

Complémentaires santé : en 2016, les seniors restent moins bien couverts malgré une hausse des garanties depuis 2011

Entre 2011 et 2016, le niveau de prise en charge des contrats de complémentaire santé a augmenté, notamment pour les contrats individuels. Mesurée avant la mise en place du « 100 % Santé », qui encadre la prise en charge proposée par les contrats responsables sur certains postes de soins, cette hausse s'explique principalement par une évolution du niveau des garanties souscrites à tous les âges. Même si les seniors souscrivent des contrats plus couvrants, le vieillissement de la population couverte en individuel contribue peu à cette hausse.

Parmi l'ensemble des garanties, l'optique simple, l'optique complexe et les soins prothétiques dentaires sont celles qui expliquent le plus les écarts de prise en charge des contrats en 2016. Si les contrats souscrits par les seniors offrent des remboursements plus importants, ils ne compensent pas leur reste à charge plus élevé.

Les cotisations augmentent avec l'âge pour les contrats individuels, et avec le niveau de garantie pour les contrats individuels et collectifs. Elles sont cependant plus faibles pour les contrats collectifs à niveau de prise en charge comparable.

Romain Loiseau (DREES)

Entre 2011 et 2016, plusieurs réformes ont encouragé une prise en charge plus large des dépenses de santé par l'assurance maladie complémentaire, comme la modification du cahier des charges des contrats responsables ou la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. Tandis que la première a augmenté notamment le niveau minimal de prise en charge *via* des plafonds de remboursement, la seconde a conduit à un transfert de bénéficiaires de contrats individuels vers le marché des contrats collectifs (Adjerad, 2019a ; Fouquet, 2020). Cette étude vise à présenter l'évolution du niveau de prise en charge par les contrats entre 2011 et 2016 ; elle rend compte de la situation avant la mise en place du « 100 % Santé », qui encadre, depuis janvier 2021, la prise en charge des biens d'optique, des prothèses dentaires et des prothèses auditives par les complémentaires santé responsables (Barlet, *et al.*, 2019).

Pour mesurer l'évolution du niveau de prise en charge par les contrats, la DREES mobilise un score, compris entre 0 et 1, qui s'interprète comme le taux de remboursement moyen du reste à charge après intervention de l'assurance maladie obligatoire (AMO) par les contrats, sur un certain panier de soins (*encadré 1*). Ainsi, entre 2011 et 2016, le niveau de score des contrats a augmenté, passant de 0,60 à 0,67 en moyenne. Cette hausse est beaucoup plus marquée parmi les

ENCADRÉ 1

Méthode de classement des contrats de complémentaire santé

Principe de la méthode

La méthode utilisée par la DREES pour classer les contrats de complémentaire santé selon leur degré de couverture s'appuie sur le calcul d'un score synthétique pour chacun d'entre eux. L'objectif du score est d'ordonner le niveau de prise en charge des différents contrats pour un « individu moyen », c'est-à-dire un individu fictif dont la consommation de chaque poste de soins est égale à la consommation moyenne de l'ensemble de la population observée sur ce poste. Le score d'un contrat correspond à la part remboursée par ce contrat du reste à charge de cet individu moyen après intervention de l'AMO (Barlet, *et al.*, 2019). Le panier de soins retenu pour calculer le score (optique simple, optique complexe, prothèses dentaires, orthodontie, prothèses auditives, consultations de spécialistes avec dépassement, pharmacies à 15 % et 30 %) est établi à partir de plusieurs prestations de santé disponibles dans les données. Il privilégie les postes dont les prises en charge des contrats se distinguent fortement, en particulier ceux où s'applique une liberté tarifaire, et néglige ceux pour lesquels la prise en charge est homogène entre les contrats (par exemple les consultations de généralistes ou les médicaments remboursés à 65 %).

Le score ne reflète donc pas un niveau de prise en charge effectif, qui dépend de la consommation de soins des individus, variable selon leur profil de couverture, et qui porte sur un champ plus large que celui du panier de soins retenu. Il varie entre 0 (le contrat

n'offre aucun remboursement du reste à charge sur les postes de soins considérés) et 1 (le contrat offre un remboursement complet du reste à charge sur les postes de soins considérés).

