

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

Enquêtes ESPS 2000-2002

**Agnès Couffinal,
Marc Perronnin
Avec l'appui de Julie Chevalier et Pascale Lengagne (ENSAI)**

Rapport n° 523 (biblio n° 1521)

Avril 2004

Les noms d'auteurs apparaissent par ordre alphabétique
Toute reproduction de textes ou tableaux est autorisée sous réserve de l'indication de la source et de l'auteur.
En cas de reproduction du texte intégral ou de plus de 10 pages, le Directeur du CREDES devra être informé préalablement.

Remerciements

Nous tenons à remercier :

- *Loïc Doussin et Gwenaëlle Goldfarb pour la saisie initiale des informations relatives aux contrats dans l'enquête ;*
- *Frédérique Ruchon, Sylvie Dumesnil et Bénédicte Mansalier qui ont supervisé la saisie des données relatives aux contrats dans l'enquête ;*
- *Julie Chevalier et Pascale Lengagne, de L'ENSAI, qui ont mené les calculs de garanties et réalisé les premières analyses statistiques ;*
- *Laure Com-Ruelle et Thomas Renaud pour leur relecture attentive et leurs remarques enrichissantes ;*
- *Michel Grignon et Dominique Polton pour leurs suggestions tout au long de ce travail ;*
- *Khadidja Ben Larbi qui a mis en page ce rapport.*

Sommaire

Sommaire

Introduction	9
1. Le principe de l'enquête	13
1.1. Pourquoi est-il difficile de juger du niveau de garantie proposé dans un contrat ?	15
1.2. Comment recueillir les niveaux de garantie objectifs ? La méthode mise au point par le CREDES	16
2. Vers des garanties comparables en optique et en dentaire	19
2.1. Vérification et amélioration de la qualité des données déclaratives	21
2.1.1. Un constat : le fait de recopier le contenu du contrat ne garantit pas une retranscription fidèle des libellés	21
2.1.2. Notre stratégie : utiliser toute l'information disponible pour s'approcher au mieux d'un constat objectif	25
2.2. L'harmonisation des libellés	28
2.2.1. Un préalable : le choix d'une situation de référence	29
2.2.2. La construction des niveaux de remboursement	32
2.3. Les garanties optiques et dentaires	33
2.3.1. Information disponible	33
2.3.2. Biais de non-réponse	34
2.3.3. Statistiques descriptives sur les niveaux de garantie optique et dentaire	35
3. La qualité globale des contrats	41
3.1. Méthode d'élaboration de la typologie des contrats	44
3.1.1. Test d'une logique proportionnelle	44
3.1.2. Méthode de classification des contrats	45
3.1.3. Analyse de la robustesse de la classification obtenue	47
3.1.4. Comparaison avec les résultats de 1998	49
3.2. Description des quatre classes de contrats	52
3.2.1. Les garanties proposées dans les quatre catégories	52
3.2.2. Opinion des assurés sur les garanties et les cotisations	55
3.2.3. Mode de souscription et organisme gestionnaire	57
4. Une analyse des caractéristiques sociodémographiques et médicales par niveau de couverture	61
4.1. Caractéristiques sociodémographiques	63
4.2. État de santé et recours aux soins	69
Conclusion	71

Annexes	75
Annexe 1 : Eléments de méthode	77
1.1. Calcul des niveaux de remboursement	79
1.1.1. Le dentaire	80
1.1.2. L'optique	81
1.2. Correction et imputation des libellés	81
Annexe 2 : Résultats détaillés	83
Annexe 3 : Les questionnaires sur la couverture complémentaire	105
3.1. Questionnaire 2000	107
3.2. Questionnaire 2002	108

Introduction

Introduction

La couverture complémentaire maladie est aujourd'hui massivement répandue en France, puisque plus de 9 français sur 10 en bénéficient. Cette couverture intervient en aval de l'Assurance maladie obligatoire de la Sécurité sociale et finance une partie des dépenses laissées à la charge des patients sous la forme de divers co-paiements : ticket modérateur, dépassement par rapport au tarif de convention, forfait hospitalier.

La dépense prise en charge par les mutuelles, institutions de prévoyance et assurances s'est élevée en 2002 à 17 milliards d'euros, sur un montant total de dépenses en soins et biens médicaux de 136 milliards d'euros¹. Le premier poste des dépenses des complémentaires est la pharmacie (29 % de la dépense totale). Les autres soins ambulatoires viennent ensuite (dont 20 % pour les soins de médecins), suivis des soins de dentiste et prothèses dentaires (15 %), de l'hôpital public et privé (14 %) et des autres biens médicaux (12 %), dont les consommations de lunetterie.

La tendance est à un accroissement de la part des couvertures complémentaires dans la dépense totale de santé. Ainsi la contribution des mutuelles s'est accrue de 3 points entre 1980 et 2001² ; entre 1995 et 2002, la part de l'ensemble des organismes complémentaires (mutuelles, assurances, institutions de prévoyance) a encore augmenté d'un point, passant de 11,5 % à 12,7 %, tandis que la part restant à la charge directe des ménages diminuait parallèlement.

La couverture maladie complémentaire, pourtant facultative, est de plus en plus considérée aujourd'hui comme un élément déterminant de l'accès à certains soins, comme les soins de spécialiste avec dépassements d'honoraires, les lunettes et les prothèses dentaires. Son rôle dans l'accès aux soins a d'ailleurs été consacré par la mise en place en 2000 de la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC), couverture complémentaire gratuite à destination des ménages les plus pauvres.

Mais si aujourd'hui une fraction très élevée de la population a une couverture complémentaire, celle-ci n'est pas uniforme. Les contrats se différencient notamment par le niveau des garanties proposées.

De ce point de vue, aucune information n'est facilement accessible pour analyser le marché de la complémentaire. La comparaison des garanties proposées par les contrats d'assurance maladie complémentaire est d'ailleurs un exercice délicat, du fait de la multiplicité des soins couverts et de la diversité des expressions des garanties. Par ailleurs, pour interpréter les niveaux de garantie obtenus, il faut tenir compte de la complexité du marché de la complémentaire qui est très segmenté, du fait de la diversité des intervenants (mutuelles, institutions de prévoyance et assurances) et des différents modes de souscription possibles : individuellement, par l'entreprise de manière facultative ou obligatoire. Dans ce dernier cas, il est d'ailleurs impropre de parler de « marché », la couverture elle-même, ses garanties et ses cotisations s'imposant au souscripteur. Dans le même ordre d'idée, certains organismes complémentaires d'assurance maladie ont un accès restreint à une catégorie professionnelle (MGEN pour les enseignants, PRO BTP pour les métiers du bâtiment). A chaque intervenant et mode de souscription est associé une logique propre de couverture, donc peuvent correspondre des menus de cotisations et de garanties particuliers.

¹ Source : Ministère de la Santé, DREES – Document de travail n°55, juillet 2003

² Source : Ministère de la Santé, DREES – Document de travail n°54, juillet 2003

Jusqu'à présent, la seule étude ayant tenté de réaliser l'exercice de calcul et d'analyse des garanties à grande échelle a été publiée par le CREDES en 2000³. L'enquête Santé et protection sociale (ESPS), menée périodiquement auprès d'un échantillon représentatif de la population vivant en France métropolitaine, interrogeait en 1998 les enquêtés sur les remboursements proposés par leurs complémentaires pour les lunettes et les prothèses dentaires. Ces données nous avaient permis de montrer qu'il existe de fortes disparités dans les niveaux de garanties proposés par les contrats et que l'accès à ces différents niveaux n'est pas uniforme dans l'ensemble de la population.

En nous appuyant sur cette première expérience, nous avons amélioré la méthode d'enquête pour les années 2000 et 2002 et nous proposons ici une analyse des résultats. Le choix de réunir deux années et l'utilisation d'une nouvelle méthodologie résultent de la volonté de disposer de données plus nombreuses et en conséquence de résultats plus fiables. Ceux-ci, présentés ici, confirment toutefois dans une large mesure, ceux publiés en 2000.

Nous rappelons tout d'abord rapidement, dans la section 1, le principe de notre enquête. Puis, dans la section 2 à vocation méthodologique, nous présentons les étapes qui nous ont permis d'aboutir à des données comparables d'un contrat à l'autre sur les garanties optiques et dentaires, nous comparons les répondants et les non-répondants pour déterminer si nos données sont représentatives de l'ensemble des contrats et présentons brièvement les distributions des garanties optiques et dentaires. Nous étudions ensuite, dans la section 3, la manière dont s'organise l'offre de garantie en optique et en dentaire ; plus exactement nous examinons si les complémentaires santé remboursent de manière comparable les lunettes et les prothèses dentaires ou si elles proposent de couvrir plus l'un ou l'autre bien. Pour mettre en évidence les différents agencements de garanties, nous réalisons une classification. Nous tentons de hiérarchiser les classes obtenues en nous appuyant sur le niveau de satisfaction des individus concernant les remboursements des lunettes, des prothèses dentaires et des soins de spécialiste et regardons quels types de contrat se trouvent dans chaque classe. Enfin, dans la section 4, en nous appuyant sur la classification précédente, nous étudions les disparités de niveaux de garantie dont bénéficient les individus suivant leurs caractéristiques sociodémographiques et médicales.

3

« La couverture complémentaire en France : qui bénéficie de quels remboursements. Résultats de l'enquête Santé Protection Sociale 1998 », 2000, Bocognano A., Couffinhal A., Dumesnil S. et Grignon M., Rapport CREDES n° 1317, Oct.

1. Le principe de l'enquête

1. Le principe de l'enquête

1.1. Pourquoi est-il difficile de juger du niveau de garantie proposé dans un contrat ?

On sait depuis longtemps que les personnes qui bénéficient d'une couverture complémentaire maladie connaissent généralement assez mal le contenu de cette couverture. Ils sont certes capables de donner leur avis quand on leur demande s'ils sont plus ou moins bien couverts, mais cette information a de multiples raisons d'être biaisée :

- Quand on cherche à comparer objectivement des contrats à partir d'une réponse subjective sur la qualité, les individus ont plus tendance à répondre en fonction d'un rapport qualité-prix perçu que sur des niveaux de garantie en eux même. Par exemple, pour un niveau de garantie objectif donné, il est probable qu'une personne qui paie l'intégralité de sa prime se juge moins bien couverte (sous-entendu « pour le prix ») que la seconde qui recevrait le contrat par l'intermédiaire de son employeur⁴.
- Les assurés ont tendance à avoir une meilleure connaissance des garanties pour les soins qu'ils consomment régulièrement. C'est une chose d'avoir un contrat entre les mains (difficile à comprendre, cf. partie 2.1), c'en est une autre de constater en fin de course que, par exemple, le contrat remboursait bien « les frais réels » mais... « dans la limite de 30 % du tarif de convention ». Autrement dit, la connaissance sur laquelle se fonde un jugement varie d'un individu à l'autre selon le fait qu'il ait consommé ou non des soins et les types de soins consommés, mais peut-être aussi selon son niveau d'éducation, son milieu social.
- Enfin, un autre facteur important de confusion dans l'appréciation de la qualité des contrats est la façon dont les organismes de couverture complémentaire maladie (OCAM) choisissent d'informer leurs clients. En effet, les OCAM formulent de manières différentes les garanties qu'ils proposent. Ils expriment le remboursement en pourcentage du tarif de convention, ce pourcentage pouvant inclure ou non la part prise en charge par la Sécurité sociale, en pourcentage du Plafond mensuel de la sécurité sociale (PMSS), en euros, etc. A moins d'avoir une connaissance approfondie du fonctionnement de la protection sociale, il est quasi impossible de comparer des contrats entre eux. Certains journaux de consommateurs proposent périodiquement ce type de comparaison, mais en tout état de cause, ces articles ne fournissent aucune information globale sur l'état du marché de la complémentaire.

En conclusion, le simple fait de demander aux personnes leur avis sur les contrats ne permettra pas d'avoir une vision objective de leur situation par rapport à l'assurance. On pourrait objecter que la perception que les individus ont de la qualité du produit importe plus que la réalité de celle-ci. Tout dépend de l'objectif final. Dans une période où une refonte de l'articulation entre assurance obligatoire et assurance complémentaire est envisagée, il nous semble indispensable de mieux connaître qui bénéficie véritablement de quel contrat.

⁴ Soit que la prime soit effectivement moins élevée parce qu'il s'agit d'un contrat groupe, soit que l'employeur en finance une partie.

1.2. Comment recueillir les niveaux de garantie objectifs ? La méthode mise au point par le CREDES

Pour tenter d'améliorer la connaissance des niveaux de garantie offerts par les contrats, le CREDES a mis au point un mode d'enquête qui permet de recueillir des informations aussi objectives que possible.

Dans le cadre de l'enquête bi-annuelle Santé et protection sociale (ESPS), un questionnaire est transmis aux personnes qui déclarent avoir une couverture complémentaire santé. Plus précisément, un questionnaire est rempli pour chacune des complémentaires du ménage. Ce questionnaire précise qui, dans le ménage, est couvert par la complémentaire décrite (ce qui permet d'étudier, outre les contrats souscrits, les caractéristiques des personnes couvertes). On demande aux enquêtés le nom de l'organisme qui leur fournit l'assurance, puis de donner leur sentiment sur la qualité (subjective) des garanties de leur contrat.

En outre, et c'est l'aspect qui nous intéresse de façon prioritaire dans ce travail, on leur demande de recopier *in extenso* les lignes de leurs contrats d'assurance qui ont trait à la prothèse dentaire fixe et aux lunettes. Nous les avons choisis car les dépenses qu'ils occasionnent sont peu couvertes par le régime de base et que la couverture complémentaire joue un rôle important dans leur financement. En utilisant l'Échantillon permanent des assurés sociaux (EPAS), qui permet d'avoir accès aux dépenses engagées pendant l'année par environ 100 000 personnes⁵, on constate ainsi que le reste à charge, après remboursement de la Sécurité sociale, représente en moyenne 81,5 % de la dépense pour les prothèses dentaires cotées en SPR50, 96,2 % de la dépense pour les verres et 98,3 % de la dépense pour les montures. En outre, à dire d'experts, il s'agit d'éléments très discriminants dans la détermination de la qualité globale des contrats.

Le choix de se focaliser sur ces deux types de soins peut être critiqué, dans le sens où ils ne reflètent pas forcément des besoins strictement sanitaires et que la complémentaire peut jouer un rôle important pour le remboursement d'autres types de dépenses tels que les dépassements d'honoraires chez les spécialistes ou le forfait hospitalier qui, cumulé sur plusieurs jours, peut représenter une dépense très importante. La non-couverture des dépassements d'honoraires de spécialiste peut poser des problèmes d'accès aux soins tandis que la non-couverture du forfait hospitalier peut poser des problèmes financiers. Cependant, on enregistre déjà de nombreuses non-réponses pour les garanties optiques et dentaires et augmenter le nombre de garanties à recopier risquait de diminuer encore le nombre de questionnaires exploitables sur toutes les dimensions. De plus, pour ce qui est du forfait hospitalier, des nombreuses complémentaires le remboursent intégralement et cet élément n'est donc pas discriminant du niveau des remboursements.

Un premier travail fondé sur ces questions posées dans l'enquête ESPS 1998 a été publié par Bocognano *et al* (2000). Le présent travail s'inscrit dans son prolongement et exploite les questionnaires « couverture complémentaire » des années 2000 et 2002.

⁵ Les fichiers utilisés sont en fait l'EPAS, qui est une extraction des assurés du Régime général et de leurs ayants-droit, et les fichiers « assimilés EPAS » qui sont les équivalents de l'EPAS pour la CANAM et la MSA. La réunion de ces trois fichiers permet de disposer d'un peu plus de 100000 bénéficiaires pour lesquels on connaît l'âge, le sexe, le département de résidence... et un relevé exhaustif des consommations de soins présentées au remboursement de l'Assurance maladie.

Pour surmonter certains problèmes rencontrés lors de l'exploitation de l'enquête de 1998, nous avons légèrement modifié le questionnaire dans deux sens (cf. Annexe 3 qui contient les questionnaires 2000 et 2002) :

- En 1998, nous avons demandé aux individus de préciser les remboursements pour les verres de lunettes. Nous avons alors constaté qu'un grand nombre de contrats proposent des garanties forfaitaires qui englobent les verres et les montures. Nous avons alors été amenés à étudier séparément des contrats « verres seuls » et des contrats « verres et montures ». Pour les deux enquêtes suivantes, que nous utilisons ici, nous avons recueilli l'information sur les lunettes en précisant que verres et montures étaient concernés. Lorsque les deux éléments étaient renseignés séparément, nous avons reconstitué des remboursements de paires de lunettes comparables aux forfaits optiques.
- Nous avons par ailleurs demandé aux individus de nous préciser l'intitulé, autrement dit le nom de leur contrat. Nous souhaitons, pour des contrats relativement répandus, nous ouvrir la possibilité de comparer les informations rapportées par des individus qui auraient souscrit les mêmes contrats, mais aussi, éventuellement, de comparer ces informations déclarées avec des informations « publiques » disponibles sur ces contrats. Nous présenterons les résultats de ce travail par la suite.

2. Vers des garanties comparables en optique et en dentaire

2. Vers des garanties comparables en optique et en dentaire

En 1998, nous avons déjà souligné que, pour pouvoir comparer les données recueillies sur les différents contrats, il faut exprimer toutes les garanties dans la même unité. Pour parvenir à cette uniformisation, nous avons mis en œuvre un processus que nous avons repris pour l'analyse des données 2000 et 2002, moyennant quelques modifications que nous présentons dans la partie 2.2. Pour assurer autant que possible la comparabilité sur les trois années, nous avons aussi repris l'exploitation de 1998 sous les nouvelles hypothèses. Avant de développer notre méthode de manière plus détaillée, nous allons présenter l'amélioration des données à laquelle nous avons pu nous livrer sur les enquêtes 2000 et 2002 grâce aux informations disponibles sur les noms des contrats.

2.1. Vérification et amélioration de la qualité des données déclaratives

2.1.1. Un constat : le fait de recopier le contenu du contrat ne garantit pas une retranscription fidèle des libellés

Comme nous l'avons souligné, les personnes enquêtées sont censées recopier *in extenso* et mot à mot toute l'information qui a trait aux remboursements de la prothèse dentaire fixe (couronnes, bridges) et des lunettes, mais il est évident que de nombreuses personnes fournissent une information incomplète voire erronée.

Qu'est ce qu'une information complète ?

Les garanties sont exprimées de façons très diverses d'un contrat à l'autre. Nous présentons ici les informations qu'il faut avoir pour décrire une garantie.

Prenons deux exemples fictifs :

1. « **100 % des frais réels**, dans la limite de 300 % du tarif de convention y compris le remboursement de la Sécurité sociale, avec un complément de 20 € par verre ».
2. « **600 % du tarif de convention en plus du remboursement de la Sécurité sociale** dans la limite de 3 % du plafond mensuel de la Sécurité sociale par an ».

La première remarque est que la garantie peut comporter jusqu'à 3 éléments :

- Le premier (en gras dans les exemples) est l'information autour de laquelle s'articulent les autres, que nous appelons la base de remboursement,
- le second (en italique) donne éventuellement un plafond qui limite l'engagement de l'assureur,
- le troisième (soulignée dans le cas 1), précise des éventuels compléments versés par l'assureur en plus de la garantie de base.

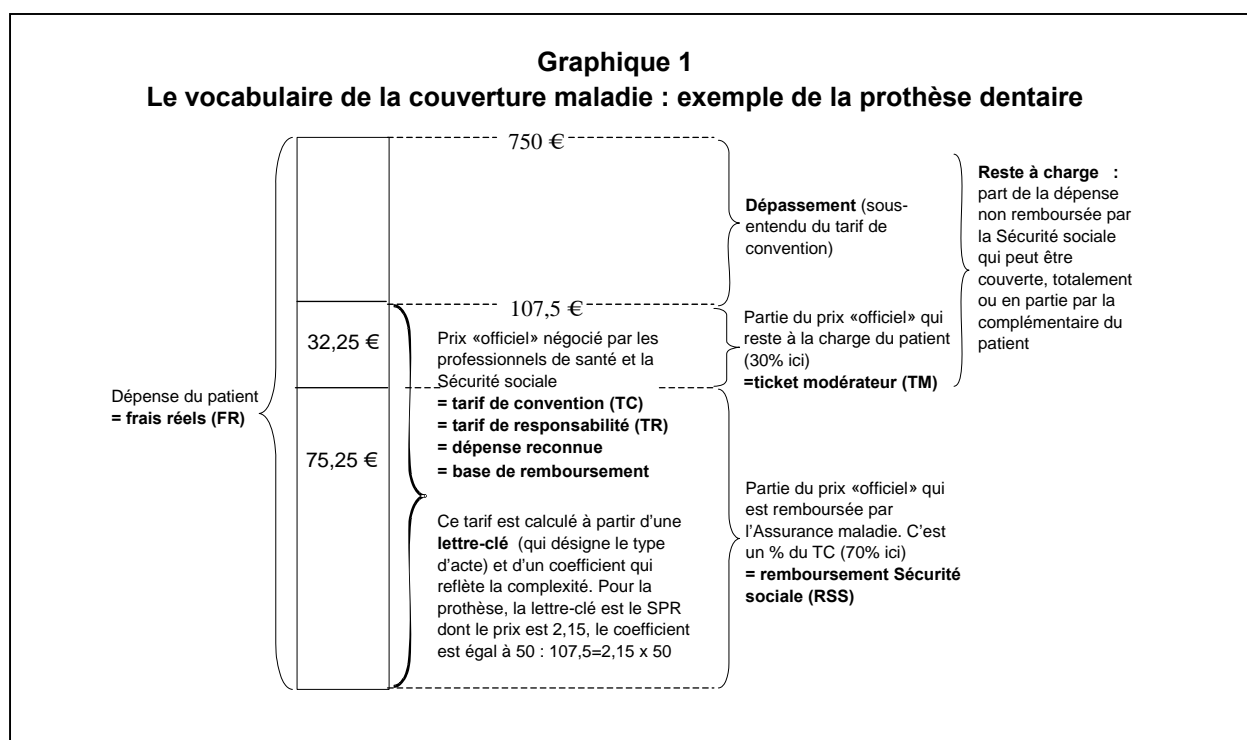
Ensuite, la locution qui décrit la base de remboursement, le plafond ou encore le complément, doit impérativement comporter 3 éléments : un **montant**, une *unité* et une base de calcul (exemple **100 % des frais réels** ou encore **3 % du Plafond mensuel de la Sécurité sociale**).

La garantie doit en outre préciser si l'assureur calcule son remboursement sur la somme qui reste à la charge du patient après le remboursement par l'Assurance maladie (« en plus du remboursement de la Sécurité sociale (RSS) » comme dans le second cas) ou s'il présente un calcul de ce que l'assuré récupérera au final sur l'ensemble de la dépense (autrement dit, le remboursement de la Sécurité sociale est inclus dans la somme présentée comme étant remboursée, comme dans le cas 1).

Précisons enfin que les « bases » de calcul des trois composantes du remboursement peuvent être exprimées de façons très diverses. Les « bases » les plus fréquemment rencontrées font appel à des notions utilisées pour décrire la façon dont l'Assurance maladie obligatoire calcule son propre remboursement (en gras dans le Graphique 1 qui présente l'ensemble des notions utilisées) : tarif de convention (TC), remboursement Sécurité sociale (RSS), lettre-clé, ticket modérateur... D'autres bases issues du vocabulaire de la protection sociale sont parfois utilisées, notamment le Plafond mensuel de la Sécurité sociale (PMSS) ou encore le point AGIRC. Pour finir, certaines mutuelles, notamment celles qui proposent de fournir les soins au sein de leurs propres réseaux présentent les montants remboursés par rapport aux tarifs pratiqués dans ces réseaux.

Enfin, notons que les garanties sont parfois accompagnées de limites qui précisent par exemple le nombre de biens qui peuvent être remboursés dans l'année (prothèses) ou, dans le même esprit, la fréquence des remboursements (tous les 6 mois, tous les ans, tous les deux ans, pour les verres et les montures), voire le nombre de personnes auxquelles limites et plafonds s'appliquent (le bénéficiaire, la famille). Signalons d'emblée que ces éléments sont très difficiles à enregistrer et à exploiter et que nous ne les utiliserons pas dans la suite de ce travail même si nous savons qu'ils ont une importance dans la mesure de la générosité de la garantie et qu'ils peuvent constituer un élément désincitatif fort qui peut altérer les comportements de consommation des personnes couvertes.

Pour finir, signalons que l'on trouve quelques rares contrats qui modulent les remboursements en fonction du niveau de la dépense : par exemple, 100 % des frais réels si la dépense est inférieure à X €, 80 % des frais réels si elle dépasse ce montant. Ces contrats limitent l'engagement de l'assureur mais incitent aussi l'assuré à négocier le prix de façon à limiter sa propre dépense. Ils sont toutefois assez rares⁶.



⁶ Nous en avons repéré une trentaine sur les 8 057 contrats des enquêtes 2000 et 2002 pour lesquels on avait un descriptif de garantie (exploitables ou non).

La qualité des réponses

La première remarque que l'on peut faire au sujet des données est que le taux de réponse aux deux questions « objectives » sur le remboursement, qui est de l'ordre de 40 %, n'est pas très élevé (nous proposerons plus loin une étude de la non-réponse). Ceci n'est guère surprenant dans la mesure où les personnes doivent, pour y répondre, se munir de documents qu'elles ne sont pas forcément en mesure de retrouver facilement et qui sont souvent difficiles à interpréter.

Par ailleurs, lorsque les personnes acceptent de se livrer à l'exercice, dans un nombre non négligeable de cas, l'unité n'est pas renseignée, les répondants se contentant de recopier un chiffre, par exemple « 100 ». Il pourrait s'agir de francs, d'euros, d'un pourcentage des frais réels, du TC y compris le RSS ou, plus rarement, d'un pourcentage du TC en plus du RSS. On s'aperçoit aussi que certains répondants ne donnent de l'information que sur la base de remboursement (par exemple 100 % des frais réels) en omettant vraisemblablement les plafonds. Dans d'autres cas, les garanties présentées dans le contrat sont exprimées de façon très détaillée (exemple d'un forfait qui diffère selon le type de verre) et on ne peut objectivement pas s'attendre à ce que les enquêtés en restituent fidèlement le contenu⁷. Enfin, certaines informations « reportées » ne sont de toute évidence pas cohérentes (« 150 % des frais réels », « 30 % du tarif de convention y compris le remboursement de la Sécurité sociale »)...

L'exemple de la MGEN : un seul contrat mais diverses restitutions

Une bonne façon d'illustrer les difficultés rencontrées par les enquêtés pour restituer l'information sur les garanties est de prendre l'exemple de la Mutuelle générale de l'Éducation nationale (MGEN), qui est la mutuelle que l'on retrouve le plus fréquemment dans notre enquête. Sur les 504 contrats MGEN qui ont été déclarés en 2000, seulement 185 sont renseignés, c'est-à-dire que les personnes ont rempli (ou tenté de remplir) la description des garanties.

Or, nous savons que la quasi-totalité des personnes couvertes par la MGEN bénéficient des mêmes garanties⁸ ; on pourrait donc légitimement s'attendre à ce qu'elles remplissent le questionnaire de la même façon.

La première difficulté, en l'espèce, vient du fait que les prestations de la MGEN pour les biens médicaux qui nous concernent sont exprimés en forfaits et le montant des forfaits dépend des caractéristiques du bien (notamment pour les verres) mais aussi des conditions dans lesquelles le bien est délivré (dentiste agréé par la MGEN ou non).

Si l'on écarte la question complexe des verres, le Tableau 1 donne quelques uns des montants de garantie les plus fréquemment déclarés par les enquêtés pour les prothèses dentaires. Il présente aussi nos hypothèses (élaborées au vu de l'ensemble des garanties) sur l'information qui a pu être utilisée par les enquêtés.

⁷ Le mode d'enquête pourrait prévoir de faire référence à un bien médical décrit en détail (couronne céramo-métallique, verre d'un type précis) mais cela risquerait d'induire de nombreuses personnes en erreur dans les cas, bien plus nombreux, où la garantie ne dépend pas des caractéristiques précises du bien.

⁸ En fait, il existe des garanties étudiantes mais qui sont peu répandues.

Tableau 1
Extrait des garanties déclarées par les bénéficiaires de la MGEN
pour 2000 en dentaire (extraits)

Valeur en francs du remboursement (prothèse dentaire)	Fréquence	Origine supposée
800	38	800 francs : participation de la MGEN pour une couronne et/ou pilier de bridge (praticien non conventionné MGEN)
100	18	100 % du TC y compris RSS : soins dentaires
2 031,5	15	2031,5 francs : couronne céramo-métallique (praticien conventionné MGEN)
819,5	6	819,5 francs : participation MGEN pour une couronne métallique
2 006,5	6	?
30	5	% du ticket modérateur pour la prothèse
35	4	Confusion avec le % du ticket modérateur d'un autre type de soin que le dentaire (l'optique par exemple)
200	4	?
5	3	?
25	3	?
95	3	?
20	2	?
50	2	?
400	2	400 francs : participation MGEN pour des prothèses dentaires provisoires (praticien non conventionné)
1 526	2	1 526,5 francs : participation MGEN pour une couronne à incrustation vestibulaire (praticien conventionné MGEN)
2 525	2	2 525 francs = 493,5 + 2 031,5 pour une couronne céramo-métallique (praticien conventionné MGEN)
211,5	1	Montant du ticket modérateur sur la prothèse
404	1	404 francs : participation MGEN pour des prothèses dentaires provisoires (praticien conventionné)
820	1	819,5 francs : participation MGEN pour une couronne métallique
1 293	1	1 293 francs : somme totale remboursée pour une couronne posée par un praticien non conventionné MGEN

Dans le cas des montures, plus simple, puisqu'il s'agit d'un forfait unique, il est tout de même rassurant de voir que les déclarations sont plus homogènes et plus proches de la réalité (Tableau 2). En 1999, la Sécurité sociale rembourse 12 francs pour une monture adulte, et la MGEN 300 francs. On retrouve bien les valeurs 300 et 312 francs dans la base pour la plupart des gens qui ont donné une réponse pour les montures. La valeur 180 correspond à la participation MGEN pour les moins de 16 ans.

Tableau 2
Les garanties déclarées par les bénéficiaires
de la MGEN pour les montures

Valeur du remboursement (monture)	Fréquence
180	1
200	1
236	1
300	95
312	1

Le fait qu'il n'y ait qu'un seul remboursement possible pour les montures explique que le nombre de valeurs différentes de remboursement trouvées soit beaucoup plus faible que pour les prothèses.

Au total, cet exemple montre bien que, malgré les précautions prises pour encadrer les réponses des enquêtés, les valeurs des remboursements ne sont pas toujours parfaitement renseignées.

2.1.2. Notre stratégie : utiliser toute l'information disponible pour s'approcher au mieux d'un constat objectif

Au terme de cette première analyse, il apparaît que si notre méthode d'enquête nous permet de recueillir une quantité d'information non négligeable, la qualité du recueil est loin d'être parfaite.

Il existe en outre, selon toute vraisemblance, des biais de réponse mais, faute d'une source d'information externe pour les quantifier, nous ne sommes pas en mesure d'avoir une idée claire sur leur nature. Par exemple, on pourrait imaginer que les personnes qui souscrivent des contrats individuels étudient le marché avant de se décider et seront donc en mesure de donner des informations sur leurs contrats. *A contrario*, il se pourrait que les personnes couvertes par le biais de leur entreprise soient en meilleure position pour répondre que les personnes couvertes individuellement, dans la mesure où l'employeur est tenu de distribuer aux salariés une « fiche de garantie ».

Or, notre but ici est d'obtenir une information aussi objective et complète que possible sur l'état des garanties dont bénéficient les personnes couvertes (leur opinion sur leur contrat faisant l'objet de questions à part dans l'enquête).

Nous avons donc choisi, par des recoupements multiples, de corriger et de compléter l'information disponible selon la stratégie suivante :

Recherche des informations manquantes

- Nous avons commencé par regrouper les questionnaires sur la complémentaire selon la fréquence d'apparition des organismes complémentaires d'assurance maladie (OCAM). Puis, nous avons étudié au cas par cas les OCAM les plus fréquemment cités.
- Pour les OCAM les plus fréquemment cités (jusqu'à 25 questionnaires complémentaires par OCAM, soit pour 112 OCAM cf. Tableau 3), nous avons cherché à établir, à partir des noms des contrats déclarés par les individus, si l'OCAM offrait une plus ou moins grande gamme de contrats différents, ou si certains contrats apparaissaient assez fréquemment (notamment des contrats individuels, les contrats d'entreprise étant plus souvent constitués à la carte).

