

LES DOSSIERS DE LA DREES

N° 93 • mars 2022

Enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire 2019

**Analyse des changements méthodologiques,
révisions des années antérieures
et premiers résultats**

Valentin Guilloton, Aude Lapinte (DREES)

Enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire 2019

**Analyse des changements méthodologiques,
révisions des années antérieures
et premiers résultats**

Valentin Guilloton, Aude Lapinte (DREES)

Remerciements : Thomas Deroyon, Mathilde Gaini, Benoît Ourliac, Catherine Pollak (DREES)

Retrouvez toutes nos publications sur : drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur : data.drees.solidarites-sante.gouv.fr

LES DOSSIERS DE LA DREES

N° 93 • mars 2022

Synthèse Enquête auprès des organismes offrant une couverture complémentaire 2019

**Analyse des changements méthodologiques,
révisions des années antérieures
et premiers résultats**

Valentin Guilloton, Aude Lapinte (DREES)

Retrouvez toutes nos publications sur : drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur : data.drees.sante.gouv.fr

SYNTHÈSE

Jusqu'à l'édition 2016, l'enquête auprès des organismes de complémentaires santé (OC) portait sur les contrats dits « modaux » : elle interrogeait les OC sur leurs trois contrats les plus souscrits de chaque type (individuel, collectif, surcomplémentaire). L'édition 2020, portant sur les données 2019, suit un nouveau protocole pour améliorer la représentativité de l'enquête. Cela se traduit par l'introduction d'une étape préliminaire, dont l'objectif est d'établir la liste des dix plus gros contrats de chaque type pour chaque organisme sollicité. Cette liste constitue alors une base de tirage de contrats, parmi lesquels sont sélectionnés ceux pour lesquels les OC sont invités à répondre au questionnaire historique.

L'introduction de cette étape supplémentaire a permis d'augmenter le taux de couverture de l'enquête de 20 points pour les contrats individuels, et de 11 points pour les contrats collectifs. Malgré la hausse de la charge globale de collecte, le taux de réponse global des deux étapes confondues n'est pas affecté et reste très élevé (83 %).

Le changement de protocole de collecte s'est également accompagné d'un changement méthodologique du calcul des poids des contrats interrogés. La sélection de contrats identifiés par l'organisme (trois plus gros dans l'ancien protocole ou dix plus gros avec le nouveau protocole) s'apparente davantage à un tirage aléatoire à probabilité inégale en fonction de la taille qu'à un sondage stratifié à probabilité égale, alors que jusqu'à l'enquête précédente de 2016, c'est cette deuxième hypothèse qui était retenue pour le calcul des poids. Ce changement de paradigme sur la formalisation du tirage conduit aussi à considérer que la probabilité qu'un contrat d'être tiré se définit au regard de l'OC et non plus de la strate d'OC (les gros contrats interrogés sont ceux qui sont définis comme « gros » relativement à la taille des autres contrats de l'OC qui les commercialise).

Ces évolutions méthodologiques conduisent à une révision des données précédemment publiées (données 2011, 2013, 2014, 2016). En outre, elles créent une rupture de série entre les données 2016 et 2019, dans la mesure où le nouveau protocole mis en place en 2019 conduit à collecter une information à la fois sur un plus grand nombre de contrats (*de facto* sur une gamme de garanties plus large), mais aussi moins exhaustive sur les trois contrats les plus fréquemment souscrits parmi chaque organisme complémentaire.

Afin de contrôler l'effet du changement de pondération, les poids des contrats des enquêtes passées sont révisés avec la nouvelle méthode de pondération. L'une des principales conséquences de cette nouvelle méthode est une forte baisse du poids de certains gros contrats, qui représentent désormais uniquement les individus qu'ils couvrent réellement et non plus, en plus, une partie de ceux couverts par des contrats non présents dans l'enquête. En accordant moins de poids à ces gros contrats ayant des garanties relativement médianes, la distribution révisée attribue mécaniquement davantage de poids à ceux du bas et du haut de la distribution. Ceci a tendance à diminuer le niveau de garanties pour les dixièmes de bénéficiaires les moins bien couverts (D1 et éventuellement au-dessus) et de les relever pour les dixièmes les mieux couverts (D9 et éventuellement en-dessous).

S'il n'est pas possible de connaître l'évolution des garanties entre 2016 et 2019 sur le champ des contrats de rangs 1 à 10, cela est en revanche possible sur le champ réduit des contrats de rangs 1 à 3. Les indicateurs présentés sont ainsi calculés en 2019 sur le champ restreint aux trois plus gros contrats. Les résultats sur ce champ doivent néanmoins être interprétés avec précaution, car le nombre de contrats modaux (trois plus gros contrats) en 2019 est sensiblement plus faible qu'en 2016 (effectif réduit de plus de la moitié).

Globalement, en collectif, l'élargissement du champ conduit à augmenter le niveau des garanties observées, en particulier les garanties intermédiaires. En effet, les contrats de rangs 4 à 10 offrent des garanties plutôt plus élevées que les trois premiers sur le milieu de la distribution. Il semble donc que l'évolution à la baisse des garanties en collectif entre 2016 et 2019 ne soit pas imputable à un effet d'élargissement du champ. En individuel, l'élargissement du champ conduit à intégrer des contrats plus spécifiques : des contrats d'entrée de gamme ne couvrant guère plus que le minimum imposé par les contrats responsables ; des contrats haut de gamme ; et enfin des contrats mixtes offrant des garanties élevées sur certains postes et minimales sur d'autres (contrats proposant des choix entre blocs de garanties permettant de choisir une couverture sur mesure). Au total, les effets de cet élargissement du champ sont contrastés selon les garanties en individuel.

Concernant les évolutions sur le seul champ des contrats de rangs 1 à 3, la population bénéficiant de contrats collectifs, de niveaux toujours en moyenne supérieurs à ceux des contrats individuels, dispose de garanties plutôt moins élevées en 2019 qu'en 2016, en partie du fait de plafonnements ou de révisions de la base de remboursement de la Sécurité sociale pour certaines garanties. Les bénéficiaires de contrats individuels ont, en revanche, des garanties qui augmentent, poursuivant une tendance souvent déjà observée depuis 2011. En effet, les remboursements des bénéficiaires les mieux couverts étaient déjà en-dessous des plafonds mis en place. Pour un certain nombre de garanties, néanmoins, les niveaux de remboursement des personnes les moins bien couvertes sont en baisse.

SOMMAIRE

■ INTRODUCTION	2
■ CHANGEMENTS MÉTHODOLOGIQUES INTRODUIIS DANS L'ENQUÊTE 2019	3
Passage de l'enquête en deux étapes	3
Modification du paradigme de tirage des <i>n</i> plus gros contrats	5
■ IMPACT SUR LES RÉSULTATS	8
Évolution du nombre et de la structure des contrats enquêtés par type et par famille d'OC entre 2016 et 2019	8
Impact sur le poids des contrats des enquêtes 2011 à 2016	8
Révision des données 2011 à 2016	10
Suivi longitudinal des indicateurs : évolution entre 2016 et 2019	13
■ POUR EN SAVOIR PLUS	18
Annexe 1. <u>Plan de sondage des organismes</u>	19
Annexe 2. <u>Processus du calcul des probabilités d'inclusion pour la deuxième étape</u>	20
Annexe 3. <u>Évolution du nombre et de la structure des contrats enquêtés par type et par famille d'OC entre 2011 et 2019</u>	22
Annexe 4. <u>Révision des niveaux de garanties 2011-2016</u>	24
Annexe 5. <u>Évolutions des garanties entre 2016 et 2019, avec ou sans restriction de champ aux contrats de rangs 1 à 3</u>	28

■ INTRODUCTION

La collecte du millésime 2019 de l'enquête auprès des organismes complémentaires s'est déroulée pour la première fois en deux étapes. Lors de la première étape, du 31 août à la mi-octobre 2020, 215 organismes complémentaires (OC) [123 mutuelles, 23 institutions de prévoyance et 69 sociétés d'assurance] ont fourni une liste de leurs dix plus gros contrats de chaque type (collectif, individuel, surcomplémentaire). Cette étape a permis d'établir une base de tirage de 3 577 contrats, dans laquelle a été sélectionné un échantillon de 1 332 contrats.

Durant la deuxième étape de collecte, qui s'est déroulée du 16 novembre 2020 au 16 janvier 2021, les organismes ont rempli un questionnaire portant sur une sélection de contrats (jusqu'à neuf en tout, tous types confondus) qu'ils avaient listés en première étape.

La méthode de pondération a également été modifiée, ce qui conduit à réviser les indicateurs des éditions précédentes (données 2011 à 2016).

Ce dossier présente le changement de protocole de collecte et les améliorations méthodologiques mises en place dans l'enquête 2019 (partie I), leur impact sur les résultats (partie II), en particulier la révision des indicateurs 2011 à 2016, et l'évolution des indicateurs entre 2016 et 2019.

■ CHANGEMENTS MÉTHODOLOGIQUES INTRODUIITS DANS L'ENQUÊTE 2019

Le champ de l'enquête est l'ensemble des organismes assurant une couverture complémentaire santé assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (TSA). Les organismes complémentaires (OC) dont le chiffre d'affaire est inférieur à 5 millions d'euros annuels (1 million en 2016) sont exclus du tirage. Ils représentent moins de 1 % des cotisations collectées.

Passage de l'enquête en deux étapes

Dans les éditions précédentes de l'enquête, chaque organisme complémentaire (OC) avec une activité en santé sélectionné était invité à remplir un questionnaire pour ses trois plus gros contrats de chaque type (individuel, collectif et surcomplémentaire). L'enquête était ainsi représentative des contrats dits « modaux ». Une extrapolation était ensuite faite à l'ensemble des contrats pour donner des résultats sur l'ensemble des personnes couvertes.