Données sur les contrats

Les contrats de complémentaire santé sont issus des éditions 2011 et 2016 de l'enquête de la DREES auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé (enquête OC), qui collecte des informations sur les contrats de complémentaire santé les plus souscrits (dits contrats modaux). En 2016, le taux de couverture des bénéficiaires par les contrats modaux (entendu comme la part des personnes couvertes par des contrats modaux parmi l'ensemble des contrats) est de 47 % sur le champ des contrats individuels et de 23 % sur le champ des contrats collectifs (respectivement 56 % et 23 % en 2011). Les contrats ACS et CMU-C sont exclus du champ de l'enquête (voir Loiseau, 2020, pour une analyse de l'évolution des garanties des contrats ACS).

L'enquête collecte, en complément de données sur les garanties des contrats, des informations sur leurs niveaux de cotisation. Outre la cotisation pour un nouvel adhérent de référence – un homme de 40 ans, en emploi – pour les deux types de contrat (individuel et collectif), la cotisation versée pour les contrats individuels est également collectée pour un nouvel adhérent de 20 ans, de 60 ans, de 75 ans et de 85 ans. Les contrats collectifs ont pour leur part interdiction de pratiquer une tarification à l'âge.

bénéficiaires de contrats individuels (0,48 à 0,57) que de contrats collectifs (0,76 à 0,78).

L'augmentation du niveau de prise en charge est surtout due à la hausse des garanties souscrites

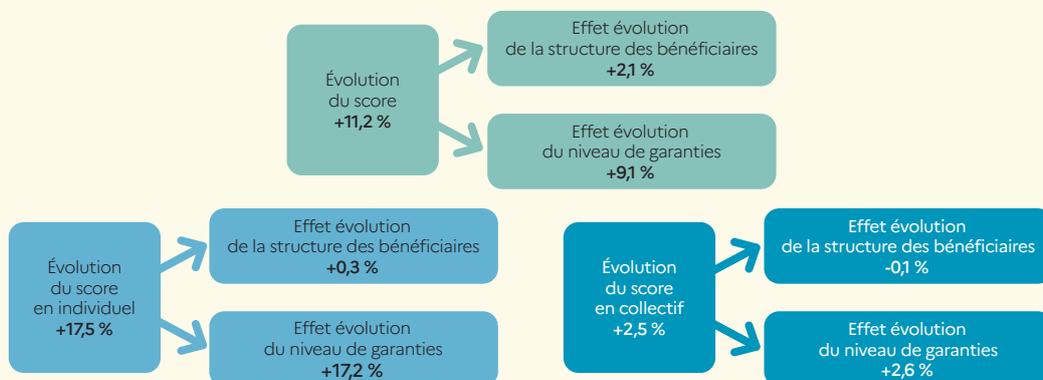
Entre 2011 et 2016, le niveau de prise en charge des dépenses de santé par les contrats augmente de 11,2 %. Deux éléments contribuent à cette hausse :

l'évolution du niveau des garanties souscrites à structure de la population donnée, notamment en termes d'âge, y participe à hauteur de 9,1 points, et l'évolution de la structure de la population couverte pour 2,1 points (*note méthodologique et graphique 1*). Cette dernière prend notamment en compte le vieillissement de la population couverte et intègre les changements de répartition de la population couverte entre contrats individuels et contrats collectifs.

Ce constat est d'autant plus marqué quand on analyse les contrats individuels et les contrats collectifs séparément. L'évolution de la structure des bénéficiaires au sein de chacun de ces types de contrats ne contribue quasiment pas à l'évolution du score. L'effet de structure un peu plus marqué au niveau global est donc avant tout lié à la bascule entre contrats individuels et contrats collectifs, et non à un effet de déformation de la structure par âge au

GRAPHIQUE 1

Décomposition de l'évolution du score de niveau de prise en charge entre 2011 et 2016



Note • La méthode utilisée est une extrapolation des contrats modaux à l'ensemble des contrats, avec une décomposition par indices de Fisher.
Lecture • L'effet de l'évolution de la structure des bénéficiaires par âge et type de contrat est responsable d'une hausse de score de 2,1 points de pourcentage entre 2011 et 2016, pour une hausse globale du score de 11,2 %.
Champ • Contrats modaux individuels et collectifs, hors ACS et CMU-C.
Sources • Enquêtes sur les contrats de complémentaire santé les plus souscrits 2011 et 2016 (garanties, nombre et âge des ouvrants droits, nombre des ayants-droits), SRCV 2017 (âge des ayants droit), SNDS-DCIR 2016 (extraction des données de consommation).