Tableau 3
Fréquence d'apparition des OCAM dans les enquêtes 2000 et 2002

Fréquence d'apparition (*)	Nombre d'OCAM dans chaque groupe	Nombre total de questionnaires « complémentaire » dans chaque groupe	% de questionnaires avec une réponse sur les niveaux de garantie
Moins de 25 fois	796	4 250	64,7 %
Entre 25 et 99 fois	92	4 118	64,7 %
Entre 130 et 203 fois	12	1 983	54,6 %
Entre 233 et 266 fois	3	754	57,6 %
Entre 308 et 335 fois	4	1 262	68,7 %
1 028 fois : MGEN	1	1 028	33,5 %

(*) Les regroupements présentés ont été réalisés au vu de la distribution des fréquences d'apparition des OCAM. Ils correspondent à des tranches qui, toutes réunies, contiennent l'ensemble des OCAM répertoriées dans la base 2000 et 2002 (la MGEN étant mise à part).

- Lorsque cette étude préliminaire nous laissait penser que l'on pouvait recouper les informations déclarées, nous avons tenté par différentes méthodes (notamment recherche d'information sur les sites Internet des OCAM, demande d'information aux OCAM, utilisation d'information papier collectées par différents biais) de récupérer les informations sur les garanties véritablement proposées par les contrats.
- Au cas par cas, nous avons alors corrigé ou complété l'information déclarée par les individus en attribuant la même garantie à tous les bénéficiaires (MGEN) ou aux bénéficiaires déclarant avoir souscrit le même contrat (Mutuelle nationale des hospitaliers⁹). Ce travail nous a permis de compléter l'information mais aussi d'améliorer sa qualité (en attribuant les bases correctes, en ajoutant les plafonds...). Nous avons cessé ce travail à partir du moment où l'effort nécessaire pour trouver l'information est devenu trop élevé par rapport au résultat (c'est-à-dire au nombre de questionnaires corrigés pour l'OCAM en fin de course).

Ainsi, pu compléter les informations sur les contrats d'une trentaine d'OCAM parmi les plus fréquemment cités¹⁰. Ce travail nous a permis de récupérer un grand nombre de contrats et donc d'individus (un contrat pouvant couvrir plusieurs individus) qui auraient été exclus de l'étude si nous avons utilisé les seules données initialement recueillies.

⁹ Par exemple, la Mutuelle nationale des hospitaliers et des personnels de la santé publique propose trois contrats (principaux) appelés Pastel, Turquoise et Arc-en-Ciel. En 2000, plus de 70 % des questionnaires remplis par des bénéficiaires de la MNH comprenaient un nom de contrat proche d'un des trois mentionnés. Pour ces personnes, nous avons systématiquement substitué l'information objective à celle déclarée.

¹⁰ MGEN, MNH, PRO BTP et CNPO CNRO, MGPTT, MCD, MNM, LMDE, AGF, MGF du Mans, Abeille, GAN, MGPAT, APRIL, CCAS, MLA, Mutuelle de la gendarmerie, Mutuelle Air France, Mutuelle Familiale 56, Mutuelle de Vendée, UMA, UMT, Prévée, MIEL, ALPTIS, MF, CAMEC, Préviate.

Nous avons aussi étudié en détail les OCAM déclarés deux et trois fois dans l'enquête. Partant de l'hypothèse que ces petits OCAM auraient peu de contrats et que ceux-ci risquaient d'être assez standardisés, il nous semblait envisageable d'apporter quelques corrections à la marge (par exemple en remplaçant des bases non déclarées par celles déclarées par d'autres bénéficiaires de la même OCAM sans nécessairement qu'ils aient le même contrat). Sur cet aspect, les résultats ont été décevants.

Au total, cette méthode, très empirique, nous a permis de récupérer prioritairement de l'information sur les « grands OCAM », notamment les mutuelles de la fonction publique, ou encore les complémentaires proposées par de grandes entreprises à leur employés et certaines garanties individuelles. Il nous a plus souvent été difficile de recouper les informations sur les contrats proposés par les institutions de prévoyance et les assurances, d'une part parce qu'elles semblent offrir des gammes plus larges d'options et d'autre part, parce qu'elles semblent proposer plus souvent des contrats d'entreprise (sur mesure).

Détection et correction des erreurs

Nous avons regardé globalement la façon dont les garanties étaient rédigées pour, soit les éliminer en cas d'incohérence flagrante, soit faire des hypothèses sur les erreurs qui avaient pu être faites en recopiant les libellés de manière à pouvoir les corriger¹¹. Sans détailler l'ensemble des corrections apportées, nous avons par exemple :

- éliminé les remboursements dont la base était supérieure à 100 % des frais réels ;
- corrigé en « **pourcentage du tarif de convention en plus du r embursement de la S écurité sociale** » les cas où des remboursements censés être un « **pourcentage du tarif de convention y compris le remboursement de la Sécurité sociale** » (c'est-à-dire incluant le remboursement de la Sécurité sociale) étaient inférieurs à la part du tarif de convention remboursé par la Sécurité sociale ;
- Plus généralement, quand nous ne savions pas si les pourcentages du tarif de convention étaient ou non en plus du remboursement de la Sécurité sociale, nous avons imputé un « **pourcentage du tarif de convention en plus du remboursement de la Sécurité sociale** » si le pourcentage était inférieur à 100 %, et un « **pourcentage du tarif d e convention y compris le remboursement de la Sécurité sociale** » sinon¹²;
- fait des hypothèses en fonction du niveau déclaré quand l'unité de la base était un pourcentage et que la base elle-même n'était pas déclarée :
 - moins de 18 % : on postule que la base est le Plafond mensuel de la Sécurité sociale ;
 - le montant est égal au ticket modérateur : il s'agit d'un remboursement « tarif de convention en plus du remboursement de la Sécurité sociale » ;
 - entre 50 et 100 % : si un plafond est exprimé, il s'agit d'un pourcentage de frais réels, sinon il s'agit d'un pourcentage du tarif de convention ;
 - plus de 100 % : il s'agit d'un pourcentage du tarif de convention ;

¹¹ Ces hypothèses ont été faites après des études détaillées des contrats rédigés dans les différentes unités, en regardant la qualité de l'autre garantie étudiée (optique pour le dentaire, dentaire pour l'optique)... Plus de détails sont présentés dans l'annexe 1.

¹² En cas d'erreur, ceci nous conduit à sous-estimer le remboursement total dont bénéficie la personne, attitude « conservatrice » que nous avons adoptée de façon systématique. La sous-estimation est plus importante en dentaire qu'en optique où les tarifs de convention représentent une proportion très faible de la dépense.

2.2. L'harmonisation des libellés

Comme nous l'avons déjà constaté en 1998, le Tableau 4 montre que les libellés des garanties sont très disparates et souligne à quel point il est indispensable de les harmoniser pour pouvoir comparer les niveaux de garantie dont bénéficient les personnes.

Tableau 4
Les principaux libellés de garanties en optique et en dentaire (2000 et 2002)

Optique		Dentaire	
libellé	Fréquence d'apparition	libellé	Fréquence d'apparition
Francs/€	39,28 %	% TC yc rss	42,27 %
% TC yc rss	17,00 %	% TC en + rss	20,32 %
% TC en + rss	15,81 %	Francs/€	17,46 %
% pmss	8,85 %	% tm	5,11 %
% tm	5,96 %	% rss	4,32 %
% FR sai	4,90 %	% dépassement	4,27 %
% FR -rss	3,98 %	% FR – rss	3,16 %
% rss	1,64 %	Francs/€ par lettre clé	2,03 %
TC sai	0,42 %	% FR sai	0,81 %
TC en + rss	0,39 %	% pmss	0,81 %
rss	0,29 %	rss	0,25 %
% tarif mutuelle	0,08 %	TC yc rss	0,17 %
% dépassement	0,02 %	% tarif mutuelle	0,10 %
TC yc rss	0,01 %	tm	0,07 %
tm	0,01 %	lettre-clé	0,05 %
FR sai	0,01 %	TC en + rss	0,01 %
point agirc	0,01 %	TC sai	0,01 %
		% par lettre clé	0,01 %
		pmss	0,01 %

TC : tarif de convention ; RSS : remboursement de la Sécurité sociale ; PMSS : plafond mensuel de la Sécurité sociale ; FR : frais réels ; TM : ticket modérateur ; SAI : sans autre indication.

Guide de lecture : la première ligne du tableau dentaire indique que 42,27 % des garanties dentaires sont libellées en pourcentage du tarif de convention y compris le remboursement de la Sécurité sociale.

Dans une perspective plus générale, ce tableau souligne le manque de transparence du marché de la couverture complémentaire. Il est en effet difficile d'imaginer que les consommateurs soient en mesure, non seulement de comparer des contrats pour ce qui concerne un type de frais de santé, mais aussi de procéder à une analyse combinatoire entre différentes informations (dentaire, optique, dépassements d'honoraires, forfait hospitalier...), chacune rédigée d'une manière différente.

Le travail préliminaire de recodification des garanties est détaillé dans l'annexe 1 (p.p. 77 et suivantes) ; nous nous contentons ici de présenter les principales hypothèses qui nous ont été nécessaires pour parvenir à des contrats comparables.

2.2.1. Un préalable : le choix d'une situation de référence

Choix de l'unité de compte

Il est évident que la première décision à prendre pour harmoniser les libellés est de décider de l'unité dans laquelle les garanties seront exprimées.

Pour ce qui est des prothèses dentaires, nous avons choisi de tout transcrire en taux de remboursement exprimé en pourcentage du tarif de convention (TC) en plus du remboursement de la Sécurité sociale (RSS)¹³. Pour l'optique, les garanties sont recalculées sous forme de montants forfaitaires exprimés en euros versés par l'assureur en plus du RSS.

Ces choix sont les mêmes qu'en 1998, pour favoriser la comparaison des résultats, mais aussi parce que ces libellés sont fréquemment utilisés (*cf.* Tableau 4) et que les garanties ainsi exprimées font ressortir les remboursements de la complémentaire séparément de ceux de la Sécurité sociale.

Au-delà de cette première décision, nous sommes amenés, pour des raisons techniques, mais aussi pour répondre à notre problématique d'ensemble qui est de savoir si les personnes sont égales face à la protection complémentaire maladie, à faire d'autres choix qui, tout en étant des conventions que l'on pourrait facilement changer, ont un contenu normatif non négligeable.

Le choix des biens de référence

Pour pouvoir exprimer les garanties dans une unité commune, il est nécessaire de choisir des biens de référence (parmi les lunettes et les prothèses dentaires proposées sur le marché) aux caractéristiques bien définies, puis de leur attribuer un prix.

La nécessité de choisir un bien de référence est assez intuitive dans le cadre de l'optique : dès lors que l'on va chercher à transformer une garantie exprimée en pourcentage du tarif de convention en une garantie exprimée en forfait, il va falloir choisir un tarif de convention. Or, il existe de très nombreux tarifs de convention en optique. En 1998, nous avons choisi comme tarif de référence celui du verre le plus complexe (37,64 € ou 246,90 francs pour un verre corrigeant une amblyopie avec astigmatie et aphakie fortes). Notre idée était alors de mettre en lumière le fait que, lorsque le besoin de correction est important, un contrat rédigé en pourcentage du TC est plus généreux qu'un contrat en forfait¹⁴. Cette approche nous semble toujours la bonne. Toutefois, pour faire référence à un cas dont l'occurrence n'est pas aussi rare, nous avons choisi en 2000 et 2002 un tarif de convention moins élevé : 24,53 € (161 francs) qui correspond à un type de verre multi-focal ou progressif¹⁵.

¹³ Par exemple, si la couverture est égale à 300 %, cela signifie que l'OCAM rembourse trois fois le TC en plus du RSS, et 30 % signifie que l'OCAM ne prend en charge que le ticket modérateur, ici 30 % du TC.

¹⁴ Nous avons vérifié que les résultats n'étaient pas sensiblement différents si on utilisait un TC modal.

¹⁵ Verres multi-focaux ou progressifs, tout type de puissance du cylindre pour une sphère située en dehors de la zone -8 ; +8.

Pour la prothèse dentaire, les couronnes ayant toutes le même tarif de convention, la question du choix d'un tarif de référence ne se pose pas. En revanche, il s'avère nécessaire, dans la mesure où les complémentaires ajustent parfois plus précisément que ne le fait l'Assurance maladie leurs remboursements au type de prothèse, de préciser que nous faisons référence à une couronne céramo-métallique (CCM) en supposant implicitement que la couronne est posée à l'avant de la bouche. Autant la pose d'une CCM en fond de bouche peut être considérée comme un élément de luxe, autant il nous semble que la possibilité de se faire poser une CCM plutôt qu'une couronne métallique dans une partie visible de la dentition relève plus du nécessaire que du superflu.

La nécessité de choisir un prix pour les biens que nous étudions résulte du fait que certains contrats sont exprimés en pourcentage des frais réels. Pour pouvoir calculer un équivalent forfait (en optique) ou pourcentage du TC en plus du RSS (en dentaire), lorsque la garantie est exprimée en fonction des frais réels, il est impératif d'avoir un montant pour ces frais réels. Pour choisir ce montant, nous avons utilisé l'Échantillon permanent des assurés sociaux (l'EPAS) en 2000.

- Pour la prothèse, nous parvenons à un tarif de 750 € (ce qui correspond environ au prix moyen d'une prothèse fixe, plus un écart-type) sachant que notre prothèse de référence est plutôt « chère ».
- Pour les verres qui ont le tarif de convention choisi, nous choisissons un prix de 250 € par verre, ce qui correspond à peu de choses près, à la moyenne observée dans l'EPAS pour ce type de verre.
- Pour la monture, nous choisissons d'utiliser, non pas la moyenne observée, mais la médiane. La moyenne prend en effet en compte les observations extrêmes, autrement dit le fait que certaines personnes vont investir dans des montures parfois très coûteuses pour des raisons qui ne relèvent pas strictement du besoin. La médiane, en l'occurrence égale à 100 € nous semble plus en mesure de refléter le comportement « moyen » des consommateurs.
- Au final donc, on considère que l'assuré a besoin d'une paire de lunettes qui coûte environ 600 €

Le Tableau 5 résume les caractéristiques de nos biens de référence.

Tableau 5
Caractéristiques principales des biens de référence

	Caractérisation précise	Tarif de convention de l'assurance maladie	Prix du bien
Prothèse dentaire	Couronne céramo-métallique posée en avant de bouche	107,5 €	750 €
Verre	Verre multi-focal ou progressif, tout type de puissance du cylindre pour une sphère située en dehors de la zone [- 8 ; + 8]	24,53 €	250 €
Monture	Monture « médiane »	2,84 €	100 €

Le choix implicite d'un assuré complémentaire – consommant de référence

Nous adoptons, dans l'ensemble de ce travail, le point de vue de l'individu et nous cherchons à savoir, compte-tenu de ses caractéristiques, dans quelle mesure le contrat de complémentaire qu'il a souscrit va lui permettre d'avoir accès à des biens dont il pourrait avoir besoin.

Dans ce qui précède, nous avons d'ores et déjà sélectionné un individu de référence qui a besoin d'avoir accès à des biens dont le prix est élevé. Il nous reste cependant quelques hypothèses à préciser, toujours pour des raisons techniques liées au calcul du taux de remboursement.

En premier lieu, rappelons qu'il est parfois fait mention dans les contrats de limites ou plafonds qui s'appliquent à une période de temps et aux personnes couvertes. Les contrats qui limitent le nombre de couronnes, de paires de lunettes, de montures... prises en charge par an et par bénéficiaire ou pour l'ensemble des bénéficiaires sont de toute évidence moins « généreux » en termes de garantie que des contrats qui ne posent aucune limite. Pour pouvoir véritablement comparer ces contrats entre eux en testant simultanément toutes leurs « limites », il faudrait donc simuler les remboursements auxquels aurait droit une famille, dont toutes les personnes auraient des besoins identiques et élevés. Plusieurs raisons nous suggèrent de ne pas aller dans cette direction : en premier lieu, la complexité des hypothèses à faire en termes de structure familiale et de temporalité des consommations qui rendraient les résultats difficiles à interpréter. En second lieu, nous accordons peu de confiance dans la capacité de nos données à rendre compte de ce type de limite, soit parce que les personnes ne reportent pas l'intégralité de l'information, soit parce qu'il nous a été très difficile, lorsque l'information était donnée de la saisir d'une façon cohérente et systématique, malgré des tentatives répétées. Nous pouvons tout de même souligner que les contrats qui comportent des limites représentent une minorité¹⁶.

En conséquence, notre « assuré-consommant » de référence sera une personne seule, dont les besoins sont limités à une paire de lunettes et une couronne dans l'année¹⁷. Autrement dit, les plafonds exprimés s'appliqueront à cette unique consommation et non à un volume global de consommation d'un nombre de personnes plus élevé.

Mesurer le remboursement effectivement obtenu par l'assuré

Pour continuer à nous mettre dans la situation de l'individu qui doit engager une dépense supposée connue, nous prenons deux décisions :

- En premier lieu, nous prenons en compte le remboursement auquel une personne a droit compte tenu de son régime d'assurance maladie (voir le premier tableau de l'annexe 1). Ceci signifie que son ticket modérateur et donc son reste à charge, pris en charge intégralement ou non par la complémentaire, varie avec son statut socioprofessionnel.
- En second lieu, nous bornons systématiquement le remboursement total aux frais réels c'est-à-dire que le cumul des remboursements de la Sécurité sociale et de la complémentaire santé n'excède pas la dépense engagée. Concrètement, ceci signifie que nous « écrivons » les contrats en dentaire à environ 627 % du TC en plus du RSS, les garanties optiques à environ 468 € en plus du RSS (3 070 F) pour les deux verres, et environ 98 € (643 F) en plus du RSS pour la monture, soit 498 € + 98 € = 596 € (3 715 F) pour une paire de lunettes d'un assuré du Régime général. Il nous semble que cette approche est légitime pour plusieurs raisons : en premier lieu, elle rend compte de la réalité du fonctionnement de l'assurance qui n'ira jamais

¹⁶ En 2000, dans ce qui est déclaré, environ 500 contrats (soit un peu plus de 10 % des contrats pour lesquels on a au moins une information partielle) font état de limites annuelles en optique ou en dentaire.

¹⁷ Les données de l'EPAS montrent que 65 % des consommateurs de prothèse ne s'en font poser qu'une seule dans l'année, ce qui montre que notre choix reflète les comportements de la majorité des consommateurs. En ce qui concerne les lunettes, on peut penser que l'achat d'une paire par an est une hypothèse de consommation "raisonnable", voire plutôt élevée (même si pour le coup il semble difficile de modéliser l'achat de moins d'une paire de lunettes dans l'année).

au-delà des frais réels. En second lieu, à cause de la difficulté qu'ont les gens pour renseigner plafonds et limites, nous n'avons qu'une confiance limitée dans le classement des contrats situés en haut de la distribution. Malgré tout, comme nous avons choisi un montant élevé de dépense, nous pensons que cela permettra de classer la grande majorité des contrats les uns par rapport aux autres.

Signalons qu'en fin de course, la proportion de contrats concernés, c'est-à-dire effectivement bornés, est faible sur l'ensemble des deux années : en ce qui concerne le dentaire, 0,7 % des contrats pour lesquels on connaît le niveau de garantie sont concernés. Le cas de l'optique est un peu plus complexe puisque que le remboursement peut être borné séparément pour les verres, la monture ou simultanément dans le cas d'un forfait « verres et monture ». On peut toutefois résumer l'information de la façon suivante : la garantie couvrant l'ensemble « verres + monture » a été bornée pour les 0,5 % de contrats pour lesquels la somme des remboursements de la Sécurité sociale et de la complémentaire atteignait ou dépassait le prix de la paire de lunettes de référence (600 €)¹⁸.

2.2.2. La construction des niveaux de remboursement

Sans entrer dans le détail des calculs, nous avons construit un programme de traitement autour des hypothèses présentées jusqu'ici.

Ce programme traite de chaque bien séparément. Il calcule l'équivalent en unité de référence de la base et de l'éventuel complément avant de les additionner. Si la somme obtenue est supérieure au plafond, on limite le remboursement au plafond, puis si le remboursement est tel que l'individu reçoit au total une somme plus élevée que les frais réels, on limite la participation de l'assurance complémentaire au reste à charge de l'assuré. Des exemples de calculs sont présentés dans l'annexe 1.

Notons que, lorsque nous avons des informations séparées pour les verres et les montures, nous avons reconstitué le prix des paires de lunettes. Les contrats sont donc, dans leur écrasante majorité (96 %), comparables entre eux pour ce qui est de la dimension optique, alors qu'en 1998, à cause de notre mode de recueil, nous avons été obligés de faire des analyses séparées verres seuls et verres et monture.

¹⁸ En fait, 0,7 % des contrats sont bornés sur la seule garantie verres, 5,5 % sur la seule garantie monture ; 0,1% ont leurs garanties verres et montures bornées simultanément et l'ensemble verres + montures est borné dans 0,5 % des cas.

2.3. Les garanties optiques et dentaires

A l'issue de ce travail préparatoire, nous sommes en mesure :

- de proposer un bilan quantitatif du travail d'amélioration des données, autrement dit, de donner la taille de notre échantillon ;
- d'étudier plus précisément le biais de non-réponse et donc de s'interroger sur la représentativité de l'échantillon ;
- enfin, de proposer une description rapide des niveaux de garantie optique et dentaire.

2.3.1. Information disponible

Le Tableau 6 propose une synthèse du travail préliminaire que nous venons de décrire. Nous repérons dans les deux années d'enquête 17 666 contrats, autrement dit, autant de personnes assurées principales d'une complémentaire de marché (c'est-à-dire « non CMU »). Parmi elles, 45,6 % ont donné des informations sur les garanties dentaires et / ou optiques, voire simplement l'intitulé du contrat les concernant. Après avoir éliminé les éléments non exploitables parce que mal remplis ou impossibles à interpréter, et complété l'information disponible, nous obtenons finalement 6 764 contrats exploitables, ce qui représente 38,3 % des contrats repérés. Nous considérons que les contrats sont exploitables à partir du moment où les deux garanties dentaire et optique le sont.

Tableau 6
Nombre de contrats disponibles

	2000	2002	Total
Nombre total de contrats repérés dans l'enquête	8 593	9 073	17 666
Nombre de contrats avec descriptif de garantie (exploitable ou non)	4 028 (46,9 %)	4 029 (44,4 %)	8 057 (45,6 %)
Nombre de contrats finalement exploitables			
Garantie dentaire	3 657 (42,6 %)	3 645 (40,2 %)	7 302 (41,3 %)
Garantie optique	3 717 (43,3 %)	3 639 (40,1 %)	7 356 (41,6 %)
Les deux	3 421 (39,8 %)	3 343 (36,9 %)	6 764 (38,3 %)

Le travail de préparation a donc permis de récupérer un grand nombre de données. Si l'on compare avec les résultats 1998 où 25 % des contrats étaient exploitables – mais séparés en une catégorie verres seuls et une autre verres et monture, il s'agit d'une nette amélioration.

Il faut cependant noter que dans les analyses ultérieures, pour disposer de niveaux de remboursement comparables en optique, on n'utilisera pas l'ensemble des contrats exploitables mais uniquement ceux (96 %) dont les garanties optiques portent sur les verres et la monture (cf. 2.2.2).

Pour porter un jugement plus qualitatif sur ce travail, nous avons comparé la distribution des garanties observées avant et après redressement en optique et en dentaire. Nous avons pu noter que ces distributions ne sont pas très différentes et notamment que moyennes et médianes sont proches¹⁹. Les corrections effectuées n'ont donc pas beaucoup changé les distributions des remboursements.

2.3.2. Biais de non-réponse

Soulignons d'emblée que notre objectif n'est pas de décrire l'offre de contrats mais bien la situation à l'égard de l'assurance des personnes couvertes.

Dans ce cadre, ce qui nous intéresse, c'est de savoir si nos données sont représentatives de la couverture dont bénéficient les Français qui vivent dans des ménages ordinaires (champ de l'enquête ESPS).

Deux phénomènes peuvent affecter la représentativité de l'échantillon des contrats et de leurs assurés principaux. Tout d'abord, le fait de ne pas répondre ou de mal répondre aux questions sur les garanties peut être lié à des caractéristiques particulières du répondant. A cette dégradation de la représentativité due à la non-réponse s'en ajoute une autre due au fait que certaines déclarations ont été corrigées ou complétées (par exemple les fonctionnaires assurés par la MGEN pour lesquels on a pu systématiquement attribuer des niveaux de garantie en optique et dentaire), mais que toutes n'ont pas pu l'être. Or, si le fait de faire partie de catégories sur ou sous-représentées est associé à la propension à être couvert par certains types de contrats, cela peut occasionner plusieurs biais. Un premier biais peut concerner l'estimation du niveau de couverture globale. Par exemple, si les personnes à haut revenu d'une part remplissent systématiquement mieux et d'autre part sont mieux couvertes, les contrats à garanties élevées seront sur-représentés et on surestimera la couverture dont bénéficie la population générale. Un deuxième biais peut concerner la vision globale des configurations de garanties offertes par le marché (cf. partie 3). Si les agencements de garanties proposés sont différents suivant le mode de souscription du contrat ou l'organisme fournisseur et que certains modes de souscription ou organismes souscripteurs sont sur ou sous-représentés, on donnera une vision biaisée du marché global de la complémentaire.

Un moyen de détecter la présence possible de ces biais est de comparer les caractéristiques des contrats et des assurés pour lesquels au final on ne connaît pas le niveau de couverture avec celles des contrats et des assurés pour lesquels l'information est disponible (voir tableaux annexes 1 à 4 pour l'ensemble des résultats).

Le premier constat est que les assurés principaux dont le contrat est exploitable répondent mieux à l'ensemble de l'enquête : on connaît mieux leur situation sociodémographique et leur état de santé et nettement plus souvent leur opinion sur leur couverture complémentaire (niveau de remboursement des soins de spécialiste, des lunettes, des prothèses dentaires, niveau de la prime). Ainsi, par exemple, les assurés principaux dont le contrat est exploitable ont pratiquement tous répondu aux questions d'opinion sur leur couverture complémentaire, tandis que plus de la moitié de ceux dont le contrat est inexploitable n'ont pas répondu à ces questions (Tableau annexe 4).

La catégorie socioprofessionnelle de l'assuré principal ainsi que son niveau d'étude caractérisent aussi le fait que le contrat soit exploitable ou non. Les assurés principaux dont le contrat est exploitable sont plus riches, mieux instruits (plus grande proportion de personnes ayant fait des études supérieures) ; ils sont sur-représentés parmi les professions intellectuelles, artistes, cadres de la fonction publique et les professions intermédiaires. Ils sont, en revanche, sous-représentés parmi les ouvriers et les agriculteurs (Tableau annexe 1).

¹⁹ La principale différence tient au fait que les contrats « après traitement » sont bornés, ce qui, par construction, limite les valeurs maximales des garanties dans l'échantillon et réduit légèrement le niveau de garantie moyen.

L'état de santé, le degré d'invalidité et la note subjective concernant l'état de santé ne semblent pas caractériser le fait qu'un contrat soit exploitable ou non (Tableau annexe 2). Par contre, les personnes dont le contrat est exploitable sont plus nombreuses à porter des lentilles ou lunettes, et sont plus nombreuses à être allées au moins une fois chez le dentiste à titre préventif au cours des 12 derniers mois. Ainsi, ce n'est donc pas parce qu'une personne a un état de santé général plus dégradé qu'elle va mieux répondre aux questions de remboursement de sa complémentaire en dentaire et en optique ; en revanche (et ce n'est pas surprenant) les personnes susceptibles d'avoir « testé » les garanties sur lesquelles on demande de l'information ont plus souvent un contrat exploitable.

En ce qui concerne les caractéristiques de la complémentaire elle-même, les assurés principaux dont le contrat est exploitable sont proportionnellement plus nombreux que ceux dont le contrat n'est pas exploitable à avoir obtenu leur complémentaire par leur entreprise (61 % vs 52,3 % de personnes ayant répondu à cette question). Ils sont plus nombreux à être couverts par une mutuelle (65,1 % vs 57,9 %, toujours parmi les répondants). Ils sont un peu moins nombreux à avoir indiqué que leur contrat rembourse, au moins en partie, les dépassements d'honoraires de spécialiste (65,5 % vs 70,4 %), résultat qu'il faut cependant relativiser du fait du fort taux de non-répondants à cette question (Tableau annexe 3).

Enfin, entre les assurés dont le contrat est exploitable et ceux dont le contrat ne l'est pas, il n'y a pas de forte différence d'opinion concernant la façon dont les mutuelles remboursent les dépassements par rapport au tarif de convention de la Sécurité sociale. On remarque seulement que les assurés dont le contrat est exploitable sont un peu moins nombreux à estimer que leur couverture complémentaire ne rembourse pas bien les dépassements d'honoraires des spécialistes (5,7 % vs 7,2 %), pour les lunettes (26,1 % vs 30,6 %) et pour les prothèses dentaires (23,0 % vs 28,9 %). Il y a également peu de différences concernant l'appréciation du niveau de leurs cotisations (Tableau annexe 4).

Au total, en comparant les caractéristiques des assurés principaux pour lesquels l'information sur les garanties est exploitable et les autres, on retrouve globalement les tendances constatées en 1998. Pour résumer, les différences de profils entre répondants et non-répondants sont surtout d'ordre sociodémographique. Le fait que les personnes de niveau social élevé soient sur-représentées et que, comme on l'a vu, elles bénéficient probablement de niveaux de garantie plus élevés (ce sera confirmé, en partie, dans la suite) fait que le niveau de couverture global peut être surestimé. Mais ceci ne pose pas vraiment de problèmes dans la mesure où on ne se focalise pas sur la couverture dans son ensemble, mais plutôt sur son analyse par catégorie sociodémographique. La sur ou sous-représentation de certains types de contrats tels que ceux issus des mutuelles ou ceux souscrits collectivement peut également donner une vision faussée des niveaux de garantie car, comme on le verra dans le paragraphe 3.2.3 et dans le tableau 7 de l'annexe 2, les « menus » de remboursements proposés sont variables suivant le mode de souscription et le type d'organisme gestionnaire. Cependant, des tentatives de repondération n'ont pas apporté de modifications substantielles à la classification des contrats.

2.3.3. Statistiques descriptives sur les niveaux de garantie optique et dentaire

A l'issue des travaux de recodage, de calcul des garanties et de sélection des contrats exploitables, nous pouvons donner quelques informations sur les distributions des garanties en optique et en dentaire.

