

questions

d'économie de la santé

analyse

Repères

Cette étude a été réalisée dans le cadre d'un stage de fin d'études effectué en 2001 par Rémi Sitta, élève de l'ENSAI (Ecole nationale de la statistique et de l'analyse de l'information).

Afin d'étudier les changements de couverture complémentaire au cours du temps, une analyse longitudinale a pu être réalisée pour la première fois à partir des données de l'enquête Santé et Protection sociale du CREDES. Depuis 1998, cette enquête permet d'interroger les mêmes individus à quatre ans d'intervalle et de suivre ainsi l'évolution de leur état de santé, de leur consommation médicale et leur situation vis-à-vis de la couverture maladie.

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

Adresse :

1, rue Paul-Cézanne 75008 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 :

Khadidja Ben Larbi

ISSN : 1283-4769

Diffusion par abonnement : 60 euros par an

Prix du numéro : 6 euros

10 à 15 numéros par an

Qui change de couverture complémentaire maladie et pourquoi ?

Une étude longitudinale réalisée à partir de l'enquête ESPS 1988-1998

Michel Grignon, Rémi Sitta

Change-t-on souvent de couverture complémentaire santé en France ? Quels facteurs déterminent un changement ? S'agit-il plutôt de choix personnels ou de contraintes extérieures ? Les mutuelles attirent-elles plus des personnes à risques de santé élevés que les autres organismes d'assurances complémentaires ?

L'enquête sur la santé et la protection sociale (ESPS) du CREDES, qui interroge périodiquement un échantillon composé des mêmes individus, permet pour la première fois de répondre à ces questions pour le cas français.

Sur la période 1988-1998, parmi les 9 600 personnes interrogées trois fois à quatre ans d'intervalle, 40 % des enquêtés disposant d'une complémentaire n'ont pas changé d'organisme, 40 % ont changé une fois et 20 % deux fois. Nous avons estimé à environ 12 % la proportion d'individus changeant de couverture d'une année sur l'autre. Le changement de couverture dépend principalement de choix collectifs, dans la mesure où plus de la moitié des contrats sont acquis par le biais de l'entreprise. Mais il renvoie aussi à des choix individuels. D'autre part, nous n'observons pas d'impact net de l'état de santé sur le changement de type d'organisme, notamment les individus dont l'état de santé se dégrade ne quittent pas significativement les assurances privées pour rejoindre les mutuelles. En revanche, un effet de « fidélisation » des assurés apparaît nettement quel que soit le type d'assureur. Enfin, il est moins fréquent de changer de type d'organisme complémentaire à mesure que l'on vieillit.

Proportion d'individus ayant changé d'organisme de couverture complémentaire parmi la population couverte et interrogée trois fois à quatre ans d'intervalle entre 1988 et 1998

Un changement

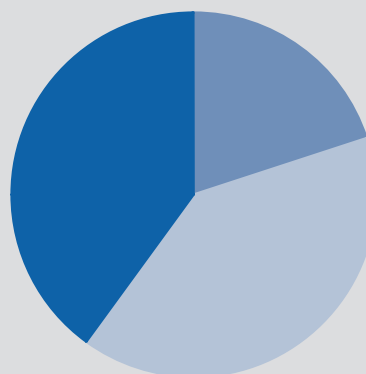
40 %

Deux changements

20 %

Aucun changement

40 %



Source : Enquête Santé et Protection sociale, panel ESPS 1988-1998, CREDES

En France, le financement des biens et services médicaux est principalement pris en charge par l'assurance maladie obligatoire. Cependant, celle-ci ne couvre que les trois quarts des dépenses de consommation médicale, le reste incombant aux ménages, qui souscrivent fréquemment une assurance complémentaire (84 % de la population en 1998 selon l'enquête Santé et Protection sociale (ESPS)). Le marché de la couverture complémentaire est complexe, puisque plusieurs types d'organismes dotés de cultures et d'objectifs différents y coexistent (mutuelles, institutions de prévoyance et assurances à but lucratif), et qu'une majeure partie des personnes ne souscrit pas son contrat de manière individuelle, mais par l'intermédiaire de l'entreprise (contrats dits collectifs). Un travail antérieur a permis de fournir quelques éclairages sur la diversité des contrats et des niveaux de garanties proposés (Bocognano et al. [2000]).