ENCADRÉ 2

Estimation des effectifs de bénéficiaires de contrats par classe d'âge

Présentation de la méthode

L'enquête de la DREES sur les contrats de complémentaire santé recueille, pour chaque contrat collecté, le nombre de personnes ayant souscrit ce contrat (ouvrants droit) :

- de moins de 24 ans ;
- entre 25 et 59 ans ;
- de plus de 60 ans.

En revanche, on ne connaît pas, pour ces mêmes classes d'âge, le nombre de personnes effectivement couvertes par chaque contrat (incluant aussi les ayants droits). Pour l'estimer, on mobilise les données de l'enquête statistique sur les ressources et conditions de vie (SRCV) en 2017 de l'Insee, qui fournit le nombre et l'âge des ayants droit selon l'âge de l'ouvrant droit et le type de contrat (individuel ou d'entreprise). Cette structure par âge des ayants droit est associée aux ouvrants droit de l'enquête sur les contrats.

On fait ainsi l'hypothèse que l'âge et le nombre des ayants droit ne dépendent d'aucune autre caractéristique que du type de contrat souscrit et de l'âge de l'ouvrant droit. On ne fait pas de différence, par exemple, suivant la famille d'organisme auprès de laquelle a été souscrit le contrat. De plus, on fait l'hypothèse qu'entre 2011 et 2016, cette structure de couverture reste identique. Le nombre moyen d'ayants droit par souscripteur estimé dans SRCV est toutefois calé sur les nombres moyens d'ayants droit par souscripteur observés dans les enquêtes 2011 et 2016.

Ces estimations ont permis de calculer, à partir des effectifs de souscripteurs de contrat issus de l'enquête auprès des organismes complémentaires (enquête OC), des effectifs de bénéficiaires par classe d'âge pour les contrats des éditions 2011 et 2016. On calcule pour chaque contrat et à partir de son poids global, un poids pour chacune des classes d'âges précédemment citées.

Poids des personnes couvertes par âge

La formule permettant de calculer pour chaque contrat et chaque classe d'âge le poids, en termes de personnes couvertes, peut s'écrire de la manière suivante :

Pour un contrat c, et la classe d'âge A :

$$Poids_c^A = Poids_c \times \frac{NbPC_c(A)}{NbPC_c}$$

Avec :

- $Poids_c^A$ le poids « personnes couvertes » de la classe d'âge A pour le contrat c ;
- $Poids_c$ le poids « personnes couvertes » pour le contrat c, toutes classes d'âge confondues ;
- $NbPC_c$ le nombre de personnes couvertes par le contrat c ;
- $NbPC_c(A)$ le nombre de personnes couvertes par le contrat c dans la classe d'âge A.

TABLEAU 1

Répartition des bénéficiaires de contrats, score de niveau de prise en charge moyen et évolutions par type de contrat et classe d'âge, entre 2011 et 2016