Le remboursement des prothèses dentaires

Sur les années 2000 et 2002 agrégées, le nombre de contrats exploitables est 7 302. La garantie moyenne s'élève à 194 % du tarif de convention (TC) en plus du remboursement de la Sécurité sociale (RSS). Ainsi, pour la prothèse céramique choisie comme référence, dont le tarif de convention est 107,5 €, la Sécurité sociale rembourse 70 % de ce 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

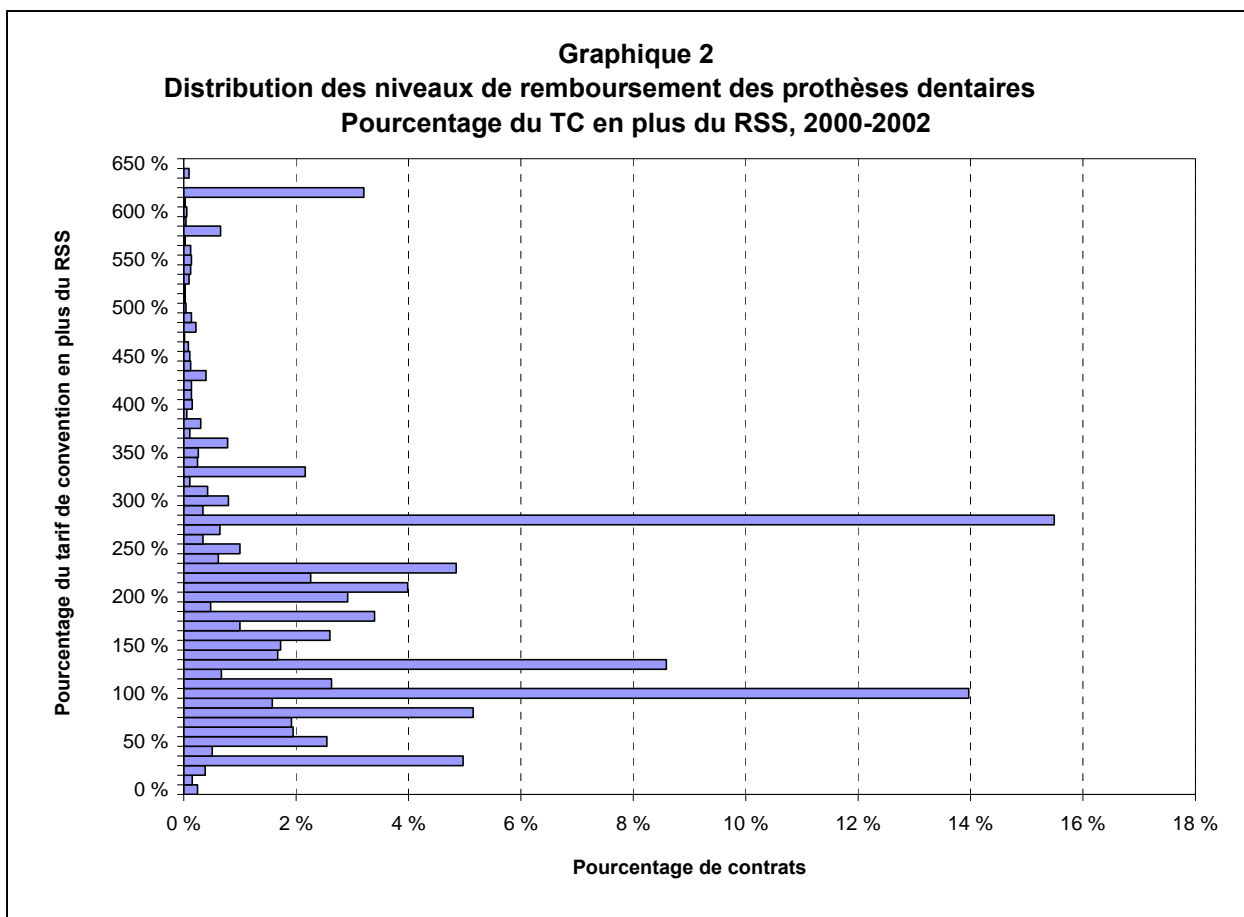
on estime le coût à 750 €. Aux extrêmes, seuls 5 % des contrats remboursent moins que le ticket modérateur et 5 % remboursent plus de 480 % du TC en plus du RSS. Les bénéficiaires de ces contrats généreux auront donc à déboursier au final moins de 150 € (voir le Tableau 7 et le Graphique 2 qui présentent la distribution de façon plus détaillée).

Pour finir, il nous semble intéressant de signaler qu'au moins 60 % des contrats donnent lieu à un remboursement total pour l'assuré inférieur au tarif opposable de la CMU, ce dernier étant équivalent à un remboursement forfaitaire de 214 % du TC en plus du RSS (voir Encadré 1 sur les remboursements offerts par la CMU, page 40).

Tableau 7
Distribution du niveau de remboursement des prothèses dentaires
2000, 2002 et ensemble

Distribution moyenne et percentiles	Pourcentage du TC en plus du RSS		
	2000	2002	Regroupement
Moyenne	189 %	199 %	194 %
Percentiles			
5 %	30 %	30 %	30 %
10 %	60 %	65 %	60 %
20 %	91 %	100 %	100 %
25 %	100 %	100 %	100 %
30 %	100 %	105 %	100 %
40 %	130 %	130 %	130 %
50 %	150 %	175 %	160 %
60 %	200 %	219 %	210 %
70 %	230 %	260 %	235 %
75 %	280 %	288 %	288 %
80 %	288 %	288 %	288 %
90 %	300 %	330 %	330 %
95 %	480 %	488 %	480 %
Maximum	648 %	628 %	648 %
Nombre de contrats exploitables	3 657	3 645	7 302

Guide : la seconde ligne signifie qu'en 2000, 2002 et sur les deux années regroupées, 5 % des contrats remboursent moins que 30 % du tarif de convention en plus du remboursement sécurité sociale pour une prothèse dentaire.



Si l'on étudie séparément les deux années, on constate qu'en 2000, la garantie moyenne était de 189 % du TC en plus du RSS contre 199 % du TC en plus du RSS en 2002. La garantie moyenne semble donc avoir légèrement augmenté sur la période et un test de Student montre que la différence est significative au seuil de 1 %.

Le remboursement des lunettes

En optique, sur les deux années, le nombre de contrats exploitables pour lesquels on a pu reconstituer une garantie « verres et monture » est de 7 093 (ce chiffre représente les contrats pour lesquels on a pu reconstituer une garantie « verres et monture »).

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 et la moitié des contrats moins de 183 €.

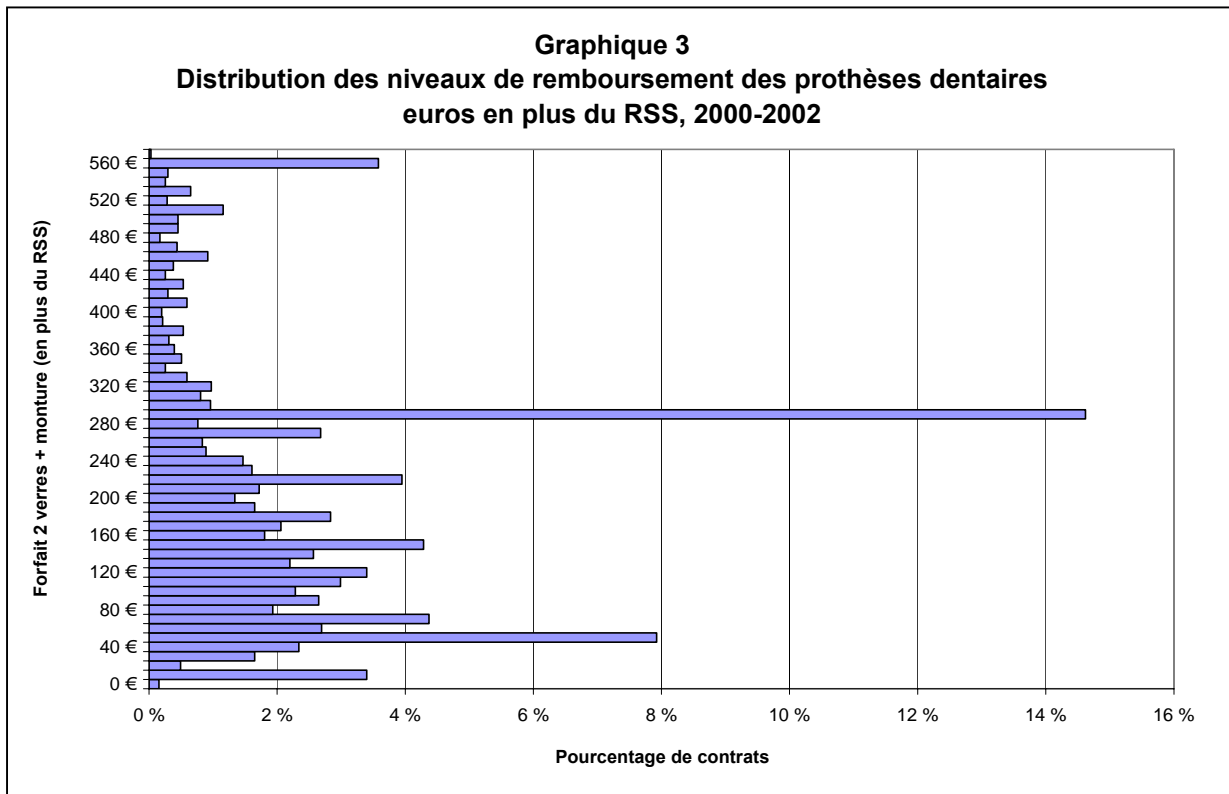
Les personnes couvertes par les 30 % de contrats les moins généreux reçoivent un remboursement total (remboursement Sécurité sociale + complémentaire) inférieur à 150 €. 10 % des contrats remboursent moins de 52 € en plus du RSS soit en gros le TC de la paire de lunettes que nous avons choisi comme référence, 5 % remboursent moins de 34 € soit à peu près l'équivalent du remboursement de la Sécurité sociale. Seule une infime proportion des contrats (environ 0,1 %) ne rembourse au mieux que le ticket modérateur (moins de 15,6 €). A l'opposé, les 10 % les mieux couverts auront à payer moins de 150 € de leur poche (voir Tableau 8 et Graphique 3).

Enfin, près de 30 % des contrats conduisent à un remboursement total inférieur au tarif opposable de la CMU (la CMU complémentaire rembourse environ 104 € en plus du RSS, voir Encadré 1 p.38).

Tableau 8
Distribution du niveau de remboursement des lunettes (2 verres + 1 monture)
2000, 2002 et ensemble

Moyenne et percentiles	En € en plus du RSS		
	2000	2002	Regroupement
Moyenne	200 €	215 €	207 €
Percentiles			
5 %	34 €	34 €	34 €
10 %	52 €	52 €	52 €
20 %	70 €	70 €	70 €
25 %	88 €	91 €	90 €
30 %	108 €	113 €	110 €
40 %	137 €	151 €	144 €
50 %	171 €	190 €	183 €
60 %	220 €	239 €	229 €
70 %	274 €	290 €	290 €
75 %	290 €	290 €	290 €
80 %	290 €	290 €	290 €
90 %	382 €	461 €	423 €
95 %	517 €	533 €	524 €
100 %	574 €	566 €	574 €
Nombre de contrats exploitables	3 567	3 526	7 093

Guide de lecture : la seconde ligne signifie qu'en 2000, 2002 et sur les deux années regroupées, 5 % des contrats remboursent mois de 34 € en plus du remboursement de la Sécurité sociale pour une paire de lunettes.



En 2002, la garantie moyenne était de 215 € en plus du RSS contre 200 € en 2000 ; on observe donc là encore, une augmentation légère mais statistiquement significative de la garantie moyenne entre les deux années.

Encadré 1

Le « contrat » Couverture maladie universelle complémentaire

Depuis le 1er janvier 2000, la Couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) permet aux ménages les plus démunis de bénéficier d'une couverture complémentaire gratuite. C'est le deuxième volet du dispositif CMU qui comprend aussi un volet dit « de base », permettant à toute personne résidant en France de façon stable et régulière, et qui n'est pas déjà couverte à quelque titre que ce soit par un régime obligatoire d'assurance maladie, de bénéficier de la Sécurité sociale. Au 31 décembre 2002, la CMUC couvrait 7,8 % des personnes résidant en France. Il est d'autant plus important d'évaluer le niveau de garantie qu'offre cette complémentaire maladie qu'elle couvre des ménages pauvres donc sensibles aux restes à charge, et ce même si cette comparaison comporte un caractère « artificiel ». En effet, les prestataires des biens considérés ici sont tenus d'appliquer aux bénéficiaires de la CMUC les tarifs opposables que nous allons rappeler. La CMU complémentaire couvre donc, en théorie, 100 % des frais réels. Il nous semble cependant intéressant de prendre les tarifs CMU comme étalons pour l'ensemble des contrats.

Les garanties applicables depuis le 1^{er} janvier 2000 pour les bénéficiaires de la CMU sont les suivantes :

- **Lunettes** : la CMU complémentaire prend en charge les lunettes pour un tarif allant de 54,6 € pour une monture avec des verres simples à 137,2 € pour une monture avec les verres les plus complexes, ceux qu'on avait choisis c'est-à-dire les verres multi-focaux ou progressifs, tout type de puissance du cylindre pour une sphère située en dehors de la zone [- 8 ; + 8]. Ce dernier prix correspond à un verre dont le TC est de 24,54 €, auquel s'ajoute le tarif monture de 2,84 €. La prise en charge nette par le régime de base est donc de $(24,54 \times 2 + 2,84) \times 65 \% \approx 33,6$ €. Le complément à 137,2 € est remboursé par la complémentaire CMU, soit environ 104 €. En se référant au Tableau 8 on voit que la CMUC, pour un produit comparable, offre une garantie meilleure qu'au moins 30 % des contrats de l'échantillon, autrement dit que 30 % des contrats sont tels que les personnes couvertes recevront un remboursement total inférieur au tarif opposable de la CMU.
- **Prothèses dentaires** : Prenons l'exemple d'une couronne céramo-métallique, dont le prix maximal pour un bénéficiaire CMUC est fixé à 305 € par décret. Le tarif conventionnel par couronne est de 107,5 € et le RSS vaut 75,5 €. La « complémentaire » CMU couvre le complément sur la base d'une dépense égale à 305 €, soit $305 - 75,5 = 229,5$ €, ce qui correspond à environ 214 % du TC. En se référant au Tableau 7 p. 36, on constate ainsi qu'au moins 60 % des contrats de l'échantillon donnent lieu à un remboursement total inférieur au tarif opposable de la CMUC. Le décret indique en outre que les dépassements par rapport au tarif de la Sécurité sociale sont pris en charge dans une limite de 396 € tous les deux ans, ce qui correspond environ à deux couronnes céramiques sur la période ou encore à 5 couronnes métalliques. Enfin, en cas de problème médical avéré (ex : prothèses amovibles de plus de 10 dents), ou d'impérieuse nécessité, la prise en charge est totale (sans limite).

Soulignons à nouveau pour finir que les garanties données ci-dessus ne tiennent pas compte du fait que les prix annoncés – pour les couronnes ou les lunettes en CMUC – sont des tarifs opposables. En réalité, la prise en charge de la dépense est intégrale. La véritable question est donc de savoir si les bénéficiaires de la CMUC ont réellement accès à des services de qualité « normale » à ces tarifs.

3. La qualité globale des contrats

3. La qualité globale des contrats

Pour dresser un bilan de l'accès à la couverture complémentaire maladie par milieu social, il est nécessaire d'ordonner les contrats et de porter un jugement plus global sur le niveau de couverture offert. Si les contrats n'avaient qu'une dimension, il serait facile de les hiérarchiser. Cette condition n'étant pas remplie, nous allons chercher, comme pour les données de 1998, à synthétiser l'information dont nous disposons pour comparer leur « qualité », ou plus précisément leurs niveaux de garantie.

Plusieurs précautions s'imposent pour justifier l'usage du terme « qualité » :

1. Tout d'abord, on ne connaît pas le montant des primes payées pour un niveau de garantie donné. Néanmoins, si l'on compare n'importe quels biens de consommation courante (des huiles d'olive de marques différentes par exemple), on peut porter un jugement sur la qualité intrinsèque de chaque produit et, séparément, s'interroger sur le rapport qualité-prix de ces biens. Les deux approches sont intéressantes et répondent à des questions différentes. Pour de nombreuses raisons²⁰, il est difficile de connaître le prix exact des garanties maladies que nous étudions. Toutefois, les enquêtés répondent à la fois sur les niveaux de garantie et sur le rapport qualité-prix perçu (voir plus loin) et la restitution de ces informations nous semble utile.
2. En second lieu, pour les assurés complémentaires, la qualité d'un contrat d'assurance est liée à la réduction de l'incertitude qu'il permet, au fait qu'ils sont plus ou moins « bien » remboursés notamment pour l'optique et le dentaire (voir le baromètre CTIP Credoc 2002 qui montre que les frustrations exprimées sur la qualité des contrats portent sur cet aspect). En parlant de qualité, nous continuons donc à nous placer du point de vue des assurés. En particulier, nous ne portons ni de jugement sur l'impact systémique du niveau des garanties des complémentaires ni sur le rôle qu'elles doivent avoir dans la protection sociale.
3. Enfin, la qualité d'une couverture complémentaire maladie ne s'arrête pas au montant de la garantie proposée mais peu s'étendre à la pratique du tiers-payant, de la prévention, d'examen de devis, etc. Étant donné qu'aujourd'hui l'intervention des OCAM sur le marché des soins reste limitée, nous restons sur l'idée que le service essentiel demeure la garantie des frais de soins de santé.

Dans notre précédent travail, nous avons émis l'hypothèse que deux grands types de logique dans l'agencement des garanties pouvaient exister :

- une logique proportionnelle : si un contrat est « meilleur » qu'un autre, il est « meilleur » dans les mêmes proportions sur toutes les dimensions. Cette logique revient à supposer que les agents choisissent entre des garanties plus ou moins élevées sur l'ensemble des dimensions ;
- la logique dite « taxinomique » qui correspondrait à une répartition des garanties autour d'un nombre peu élevé de configurations traduisant des régularités fortes mais plus complexes dans les préférences des agents. Cette logique revient à supposer que les agents ne font pas que choisir entre des garanties globalement faibles, moyennes ou élevées, mais arbitrent également entre plus d'optique et moins de dentaire ou plus de dentaire et moins d'optique.

Il s'est avéré en 1998 que la seconde logique prévalait et nous avons mis en évidence une typologie en quatre groupes de contrats. Nous avons repris la même démarche, avec une méthodologie légèrement différente que nous présentons plus en détail dans la section 3.1. Au terme de ce travail, nous aboutissons à nouveau à une typologie en quatre groupes de contrats basée sur les garanties optique et dentaire, que nous présentons dans la section 3.2.

²⁰ Temporalité des paiements, nombre de personnes couvertes, part prise en charge par l'employeur, intégration pour l'employeur de la garantie maladie dans l'ensemble de la protection sociale...

3.1. Méthode d'élaboration de la typologie des contrats

Nous présentons ici la méthodologie qui nous a permis d'élaborer la typologie des contrats que nous proposons, puis d'en tester la robustesse. Cette présentation de la démarche se veut intuitive et des encadrés techniques la complètent. Rappelons que nous nous sommes intéressés aux 96 % de contrats pour lesquels on a pu calculer un forfait verres et monture (voir 2.2.2). Nous commençons par montrer comment nous avons testé la logique proportionnelle, puis comment nous avons élaboré la typologie. En troisième lieu, nous montrons comment nous avons évalué la robustesse de nos résultats et nous proposons, pour finir, une comparaison avec les résultats obtenus sur les données de 1998.

3.1.1. Test d'une logique proportionnelle

Dans un premier temps, nous avons cherché à savoir si l'hypothèse d'une logique proportionnelle pouvait être validée. Une telle logique signifie simplement que le degré de la couverture croît de la même manière dans les dimensions optique et dentaire. Sur un graphique plaçant en abscisse la prise en charge dentaire et en ordonnée la prise en charge optique, nous obtiendrions un nuage de points allongé autour d'une droite croissante. La logique proportionnelle se traduirait donc par une corrélation linéaire positive et forte entre les prises en charge dentaire d'une part et optique de l'autre. Si une telle logique ressortait de notre échantillon, nous pourrions facilement imputer une garantie optique (et donc un niveau de « qualité ») aux contrats dont seule la garantie dentaire est connue et inversement.

Le test mis en place montre, d'une façon globale, que plus les garanties optiques augmentent, plus les garanties dentaires ont de chances d'être élevées. Cependant, le nuage des contrats étant très dispersé autour de la droite de régression, cette relation semble trop approximative pour qu'on puisse caractériser chaque contrat en utilisant une seule dimension (cf. Encadré 2 pour plus de détails).

Encadré 2 La logique proportionnelle

Nous commençons par tester une logique « proportionnelle » présidant à l'agencement des couvertures optique et dentaire. Pour ce faire nous calculons un coefficient de corrélation de Pearson. Ces coefficients sont significatifs au seuil de 5 % et de l'ordre de 0,4 en 2000 et 2002 et de 0,5 en 1998. Si on les élève au carré, cela donne une mesure de la proportion de la variabilité de la première variable (par exemple l'optique) qui est « expliquée » par la deuxième variable (le dentaire). Cette mesure s'établit donc entre 0,16 et 0,23, ce qui signifie qu'une faible proportion de la variabilité observée dans les garanties en optique peut être décrite par les garanties en dentaire (et inversement).

Comme ce test du lien linéaire entre deux variables est sensible à des valeurs extrêmes (dites « points aberrants »), nous avons aussi utilisé des méthodes de régression dites « robustes », qui consistent à éliminer ou sous-pondérer ces points aberrants²¹. Les résultats sont équivalents, ce qui nous conduit à utiliser une méthode de classification. Par ailleurs, le lien linéaire subsiste lorsqu'on se restreint à des catégories particulières de contrats : mutuelles, institutions de prévoyance ou assurances privées ; contrats collectifs ou contrats individuels.

²¹ Ce sont respectivement les méthodes du C2 et des moindres carrés repondérés (pour plus de renseignement, cf. Derquenne, 1998).

3.1.2. Méthode de classification des contrats

Pour déterminer si les contrats se regroupent autour d'un nombre limité de catégories, nous utilisons une méthode statistique appelée « classification ascendante hiérarchique ». Elle consiste à regrouper les contrats caractérisés par des niveaux de garantie optique et dentaire proches. Elle permet notamment de déterminer le nombre de catégories ou de « classes » qui rend le mieux compte de la structure de l'ensemble des contrats (cf. Encadré 3).

Pour éviter que ce processus soit brouillé par des artefacts, rappelons que nous avons exclu de l'analyse les contrats dont les garanties sont égales ou supérieures à 566 € pour l'optique et à 627 % du tarif de convention pour le dentaire²². Nous avons également exclu la MGEN, parce que d'une part elle est sur-représentée du fait du recodage des données de tous les bénéficiaires, et que d'autre part elle augmente l'incertitude sur les frontières du fait de son inertie importante (elle regroupe un grand nombre de contrats) et de sa position à la croisée de trois classes²³ (voir Graphique 6 page 53). Le Tableau 9 présente l'impact de ces décisions sur le nombre de contrats effectivement utilisés pour réaliser la classification.

Tableau 9
Bilan du nombre de contrats utilisés pour réaliser la classification

	2000	2002	2000 et 2002
Contrats exploitables	3 421	3 343	6 764
Contrats verres seuls ou monture seule	-124	-88	-212
Nombre de contrats que l'on peut classer	3 297	3 255	6 552
Contrats MGEN (1)	-499	-516	-1 015
Contrats aux bornes (2)	-149	-157	-306
Nombre de contrats supplémentaires (1) + (2)	-648	-673	-1 321
Nombre de contrats utilisés pour classification	2 649	2 582	5 231

Note : les lignes avec des nombres négatifs correspondent à des contrats que l'on retire

Au terme de ce travail, il est apparu qu'une typologie en quatre groupes de contrats permet de rendre au mieux compte de l'information disponible.

Les quatre classes obtenues, que nous étudierons plus précisément par la suite, peuvent être présentées succinctement comme suit :

- Une classe de contrats dits « faibles » qui proposent des garanties peu élevées en optique et en dentaire ;

²² Ceci correspond d'une part aux contrats dont nous avons dû borner les garanties car elles dépassaient le reste à charge après remboursement Sécurité sociale (nous avons vu que ces contrats étaient très peu nombreux), et d'autre part aux contrats dont nous n'avons pas borné les garanties, mais qui couvrent exactement le reste à charge (par exemple, quand un contrat remboursait 100 % des frais réels sans plafond). Au-delà des raisons techniques, cette seconde décision peut aussi être justifiée par le fait que, comme on l'avait déjà mentionné, les experts s'accordent à dire qu'il n'existe pas ou peu de contrats qui remboursent 100 % des frais réels sans plafond et que donc, pour ceux qui entrent dans cette catégorie, l'information sur les niveaux de remboursement est probablement incomplète. En les excluant de la classification, on évite de leur donner un poids trop important.

²³ Ceci a pour conséquence d'accroître l'incertitude qui existe sur les frontières des classes, comme le confirme les résultats du bootstrap. Lorsqu'au hasard des tirages les contrats MGEN se retrouvent dans la classe « forte en optique » ou dans la classe « forte en dentaire », qui ont des effectifs faibles, ils modifient considérablement la structure de ces classes.

- Une classe de contrats dits « moyens » avec des garanties moyennes en optique **ou** en dentaire ;
- Une classe de contrats dits « forts en optique » avec des garanties élevées en optique et faibles ou moyennes en dentaire ;
- Une classe de contrats dits « forts en dentaire » avec des garanties élevées en dentaire et variables en optique.

Les frontières entre les zones et les contrats sont représentées dans le Graphique 6 (page 53).

Encadré 3

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. Le tableau ci-dessous montre ce qui se passe à la fin : lorsqu'on passe de 6 à 5 classes, on perd 2,5 %, de 5 à 4, 3,9 %. Si on élimine encore une classe on perd d'un coup quasiment 8,6 %. C'est ce décrochage qui indique le nombre de classes optimal, en l'espèce, quatre.

Nombre de classes	Information perdue
De 6 à 5	2,5 %
De 5 à 4	3,9 %
De 4 à 3	8,6 %
De 3 à 2	9,0 %
De 2 à 1	68,4 %

Grille de lecture : La première ligne signifie que quand on passe de 6 à 5 classes, on perd 2,5% de l'information

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.

En se restreignant aux seuls contrats de l'enquête 2000, on obtient également, et de manière assez nette, une partition en quatre classes, voisine de celle issues de l'agrégation des contrats de 2000 et 2002 (Graphique annexe 1 et Tableau annexe 5). Par contre, si on se restreint aux contrats de l'enquête 2002, on aboutit spontanément plutôt soit à une répartition en 3 classes (faible, moyenne ou élevée en dentaire, forte en optique) soit à une répartition en 5 classes (faible, moyenne, forte en optique, forte en dentaire, forte à la fois en optique et dentaire). Si l'on impose toutefois une répartition en quatre classes, elle est proche des deux autres (voir Graphique annexe 2 et Tableau annexe 6)

Notons enfin que lorsqu'on introduit les contrats MGEN, on obtient aussi une partition en quatre classes, assez proche de celle décrite ci-dessus mais plus instable.

La répartition en 4 classes étant dominante sur l'ensemble, nous lui consacrons le reste de l'analyse et nous étudions plus précisément les différentes catégories de contrats dans la section 3.2 (à partir de la page 50).

Pour mémoire, nous avons exploré en détail, en 1998, l'hypothèse selon laquelle la complémentaire serait organisée en sous-marchés dans lesquels les garanties seraient agencées selon des logiques différentes. L'idée était qu'on observerait le résultat d'une série de décisions conditionnées les unes par les autres. Si par exemple la première décision est de s'assurer en collectif ou en individuel, on peut concevoir que ces deux « marchés » s'organisent selon des logiques différentes, ne serait-ce que parce que les individus qui bénéficient de l'un ou l'autre type de couverture présentent des caractéristiques différentes. Une autre hypothèse est que les trois types d'intervenants sur le marché, mutuelles, assurances privées et institutions de prévoyance auraient des formes de logiques de branche dans le développement de leurs produits. Le Tableau annexe 7 présente les résultats de ce travail, dont nous n'avons pas dégagé de conclusions de portée suffisamment générale pour les détailler.

3.1.3. Analyse de la robustesse de la classification obtenue

La dernière étape consiste à tester la robustesse de la classification obtenue, autrement dit sa stabilité. Pour ce faire, nous avons utilisé une technique de « bootstrap ». Elle consiste à créer de nouveaux échantillons aléatoires des contrats à partir de l'échantillon disponible et à recalculer une classification sur ces échantillons. Lorsque l'on a répété l'opération un grand nombre de fois (500 en l'occurrence), on regarde avec quelle fréquence on retombe sur une classification proche de celle obtenue initialement (cf. encadré 4).

Cette méthode permet en outre de calculer des intervalles de confiance pour les frontières des classes. En d'autres termes, elle permet de voir à partir de quel moment on peut, connaissant le taux de garantie optique et dentaire d'un contrat, affirmer qu'il appartient à une classe plutôt qu'à une autre sans risque d'erreur élevé.

Imaginons que la classification donne deux groupes de contrats, ceux qui remboursent plus de 300 € par paire de lunettes (les « bons ») et moins de 300 € (les « moins bons »²⁴). Si l'on veut désigner la catégorie à laquelle un contrat appartient, on est amené à dire qu'un contrat remboursant 299 € est « mauvais » et un remboursant 301 € est « bon » (pour un même taux de garantie dentaire). Ceci peut s'avérer surprenant, même si, à grande échelle, c'est vrai puisque la classification détermine ce seuil. La question se pose-t-elle dans les mêmes termes entre deux contrats qui remboursent respectivement 300 € plus ou moins 20 € ? plus ou moins 50 € ? L'intervalle de confiance représente en fait « l'épaisseur » de la frontière entre les classes, la taille du *no man's land*. Plus il est large, plus le fait d'attribuer un niveau de qualité à un contrat de cette zone est délicat.

²⁴ Il s'agit là d'un jugement relatif et d'un exemple caricatural.

Encadré 4

Test de la robustesse des classes par un Bootstrap

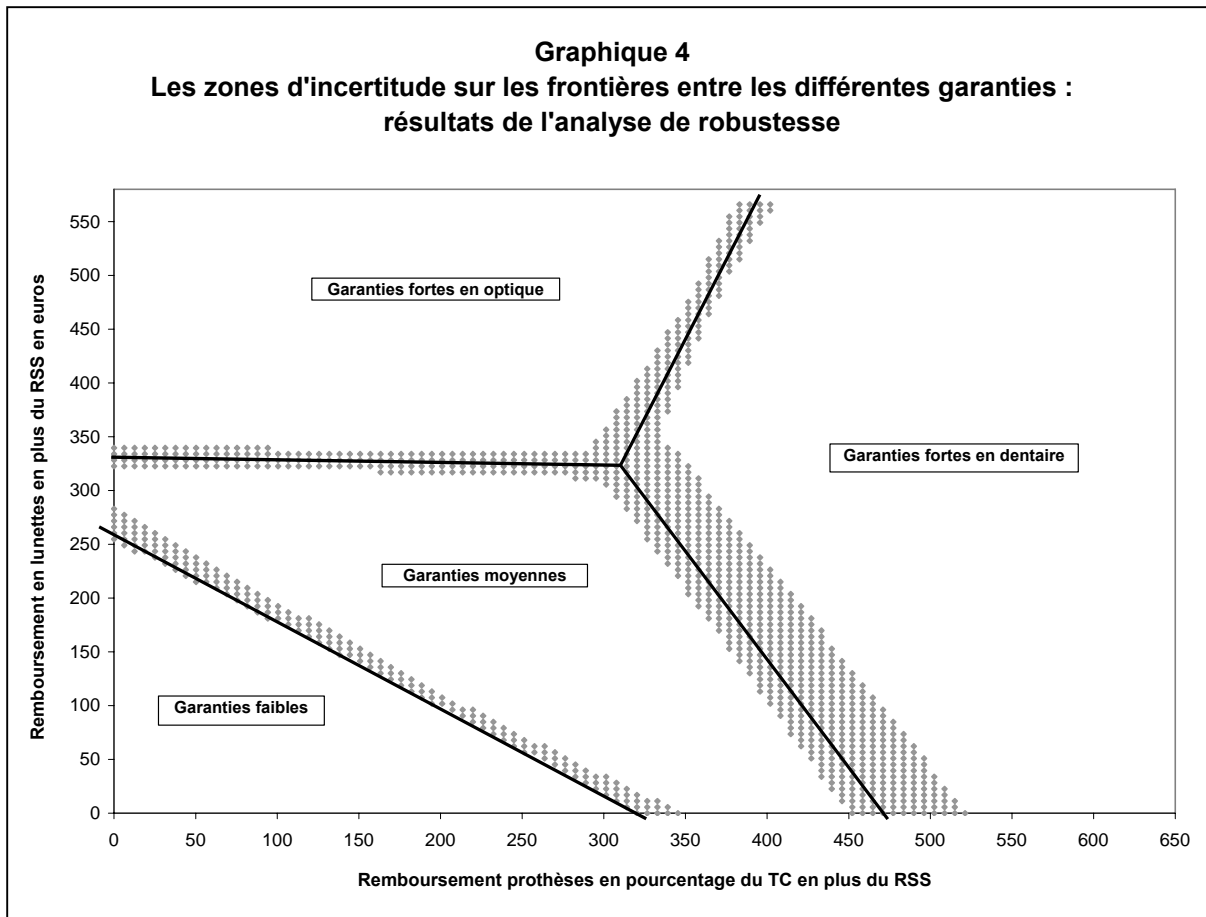
Il est important d'étudier la robustesse de la classification obtenue et de déterminer si les frontières des classes (et même leur nombre) sont sensibles ou non à des modifications aléatoires dans l'échantillon des garanties en optique et en dentaire.

