

Études et Résultats



N° 837 • avril 2013

Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010

En 2010, neuf Français sur dix sont couverts par une assurance maladie complémentaire privée, hors couverture maladie universelle complémentaire. 57 % d'entre eux sont couverts par des contrats individuels contre 43 % par des contrats collectifs souscrits via un employeur. Les organismes d'assurance maladie complémentaire ont financé 13,5 % des dépenses de santé, soit 0,5 point de plus qu'en 2006.

L'enquête annuelle de la DREES auprès des organismes complémentaires permet d'observer les garanties offertes par les contrats les plus souscrits. La grande majorité des bénéficiaires de ces contrats sont remboursés au moins à hauteur du tarif de base de la Sécurité sociale. Le remboursement va souvent au-delà en cas de dépassement, surtout pour les dépenses d'optique et de prothèses dentaires. Le niveau de prise en charge de ces dépassements varie fortement selon le type de contrat souscrit.

Les contrats collectifs offrent à la plupart de leurs bénéficiaires des garanties parmi les plus élevées, alors que les contrats individuels proposent des garanties de milieu de gamme à deux tiers de leurs bénéficiaires.

Entre 2006 et 2010, l'écart entre contrats individuels et collectifs s'est creusé en raison de la montée en gamme des contrats collectifs.

Marguerite GARNERO, Vincent LE PALUD

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère de l'Économie et des Finances
Ministère des Affaires sociales et de la Santé
Ministère du Travail, de l'Emploi, de la Formation professionnelle et du Dialogue social

En 2010, l'immense majorité des Français (96 %) est couverte par une assurance maladie complémentaire ; 6 % de la population l'est au titre de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et 90 % l'est par une complémentaire privée (hors CMU-C)¹. L'enquête annuelle de la DREES auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé (encadré 1) permet de décrire les caractéristiques de cette couverture complémentaire privée. Cette enquête est représentative de l'ensemble des organismes complémentaires. Le détail des garanties est cependant demandé uniquement pour les contrats modaux : les trois contrats individuels et les deux contrats collectifs couvrant le plus grand nombre de personnes au sein de chaque organisme.

Ces contrats modaux représentent 60 % des personnes couvertes par une assurance individuelle et 22 % de celles couvertes par une assurance collective. Une comparaison des garanties offertes par les contrats collectifs de l'enquête DREES avec ceux de l'Enquête protection sociale complémentaire d'entreprise réalisée en 2009 par l'IRDES a permis de vérifier que, malgré la faible part de marché couverte par l'enquête DREES en assurance collective, la distribution des garanties offertes était comparable entre les deux enquêtes (cf. *Études et résultats*, n° 752).

La majorité des Français couverts par un contrat individuel

En 2010, 43 % des bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé privée sont couverts par un contrat collectif (à adhésion obligatoire ou facultative) et 57 % par un contrat individuel. Les deux tiers des personnes assurées à titre individuel le sont par une mutuelle, 30 % par une société d'assurance et 4 % par une institution de prévoyance. Ces organismes sont, en effet, spécialisés dans les contrats collectifs d'assurance complémentaire santé : ils couvrent 43 % des bénéficiaires sur ce marché, devant les mutuelles (35 %) et les sociétés d'assurance (22 %).

La population bénéficiant d'une couverture collective est en moyenne plus jeune que celle bénéficiant d'une couverture individuelle, les contrats collectifs étant généralement proposés

aux assurés d'âge actif. Ainsi, le tiers des personnes couvertes en individuel est âgé de 60 ans et plus tandis que cela n'est le cas que de 9 % des personnes couvertes en collectif.

La part des dépenses financée par les complémentaires augmente

Selon les Comptes nationaux de la santé de 2010, 77 % des dépenses de santé en France en 2010 ont été prises en charge par des financements publics² (*Comptes nationaux de la santé 2011*, édition 2012). Les opérateurs d'assurance maladie complémentaire ont versé 23,6 milliards d'euros de prestations en 2010, soit 13,5 % de

l'ensemble des dépenses de soins et biens médicaux. Les ménages ont participé à hauteur de 16,8 milliards d'euros, soit 9,6 % des dépenses. Entre 2006 et 2010, la part des dépenses de soins et biens médicaux financée par les organismes complémentaires santé a augmenté de 0,5 point, celle prise en charge par des financements publics a diminué d'autant et celle financée par les ménages est restée stable.