En 2019, une nouvelle méthodologie en deux étapes est mise en place afin d'améliorer la couverture de l'enquête.

Lors d'une première étape, les OC sélectionnés selon un tirage proche de celui de 2016 (voir annexe 1) ont établi une liste de leurs dix plus gros contrats de chaque type. Cette liste constitue ainsi une base de tirage de contrats permettant de sélectionner, dans un second temps, des contrats plus variés. Les contrats alors enquêtés sont désormais à la fois des gros contrats (trois plus gros contrats d'un type donné d'un OC ou encore contrats de rangs 1 à 3, appelés « modaux » dans les précédentes enquêtes) et des contrats qualifiés de rang « intermédiaire », correspondant aux contrats de rangs 4 à 10, en matière de taille, des OC. Cette notion de taille est toujours relative à l'OC lui-même : un gros contrat d'un petit OC peut compter moins de bénéficiaires qu'un contrat de taille intermédiaire d'un gros OC. Ainsi, en collectif, un quart des contrats intermédiaires couvrent plus de bénéficiaires (au moins 5 300 bénéficiaires) que la moitié des gros contrats (tableau 1). En individuel, un quart des contrats intermédiaires couvrent plus de personnes que 30 % de gros contrats.

Tableau 1 • Distribution des effectifs de bénéficiaires selon le rang des contrats

	Individuel		Collectif	
	1 à 3	4 à 10	1 à 3	4 à 10
1 ^{er} décile	1 476	224	661	165
1 ^{er} quartile	5 122	622	2 279	482
Médiane	10 089	2 194	5 223	1 257
3 ^e quartile	22 881	7 632	16 324	5 327
9 ^e décile	60 597	19 945	51 300	12 574

Lecture > En individuel, 10 % des gros contrats individuels couvrent 1 476 bénéficiaires ou moins.

Champ > Ensemble des OC répondants à l'enquête.

Source > Enquête OC 2019.

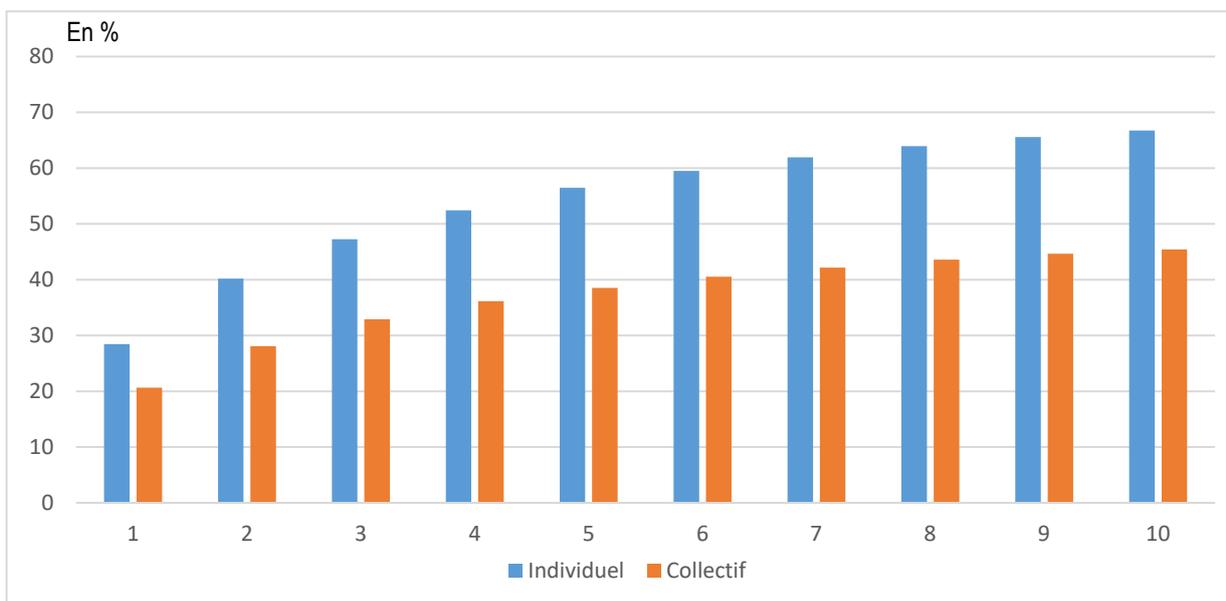
Cet élargissement du champ des contrats enquêtés améliore le taux de couverture¹ de l'enquête, c'est-à-dire la part des personnes couvertes par les contrats sélectionnés parmi l'ensemble des personnes couvertes par un contrat de complémentaire santé. Le processus de sélection des contrats à partir d'une base de tirage conduit à être représentatif de l'ensemble des bénéficiaires des contrats de la base.

En 2019, la constitution d'une base de contrats intégrant les dix plus gros contrats collectifs et individuels rend l'enquête représentative de respectivement 37 % et 67 % des bénéficiaires. Cela représente un gain de 14 points de couverture pour les contrats collectifs, et de 20 points pour les contrats individuels par rapport aux éditions précédentes de l'enquête, où seuls les trois plus gros contrats de chaque type étaient considérés (graphique 1). Le changement de protocole de collecte conduit à intégrer dans le champ des contrats enquêtés, en individuel notamment, des contrats plus diversifiés. Il y a davantage de contrats d'entrée de gamme, ne couvrant guère plus que le minimum imposé par les contrats responsables, davantage de contrats haut de gamme, ou encore de contrats spécifiques, avec des garanties renforcées sur certains postes et minimales sur d'autres. En effet, certains organismes donnent la possibilité aux souscripteurs de composer leur contrat sur mesure, garantie par garantie. En collectif, l'intégration de contrats de rang intermédiaire conduit à mieux prendre en compte la couverture de salariés travaillant dans des entreprises de plus petite taille.

¹ Le taux de couverture est calculé en rapportant le nombre de personnes effectivement couvertes par les contrats listés au nombre total de personnes couvertes par l'ensemble des organismes.

Cette amélioration de la couverture de l'enquête doit permettre de mieux appréhender la diversité de la couverture de la population.

Graphique 1 • Part des personnes couvertes par les n plus gros contrats



Note > Le taux de couverture est calculé en rapportant le nombre de personnes effectivement couvertes par les contrats listés au nombre total de personnes couvertes par l'ensemble des organismes.

Lecture > En individuel, tandis que les trois premiers contrats de chaque organisme représentent 47 % des personnes couvertes par un contrat individuel par les OC du champ, la part couverte par les dix premiers contrats s'élève à 67 %.

Champ > Ensemble des OC répondants à l'issue de l'étape 1.

Source > Enquête OC 2019 – Étape 1.

Un tirage systématique à probabilités inégales conduit à sélectionner un échantillon de contrats dans cette base de tirage ($n = 1\,332$ sur les $3\,568$ exploitables). C'est sur cet échantillon de contrats que les informations ont été demandées aux OC lors d'une deuxième étape.

Il s'agit donc d'un tirage à trois degrés :

- (1) Tirage d'OC.
- (2) Constitution de la liste des dix plus gros contrats de chaque type, considérée comme le résultat d'un tirage aléatoire.
- (3) Tirage de contrats à enquêter.

Le tirage des OC (1) est similaire à ce qui était fait les années précédentes, avec de légers ajustements des strates et probabilités de tirage en leur sein. La constitution par les OC de la liste de leurs dix plus gros contrats (2) s'apparente à l'identification des trois plus gros contrats qui était faite jusqu'en 2016 par les OC, et qui préfigurait le remplissage du questionnaire sans pour autant constituer une étape en tant que telle. Si cette liste est prédéterminée, elle est néanmoins considérée comme le produit d'un tirage aléatoire parmi l'ensemble des contrats d'un OC, permettant d'affecter à chaque contrat une probabilité de tirage et donc un poids (voir *infra*). Le tirage des contrats (3) qui s'ensuit est, en revanche, une étape nouvelle par rapport aux éditions précédentes. Ce tirage s'impose pour rester à charge de collecte équivalente, puisqu'à l'issue de l'identification des n plus gros contrats (2), les contrats identifiés en 2019 sont environ trois fois plus nombreux qu'auparavant. Seule une fraction de ces contrats sont effectivement retenus pour être renseignés dans l'enquête.

L'encadré 1 récapitule les différents degrés de tirage en 2016 (et années antérieures) et 2019, ainsi que leur articulation avec les étapes de l'enquête.

Encadré 1 • Articulation entre les différents niveaux de tirage et les étapes de l'enquête en 2016 et 2019

En amont de l'enquête, la DREES effectue un tirage des OC (étape 0 n'impliquant pas les OC). Les étapes 1 et 2 correspondent aux temps de mobilisation des OC pour répondre à l'enquête. En 2016 (et avant), les OC ne sont sollicités qu'une seule fois (pas d'étape 1). Seul le tirage des contrats à enquêter (C) à partir de la liste établie au préalable (B) est vraiment nouveau en 2019. Mais l'élaboration de la liste des n plus gros contrats constitue une étape à part entière en 2019 (étape 1), puisqu'elle nécessite une intervention de la part de la DREES, qui procède au tirage des contrats à renseigner. En 2016, en revanche, l'identification des trois plus gros contrats par les OC (b) précède le remplissage des informations attendues.

Tableau • Étape de l'enquête et différents tirages associés

	Enquête OC 2016	Enquête OC 2019
Étape 0	(a) Tirage d'OC	(A) Tirage d'OC
Étape 1		(B) Identification (liste) des dix plus gros contrats de chaque type
		(C) Tirage des contrats à enquêter
Étape 2	(b) Identification des trois plus gros contrats de chaque type	Remplissage du questionnaire pour les contrats sélectionnés
	Remplissage du questionnaire pour les contrats identifiés	

Modification du paradigme de tirage des n plus gros contrats

En 2019, l'introduction d'une nouvelle étape conduit à ce que le poids final d'un contrat avant calage soit égal à son poids à l'issue de l'étape 1, divisé par la probabilité d'inclusion de ce contrat à l'étape 2. Certains OC ne répondant pas à la deuxième étape, une correction de la non-réponse totale doit être effectuée. Cette correction, comme pour les organismes, est réalisée à l'aide d'une méthode des scores pour constituer des groupes de réponse homogène.