Type de contrat	Classe d'âge	Part des bénéficiaires (en %)				Score moyen		Variation part de bénéficiaires		Variation score 2016-2011 (en points de pourcentage)
		Par types de contrat		Sur l'ensemble des contrats		En 2011	En 2016	Par type (en niveau)	Total (en niveau)	
		En 2011	En 2016	En 2011	En 2016					
Collectif	0 – 24 ans	35,2	34,1	14,7	16,1	0,76	0,77	-1,0	1,4	1
	25 – 39 ans	22,8	22,0	9,5	10,4	0,77	0,78	-0,7	0,9	1
	40 – 54 ans	26,1	25,2	10,9	11,9	0,77	0,78	-0,8	1,0	1
	55 – 64 ans	11,8	12,2	4,9	5,7	0,75	0,78	0,4	0,8	3
	65 ans et plus	4,3	6,4	1,8	3,0	0,66	0,80	2,3	1,3	14
Ensemble collectifs		100	100	41,8	47,1	0,76	0,78		5,4	2
Individuel	0 – 24 ans	26,8	23,2	15,6	12,2	0,47	0,55	-3,7	-3,4	8
	25 – 39 ans	16,1	14,1	9,4	7,4	0,48	0,56	-2,0	-1,9	7
	40 – 54 ans	18,5	16,2	10,7	8,5	0,48	0,56	-2,3	-2,2	7
	55 – 64 ans	15,2	16,6	8,9	8,8	0,49	0,57	1,3	-0,1	8
	65 – 74 ans	12,4	15,9	7,2	8,4	0,49	0,58	3,5	1,2	9
	75 – 84 ans	8,3	10,7	4,8	5,6	0,49	0,58	2,4	0,8	9
85 ans et plus	2,7	3,5	1,6	1,8	0,49	0,58	0,8	0,3	9	
Ensemble individuels		100	100	58,2	52,9	0,48	0,57		-5,3	9

Notes • Les scores par âge sont estimés sur un profil de consommation moyen, tous âges confondus, et non sur les profils de consommation des différentes classes d'âge. Ils permettent de rendre compte de l'augmentation des garanties des contrats souscrits selon l'âge des bénéficiaires. La hausse du score à hauteur de 14 points au sein des contrats collectifs souscrits par les plus âgés est à nuancer compte tenu de la faiblesse des effectifs.

La méthode utilisée est une extrapolation des contrats modaux à l'ensemble des contrats.

Lecture • En 2011, les moins de 24 ans représentaient 35,2 % des bénéficiaires de contrats collectifs. La même année, les bénéficiaires de contrats collectifs de moins de 24 ans représentaient 14,7 % de la population couverte par un contrat, et la part de bénéficiaires de contrats collectifs parmi l'ensemble des bénéficiaires de contrats était de 41,8 %. En 2011, le score moyen des contrats collectifs chez les moins de 24 ans était de 0,76.

Champ • Bénéficiaires de contrats modaux individuels et collectifs, hors ACS et CMU-C.

Sources • Enquêtes sur les contrats de complémentaire santé les plus souscrits 2011 et 2016 ; SRCV 2017 ; SNDS-DCIR 2016.

sein de chacun des types de contrats. La différence de dynamique entre contrats individuels et contrats collectifs est d'abord imputable à la hausse des garanties souscrites, bien plus nette pour les contrats individuels (+17,2 %) que pour les contrats collectifs (+2,6 %). Ces différents effets peuvent être dus à des changements dans les choix de couverture proposés par les organismes complémentaires de façon spontanée, ou bien aux choix par les assurés de contrats plus couvrants. Ils peuvent aussi être la conséquence des évolutions législatives intervenues au cours de la période. Ainsi, la réforme des contrats responsables, mise en place en 2015 et menant notamment au remboursement intégral du ticket modérateur et du forfait journalier hospitalier, a permis de rehausser le niveau des garanties des contrats les moins couvrants, et donc en particulier des contrats individuels¹. Par ailleurs, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise en janvier 2016 a conduit à une hausse de la part des personnes couvertes par un contrat collectif, passant de 42 % à 47 % des effectifs de bénéficiaires de contrats de complémentaire santé privés entre 2011 et 2016 (tableau 1 et encadré 2)². L'essentiel de cette hausse résulte d'un transfert de personnes initialement couvertes en individuel souscrivant désormais un contrat collectif d'entreprise par l'intermédiaire de leur employeur ou d'un membre de leur famille y ayant accès. Cela accentue le vieillissement de la population couverte par des contrats individuels, car une

partie des bénéficiaires d'âge actif se sont tournés vers les contrats collectifs. Ce phénomène conduit à une très légère hausse du niveau de couverture moyen entre 2011 et 2016 des contrats individuels au titre d'un effet de structure (+0,3 %), puisque les personnes plus âgées choisissent des contrats aux niveaux de garantie plus élevés. Le taux de prise en charge offert par les contrats collectifs a assez peu augmenté entre 2011 et 2016, quelle que soit la classe d'âge, mis à part chez les plus de 65 ans, qui restent une catégorie très minoritaire sur ce marché. En revanche, celui offert pas les contrats individuels a fortement augmenté pour l'ensemble des classes d'âge, et de manière relativement équivalente.