Les assurances maladies complémentaires ne se limitent pas au ticket modérateur

Les dépenses de santé de la très grande majorité des personnes couvertes par les contrats de complémen-

ENCADRÉ 1

L'enquête de la DREES auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé

En 2010, 685 organismes se partagent le marché de la complémentaire santé. Les mutuelles sont les plus nombreuses (561 organismes), mais sont souvent de petite taille et ne représentent donc que 56 % du marché en termes de chiffre d'affaires (contre 27 % pour les sociétés d'assurance et 17 % pour les institutions de prévoyance).

La DREES mène chaque année une enquête auprès des trois types d'organismes afin de mieux connaître leur offre en matière de couverture complémentaire santé. Cette enquête porte sur les caractéristiques et les niveaux de garantie des trois contrats individuels et deux contrats collectifs les plus souscrits auprès de chaque organisme, appelés « contrats modaux ». Elle détient depuis 2005 le label d'intérêt général et de qualité statistique avec obligation de réponse délivré par le Conseil national de l'information statistique (CNIS).

Le tirage de l'échantillon interrogé est réalisé selon un sondage stratifié par type et taille des organismes. Le plan de sondage s'appuie sur la base des organismes complémentaires santé transmise par le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU).

Le taux de réponse global à l'enquête pour l'exercice 2010 s'élève à 89 %. Le très léger repli par rapport au taux de réponse de l'année précédente (90 %) s'explique par le fait que les organismes ont été sollicités dans des délais raccourcis¹.

Les cotisations des organismes répondants représentent 97 % des cotisations des organismes enquêtés*. Les 242 questionnaires réceptionnés ont permis d'étudier 1 048 contrats dont 639 individuels et 409 collectifs. Les contrats modaux représentent la moitié de l'ensemble des bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé*. L'offre de santé est plus concentrée en individuel qu'en collectif : 60 % des bénéficiaires de contrats individuels et 22 % des bénéficiaires de contrats collectifs sont couverts par des contrats modaux, contre respectivement 64 % et 27 % en 2007. La pondération adoptée corrige donc la répartition entre contrats modaux individuels et collectifs, permettant d'étudier les résultats sur l'ensemble des contrats modaux (individuels + collectifs). Toutefois, la représentativité des contrats modaux individuels étant plus grande que la représentativité des contrats collectifs modaux, les résultats sur le champ des contrats collectifs et par conséquent ceux groupant contrats individuels et collectifs sont à considérer avec précaution.

Afin d'améliorer la représentativité de l'enquête en collectif, celle-ci porte depuis 2011 sur les trois contrats collectifs les plus souscrits plutôt que sur les deux comme c'était le cas auparavant.

Les données exploitées sont redressées en fonction du taux de sondage et du taux de réponse par strate de sondage. La pondération corrige en outre des écarts de représentativité entre les contrats modaux individuels et collectifs, ceci afin de ne pas sous-représenter les contrats collectifs. Pour la première fois, cette correction est menée au sein de chaque strate de sondage, afin de tenir également compte des écarts de représentativité constatés selon la famille des organismes (les contrats modaux des mutuelles sont plus représentatifs que ceux des sociétés d'assurance et des institutions de prévoyance) et selon leur taille (les contrats modaux des petits organismes sont généralement plus représentatifs que ceux des gros). Par souci de cohérence, les résultats issus des enquêtes 2006 à 2009 présentés dans cette étude ont été repondérés selon cette même logique.

* Cf. tableaux A et B, consultables depuis l'espace Internet <http://www.drees.sante.gouv.fr/etudes-et-resultats>
¹ L'enquête 2010 a en effet servi de support au test du questionnaire rénové de l'enquête, qui sera utilisé pour l'enquête portant sur l'année 2011, et a été validé par le comité du label du CNIS à l'automne 2011.

