

questions

d'économie de la santé

— analyse —

Repères

Le CREDES étudie régulièrement le fonctionnement et l'organisation de l'assurance maladie complémentaire, en particulier grâce à l'enquête Santé et protection sociale (ESPS). Cette enquête, menée tous les deux ans auprès des Français permet, entre autres, de caractériser les niveaux de couverture complémentaire dont bénéficient les assurés. L'étude présentée ici est réalisée en agrégeant les données recueillies en 2000 et 2002 et fait suite à l'étude menée à partir des données de l'année 1998 (Bocognano *et al.*, 2000). Le choix de réunir deux années, combiné à une nouvelle méthodologie, résultent de la volonté de disposer de données plus nombreuses et en conséquence de résultats plus fiables. Les résultats présentés ici confirment dans une large mesure ceux publiés en 2000.

CENTRE DE RECHERCHE, D'ÉTUDE ET DE DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ

Adresse :

10, rue Vauvenargues 75018 Paris

Téléphone : 01 53 93 43 02/17

Télécopie : 01 53 93 43 50

E-mail : document@credes.fr

Web : www.credes.fr

Directrice de la publication :

Dominique Polton

Rédactrice en chef :

Nathalie Meunier

Maquettiste :

Khadija Ben Larbi

ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 60 euros par an

Prix du numéro : 6 euros

En ligne sur www.credes.fr

10 à 15 numéros par an

Accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursement

Enquêtes ESPS 2000 et 2002

Agnès Couffinhal, Marc Perronnin

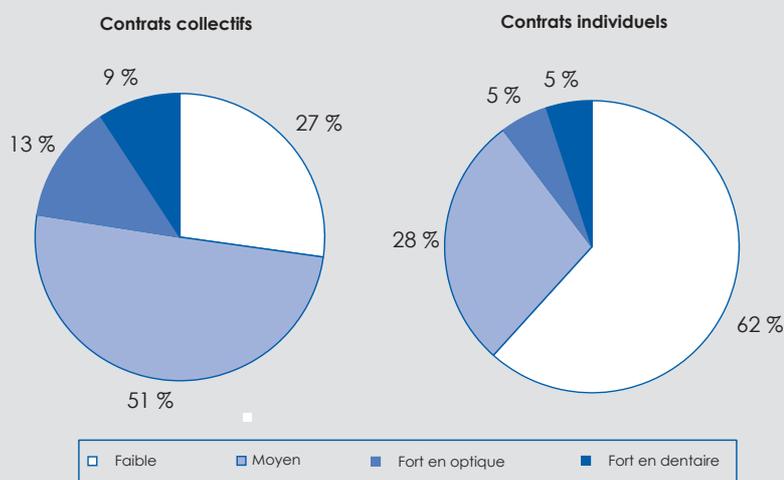
Avec l'appui de Julie Chevalier et Pascale Lengagne (ENSAI)

En France, aujourd'hui, plus de neuf personnes sur dix bénéficient d'une couverture complémentaire maladie. Cependant, le niveau des garanties proposées est très variable. Les informations dont nous disposons sur les niveaux de remboursements optiques et dentaires permettent de distinguer quatre catégories de contrats : une plutôt faible, une moyenne, une forte en optique et une forte en dentaire.

Les contrats collectifs sont de meilleure qualité que les contrats individuels. En effet, on trouve en collectif beaucoup moins de garanties faibles qu'en individuel (27 % contre 62 %). A l'inverse, on y trouve plus de contrats généreux en optique et en dentaire (22 % contre 10 %).

Le niveau socio-économique des individus s'élève quand on passe des non-couverts aux bénéficiaires de contrats faibles, puis des bénéficiaires de contrats faibles à ceux de contrats moyens. En revanche, les bénéficiaires des garanties moyennes et fortes appartiennent à des milieux sociaux comparables. Ceci s'explique notamment par le caractère collectif de la couverture qui permet à des ouvriers d'accéder à de très bonnes garanties.