Les soins dentaires et l'optique expliquent le plus les différences de prise en charge entre contrats

En 2016, le poste de soins qui contribue le plus au classement des contrats via leur score est celui des soins prothétiques dentaires, à hauteur d'un tiers de la contribution totale (tableau 2). Viennent ensuite l'optique complexe et l'optique simple (19 % et 14 %, tandis que la pharmacie remboursée à 15 % par l'AMO contribue le moins (2 %). La contribution de chaque poste de soins au score permet de rendre compte de son importance en matière de fréquence de recours et de part de la dépense restant à charge après AMO prise en charge

1. La mesure de l'effet de la réforme des contrats responsables reste néanmoins partielle, car la méthode du score ne couvre pas l'ensemble des postes de soins concernés par la réforme, comme la prise en charge illimitée du forfait journalier à l'hôpital. En se focalisant principalement sur les postes à liberté tarifaire, sur lesquels les contrats se distinguent le plus, le score ne couvre pas une partie importante du reste à charge opposable qui est obligatoirement pris en charge par les contrats responsables (Barlet, et al., 2019).

2. En 2017 à partir des données de l'enquête SRCV, la DREES estime la répartition de la couverture de la population à 57 % des individus couverts par un contrat individuel (hors CMU-C) et 43 % par un contrat d'entreprise (Fouquet, 2020). Les écarts entre ces données et celles fournies par l'enquête sur les contrats les plus souscrits peuvent être dus à un écart entre la notion de contrats collectifs dans l'enquête sur les contrats les plus souscrits, et celle de contrats d'entreprise dans SRCV. Par ailleurs, peuvent demeurer des aléas d'échantillonnage imparfaitement corrigés par les retraitements.

TABLEAU 2

Contribution des postes de soins au score de niveau de prise en charge, en 2016

Poste de soins	Contribution au score
Prothèses dentaires	32
Optique complexe	19
Optique simple	14
Pharmacie à 30 %	9
Orthodontie	7
Consultations de spécialistes avec dépassement d'honoraires	7
Chambre particulière à l'hôpital	6
Prothèses auditives	3
Pharmacie à 15 %	2

Note • La méthode utilisée est une extrapolation des contrats modaux à l'ensemble des contrats.
Lecture • En 2016, les prothèses dentaires contribuent pour 32 % en moyenne au score des contrats.
Champ • Contrats modaux individuels et collectifs, hors ACS et CMU-C.
Source • Enquête 2016 sur les contrats de complémentaire santé les plus souscrits ; SNDS-DCIR 2016.

ENCADRÉ 3

Contribution moyenne des postes de soins au score des contrats et analyse en composantes principales

La contribution d'un poste de soins au score peut être interprétée comme la part moyenne du score imputable à ce poste. Elle dépend des niveaux de garantie des contrats sur chacun des postes de soins, mais également des taux de recours à chacun d'entre eux. La somme des contributions des postes de soins du score est égale à 1.

Pour un poste de soins s donné, la contribution s'écrit :

$$Contribution(s) = \frac{1}{\sum_c \pi_c} \times \sum_c \pi_c \times \frac{p_s \times Remb_c^s}{\sum_s p_s \times RACAMO_s \times score_c}$$

Avec :

- π_c le poids « bénéficiaires » du contrat c ;
- p_s le nombre moyen d'actes du soin s par bénéficiaire, hors CMU-C, hors ACS ;
- $RACAMO_s$, le reste à charge pour le soin s après remboursement de l'AMO, hors CMU-C, hors ACS, hors affection de longue durée (ALD) ;

- $Remb_c^s$ le montant de remboursement du contrat c du RAC AMO pour le soin s .