1. Sources : Enquête sur la santé et la protection sociale – ESPS 2010 de l'IRDES.

2. Sécurité sociale, État, collectivités locales et CMU-C, organismes de base. La sécurité sociale représente plus de 98 % de l'ensemble des financements publics de soins et biens médicaux.

taire santé les plus souscrits sont remboursés au moins à hauteur du ticket modérateur (TM). Les médicaments sont ainsi intégralement remboursés pour plus de 90 % de la population couverte par les contrats modaux (tableau 1). Pour une consultation de médecin spécialiste dans le parcours de soins, le remboursement à hauteur du ticket modérateur ou au-delà concerne quasiment tous les bénéficiaires des contrats modaux ; une partie des dépassements d'honoraires est en outre prise en charge pour la moitié d'entre eux.

Pour les dépenses de lunettes comme pour celles de prothèses dentaires, la base de remboursement de la Sécurité sociale a été fixée à un niveau très faible ; la quasi-totalité des bénéficiaires sont donc remboursés au-delà du ticket modérateur pour une prothèse dentaire ou pour une paire de lunettes. Pour les bénéficiaires des contrats modaux, le remboursement médian d'une prothèse dentaire facturée 750 euros (encadré 2) est de 300 euros, qui s'ajoutent au remboursement de 75 euros par la Sécurité sociale ; celui pour une paire de lunettes à verres complexes facturée 500 euros est de 260 euros (la Sécurité sociale rembourse 15 euros).

Le montant du forfait journalier est presque toujours totalement remboursé aux bénéficiaires des contrats modaux en 2010, la durée de prise en

charge variant davantage selon le type de soins : elle est illimitée pour 95 % des bénéficiaires des contrats modaux en médecine, 86 % en soins de suite et de réadaptation, et 66 % en psychiatrie. C'est donc surtout sur la durée de prise en charge en psychiatrie que les contrats se distinguent dans la prise en charge du forfait journalier hospitalier.

Des disparités importantes selon les contrats

Le remboursement à hauteur du ticket modérateur et la prise en charge du forfait journalier constituent un socle de remboursement commun à la quasi-totalité des contrats de complémentaire santé. En revanche, les contrats peuvent se distinguer assez fortement selon leur niveau de prise en charge des dépassements d'honoraires et leur offre en optique, en dentaire, ou encore en matière de prothèses auditives. À titre d'exemple, le remboursement par l'organisme complémentaire d'une paire de prothèses auditives numériques facturées 1 500 euros chacune à l'assuré (et remboursées chacune 130 euros par la Sécurité sociale) est inférieur à 350 euros pour le quart des bénéficiaires des contrats modaux (premier quartile) et supérieur à 1 220 euros pour le quart d'entre eux (troisième quartile) [tableau 1].

Cette dispersion dans les niveaux de garanties des contrats ainsi que la

diversité des prestations proposées rendent le marché de l'assurance maladie complémentaire complexe à décrire. La DREES établit donc une typologie des contrats les plus souscrits (encadré 2), qui consiste à classer les contrats en groupes homogènes selon les remboursements offerts pour plusieurs prestations étudiées simultanément. Cette typologie, qui permet de synthétiser l'information recueillie afin de décrire simplement le marché, est une actualisation de travaux précédents (Arnould *et al.*, 2006 et Arnould et Vidal, 2008). Un regroupement en cinq classes homogènes a été adopté (encadré 2), désignées par la suite par les lettres A, B, C, D et E, les contrats de type A étant ceux offrant la meilleure couverture et les contrats de type E la moins bonne. Les contrats de classe A remboursent fréquemment intégralement les prestations de santé choisies pour référence (tableau 2). Cette prise en charge intégrale est moins fréquente au sein des contrats de catégorie B, mais les dépassements d'honoraires restent bien pris en charge en ville comme à l'hôpital. Pour cette catégorie de contrats, les remboursements médians pour les biens choisis en optique et en dentaire s'établissent à 310 euros pour une paire de lunettes (facturée 500 euros) et 301 euros pour une prothèse dentaire (facturée 750 euros).