Pour ce faire, on utilise une méthode appelée bootstrap. Cette méthode est souvent employée pour calculer des écarts-types et des régions de confiance sur des statistiques compliquées.

Si on connaissait la loi statistique suivie par les N observations de l'échantillon, on pourrait calculer les écarts-types de n'importe quelle statistique (par exemple une médiane) sur les N observations. Comme on ne la connaît pas, on va essayer de comprendre sa structure au moyen de simulations. A partir des données disponibles, on génère de façon aléatoire, au moyen de tirages avec remise, des séries d'échantillons qui ont la même taille que celui de départ. Pour chaque échantillon tiré, on calcule la statistique qui nous intéresse et dont on cherche à estimer la variabilité. Comme chaque tirage est susceptible de donner une valeur légèrement différente à cette statistique, quand on a réalisé un grand nombre de tirages, on a une meilleure idée de son « comportement » et on peut donc l'estimer avec plus de précision.

Nous réalisons 500 échantillonnages bootstrap de la distribution jointe des garanties en dentaire et en optique. Ceci signifie qu'à chaque échantillonnage, nous tirons avec remise dans la distribution initiale autant de contrats qu'il y en avait dans la distribution initiale. Puis nous réalisons une classification sur l'échantillon obtenu, donc au total 500 classifications. On fait ressortir les points du plan des contrats qui sont recouverts par la même classe dans moins de 90 % des tirages (zone d'incertitude) par opposition à ceux qui le sont dans plus de 90 % des tirages. Au final, ceci nous permet de mieux mesurer la marge d'erreur quand on dessine les frontières entre les classes.

Le Graphique 4 présente le résultat de l'analyse de la robustesse des classes pour les années 2000 et 2002 agrégées. Les zones en gris représentent les zones d'incertitude dans lesquelles il est difficile de statuer sur l'appartenance des contrats à une catégorie ou l'autre. Il apparaît clairement que la zone frontière entre les contrats moyens et les contrats forts se distingue par sa plus forte épaisseur. Ceci ne pose cependant pas trop de problèmes dans la mesure où dans cette zone, la densité de contrats est assez faible comme le montre le Graphique 6 (ce qui peut expliquer justement la plus forte incertitude observée). Les autres frontières sont beaucoup mieux dessinées.



Guide de lecture : les zones hachurées représentent les régions d'incertitude des classes. Chaque point de cette zone est recouvert par la même classe dans moins de 90 % des tirages.

On peut mesurer l'incertitude qui existe sur les classes en calculant la part que représente la zone frontière (le *no man's land*) dans le plan des contrats. En 2000, cette zone frontière représentait 9,7 % du plan contre 20,9 % en 2002²⁵ (la moindre stabilité de la classification en quatre groupes pour cette année, déjà mentionnée en 3.1.2, est ainsi confirmée) et 11,6 % pour les années 2000 et 2002 rassemblées.

Par ailleurs, lorsqu'on ajoute les contrats MGEN, la zone frontière s'agrandit fortement pour occuper une grande part du plan des contrats (60,9 % sur 2000 et 2002 agrégées) : les classifications obtenues sont alors beaucoup moins robustes. En repondérant la MGEN de manière à lui donner un poids plus proche de ce qu'on observe dans la réalité, la zone d'incertitude devient même plus large encore (76,1 % du plan des contrats pour 2000 et 2002 agrégées) ceci pouvant s'expliquer, comme on l'avait déjà signalé par la situation de la MGEN à la croisée de trois classes. Cela confirme à nouveau la nécessité de retirer ces contrats pour réaliser la classification.

3.1.4. Comparaison avec les résultats de 1998

Avant de passer à la présentation plus détaillée des classes de contrats obtenues en 2000-2002, nous allons nous pencher plus précisément sur la comparaison des résultats obtenus sur ces années avec ceux que nous avons publiés sur les données 1998.

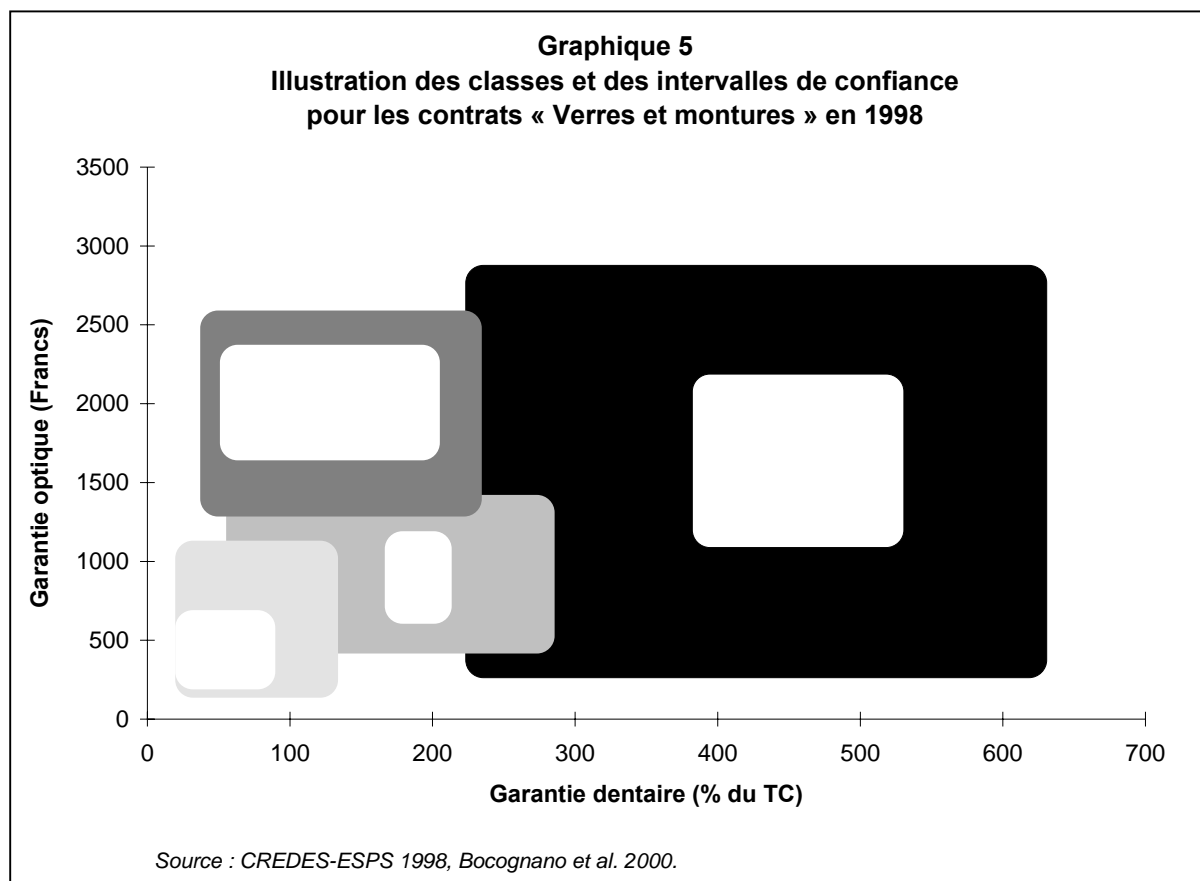
²⁵ Voir pour l'année 2000 et Graphique annexe 4 pour l'année 2002.

Le travail que nous avons réalisé sur les données de l'enquête 1998 diffère de celui présenté ici de plusieurs façons : nous avons modifié un certain nombre d'hypothèses conduisant au calcul des niveaux de garantie en optique et en dentaire, la procédure de classification est différente et enfin, grâce à la modification du mode de recueil et aux recoupements que nous avons effectués, nous avons plus d'information disponible sur les années les plus récentes. Il ne serait donc pas étonnant que nous obtenions des résultats différents.

Pour la classification issue des données de ESPS 1998, rappelons que nous avons identifié les 4 catégories de contrats suivantes :

- faible (sous-entendu faible pour l'optique et faible pour le dentaire) ;
- moyenne en dentaire (sous-entendu assez faible en optique) ;
- forte en optique (et faible ou moyenne en dentaire) ;
- forte en dentaire (tout niveau en optique).

Le Graphique 5, extrait du rapport publié en 2000 et portant sur les données de ESPS 1998, représente ces catégories de contrats. Si on le rapproche du graphique précédent, à première vue, nos résultats sont assez cohérents (les marges d'incertitude avaient été calculées avec beaucoup moins de précisions notamment à cause du plus faible nombre de données).



Guide de lecture : dans ce graphique, les quatre classes sont représentées par quatre séries de deux rectangles emboîtés de manière à mettre en évidence la zone d'incertitude à 10 % des frontières des classes. Le rectangle intérieur représente la surface minimum couverte par la classe et le rectangle extérieur la surface maximum.

Pour pousser plus loin cette comparaison, nous avons :

- d'une part, refait la classification selon la méthode adoptée pour traiter les données des années 2000-2002 à partir des garanties harmonisées telles que nous les avons calculées en 1998 (comparaison I) ;
- d'autre part, repris les données brutes de 1998, en leur appliquant les nouveaux programmes de calcul des niveaux de garantie et de classification mis au point pour exploiter les données 2000 et 2002 (comparaison II).

Ces opérations ont été menées sur les contrats « verres et montures » de 1998 (qui sont les seuls comparables avec ceux des années qui suivent).

La première remarque que l'on peut faire est que dans tous les cas, on obtient quatre classes de contrats et que ces quatre classes correspondent à des logiques d'agencement identiques : faible, moyen, fort en optique et fort en dentaire. Le Tableau 10 détaille cette comparaison.

Tableau 10
Contrat moyen de chaque classe en fonction de la méthode et des données utilisées

	Référence (Bocognano et al, publié en 2000)	Comparaison I	Comparaison II	Résultats 2004 (pour mémoire)
Données Type de contrat en optique	1998 verres et montures	1998 verres et montures	1998 verres et montures	2000-2002
Méthode de calcul des niveaux de garantie optique et dentaire	1998	1998	2000-2002	2000-2002
Méthode de classification	1998	2000-2002	2000-2002	2000-2002
Garanties moyennes en dentaire et optique				
Contrats faibles	52 % du TC ; 79 €	63 % du TC ; 78 €	62 % du TC ; 77 €	95 % du TC ; 84 €
Contrats moyens	171 % du TC ; 134 €	189 % du TC ; 153 €	166 % du TC ; 158 €	228 % du TC ; 239 €
Contrats forts en optique	153 % du TC ; 340 €	147 % du TC ; 343 €	203 % du TC ; 399 €	210 % du TC ; 458 €
Contrats forts en dentaire	439 % du TC ; 300 €	455 % du TC ; 329 €	573 % du TC ; 368 €	522 % du TC ; 367 €
Ensemble des contrats	139 % du TC ; 159€	139 % du TC ; 159€	161 % du TC ; 169 €	194 % du TC ; 207 € Pour les seuls contrats verres et montures : 162 % du TC ; 162 €

Si les garanties semblent donc s'agencer de manière similaire, leurs valeurs moyennes au sein de chaque classe présentent en revanche de nettes différences entre d'une part les données de l'enquête 1998 et d'autre part les données des enquêtes 2000 et 2002 réunies. Mais plusieurs facteurs rendent cette comparaison difficile.

- Tout d'abord, les classifications sur les données 1998 ont été faites sur beaucoup moins de contrats (environ 700 contrats contre 5 000 pour les années 2000 et 2002 réunies) ce qui engendre une incertitude beaucoup plus grande sur la position des frontières de classes. Ainsi, en utilisant la méthode de bootstrap précédemment exposée, on constate que la zone d'incertitude occupe 72,4 % du plan avec les données 1998 contre, rappelons-le, 11,6 % pour les données 2000 et 2002 réunies.

- Ensuite, et peut-être surtout, les classifications sur les données 1998 ne portent que sur des forfaits globaux « verres et monture ». Or, ces contrats sont nettement moins généreux que les contrats qui expriment des garanties verres et montures séparément²⁶. Les résultats de 1998 nous avaient déjà laissés penser que tel était le cas puisque les contrats « verres seuls » avaient une garantie moyenne quasi identique à celle des « verres et montures ». Cette hypothèse est confirmée en 2000-2002 : alors que sur l'ensemble des contrats, la garantie optique moyenne est de 207€ en plus du RSS et la garantie dentaire de 194 % du TC en plus du RSS, sur les seuls contrats qui proposent un forfait global « verres et monture », ces mêmes moyennes ne valent plus que respectivement 162 % du TC et 162 €, ce qui est proche de ce qu'on trouvait en 1998 avec les données recodées selon la méthode 2000-2002.

Au total, ce travail de comparaison, qui n'est finalement qu'une autre forme d'analyse de la robustesse de nos résultats, nous semble donner des résultats satisfaisants.

3.2. Description des quatre classes de contrats

Après avoir présenté de façon plus détaillée les garanties proposées par les différentes classes de contrats, on verra dans quelle mesure la hiérarchie établie est confirmée par les opinions des assurés sur leur couverture. Pour finir, on mettra en lien les niveaux de garantie des contrats et d'autres caractéristiques comme le type d'organisme qui les propose et le mode de souscription.

3.2.1. Les garanties proposées dans les quatre catégories

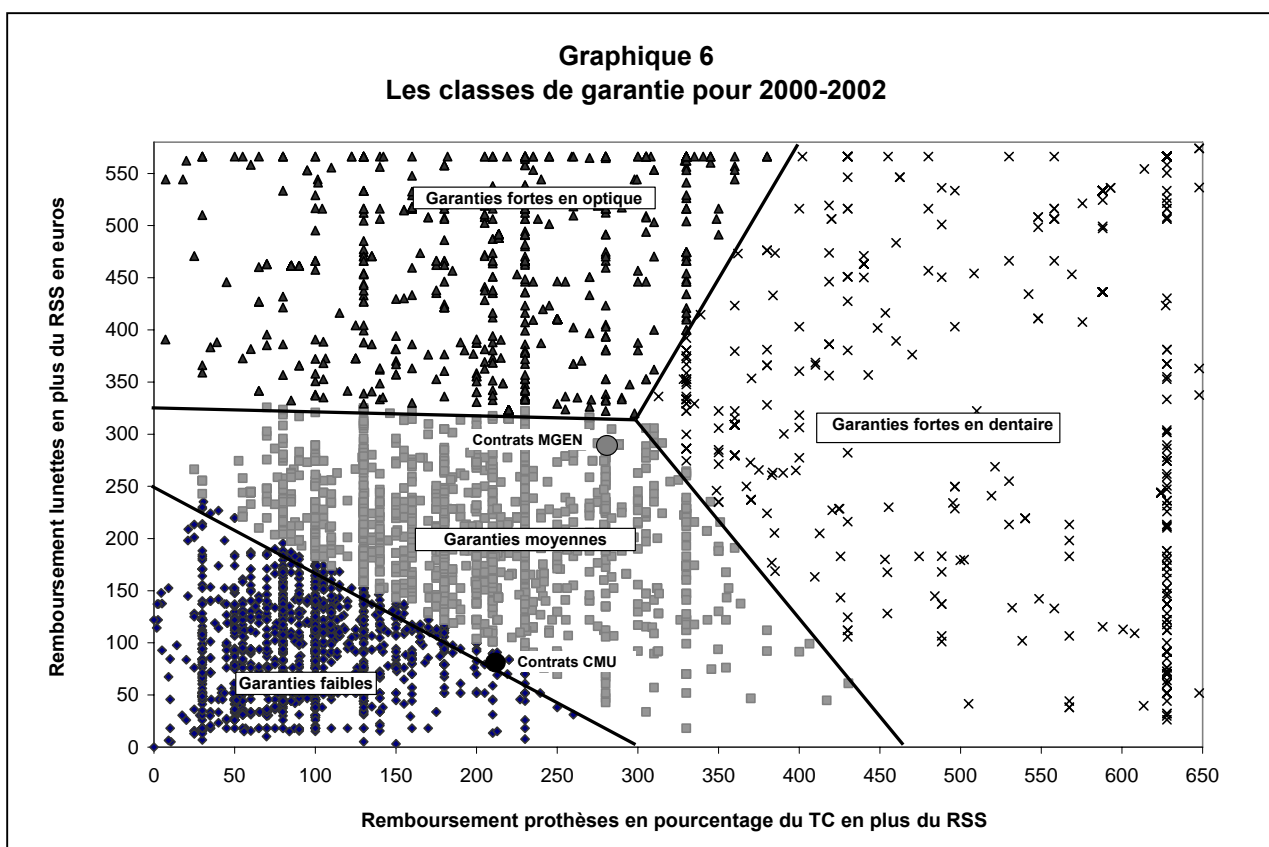
Le Graphique 6 illustre la répartition des contrats en 2000 – 2002. Le remboursement de la prothèse dentaire est donné en abscisse (il est par construction toujours inférieur ou égal à 627 % du TC en plus du RSS²⁷) et celui des lunettes en ordonnée (forfait € en plus du RSS limité à 566 €). Chacun des points du graphique représente donc un contrat et les différentes zones, des groupes de contrats « homogènes » au sens de la classification.

Comme il est facile de calculer leurs coordonnées, les contrats exclus de la construction de la classification peuvent être réintégrés dans le graphique. La MGEN, qui propose une garantie optique de 290 € en plus du RSS et une garantie dentaire de 288 % du TC en plus du RSS²⁸, entre dans la catégorie dite moyenne. De la même façon, les contrats que nous avons bornés aux frais réels sont ré-attribués aux classes les plus proches, c'est-à-dire aux contrats « forts en optique » ou « forts en dentaire ». L'ensemble de ces contrats et des personnes qu'ils couvrent sont intégrés dans la suite de l'analyse.

²⁶ Et le fait que nous choissions des verres complexes et coûteux contribue à mettre en valeur cette différence.

²⁷ Les quelques rares exceptions qui apparaissent sur le graphique sont les contrats dont l'assuré principal était couvert par la CANAM en 2000 : comme il a un remboursement Sécurité sociale moins élevé, dans le cas où leur dépense est totalement prise en charge par la complémentaire, cette dernière lui verse un remboursement légèrement plus élevé « toutes choses égales par ailleurs » que pour un assuré principal affilié au Régime général. Ces contrats font partie des contrats aux bornes non pris en compte lors de la détermination des classes.

²⁸ Ceci correspond à une prothèse céramo-métallique posée dans le cadre du protocole dentaire MGEN (309,75 €).



Guide : les losanges, carrés, triangles et croix symbolisent les contrats. Par ailleurs, les contrats MGEN et CMU, qui n'ont pas été pris en compte lors de la construction des classes, sont représentés par des ronds.

Nous allons maintenant décrire plus précisément les quatre classes de contrats.

1. La classe « **faible** » occupe la zone en bas à gauche du graphique et regroupe près de 40 % des contrats (*cf.* Tableau 11 qui résume les principales caractéristiques des différentes catégories de contrats). Le contrat moyen de cette zone propose une garantie de 95 % du TC en plus du RSS en dentaire et de 84 € en plus du RSS en optique. La frontière de cette zone est une droite décroissante, ce qui signifie intuitivement que, la « somme » des garanties est bornée : si le contrat ne rembourse rien en dentaire, il remboursera au (grand) maximum 260 € en optique et, s'il ne rembourse rien dans cette catégorie, l'assureur versera au (grand) maximum 330 % du TC en plus du RSS. Ces deux cas extrêmes sont évidemment théoriques et les contrats de cette zone proposent plutôt une combinaison de garanties faibles dans chacune des dimensions plutôt que des contrats de type « tout l'un » ou « tout l'autre » (le nuage des points de cette zone est plus épais au centre qu'à proximité des axes). Pour prendre un dernier exemple, les contrats de cette classe remboursant plus 130 % TC en plus du RSS pour une prothèse rembourseront simultanément moins de 150 € en plus du RSS pour une paire de lunettes. Dans tous les cas, les remboursements sont inférieurs à la moitié des restes à charge pour la paire de lunettes et la prothèse dentaire choisies comme référence.

Tableau 11
Principales caractéristiques des catégories de contrat

	Faible en optique et dentaire (1)	Moyen en optique et dentaire (2)	Fort en optique (3)	Fort en dentaire (4)
Effectifs				
% de contrats	39,8 %	42,6 %	10,1 %	7,5 %
% d'individus couverts	38,2 %	40,7 %	11,9 %	9,2 %
Garanties moyennes offertes				
Dentaire (% du TC en plus du RSS)	95 %	228 %	210 %	522 %
Optique (forfait en plus du RSS)	84 €	239 €	458 €	367 €
Pourcentage des contrats remboursant des dépassements d'honoraires chez le spécialiste				
Oui, au moins en partie	60,5 %	62,5 %	81,3 %	82,3 %

2. Les frontières de la classe des contrats dits « **moyens** » ou intermédiaires sont un peu plus difficiles à caractériser. Dans cette zone, qui inclut près de 43 % des contrats, ces derniers proposent des combinaisons de garanties plus élevées que dans la catégorie précédente (en moyenne 228 % du TC en plus du RSS en optique et 239 € en plus du RSS en dentaire). En outre, la garantie optique sera toujours inférieure à 330 €. Toutefois, comme dans le cas précédent, les points restent plutôt concentrés au centre de la zone, ce qui correspond à des contrats intermédiaires dans les deux dimensions. La garantie MGEN se situe parmi les contrats de cette zone les plus généreux en termes de niveau de remboursement. Le « contrat CMU », ou plutôt le contrat fictif qui limiterait ses remboursements aux tarifs opposables de la CMU se situe aussi dans cette classe, mais très proche de la frontière avec la classe des contrats « **faibles** ».

Les deux catégories suivantes sont de nettement plus petite taille et les contrats qui les constituent sont plus épars ; nous verrons d'ailleurs qu'ils sont plus souvent souscrits dans le cadre du collectif obligatoire et donc vraisemblablement construits sur mesure.

3. La classe des contrats dits « **forts en optique** » regroupe 10 % des contrats environ et propose des remboursements plutôt moyens en dentaire, proches de ceux de la catégorie précédente (209 % du TC en plus du RSS), mais offre des garanties optiques nettement plus élevées en moyenne (458 € en plus du RSS).
4. La dernière classe, celle des contrats dits « **forts en dentaire** », regroupe 7,5 % des contrats, ces derniers proposant des remboursements en moyenne nettement plus généreux que la seconde classe en optique (367 € en plus du RSS) et surtout en dentaire (522 € en plus du RSS).

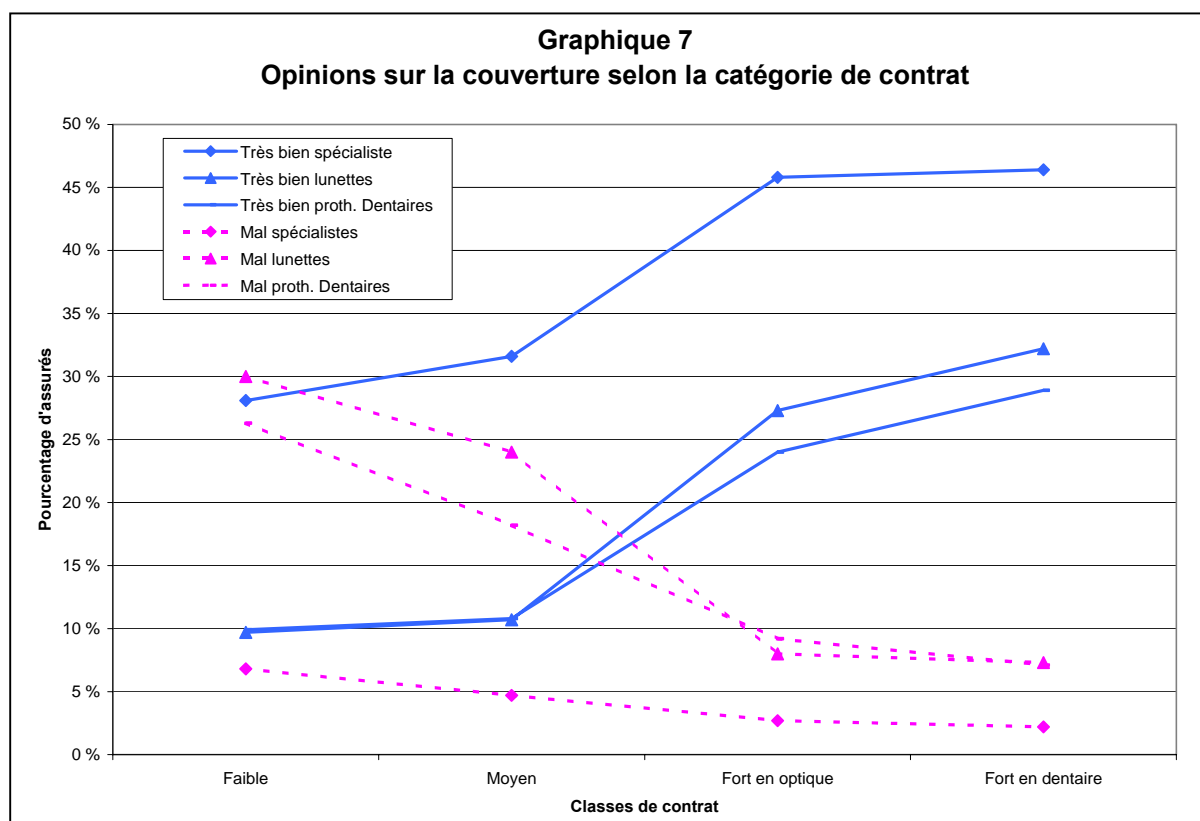
Au total, il apparaît, comme cela avait été le cas en 1998, que la différenciation, c'est-à-dire le choix de faire mieux dans une des dimensions est plus l'apanage des garanties élevées que celui des garanties faibles.

3.2.2. Opinion des assurés sur les garanties et les cotisations

Au vu de l'agencement des classes de contrats, il semble se dessiner une hiérarchie qui se reflète au travers de la terminologie choisie pour les classes : les contrats de la classe « faible » remboursent moins que les contrats de la classe « moyenne », lesquels remboursent moins que les contrats des classes « fort en optique » et « fort en dentaire ». Ces deux dernières classes sont plus difficilement comparables entre elles, même s'il semble que la classe des contrats « forts en dentaire » l'emporte légèrement car elle inclut les contrats qui sont les plus généreux sur les deux dimensions simultanément.

Une première façon de valider notre classement est de le confronter à la qualité ressentie par les assurés principaux²⁹. Dans le Graphique 7, on a placé de gauche à droite les contrats qui, d'après les niveaux de remboursement objectifs dont nous disposons, sont de plus en plus généreux. Quand on passe des contrats faibles aux contrats forts, 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 sont de moins en moins nombreuses (voir Tableau annexe 11 pour les chiffres détaillés). Par ailleurs, la proportion de personnes qui déclarent que leur contrat rembourse au moins partiellement les dépassements d'honoraires chez le spécialiste, augmente quand on passe de la catégorie la plus faible (45 %) à la moyenne (47 %) puis à la forte en optique (63 %) et à la forte en dentaire (66 %)³⁰.

L'ensemble de ces réponses tendraient donc à montrer que le gradient « objectif » qui ressort des données est globalement perçu par les assurés eux-mêmes, même si la différence entre les deux garanties les plus généreuses n'est pas très nette.



²⁹ Seuls les assurés principaux, c'est-à-dire les personnes qui ont souscrit les contrats, donnent leur avis sur la couverture complémentaire.

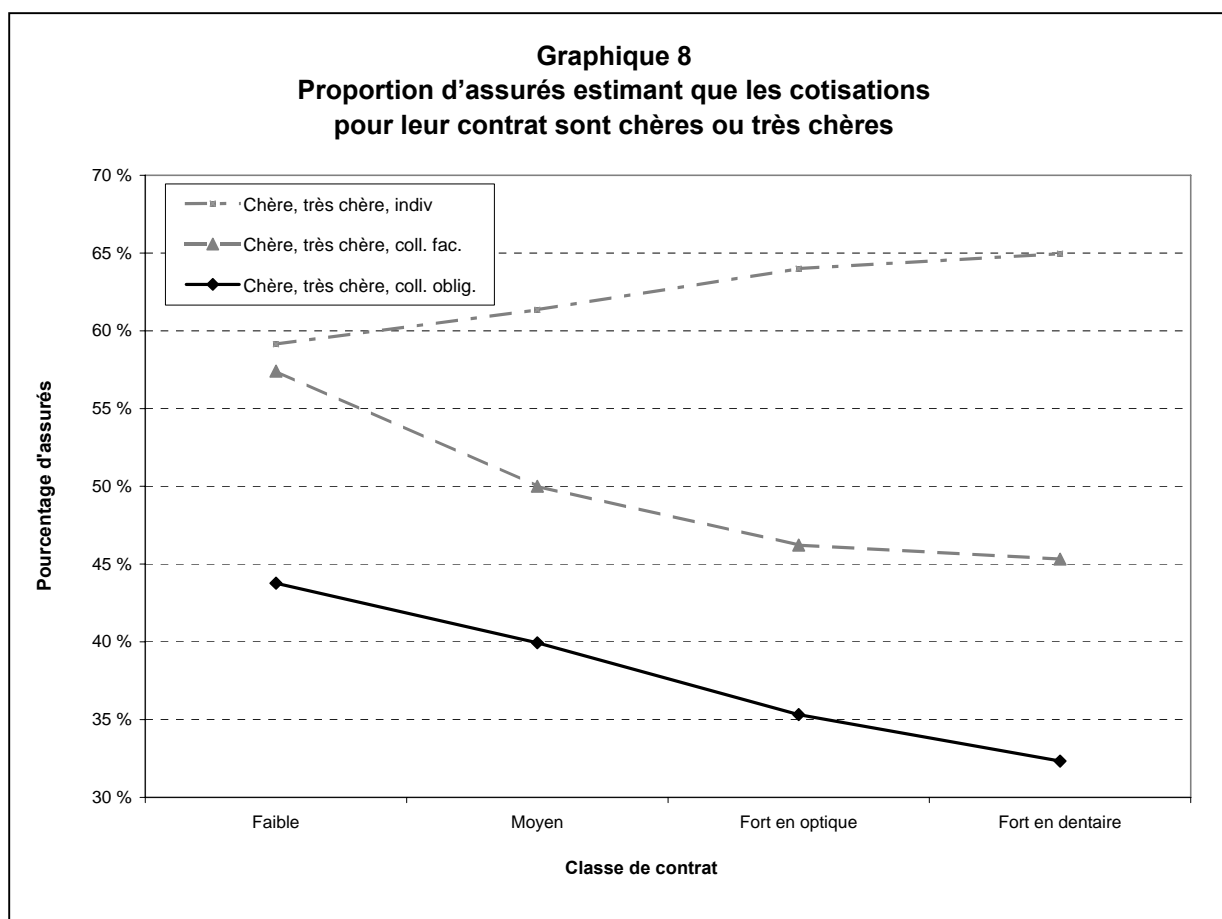
³⁰ Les chiffres publiés dans Question d'Economie de la Santé n° 80 et dans le Tableau 11 de ce rapport excluent les réponses "ne sait pas" à cette question, d'où un taux plus élevé de "oui", mais le classement est le même.

L'opinion des assurés sur le coût des contrats est également intéressante. Cette opinion porte en fait sur le rapport qualité-prix lié au niveau de garantie puisqu'on interroge les individus de la façon suivante : « compte-tenu des remboursements auxquels vous avez droit, les cotisations que vous payez pour ce contrat maladie vous paraissent-elles... très chères, plutôt chères, etc. ». La moitié des personnes répondent que les contrats sont très chers ou plutôt chers, ce taux étant plus élevé parmi les moins bien couverts (55 %) et plus faible parmi les personnes très bien couvertes (40 %). *A contrario*, les personnes mieux couvertes sont plus nombreuses à considérer que leurs contrats sont peu chers. Il se dégage donc de ces réponses l'impression que les personnes objectivement mal couvertes ont le sentiment que les garanties dont ils bénéficient ne sont pas à la hauteur des niveaux de cotisations qu'ils paient et que les bien couvertes ont l'impression inverse. Ceci peut notamment s'expliquer par la prépondérance des contrats d'entreprise dans les classes à garanties élevées, pour lesquels l'employeur participe au financement.