Analyse en composantes principales sur les postes de soins du score
Une analyse en composantes principales (ACP) est réalisée sur les postes de soins du score, pondérés par leur nombre d'actes moyen, pour analyser de façon qualitative la dispersion des contrats.

Le premier axe de l'ACP résume 66,5 % de la variance initialement présente dans les données. Les postes d'optique simple, d'optique complexe, de soins prothétiques dentaires et orthodontiques ainsi que les prothèses auditives contribuent fortement à sa construction. De fortes valeurs sur l'axe correspondent à de fortes garanties sur ces postes de soins, et inversement. Cet axe est corrélé positivement au score à hauteur de 90 %. Le deuxième axe de l'ACP résume 12,8 % de la variance. Les postes d'optique simple, d'optique complexe, de soins prothétiques participent activement à sa construction. Les fortes garanties en soins d'optique apparaissent avec des valeurs positives sur cet axe, les fortes garanties en soins prothétiques dentaires apparaissent avec des valeurs négatives sur cet axe.

par les complémentaires (encadré 3). Les prothèses auditives sont associées à des montants de dépenses élevés et peuvent être aussi accompagnées d'une prise en charge conséquente, mais le taux de recours étant faible, ce poste de soins contribue peu au score des contrats.

Par ailleurs, pour un niveau de prise en charge donné, les contrats peuvent se démarquer fortement sur les garanties qu'ils proposent. Une analyse en composantes principales (encadré 3) confirme que les contrats se distinguent, en premier lieu selon leur niveau de score³. Il apparaît en outre que pour une classe de contrats donnée, les contrats se différencient entre eux selon qu'ils offrent plutôt de fortes garanties sur les deux postes d'optique, ou qu'ils offrent plutôt de fortes garanties sur les prothèses dentaires⁴.

Des dépenses de santé moins bien prises en charge lorsque l'âge des bénéficiaires augmente

Au sein des contrats individuels qui couvrent la majorité d'entre eux,

les seniors souscrivent des contrats proposant un niveau de garanties supérieur aux plus jeunes. Cela ne compense cependant pas le niveau de risque supérieur auquel ils sont exposés, mesuré par le reste à charge après AMO de leur classe d'âge. Le niveau de prise en charge moyen des contrats de complémentaire santé, tenant compte du profil de consommation selon l'âge, diminue ainsi avec l'âge de leurs bénéficiaires (graphique 2).

Les seniors sont moins souvent couverts par des contrats collectifs, généralement plus couvrants que les contrats individuels, ce qui explique une partie importante de la baisse du score après 65 ans. De plus, bien que les garanties des contrats souscrits par les plus âgés soient plus élevées, elles ne compensent pas les plus forts restes à charge après AMO auxquels ils sont exposés⁵. Les différents postes de soins qui composent le reste à charge n'évoluent pas tous de manière identique avec l'âge. Par exemple, si les jeunes de moins de 24 ans sont en partie confrontés à un fort reste à charge en

orthodontie, celui-ci disparaît ensuite et est remplacé par un reste à charge en soins prothétiques dentaires qui, lui, augmente avec l'âge. Globalement, le reste à charge après intervention de l'AMO augmente avec l'âge, alors que sa part prise en charge par les contrats se réduit. Certes, pour la consommation d'un individu moyen (encadré 1), le score augmente avec l'âge, signe que les contrats choisis sont plus couvrants (tableau 1) : les contrats individuels ont un score de 0,55 pour les moins de 25 ans et de 0,58 pour les plus de 85 ans. Mais en l'appliquant au niveau de consommation effectif de chaque tranche d'âge, qui est croissant avec l'âge, le taux de prise en charge se réduit avec l'âge. Les contrats individuels couvrent alors 57 % du reste à charge des postes de soins du score des moins de 25 ans et 54 % pour les plus de 85 ans.