Parmi les bénéficiaires des contrats de classe C, 58 % sont remboursés

TABLEAU 1

Remboursements des bénéficiaires des contrats modaux par type de dépenses

	Prix de référence*	Prise en charge (en % des personnes couvertes)			Distribution des remboursements de l'organisme complémentaire (en euros, hors remboursement de la Sécurité sociale)			
		Nulle ou inférieure au ticket modérateur (TM)	TM	Supérieure au TM	Moyenne	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^e quartile
Consultation chez un médecin spécialiste dans le parcours de soins	60 €	0	47	53	19 €	7 €	14 €	30 €
Consultation chez un médecin spécialiste hors du parcours de soins**	60 €	2	59	38	15 €	7 €	7 €	23 €
Honoraires hospitaliers chirurgicaux	1 379 €	1	28	72	425 €	18 €	248 €	938 €
Optique simple	200 €	1	2	97	150 €	125 €	153 €	195 €
Optique complexe	500 €	1	2	97	280 €	167 €	260 €	408 €
Prothèse dentaire	750 €	1	4	96	275 €	161 €	301 €	355 €
Prothèses auditives numériques	3 000 €	3	8	89	914 €	350 €	851 €	1 219 €
Supplément chambre particulière	80 €				51 €	35 €	50 €	72 €
Médicaments à vignette blanche (remboursés à 65% par l'assurance maladie)		1	99	0				
Médicaments à vignette bleue (remboursés à 35% par l'assurance maladie***)		9	91	0				

* Les montants de référence ont été choisis élevés afin de pouvoir différencier les offres des organismes complémentaires les unes par rapport aux autres. Les biens de référence choisis sont décrits précisément dans le tableau de l'encadré 2.

** On considère dans ce tableau que la prise en charge du TM correspond à 30 % du tarif de convention (TC) pour une consultation hors parcours de soin. En effet, même si dans ce cas le TM est de 70 % du TC au lieu de 30 % dans le parcours de soins, les contrats responsables, qui représentent la quasi-totalité des contrats modaux, ont interdiction de prendre en charge cette différence de 40 % du TC. Les prises en charge hors et dans le parcours de soins restent ainsi comparables puisqu'une prise en charge supérieure au TM revient dans les deux cas à rembourser une partie du dépassement d'honoraires.

*** En 2010 (remboursés à 30 % depuis le 2 mai 2011).

Lecture • 47% des bénéficiaires d'un contrat modal sont remboursés à hauteur du ticket modérateur par leur organisme complémentaire pour une consultation chez un médecin spécialiste dans le parcours de soins, facturée 60 euros par le médecin. Le remboursement moyen pour cette consultation s'élève à 19 euros.

Sources • DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé - année 2010.

d'une partie des dépassements d'honoraires en ville et 96 % le sont pour les honoraires des praticiens hospitaliers. Les contrats de classe D proposent plus rarement ces garanties (26 % en ville et 42 % à l'hôpital). Les remboursements médians des contrats de classe D sont inférieurs de 120 euros à ceux des contrats de classe C, en optique et en dentaire, pour les biens de référence choisis.

Les contrats d'« entrée de gamme », de niveau E, ne concernent qu'une personne sur dix parmi les bénéficiaires de contrats modaux. Ces contrats souvent ne remboursent pas au-delà du ticket modérateur : c'est le

cas de 98 % de leurs bénéficiaires pour une consultation de spécialiste, 72 % pour des honoraires chirurgicaux et des prothèses auditives et de 38 % pour une prothèse dentaire. Le remboursement médian des contrats de classe E pour une paire de lunettes à verres complexes vaut 115 euros. Quatre de ces contrats sur dix ne proposent aucun remboursement pour le supplément pour chambre particulière lors d'une hospitalisation en chirurgie.

Les quelques contrats modaux non responsables recensés dans l'enquête sont presque toujours classés dans la catégorie E. Ces contrats, dont la fré-

quence est sous-estimée par l'enquête (son champ se limitant aux contrats les plus souscrits), proposent souvent des garanties ciblées sur l'hospitalisation et couvrent ainsi les risques lourds.