Le poids final corrigé de la non-réponse d'un contrat est ainsi égal à :

$$d_i = d_{1i} \times \frac{1}{\pi_{2i} \hat{\rho}_{2i}}$$

avec :

- d_{1i} : le poids du contrat à l'issue de la première étape ;
- π_{2i} : la probabilité d'inclusion utilisée pour le tirage des contrats à l'étape 2 ;
- $\hat{\rho}_{2i}$: la probabilité de réponse estimée des contrats à l'étape 2.

Les probabilités d'inclusion initiales associées à l'étape 2, π_{2i} , sont déterminées comme si l'échantillon était sélectionné par un sondage stratifié à probabilités égales dans chaque strate. Le calcul associé est précisé en annexe 2.

Le calcul de d_{1i} repose sur la modélisation de la sélection des contrats figurant dans la liste établie à l'étape 1. Si cette liste de contrats est, nous l'avons vu, prédéterminée, elle est néanmoins considérée comme le produit d'un tirage aléatoire permettant ainsi d'associer aux contrats qui la constituent une probabilité de tirage et donc un poids. Son calcul mobilise les effectifs totaux par type de contrat des organismes enquêtés recueillis dans l'enquête.

En 2019, le paradigme de tirage associé à la sélection des n plus gros contrats et conduisant à d_{1i} a été revu.

Ce choix, indépendant du passage de l'enquête en deux étapes, repose sur l'idée que les contrats identifiés (trois plus gros ou dix plus gros) résultent d'un tirage aléatoire à probabilité inégale en fonction de la taille, et non plus d'un sondage stratifié à probabilité égale.

En 2016, les contrats modaux étaient considérés comme un échantillon résultant d'un tirage aléatoire simple des contrats au sein de chacune des strates d'OC (familles d'OC * taille en matière de chiffre d'affaires). Le fait de considérer que tous les contrats d'une strate avaient le même poids revenait à supposer que les gros contrats modaux étaient représentatifs de l'ensemble des contrats de la strate.

Il semble plus juste de considérer que les n plus gros contrats ($n = 3$ ou 10) s'apparentent à un échantillon issu d'un tirage proportionnel à la taille du contrat (en matière de personnes couvertes) au sein de chaque organisme (dans lequel, « par hasard », on aurait sectionné les n plus gros), puisque les plus gros contrats ont le plus de chance d'être sélectionnés (en

pratique, ils ont 100 % de chance et les autres 0 %). Autrement dit, on suppose qu'au sein de chaque organisme, on a eu accès à l'ensemble des contrats de chaque type, et qu'on a tiré aléatoirement des contrats proportionnellement à leur taille. Ce n'est en réalité pas le cas, puisque la sélection de ces plus gros contrats est déterministe. Il s'agit uniquement d'un cadre de sondage dans lequel se placer pour modéliser au mieux le mécanisme de sélection des contrats.

Dans le cadre d'un sondage aléatoire proportionnel à la taille, le calcul approché au premier ordre des probabilités d'inclusion peut conduire à des estimations de probabilités supérieures à 1 (contrairement au sondage aléatoire simple où, au sein d'une strate, tous les contrats avaient la même probabilité de tirage). Cela concerne des contrats qui représentent une part élevée de personnes couvertes relativement aux effectifs couverts par l'OC sur ce même champ (collectif ou individuel). Ces probabilités sont alors tronquées et les probabilités d'inclusion des autres contrats recalculées. En conséquence, les gros contrats, qui couvrent un très grand nombre de personnes (relativement au nombre de personnes couvertes par l'OC) et qui peuvent être atypiques, ne vont désormais représenter qu'eux-mêmes (encadré 2).

Encadré 2 • Comparaison des calculs du poids des contrats de la première étape, selon les méthodes de 2016 et 2019

En 2016, l'ensemble des contrats commercialisés par les OC appartenant à une même strate s (définie par le croisement entre famille d'OC et taille de l'organisme en matière de chiffre d'affaires [annexe 1]) avaient la même pondération. Le nombre de personnes couvertes par un contrat n'était donc pas pris en compte dans le poids du contrat.

Les contrats de rangs 1 à 3 présents dans une strate donnée (voir (b) du tableau de l'encadré 1) étaient alors rendus représentatifs de l'ensemble des contrats de cette strate, *via* un poids défini ainsi :

$$d_i = p_{ji} \frac{X_{st(i)}}{X_{mod_{st(i)}}$$

avec :

- d_i : le poids du contrat i ;
- p_{ji} : le poids de l'organisme j auquel appartient le contrat i , identique au sein de la strate s ;
- $X_{st(i)}$: le nombre total de bénéficiaires d'un contrat de type $t(i) \in \{I, C, S\}$ dans la strate s ;
- $X_{mod_{st(i)}}$: le nombre de bénéficiaires d'un contrat modal de type $t(i) \in \{I, C, S\}$ dans la strate s .

Une nouvelle modélisation, plus vraisemblable, revient à supposer que :

En 2019, les poids d_{1i} des n plus gros contrats d'un OC représentent les autres contrats commercialisés par l'organisme de même type que i – tandis qu'en 2016 ils représentent les autres contrats de la strate à laquelle appartient l'organisme du contrat considéré. Autrement dit, on suppose désormais que les n plus gros contrats d'un organisme représentent, *via* leur poids, les contrats plus petits non pris en compte de ce même OC, tandis qu'auparavant les contrats modaux représentaient les autres contrats non pris en compte de la strate.

L'échantillon de contrats obtenu à l'issue de l'étape 1 est considéré comme le résultat d'un tirage proportionnel à la taille du contrat pour chaque OC. On fait comme si on avait accès, au sein de chaque organisme, à l'ensemble des contrats, et qu'on avait tiré aléatoirement des contrats proportionnellement à leur taille.

Les probabilités d'inclusion peuvent être approchées de la façon suivante :

$$\pi_{ivj}^0 = \frac{Nb_i}{Nb_{j(i)}^{t(i)}} \times \text{ContratsModaux}_{j(i)}^{t(i)}$$

avec :

- Nb_i : le nombre de personnes couvertes par le contrat i ;
- $Nb_{j(i)}^{t(i)}$: le nombre de personnes couvertes par un contrat de type $t(i) \in \{I, C, S\}$ par l'organisme $j(i)$ commercialisant le contrat i ;
- $\text{ContratsModaux}_{j(i)}^{t(i)}$: le nombre de n plus gros contrats de type $t(i)$ renseignés par l'organisme $j(i)$.

Si $\pi_{ivj}^0 > 1$, alors $\pi_{ivj} = 1$;

sinon $\pi_{ivj} = \frac{Nb_i}{Nb_{j(i)}^{t(i)} - Nb_{GrosContrats_{j(i)}^{t(i)}}} \times \left(\text{ContratsModaux}_{j(i)}^{t(i)} - \text{GrosContratsModaux}_{j(i)}^{t(i)} \right)$;

avec :

- Nb_i : le nombre de personnes couvertes par le contrat i ;
- $NbGrosContrats_{j(i)}^{t(i)}$: le nombre de personnes couvertes par un gros contrat (pour lequel $\pi_i^0 > 1$) de type $t(i) \in \{I, C, S\}$ par l'organisme $j(i)$ commercialisant le contrat i ;
- $GrosContratsModaux_{j(i)}^{t(i)}$: le nombre de n plus gros contrats de type $t(i)$ renseignés par l'organisme $j(i)$ pour lesquels $\pi_i^0 > 1$ (car particulièrement gros au regard des autres contrats de l'OC).

Les poids à l'issue de la première étape (voir (B) du tableau de l'encadré 1) sont donc donnés par :

$$d_{1i} = p_{ji} \times \frac{1}{\pi_{ivj}}$$

avec :

- d_{1i} : le poids du contrat i ;
- p_{ji} : le poids de l'organisme j auquel appartient le contrat i ;
- π_{ivj} : les probabilités d'inclusion calculées précédemment.

Ces changements méthodologiques, indépendants du fait que l'enquête soit passée en deux étapes, conduisent à des résultats assez différents pour certaines variables.

■ IMPACT SUR LES RÉSULTATS

Les changements méthodologiques instaurés en 2019 (élargissement du champ et nouvelle méthode de pondération) compliquent le suivi dans le temps des évolutions des garanties des personnes couvertes.

Pour mettre en place un suivi longitudinal, il faut :

- réviser les séries passées avec des poids calculés à partir du nouveau paradigme de tirage ;
- pouvoir se mettre à champ constant avant et à partir de 2019, autrement dit suivre l'évolution des seuls trois contrats modaux sur lesquels l'enquête était réalisée jusqu'alors.

Si le premier point ne pose pas de difficulté majeure, ce n'est pas le cas d'une restriction aux trois plus gros contrats de chaque type et de chaque OC en 2019. En effet, compte tenu d'un nombre de contrats collectés de rangs 1 à 3 nettement plus faible qu'auparavant (567 contre 937, la différence correspondant aux contrats de rangs 4 à 10 sélectionnés), la précision des données est trop fragile pour pouvoir considérer que, pour la majorité des indicateurs, l'évolution des chiffres est un pur effet d'évolution des garanties et non un effet d'échantillon². Aussi, chaque garantie doit être analysée au regard des deux chiffrages 2019 (champ large et champ restreint) et être mise en perspective des évolutions passées, y compris réglementaires éventuelles. L'analyse 2019 sur champ restreint vient ainsi compléter les chiffres sur le champ élargi et permet d'évacuer l'évolution imputable à la seule intégration de contrats de rang intermédiaire.