Il est donc intéressant de détailler le lien entre niveau de garantie et opinion sur les cotisations, selon que la couverture est collective obligatoire, collective facultative ou individuelle. Le Graphique 8 ci-après, présentant cette information, fait apparaître deux phénomènes :

- D'une part, comme attendue, la proportion d'assurés estimant leurs cotisations plutôt chères ou très chères augmente en niveau absolu quand on passe des contrats collectifs obligatoires aux contrats collectifs facultatifs puis aux contrats individuels : la courbe des souscripteurs de contrats collectifs obligatoires est, quel que soit le niveau de couverture, en dessous de celle des souscripteurs de contrats collectifs facultatifs qui est elle-même en dessous de celle des souscripteurs de contrats individuels.
- D'autre part, l'évolution de cette proportion relativement au niveau de garantie diffère selon le mode de souscription : pour les personnes couvertes par un contrat collectif obligatoire, la proportion de personnes estimant leurs cotisations très chères ou plutôt chères décroît quand le niveau de garantie augmente, passant de 44 % pour les contrats « faibles » à 40 % pour les contrats « moyens », puis à 35 % pour les contrats « forts en optique » et enfin à 32 % pour les contrats « forts en dentaire ». On observe le même phénomène sur les couvertures facultatives avec 57 % de personnes estimant leurs cotisations très chères ou plutôt chères pour les contrats « faibles », 50 % pour les contrats « moyens », 46 % pour les contrats « forts en optique » et 45 % pour la catégorie des contrats « forts en dentaire ». En revanche, pour les contrats individuels, ces proportions augmentent avec le niveau de couverture passant de 59 % pour les contrats « faibles » à 61 % pour les contrats moyens, à 64 % pour les contrats forts en optique et à 65 % pour les contrats forts en dentaire.

Comment interpréter ces différences ? Si les personnes répondent véritablement en fonction du rapport qualité-prix, ces réponses signifient d'une part que ce rapport qualité-prix n'est pas identique pour tous les niveaux de garantie au sein de chaque marché et, d'autre part, qu'il ne varie pas de la même façon d'un marché à l'autre quand le niveau de garantie augmente. En individuel, le rapport qualité-prix se dégrade quand le niveau de qualité augmente, ce qui pourrait refléter le fait que les OCAM font payer très chers les contrats individuels généreux, probablement pour lutter contre l'auto-sélection (c'est-à-dire le fait que les personnes souscrivent des contrats lorsqu'elles ont des besoins élevés). *A contrario*, en collectif, les assurés ont le sentiment que mieux ils sont couverts, meilleur est le rapport qualité-prix. Soit il s'agit là effectivement d'une caractéristique du marché collectif, moins soumis à l'auto-sélection, soit cela reflète le fait que le financement par l'employeur est systématiquement meilleur pour des niveaux de couverture élevés et que donc le rapport qualité-prix (ou plus précisément « prix payé par les employés ») est très bon quand les contrats sont généreux.



3.2.3. Mode de souscription et organisme gestionnaire

Que peut-on dire sur les types d'OCAM auprès desquels les différentes catégories de contrats sont souscrites ?

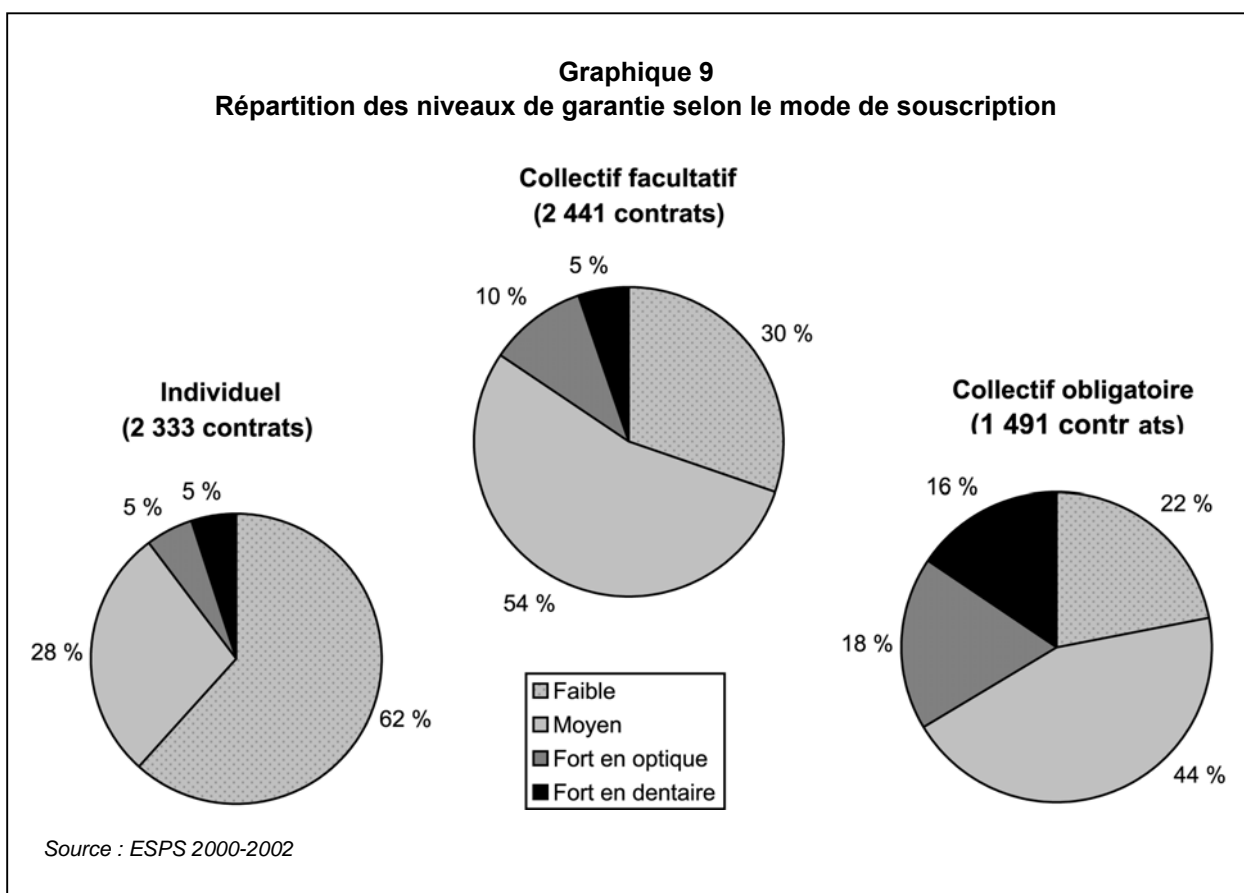
Dans l'échantillon des contrats classés, les contrats des mutuelles représentent 65 %, ceux des assurances 19 % et ceux des institutions de prévoyance environ 16 % (cf. Tableau annexe 10)³¹.

Les mutuelles sont nettement sur-représentées dans la classe des contrats « moyens » (77 % vs 65 % dans l'ensemble des contrats), phénomène expliqué en partie par la présence de la MGEN dans ce groupe, et elles sont clairement sous-représentées dans la classe des contrats forts en optique et surtout dans celle des contrats forts en dentaire (respectivement 53 % et 41 % vs 65 % dans l'ensemble des contrats). Alors que les contrats d'assurance représentent 19 % de l'échantillon des contrats, on les trouve sur-représentés dans les deux meilleures catégories en termes de taux de garantie (24 % dans les deux cas), mais aussi dans la plus mauvaise (24 % également). Les institutions de prévoyance sont quant à elles les plus sur-représentées dans la catégorie des contrats forts en optique et surtout dans celle des contrats forts en dentaire (respectivement 22 % et 35 % vs 16 % dans l'ensemble des contrats).

³¹ Dans les enquêtes 2000 et 2002 réunies et en tenant compte des contrats dont les garanties n'étaient pas exploitables, les contrats des mutuelles représentent 61 %, ceux des institutions de prévoyance 16 % et ceux des assurances 23 %. La différence de structure s'explique notamment par la plus grande facilité que nous avons eu à retrouver de l'information sur les contrats de grosses mutuelles mais ne demeure pas trop éloignée de la réalité en termes de parts de marché (Tableau annexe 3).

En ce qui concerne le mode de souscription, rappelons que notre analyse est basée sur la perception par les individus du caractère individuel ou collectif, obligatoire ou non de la couverture. Non seulement cette information ne semble pas connue de tout le monde (30 % des personnes ne savent pas répondre), mais en outre, elle ne correspond pas forcément à la réalité juridique³². Parmi les personnes qui répondent et dont on connaît le niveau de garantie, environ un quart déclare être couvert à titre obligatoire, 35 % à titre facultatif, le restant se déclarant couvert à titre individuel.

Comme le montre le graphique 9, le niveau des garanties proposées varie fortement avec le mode de souscription des contrats. Alors que 62 % des contrats individuels proposent des niveaux de garantie faibles, cette proportion n'est que de 30 % en collectif facultatif et même de 22 % en collectif obligatoire. A l'opposé, les garanties élevées deviennent de plus en plus fréquentes quand on passe de l'individuel (10 %) au collectif facultatif (15 %) puis obligatoire (34 %).



Pour mettre en perspective cette analyse en termes de marché, nous avons réparti les contrats en croisant trois variables : le mode de souscription (collectif ou individuel), le type d'OCAM et le niveau de garantie (Graphique 10).

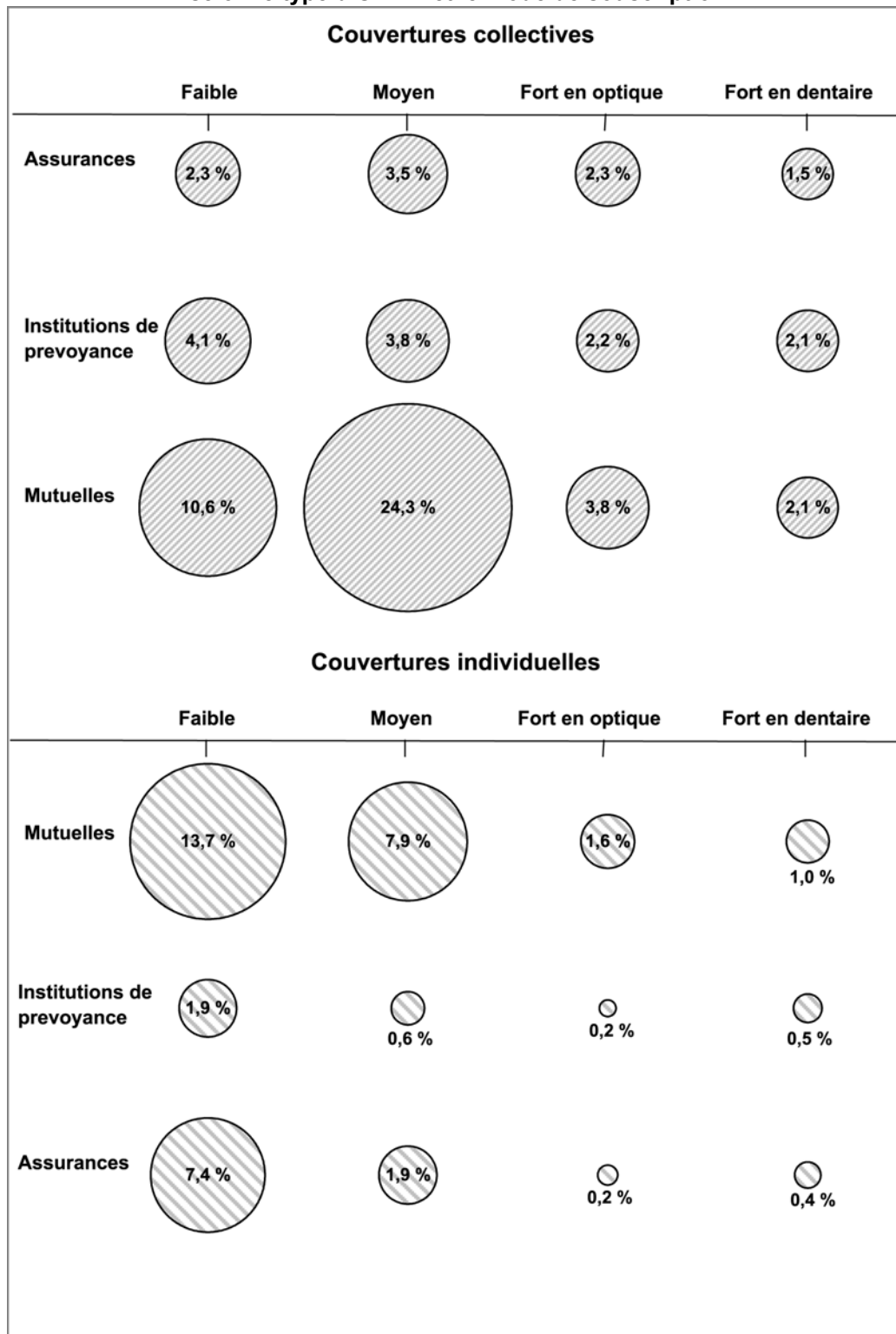
Ce graphique reflète un certain nombre de faits connus comme par exemple la prépondérance des mutuelles sur le marché de la complémentaire et la quasi-absence des institutions de prévoyance en individuel, mais il permet aussi d'aller plus loin.

³² Ainsi, sur nos données 2000-2002, 13 % des adhérents de la MGEN déclarent être couverts à titre individuel, 18 % par un contrat obtenu par le biais de leur administration à titre obligatoire et 69 % à titre facultatif.

Pour les couvertures collectives, on constate que l'essentiel des contrats est de niveau moyen et que ce créneau est largement occupé par les mutuelles. Les institutions de prévoyance et les assurances se répartissent de manière à peu près équivalente sur les quatre niveaux de garantie. Ceci dit, en collectif, les deux niveaux de garantie les plus élevés sont offerts à proportion quasi égales par les trois types d'organismes.

En individuel, la part la plus importante des contrats se situe plutôt du côté des garanties faibles, qui sont souscrites auprès des mutuelles et des assurances. De façon générale, plus le niveau de garantie augmente, plus le nombre de contrats souscrits diminue et ce mouvement est le plus net pour les mutuelles. Même si les chiffres sont probablement trop faibles pour être significatifs (il peut s'agir de réponses erronées, certaines personnes pouvant penser que leur contrat est individuel alors qu'il est collectif et facultatif), on observe une légère « remontée » des assurances et des institutions de prévoyance parmi les contrats individuels les plus généreux. Comme ce type de contrat est fréquemment proposé dans le cadre de l'entreprise, nous nous sommes demandés s'il ne pourrait s'agir d'anciens contrats collectifs que les personnes auraient conservés, comme la loi Evin le permet, une fois qu'elles ont quitté leur emploi. Cette hypothèse semble difficile à vérifier de façon détaillée, mais il semble que les détenteurs de ces contrats individuels sont plutôt des actifs employés, *a priori* peu concernés par cette possibilité. Il s'agirait donc plutôt de contrats individuels choisis par les assurés dans l'offre disponible.

Graphique 10
Mise en perspective : répartition du marché des contrats entre niveaux de garantie selon le type d'OCAM et le mode de souscription



Guide de lecture : 24,3 % des contrats sont souscrits par l'intermédiaire d'une mutuelle, en collectif et ont un niveau de garantie moyen.

4. Une analyse des caractéristiques sociodémographiques et médicales par niveau de couverture

4. Une analyse des caractéristiques sociodémographiques et médicales par niveau de couverture

En se fondant sur la typologie exposée dans la partie 3, nous sommes désormais en mesure de relier les niveaux de garantie et les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés.

Les classes précédentes définissent quatre groupes d'individus : les « faiblement couverts », les « moyennement couverts », les « fortement couverts en optique » et les « fortement couverts en dentaire ». Pour tenir compte de l'ensemble des situations possibles vis-à-vis de l'assurance maladie complémentaire, il convient d'ajouter deux autres classes : la population couverte par la CMU complémentaire et la population ne bénéficiant d'aucune couverture complémentaire. Pour cette dernière, le niveau de couverture complémentaire est nul.

Ces six classes ayant été définies, nous avons envisagé deux approches pour décrire la couverture dont bénéficie la population :

- La première consistait à ne s'intéresser qu'aux assurés principaux des contrats de droit privé (c'est-à-dire non souscrits par l'intermédiaire de la CMU). Une telle approche se justifie si l'on cherche à expliquer les niveaux de garantie choisis en fonction des caractéristiques du souscripteur. Par contre, elle est difficilement généralisable à l'ensemble de la population étant donné qu'il n'est pas évident de trouver des personnes faisant office d'assurés principaux parmi les non-couverts et les personnes couvertes par la CMU complémentaire.
- La seconde consistait à étudier la couverture de l'ensemble de la population, autrement dit d'une part à intégrer les ayants-droit dans l'analyse et d'autre part à ajouter les populations qui ne sont pas couvertes par des contrats de droit privé, autrement dit les personnes couvertes par la CMU et celles qui n'ont aucune couverture complémentaire.

Nous adoptons plutôt cette seconde approche³³ car elle nous permet d'étendre notre analyse à l'ensemble de la population. Nous allons ainsi commenter dans cette section des résultats sur l'ensemble de la population. Les profils détaillés des assurés principaux sont néanmoins présentés en annexe (voir tableaux annexes 8 et 9).

4.1. Caractéristiques sociodémographiques

Il existe tout d'abord une opposition importante entre, d'une part, les personnes couvertes par un contrat « classique » et, d'autre part, les personnes non couvertes et les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire.

Les bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMUC) forment une catégorie à part du fait des conditions de ressources nécessaires à l'obtention de ce type de couverture. Elles sont ainsi en général dans une situation sociale précaire : on compte une écrasante majorité de bas revenus (si on ne tient compte que des répondants, 85,2 % ont moins de 690 € par unité de consommation). Les personnes vivant dans un ménage dont le chef de famille est divorcé, chômeur, inactif, ouvrier non qualifié ou salarié en contrat à durée déterminée y sont en proportion beaucoup plus importante que dans l'ensemble de la population. C'est par ailleurs une population très jeune (47,4 % de moins de 25 ans) et très féminisée (56,4 % de femmes). Les caractéristiques de ces individus sont décrites plus en détails dans plusieurs publications de la DREES et du CREDES³⁴.

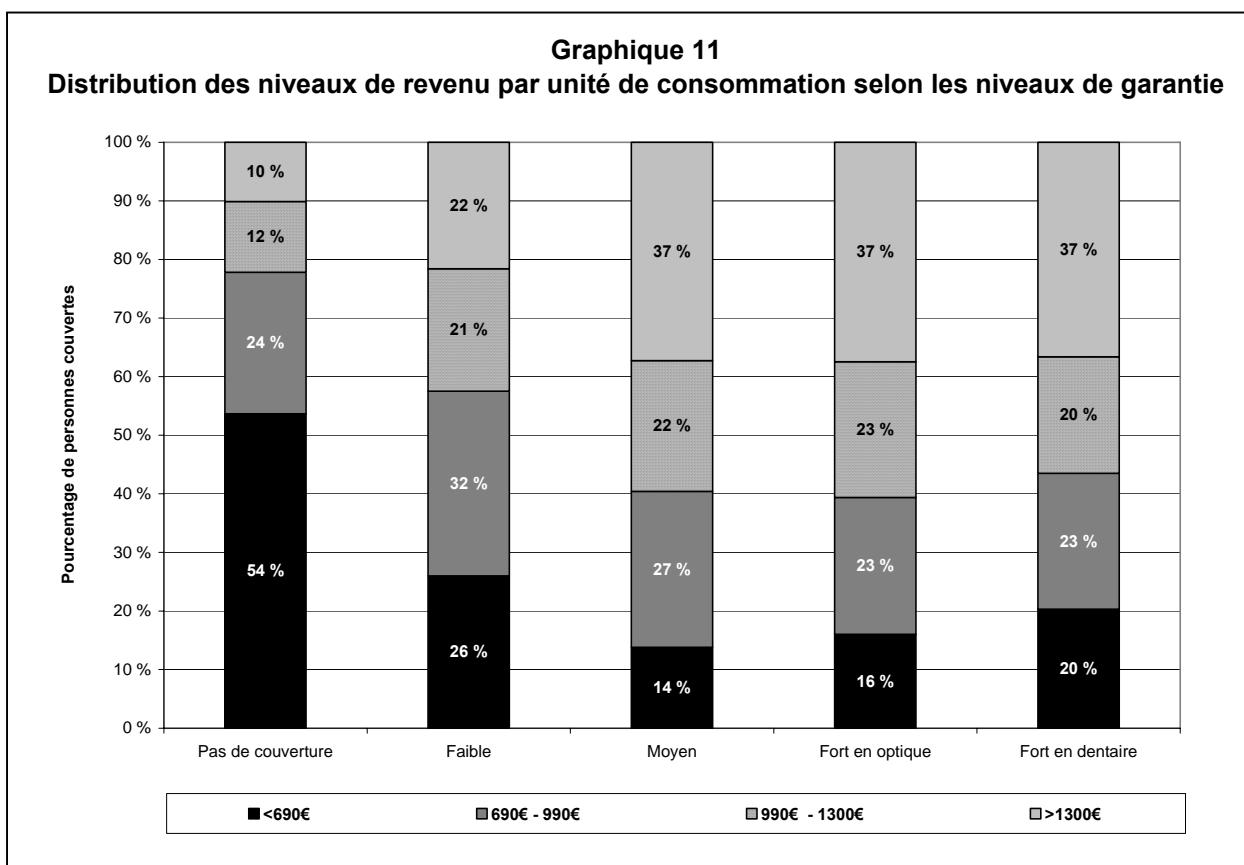
³³ Les deux approches donnent d'ailleurs des résultats voisins.

³⁴ Voir par exemple Philippe Le Fur et Marc Perronnin « L'état de santé des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire en 2002 », Questions d'économie de la santé n° 76, série Résultats, décembre 2003 ; Bénédicte Boisguérin « Etat de santé et recours aux soins des bénéficiaires de la CMU – Un impact qui se consolide entre 2000 et 2003 », Etudes et Résultats, numéro 294, mars 2004.

Les effectifs et le profil sociodémographique de la classe des non-couverts ont été modifiés suite à la création de la CMU complémentaire. Le poids de cette classe dans la population totale a diminué (9 % en 2000, 8 % en 2002 contre 12 % en 1998 en comptant les bénéficiaires de l'AMG). 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 (si on ne tient compte que des répondants, 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). Notons que les non-couverts sont majoritairement des hommes (54,2 % contre 48,7 % parmi les couverts) avec à la fois un peu plus de jeunes et de personnes âgées que dans la population des couverts (respectivement 36,9 % de moins de 25 ans contre 34,8 % dans la population des personnes couvertes et 13,2 % de personnes de plus de 65 ans contre 10,3 % dans la population des personnes couvertes).

Sur l'ensemble de la population étudiée, on constate que si les non-couverts ont une situation sociale moins précaire que les bénéficiaires de la CMU complémentaire (CMUC), leur situation demeure néanmoins plus mauvaise que celle des personnes couvertes par un contrat de droit privé.

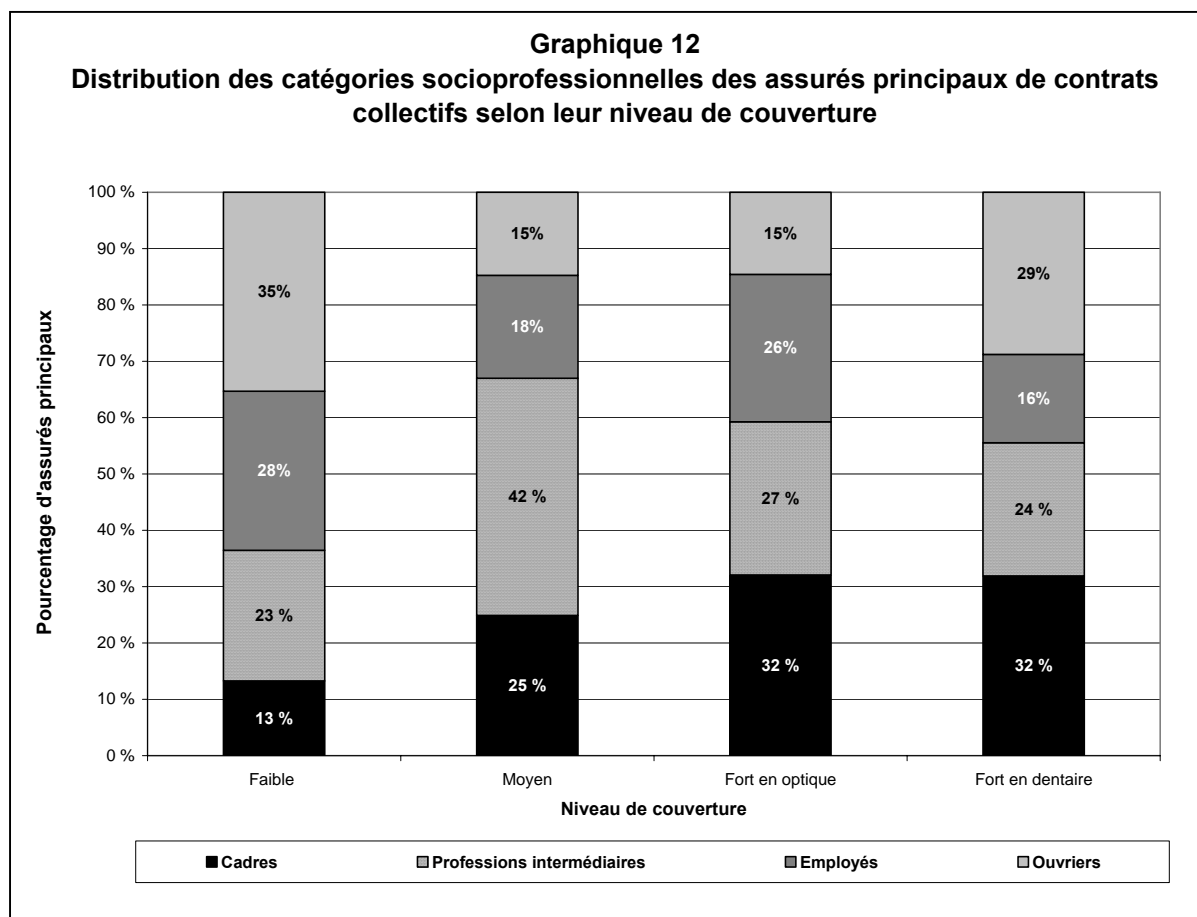
Plus précisément, le niveau socio-économique des individus s'élève quand on passe des non-couverts aux bénéficiaires de contrats faibles, puis des bénéficiaires de contrats faibles à ceux de contrats moyens. En revanche, les bénéficiaires des garanties moyennes et fortes appartiennent à des niveaux sociaux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



Ainsi, la proportion des personnes ayant moins de 690 € par unité de consommation est de 54 % chez les non-couverts, contre 26 % chez les faiblement couverts et au plus 20 % dans les autres classes (Graphique 11 et Tableau annexe 13 qui présente l'ensemble des résultats³⁵).

On retrouve une configuration similaire quand on observe la profession et la catégorie sociale. La proportion de personnes vivant dans un ménage d'ouvriers passe de 52 % chez les non-couverts à 41 % chez les faiblement couverts et moins de 32 % dans les autres classes de personnes couvertes ; à l'opposé, la proportion de cadres passe de 9 % chez les non-couverts, à 14 % chez les faiblement couverts et à plus de 27 % dans les autres classes de personnes couvertes (Tableau annexe 13).

Le gradient social ne se prolonge pas de manière nette sur les classes de personnes mieux couvertes : on trouve plus de faibles revenus et beaucoup plus d'ouvriers qualifiés dans la classe des fortement couverts en dentaire que dans la classe des fortement couverts en optique et dans la classe des moyennement couverts. Si de plus on ne s'intéresse qu'aux assurés principaux (Graphique 12 et Tableau annexe 12) des contrats collectifs, on constate même que les assurés ouvriers sont nettement sur-représentés parmi les contrats forts en dentaire.



Cette situation, qui diffère de celle observée sur les données de 1998 où le gradient s'étendait sur toute la gamme des couvertures, nous a conduits à effectuer un certain nombre de vérifications sur nos données (voir Encadré 5) ; celles-ci nous ont confortés dans l'idée que les résultats présentés ici sont plus conformes à la réalité.

³⁵ Les proportions données dans le tableau en annexe incluent les non-réponses, contrairement aux chiffres présentés ici qui sont calculés sur les répondants afin de faciliter la comparaison.

Encadré 5 **Vérifications effectuées autour du gradient social**

Sur les années 2000 et 2002, le profil sociodémographique des classes est différent de celui trouvé en 1998 où plus les personnes avaient un contrat généreux en termes de garantie, plus elles avaient de chances d'avoir un niveau socio-économique élevé. Sur les nouvelles données, si on observe bien un plus grand nombre de bas revenus parmi les personnes faiblement couvertes, on n'observe en revanche pas de gradient social sur les autres classes. En particulier, les ouvriers qualifiés sont sur-représentés dans la classe des « forts en dentaire ». De plus, la proportion de bas revenus est plus élevée dans cette classe que dans la classe des garanties « moyennes » et celle des « forts en optique ».

Un premier responsable identifié : un contrat recodé ?

Sur 491 contrats de la classe dite des « forts en dentaire », 72 (15 %) sont souscrits auprès de Pro BTP. Or, ce contrat figure parmi ceux redressés (lorsque le nom de l'option était précisé par l'enquêteur). Deux questions se posent : n'y a-t-il pas d'erreur dans le recodage ? Y a-t-il un biais significatif dû au fait qu'on a recodé certains contrats et pas d'autres ?

a) La recherche d'erreurs parmi les contrats PRO-BTP dans le programme de correction.

Le doute était d'autant plus grand que pour des individus ayant souscrit la même option (il y en a 4 au total), on trouvait des niveaux de garantie différents. En fait, après avoir vérifié au cas par cas la table donnant les valeurs saisies, les étapes de calcul puis le résultat final, ces variations s'expliquent par les faits suivants :

- tous les individus ne sont pas au même régime de base (donc, la complémentaire pour une garantie donnée intervient plus ou moins) ;
- certaines options dont on pensait qu'elles étaient identiques (« option 2 », « opt 2 ») sont en fait différentes.

Une erreur a tout de même été détectée dans le calcul de la garantie pour les montures de l'option 3 mais elle avait plutôt tendance à conduire à une sous-évaluation des garanties et n'a pas permis en conséquence de résoudre notre « problème ».

b) L'élimination dans les classes des contrats corrigés

Pour vérifier de façon plus globale que les recodages n'étaient pas à la source des différences observées, on a ensuite retiré toutes les personnes dont les contrats avaient été recodés. Bien évidemment, les résultats changent : on trouve beaucoup moins de fonctionnaires dans la classe des garanties moyennes, et moins d'ouvriers qualifiés dans la classe des contrats « forts en dentaire ». Mais ils demeurent toujours plus représentés dans cette classe que dans les classes « moyenne » et « forte en optique », de même que les bas revenus.

Recherche vers le biais de non-réponse

Nous avons ensuite à nouveau vérifié le profil des personnes dont le contrat est exploitable, celui des personnes dont le contrat n'est pas exploitable et le profil sur la population totale des personnes couvertes. On remarque que les ouvriers qualifiés sont sous-représentés parmi les personnes dont le contrat est exploitable et sur-représentés chez les personnes dont le contrat n'est pas exploitable. Ce biais va dans le sens inverse de celui qui nous préoccupe donc nous pouvons penser qu'il est alors plutôt sous-estimé.

Les ouvriers qualifiés et les institutions de prévoyance

Les ouvriers qualifiés sont très sur-représentés (28 % contre 19 % en population générale) parmi les personnes couvertes par une institution de prévoyance. Or, les institutions de prévoyance ont tendance à offrir de meilleures garanties. Ils sont très sur-représentés dans la classe des forts en dentaire, ce qui se vérifiait déjà en 1998. La question qui se pose est donc « pourquoi ne trouve-t-on pas les mêmes résultats qu'en 1998 concernant les verres et monture ? ».

Retour vers les résultats de 1998

Pour explorer l'ensemble des différences entre 1998 et 2000-2002, nous avons enfin refait tourner la méthode de classification de 2000-2002 sur les seules données « verres et montures » de 1998 (voir section 3.1.4). Les valeurs d'inertie conduiraient plutôt à sélectionner trois classes. Cependant, si on force à quatre classes, on retrouve à peu près le même découpage qu'en 1998. Par contre, on observe sur cette classification de nouveau une sur-représentation des ouvriers qualifiés et plus de bas revenus dans la classe « fort en dentaire ».