Les contrats les plus protecteurs réservés aux bénéficiaires de couvertures collectives

Les deux tiers des personnes couvertes par les contrats individuels les plus souscrits bénéficient de garanties « standards », proposées par des contrats de classes C ou D (tableau 3). Une sur dix est couverte par un contrat aux garanties supérieures (de classe B) et une très faible minorité d'entre elles profitent des garanties des contrats les plus protecteurs (de classe A). À l'opposé, 18 % d'entre elles ont choisi un contrat d'entrée de gamme, de classe E.

Les personnes couvertes par les contrats collectifs modaux sont très majoritairement couvertes par des contrats offrant des garanties élevées à très élevées, de classe A (pour 48 % d'entre elles) ou B (pour 29 % d'entre elles). Les classes de contrats standards, de niveaux C ou D, ne concernent chacune qu'un dixième des bénéficiaires des contrats collectifs modaux. La part des personnes couvertes par des contrats d'entrée de gamme, de classe E, est pratiquement négligeable en collectif.

Les contrats collectifs montent en gamme

Au cours des années 2006 à 2010, les contrats collectifs modaux sont montés en gamme. La part des personnes bénéficiant des meilleures garanties (de niveau A ou B) est passée en collectif de 55 % en 2006 à 77 % en 2010 (graphique 1) et celle des personnes couvertes par un contrat D ou E, d'un tiers à 13 %.

La répartition des personnes couvertes par niveau de garanties est restée beaucoup plus stable en individuel qu'en collectif (graphique 1). La part des contrats D et E s'est légèrement contractée, passant de 59 % des bénéficiaires en 2006 à 53 % en 2010 ; chacune des trois autres catégories de contrats a vu sa part augmenter très légèrement. Rappelons toutefois que les garanties observées par l'enquête portent sur le champ particulier des contrats les plus souscrits. Ainsi, le niveau de couverture de certains

TABLEAU 2

Distribution des niveaux de garanties des biens de référence au sein des cinq classes de contrats

	Consultation chez un spécialiste dans le parcours de soins*			Honoraires des praticiens hospitaliers*			Prothèses auditives*		
	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^e quartile	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^e quartile	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^e quartile
Classe A	40 €	prix total**	prix total**	prix total**	prix total**	prix total**	1 198 €	1 598 €	1 997 €
Classe B	7 €	30 €	prix total**	218 €	478 €	prix total**	719 €	1 039 €	1 138 €
Classe C	7 €	13 €	18 €	156 €	170 €	294 €	550 €	976 €	1 020 €
Classe D	7 €	7 €	7 €	18 €	18 €	248 €	260 €	419 €	739 €
Classe E	7 €	7 €	7 €	18 €	18 €	202 €	140 €	140 €	190 €

	Optique complexe*			Prothèse dentaire*			Chambre particulière en chirurgie*		
	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^e quartile	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^e quartile	1 ^{er} quartile	Médiane	3 ^e quartile
Classe A	453 €	prix total**	prix total**	376 €	430 €	516 €	60 €	79 €	prix total**
Classe B	258 €	310 €	408 €	269 €	301 €	332 €	35 €	58 €	prix total**
Classe C	220 €	296 €	306 €	247 €	301 €	332 €	31 €	40 €	50 €
Classe D	148 €	171 €	218 €	140 €	178 €	240 €	31 €	40 €	61 €
Classe E	8 €	115 €	148 €	32 €	72 €	86 €	0 €	29 €	66 €

* Remboursement des biens de référence décrits dans l'encadré 2, en euros, hors remboursement de la Sécurité sociale.

** Le remboursement du prix total correspond à 44 euros pour les consultations (dans le cadre d'un contrat responsable ne prenant pas en charge la participation forfaitaire d'un euro), 938 euros pour les honoraires des praticiens hospitaliers, 485 euros pour l'optique complexe et 80 euros pour la chambre particulière.

Lecture • Un quart des bénéficiaires de contrats de classe C sont remboursés 18 euros ou plus pour une consultation facturée 60 euros chez un médecin spécialiste dans le parcours de soins (3^e quartile).

Sources • DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé - année 2010.