Distribution du niveau de couverture complémentaire pour les contrats collectifs et individuels



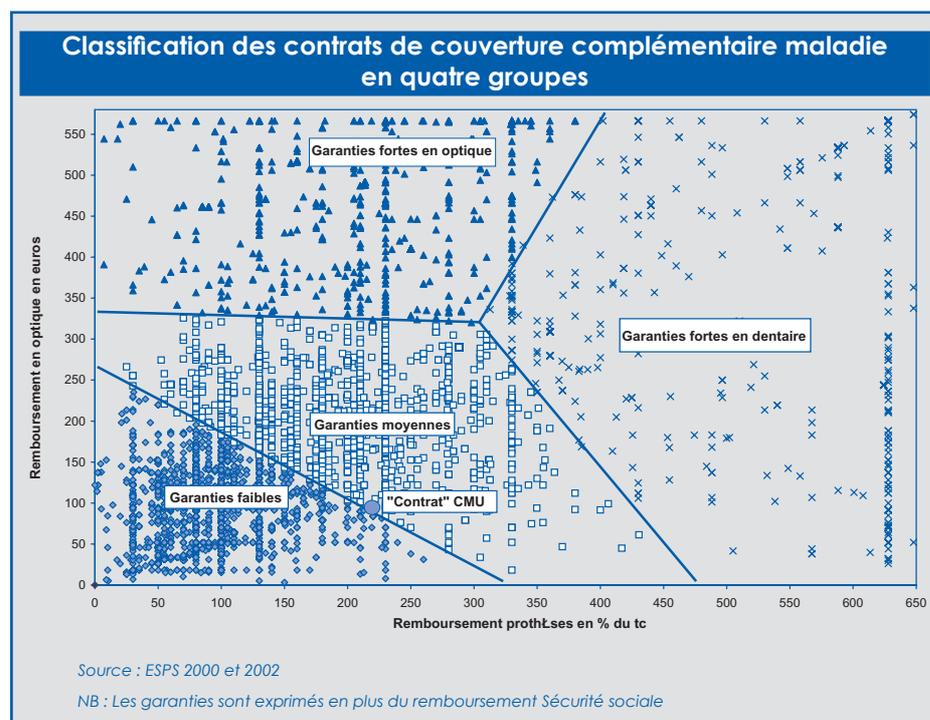
Source : ESPS 2000 et 2002

D'après l'enquête Santé et protection sociale, en 2002, 91 % des personnes résidant en France bénéficient d'une couverture complémentaire. Cette couverture intervient en aval de l'Assurance maladie obligatoire de la Sécurité sociale en finançant une partie des dépenses que cette dernière laisse à la charge des patients sous la forme de divers co-paiements : ticket modérateur, dépassement par rapport au tarif de convention, forfait hospitalier. Au cours des vingt dernières années, cette part laissée à la charge du patient a eu tendance à s'accroître pour se stabiliser autour de 25 % des dépenses de santé. La couverture complémentaire, pourtant facultative, est considérée aujourd'hui comme un élément déterminant de l'accès à certains soins comme les soins de spécialiste, les lunettes et les prothèses dentaires. Le rôle fondamental de la couverture complémentaire dans l'accès aux soins a d'ailleurs été consacré par la création en 1999 de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), couverture complémentaire gratuite à destination des ménages les plus pauvres. Etant donnée donc l'importance des couvertures complémentaires, il est utile d'étudier les disparités qui existent dans les remboursements offerts par les contrats.

Caractérisation des contrats

Des garanties très variables en optique et dentaire, en très légère augmentation entre 2000 et 2002

Une première analyse a été menée séparément sur les garanties optiques et dentaires. Concernant les prothèses dentaires, sur les années 2000 et 2002 agrégées, la garantie moyenne s'élève à 194 % du tarif de convention (TC) en plus du remboursement de la Sécurité sociale (RSS). Ainsi, pour les prothèses céramiques choisies comme référence (voir encadré méthode), pour lesquelles le tarif de convention vaut 107,5 €, la Sécurité



sociale rembourse 70 % du tarif de convention, soit 75,25 €. Le contrat de couverture complémentaire moyen rembourse en plus de cette somme $107,5 \times 1,94$ soit 208,5 €. L'assuré complémentaire moyen est donc remboursé au total d'environ 284 € pour une prothèse dont on estime le coût à 750 €. Aux extrêmes, seuls 5 % des contrats remboursent moins que le ticket modérateur et 5 % remboursent plus de 480 % du TC en plus du RSS. Les bénéficiaires de ces contrats généreux auront donc à déboursier au final moins de 150 €.