Enfin, l'écart entre les 25 % des bénéficiaires les moins bien couverts et les 25 % les mieux couverts est stable entre les différentes classes d'âge jusqu'à 54 ans. Cet écart décroît par la suite,



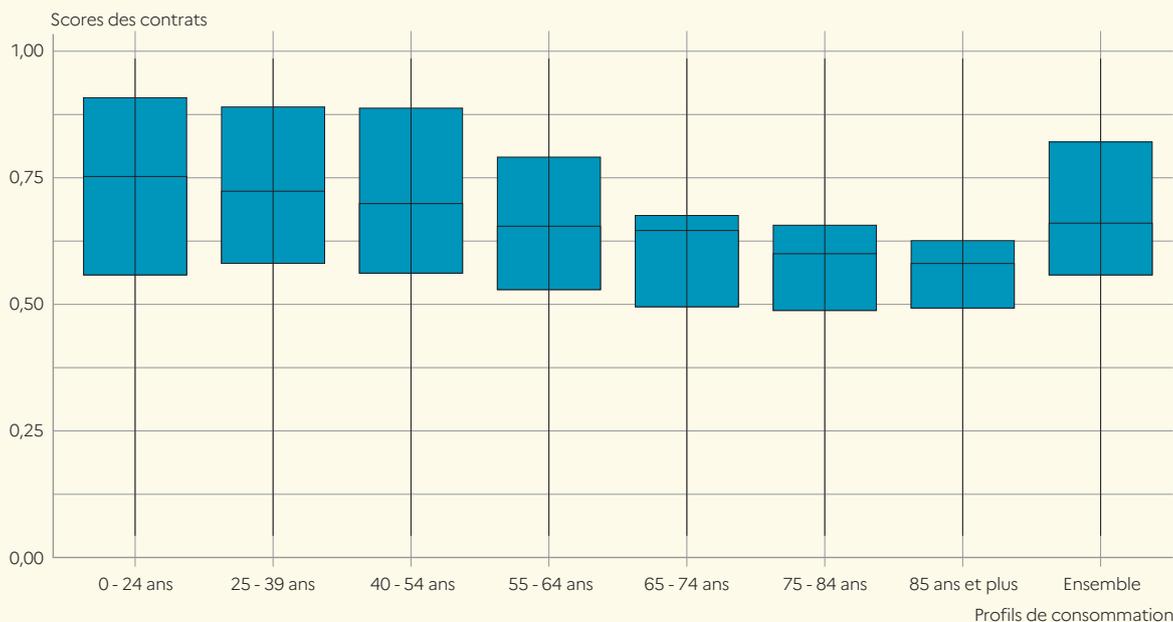
3. Cela conforte la typologie des contrats en trois classes élaborée par la DREES (Barlet et al. 2019). Les contrats de classe 1 sont définis comme ceux pour lesquels le score est inférieur à 0,6. Les contrats de classe 2 sont ceux pour lesquels le score est compris entre 0,6 et 0,8. Les contrats de classe 3 sont ceux pour lesquels le score est supérieur à 0,8.

4. Ces résultats rejoignent une étude sur les niveaux de remboursement proposés par les contrats disponibles dans les données de l'enquête Santé et Protection sociale de 2002 (Couffinhal, Perronin, et al., 2004), qui établissait une typologie des contrats en quatre classes, basée sur les niveaux de remboursement proposés pour ces deux postes de soins.

5. On prend ici en compte la structure de consommation de soins de chaque classe d'âge (et non plus la consommation type).

GRAPHIQUE 2

Distribution du score de niveau de prise en charge par les contrats de complémentaire santé pour des consommations types par âge, en 2016



Notes • Pour chaque classe d'âge, le score du contrat est calculé selon la même méthode que sur l'ensemble de la population, appliquée au profil de consommation propre à cette classe. La méthode utilisée est une extrapolation des contrats modaux à l'ensemble des contrats.

Lecture • En 2016, pour un profil de consommation d'un individu âgé de 0 à 24 ans, 75 % des bénéficiaires de contrats de cet âge ont un score supérieur à 0,56 et 25 % ont un score supérieur à 0,91. De plus, 50 % des bénéficiaires ont un score supérieur à 0,72.

Champ • Contrats modaux individuels et collectifs, hors ACS et CMU-C.

Source • Enquête 2016 sur les contrats de complémentaire santé les plus souscrits; SNDS-DCIR 2016.