Le changement de protocole de collecte marque ainsi le début d'une nouvelle série ne permettant pas une comparaison précise avec le passé. La comparaison des données entre 2016 et 2019 permet seulement de dégager des évolutions de tendance. Les évolutions dans le temps ne seront complètement comparables qu'avec les données futures.

Évolution du nombre et de la structure des contrats enquêtés par type et par famille d'OC entre 2016 et 2019

La nouvelle méthodologie de tirage des contrats conduit à faire évoluer la structure ainsi que le nombre de contrats interrogés par organisme. On inclut en 2019, dans le champ des contrats qui n'y étaient pas en 2016, les quatre à dix plus gros, tandis que le nombre des trois plus gros contrats sélectionnés est inférieur à 2016. Par ailleurs, un organisme qui, en 2016, renseignait les trois plus gros contrats de chaque type peut, à partir de l'édition 2019 de l'enquête, renseigner jusqu'à neuf contrats d'un même type, notamment s'il est fortement positionné sur ce marché particulier.

Le nombre total de contrats enquêtés évolue aussi à la hausse, en raison d'un excellent taux de réponse en deuxième étape. Le nombre de contrats échantillonnés avait pris en compte une non-réponse estimée *ex ante* entre l'étape 1 et 2 de 20 %, contre 4 % en réalité.

Finalement, le nombre de contrats renseignés est 40 % plus élevé qu'en 2016 (annexe 3, tableau A2). Cette hausse profite à quasiment tous les croisements entre famille d'OC et type de contrat. Par ailleurs, en 2019, la structure des contrats au sein de chaque croisement entre famille d'OC et type de contrat est modifiée, puisqu'on intègre désormais des contrats plus petits (de rangs 4 à 10 en matière de taille dans l'OC).

Impact sur le poids des contrats des enquêtes 2011 à 2016

En plus de la modification de calcul des pondérations inhérent à une méthodologie en deux étapes – prise en compte de l'aléa du second tirage, correction de la non-réponse et calage propre à l'étape supplémentaire – une modification de la méthode de calcul des pondérations des contrats a été mise en place pour l'enquête 2019, comme présenté précédemment (encadré 2). Si le poids moyen des contrats est stable, ce changement de méthode peut conduire à une révision importante du poids de certains contrats, avec un impact sur les indicateurs diffusés.

La dispersion du ratio (poids_méthode2019) / (poids_méthode2016 appliqués aux données 2019) permet de mesurer l'impact de la nouvelle méthode de calcul sur les poids des contrats de l'enquête (tableau 3). La dispersion des poids des contrats est plus réduite avec la méthode 2019, puisque le rapport interdécile (D9/D1) est de 21, contre 80 avec la méthode 2016. Par ailleurs, exceptés les poids extrêmes, les poids des contrats avec la méthode 2019 sont globalement plus élevés qu'avec la méthode 2016, du fait, notamment, du plafonnement des poids des gros contrats (c'est-à-dire des contrats dont le nombre de

² Une façon d'évaluer l'ampleur de ces effets d'échantillon sur le passé pourrait consister à introduire sur les années passées un tirage aléatoire pour sélectionner une fraction des trois plus gros contrats enquêtés de chaque OC, ce qui permettrait alors de calculer les indicateurs sur un champ réduit des trois plus gros contrats, avec un effectif de contrats comparable à 2019. Cette méthode empirique nécessiterait toutefois des hypothèses très fortes pour identifier des effets purs de l'évolution des garanties entre 2016 et 2019.

bénéficiaires est élevé au regard du nombre de personnes couvertes par ce même type de contrats dans l'OC qui le commercialise) qui ne peuvent désormais représenter que l'effectif de bénéficiaires qu'ils couvrent et pas au-delà. Quelques contrats se retrouvent alors avec un poids fortement réduit. Ce sont ainsi autant d'unités de poids qui sont redistribuées sur les autres contrats.

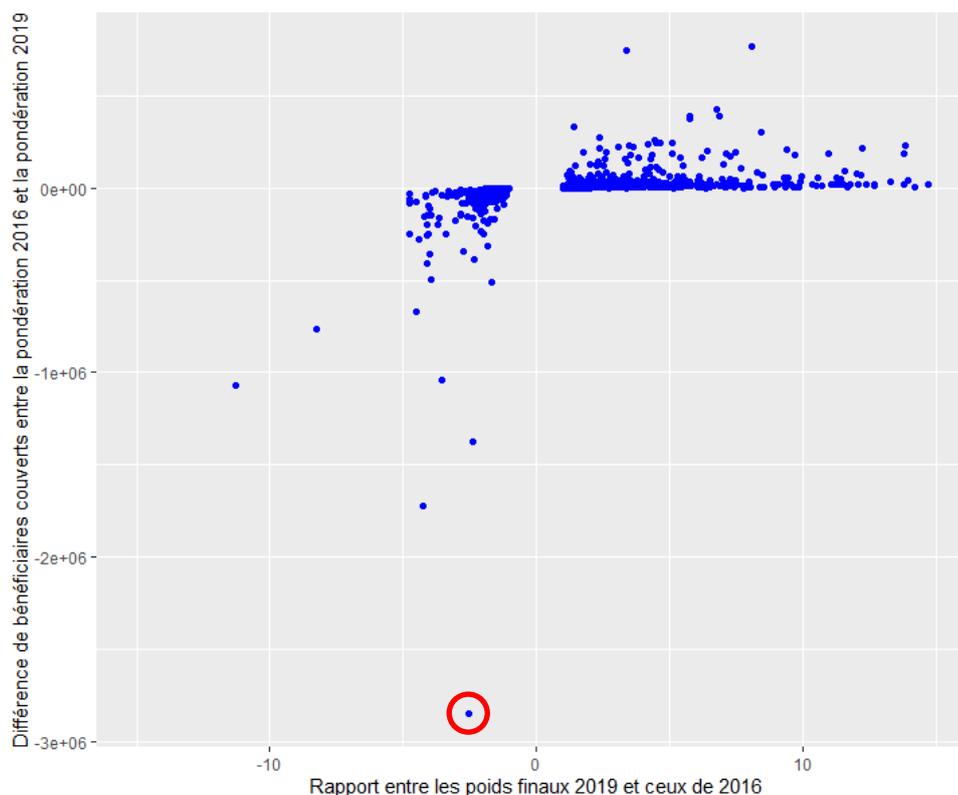
Plus précisément, la comparaison du rapport des poids des contrats selon les deux méthodes sur données 2019 met en évidence la très forte baisse du poids d'un unique contrat (graphique 2). Les autres contrats qui voient leur poids baisser représentent beaucoup moins de bénéficiaires. Les contrats dont le poids augmente représentent pour la majorité d'entre eux moins de 100 000 personnes et cette correction a un impact plus contenu sur la révision des indicateurs.

Tableau 3 • Éléments de comparaison des poids méthode 2019 versus méthode 2016

	Poids méthode 2019	Poids méthode 2016
Moyenne	56 656	56 635
Écart-type	112 787	206 216
Minimum	30	9
1 ^{er} décile (10 ^e percentile)	6 086	1 345
1 ^{er} quartile (25 ^e percentile)	11 414	4 148
Médiane (50 ^e percentile)	23 136	16 454
Q3 (75 ^e percentile)	55 000	44 284
D9 (90 ^e percentile)	129 700	107 885
Maximum	1 855 720	4 704 360

Source > Enquête OC 2019.

Graphique 2 • Comparaison du rapport des pondérations entre les méthodes 2016 et 2019, au regard de l'évolution du nombre de bénéficiaires



Note > L'unité de l'axe des abscisses correspond au rapport entre le poids du contrat avec la méthode 2019 et le poids avec la méthode 2016. Les contrats du côté positif de l'axe ont un rapport de poids qui augmente, du facteur multiplicatif égal à l'unité indiquée sur l'axe ; ceux du côté négatif de l'axe ont un rapport de poids qui diminue du facteur multiplicatif 1/unité en valeur absolue indiquée. En ordonnées est indiquée la différence de bénéficiaires associés à un contrat selon le poids obtenu avec chacune des deux méthodes. Un positionnement négatif sur l'axe correspond à une diminution du nombre de bénéficiaires associés au contrat à la suite de la nouvelle méthode.

Lecture > Le contrat cerclé en rouge représente, dans l'enquête 2019, moitié plus que ce qu'il représentait en 2016, ou encore deux fois moins, et le nombre de bénéficiaires qu'il représente a baissé de 2,8 millions.

Source > Enquête OC 2019.

Révision des données 2011 à 2016

Compte tenu de la modification des poids associés aux différents contrats, il convient de vérifier la stabilité globale des messages précédemment diffusés, dans le Panorama de la complémentaire santé³ en particulier.

La nature des vérifications est de deux ordres. Elle cherche à évaluer dans quelle mesure les niveaux des garanties sont revus à la hausse ou à la baisse, et comment cela impacte l'évolution entre 2011 et 2016. La révision des séries porte seulement sur les années 2011 et 2016, d'une part pour alléger les représentations et l'analyse, et d'autre part pour rester sur les années retenues dans les fiches du Panorama *La complémentaire santé – édition 2019*.

L'impact de la révision des pondérations sur l'évolution des indicateurs est présenté à partir des déciles de garanties (annexe 4) pour conserver la même présentation que les indicateurs diffusés en Open Data (data.drees.solidarites-sante.gouv.fr) et afficher les évolutions sur les distributions dans leur globalité (plutôt que de se concentrer uniquement par exemple sur l'évolution de la moyenne). Néanmoins, les déciles peuvent être sujets à des effets de seuils qui font apparaître des sauts entre deux séries, même dans le cas où les écarts globaux sont relativement contenus. Les impacts des révisions présentent trois cas de figure : les distributions sont quasiment superposées (par exemple consultation de spécialistes) ; décalage sur une petite partie de la distribution (par exemple les prothèses dentaires en collectif) ; ou décalage sur une grande partie de la distribution (prothèses dentaires en individuel).