En optique, la paire de lunettes choisie comme référence coûte 600 € et donne lieu à un remboursement de 33,74 € par la Sécurité sociale. Le contrat moyen rembourse 207 € en plus de cette somme. Les personnes couvertes par les 30 % de contrats les moins généreux reçoivent un remboursement total (remboursement Sécurité sociale + complémentaire) inférieur à 150 €, tandis que les 10 % les mieux couverts auront à payer moins de 150 € de leur poche.

Si on étudie séparément 2000 et 2002, on constate une légère mais significative augmentation des garanties optiques et dentaires entre les deux années.

Quatre niveaux de garanties

Dans une deuxième étape, les garanties optiques et dentaires ont été étudiées conjointement pour tenter de caractériser les contrats (cf. graphique ci-dessus). On pourrait penser que les contrats qui offrent des remboursements forts en optique offrent également des remboursements forts en dentaire et vice-versa. Cette hypothèse dite de « contrat proportionnel » se vérifie partiellement puisque la corrélation entre les garanties dentaire et optique est significative. Cependant, cette relation reste approximative puisqu'on observe une grande dispersion des contrats. Ainsi, même si, en moyenne, un contrat qui est généreux selon une dimension a tendance à l'être selon l'autre, il existe probablement d'autres logiques dans l'agencement des garanties proposées. Un moyen d'étudier ces logiques est de réaliser une classification des contrats en groupes homogènes, selon leurs garanties optiques et dentaires, sans imposer *a priori* de lien entre les deux types de remboursements. Quatre groupes de contrats ont ainsi pu être distingués :

- la catégorie dite « faible » regroupant

les 40 % des contrats qui proposent des garanties faibles à la fois en optique et en dentaire,

- la catégorie des contrats dits « moyens » qui regroupe 43 % des contrats proposant des garanties moyennes en optique et en dentaire,
- les 10 % des contrats dits « forts en optique » qui proposent des garanties généreuses en optique et variables en dentaire,
- la catégorie des contrats « forts en dentaire » qui propose des garanties élevées en dentaire et variables (mais en moyenne plus généreuses que l'ensemble des contrats) en optique. Cette catégorie représente un peu plus de 7 % des contrats.

On note ainsi que sur des données différentes et avec une méthode de classification légèrement modifiée, on retrouve une classification proche de celle obtenue en 1998. Au vu de l'agencement des catégories de contrat, il semble se dessiner une hiérarchie : les contrats de la catégorie « faible » remboursent moins que les contrats de la catégorie « moyenne », lesquels remboursent moins que les contrats des catégories « fort en dentaire » et « fort en optique ». Ces deux dernières catégories sont difficilement comparables entre elles, même s'il semble que la classe des contrats « forts en dentaire » l'emporte légèrement car elle inclut les contrats les plus généreux. Cette hiérarchie est confirmée en croisant ces catégories de contrat avec l'opinion des ménages concernant les remboursements (voir graphique ci-contre). Dans ce graphique, on a placé de gauche à droite les contrats qui, d'après les niveaux de remboursements objectifs dont nous disposons, sont de plus en plus généreux. Quand on se déplace de gauche à droite, on constate que la proportion de personnes qui déclarent être très bien remboursées augmente pour tous les soins, et que les personnes qui expriment des opinions négatives sur les contrats

Caractéristiques des classes de contrats

	Faible en optique et dentaire	Moyen en optique et dentaire	Fort en optique	Fort en dentaire
Effectifs				
% de contrats	39,8 %	42,6 %	10,1 %	7,5 %
% d'individus couverts	38,2 %	40,7 %	11,9 %	9,2 %
Garanties offertes				
Dentaire (% du TC en plus du RSS)	94,8 %	227,9 %	209,5 %	522,3 %
Optique (forfait en plus du RSS)	83,8 €	238,6 €	458,4 €	367,3 €
% des contrats remboursant des dépassements de spécialiste				
Oui, au moins en partie	60,5 %	62,5 %	81,3 %	82,3 %
Type d'organisme fournissant la complémentaire				
Mutuelle	60,8 %	77,2 %	53,3 %	41,6 %
Institution de prévoyance	15,0 %	10,1 %	22,3 %	33,8 %
Assurance	24,2 %	12,6 %	24,4 %	24,7 %
Mode d'obtention de la complémentaire				
Collectif obligatoire	12,7 %	24,3 %	41,2 %	47,9 %
Collectif facultatif	28,8 %	48,6 %	38,5 %	26,4 %
Individuel	55,8 %	24,0 %	19,2 %	24,1 %
Autre	2,6 %	3,1 %	1,1 %	1,6 %