.../...

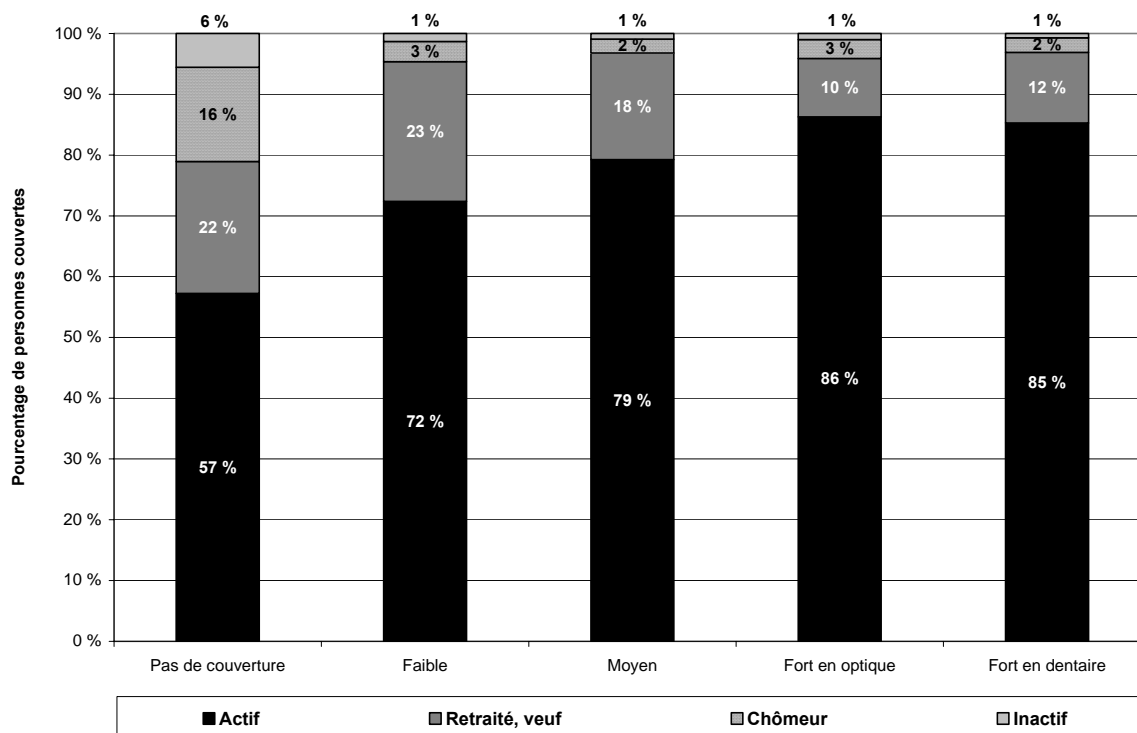
.../...

Le coupable est identifié : lors du traitement des données de 1998, les contrats avec des forfaits « verres seuls » et ceux avec des forfaits « verres et montures » avaient été classés séparément puis les résultats avaient été agrégés pour observer le profil sociodémographique des assurés : les contrats qui avaient un niveau n avaient été regroupés, qu'ils soient de type « verres seuls » ou de type « verres et monture ». Le fait de mélanger ces deux types de contrats avait gommé la différence qui existait déjà. D'ailleurs, si on reprend la classification de 1998 en ne gardant que les contrats « verres et monture » et qu'on étudie le profil sociodémographique de la classe des forts en dentaire, on observe (mais les données sont très peu nombreuses) un résultat proche de celui de 2000-2002. Alors que les ouvriers non qualifiés sont sous-représentés dans la classe des forts en dentaire lorsqu'on prend l'ensemble des contrats, ils sont sur-représentés quand on prend les seuls contrats « verres et monture » de 1998 (19 % vs 17 % en moyenne dans la population). De même, la proportion de bas revenus remonte quand on passe de la classe des « forts en optique » à la classe des « forts en dentaire ».

Les contrats collectifs permettent donc à des ménages d'ouvriers, à revenus assez faibles, de disposer d'une complémentaire de qualité. L'accès aux niveaux de garantie élevés ne semble donc pas tant dépendre du milieu social que de la capacité à bénéficier d'un contrat collectif.

Ceci est confirmé par le fait que le niveau de garantie dépend assez nettement de l'intégration professionnelle des chefs de ménage. Par exemple, parmi les ménages dont le chef est salarié, la proportion de personnes en CDI est beaucoup plus faible chez les non-couverts (75 %) que chez les personnes couvertes : environ 93 %, quel que soit leur niveau de couverture. Cette opposition couvert / non-couvert, liée à la situation sur le marché du travail, se retrouve quand on observe l'occupation professionnelle du chef de ménage (Graphique 13). Le premier clivage oppose en effet les personnes qui sont actives salariées et les autres : chômeurs et inactifs sont beaucoup plus nombreux parmi les non-couverts (respectivement 15 % et 6 %) que parmi les couverts où ils représentent respectivement 3 % et moins de 1 %. Pour le reste, la principale différence que l'on observe oppose les retraités sur-représentés dans les classes de garantie faible et moyenne, et les actifs, sur-représentés dans les deux classes de garanties élevées. Enfin, les personnes vivant dans des ménages dont le chef de ménage est actif non-salarié (agriculteur, artisan, commerçant) sont sur-représentées parmi les non-couverts et les « faiblement couverts ».

Graphique 13
Distribution de l'occupation professionnelle des chefs de ménage
pour les différents niveaux de garantie



NB : Pour faciliter la lecture, sont exclus les inconnus et les étudiants, très peu nombreux.

Concernant les caractéristiques plus démographiques, on remarque que la proportion de personnes dans un ménage dont le chef de famille a moins de 25 ans passe de 2,4 % pour les non-couverts à 1,2 % pour les faiblement couverts, 1,3 % pour les moyennement couverts, 0,5 % pour les fortement couverts en optique et 0,4 % pour les fortement couverts en dentaire. Par ailleurs, la proportion de personnes vivant dans un ménage dont le chef de famille vit en couple augmente, passant de 76,3 % pour les non-couverts à 87 % pour les faiblement couverts, 90 % pour les moyennement couverts, 92 % pour les fortement couverts en optique et 94 % pour les fortement couverts en dentaire. La proportion de personnes vivant dans un ménage dont le chef de famille est divorcé, séparé ou veuf, diminue passant de 15 % à 8 % puis 6 %, 4 % et enfin 3 %, ceci pouvant s'expliquer par le fait que la personne peut ne plus bénéficier de la complémentaire du conjoint (elle perd la possibilité de cumuler plusieurs garanties voire d'avoir accès à une couverture) ou par le fait que la séparation et la mauvaise couverture ont une cause commune, la précarité sociale par exemple.

4.2. État de santé et recours aux soins

Pour décrire l'état de santé, nous disposons de trois indicateurs synthétiques : le risque vital, l'invalidité³⁶ et la note auto-attribuée sur une échelle allant de 0 à 10. Pour décrire le recours aux soins, nous utilisons les déclarations de l'enquêté concernant le port de lunettes, de prothèses dentaires ou la consultation d'un dentiste à titre préventif au cours des 12 derniers mois. On ne décrira pas en détail l'état de santé et le recours aux soins des bénéficiaires de la CMU complémentaire, ce sujet ayant fait l'objet d'une récente publication du CREDES³⁷. On rappellera juste qu'à âge et sexe comparables, leur état de santé est moins bon que celui du reste de la population et qu'ils recourent moins aux soins.

Concernant l'état de santé, on observe qu'il y a assez peu de différences entre les catégories et qu'elles opposent surtout les personnes non couvertes aux personnes couvertes par une complémentaire non CMU : 6,1 % des personnes non couvertes subissent une gêne très importante dans leur vie quotidienne contre 2,7 % en moyenne pour les personnes couvertes (avec des proportions variant de 3,5 % pour les faiblement couvertes à 1,8 % pour les fortement couvertes en dentaire) et 5,7 % ont un pronostic vital mauvais contre 3,1 % en moyenne pour les couverts (avec des proportions allant de 3,5 % pour les faiblement couverts à 2,4 % pour les fortement couverts en optique). Les non-couverts sont 12,1 % à déclarer avoir perdu toutes leurs dents ou presque contre 7,4 % pour les couverts (avec des proportions allant de 9,6 % pour les faiblement couverts à 4,6 % pour les fortement couverts en optique)³⁸.

Cet état de santé légèrement plus dégradé est également reflété au travers de la note subjective puisque 18 % des non-couverts se donnent une note mauvaise (inférieure ou égale à 6) contre 11 % des couverts (avec des proportions allant de 13 % pour les faiblement couverts à 8 % pour les fortement couverts en optique). Au-delà de ces légères différences, qui tiennent pour partie à la plus grande proportion de personnes âgées dans ce groupe³⁹, mais aussi probablement aux différences d'état de santé corrélées à l'intégration sur le marché du travail, 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 (voir Graphique 14, ci-après) on constate par contre 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 à 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.

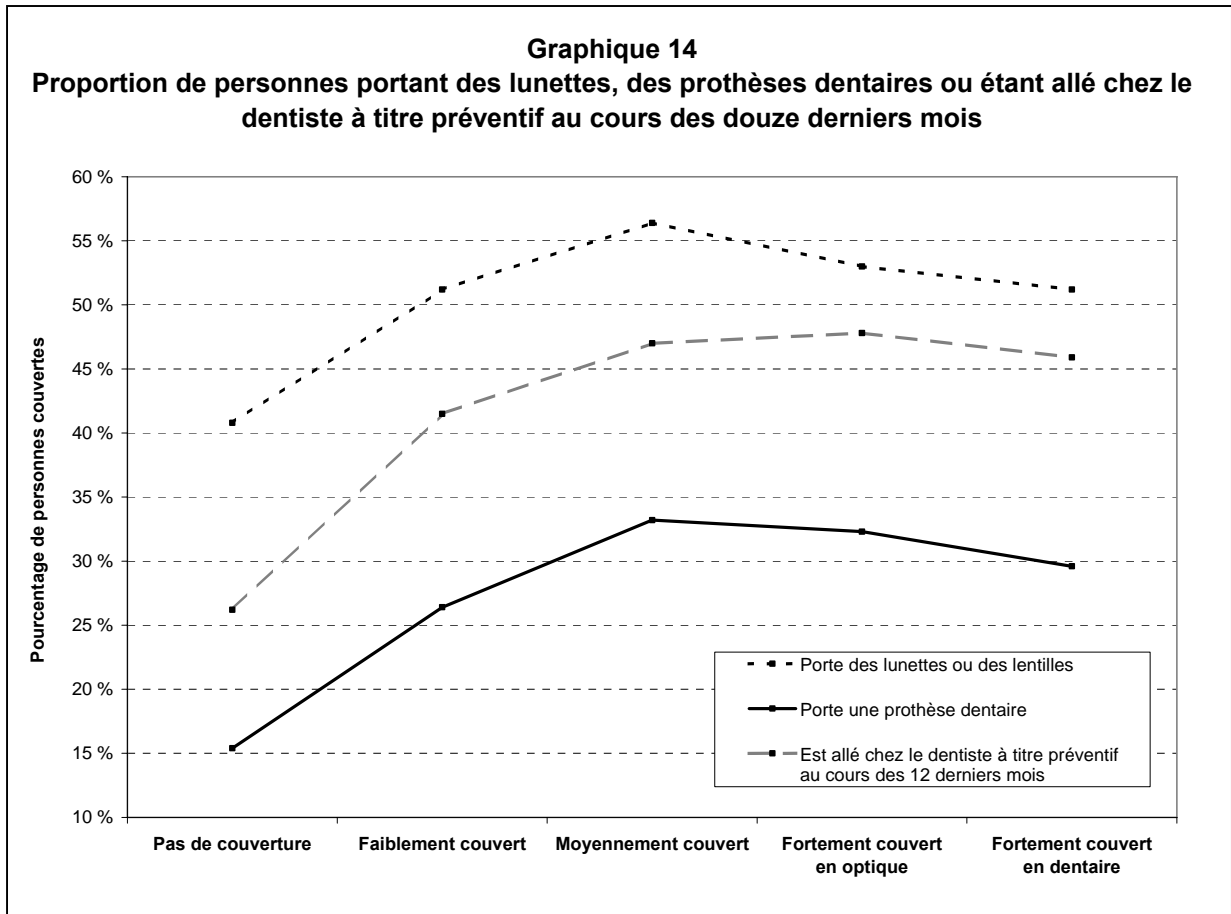
Enfin, les individus qui bénéficient des plus fortes garanties pour l'optique et le dentaire ne sont pas ceux qui consomment le plus selon les trois critères exposés ici ; ceci peut s'expliquer par le fait que ces fortes garanties sont souvent proposées par des complémentaires maladies souscrites collectivement auquel l'assuré principal est obligé d'adhérer (ou tout au moins incité) et que les garanties proposées sont certes élevées mais pas forcément adaptées aux besoins des personnes couvertes.

³⁶ 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 ».

³⁷ Ph. Le Fur et M. Perronnin « L'état de santé des bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire en 2002 », Questions d'économie de la santé n° 76, série résultats, décembre 2003.

³⁸ Voir Tableau annexe 14 pour les résultats détaillés.

³⁹ L'écart entre état de santé des couverts et des non-couverts quand on corrige les différences de structure liées à l'âge et le sexe est plus faible que l'écart sans correction, mais la différence persiste.



Conclusion

Conclusion

A un moment où le rôle de l'assurance complémentaire dans notre système de santé, consacré par la mise en place de la CMU, s'accroît, et peut être amené à s'étendre encore dans le cadre de la réforme de l'assurance maladie, une meilleure connaissance du marché de la complémentaire, de ses logiques de fonctionnement, de la distribution de la couverture sociale à laquelle il conduit, est un enjeu essentiel de transparence dans le débat public.

Or peu d'éléments sont aujourd'hui disponibles pour analyser le contenu des contrats de couverture complémentaire, notamment du point de vue des garanties offertes et du niveau de remboursement. Du fait de la complexité des contrats, le calcul de niveaux de garantie globaux est d'ailleurs un exercice difficile, qui oblige à prendre un certain nombre de décisions qui peuvent être discutées : choix des types de soins sur lesquels se portent l'attention (ici l'optique et le dentaire), interprétation des réponses des enquêtés, choix des biens de référence servant à uniformiser l'expression des niveaux de remboursement.

Le CREDES poursuit depuis plusieurs années des efforts pour mieux appréhender ce pan important et mal connu de la couverture maladie, au travers de son dispositif d'enquête auprès des ménages. Dans l'enquête santé protection sociale de 1998, des éléments d'information précis sur les garanties ont été demandés aux enquêtés, ce qui a permis une première analyse publiée en 2000. L'expérience acquise à partir des données de l'enquête de 1998 a conduit à modifier, dans les enquêtes 2000 et 2002, la question concernant les garanties optiques, et à ajouter une question sur l'intitulé du contrat. Ces évolutions ont permis d'augmenter considérablement la quantité de réponses et d'en améliorer la qualité.

Le travail d'exploitation et d'analyse de ces données permet de présenter des résultats plus robustes, établis sur un échantillon plus important, concernant les garanties offertes et la manière dont les personnes sont couvertes selon leurs caractéristiques sociales et médicales.

Les niveaux de garanties s'avèrent très variables d'un contrat à l'autre, que ce soit en optique ou en dentaire. Certains contrats ne couvrent que le ticket modérateur, d'autres couvrent, pour les biens de références choisis, l'intégralité ou presque du reste à charge après remboursement par la Sécurité sociale. D'autre part, les contrats n'offrent pas forcément des garanties uniformément faibles ou élevées sur l'ensemble des soins. Certains font le choix de couvrir plus l'optique et d'autres plus le dentaire.

Pour résumer cette multiplicité de configurations, nous avons mis en évidence quatre classes de contrats : « faibles », « moyens », « forts en optique » et « forts en dentaire » (même si, au sein de ces classes, une hétérogénéité importante subsiste). Cette hiérarchie est confirmée par l'analyse de l'opinion des assurés quant aux niveaux de remboursement offerts par leur complémentaire santé.

L'offre apparaît très différenciée suivant le mode d'obtention de la couverture et d'organisme complémentaire d'assurance maladie auprès duquel est souscrit le contrat. On a pu noter en particulier que les contrats collectifs offraient plus souvent des garanties élevées et moins souvent des garanties faibles que les contrats individuels.

La distribution des couvertures n'est pas homogène en fonction du milieu social ou du niveau de revenu : la proportion de personnes à faible revenu décroît quand on passe des non-couverts aux « faiblement couverts » puis aux « moyennement couverts », et à l'inverse celle des cadres ou des revenus élevés s'accroît. Ces différences ne se prolongent pas cependant quand on passe des garanties moyennes aux garanties plus élevées, notamment du fait des contrats collectifs.

L'accès à la couverture complémentaire apparaît plus difficile pour les non-salariés et pour les personnes ne bénéficiant pas d'une bonne intégration dans le marché du travail (chômeurs, personnes en contrat à durée déterminée, etc.). La Couverture maladie universelle complémentaire a permis dans une certaine mesure de répondre à ce problème, mais seuls les ménages les plus pauvres peuvent y souscrire.

Si le niveau de garantie dont bénéficie un individu reste assez fortement lié à son milieu social, il y a en revanche assez peu de disparités concernant l'état de santé et celles-ci peuvent s'expliquer au moins en partie par des différences d'âge.

Annexes

Annexe 1 : Eléments de méthode

Annexe 1 : Eléments de méthode

Cette annexe donne quelques éléments plus précis sur la façon dont on calcule les taux de remboursement à partir de données déclarées et présente les principales hypothèses de correction des incohérences.

Taux de remboursement des différents régimes d'assurance maladie selon les années (pourcentage du tarif de convention)

En 2000 :

	Cnamts, Msa	Canam	Alsace/Moselle
Prothèse	70 %	50 %	90 %
Optique	65 %	50 %	90 %

En 2002 :

	Cnamts Msa	Canam	Alsace /Moselle
Prothèse	70 %	70 %	90 %
Optique	65 %	65 %	90 %

NB : Les régimes spéciaux ont été classés avec le Régime général.

1.1. Calcul des niveaux de remboursement

La totalité de l'information sur les niveaux des garanties dentaires (prothèses) et optique (paire de lunettes) va être résumée en deux variables :

- TXCCPF : TauX de remboursement de la Couverture Complémentaire pour les Prothèses dentaires Fixes. Il s'agit d'un pourcentage du tarif de convention.
- FRCCOE : Forfait Remboursé par la Couverture Complémentaire de l'Optique. Il est exprimé en Euros.

Il est à noter que la variable FRCCOE ne concerne pas forcément l'ensemble « verres + monture ». Certains contrats ne donnaient une information que pour les verres et d'autres que pour les montures mais ces contrats sont très peu nombreux et, pour l'étude finale, seuls les contrats « verres et monture » ont été retenus.

Ces remboursements sont exprimés « en plus du remboursement de la Sécurité sociale » afin de pouvoir comparer les garanties sans nécessiter de référence au régime de base.

1.1.1. Le dentaire

TXCCPF est une variable qui donne le remboursement en pourcentage du tarif de convention (TC) en plus du remboursement de la Sécurité sociale (RSS) pour la prothèse dentaire.

TXCCPF est le résultat d'un calcul portant sur trois variables :

- TXCCBA, le taux de base (voir le vocabulaire dans la section 2.1) ;
- TXCCOM, le taux complémentaire si un forfait en plus est mentionné ;
- TXCCPL, le taux plafond si un plafond est précisé ;
- MINIPF, le remboursement minimum si l'OCAM en précise un.

Chacune de ces valeurs est exprimée en % du TC en plus du RSS. La mise en œuvre de cette décision est facilitée par le fait que le TC a une valeur unique pour les prothèses dentaires.

Un exemple simple :

Dépense engagée	Tarif de convention	Remboursement Sécurité sociale(1)	TXCCPF	Remboursement Couverture complémentaire calculé	Remboursement total
750 €	107,5 €	75,2 €	150 % du TC	161,3 €	236,5 €

(1) : dans l'exemple, le RSS vaut 70 % du TC, ce qui signifie que le régime n'est pas celui de la CANAM (en 2000), ni celui de l'Alsace Moselle.

La part de la Sécurité sociale a été retranchée lorsque la garantie est exprimée explicitement (après les différents travaux de correction) en « % du ou fois le TC y compris la Sécurité sociale », ainsi que lorsqu'elle est exprimée en « % des ou fois les frais réels » et que cela n'introduit pas de remboursement négatif⁴⁰.

Ce remboursement de base peut être éventuellement limité par un plafond (c'est souvent le cas pour les remboursements exprimés en % des frais réels).

Le remboursement peut être également majoré par un complément. Si un complément est exprimé, il s'ajoute à la base : $TXCCPF = TXCCBA + TXCCOM$ ou au plafond si la base est un fort pourcentage des frais réels et qu'un plafond est exprimé : « nouveau plafond » = $TXCCPL + TXCCOM$.

Enfin, si un minimum est exprimé et que le remboursement est inférieur à celui-ci alors, nous considérons que le remboursement est égal au minimum.

Dans tous les cas, le remboursement calculé est limité au reste à charge (ce qui signifie que ce que le cumul de ce que recevra l'assuré au final de l'OCAM et de la Sécurité sociale sera limité à sa dépense).

⁴⁰ Dans ce cas, on postule qu'il y a eu erreur et que le remboursement était exprimé en plus du RSS.

Deux exemples :

Garantie exprimée	Dépense engagée	Reste à charge après RSS (1)	Base de remboursement	Plafond	Remb. théorique	Remb. > reste à charge ?	TXCCPF
80 % des frais réels avec un plafond de 400 €	750 €	674,8€ c'est-à-dire 628 % du TC	524,8 € (80 % de 750 - 75,2)	400€	400 € c'est-à-dire 372 % du TC	Non (400 € < 674,8 €)	372 % du TC
500 % du TC avec un complément de 150 €	750 €	674,8€ c'est-à-dire 628 % du TC	687,5 € (500 % de 107,5 € plus 150 €)	0€	687,5€ c'est-à-dire 639 % du TC	Oui (687,5€ > 674,8€)	628 % du TC

(1) : le reste à charge après RSS est calculé dans le cas où régime de l'assuré n'est pas celui de la CANAM (en 2000) ou de l'Alsace Moselle. Il vaut donc 750 € - 70 % de 107,5 € = 674,8 €

1.1.2. L'optique

FRCCOE est une variable qui donne le remboursement en euros pour les lunettes, pour les verres seuls ou les montures seules si la garantie optique ne portait que sur l'un de ces biens (ou si seul un élément avait été reporté par l'enquêté). La variable « optique » permet de distinguer ces trois cas possibles.

FRCCOE est le résultat d'un calcul qui porte sur différentes variables selon la façon dont la garantie est exprimée :

- FRCCFOE, le remboursement pour le forfait optique s'il y en a un.
- FRCCMAE, le remboursement pour les montures adultes s'il y en a un.
- FRCCVAE, le remboursement pour les verres adulte s'il y en a un.

FRCCOE, dans la plupart des cas, est soit la première variable, soit la somme des deux autres, le total étant systématiquement plafonné par le reste à charge du forfait optique⁴¹.

Les trois variables (FRCCFOE, FRCCMAE, FRCCVAE) sont elles-mêmes calculées de la même façon que pour le dentaire, à partir d'un taux de base (respectivement FRCCBAFO, FRCCBAMA ou FRCCBAVA), d'un taux complémentaire (FRCCOMFO, FRCCOMMA ou FRCCOMVA) et d'un taux plafond (FRCCPLFO, FRCCPLMA ou FRCCPLVA).

1.2. Correction et imputation des libellés

Plusieurs décisions ont été prises pour corriger les libellés incohérents ou incomplets. Les arbitrages se sont fondés soit sur des raisonnements « de bon sens » soit sur l'observation des contrats dont les libellés sont bien renseignés.

En tout état de cause, nous avons toujours privilégié des hypothèses qui conduisent plutôt à sous-estimer le montant de garantie.

⁴¹ Il arrive toutefois que les personnes cumulent un forfait optique et un montant pour les verres.

➤ **Le cas où la base est exprimée en pourcentage sans que l'unité soit précisée (%SAI)**

- Si la valeur est inférieure à 18 ⇒ '%pmss', d'après ce qui est observé sur les données directement exploitables.
- Si la valeur est comprise entre 18 et 30 ⇒ '%TC sai' pour les prothèses, les données ne nous permettent pas de conclure pour l'optique.
- Si la valeur est comprise entre 30 et 35 ⇒ '%TC en + du rss' car nous pensons qu'il s'agit de garantie ticket modérateur.
- Si la valeur est comprise entre 35 et 50 ⇒ '%TC sai'.
- Si la valeur est comprise entre 50 et 100 et qu'il y a un plafond ⇒ '%FR'.
- S'il n'y a pas de plafond ⇒ '%TC sai'.
- Si la valeur est supérieure à 100 ⇒ '%TC sai'.

➤ **Conversion de '%TC sai' :**

Entre 'TC y compris le RSS' et 'TC en + du RSS', aucun ne ressort de manière flagrante : il y a à peu près autant de chaque.

Au vu des valeurs, nous avons choisi de convertir de la manière suivante :

1) là où les valeurs sont inférieures à 100 : '% TC sai' ⇒ '% TC en + du RSS'.

2) là où les valeurs sont supérieures ou égales à 100 : '% TC sai' ⇒ '%TC y compris le RSS'.

- Si une valeur (pour la base ou pour le complément) est exprimée en % pmss et que celle-ci est supérieure à 25 %, nous la retirons des données car nous pensons qu'il y a une erreur.
- Si une valeur est exprimée en '% TC y compris le RSS' et que celle-ci est inférieure à 70 en dentaire et à 65 en optique, nous changeons la base en 'TC en plus du RSS'. Sans quoi, le remboursement induit serait négatif.
- Si une valeur est exprimée en 'fois les frais réels' et que celle-ci est supérieure à 1, nous l'enlevons car nous pensons qu'il y a une erreur car la base de remboursement serait toujours supérieure à la dépense.
- Si une valeur est exprimée en '% frais réels' et que celle-ci est supérieure à 100, nous l'enlevons car nous pensons qu'il y a une erreur (la base de remboursement serait toujours supérieure à la dépense).
- En ce qui concerne les garanties exprimées en 100 % des frais réels pour les prothèses, nous les avons comparées aux garanties optiques, et inversement, afin de savoir approximativement s'il était légitime de les laisser telles quelles. Nous pensions en effet qu'il pouvait s'agir, par exemple, de 100 % des frais réels dans la limite d'un plafond omis. De manière générale, les contrats généreux en dentaire le sont aussi plus ou moins en optique, nous n'avons donc rien changé (rappelons tout de même que la garantie est plafonnée aux frais réels).
- Si le calcul du remboursement introduit un remboursement négatif, nous l'enlevons alors de la base car nous pensons qu'il y a une erreur.

Annexe 2 : Résultats détaillés

Annexe 2 : Résultats détaillés

Tableau annexe 1
Le biais de non-réponse.
Comparaison des caractéristiques sociodémographiques des assurés principaux
selon que l'information sur les niveaux de garantie est disponible ou non

	Niveaux de garantie connus		Niveaux de garantie inconnus		Population totale	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Age						
Moins de 25 ans	377	5,6 %	895	7,9 %	1 242	7,0 %
25-39 ans	2 021	29,9 %	3 112	28,6 %	5 133	29,1 %
40-64 ans	3 346	49,5 %	4 879	44,7 %	8 225	46,6 %
65 ans et +	1 020	15,1 %	1 974	18,1 %	2 994	16,9 %
Inconnu	0	0,0 %	72	0,7 %	72	0,4 %
Sexe						
Homme	3 841	56,8 %	6 644	60,9 %	10 485	59,3 %
Femme	2 923	43,2 %	4 258	39,1 %	7 181	49,7 %
Etat matrimonial						
Inconnu	2	0,0 %	21	0,2 %	23	0,1 %
En couple	5 281	78,1 %	7 689	70,5 %	12 970	73,4 %
Divorcé, séparé, veuf	603	8,9 %	1 214	11,1 %	1 817	10,3 %
Célibataire	878	13,0 %	1 978	18,1 %	2 856	16,2 %
Occupation professionnelle						
Inconnu	3	0,0 %	11	0,1 %	14	0,1 %
Actif	4 692	69,4 %	7 338	67,3 %	12 030	68,1 %
Retraité	1 591	23,5 %	2 503	23,0 %	4 094	23,2 %
Etudiant	134	2,0 %	330	3,0 %	464	2,6 %
Chômeur	194	2,9 %	351	3,2 %	545	3,1 %
Inactif	150	2,2 %	369	3,4 %	519	2,9 %
Si actif salarié, type de contrat de travail						
CDI	3 924	89,3 %	5 739	88,1 %	9 663	88,6 %
Pcs						
Inconnu	8	0,1 %	61	0,6 %	69	0,4 %
Agriculteur	179	2,7 %	670	6,1 %	849	4,8 %
Artisan, commerçant	308	4,5 %	810	7,4 %	1 118	6,3 %
Cadre	1 273	18,9 %	1 433	13,1 %	2 700	15,3 %
Professions intermédiaires	1 873	27,7 %	1 871	17,2 %	3 744	21,2 %
Employé	1 467	21,7 %	2 397	22,0 %	3 864	21,9 %
Ouvrier qualifié	1 149	17,0 %	2 253	20,7 %	3 402	19,3 %
Ouvrier non qualifié	362	5,4 %	993	9,1 %	1 355	7,7 %
N'a jamais travaillé	145	2,1 %	414	3,8 %	559	3,2 %
Assuré fonctionnaire, salarié						
Inconnu	15	0,2 %	41	0,4 %	56	0,3 %
Fonctionnaire, salarié public	2 275	33,6 %	2 112	19,4 %	4 387	24,8 %
Salarié du privé	3 802	56,2 %	6 802	62,4 %	10 604	60,0 %
Non salarié	524	7,8 %	1 527	14,0 %	2 051	11,6 %
N'a jamais travaillé	148	2,2 %	420	3,8 %	568	3,2 %

Niveau d'étude						
Inconnu	111	1,6 %	398	3,7 %	509	2,9 %
Non scolarisé	31	0,5 %	175	1,6 %	206	1,2 %
Maternelle, primaire, CEP	796	11,8 %	1 955	17,9 %	2 751	15,6 %
Collège, BEP, CAP	2 183	32,3 %	3 761	34,5 %	5 944	33,7 %
Lycée, baccalauréat	1 109	16,4 %	1 582	14,5 %	2 691	15,2 %
Etudes supérieures	2 292	33,9 %	2 502	23,0 %	4 794	27,1 %
Autres	115	1,7 %	202	1,9 %	317	1,8 %
Elève, étudiant	127	1,9 %	327	3,0 %	454	2,6 %
Taille de l'unité urbaine						
Inconnu	8	0,1 %	7	0,1 %	15	0,1 %
Communes rurales	1 858	27,5 %	3 200	29,4 %	5 058	28,6 %
Urbaines <20 000 habitants	1 268	18,8 %	2 032	18,6 %	3 300	18,7 %
20 000 à 199 999 habitants	1 382	20,4 %	1 936	17,8 %	3 318	18,8 %
200 000 à 1 999 999 habitants	1 472	21,8 %	2 198	20,2 %	3 670	20,8 %
Unité urbaine de Paris	776	11,5 %	1 529	14,0 %	2 305	13,0 %
Revenu par UC						
Inconnu	877	13,0 %	4 253	39,0 %	5 130	29,0 %
Inférieur à 690€ par UC	873	12,9 %	1 590	14,6 %	2 463	13,9 %
De 690€ à 990€ par UC	1 412	20,9 %	1 847	16,9 %	3 259	18,5 %
De 990€ à 1 300€ par UC	1 311	19,4 %	1 394	12,8 %	2 705	15,3 %
Plus de 1 300€ par UC	2 291	33,9 %	1 818	16,7 %	4 109	23,3 %
Exonération du ticket modérateur						
Inconnu	69	1,0 %	196	1,8 %	265	1,5 %
Oui	710	10,5 %	1 269	11,6 %	1 979	11,2 %
Non	5 985	88,5 %	9 437	86,6 %	15 422	87,3 %
Total	6 764	100 %	10 902	100 %	17 666	100 %