L'encadré 3 vient compléter l'analyse en décile en associant à chaque part de la population couverte considérée, le montant maximum de la garantie dont elle dispose.

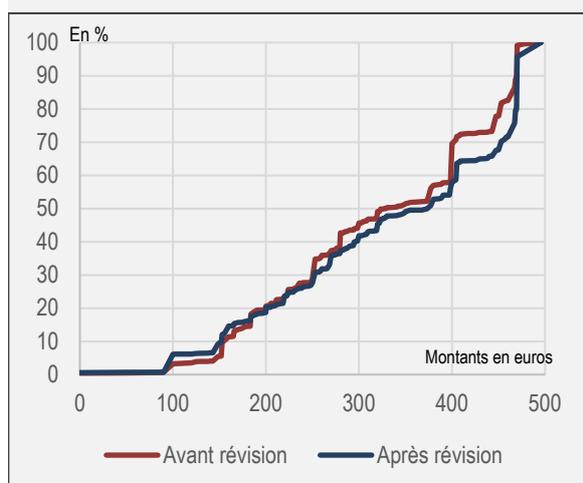
Encadré 3 • Répartition de la population couverte en 2016 selon le montant de garantie, avant et après révision des poids – exemple de quelques garanties

Pour les quatre garanties retenues ici (optique simple, prothèse dentaire, consultation de spécialiste signataire du Contrat d'accès aux soins (CAS), chambre particulière à l'hôpital), on classe les contrats selon le niveau croissant de prise en charge, et à chaque part de la population couverte est associé le montant maximum de remboursement dont elle dispose.

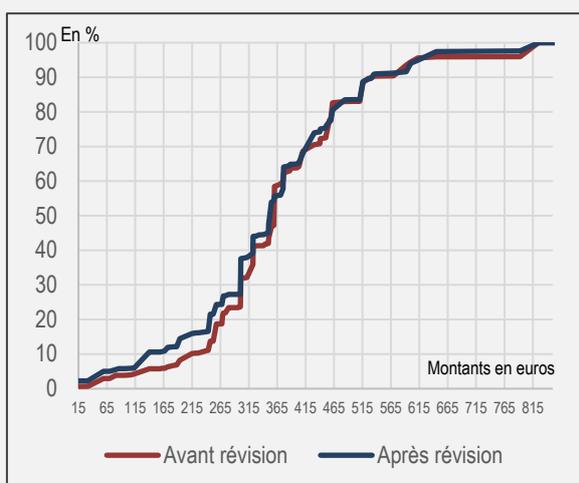
Sur la base de l'enquête OC 2016, chaque courbe ainsi obtenue est déclinée selon les deux pondérations de 2016 (avant et après révision). Seules quatre garanties sont ici présentées. Chacune d'entre elles présente un impact plus ou moins marqué de la révision sur l'ensemble ou une partie de la distribution. Les autres garanties étudiées montrent un profil similaire à l'un des quatre profils présentés ici.

Contrat collectif

Graphique 3a • Garantie Optique simple

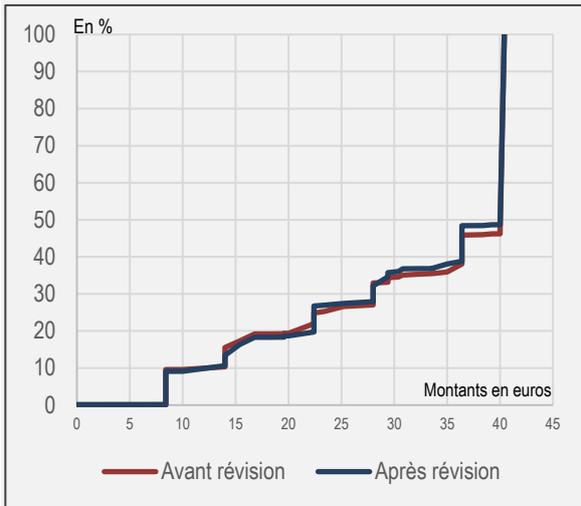


Graphique 3b • Garantie Prothèse dentaire

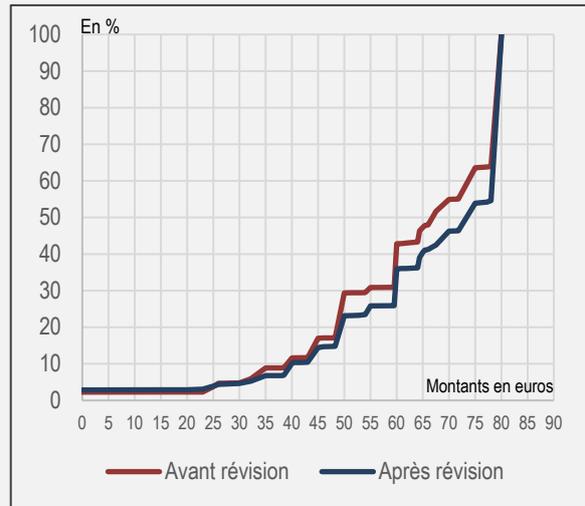


³ Barlet, M., Gaini, M., Legal, R. (dir.) (2019, avril). *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties* – édition 2019. Paris, France : DREES. coll. Panoramas de la DREES-santé.

Graphique 3c • Garantie Spécialistes signataires du CAS

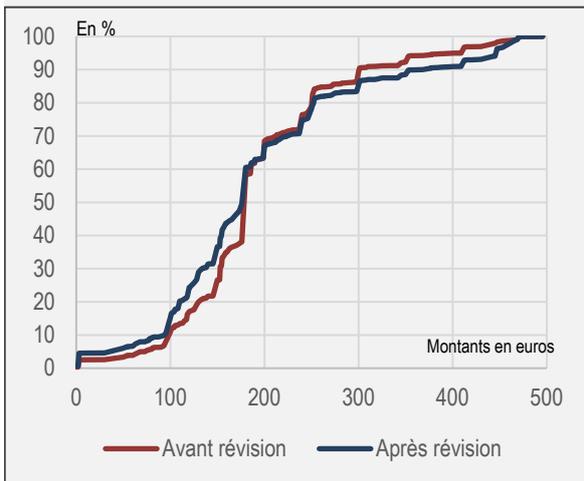


Graphique 3d • Garantie Chambre particulière

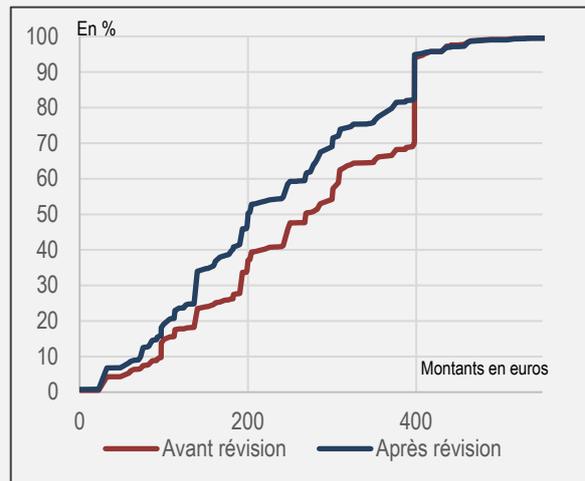


Contrat individuel

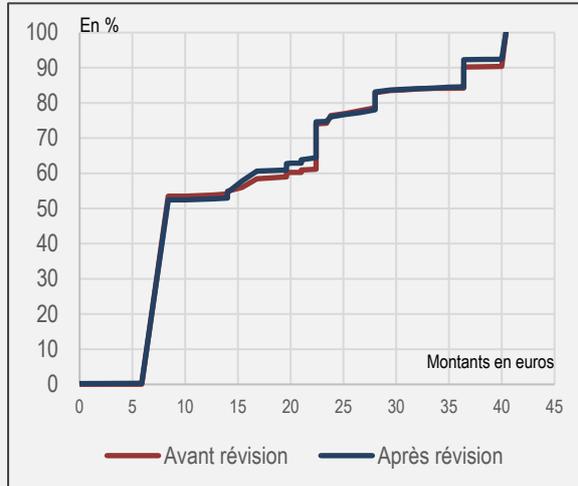
Graphique 4a • Garantie Optique simple



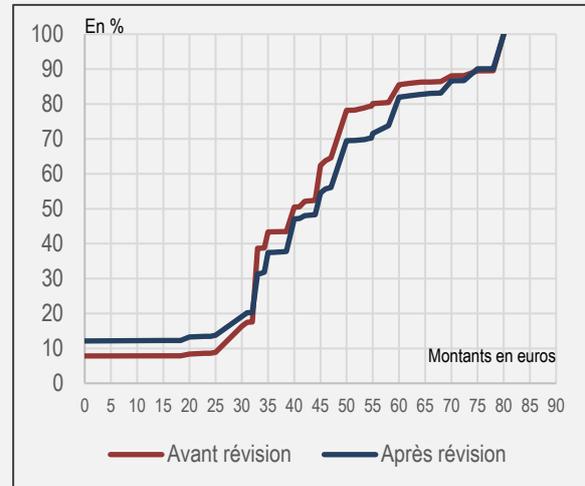
Graphique 4b • Garantie Prothèse dentaire



Graphique 4c • Garantie Spécialistes signataires du CAS



Graphique 4d • Garantie Chambre particulière



Note > Les contrats sont classés par ordre croissant du montant remboursé pour la garantie considérée, et chacun d'eux est compté selon l'effectif pondéré de personnes couvertes qu'ils représentent. Un saut vertical sur le graphique (comme par exemple en optique simple au niveau de 400 euros en collectif) correspond à une accumulation de

personnes couvertes par un même montant de garanties. Un passage horizontal sur la courbe correspond à un saut du montant de garantie entre deux contrats consécutifs en matière de montant remboursés pour la garantie considérée (effet de seuil). En effet, les montants remboursés par les contrats ne suivent pas forcément une distribution continue.