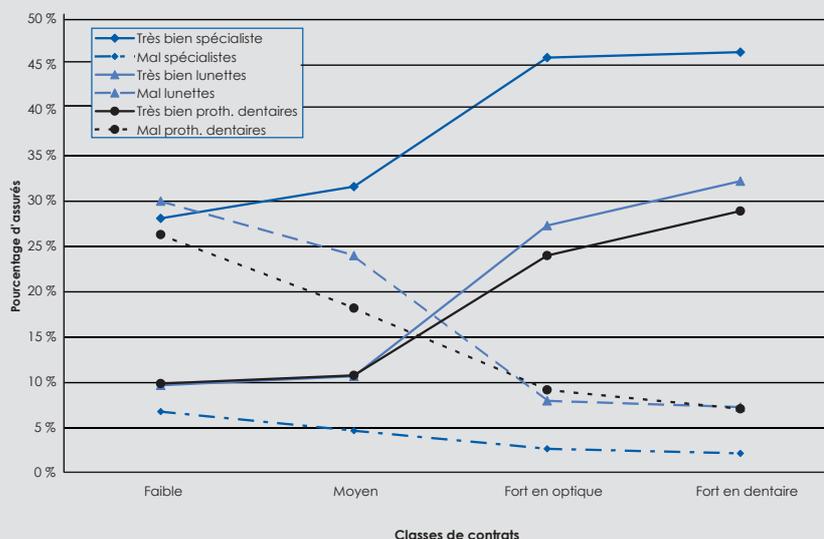
Source : ESPS 2000 et 2002

sont de moins en moins nombreuses. En outre, le tableau ci-dessus, résumant les caractéristiques des quatre classes de contrats, montre aussi que la proportion des contrats qui remboursent au moins partiellement les dépenses de spécialiste, augmente quand on passe de la catégorie la plus faible à la plus élevée.

Plus de contrats mutualistes parmi les contrats « moyens », plus de contrats issus d'institutions de prévoyance parmi les contrats « forts »

Les classes de contrat se distinguent assez nettement les unes des autres par le type d'organisme qui les gère et leur mode d'obtention. Les mutuelles sont sur-représentées dans la classe

Opinion des assurés sur les remboursements servis par leur contrat, en fonction du niveau de garantie de ce contrat



Source : ESPS 2000 et 2002

des contrats « moyens »¹ et sous-représentées dans la classe des contrats « forts en optique » et plus encore dans celle des contrats « fort en dentaire ». Les institutions de prévoyance sont, quant à elles, très sur-représentées dans la classe des contrats « forts en dentaire ». Enfin, comme le montre le tableau de la page 3, les assurances sont présentes à la fois dans la catégorie la plus faible et dans les deux plus élevées.

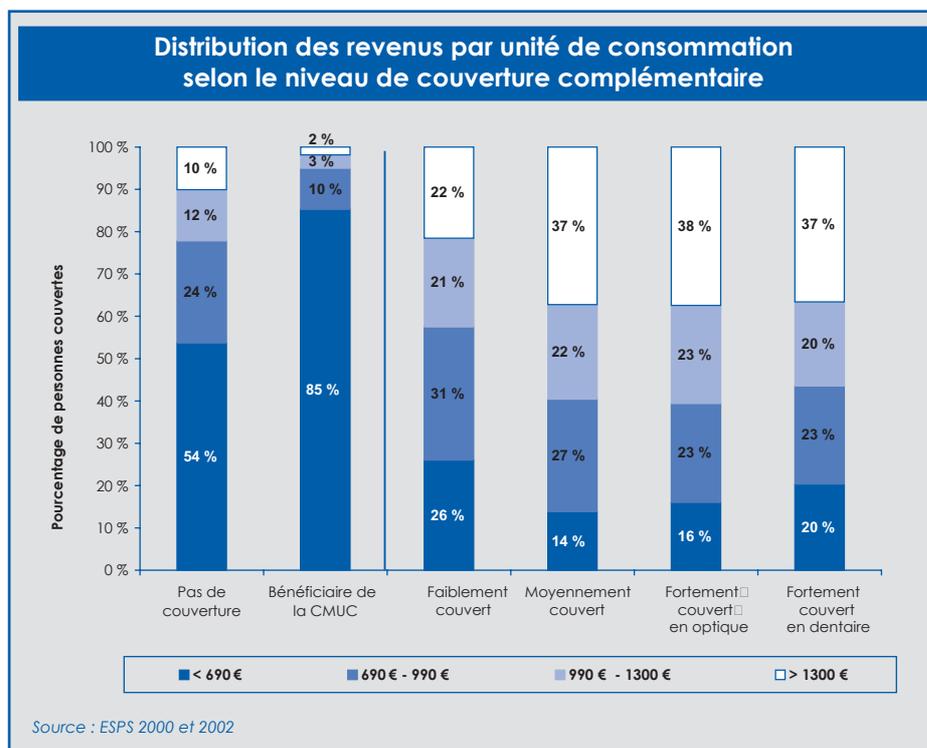
Les contrats collectifs sont de meilleure qualité que les contrats individuels