Tableau annexe 2
Le biais de non-réponse.
Comparaison des caractéristiques médicales des assurés principaux selon que l'information sur les niveaux de garantie est disponible ou non

	Niveaux de garantie connus		Niveaux de garantie inconnus		Population totale	
	Effectifs	%	Effectifs	%	Effectifs	%
Note auto-attribuée (de 0 à 10)						
Inférieure ou égale à 6	934	14,0 %	991	16,6 %	1 925	15,3 %
7	984	14,8 %	834	14,0 %	1 818	14,4 %
8	1 961	29,5 %	1 570	26,3 %	3 531	28,0 %
9	1 337	20,1 %	987	16,6 %	2 324	18,4 %
10	1 255	18,9 %	1 175	19,7 %	2 430	19,3 %
Inconnu	178	2,7 %	405	6,8 %	583	4,6 %
Invalidité						
Pas de gêne	433	6,5 %	537	9,0 %	970	7,7 %
Gêne infime	1 096	16,5 %	951	16,0 %	2 047	16,2 %
Peu gêné	2 246	33,8 %	1 888	31,7 %	4 134	32,8 %
Gêné mais vie normale	1 770	26,6 %	1 540	25,8 %	3 310	26,2 %
Diminution de l'activité	834	12,5 %	737	12,4 %	1 571	12,5 %
Gêne très importante	234	3,5 %	253	4,2 %	487	3,9 %
Inconnu	36	0,6 %	56	0,9 %	92	0,7 %
Risque vital						
Nul	1 454	21,9 %	1 317	22,1 %	2 771	22,0 %
Pron. péjoratif très faible	1 199	18,0 %	982	16,5 %	2 181	17,3 %
Pron. péjoratif faible	2 559	38,5 %	2 294	38,5 %	4 853	38,5 %
Risque possible	1 092	16,4 %	986	16,5 %	2 078	16,5 %
Pron. mauvais / très mauvais	313	4,7 %	329	5,5 %	642	5,1 %
Inconnu, décès	32	0,5 %	54	0,9 %	86	0,7 %
Etat des dents						
Toutes intactes ou bon état	534	8,0 %	680	11,4 %	1 214	9,6 %
Certaines traitées remplacées	4 013	60,4 %	3 169	53,2 %	7 182	57,0 %
Perdu une partie	1 318	19,8 %	1 181	18,8 %	2 499	19,8 %
Perdu toutes ou presque	711	10,7 %	757	12,7 %	1 468	11,6 %
Inconnu	73	1,1 %	175	2,9 %	248	2,0 %
Porte des lunettes ou des lentilles						
Oui	4 404	66,2 %	3 523	59,1 %	7 927	62,9 %
Non	2 194	33,0 %	2 323	39,0 %	4 517	35,8 %
Inconnu	51	0,8 %	116	1,9 %	167	1,3 %
Porte une prothèse dentaire						
Oui	2 868	43,1 %	1 858	31,2 %	4 726	37,5 %
Non	3 563	53,6 %	3 816	64,0 %	7 379	58,5 %
Inconnu	218	3,3 %	288	4,8 %	506	4,0 %
Est allé chez le dentiste à titre préventif au cours des 12 derniers mois						
Oui	2 877	43,3 %	2 164	36,3 %	5 041	40,0 %
Non	3 663	55,1 %	3 592	60,2 %	7 255	57,5 %
Inconnu	109	1,6 %	206	3,5 %	315	2,5 %
Total des quest. santé exploitables	6 649	100 %	5 962	100 %	12 611	100 %
Quest. santé exploitables	6 649	98,3 %	5 962	54,7 %	12 611	71,4 %
Quest. santé inexploitable	115	1,7 %	4 940	45,3 %	5 055	28,6 %
Total	6 764	100 %	10 902	100 %	17 666	100 %

Tableau annexe 3
Le biais de non-réponse.
Comparaison des caractéristiques générales des contrats selon que l'information
sur les niveaux de garantie est disponible ou non

	Niveaux de garantie connus			Niveaux de garantie inconnus			Population totale		
	Effectifs	%	% (1)	Effectifs	%	% (1)	Effectifs	%	% (1)
Nombre moyen de personnes couvertes par le contrat									
1	3 079	45,5 %	45,5 %	5 603	51,4 %	51,4 %	8 682	49,2 %	49,2 %
2	1 557	23,0 %	23,0 %	2 352	21,6 %	21,6 %	3 909	22,1 %	22,1 %
3 et plus	2 128	31,5 %	31,5 %	2 947	27,0 %	27,0 %	5 075	28,7 %	28,7 %
Type de couverture complémentaire									
Mutuelle	4 379	64,7 %	65,1 %	5 795	53,2 %	57,9 %	10 174	57,6 %	60,8 %
Institution de prévoyance	1 043	15,4 %	15,5 %	1 621	14,9 %	16,2 %	2 664	15,1 %	15,9 %
Assurance	1 304	19,3 %	19,4 %	2 590	23,8 %	25,9 %	3 894	22,0 %	23,3 %
Ne sait pas	38	0,5 %	-	896	8,2 %	-	934	5,3 %	-
Assuré par son entreprise ou individuellement									
Collectif obligatoire	1 572	23,2 %	23,7 %	1 241	11,4 %	22,3 %	2 813	15,9 %	23,0 %
Collectif facultatif	2 499	37,0 %	37,6 %	1 681	15,4 %	30,1 %	4 180	23,7 %	34,2 %
Individuel	2 401	35,5 %	36,2 %	2 525	23,2 %	45,3 %	4 926	27,9 %	40,3 %
Autre	170	2,5 %	2,6 %	131	1,2 %	2,4 %	301	1,7 %	2,5 %
Inconnu	122	1,8 %	-	5 324	48,8 %	-	5 446	30,8 %	-
La complémentaire rembourse-t-elle les dépassements d'honoraires chez le spécialiste									
Oui, en partie au moins	3 339	49,4 %	65,5 %	2 671	24,5 %	70,4 %	6 010	34,0 %	67,6 %
Non	1 762	26,0 %	34,5 %	1 121	10,3 %	29,6 %	2 883	16,3 %	32,4 %
inconnu	1 663	24,6 %	-	7 110	65,2 %	-	8 773	49,7 %	-
Total	6 764	100 %	-	10 902	100 %	-	17 666	100 %	-

(1) : pour chaque population, la troisième colonne donne les pourcentages calculés en ne tenant pas compte des non-réponses.

Tableau annexe 4
Le biais de non-réponse.
Comparaison des opinions des assurés sur les contrats selon que l'information
sur les niveaux de garantie est disponible ou non.

	Niveaux de garantie connus			Niveaux de garantie inconnus			Population totale		
	Effectifs	%	% (1)	Effectifs	%	% (1)	Effectifs	%	% (1)
<i>Evaluation des cotisations pour le contrat maladie signé</i>									
Très chères	353	5,2 %	5,9 %	427	3,9 %	8,9 %	780	4,4 %	7,1 %
Plutôt chères	3 136	46,4 %	52,3 %	2 412	22,1 %	50,4 %	5 548	31,4 %	51,5 %
Plutôt peu chères	1 887	27,9 %	31,5 %	1 365	12,5 %	28,5 %	3 252	18,4 %	30,2 %
Peu chères	621	9,2 %	10,3 %	582	5,3 %	12,2 %	1 203	6,8 %	11,2 %
Inconnu, ne sait pas	767	11,3 %	-	6 116	56,1 %	-	6 883	39,0 %	-
<i>Remboursement de la part non prise en charge par la Sécurité sociale pour les soins de spécialiste</i>									
Très bien	2 214	32,7 %	36,9 %	1 695	15,6 %	37,1 %	3 909	22,1 %	37,0 %
Bien	2 503	37,0 %	41,7 %	1 875	17,2 %	41,1 %	4 378	24,8 %	41,4 %
Moyen	936	13,8 %	15,6 %	668	6,1 %	14,6 %	1 604	9,1 %	15,2 %
Mal, très mal, pas du tout	343	5,1 %	5,7 %	330	3,0 %	7,2 %	673	3,8 %	6,4 %
Inconnu, ne sait pas	768	11,4 %	-	6 334	58,1 %	-	7 102	40,2 %	-
<i>Remboursement de la part non prise en charge par la Sécurité sociale pour les lunettes</i>									
Très bien	923	13,6 %	15,2 %	733	6,7 %	15,9 %	1 656	9,4 %	15,5 %
Bien	1 756	26,0 %	28,9 %	1 207	11,1 %	26,2 %	2 963	16,8 %	27,7 %
Moyen	1 812	26,8 %	29,8 %	1 258	11,5 %	27,3 %	3 070	17,4 %	28,7 %
Mal, très mal, pas du tout	1 586	23,4 %	26,1 %	1 413	13,0 %	30,6 %	2 999	17,0 %	28,1 %
Inconnu, ne sait pas	687	10,2 %	-	6 291	57,7 %	-	6 978	39,5 %	-
<i>Remboursement de la part non prise en charge par la Sécurité sociale pour les prothèses dentaires</i>									
Très bien	885	13,1 %	15,4 %	628	5,8 %	14,8 %	1 513	8,6 %	15,2 %
Bien	1 751	25,9 %	30,4 %	1 208	11,1 %	28,5 %	2 959	16,7 %	29,6 %
Moyen	1 795	26,5 %	31,2 %	1 172	10,7 %	27,7 %	2 967	19,8 %	29,7 %
Mal, très mal, pas du tout	1 322	19,5 %	23,0 %	1 224	11,2 %	28,9 %	2 546	14,4 %	25,5 %
Inconnu, ne sait pas	1 011	15,0 %	-	6 670	61,2 %	-	7 681	43,5 %	-
Total	6 764	100 %	-	10 902	100 %	-	17 666	100%	-

(1) : pour chaque population, la troisième colonne donne les pourcentages calculés en ne tenant pas compte des non-réponses.

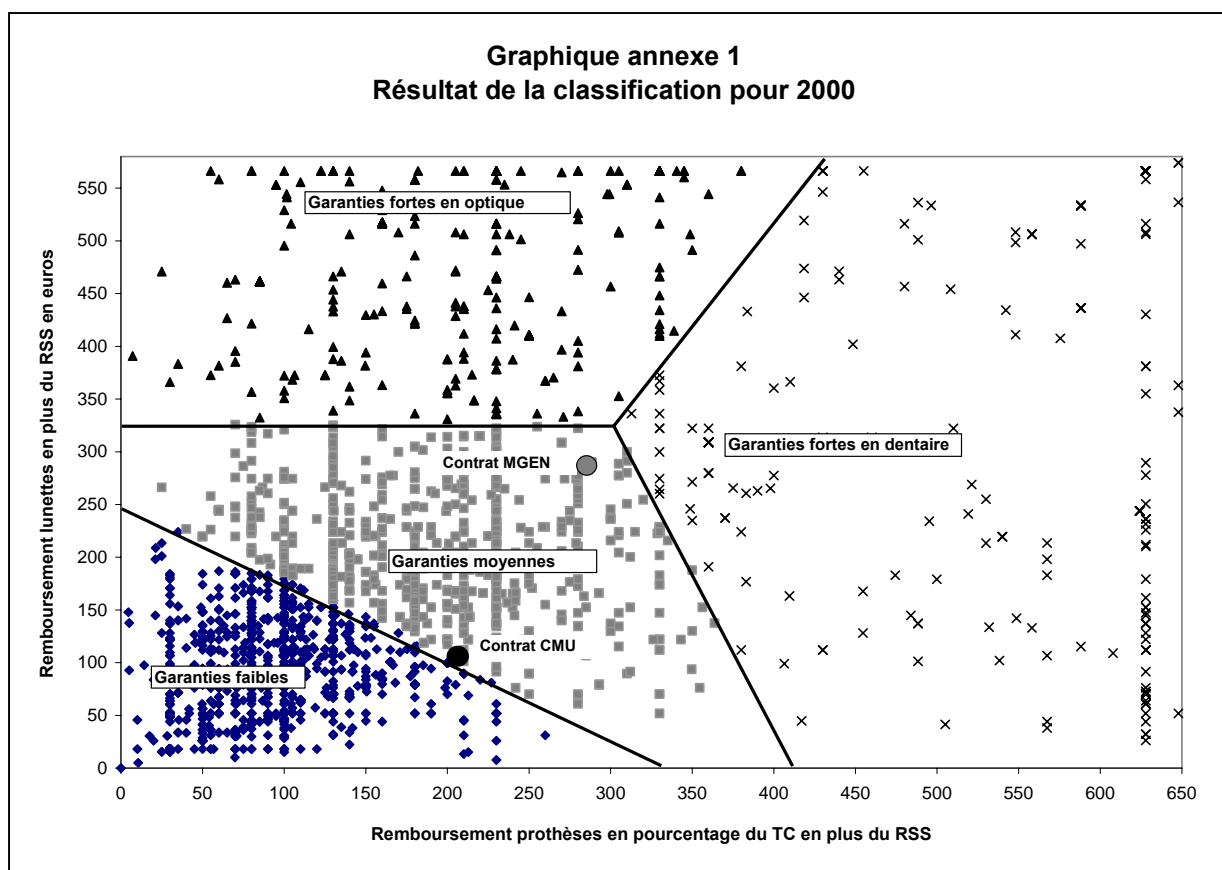


Tableau annexe 5
Description des garanties en 2000

	Effectifs		Garanties moyennes	
	% de contrats	% d'individus couverts	Dentaire	Optique
Faible en optique et dentaire (1)	41,5 %	39,7 %	95 %	85 €
Moyen en optique et dentaire (2)	43,4 %	41,7 %	224 %	240 €
Fort en optique (3)	8,1 %	10,0 %	201 %	468 €
Fort en dentaire (4)	7,0 %	8,6 %	535 %	349 €

Dentaire : % du tarif de convention en plus du remboursement de la Sécurité sociale

Optique : forfait en euros (en plus du RSS)

Nombre de contrats : 3 297

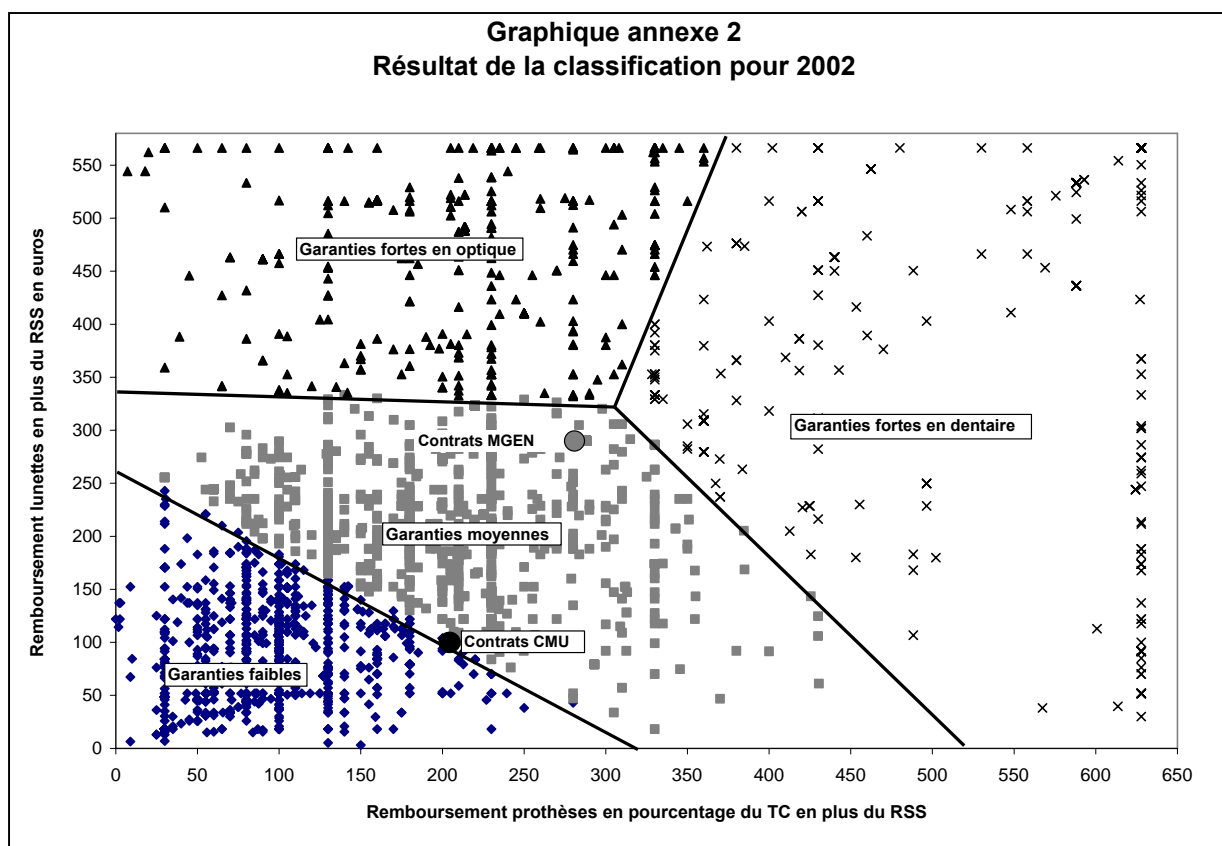


Tableau annexe 6
Description des garanties en 2002

	Effectifs		Garanties moyennes	
	% de contrats	% d'individus couverts	Dentaire	Optique
Faible en optique et dentaire (1)	38,9 %	37,7 %	96 %	84 €
Moyen en optique et dentaire (2)	42,5 %	40,6 %	233 %	242 €
Fort en optique (3)	10,7 %	12,0 %	214 %	469 €
Fort en dentaire (4)	7,9 %	9,7 %	513 %	386 €

Dentaire : % du tarif de convention en plus du remboursement de la Sécurité sociale

Optique : forfait en euros (en plus du RSS)

Nombre de contrats : 3 255

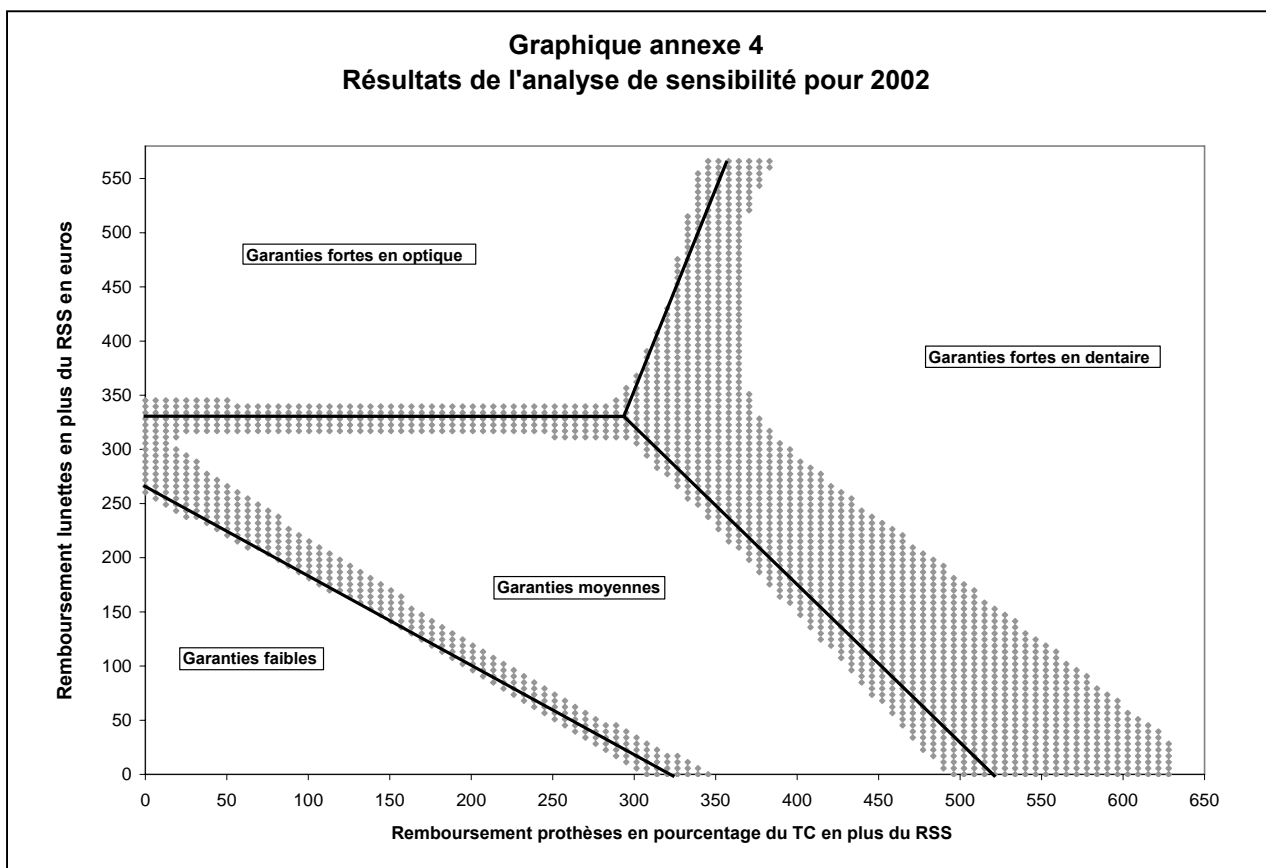
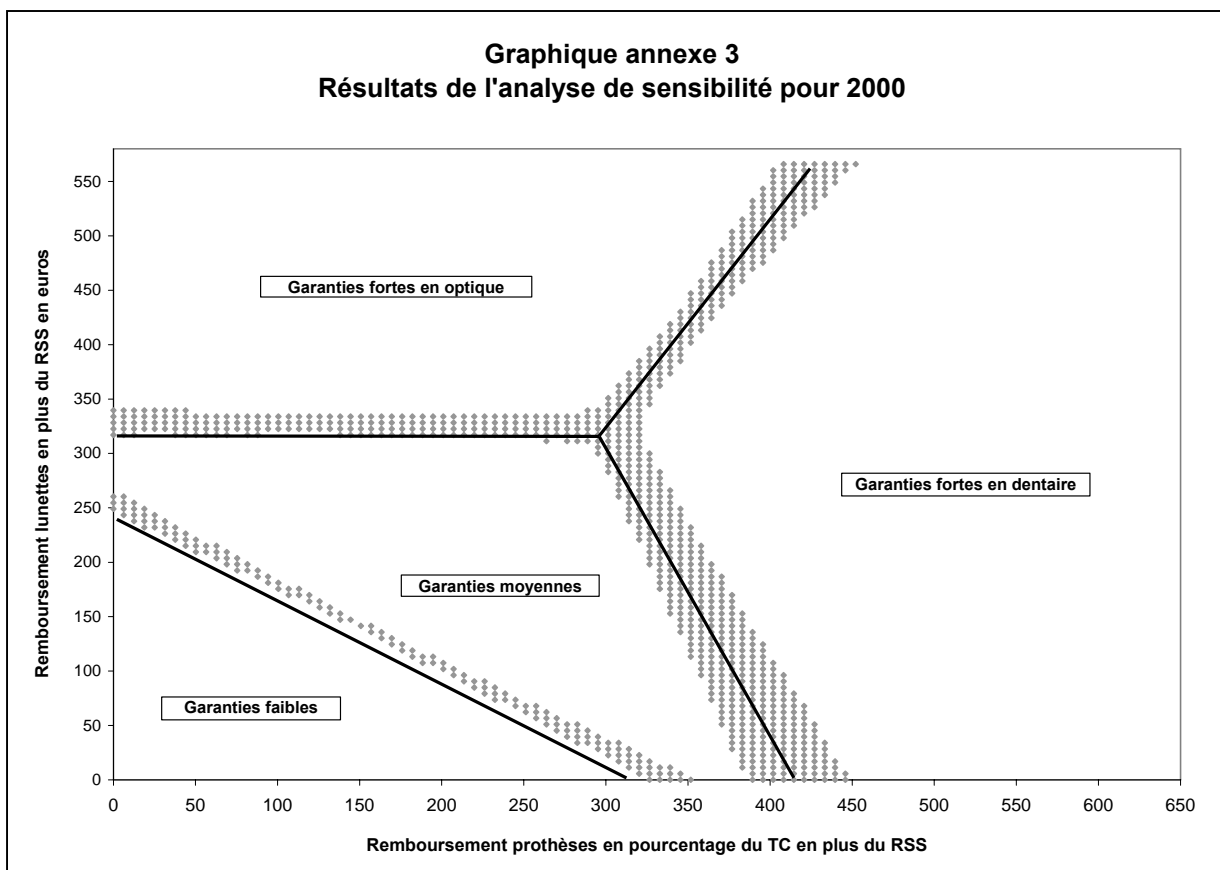


Tableau annexe 7
Les logiques d'agencement des garanties par sous-marché

Mode de couverture	Lien linéaire significatif	Nombre de classes	Descriptif des classes
Collectif	Oui	4	Faible ; moyen ; fort en optique ; fort en dentaire
Individuel	Oui	5	Faible ; moyen en optique ; moyen en dentaire ; fort en optique ; fort en dentaire
Mutuelle	Oui	5	Faible ; moyen en optique ; moyen en dentaire ; fort en optique ; fort en dentaire
Institution de prévoyance	Oui	3	Faible en optique et faible à moyen en dentaire ; fort en optique ; fort en dentaire
Assurance	Oui	3	Faible ; moyen en optique et moyen à fort en dentaire ; fort en dentaire
Mutuelle – collectif	Oui	5	Faible ; moyen en optique ; moyen en dentaire ; fort en optique ; fort en dentaire
Institution de prévoyance - collectif	Oui	5	Faible ; moyen en optique ; moyen à fort en dentaire ; fort en optique ; fort
Assurance - collectif	Oui	5	Faible ; moyen en optique ; moyen à fort en dentaire ; fort en optique ; fort
Mutuelle - individuel	Oui	5	Faible ; moyen en optique ; moyen en dentaire ; fort en optique ; fort en dentaire
Institution de prévoyance - individuel	Oui	3	Faible ; moyen ou fort en optique ou fort en dentaire ; fort
Assurance - individuel	Oui	5	Faible ; moyen en optique ; moyen en dentaire ; fort en optique ; fort en dentaire

Tableau annexe 8
Niveau de couverture suivant les caractéristiques sociodémographiques de l'assuré principal

	Niveau de couverture								Ensemble	
	Faible		Moyen		Fort en optique		Fort en dentaire			
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Age										
< 25 ans	194	7,4 %	127	4,6 %	29	4,4 %	21	4,3 %	371	5,7 %
25-39 ans	768	29,5 %	802	28,7 %	220	33,2 %	153	31,2 %	1 943	29,7 %
40-64 ans	1 132	43,4 %	1 499	53,7 %	350	52,9 %	260	53,0 %	3 241	49,5 %
65 ans et +	513	19,7 %	364	13,0 %	63	9,5 %	57	11,6 %	997	15,2 %
Inconnu	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Sexe										
Homme	1 555	59,6 %	1 387	49,7 %	420	63,4 %	334	68,0 %	3 696	56,4 %
Femme	1 052	40,4 %	1 405	50,3 %	242	36,6 %	157	32,0 %	2 856	43,6 %
Etat matrimonial										
Inconnu	0	0,0 %	2	0,1 %	0	0,0 %	0	0,0 %	2	0,0 %
En couple	1 918	73,6 %	2 240	80,2 %	546	82,5 %	412	83,9 %	5 116	78,1 %
Divorcé, séparé, veuf	290	11,1 %	223	8,0 %	46	7,0 %	27	5,5 %	586	8,9 %
Célibataire	399	15,3 %	327	11,7 %	70	10,6 %	52	10,6 %	848	12,9 %
Occupation professionnelle										
Inconnu	0	0,0 %	3	0,1 %	0	0,0 %	0	0,0 %	3	0,0 %
Actif	1 604	61,5 %	2 002	71,7 %	535	80,8 %	385	78,4 %	4 526	69,1 %
Retraité	723	27,7 %	648	23,2 %	95	14,4 %	87	17,7 %	1 553	23,7 %
Etudiant	75	2,9 %	48	1,7 %	5	0,8 %	6	1,2 %	134	2,1 %
Chômeur	111	4,3 %	53	1,9 %	14	2,1 %	11	2,2 %	189	2,9 %
Inactif	94	3,6 %	38	1,4 %	13	2,0 %	2	0,4 %	147	2,2 %
Part des salariés actifs en contrat à durée indéterminée										
En CDI	1 221	85,8 %	1 748	90,0 %	477	92,1 %	337	94,9 %	3 783	89,3 %
Pcs										
Inconnu	4	0,2 %	4	0,1 %	0	0,0 %	0	0,0 %	8	0,1 %
Agriculteur	119	4,6 %	43	1,5 %	6	0,9 %	7	1,4 %	175	2,7 %
Artisan, commerçant	180	6,9 %	55	2,0 %	31	4,7 %	31	6,3 %	297	4,5 %
Cadre	291	11,2 %	623	22,3 %	175	26,4 %	132	26,9 %	1 221	18,6 %
Professions intermédiaires	480	18,4 %	1 044	37,4 %	174	26,3 %	108	22,0 %	1 806	27,6 %
Employé	656	25,2 %	533	19,1 %	170	25,7 %	78	15,9 %	1 437	21,9 %
Ouvrier qualifié	586	22,5 %	342	12,3 %	78	11,8 %	102	20,8 %	1 108	16,9 %
Ouvrier non qualifié	204	7,8 %	100	3,6 %	24	3,6 %	27	5,5 %	355	5,4 %
N'a jamais travaillé	87	3,3%	48	1,7%	4	0,6%	6	1,2%	145	2,2%

	Niveau de couverture								Ensemble	
	Faible		Moyen		Fort en optique		Fort en dentaire			
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Assuré fonctionnaire, salarié										
Inconnu	7	0,3 %	5	0,2 %	1	0,2 %	0	0,0 %	13	0,2 %
Fonctionnaire, salarié public	619	23,7 %	1 418	50,8 %	145	21,9 %	70	14,3 %	2 252	34,4 %
Salarié du privé	1 570	60,2 %	1 208	43,3 %	479	72,4 %	375	76,4 %	3 632	55,4 %
Non salarié	324	12,4 %	111	4,0 %	32	4,8 %	40	8,2 %	507	7,7 %
N'a jamais travaillé	87	3,3 %	50	1,8 %	5	0,8 %	6	1,2 %	148	2,3 %
Niveau d'étude										
Inconnu	56	2,1 %	35	1,2 %	10	1,7 %	9	1,9 %	110	1,7 %
Non scolarisé	24	0,9 %	4	0,1 %	0	0,0 %	1	0,2 %	29	0,4 %
Maternelle, primaire, CEP	453	17,1 %	244	8,7 %	37	6,1 %	37	7,7 %	771	11,8 %
Collège, BEP, CAP	1 035	39,0 %	718	25,6 %	187	30,9 %	180	37,4 %	2 120	32,4 %
Lycée, baccalauréat	424	16,0 %	455	16,2 %	113	18,6 %	75	15,6 %	1 067	16,3 %
Etudes sup.	530	19,9 %	1 269	45,2 %	249	41,1 %	167	34,7 %	2 215	33,8 %
Autres	60	2,3 %	39	1,4 %	8	1,3 %	6	1,2 %	113	1,7 %
Elève, Etudiant	74	2,8 %	45	1,6 %	2	0,3 %	6	1,2 %	127	1,9 %
Taille de l'unité urbaine										
Inconnu	3	0,1 %	4	0,1 %	1	0,2 %	0	0,0 %	8	0,1 %
Communes rurales	807	31,0 %	706	25,3 %	158	23,9 %	129	26,3 %	1 800	27,5 %
<20 000 hab.	516	19,8 %	493	17,7 %	113	17,1 %	104	21,2 %	1 226	18,7 %
20 000 à 199 999 hab	534	20,5 %	575	20,6 %	152	23,0 %	67	13,7 %	1 328	20,3 %
200000 à 1999999 hab.	522	20,0 %	670	24,0 %	134	20,2 %	108	22,0 %	1 434	21,9 %
Unité urbaine de Paris	225	8,6 %	344	12,3 %	104	15,7 %	83	16,9 %	756	11,5 %
Revenu par UC										
Inconnu	372	14,3 %	328	11,7 %	78	11,8 %	72	14,7 %	850	13,0 %
<690€	469	18,0 %	238	8,5 %	75	11,3 %	68	13,9 %	850	13,0 %
690€ - 990€	642	24,6 %	519	18,6 %	114	17,2 %	93	18,9 %	1 368	20,9 %
>1 300€	630	24,2 %	1 171	41,9 %	255	38,5 %	168	34,2 %	2 224	33,9 %
990€ - 1 300€	494	19,0 %	536	19,2 %	140	21,2 %	90	18,3 %	1 260	19,2 %
Exonéré du ticket modérateur										
Inconnu	20	0,8 %	34	1,2 %	6	0,9 %	6	1,2 %	66	1,0 %
Oui	335	12,9 %	258	9,2 %	55	8,3 %	44	9,0 %	692	10,6 %
Non	2 252	86,4 %	2 500	89,5 %	601	90,8 %	441	89,8 %	5 794	88,4 %
Total	2 607	100,0 %	2 792	100,0 %	662	100,0 %	491	100,0 %	6 552	100,0 %