TABLEAU 3

Répartition des contrats au sein des cinq groupes de la typologie

	Contrats modaux		Personnes couvertes* (en %)		
	Nombre	Part (en %)	Individuel	Collectif	Ensemble
Classe A	136	13	3	48	22
Classe B	195	19	11	29	18
Classe C	253	24	34	10	24
Classe D	267	25	34	10	24
Classe E	197	19	18	3	12
Ensemble	1 048	100	100	100	100

* Ces taux sont calculés avec pondérations, c'est-à-dire redressement du taux de sondage, du taux de non-réponse et correction des différences de représentativité par strate de sondage.

Lecture • La classe A regroupe 136 contrats modaux. Elle représente 3 % des personnes couvertes par un contrat modal individuel et 48 % des personnes couvertes par un contrat modal collectif.

Sources • DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé - année 2010.

contrats ne figurant pas parmi les plus souscrits a pu baisser : c'est le cas de ceux souscrits par les bénéficiaires de l'aide pour une complémentaire santé (ACS), étudiés par le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (Fonds CMU).

Pour autant, malgré les limites liées au champ de l'enquête, les

conclusions qui en découlent sur la montée en gamme des garanties souscrites semblent être en cohérence avec les données macro-économiques des Comptes nationaux de la santé. Entre 2006 et 2010, la part des organismes complémentaires dans le financement des dépenses optiques, de dentistes et d'honoraires de médecins est ainsi en augmentation.

Les dépassements d'honoraires augmentent mais sont mieux pris en charge

Cette montée en gamme des contrats modaux s'est traduite par une hausse du montant moyen de prise en charge des six prestations prises comme référence, en collectif comme en individuel (tableau 4). L'augmentation de la

ENCADRÉ 2

La méthode de classification des contrats

Les 1 048 contrats modaux de l'enquête 2010 ont été classés selon une méthode très proche de celle adoptée pour classer les contrats de l'enquête 2006 (Arnould et Vidal, 2008). La classification comporte deux étapes, une analyse des correspondances multiples (ACM) suivie d'une classification ascendante hiérarchique (CAH).

L'ACM synthétise l'information de variables dites « actives », en la projetant sur un nombre réduit d'axes. Ici, six prestations, celles pour lesquelles les offres des contrats se distinguent le plus, sont retenues comme variables « actives » : les remboursements des consultations de médecins spécialistes dans le cadre du parcours de soins, des lunettes avec verres complexes, des prothèses dentaires, la prise en charge des honoraires des praticiens hospitaliers, le remboursement de la chambre particulière en chirurgie et le remboursement des prothèses auditives. Le remboursement des honoraires chirurgicaux n'était pas pris en compte dans l'élaboration de la typologie des contrats de l'enquête 2006, mais s'est révélé être en 2010 l'un des paramètres les plus discriminants et a donc été ajouté à la liste des variables actives.

Pour chacune de ces variables, les garanties étant exprimées de manière hétérogène selon les organismes, des biens de référence ont été choisis pour permettre la comparaison des contrats (cf. tableau). Les tarifs de ces biens sont de niveaux volontairement élevés de manière à pouvoir discriminer les contrats, tout en restant justifiés ; ils n'ont pas été modifiés par rapport à ceux adoptés pour l'élaboration de la typologie précédente.

Caractéristiques des biens de référence

Biens	Caractéristiques	Prix du bien de référence	Base de remboursement de la Sécurité sociale	Taux de remboursement de la Sécurité sociale	Remboursement de la Sécurité sociale	Reste à charge pour l'assuré avant participation de l'organisme complémentaire
Consultation	Consultation chez un médecin spécialiste de secteur II, dans le parcours de soins	60,00 €	23,00 €	70 % - 1 € de participation forfaitaire à déduire	15,10 €	44,90 €
Honoraires chirurgicaux des praticiens hospitaliers	Pose d'une prothèse totale de hanche (Code NEKA020)	1 379,40 €	459,80 €	100 % - 18 € de participation forfaitaire à déduire	441,80 €	937,60 €
Prothèse dentaire	Prothèse céramo-métallique sur dent visible	750,00 €	107,50 €	70 %	75,25 €	674,75 €
Optique complexe	Monture	100,00 €	2,84 €	65 %	1,85 €	98,15 €
	Verres multi-focaux ou progressifs, dioptrie de -8 à +8 (code 2 227 038)	200 € par verre	10,37 € par verre	65 %	6,74 € par verre	386,52 € pour deux verres
Prothèse auditive	Prothèse auditive numérique (équipement des deux oreilles)	1500 € par appareil	199,71 € par appareil	65 %	129,81 € par appareil	2740,38 € pour deux appareils
Chambre particulière	Une nuit en chambre particulière en chirurgie	80,00 €	-	-	-	80,00 €