Comme le montre aussi le graphique de la première page, les contrats individuels offrent de moins bonnes garanties que les collectifs : la garantie « faible » représente 62 % des contrats individuels contre seulement 27 % des contrats obtenus dans le cadre de l'entreprise. Au contraire, les niveaux dits « moyens » sont plus souvent le lot des contrats collectifs (51 % contre 28 % parmi les contrats individuels). Quant aux contrats « forts », en dentaire ou en optique, ils sont deux fois plus nombreux parmi les contrats collectifs (2 sur 10) que parmi les contrats individuels (1 sur 10).

Pour finir, nous avons situé dans notre typologie le « contrat » de la CMU complémentaire. En considérant les tarifs CMU comme des remboursements forfaitaires et non pas comme des tarifs opposables, on voit que les garanties complémentaires proposées par la CMU se situent au niveau des contrats dits « moyens ».

Catégorie de contrat et profil social

A partir des quatre catégories de contrats, quatre classes d'individus ont pu être définies : les faiblement couverts, les moyennement couverts, les fortement couverts en optique et les fortement couverts en dentaire.



Pour être exhaustif, on peut ajouter deux autres classes : les individus couverts par la Couverture maladie universelle complémentaire et les individus sans couverture complémentaire. Nous avons pu ainsi étudier le profil socio-démographique et médical de ces différentes catégories.

Avec la CMU, la structure de la population sans couverture complémentaire s'est modifiée

Les personnes bénéficiant de la CMU complémentaire ont un profil bien particulier, les droits étant ouverts sous conditions de ressources. Cette population est plutôt jeune, pauvre et comprend une forte proportion de chômeurs et d'ouvriers (voir par exemple Le Fur et Perronnin, 2003).

La part et le profil socio-démographique des personnes ne bénéficiant d'aucune couverture complémentaire ont été modifiés suite à la création de la CMU complémentaire. Le poids de cette classe dans la population totale a diminué (8 % en 2002, 9 % en 2000, contre 12 % en 1998). La proportion de personnes âgées de 65 ans et plus a augmenté (13 % en 2000-2002 vs 9 % en 1998).

La proportion de revenus inférieurs à 690 € par unité de consommation a diminué (54 % en 2000-2002 vs 66 % en 1998), de même que la proportion de personnes vivant dans un ménage dont le chef de famille est chômeur (15 % en 2000-2002 contre 21 % en 1998). Ces évolutions s'expliquent par le fait que la CMU complémentaire a permis aux ménages les plus précaires de disposer d'une couverture complémentaire.