Le marché de la couverture complémentaire pose des questions qui demeurent encore aujourd'hui sans réponses, faute d'outil d'analyse disponible. Cependant, pour la première fois, nous disposons, avec l'enquête Santé et Protection sociale, d'une source de données longitudinales qui permet d'apporter des éléments de réponse à propos notamment des changements de couverture complémentaire (voir encadré ci-contre). Plus précisément, voici les trois principales questions que nous nous sommes posées et les ressources de l'enquête que nous avons utilisées pour y répondre.

Première question, à quel rythme change-t-on de situation par rapport à la couverture complémentaire (couvert/ non couvert), et, parmi les individus couverts, change-t-on souvent de contrat ou d'organisme ?

Cette question est essentielle puisqu'elle pose le problème de savoir si le marché de la complémentaire en France est un

marché de consommateurs « captifs », entre autres parce que l'offre est opaque, et donc sans concurrence ni pression sur les offreurs, ou si au contraire les assurés ont une part de libre arbitre, mettant alors les organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM) en concurrence.

A partir de l'Enquête Santé et Protection sociale, nous avons estimé la proportion de personnes ayant changé de couverture complémentaire maladie. Nous avons aussi analysé les inégalités de mobilité selon la catégorie socio-professionnelle, qui peuvent être révélatrices de ce que les économistes appellent des « coûts de transaction », c'est-à-dire les coûts monétaires ou autres occasionnés par exemple par le temps et les compétences mis en œuvre pour rechercher et analyser

l'information sur les contrats disponibles en vue d'un éventuel changement de contrat. *A priori*, on peut penser que ce coût est moindre pour les catégories sociales les plus favorisées.

Deuxième question : quels sont les déterminants des changements d'organismes ? Procèdent-ils d'un choix ou sont-ils subis ?

Cette question n'est pas posée directement aux enquêtés, et nous l'avons approchée par des variables indirectes. Ainsi, un changement de contrat concomitant d'un événement subi (passage à la retraite, perte d'emploi, etc.) peut être analysé comme involontaire, alors qu'un changement à situation d'activité équivalente, peut être interprété comme volontaire.

**Les enquêtes auprès des ménages :
Principal outil pour analyser
les changements de couverture complémentaire**

Afin d'étudier les changements de couverture complémentaire, une première piste serait d'exploiter les fichiers des organismes de couverture complémentaire. Outre les problèmes d'accès, cette approche ne permettrait pas de connaître les raisons de ces changements de couverture. Les enquêtes auprès des ménages sont de ce point de vue préférables, avec deux options possibles :

- ✓ Recueillir l'information de manière rétrospective en interrogeant directement les individus sur les changements passés et leurs raisons ; c'est l'approche qui a été choisie par exemple aux Pays-Bas et en Allemagne, où les assurés ont la possibilité depuis une dizaine d'années environ de choisir leur caisse d'assurance maladie de base. Dans ces enquêtes (Andersen et al. [1998], Schwarze et al. [2001]), les ménages expriment explicitement les motivations à la mobilité (qualité ou montant des primes), mais aussi les obstacles (ignorance du droit au changement, peur de l'examen médical à l'entrée, complexité de l'offre).
- ✓ Suivre les mêmes individus dans le temps et repérer ainsi leurs changements de couverture complémentaire. Ceci a l'avantage de ne pas être affecté

par des biais de mémorisation, mais l'inconvénient de ne pas fournir d'information sur les motivations, qu'on ne peut qu'interpréter.

C'est cette deuxième option qui a été retenue ici, en utilisant l'Enquête Santé et Protection sociale (ESPS) menée depuis 1988 par le CREDES.

Source des données : l'enquête ESPS

L'enquête Santé et Protection sociale (ESPS) sonde régulièrement les mêmes ménages à quatre ans d'intervalle (pour une description détaillée de l'enquête ESPS, cf. Doussin et al. [2002]). Ces ménages ont été interrogés une première fois entre 1988 et 1991, une deuxième fois entre 1992 et 1995, et une troisième fois entre 1996 et 1998. En réalisant la « jonction » des données de 1988 à 1998, nous obtenons ainsi un échantillon de près de 9 600 individus avec trois points d'observation à quatre ans d'intervalle. Pour chaque point, on sait s'il y a existence ou non d'une couverture complémentaire, et, si oui, le nom et le type d'organisme de couverture complémentaire, le mode d'obtention, le mode d'affiliation (souscripteur ou ayant droit) et l'appréciation des assurés sur les remboursements de frais dentaires et d'optique.

