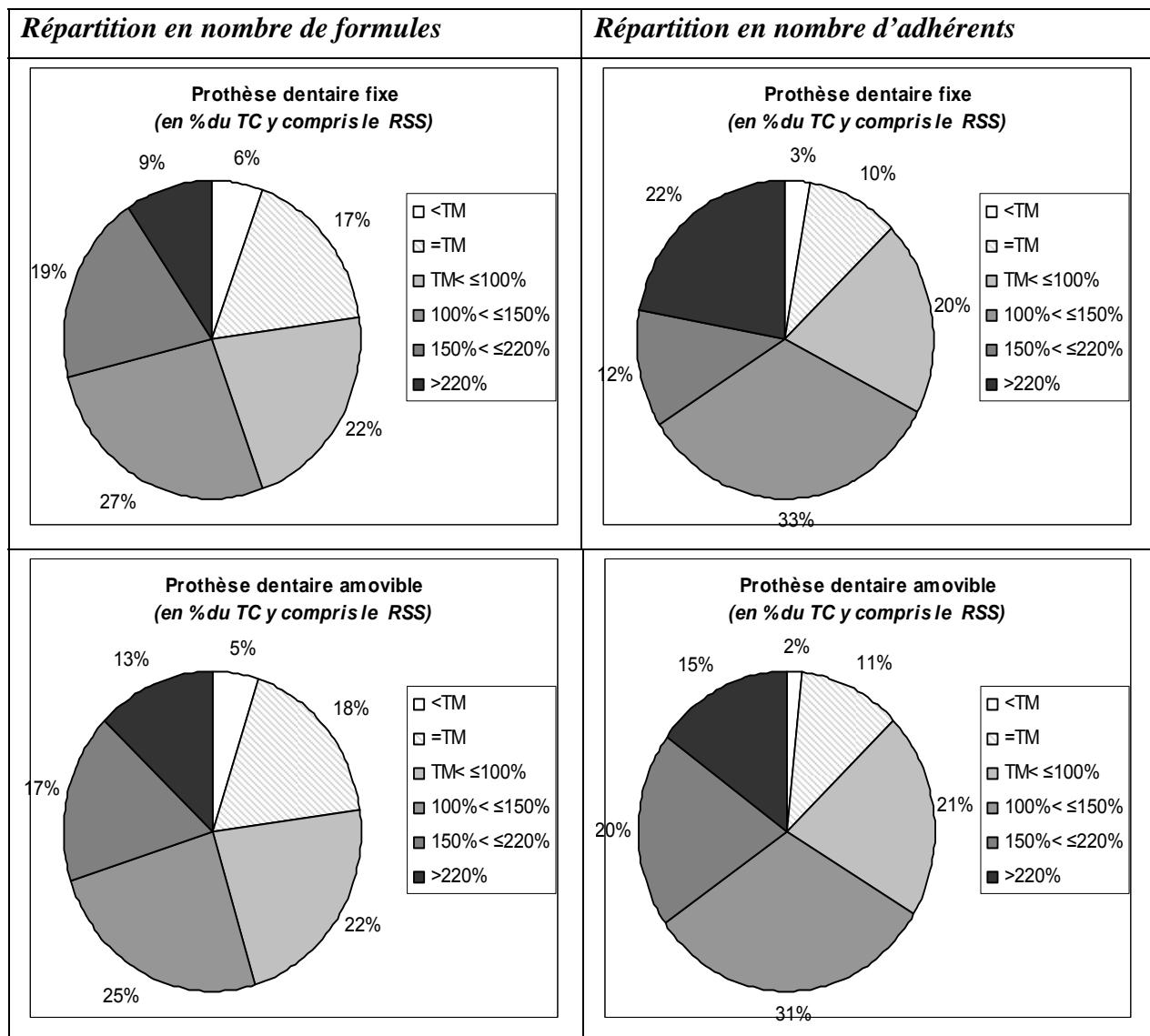
Soins ambulatoires



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 les 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, quelque soit la taille de l'organisme auxquels 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 et 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 grises 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 : les remboursements en optique et en dentaire sont « en plus du remboursement de la sécurité sociale (RSS) »

Les cases grises 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.

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 médecin 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 médecin 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).