Les disparités d'accès aux très bonnes garanties sont atténuées par le caractère collectif de la complémentaire

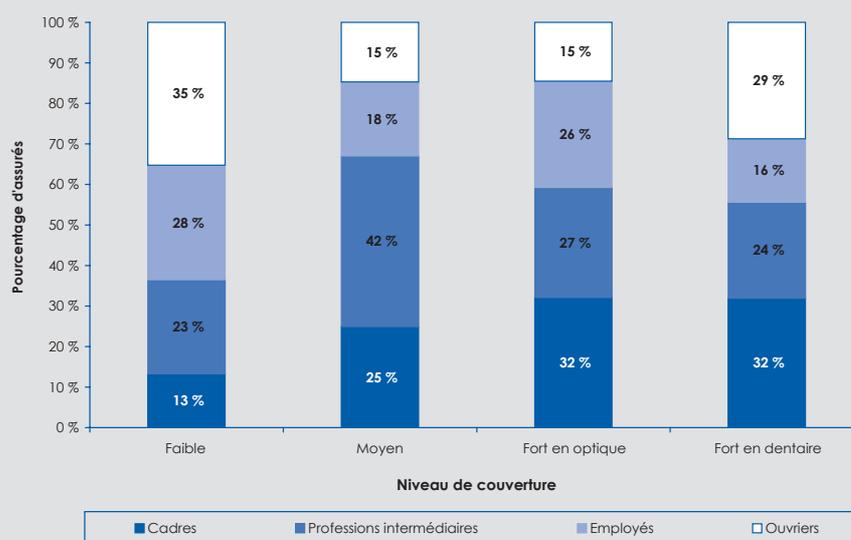
Dans cette nouvelle configuration, le niveau socio-économique des individus s'élève quand on passe des non-couverts aux bénéficiaires de contrats faibles, puis des bénéficiaires de contrats faibles à ceux de contrats moyens. En revanche, les bénéficiaires des garanties moyennes et fortes appartiennent à des milieux sociaux comparables.

¹ Une part importante des contrats de cette classe sont des contrats de la Mutuelle générale de l'éducation nationale (MGEN). Ceci s'explique parce que cette mutuelle, première de France compte tenu du nombre de personnes couvertes, propose à ses assurés les mêmes garanties qui correspondent à la catégorie « moyenne » de notre classification. Il nous a donc été facile d'attribuer un niveau de garantie en optique et en dentaire à chacun de ses assurés, d'où leur sur-représentation.

Plus précisément, on observe un gradient social entre les personnes non couvertes, les personnes faiblement couvertes et les personnes bénéficiaires de contrats de meilleure qualité (moyen, fort en optique, fort en dentaire). Ainsi plus de la moitié des personnes non couvertes ont un revenu faible (moins de 690 € par unité de consommation), contre un quart des personnes faiblement couvertes et moins de 20 % des personnes mieux couvertes. Les chômeurs sont proportionnellement beaucoup plus nombreux parmi les non-couverts que chez les couverts (15 % contre 3 %), mais leur proportion varie assez peu d'une catégorie de contrat à l'autre. Toujours en comparant les personnes non couvertes, faiblement couvertes et mieux couvertes, on constate que la proportion de personnes vivant dans un ménage d'ouvriers diminue avec le niveau de couverture : 52 % chez les non-couverts, 41 % chez les faiblement couverts et moins de 32 % dans les autres classes de personnes mieux couvertes alors que la proportion de cadres augmente : 9 % chez les non-couverts, 14 % chez les faiblement couverts et plus de 27 % dans les autres classes.

Il est par contre important de noter qu'à la différence de 1998, on n'observe pas de gradient social entre les classes des personnes moyennement couvertes, fortement couvertes en optique et fortement couvertes en dentaire. Tout au contraire, dans cette dernière classe, on observe plus de bas revenus et surtout plus d'ouvriers que dans les deux autres classes. Ce résultat est encore plus marqué si on se restreint aux contrats collectifs : les ouvriers qualifiés sont sur-représentés dans la catégorie « fortement couverts en dentaire ». La couverture complémentaire d'entreprise a donc permis à des ménages d'ouvriers, aux revenus peu élevés, de bénéficier d'une complémentaire de qualité (cf. graphique ci-dessus).

Distribution des professions et catégories sociales des assurés principaux selon les niveaux de couverture, pour les contrats collectifs



Source : ESPS 2000 et 2002

L'état de santé n'apparaît pas comme déterminant de la qualité des contrats souscrits

S'il existe des disparités importantes de profils socio-démographiques en fonction de la couverture, les différences semblent moins importantes concernant le profil d'état de santé établi à partir d'indicateurs de risque vital et d'invalidité² et la note auto-attribuée.