Troisième question : le marché de la couverture complémentaire comporte-t-il des transferts de risques unilatéraux entre les différents types d'organismes, notamment au profit des assureurs tarifiant au risque et au détriment des organismes de type mutualiste, pratiquant la péréquation et susceptibles de ce fait d'attirer les « mauvais risques » ?

Ces transferts peuvent être le fait des assureurs eux-mêmes (qui refusent d'assurer les mauvais risques), mais ils peuvent aussi résulter du comportement des assurés (les assurés qui entraînent les plus fortes dépenses ayant intérêt à profiter de la péréquation offerte par les mutuelles). En tout état de cause, les données de l'enquête ne permettent pas de faire la part entre ces deux phénomènes.

La précarité explique avant tout la perte d'une couverture complémentaire maladie ou l'impossibilité d'y accéder

Le premier changement de situation, c'est l'entrée dans la couverture complémentaire maladie (passer du statut de non-couvert à couvert) ou la sortie (ne plus avoir de couverture complémentaire). Ces changements sont minoritaires : ils ne concernent que 11 % des individus de notre panel. Près de 85 % sont toujours assurés sur la période étudiée, et 4 % ne le sont jamais.

Les variables socio-économiques et surtout les situations de pauvreté (faible revenu, aide médicale généralisée) sont les premiers facteurs explicatifs de la sortie de la couverture complémentaire¹. Ceci montre que la sortie est avant tout subie et équivaut à une perte de couverture complémentaire.

On observe à peu de choses près les mêmes déterminants pour l'entrée dans la couverture complémentaire : les per-

sonnes qui ne prennent pas de couverture présentent les mêmes caractéristiques que ceux qui la perdent, en l'occurrence le fait d'être en situation précaire.

On peut noter que le passage à la retraite n'augmente pas la probabilité de perdre sa complémentaire, contrairement à ce qu'on pouvait attendre *a priori*.

Ni l'état de santé initial, mesuré par l'invalidité ou le risque vital, ni l'évolution de l'état de santé, approchée par la variation du nombre de maladies chroniques, ne semblent avoir une influence sur l'acquisition ou la perte de la couverture complémentaire. Ceci tend à infirmer, en tout cas dans le contexte français, l'hypothèse selon laquelle les gens s'assurent parce qu'ils sont malades, ou l'hypothèse selon laquelle les organismes auraient tendance à exclure les personnes en mauvaise santé².

Plus d'un assuré sur dix change d'organisme de couverture complémentaire d'une année sur l'autre

Sur les 9 600 individus interrogés 3 fois à quatre ans d'intervalle, 85 % déclarent avoir un contrat de couverture complémentaire lors des 3 enquêtes. Parmi ceux-ci, 40 % sont assurés toujours par le même organisme, 40 % ont changé une fois, et 20 % ont changé entre chaque enquête (soit deux fois)³.

La mobilité varie selon la période d'observation. La proportion d'individus assurés toujours par le même organisme est de 53 % entre les deux premières enquêtes, et 60 % entre la deuxième et la troisième enquête.

Si l'on se ramène à un taux annuel, on peut estimer le turn-over à 14,6 % entre les deux premières enquêtes, et à 12 % entre des deux dernières⁴. Ces taux ré-

vèlent une mobilité plus importante que celle qui est habituellement prêtée au marché de la couverture complémentaire.

¹ Signalons que cette étude a été réalisée à partir de données antérieures à 2000, date à laquelle la couverture maladie universelle a été mise en place pour permettre l'accès à la couverture complémentaire des personnes en situation précaire.

² Ces résultats sont issus de deux modélisations logistiques, l'une expliquant la sortie de la couverture complémentaire entre deux enquêtes, et l'autre l'entrée dans une telle assurance, sur la seule population des assurés principaux éventuellement concernés par ces situations.

³ En outre, il convient de signaler que notre estimation est vraisemblablement sous-estimée, compte tenu du fait que l'on n'observe que des situations à 4 ans d'intervalle. En effet, les individus déclarant deux fois de suite le même OCAM n'ont que relativement peu de chances d'avoir été assuré temporairement ailleurs, alors que des individus pour lesquels on observe effectivement un changement d'OCAM ont très bien pu avoir entre les deux enquêtes d'autres OCAM momentanés.

⁴ Pour passer d'une observation de la proportion p n'ayant pas changé sur 4 ans au turn-over annuel, on suit le raisonnement suivant :

- chaque année, chaque individu change d'organisme avec une probabilité identique π (qui est le taux de turn-over) ;
- au total, la proportion p n'ayant pas changé sur 4 ans doit être égale à : $(1 - \pi)^4$;
- π est donc égal à $1 - p^{1/4}$.