TABLEAU 3

Cotisation mensuelle pour un ouvrant droit par âge, type et classe de contrat en 2016

Classe de contrats	Contrats individuels					Contrats collectifs		
	Cotisation moyenne par mois (en euros)					Score moyen	Cotisation moyenne par mois (en euros)	Score moyen
	À 20 ans	À 40 ans	À 60 ans	À 75 ans	À 85 ans			
Classe 1	34	51	78	104	114	0,44	46	0,51
Classe 2	39	60	90	117	129	0,66	62	0,73
Classe 3	58	86	119	153	170	0,84	82	0,90
Ensemble	37	57	85	113	123	0,57	67	0,78

Notes - La méthode utilisée est une extrapolation des contrats modaux à l'ensemble des contrats. Les contrats de classe 1 sont définis comme ceux pour lesquels le score est inférieur à 0,6. Les contrats de classe 2 sont ceux pour lesquels le score est compris entre 0,6 et 0,8. Les contrats de classe 3 sont ceux pour lesquels le score est supérieur à 0,8. La méthode utilisée est une extrapolation des contrats modaux à l'ensemble des contrats. Les cotisations pour les contrats collectif comprennent la participation employeur.

Lecture - En 2016, la cotisation mensuelle moyenne à 20 ans pour les contrats individuels de la classe 1 était de 34 euros.

Champ - Contrats modaux individuels et collectifs, hors ACS et CMU-C.

Source - Enquête 2016 sur les contrats de complémentaire santé les plus souscrits ; SNDS-DCIR 2016.

ce qui indique que la couverture complémentaire des personnes couvertes a tendance à être de plus en plus homogène au fil des âges.

Les cotisations des contrats augmentent avec l'âge et le niveau de couverture

Le montant de cotisation est corrélé au niveau de garanties souscrit, et, en individuel, avec l'âge du souscripteur (tableau 3). À niveaux de score et âge donnés, les cotisations – y compris la participation employeur – sont plus élevées en individuel qu'en collectif, ce qui pourrait notamment s'expliquer par le fait que de nombreux contrats collectifs sont négociés par les employeurs, ou que leurs frais de gestion sont plus faibles en moyenne (Adjerad, 2019b). Cependant, le score ne permet pas à lui seul de rendre compte de l'ensemble des prestations proposées par les contrats, comme des garanties annexes* non prises en compte par la méthode. ■

6. Comme les consultations d'ostéopathie, les frais d'analyse et de laboratoire, les cures thermales, le matériel médical, la prévention etc.

POUR EN SAVOIR PLUS

- **Adjerad, R.** (2019a, avril). Complémentaire santé : la hausse modérée de la part des contrats collectifs se poursuit en 2017. DREES, *Études et Résultats*, 1112.
- **Adjerad, R.** (2019b, décembre). La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé - édition 2019. DREES, rapport.
- **Barlet, M., Gaini, M., Gonzalez, L., Legal, R.** (dir.) (2019, avril). *La complémentaire santé : Acteurs, bénéficiaires, garanties*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.
- **Couffinal, A., Perronin, M.** (2004, avril). *Accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursement*. CreDES, rapport 523.
- **Fouquet, M.** (2020, octobre). Une hausse modérée de la couverture de la population suite à la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. DREES, *Études et Résultats*, 1166.
- **Loiseau, R.** (2020, février). Aide au paiement d'une complémentaire santé : un niveau de couverture équivalent à celui des contrats du marché individuel en 2018. DREES, *Études et Résultats*, 1142.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site drees.solidarites-sante.gouv.fr
Retrouvez toutes nos données sur data.drees.solidarites-sante.gouv.fr
Pour recevoir nos avis de parution drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication :
Fabrice Lenglard
Responsable d'édition :
Valérie Bauer-Eubriet
Rédactrice en chef technique :
Sabine Boulanger
Secrétaire de rédaction :
Élisabeth Castaing

Composition et mise en pages :
Stéphane Jeandet
Conception graphique :
Julie Hiet et Philippe Brulin
Pour toute information :
drees-infos@sante.gouv.fr
Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384



La DREES fait partie du Service statistique public piloté par l'Insee.