On peut juste remarquer qu'il y a un peu plus de personnes en très mauvaise santé parmi les non-couverts : ils sont 6,1 % à subir une gêne très importante contre 2,7 % en moyenne pour les personnes couvertes et 5,7 % à avoir un pronostic de risque vital mauvais à très mauvais contre 3 % en moyenne pour les personnes couvertes. Au delà de ces légères différences, qui tiennent probablement à la plus grande proportion de personnes âgées dans ce groupe, il ne semble pas que les malades aient des niveaux de couverture différents des autres personnes.

Si on s'intéresse plus aux besoins ou au comportement de recours des enquêtés, on constate des différences notables entre personnes couvertes et non couvertes. Par rapport aux personnes couvertes, quel que soit leur niveau de

couverture, les personnes non couvertes sont proportionnellement moins nombreuses à posséder des lunettes (41 % contre plus de 51 %) ou porter des prothèses dentaires (15 % contre plus de 26 %). En outre, elles sont moins nombreuses à être allées chez le dentiste à titre préventif (26 % contre plus de 41 %). Deux hypothèses peuvent expliquer ces différences : soit les personnes souscrivent un contrat parce qu'elles ont des besoins plus élevés ou qu'elles sont plus attentives à leur santé, soit les personnes non-couvertes n'ont pas eu accès aux soins.

En conclusion, il existe de fortes disparités dans les garanties offertes par les contrats. Même si globalement il existe un lien entre garanties optiques et dentaires, des agencements plus subtils sont mis en évidence, certains contrats étant plus généreux pour les

² Le risque vital correspond à une échelle de probabilité de risque de décès en 6 positions allant de « aucun risque sur le plan vital » à « pronostic sûrement mauvais » (signifiant 80 % de probabilité de décès dans les 5 ans). L'invalidité est estimée en s'appuyant sur l'existence de maladies chroniques entraînant un handicap permanent. L'échelle utilisée comporte 8 positions, allant de « pas de gêne » à « alitement permanent ».

Source des données et méthode

Les données utilisées sont issues de l'enquête Santé et protection sociale (ESPS) menée périodiquement par le CREDES auprès d'un échantillon représentatif de la population vivant en France. Elles concernent les années 2000 et 2002. Cette enquête comprend un volet qui permet de recueillir des informations sur les contrats de couverture complémentaire santé des ménages :

- organisme qui fournit la complémentaire et, depuis 2000, le nom du contrat,
- mode de souscription du contrat,
- opinion des ménages concernant le niveau des cotisations et la qualité des remboursements des soins de spécialiste, des lunettes et des prothèses dentaires. Par ailleurs, pour recueillir une information aussi objective que possible concernant la qualité des remboursements par le contrat de couverture complémentaire, en 2000 et 2002, il a été demandé aux ménages de recopier les lignes de contrats concernant les garanties pour les lunettes et les prothèses dentaires, deux garanties dont le niveau est jugé discriminant par des experts pour caractériser les contrats.

Méthode

Par rapport à l'étude effectuée sur les données 1998, la méthode d'enquête a été améliorée en 2000 et 2002 :

- tout d'abord, en optique, il a été demandé aux personnes de donner le remboursement prévu dans leur contrat pour les lunettes (verres et montures). En 1998, seuls les remboursements des verres étaient demandés mais le fait qu'un nombre important de garanties porte à la fois sur les verres et les montures nous avait obligé à étudier séparément les contrats qui donnaient seulement l'information sur les verres et ceux pour lesquelles l'information regroupait les verres et montures.
- d'autre part, le fait d'avoir le nom du contrat, a permis de vérifier ou de compléter les déclarations des enquêtés (par internet, par contact direct avec les complémentaires...).

Au total, le nombre et la fiabilité des réponses sont plus élevés qu'en 1998.

A partir de ces informations, nous avons à nouveau constaté que les garanties sont exprimées de façon très variable : forfait, pourcentage du tarif de convention, du ticket modérateur, des frais réels, du plafond mensuel de la sécurité sociale... Pour pouvoir les comparer, il a été nécessaire de les exprimer dans des unités communes. Nous avons choisi :

- pour les prothèses dentaires, le pourcentage du tarif de convention en plus du remboursement de la sécurité sociale,

- pour les lunettes, le forfait en plus du remboursement de la Sécurité sociale.