Le premier axe de l'ACM s'interprète selon le niveau de garantie global du contrat, opposant les contrats offrant les prises en charge les plus élevées à ceux se limitant au remboursement du ticket modérateur. Le deuxième axe oppose, quant à lui, les contrats proposant des garanties intermédiaires aux contrats offrant des garanties extrêmes, qu'elles soient fortes ou faibles. Les axes 3 et 4 permettent de différencier les contrats intermédiaires selon la prise en charge en dentaire et optique (axe 3) et celle des dépassements d'honoraires en ville et à l'hôpital (axe 4). L'axe 5 distingue les contrats suivant leur remboursement de la prothèse auditive.

La classification ascendante hiérarchique (CAH) consiste, dans un second temps, à rassembler les contrats en classes les plus homogènes possible (selon les garanties offertes), à partir des axes issus de l'ACM.

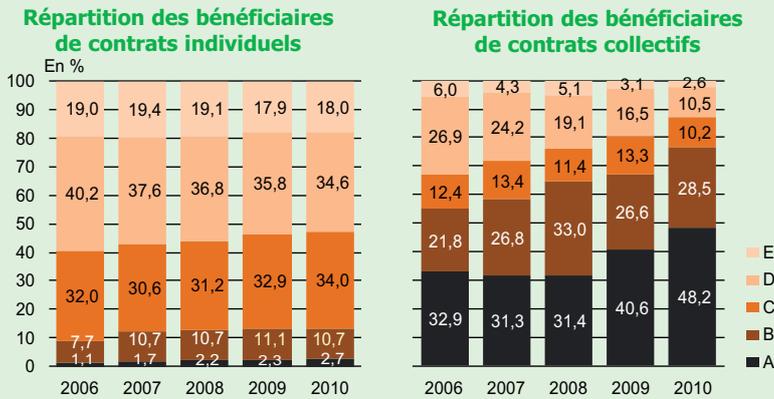
Les contrats sont alors répartis selon un critère qui s'interprète comme le niveau global de garanties offertes. En effet, les classes ainsi obtenues proposent des niveaux de garanties moyens et médians croissants pour toutes les prestations (tableau 3). Cette gradation entre les classes montre que les garanties offertes par les contrats de complémentaire santé sont pour l'essentiel proportionnelles entre elles : les contrats qui offrent des garanties élevées (respectivement faibles) dans l'une des dimensions les plus discriminantes ont, en effet, de grandes chances de proposer des niveaux de remboursements élevés (respectivement faibles) pour les autres prestations.

Alors que la typologie adoptée pour caractériser les contrats de 2006 comptait quatre catégories de contrats, cette nouvelle typologie s'appuie sur une partition en cinq classes, qui permet une description plus fine du marché de la complémentaire santé. Les contrats A de 2006 restent généralement classés en A en 2010, les contrats D sont désormais classés en E ; les contrats B se répartissent principalement entre la « nouvelle » classe B, qui permet ainsi d'isoler les meilleurs contrats individuels modaux, et la nouvelle classe C. Enfin, les contrats de classe C en 2006 sont le plus souvent classés en D en 2010.

Afin de pouvoir apprécier l'évolution des garanties offertes par les contrats de complémentaire santé, cette typologie, établie sur les contrats collectés en 2010, a également servi à classer les contrats des enquêtes menées au cours des quatre années précédentes (de 2006 à 2009).

GRAPHIQUE 1

Évolution entre 2006 et 2010 de la répartition par niveau de garanties des bénéficiaires d'un contrat modal



Lecture • En 2006, 19 % des bénéficiaires d'un contrat individuel modal étaient couverts par un contrat proposant des garanties de classe E.