Lecture > Lorsque la courbe bleue est au-dessus de la courbe rouge, cela signifie que la part de la population considérée dans cet intervalle dispose d'un niveau de couverture après révision (courbe bleue) plus bas qu'avant (courbe rouge). En 2016, 20 % des bénéficiaires de contrats collectifs disposent d'une garantie inférieure ou égale à 127 euros avant la révision des poids, contre 110 euros après.

Source > Enquête OC 2016.

Globalement, dans le bas de la distribution, le niveau de couverture de la fraction de la population considérée est plus bas après révision qu'avant (courbe bleue au-dessus de la courbe rouge) et c'est généralement l'inverse dans le haut de la distribution, même si, pour beaucoup de garanties, les extrêmes se rejoignent. Ce constat est particulièrement vérifié en individuel.

Ceci illustre que la forte baisse du poids d'un seul gros contrat peut avoir un impact sur le niveau de plusieurs déciles, puisqu'il va conduire à décaler une partie de la distribution jusqu'à ce que cette baisse de poids soit compensée par la hausse du poids d'autres contrats.

Les principaux messages qui ressortent de la présentation des résultats sous forme de décile sont les suivants :

- En 2019, les contrats collectifs continuent d'offrir, en moyenne, des niveaux de couverture bien supérieurs aux contrats individuels.
- Si la révision affecte les niveaux des garanties, en revanche, les évolutions à la hausse entre 2011 et 2016 demeurent.
- L'écart entre les deux séries avant et après révision est plus marqué sur les garanties en individuel, en raison de révisions de poids plus fortes sur ce type de contrat.
- Pour un certain nombre de garanties (par exemple optique complexe, prothèse dentaire en individuel (annexe 4), la révision conduit à baisser le niveau de remboursement des bénéficiaires disposant de garanties intermédiaires, sans affecter fortement les extrêmes.
- Pour d'autres garanties (telles que l'audiologie en collectif, l'hôpital en collectif en 2016, les spécialistes signataires d'un CAS), les niveaux de remboursement des bénéficiaires disposant de garanties intermédiaires (intervalle variable selon les garanties) sont assez stables, avec des variations plus marquées sur le bas ou sur le haut de la distribution. Les garanties les plus basses (premiers déciles de distribution) sont parfois en baisse (quand il n'y a pas de plancher de remboursement ou si celui-ci concerne très peu de contrats), tandis que les garanties supérieures (déciles supérieurs) sont pour certains postes revues à la hausse (par exemple, en audiologie et en optique simple pour les contrats collectifs en 2016 ; en optique simple et complexe ou en orthodontie pour les contrats individuels en 2016). Cela s'explique, en partie, par le fait que les contrats dont les poids ont été le plus fortement révisés à la baisse offrent globalement des garanties de niveau intermédiaire. La nouvelle pondération accorde ainsi mécaniquement davantage de poids aux contrats qui se situent aux extrémités de la distribution. La conséquence de cela est une plus forte concentration de bénéficiaires sur les extrêmes, en particulier pour les contrats individuels. Ainsi, par exemple, davantage de personnes bénéficient de garanties très élevées en optique simple et complexe en 2016 à la suite de la révision.

Suivi longitudinal des indicateurs : évolution entre 2016 et 2019

Entre 2016 et 2019, l'élargissement du champ des contrats enquêtés s'ajoute au changement de pondération précédemment documenté.

Cet élargissement aux contrats de rangs 4 à 10 conduit à une connaissance plus fine de la couverture réelle de la population. De ce fait, une augmentation (respectivement une baisse) des niveaux de garanties entre 2016 et 2019 peut être imputable à l'élargissement du champ si les contrats de rangs 4 à 10 sont plus couvrants (respectivement moins couvrants) que les contrats de rangs 1 à 3.

S'il n'est pas possible de connaître l'évolution entre 2016 et 2019 des garanties sur les contrats de rangs 1 à 10, nous pouvons en revanche étudier les tendances en restreignant l'analyse aux contrats de rangs 1 à 3 en 2019. En effet, la méthode de tirage des contrats en 2019 assure qu'on dispose d'un échantillon représentatif pour chaque rang de contrat, et donc *a fortiori* sur le champ des contrats de rangs 1 à 3.

Néanmoins, les garanties observées sur le champ réduit ne constituent pas une série en tant que telle, en raison de la faiblesse de ce sous-échantillon : les trois plus gros contrats de chaque type et de chaque OC sont, en 2019, moins nombreux que les contrats de ce même champ en 2016 (et avant), puisqu'ils ne représentent qu'une fraction (40 %) des contrats enquêtés⁴, soit un nombre de contrats modaux correspondant à 60 % de l'effectif enquêté en 2016. Ce sous échantillon de contrats de rangs 1 à 3 reste représentatif des bénéficiaires des contrats modaux, mais la variance des estimations augmente. De ce fait, les estimations obtenues en 2019 sont moins précises, si bien que les évolutions entre 2016 et 2019 doivent être interprétées avec précaution.

Les comparaisons détaillées des niveaux des indicateurs entre 2016 et 2019, champ élargi et réduit, sont données en annexe 5.

⁴ En collectif, les contrats de rangs 1 à 3 représentent 38 % des contrats enquêtés et 41 % de la population couverte (contre respectivement 62 % et 59 % pour les contrats de rang intermédiaire). En individuel, les contrats de rang 1 à 3 représentent 44 % des contrats enquêtés et 54 % de la population couverte (contre respectivement 56 % et 46 % pour les contrats de rang intermédiaire).

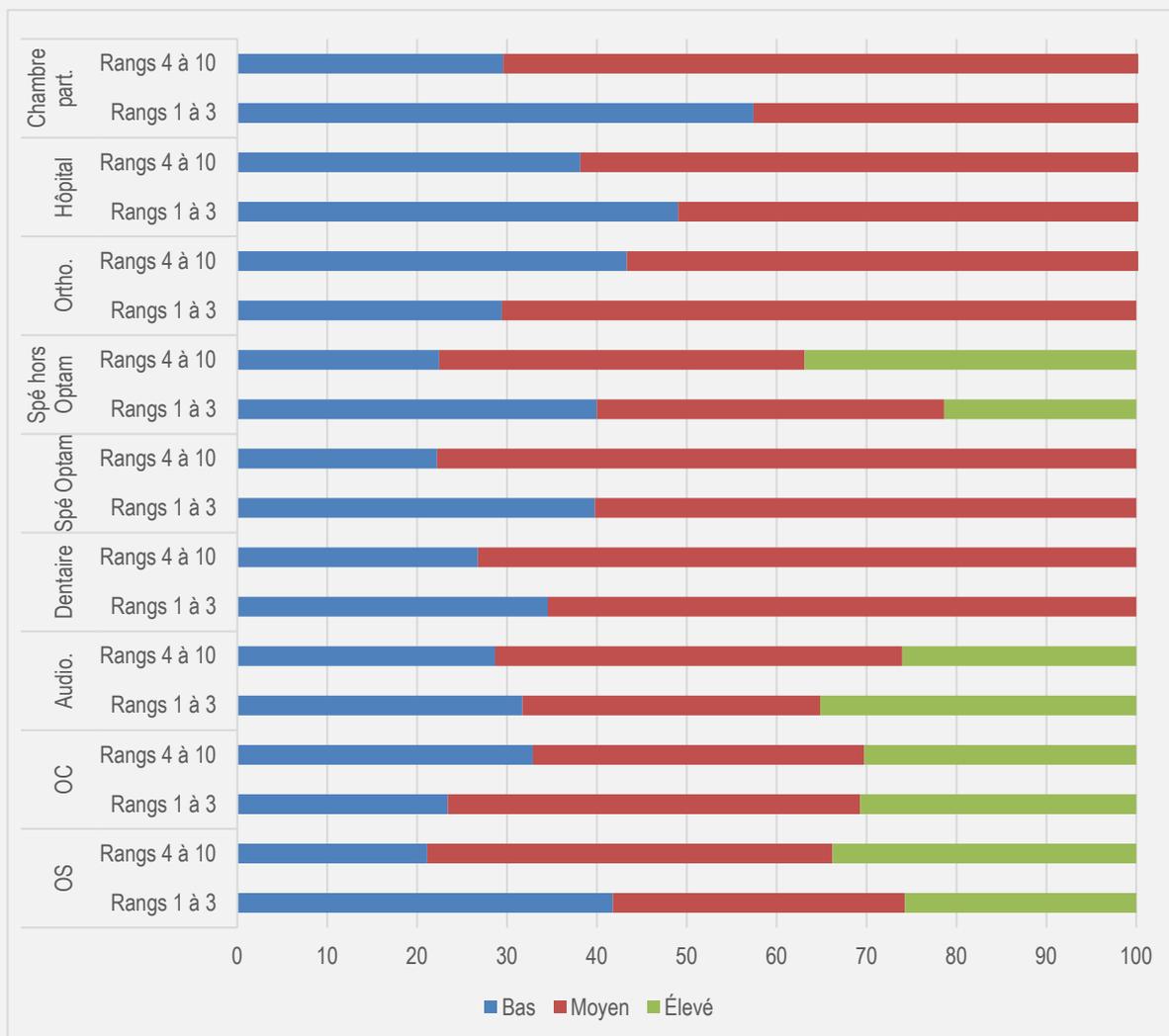
Encadré 4 • Comparaison du niveau de couverture des contrats de rangs 4 à 10 par rapport aux contrats de rangs 1 à 3

La comparaison de la couverture de personnes selon le rang du contrat (1 à 3, c'est-à-dire les contrats historiquement enquêtés ; ou 4 à 10, correspondant aux nouveaux contrats intégrés à l'enquête 2019) permet de mettre en évidence quelques spécificités. Pour cela, les contrats ont été répartis selon trois niveaux de couverture, propres à chacune des garanties considérées. Ainsi, le niveau bas correspond au niveau de couverture des 30 % de bénéficiaires les moins bien couverts, le niveau haut correspond à celui dont disposent les 30 % de bénéficiaires les mieux couverts. Les autres bénéficiaires sont alors considérés comme bénéficiant d'une garantie de milieu de gamme. Ce classement des garanties selon ces trois classes permet une première comparaison des nouveaux contrats intégrés en 2019 par rapport aux contrats traditionnellement enquêtés.