On estime également un intervalle de confiance autour de la valeur par la méthode delta. Les intervalles de confiance à 95 % (c'est-à-dire que la vraie valeur a 95 % de chances de se situer dans cet intervalle) sont [14,1-15,0] pour la première période, et [11,6-12,4] pour la deuxième.

Si l'on effectue cette opération sur l'ensemble des 8 ans, on trouve un turn-over annuel plus faible (10,8 %) que ceux estimés successivement sur chacune des deux périodes (14,6 % et 12 %). Ceci résulte du fait que les individus ayant déjà changé ont une probabilité plus forte de changer à nouveau, comme on le verra ci-dessous.

Les déterminants d'un changement d'organisme complémentaire d'assurance maladie (OCAM) entre les deux dernières enquêtes (1992-95 et 1996-98)

	Influence négative (diminution de la probabilité de changer d'OCAM)	Situation de référence	Influence positive (augmentation de la probabilité de changer d'OCAM)
Situation initiale (période 1988-91)			
Age		40 à 64 ans	20 à 29 ans 30 à 39 ans
Niveau d'études		Bac	Inférieur au bac
Opinion sur les remboursements (optique)		Moyen	Bonne
Revenu par unité de consommation		4 000-5 000 F par u.c.	5 000-6 000 F par u.c. >8 000 F par u.c.
Mode d'obtention de la couverture complémentaire		Entreprise, non obligatoire	Initiative personnelle
Régime	Autre	Général	
Occupation professionnelle	Retraité	Actif occupé	
Profession et catégorie sociale (PCS)	Artisan commerçant	Employé	Ouvrier qualifié
Risque vital	Faible possible	Aucun	
Type d'OCAM		Mutuelle	Assurance privée
Possession d'une couverture complémentaire		Oui	Non

Guide de lecture : toutes choses égales par ailleurs, les jeunes adultes (âgés de 20 à 39 ans) lors de leur première participation à l'enquête (1988-91) ont une probabilité plus forte de changer de couverture complémentaire entre les deux périodes d'enquêtes suivantes (1992-95 et 1996-98) que la personne de référence âgée initialement de 40 à 64 ans.

Changements de situation (entre 1992-95 et 1996-98)

Occupation professionnelle		Aucun	D'actif à retraité, chômeur inactif
Mode d'obtention de la couverture complémentaire		Aucun	Devient obligatoire
Régime		Aucun	Changement de régime
Profession et catégorie sociale (PCS)		Aucun	Elevation de la catégorie sociale
Statut d'affiliation		Aucun	Ayant droit
Opinion sur les remboursements (optique)		Aucun	Amélioration
Invalidité		Aucun	Détérioration

Guide de lecture : par rapport à une situation de référence où l'individu n'a pas changé d'occupation professionnelle entre 1992-95 et 1996-98, le fait d'être passé au cours de cette période d'un statut d'actif à celui de retraité, de chômeur ou d'inactif augmente la probabilité de changer de couverture complémentaire au cours de cette même période, toutes choses égales par ailleurs.

Changements de situation antérieurs (entre 1988-91 et 1992-95)

Organisme de couverture complémentaire		Aucun	Changement
Risque vital		Aucun	Aggravation
Mode d'obtention de la couverture complémentaire	Entreprise à initiative pers.	Aucun	

Guide de lecture : par rapport à une situation de référence où l'individu n'avait pas changé de couverture complémentaire entre 1988-91 et 1992-95, un individu qui a changé de couverture complémentaire au cours de cette période a plus de chance d'en changer au cours de la période suivante (1992-95 et 1996-98), toutes choses égales par ailleurs.

Source : Enquête Santé et Protection sociale, panel ESPS 1988-1998, CREDES.

A partir d'une modélisation par régression logistique, on explique les changements survenus entre les deux dernières enquêtes (92-95 et 96-98), en utilisant la situation de la personne lors de la première enquête, les changements survenus entre les deux dernières enquêtes ainsi qu'entre les deux premières (y compris les changements de situation par rapport à la complémentaire) comme des facteurs explicatifs. D'autre part, nous n'avons retenu que les individus assurés, et non leurs ayants droit, puisque ce n'est pas essentiellement à eux que revient la décision du choix de l'OCAM, soit un effectif de 3 694 individus.