Le choix de ces unités n'est pas fortuit : d'une part, ce sont celles qui sont les plus utilisées pour exprimer les garanties optiques et dentaires et d'autre part elles permettent d'isoler le remboursement des couvertures complémentaires du remboursement effectué par l'Assurance maladie.

Cependant, un problème se pose pour les garanties exprimées en pourcentage des frais réels. Pour celles-ci, il est nécessaire de faire une hypothèse sur le type de bien considéré et la dépense engendrée correspondant à ce bien, autrement dit, à choisir des biens de référence. En 1998, nous avons choisi comme verre de référence celui dont le tarif de convention était le plus élevé. Pour tester la robustesse de notre typologie, nous avons pris un autre verre plus classique et comparé les résultats. Dans ce travail, nous avons choisi un verre intermédiaire, d'un tarif de convention qui demeure élevé, mais dont la fréquence de consommation n'est pas trop rare. Nous avons utilisé les données issues de l'Assurance maladie sur les dépenses présentées au remboursement (EPAS) pour calculer le prix moyen de notre verre de référence et le montant déboursé par la majorité des assurés pour leurs montures. Le prix obtenu pour notre paire de lunettes est de 600 €. Pour la prothèse, nous nous sommes référés à une prothèse située en avant de bouche, réalisée dans un matériau non-métallique, dont nous avons estimé le coût, toujours à partir de l'EPAS, à 750 €.

Cette année, contrairement à 1998, nous avons choisi de borner tous les remboursements à la dépense réelle. Dans le précédent travail, nous nous étions contentés de le faire dans les cas où ceci était impératif pour calculer un montant de remboursement (garantie fonction des frais réels), ce qui introduisait un biais pour cette seule catégorie de contrat. Il nous semble que cette nouvelle hypothèse respecte plus scrupuleusement le point de vue adopté, celui de l'assuré qui, même s'il a un contrat très généreux, ne sera jamais remboursé au-delà de la dépense engagée.

Au total, en 2000 et 2002, 17 666 contrats ont été repérés dans l'enquête. Pour 6 754 d'entre eux (38,3 %), on dispose d'une information exploitable pour les garanties optiques et dentaires. Pour mémoire, en 1998 la proportion de contrats exploitables était de 28 % à répartir en deux groupes, un comprenant les verres seuls et l'autre les verres et montures.

Les non-répondants aux questions sur le niveau de garantie sont globalement des personnes qui ne répondent pas bien à l'ensemble de l'enquête ; leur niveau de revenu et d'étude est plutôt moins élevé que celui des personnes qui répondent. De plus, ils sont relativement moins nombreux à déclarer porter des lunettes ou lentilles ou avoir consulté un dentiste à titre préventif dans l'année qui précède l'enquête.

garanties optiques et d'autres plus pour les garanties dentaires. Au total, le niveau de garantie objectif que nous calculons est cohérent avec l'opinion des individus sur leurs remboursements. Les contrats généreux en optique ou en dentaire sont plus souvent souscrits par l'intermédiaire des entreprises.

On observe une élévation du milieu social quand on passe des personnes non couvertes à celles faiblement, puis moyennement couvertes. En revanche, ce gradient ne se prolonge pas entre les bénéficiaires de contrats moyens et élevés. En effet, la couverture collective permet à toutes les classes sociales d'avoir accès à de bonnes garanties, ce qui confirme son rôle important dans l'architecture du système de protection sociale.

Le CREDES a mené une enquête sur la complémentaire santé auprès des entreprises dont le résultats seront publiés prochainement et qui apportera des éclairages complémentaires sur les logiques à l'œuvre dans le domaine de l'assurance collective.

Pour en savoir plus

Bocognano A., Couffinal A., Dumesnil S., Grignon M. (2000/10), *La couverture complémentaire en France : qui bénéficie de quels remboursements. Résultats de l'enquête Santé Protection Sociale 1998*, CREDES n°1317, 150 pages.

Avray L., Doussin A., Le Fur Ph. (Décembre 2003), *Santé, soins et protection sociale en 2002. Enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS), France 2002*, Rapport n° 1509. Série résultats, 181 pages.

Le Fur Ph., Perronnin M. (Décembre 2003), *L'état de santé des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire en 2002*, Questions d'économie de la santé n° 76. Série résultats, 6 pages.

A paraître

Un rapport présentant les résultats complets de ce travail sera publié prochainement par le CREDES.