En collectif, les personnes couvertes par les contrats intermédiaires disposent, sur la majorité des garanties, de niveaux de couverture plus élevés que ceux couverts par un contrat de rangs 1 à 3. C'est le cas pour les consultations de spécialiste, le dentaire et l'optique simple, ou encore la chambre particulière (graphique 5). Pour l'audiologie, elles se positionnent davantage sur le milieu de gamme, et pour l'optique complexe un peu plus sur les garanties extrêmes, basses comme élevées. En individuel, exception faite des remboursements sur les consultations de spécialistes, les contrats de rangs 4 à 10 sont se positionnent plus souvent dans les garanties basses ou élevées, et moins dans les niveaux moyens que les contrats de rangs 1 à 3.

Contrats collectifs

Graphique 5 • Répartition des bénéficiaires des contrats collectifs de rangs 1 à 3 versus rangs 4 à 10 selon le niveau de garanties, pour différentes garanties



Ortho : orthodontie ; Spé Optam / Spé Hors Optam : médecins spécialistes ayant ou non adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ; Audio : audiologie ; OC : optique complexe ; OS : optique simple.

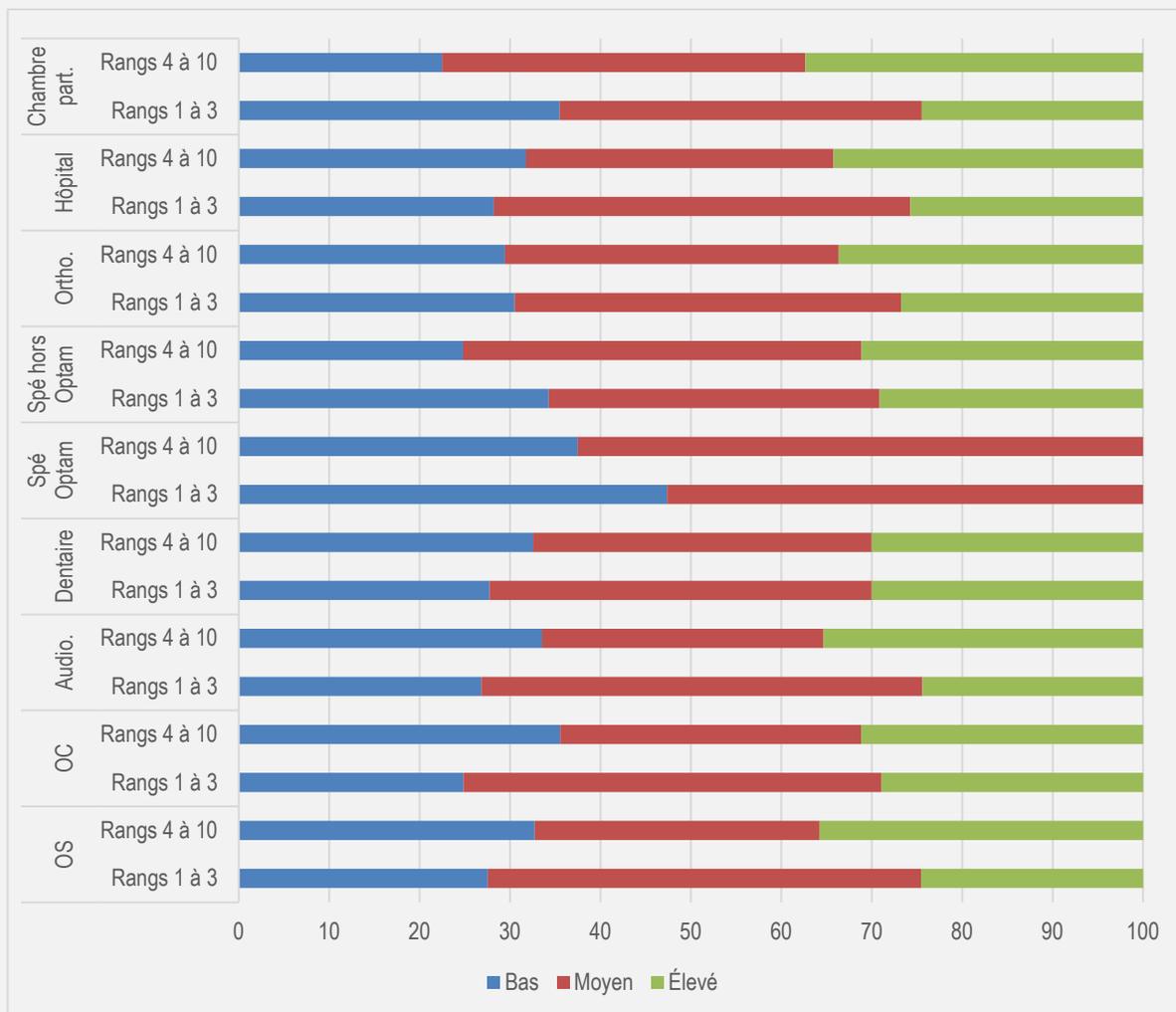
Note > Les bénéficiaires de contrats collectifs sont classés selon trois niveaux de couverture : bas, correspondant aux 30 % des bénéficiaires avec les garanties les plus basses ; élevé, correspondant aux 30 % des bénéficiaires avec les garanties les plus élevées ; et moyen, correspondant aux 40 % restant. Ces trois niveaux sont propres à chaque garantie considérée. La limite des trois niveaux de garanties n'est pas affinée s'il y a des effets de seuils (par exemple, un saut entre le D3 et le D4). L'une des conséquences de cela est notamment que pour certaines garanties, le niveau élevé ne peut pas être distingué du niveau intermédiaire, car le montant des déciles D8 et D9 est déjà atteint dans le groupe du milieu.

Lecture > 41 % des bénéficiaires de contrats collectifs de rangs 1 à 3 disposent des garanties du groupe le plus bas en optique simple.

Source > Enquête OC 2019.

Contrats individuels

Graphique 6 • Répartition des bénéficiaires des contrats individuels de rangs 1 à 3 versus rangs 4 à 10 selon le niveau de garanties, pour différentes garanties



Ortho : orthodontie ; Spé Optam / Spé Hors Optam : médecins spécialistes ayant ou non adhéré à l'option pratique tarifaire maîtrisée ; Audio : audiologie ; OC : optique complexe ; OS : optique simple.

Note > Les bénéficiaires de contrats individuels sont classés selon trois niveaux de couverture : bas, correspondant aux 30 % des bénéficiaires avec les garanties les plus basses ; élevé, correspondant aux 30 % des bénéficiaires avec les garanties les plus élevées ; et moyen, correspondant aux 40 % restant. Ces trois niveaux sont propres à chaque garantie considérée. La limite des trois niveaux de garanties n'est pas affinée s'il y a des effets de seuils (par exemple, un saut entre le D3 et le D4). L'une des conséquences de cela est notamment que pour certaines garanties, le niveau élevé ne peut pas être distingué du niveau intermédiaire, car le montant des déciles D8 et D9 est déjà atteint dans le groupe du milieu.

Lecture > 27 % des bénéficiaires de contrats individuels de rangs 1 à 3 disposent des garanties du groupe le plus bas en optique simple, contre 33 % des contrats de rang intermédiaire.

Source > Enquête OC 2019.

Même si certaines garanties ont des spécificités qui leur sont propres, la comparaison entre 2016 et 2019, champ réduit, permet de dégager quelques tendances globales, qui ne peuvent cependant pas être quantifiées compte tenu des changements méthodologiques. Les tendances observées sont, sauf cas particuliers précisés, les mêmes sur le champ élargi aux contrats de rangs 4 à 10.