Panel de 3694 individus interrogés trois fois, à quatre ans d'intervalle, au cours de la période 1988-98



Des changements motivés par des choix individuels autant que par les circonstances

Nous avons analysé les changements d'organismes en fonction :

- des caractéristiques socio-démographiques des individus,
- de leur situation au regard du marché du travail et de l'assurance maladie obligatoire,
- de leur état de santé,
- de l'opinion qu'ils ont de leur contrat initial,
- ainsi que des changements qui ont pu affecter ces caractéristiques.

Rappelons que la couverture complémentaire peut être obtenue de manière collective, par l'employeur, ou souscrite à titre individuel et que plus de la moitié des contrats sont obtenus par l'intermédiaire de l'entreprise. Notons par ailleurs qu'il est plus probable de changer d'organisme sur le marché individuel que sur le marché collectif.

Du fait de ce double mode d'obtention, les facteurs explicatifs des changements de contrats peuvent être des facteurs externes à l'individu (changement de situation professionnelle entraînant une modification de l'accès à la complémentaire d'entreprise) ou des choix individuels (pour les contrats souscrits directement par l'assuré).

On retrouve bien, lorsque l'on analyse les variables explicatives de la fréquence des changements, ces deux types de facteurs (cf. tableau 4).

Ainsi des modifications de la situation de l'individu, telles que le passage à l'inactivité ou un changement de régime obligatoire, augmentent toutes choses égales par ailleurs la fréquence de changement d'organisme complémentaire.

D'autres éléments peuvent plutôt s'analyser comme reflétant des choix individuels, même si l'interprétation est un peu plus indirecte. Ainsi, l'opinion sur les remboursements a un impact sur le changement d'organisme. Les individus satisfaits de leur remboursement en optique changent plus souvent de contrat, toutes choses égales par ailleurs. Ce résultat, d'apparence paradoxale (s'ils sont déjà satisfaits, pourquoi changer ?), peut s'expliquer par le fait que le changement de contrat s'accompagne d'une amélioration de l'opinion sur ces mêmes remboursements. On peut interpréter ce comportement comme celui d'individus soucieux de la qualité de leur couverture et n'hésitant pas à changer de contrat pour l'améliorer.

L'ascension sociale s'accompagne également de changements plus fréquents d'organismes, ce qui pourrait là aussi s'interpréter comme indiquant un choix volontaire (consommateur) de la part des assurés complémentaires⁵. Il convient cependant de noter que cette interprétation aurait été renforcée si une hausse de revenu, plutôt qu'une ascension sociale, avait expliqué la probabilité de changer de contrat.

En termes de poids respectifs, le rôle de ces facteurs « volontaires » (reflétant des choix individuels) est comparable à celui des facteurs « involontaires » (changements exogènes de situation).

Par ailleurs, toutes choses égales par ailleurs, les individus les plus aisés financièrement changent plus souvent de contrat, de même que les plus jeunes. Le fait que les moins diplômés changent également plus souvent apparaît en revanche comme un résultat contre-intuitif : il ne conforte pas en tout cas l'hypothèse selon laquelle l'accès à l'information pourrait constituer un frein au changement de contrat (on devrait constater dans ce cas moins de changements chez les moins diplômés).

Enfin, on observe également un impact de l'état de santé sur le fait de changer de contrat. L'état de santé est ici appréhendé au travers des deux indicateurs synthétiques habituellement construits à partir des réponses des enquêtés à un ensemble de questions :

- un indicateur appréciant le niveau d'invalidité de l'individu, sur une échelle de 0 à 7,
- un indicateur mesurant son risque vital, sur une échelle de 0 à 5.

On observe qu'un changement de contrat s'accompagne plus fréquemment d'une détérioration de l'invalidité et suit plus fréquemment une détérioration du risque vital. Peut-on y voir le résultat de comportements de sélection de la part des offreurs ?

Pas de transferts de risques unilatéraux entre les différents types d'organismes

La théorie économique suggère que la cohabitation de deux types de tarification de nature différente :

- la tarification au risque, que pratiqueraient les assurances privées, qui ajuste de manière actuarielle la prime au risque que présente l'assuré,
- la tarification dite « péréquation des risques », qui mutualise de manière solidaire tous les risques des assurés peut entraîner un déséquilibre sur le marché, du fait que les « bons » risques choisiraient alors une prime actuarielle, moins élevée, ne laissant aux mutuelles que des « mauvais » risques.

⁵ Une autre interprétation complémentaire n'est pas à exclure : la promotion sociale peut s'accompagner d'un changement d'entreprise et donc de couverture collective.