Sources • DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé - années 2006 à 2010.

TABLEAU 4

Évolution 2006-2010 des niveaux moyens de garantie des biens de référence

Biens de références	Type de contrat modal	Remboursement moyen du bien de référence*		Évolution 2006-2010 (en %)	
		2006	2010	Totale	Par an
Chambre particulière	Individuel	39 €	44 €	13	3
	Collectif	50 €	60 €	21	5
Consultation de spécialiste	Individuel	11 €	12 €	10	2
	Collectif	23 €	30 €	30	7
Honoraires des praticiens hospitaliers (pose d'une prothèse de hanche)	Individuel	198 €	268 €	35	8
	Collectif	499 €	635 €	27	6
Optique complexe	Individuel	192 €	216 €	13	3
	Collectif	269 €	366 €	36	8
Prothèse dentaire	Individuel	203 €	221 €	9	2
	Collectif	316 €	348 €	10	2
Prothèse auditive	Individuel	619 €	662 €	7	2
	Collectif	1 049 €	1 252 €	19	5

* Remboursement moyen des biens de référence décrits dans l'encadré 2, en euros, hors remboursement de la Sécurité sociale.

Lecture • Entre 2006 et 2010, le remboursement moyen versé aux bénéficiaires des contrats collectifs modaux pour une nuit en chambre particulière facturée 80 euros a progressé de 21 %.

Sources • DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé - années 2006 à 2010.

prise en charge moyenne est toutefois presque toujours plus forte en collectif qu'en individuel : les écarts entre les montants remboursés par les deux types de contrats se sont donc creusés.

C'est la prise en charge des dépassements d'honoraires des praticiens hospitaliers qui a le plus augmenté entre 2006 et 2010, parallèlement à la progression de ces dépassements (CNAM, 2011). Ces dépassements constituent la seule prestation de référence de l'enquête, pour laquelle la prise en charge s'est améliorée plus fortement pour les contrats individuels que pour les contrats collectifs, sans toutefois remettre en cause le caractère plus protecteur de ces derniers : 85 % des personnes couvertes par un contrat collectif modal bénéficient de la prise en charge des dépassements d'honoraires pour une consultation hospitalière contre 62 % pour les bénéficiaires de contrats individuels modaux.

La hausse de la prise en charge moyenne d'une consultation en ville d'un médecin spécialiste de secteur II dans le parcours de soins (facturée 60 euros au patient) est également nette entre 2006 et 2010. La progression est toutefois bien plus sensible pour les contrats collectifs modaux (+30 %) que pour les contrats individuels modaux (+10 %). Entre 2006 et 2010, la part des bénéficiaires des contrats modaux au moins en partie remboursés en cas de dépassements d'honoraires en ville est passée de 64 % à 78 % en collectif et de 29 % à 34 % en individuel.

Pour en savoir plus

- Arnould M.-L., Rattier M.-O., Raynaud D., 2006, « Les contrats d'assurance maladie complémentaire, une typologie en 2004 », DREES, *Études et Résultats*, n° 490, mai.
- Arnould M.-L., Vidal G., 2008, « Typologie des contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2006 », DREES, *Études et Résultats*, n° 663, octobre.
- Garnero M., Rattier M.-O., 2008, « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2008 », DREES, *Études et Résultats*, n° 752, février.
- « Médecins exerçant en secteur 2 : une progression continue des dépassements d'honoraires, la nécessité d'une réforme structurelle du système », 2011, Assurance maladie, Point d'information, mai.
- Le Garrec M.-A., Bouvet M., Koubi M., 2012, « Comptes nationaux de la santé 2011 », DREES, décembre.
- « Rapport du Fonds CMU au gouvernement sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide complémentaire santé en 2009 », 2010, Fonds CMU, juin.
- « Rapport du Fonds CMU au gouvernement sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide pour une complémentaire santé (ACS) en 2010 », 2011, Fonds CMU, juin.
- « Rapport du Fonds CMU au gouvernement sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide pour une complémentaire santé (ACS) en 2011 », 2012, Fonds CMU, avril.