Tableau annexe 9
Niveau de couverture
suivant les caractéristiques médicales de l'assuré principal

	Niveau de couverture								Ensemble	
	Faible		Moyen		Fort en optique		Fort en dentaire			
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Note auto-attribuée (de 0 à 10)										
Inférieure ou égale à 6	422	16,5 %	366	13,4 %	69	10,6 %	54	11,1 %	911	14,2 %
7	376	14,7 %	421	15,4 %	85	13,0 %	77	15,9 %	959	14,9 %
8	730	28,5 %	835	30,5 %	201	30,7 %	138	28,5 %	1 904	29,6 %
9	442	17,2 %	583	21,3 %	141	21,6 %	111	22,9 %	1 277	19,8 %
10	526	20,5 %	461	16,9 %	137	21,0 %	92	19,0 %	1 216	18,9 %
Inconnu	69	2,7 %	69	2,5 %	21	3,2 %	13	2,7 %	172	2,7 %
Invalidité										
Pas de gêne	215	8,4 %	131	4,8 %	36	5,5 %	38	7,8 %	420	6,5 %
Gêne infime	402	15,7 %	459	16,8 %	132	20,2 %	72	14,9 %	1 065	16,5 %
Peu gêné	803	31,3 %	932	34,1 %	247	37,8 %	178	36,7 %	2 160	33,6 %
Gêné mais vie normale	686	26,7 %	753	27,5 %	149	22,8 %	130	26,8 %	1 718	26,7 %
Diminution de l'activité	335	13,1 %	353	12,9 %	66	10,1 %	56	11,6 %	810	12,6 %
Gêne très importante	114	4,4 %	88	3,2 %	20	3,1 %	9	1,9 %	231	3,6 %
Inconnu	10	0,4 %	19	0,7 %	4	0,6 %	2	0,4 %	35	0,5 %
Risque vital										
Nul	570	22,2 %	595	21,8 %	138	21,1 %	98	20,2 %	1 401	21,8 %
Pron. péjoratif très faible	431	16,8 %	501	18,3 %	131	20,0 %	98	20,2 %	1 161	18,0 %
Pron. péjoratif faible	947	36,9 %	1 093	40,0 %	256	39,1 %	179	36,9 %	2 475	38,4 %
Risque possible	470	18,3 %	411	15,0 %	97	14,8 %	86	17,7 %	1 064	16,5 %
Pron. mauvais / très mauvais	138	5,4 %	119	4,4 %	28	4,3 %	22	4,5 %	307	4,8 %
Inconnu, décès	9	0,4 %	16	0,6 %	4	0,6 %	2	0,4 %	31	0,5 %
Etat des dents										
Toutes intactes ou bon état	240	9,4 %	190	7,0 %	45	6,9 %	35	7,2 %	510	7,9 %
Certaines traitées remplacées	1 463	57,0 %	1 692	61,9 %	422	64,5 %	306	63,1 %	3 883	60,3 %
Perdu une partie	485	18,9 %	573	21,0 %	140	21,4 %	90	18,6 %	1 288	20,0 %
Perdu toutes ou presque	343	13,4 %	251	9,2 %	44	6,7 %	47	9,7 %	685	10,6 %
Inconnu	34	1,3 %	29	1,1 %	3	0,5 %	7	1,4 %	73	1,1 %
Porte des lunettes ou des lentilles										
Oui	1 608	62,7 %	1 914	70,0 %	445	68,0 %	305	62,9 %	4 272	66,4 %
Non	935	36,5 %	799	29,2 %	206	31,5 %	178	36,7 %	2 118	32,9 %
Inconnu	22	0,9 %	22	0,8 %	3	0,5 %	2	0,4 %	49	0,8 %
Porte une prothèse dentaire										
Oui	930	36,3 %	1 309	47,9 %	327	50,0 %	216	44,5 %	2 782	43,2 %
Non	1 537	59,9 %	1 338	48,9 %	311	47,6 %	257	53,0 %	3 443	53,5 %
Inconnu	98	3,8 %	88	3,2 %	16	2,5 %	12	2,5 %	214	3,3 %

	Niveau de couverture								Ensemble	
	Faible		Moyen		Fort en optique		Fort en dentaire			
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
<i>Est allé chez le dentiste à titre préventif au cours des 12 derniers mois</i>										
Oui	1 009	39,3 %	1 239	45,3 %	314	48,0 %	219	45,2 %	2 781	43,2 %
Non	1 506	58,7 %	1 455	53,2 %	330	50,5 %	262	54,0 %	3 553	55,2 %
Inconnu	50	2,0 %	41	1,5 %	10	1,5 %	4	0,8 %	105	1,6 %
Total des quest. santé exploitables	2 565	100,0 %	2 735	100,0%	654	100,0 %	485	100,0%	6 439	100,0%
Quest. santé exploitables	2 565	98,4 %	2 735	98,0 %	654	98,8 %	485	98,8 %	6 439	98,3 %
Quest. santé inexploitable	42	1,6 %	57	2,0 %	8	1,2 %	6	1,2 %	113	1,7 %
Total	2 607	100,0 %	2 792	100,0%	662	100,0 %	491	100,0%	6 552	100,0%

Tableau annexe 10
Niveau de couverture suivant les caractéristiques du contrat de couverture complémentaire

	Niveau de couverture								Ensemble	
	Faible		Moyen		Fort en optique		Fort en dentaire		Eff.	%
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%		
Nombre de personnes couvertes par le contrat										
1	1 255	48,1 %	1 362	48,8 %	210	31,7 %	162	33,0 %	2 989	45,6 %
2	614	23,6 %	623	22,3 %	159	24,0 %	114	23,2 %	1 510	23,1 %
3 et plus	738	28,3 %	807	28,9 %	293	44,3 %	215	43,8 %	2 053	31,3 %
Type de couverture complémentaire										
Mutuelle	1 572	60,3 %	2 149	77,0 %	351	53,0 %	202	41,1 %	4 274	65,2 %
Institution de prévoyance	388	14,9 %	283	10,1 %	147	22,2 %	164	33,4 %	982	15,0 %
Assurance	626	24,0 %	352	12,6 %	161	24,3 %	120	24,4 %	1 259	19,2 %
Ne sait pas	21	0,8 %	8	0,3%	3	0,5 %	5	1,0%	37	0,6 %
Assuré par son entreprise ou individuellement										
Collectif obligatoire	329	12,6 %	661	23,7 %	269	40,6 %	232	47,3 %	1 491	22,8 %
Collectif facultatif	742	28,5 %	1 320	47,3 %	251	37,9 %	128	26,1 %	2 441	37,3 %
Individuel	1 439	55,2 %	652	23,4 %	125	18,9 %	117	23,8 %	2 333	35,6 %
Autre	67	2,6 %	84	3,0 %	7	1,1 %	8	1,6 %	166	2,5 %
Inconnu	30	1,2 %	75	2,7 %	10	1,5 %	6	1,2 %	121	1,9 %
La complémentaire rembourse-t-elle les dépassements d'honoraires chez le spécialiste										
Oui, en partie au moins	1 177	45,2 %	1 304	46,7 %	418	63,1 %	325	66,2 %	3 224	49,2 %
Non	768	29,5 %	782	28,0 %	96	14,5 %	70	14,3 %	1 716	26,2 %
Inconnu	662	25,4 %	706	25,3 %	148	22,4 %	96	19,6 %	1 612	24,6 %
Total	2 607	100 %	2 792	100 %	662	100 %	491	100 %	6 552	100 %

Tableau annexe 11
Qualité perçue de la couverture complémentaire
selon le niveau de couverture

	Niveau de couverture								Ensemble	
	Faible		Moyen		Fort en optique		Fort en dentaire			
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Evaluation des cotisations pour le contrat maladie signé										
Très chères	176	6,7 %	115	4,1 %	28	4,2 %	23	4,7 %	342	5,2 %
Plutôt chères	1 294	49,6 %	1 269	45,5 %	268	40,5 %	194	39,5 %	3 025	46,2 %
Plutôt peu chères	682	26,2 %	791	28,3 %	198	29,9 %	153	31,2 %	1 824	27,8 %
Peu chères	213	8,2 %	244	8,7 %	88	13,3 %	63	12,8 %	608	9,3 %
Inconnu, ne sait pas	242	9,3 %	373	13,4 %	80	12,1 %	58	11,8 %	753	11,5 %
Remboursement de la part non prise en charge par la Sécurité sociale pour les soins de spécialiste										
Très bien	733	28,1 %	881	31,6 %	303	45,8 %	228	46,4 %	2 145	32,7 %
Bien	979	37,6 %	1 062	38,0 %	229	34,6 %	159	32,4 %	2 429	37,1 %
Moyen	418	16,0 %	385	13,8 %	52	7,8 %	45	9,2 %	900	13,7 %
Mal, très mal, pas du tout	176	6,8 %	132	4,7 %	18	2,7 %	11	2,2 %	337	5,1 %
Inconnu, ne sait pas	301	11,5 %	332	11,9 %	60	9,1 %	48	9,8 %	741	11,3 %
Remboursement de la part non prise en charge par la Sécurité sociale pour les lunettes										
Très bien	254	9,7 %	299	10,7 %	181	27,3 %	158	32,2 %	892	13,6 %
Bien	583	22,4 %	703	25,2 %	256	38,7 %	155	31,6 %	1 697	25,9 %
Moyen	715	27,4 %	827	29,6 %	125	18,9 %	93	18,9 %	1 760	26,9 %
Mal, très mal, pas du tout	782	30,0 %	669	24,0 %	53	8,0 %	36	7,3 %	1 540	23,5 %
Inconnu, ne sait pas	273	10,5 %	294	10,5 %	47	7,1 %	49	10,0 %	663	10,1 %
Remboursement de la part non prise en charge par la Sécurité sociale pour les prothèses dentaires										
Très bien	258	9,9 %	302	10,8 %	159	24,0 %	142	28,9 %	861	13,1 %
Bien	549	21,1 %	745	26,7 %	234	35,4 %	164	33,4 %	1 692	25,8 %
Moyen	723	27,7 %	791	28,3 %	134	20,2 %	91	18,5 %	1 739	26,5 %
Mal, très mal, pas du tout	686	26,3 %	508	18,2 %	61	9,2 %	35	7,1 %	1 290	19,7 %
Inconnu, ne sait pas	391	15,0 %	446	16,0 %	74	11,2 %	59	12,0 %	970	14,8 %
Total	2 607	100,0%	2 792	100,0%	662	100,0%	491	100,0%	6 552	100,0%

Tableau annexe 12
Niveau de couverture suivant les caractéristiques sociodémographiques de l'assuré principal
Contrats collectifs

	Niveau de couverture								Ensemble	
	Faible		Moyen		Fort en optique		Fort en dentaire			
	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%	Eff.	%
Age										
< 25 ans	35	3,3 %	55	2,8 %	18	3,5 %	12	3,3 %	120	3,1 %
25-39 ans	259	24,2 %	560	28,3 %	181	34,8 %	115	31,9 %	1 115	28,4 %
40-64 ans	569	53,1 %	1 137	57,4 %	279	53,6 %	199	55,3 %	2 184	55,5 %
65 ans et +	208	19,4 %	229	11,6 %	42	8,1 %	34	9,4 %	513	13,0 %
inconnu	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Sexe										
Homme	681	63,6 %	971	49,0 %	341	65,6 %	251	69,7 %	2 244	57,1 %
Femme	390	36,4 %	1 010	51,0 %	179	34,4 %	109	30,3 %	1 688	42,9 %
Etat matrimonial										
Inconnu	0	0,0 %	2	0,1 %	0	0,0 %	0	0,0 %	2	0,1 %
En couple	859	80,2 %	1 645	83,0 %	443	85,2 %	311	86,4 %	3 258	82,9 %
Divorcé, séparé, veuf	112	10,5 %	156	7,9 %	33	6,4 %	14	3,9 %	315	8,0 %
Célibataire	100	9,3 %	178	9,0 %	44	8,5 %	35	9,7 %	357	9,1 %
Occupation professionnelle										
Inconnu	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %	0	0,0 %
Actif	726	67,8 %	1 501	75,8 %	449	86,4 %	303	84,2 %	2 979	75,8 %
Retraité	312	29,1 %	452	22,8 %	66	12,7 %	54	15,0 %	884	22,5 %
Etudiant	2	0,2 %	9	0,5 %	2	0,4 %	1	0,3 %	14	0,4 %
Chômeur	13	1,2 %	5	0,3 %	2	0,4 %	1	0,3 %	21	0,5 %
Inactif	18	1,7 %	14	0,7 %	1	0,2 %	1	0,3 %	34	0,9 %
Part des salariés actifs en contrat à durée indéterminée										
En CDI	674	93,5 %	1 380	92,0 %	421	94,2 %	296	98,0 %	2 771	93,3 %
Pcs										
Inconnu	1	0,1 %	1	0,1 %	0	0,0 %	0	0,0 %	2	0,1 %
Agriculteur	13	1,2 %	7	0,4 %	2	0,4 %	1	0,3 %	23	0,6 %
Artisan, commerçant	20	1,9 %	10	0,5 %	9	1,7 %	7	1,9 %	46	1,2 %
Cadre	137	12,8 %	487	24,6 %	163	31,4 %	112	31,1 %	899	22,9 %
Professions intermédiaires	240	22,4 %	823	41,5 %	138	26,5 %	83	23,1 %	1 284	32,7 %
Employé	292	27,3 %	357	18,0 %	133	25,6 %	55	15,3 %	837	21,3 %
Ouvrier qualifié	283	26,4 %	229	11,6 %	56	10,8 %	80	22,2 %	648	16,5 %
Ouvrier non qualifié	82	7,7 %	59	3,0 %	18	3,5 %	21	5,8 %	180	4,6 %
N'a jamais travaillé	3	0,3 %	8	0,4 %	1	0,2 %	1	0,3 %	13	0,3 %

Taille de l'unité urbaine										
Inconnu	2	0,2 %	3	0,2 %	1	0,2 %	0	0,0 %	6	0,2 %
Communes rurales	295	27,5 %	499	25,2 %	116	22,3 %	93	25,8 %	1 003	25,5 %
<20000 hab.	190	17,7 %	352	17,8 %	92	17,7 %	72	20,0 %	706	18,0 %
20 000 à 199 999 hab	241	22,5 %	383	19,3 %	108	20,8 %	46	12,8 %	778	19,8 %
200 000 à 1 999 999 hab.	221	20,6 %	501	25,3 %	110	21,2 %	77	21,4 %	909	23,1 %
Unité urbaine de Paris	122	11,4 %	243	12,3 %	93	17,9 %	72	20,0 %	530	13,5 %
Revenu par UC										
Inconnu	145	13,5 %	211	10,7 %	64	12,3 %	48	13,3 %	468	11,9 %
<690€	160	14,9 %	130	6,6 %	51	9,8 %	45	12,5 %	386	9,8 %
690€ - 990€	254	23,7 %	349	17,6 %	87	16,7 %	65	18,1 %	755	19,2 %
>1 300€	227	21,2 %	389	19,6 %	105	20,2 %	65	18,1 %	786	20,0 %
990€ -1 300€	285	26,6 %	902	45,5 %	213	41,0 %	137	38,1 %	1 537	39,1 %
Exonéré du ticket modérateur										
Inconnu	4	0,4 %	17	0,9 %	5	1,0 %	3	0,8 %	29	0,7 %
Oui	144	13,5 %	164	8,3 %	38	7,3 %	29	8,1 %	375	9,5 %
Non	923	86,2 %	1 800	90,9 %	477	91,7 %	328	91,1 %	3 528	89,7 %
Total	1 071	100,0%	1 981	100,0 %	520	100,0 %	360	100,0%	3 932	100,0 %

Tableau annexe 13
Niveaux de couverture et caractéristiques sociodémographiques des personnes couvertes
(assurés et ayants-droit), non couvertes et bénéficiaires de la CMUC

	Pas de couverture	Niveau de couverture					Bénéficiaires de la CMUC
		Faible	Moyen	Fort en optique	Fort en dentaire	Ensemble	
Age							
< 25 ans	36,9 %	33,8 %	33,8 %	39,3 %	37,9 %	34,8 %	47,4 %
25-39 ans	22,1 %	20,3 %	20,5 %	21,1 %	20,5 %	20,5 %	21,9 %
40-64 ans	27,2 %	32,1 %	36,5 %	34,0 %	35,2 %	34,4 %	26,5 %
65 ans et +	13,2 %	13,8 %	9,2 %	5,6 %	6,4 %	10,3 %	3,9 %
inconnu	0,7 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,4 %
Sexe							
Homme	54,2 %	49,6 %	47,1 %	50,1 %	50,4 %	48,7 %	43,6 %
Femme	45,8 %	50,4 %	52,9 %	49,9 %	49,6 %	51,3 %	56,4 %
Etat matrimonial du chef de famille							
Inconnu	0,2 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,5 %
En couple	76,3 %	88,6 %	90,1 %	92,3 %	94,0 %	90,2 %	68,3 %
Divorcé, séparé, veuf	14,7 %	7,6 %	5,7 %	4,3 %	3,4 %	6,1 %	18,7 %
Célibataire	8,9 %	3,7 %	4,1 %	3,4 %	2,6 %	3,7 %	12,7 %
Occupation professionnelle du chef de ménage							
Inconnu	0,2 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	0,0 %
Actif	56,8 %	72,1 %	78,7 %	86,2 %	85,2 %	77,5 %	42,9 %
Retraité, veuf	21,5 %	22,9 %	17,4 %	9,6 %	11,6 %	18,2 %	11,7 %
Etudiant, élève	0,7 %	0,5 %	0,5 %	0,2 %	0,1 %	0,4 %	0,6 %
Chômeur	15,4 %	3,3 %	2,3 %	3,1 %	2,4 %	2,8 %	29,8 %
Inactif	5,5 %	1,3 %	0,9 %	1,0 %	0,7 %	1,0 %	15,0 %
Part des personnes dans un ménage dont le chef est en CDI							
CDI	74,8 %	91,2 %	93,0 %	94,7 %	94,6 %	92,8 %	47,9 %
Pcs du chef de ménage							
Inconnu	1,1 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,0 %	0,1 %	4,8 %
Agriculteur	4,2 %	5,0 %	2,2 %	1,4 %	1,2 %	3,1 %	1,0 %
Artisan, commerçant	9,9 %	8,5 %	4,4 %	6,1 %	6,6 %	6,4 %	2,0 %
Cadre	9,2 %	13,7 %	26,8 %	31,5 %	28,8 %	22,4 %	7,2 %
Professions intermédiaires	7,5 %	18,3 %	29,9 %	26,4 %	24,7 %	24,5 %	3,9 %
Employé	14,0 %	12,9 %	11,1 %	11,9 %	6,2 %	11,5 %	4,4 %
Ouvrier qualifié	33,2 %	33,0 %	20,4 %	18,9 %	26,2 %	25,7 %	22,2 %
Ouvrier non qualifié	19,0 %	8,0 %	4,6 %	3,6 %	6,2 %	6,0 %	28,8 %
N'a jamais travaillé	1,9 %	0,5 %	0,6 %	0,2 %	0,1 %	0,5 %	25,8 %
Taille de l'unité urbaine							
Inconnu	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,1 %	0,0 %	0,1 %	0,2 %
Communes rurales	21,3 %	31,4 %	27,4 %	24,5 %	29,0 %	28,8 %	15,2 %
<20 000 hab.	15,2 %	19,7 %	18,6 %	19,0 %	19,8 %	19,2 %	14,3 %
20 000 à 199 999 hab	17,0 %	21,2 %	20,3 %	22,6 %	14,6 %	20,4 %	24,7 %
200000 à 1 999 999 hab.	21,0 %	19,7 %	22,7 %	18,6 %	20,8 %	20,9 %	29,1 %
Unité urbaine de Paris	25,4 %	7,9 %	10,9 %	15,2 %	15,8 %	10,7 %	16,5 %

	Pas de couverture	Niveau de couverture					Bénéficiaires de la CMUC
		Faible	Moyen	Fort en optique	Fort en dentaire	Ensemble	
Revenu par UC							
Inconnu	38,6 %	13,4 %	10,9 %	11,8 %	12,9 %	12,2 %	33,1 %
<690€	32,9 %	22,5 %	12,3 %	14,1 %	17,7 %	16,9 %	57,0 %
690€ - 990€	14,8 %	27,3 %	23,7 %	20,6 %	20,2 %	24,4 %	6,5 %
>1 300€	6,2 %	18,7 %	33,2 %	33,0 %	31,9 %	27,5 %	2,1 %
990€ - 1 300€	7,4 %	18,1 %	19,9 %	20,4 %	17,3 %	19,1 %	1,3 %
Exonéré du ticket modérateur							
Inconnu	3,8 %	0,8 %	1,0 %	0,8 %	2,1 %	1,0 %	3,3 %
Oui	17,8 %	9,5 %	6,7 %	5,9 %	5,7 %	7,6 %	47,0 %
Non	78,4 %	89,7 %	92,3 %	93,3 %	92,2 %	91,4 %	49,7 %
Total	3 846	5 203	5 548	1 620	1257	13 628	1 754

Tableau annexe 14
Niveaux de couverture et caractéristiques médicales des personnes couvertes
(assurés et ayants-droit), non couvertes et bénéficiaires de la CMUC

	Pas de couverture	Niveau de couverture					Bénéficiaires de la CMUC
		Faible	Moyen	Fort en optique	Fort en dentaire	Total	
<i>Note auto-attribuée (de 0 à 10)</i>							
Inférieure ou égale à 6	17,8 %	12,9 %	9,7 %	7,9 %	8,6 %	10,6 %	16,7 %
7	11,2 %	11,2 %	11,6 %	9,2 %	10,8 %	11,1 %	10,2 %
8	17,2 %	22,9 %	23,4 %	21,7 %	22,8 %	22,9 %	16,7 %
9	16,9 %	17,6 %	22,0 %	22,3 %	22,8 %	20,4 %	15,4 %
10	30,1 %	32,4 %	31,0 %	36,1 %	31,9 %	32,2 %	32,1 %
Inconnu	6,7 %	3,1 %	2,3 %	2,9 %	3,1 %	2,8 %	9,0 %
<i>Invalidité</i>							
Pas de gêne	25,2 %	21,3 %	17,7 %	20,1 %	21,2 %	19,7 %	26,8 %
Gêne infime	16,0 %	16,9 %	19,4 %	22,8 %	17,6 %	18,8 %	14,8 %
Peu gêné	25,1 %	27,1 %	29,6 %	30,9 %	31,9 %	29,0 %	26,0 %
Gêné mais vie normale	18,6 %	21,3 %	21,4 %	16,8 %	20,0 %	20,7 %	19,4 %
Diminution de l'activité	8,6 %	9,2 %	8,7 %	6,6 %	6,9 %	8,5 %	7,9 %
Gêne très importante	6,1 %	3,5 %	2,3 %	2,2 %	1,8 %	2,7 %	4,2 %
Inconnu	0,5 %	0,7 %	0,8 %	0,5 %	0,6 %	0,7 %	0,9 %
<i>Risque vital</i>							
Nul	39,3 %	39,2 %	40,4 %	43,8 %	41,9 %	40,5 %	43,1 %
Pron. péjoratif très faible	14,4 %	14,8 %	15,8 %	17,1 %	16,6 %	15,6 %	11,6 %
Pron. péjoratif faible	27,4 %	29,1 %	29,8 %	26,5 %	27,2 %	28,9 %	29,8 %
Risque possible	12,8 %	12,7 %	10,5 %	9,7 %	11,3 %	11,3 %	11,7 %
Pron. mauvais / très mauvais	5,7 %	3,6 %	2,9 %	2,4 %	2,5 %	3,1 %	3,1 %
Inconnu, décès	0,5 %	0,6 %	0,6 %	0,5 %	0,5 %	0,6 %	0,8 %
<i>Etat des dents</i>							
Toutes intactes ou bon état	24,7 %	21,1 %	21,3 %	23,0 %	23,9 %	21,7 %	27,6 %
Certaines traitées remplacées	37,5 %	48,0 %	50,8 %	51,4 %	49,0 %	49,6 %	37,2 %
Perdu une partie	17,2 %	14,0 %	14,5 %	12,2 %	12,3 %	13,8 %	15,1 %
Perdu toutes ou presque	12,1 %	9,6 %	6,4 %	4,6 %	6,2 %	7,4 %	9,3 %
Inconnu	8,5 %	7,3 %	7,1 %	8,8 %	8,6 %	7,5 %	10,8 %
<i>Porte des lunettes ou des lentilles</i>							
Oui	40,8 %	51,2 %	56,4 %	53,0 %	51,2 %	53,5 %	34,8 %
Non	56,2 %	47,6 %	42,5 %	46,0 %	48,2 %	45,4 %	62,6 %
Inconnu	3,0 %	1,2 %	1,1 %	0,9 %	0,6 %	1,1 %	2,6 %
<i>Porte une prothèse dentaire</i>							
Oui	15,4 %	26,4 %	33,2 %	32,3 %	29,6 %	30,2 %	13,2 %
Non	77,3 %	68,5 %	62,3 %	64,0 %	66,4 %	65,2 %	80,4 %
Inconnu	7,3 %	5,1 %	4,6 %	3,7 %	4,0 %	4,6 %	6,4 %
<i>Est allé chez le dentiste à titre préventif au cours des 12 derniers mois</i>							
Oui	26,2 %	41,5 %	47,0 %	47,8 %	45,9 %	44,9 %	30,5 %
Non	69,5 %	56,2 %	51,3 %	50,6 %	52,9 %	53,2 %	65,5 %
Inconnu	4,3 %	2,4 %	1,8 %	1,6 %	1,2 %	1,9 %	4,1 %
Total des quest. santé exploitables	2 332	5 118	5 439	1 603	1 241	13 401	
Quest. santé exploitables	2 332	5 118	5 439	1 603	1 241	13 401	1 159
Quest. santé inexploitable	1 514	85	109	17	16	227	595
Total	3 846	5 203	5 548	1 620	1 257	13 628	1 754

Annexe 3 : Les questionnaires sur la couverture complémentaire

3.2. Questionnaire 2002

CREDES - Centre de Recherche d'Etude et de Documentation en Economie de la Santé
Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2002

Année 2	Vague	Mode d'enquête	QUESTIONNAIRE COUVERTURE COMPLEMENTAIRE	N° adresse
------------	-------	-------------------	--	------------

MUTUELLE OU ASSURANCE : N°..... Code CC :
(zone réservée au chiffrement) (zone réservée au chiffrement)

Prénoms des personnes protégées :
 Nom, adresse et ville de la mutuelle ou assurance :

Il serait préférable que l'assuré, c'est-à-dire la personne qui a souscrit le contrat, remplisse ce questionnaire. Si cela n'est pas possible, une autre personne peut le remplir à sa place. Dans tous les cas, indiquez ci-dessous le prénom de la personne qui le remplit.

- Prénom de la personne qui remplit ce questionnaire : [.....] *nind*
- Si le nom et l'adresse de la mutuelle ou de l'assurance reportés ci-dessus sont inexacts ou incomplets, veuillez noter ci-dessous le nom correct ou l'adresse correcte :
 NOM DE LA MUTUELLE OU ASSURANCE :
 ADRESSE DE LA MUTUELLE OU ASSURANCE :
 VILLE :
- Si d'autres personnes que celles notées dans le cadre ci-dessus sont protégées par cette couverture complémentaire, notez leur prénom ci-après. En revanche, si des personnes sont notées à tort, les barrer dans le cadre ci-dessus.

- Comment l'assuré, c'est-à-dire la personne qui a souscrit le contrat, a-t-il obtenu cette mutuelle ou assurance ?

- L'assuré est salarié → 1 par son entreprise actuelle ou son administration ; elle est... 1 obligatoire 2 facultative
 2 par ses propres moyens, par une démarche personnelle
- L'assuré est non salarié → 3 par son milieu professionnel (loi Madelin, ...)
 4 par ses propres moyens, par une démarche personnelle
- L'assuré est retraité, veuf → 5 a conservé celle de son ancienne entreprise (ou celle de son conjoint décédé)
 6 par ses propres moyens, par une démarche personnelle
- L'assuré est étudiant → 7 par son école, son université, sa fac, ... (mutuelle étudiante)
 8 sans lien avec le milieu universitaire
- Autre situation (chômeur, au foyer...) → 9 par ses propres moyens, par une démarche personnelle
 10 autres, précisez [.....] *aut1*

- Les cotisations pour cette mutuelle (ou assurance) sont payées par...
 1 l'assuré lui-même (y compris en cas de prélèvement sur le salaire)
 2 l'assuré et son employeur/comité d'entreprise (CE)
 3 l'employeur/CE seulement

6. Pour chacun des soins suivants, comment cette couverture complémentaire rembourse-t-elle la part qui n'est pas prise en charge par le régime de la Sécurité sociale ?

	lunettes	prothèses dentaires	soins de spécialistes	forfait hospitalier
très bien	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 1
bien	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 2
moyennement	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 3
mal	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4	<input type="checkbox"/> 4
très mal	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5	<input type="checkbox"/> 5
pas du tout	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6	<input type="checkbox"/> 6
ne sait pas	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7	<input type="checkbox"/> 7

7. Compte tenu des remboursements auxquels vous avez droit, les cotisations payées pour ce contrat maladie vous paraissent-elles ?

- 1 très chères 2 plutôt chères 3 plutôt peu chères 4 peu chères 5 ne sait pas

8. L'année dernière, à la même époque, l'assuré était-il déjà protégé par une mutuelle (ou assurance) ?

- 1 oui, déjà par cette mutuelle (ou assurance)
 2 oui, mais par une autre mutuelle (ou assurance) ⇨ 9. Pourquoi a-t-il changé ?
 3 non

Cette partie du questionnaire est destinée à déterminer le niveau de couverture complémentaire maladie dont disposent les personnes résidant en France. Aujourd'hui, cette information est mal connue et il est impossible d'évaluer la somme dépensée pour se soigner qui n'est remboursée, ni par l'Assurance Maladie, ni par les mutuelles ou les assurances. C'est pourquoi il est très important que vous répondiez aux questions qui suivent ; elles permettront de connaître vraiment les sommes engagées pour se soigner et qui restent à votre charge.

10. Si vous consultez un médecin SPECIALISTE pour une simple consultation et qu'il vous fait payer plus de 22,87 euros (150 francs), cette mutuelle ou cette assurance vous rembourse-t-elle la somme au-delà de 22,87 euros ? (cette somme supplémentaire correspond à des dépassements d'honoraires ou à des honoraires libres).

- 1 oui, en totalité 2 oui, en partie 3 non 4 ne sait pas

Pour remplir la suite de ce questionnaire, il est utile d'avoir sous les yeux le contrat ou la notice explicative que vous a fourni cette mutuelle (ou assurance).

11. Pouvez-vous recopier exactement le niveau de remboursement proposé par cette mutuelle (ou cette assurance) pour les prothèses dentaires et les lunettes (monture et verres) :

Exemples : 200 % du tarif de responsabilité sous déduction des prestations de la Sécurité sociale, 100 % des frais réels, moins les remboursements de la Sécurité sociale, dans la limite de 250 % du tarif de convention, forfait de 50 euros, 5 % du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité sociale)...

- pour les prothèses dentaires :
- pour les lunettes (monture et verres) :

12. Quel est le nom de la formule, de l'option ou du contrat de votre mutuelle (ou assurance) ?

Achévé d'imprimer le 30 avril 2004
ELECTROGELOZ
189, rue d'Aubervilliers – 75886 Paris Cedex 18
Dépôt légal : Avril 2004