Pour tester ce déséquilibre, nous avons estimé :

- d'une part l'impact propre d'une dégradation de l'état de santé sur la probabilité de passer d'un contrat souscrit auprès d'une assurance privée à un contrat en péréquation (souscrit auprès d'une mutuelle),
- d'autre part, l'impact du fait d'être un bon risque (en bonne santé) sur la probabilité toutes choses égales par ailleurs de quitter un contrat en péréquation pour souscrire un contrat auprès d'une assurance.

Les indicateurs d'état de santé utilisés sont toujours les indicateurs de risque vital et d'invalidité, mais l'effet de l'âge, associé à une morbidité en moyenne plus élevée, est également testé.

Les seuls effets significatifs relevés parmi la population qui change d'OCAM sont :

- 6 — les personnes initialement non mutualistes et ayant une invalidité très élevée partent plus fréquemment vers une mutuelle plutôt que vers une société d'assurance ou une institution de prévoyance,
- les personnes initialement mutualistes et qui voient leur invalidité s'améliorer partent plus souvent pour un autre type d'OCAM.

En revanche, la relation inverse ne s'observe pas, c'est-à-dire le fait qu'une détérioration de l'invalidité n'entraîne pas de transfert significatif vers les mutuelles. Aucun résultat significatif n'est observé sur l'indicateur de risque vital.

Le seul effet de l'âge est de renforcer la fidélité des assurés à leur type de couverture, puisque les personnes âgées changent moins fréquemment de type de couverture, quel que soit ce type, alors que les personnes jeunes, couvertes précédemment par un non-mutualiste, choisissent plus souvent une mutuelle,

ce qui va dans le sens opposé de l'hypothèse de l'auto-sélection. Ceci laisserait plutôt penser que le changement a un coût, les assurés se « spécialisant » au fil du temps dans leur type d'OCAM. Cet effet de fidélité était du reste déjà visible dans les résultats présentés dans le tableau 1 : le fait d'avoir changé de contrat entre les deux premières enquêtes augmente la probabilité de changer entre les deux dernières, toutes choses égales par ailleurs.

Au terme de ce travail, il apparaît que, dans les années 90, la perte de couverture complémentaire ou l'impossibilité d'y accéder sont liées avant tout à la précarité économique. Ceci légitime, s'il en était besoin, la couverture maladie universelle mise en place depuis 2000.

Au sein du marché de la couverture complémentaire santé, la mobilité des assurés n'est pas négligeable, puisque chaque année environ 12 % changent d'organisme. La concurrence qui s'exerce sur ce marché est donc importante.

Ces changements s'expliquent pour moitié par des choix individuels et pour moitié par des facteurs involontaires, tels que la situation sur le marché du travail. Le turn-over est plus élevé parmi les plus riches et les plus jeunes. On observe par ailleurs des différences entre les catégories socio-professionnelles, ainsi qu'un effet de « fidélisation », les assurés changeant de moins en moins souvent.

Une dégradation de l'état de santé ne semble pas en revanche conduire significativement les individus à quitter les organismes pratiquant une tarification au risque vers ceux qui mutualisent ces risques et pratiquent des primes uniformes (que ces mouvements soient le fait des assurés eux-mêmes ou résultent de comportements de sélection des complémentaires).

Ces résultats sont les premiers, à notre connaissance, sur ces questions de mobilité dans le marché de la complémentaire en France. Pour améliorer notre connaissance dans ce domaine, l'interrogation directe des patients sur les déterminants des changements pourrait être un complément d'enquête intéressant, à l'instar de ce qui se fait dans d'autres pays.

Pour en savoir plus

Andersen H.H., Schwarze J. [1998], "GKV, 97 : Kommt Bewegung in die Landschaft ? Eine empirische. Analyse der Kassenwahlentscheidungen", Arbeit un Sozialpolitik 9/10, pp.11-23.

Bocognano A., Couffinal A., Dumesnil S., Grignon M. [2000], "La couverture complémentaire en France - Qui bénéficie de quels remboursements", CREDES, biblio n° 1317.

Doussin A., Dumesnil S., Le Fur Ph [2002], "Enquête sur la santé et la Protection sociale (ESPS) : méthode et déroulement de l'enquête en 2002", CREDES, biblio n° 1401.

Schwarze J., Andersen H.H. [2001], "Kassenwechsel in der Gesetzlichen Krankenversicherung: Welche Rolle spielt der Beitragssatz ?, Discussion Paper 264, Deutsches", Institut für Wirtschaftsforschung, Berlin.