■ En collectif

- Pour un certain nombre de garanties (optique simple et complexe, orthodontie, spécialistes Optam [option pratique tarifaire maîtrisée] et hors Optam [qui fait suite au CAS à partir de 2017], dentaire et honoraires hospitaliers sur le bas de la distribution), le niveau en 2019 est plus faible qu'en 2016. L'élargissement du champ aux contrats de rangs 4 à 10 conduit également à des évolutions à la baisse par rapport à 2016, cependant moins marquées pour la plupart des garanties.
- Cependant, les garanties élevées sont souvent de même niveau, sauf si la législation a conduit à un réajustement. Sans évolution des plafonds, les bons contrats collectifs laissent toujours, pour un certain nombre de garanties, un reste à charge nul.
- Les évolutions réglementaires ont eu des impacts sur les garanties :
 - Baisse de remboursement des spécialistes hors Optam, qui ne peut désormais dépasser 200 % de la base de remboursement de la Sécurité sociale (BRSS), conduisant au plafonnement des contrats les plus couvrants.
 - Hausse de la BRSS de 28 à 30 euros au 1^{er} juillet 2017 pour les spécialistes Optam, conduisant à une légère baisse du remboursement complémentaire santé pour les meilleurs contrats, de 40,4 euros à 39,0 euros sur une consultation à 60 euros. Pour les bénéficiaires de ces contrats, le reste à charge reste nul. C'est la part prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire (AMO) qui augmente, tandis que celle prise en charge par les OC baisse.
 - Sur l'achat d'une prothèse céramo-métallique facturée 530 euros, les meilleurs contrats ne laissant aucun reste à charge remboursent 9 euros de moins en 2019 qu'en 2016, en lien avec l'augmentation de la BRSS, qui passe de 107,50 euros à 120 euros.
 - Augmentation de la participation forfaitaire sur acte lourd à l'hôpital, passée de 18 euros en 2016 à 24 euros en 2019, conduisant à une augmentation de 6 euros des remboursements des contrats les plus couvrants qui ne laissent pas de reste à charge (cas par exemple d'une opération de la cataracte facturée 600 euros).
 - L'audiologie se distingue par une augmentation de l'ensemble des déciles de garanties. La BRSS est passée de 200 euros à 300 euros en 2019, à la suite de la mise en place de la première brique du 100 % santé en audiologie, conduisant à un montant plancher de remboursement par les OC de 240 euros pour une paire d'audioprothèses, soit un montant supérieur à celui du premier décile de garantie de 2016. La tendance à la hausse des autres déciles jusqu'au D5 pourrait trouver une explication dans un effet anticipé du 100 % santé, dont le plein déploiement a eu lieu en 2021 : les OC auraient pu chercher à aligner le niveau des remboursements sur celui imposé sur les biens du panier 100 % santé avec un reste à charge nul. Ce n'est qu'une hypothèse, car les OC n'ont pas d'obligation à couvrir les équipements du panier libre avec un niveau équivalent à celui du panier 100 % santé. De plus, la hausse des garanties s'observe aussi sur les déciles les plus élevés, qui étaient déjà en 2016 à un montant supérieur à celui exigé par la réforme sur le panier concerné.
- La prise en charge de la chambre particulière à l'hôpital baisse entre les deux années sur le milieu de la distribution (déciles 2 à 6), mais l'élargissement du champ aux contrats de rangs 4 à 10 fait remonter les remboursements aux niveaux de 2016.

■ En individuel :

- Les niveaux de remboursement ont tendance, à l'inverse du collectif, à augmenter, et en particulier ceux de niveau intermédiaire. Cette hausse se retrouve aussi sur le champ élargi.
- En revanche, les niveaux de remboursement des personnes les moins bien couvertes sont en baisse pour un certain nombre de garanties : pour l'orthodontie, cette baisse s'observe à champ constant, mais elle est gommée avec l'intégration des contrats de rangs 4 à 10, ou encore l'optique simple et les prothèses dentaires, même si, dans ces cas, la baisse n'est pas observée sur le champ réduit.
- L'évolution des garanties supérieures est assez variable selon les postes de soin : à la baisse en optique et en orthodontie ; stable pour les honoraires hospitaliers, la chambre particulière ou les consultations de spécialistes hors Optam ; mais à la hausse pour les consultations de spécialistes Optam, et l'audiologie. À part pour l'audiologie et les honoraires hospitaliers, les évolutions entre 2016 et 2019 créent une rupture avec les évolutions observées entre 2011 et 2016 où, pour quasiment toutes les garanties, les niveaux supérieurs de remboursement avaient augmenté. Dans le haut de la distribution, seule la chambre particulière bénéficiait d'un moins bon remboursement, tandis que les niveaux de prise en charge des honoraires hospitaliers avaient stagné.
- Comme en collectif, les évolutions réglementaires impactent le niveau des garanties. Sur ce marché, la hausse des planchers a un effet sur les contrats peu couvrants ne remboursant que le ticket modérateur. En hospitalisation, l'augmentation du montant du forfait de 18 euros en 2016 à 24 euros en 2019 conduit à augmenter le remboursement des contrats les moins couvrants qui ne prennent en charge que la participation forfaitaire. Le montant pris en charge par les contrats les plus couvrants complète la part de la Sécurité sociale, conduisant à une hausse de 6 euros. L'augmentation de la BRSS de 28 euros à 30 euros pour les consultations de spécialistes conduit à augmenter de 60 centimes

les remboursements des complémentaires qui ne prennent en charge que le ticket modérateur, et l'ensemble des contrats dont le remboursement s'exprime en pourcentage de la BRSS. Enfin, les meilleurs contrats individuels étant de niveau inférieur aux meilleurs contrats collectifs, ils ne sont pas impactés par les différents plafonnements.

L'évolution à la baisse des garanties entre 2016 et 2019 en collectif n'est donc pas imputable à un effet d'élargissement du champ. Pour la plupart des garanties, la comparaison des indicateurs de 2016 avec le champ restreint aux trois plus gros contrats de 2019 conduit à des évolutions allant dans le même sens que sur le champ 2019 élargi, ce qui conforte l'idée d'une **évolution réelle, à la baisse, des garanties.**

L'effet de l'élargissement de champ est – en partie au moins – responsable des évolutions apparentes des garanties en individuel puisque les contrats de rangs 4 à 10 s'adressent à des populations avec une demande de couverture plus spécifique, plus faible ou au contraire renforcée. Néanmoins, les tendances à la hausse observées sur la majorité des garanties ressortent également sur le champ réduit, laissant suggérer une **augmentation réelle de la couverture de la population.**

■ POUR EN SAVOIR PLUS

Page de l'enquête sur le site de la DREES : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr>, rubrique Sources, outils et enquêtes, Enquête auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires.

Adjerad, R. (2020, décembre). [Rapport 2020 – La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé](#). DREES.

Barlet, M., Gaini, M., Gonzalez, L., Legal, R. (dir) (2019, avril). [La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties](#). Paris, France : DREES, coll. Panorama de la DREES-santé.

Loiseau, R. (2021, septembre). [Complémentaires santé : en 2016, les seniors restent moins bien couverts malgré une hausse des garanties depuis 2011](#). DREES, *Études et Résultats*, 1 198.

Annexe 1. Plan de sondage des organismes

Tableau A1 • Plan de sondage des organismes en 2016 et 2019

	2016		2019	
	Strates	Taux de sondage	Strates	Taux de sondage
Mutuelles	CA > 40 M d'euros	1	CA > 40 M d'euros	1
	CA compris entre 1 M et 40 M d'euros	0,25	CA compris entre 5 M et 40 M d'euros	0,5
	CA < 1 M d'euros	0	CA < 5 M d'euros	0
Institutions de prévoyance	CA > 1 M d'euros	1	CA > 5 M d'euros	1
	CA < 1 M d'euros	0	CA < 5 M d'euros	0
Sociétés d'assurance	CA > 70 M d'euros	1	CA > 70 M d'euros	1
	CA compris entre 1M et 70 M d'euros	0,5	CA compris entre 5 M et 70 M d'euros	1
	CA < 1 M d'euros	0	CA < 5M d'euros	0

Lecture > La strate des mutuelles de taille intermédiaire a un taux de sondage de 0,25 en 2016 et de 0,5 en 2019.

Source > Enquêtes OC 2016 et 2019.

Annexe 2. Processus du calcul des probabilités d'inclusion pour la deuxième étape

Le calcul des probabilité d'inclusion des contrats enquêtés en deuxième étape suit plusieurs phases

Les **probabilités d'inclusion initiales** π_i^0 sont déterminées en fonction du nombre de contrats de chaque type à échantillonner, et comme si l'échantillon était sélectionné par un sondage stratifié, avec sondage à probabilités égales dans chaque strate : les contrats sont répartis en pseudo-strates à l'intérieur desquelles on postule que tous les contrats ont la même probabilité d'inclusion initiale. Ces pseudo-strates sont définies par les croisements du type de contrat, de la famille de l'organisme proposant le contrat (mutuelle, société d'assurance, institut de prévoyance), de la taille du contrat (correspondant au tercile du nombre de bénéficiaires du contrat) et de la qualité du contrat, approchée par les terciles du chiffre d'affaires moyen par bénéficiaire réalisé sur le contrat. Nous vérifions que les strates ainsi obtenues sont homogènes en matière de parts de contrats de rangs 1 à 3 ou de rangs 4 à 10.

Nous allouons l'échantillon entre pseudo-strates, pour chaque type de contrat, en faisant la moyenne entre deux allocations :

- une allocation proportionnelle au nombre de bénéficiaires dans chaque strate. Cette allocation privilégie les strates contenant des contrats ayant de nombreux bénéficiaires, qui contribuent fortement aux indicateurs d'intérêt ;
- une allocation proportionnelle classique (proportionnelle au nombre de contrats par pseudo-strate). Cette allocation garantit que l'échantillon contiendra un nombre minimal de petits contrats, qui n'étaient pas couverts par l'enquête précédente.

Les probabilités d'inclusion des contrats dans les pseudo-strates sont alors calculées comme le ratio entre l'allocation précédente et le nombre de contrats dans la pseudo-strate.

Ainsi, pour un type de contrat k , $k \in \{I, C, S\}$, si :

- X_h^k désigne le nombre de bénéficiaires total des contrats de type k de la pseudo-strate h déclarés à l'étape 1 ;
- X^k désigne le nombre total de bénéficiaires des contrats de type k déclarés à l'étape 1 ;
- N_h^k désigne le nombre de contrats de type k dans la pseudo-strate h déclarés à l'étape 1 ;
- N^k désigne le nombre de contrats de type k déclarés à l'étape 1.
- n^k désigne l'effectif cible de contrats à enquêter de type k . Il est fixé de façon à avoir des précisions équivalentes sur chacune des sous population de type k .

Alors la probabilité d'inclusion initiale d'un contrat de type k de la pseudo-strate h est égale à :

$$\pi_{ih}^{0k} = \frac{n^k}{N_h^k} \times \frac{1}{2} \left(\frac{N_h^k}{N^k} + \frac{X_h^k}{X^k} \right)$$

Ces probabilités d'inclusion sont ensuite modifiées dans une seconde phase pour garantir que l'espérance du nombre de contrats sélectionnés par organisme soit inférieure à x – c'est-à-dire à six ou neuf, suivant les caractéristiques de l'organisme.

Modification des probabilités initiales pour respecter les contraintes de nombre de contrats échantillonnés par organisme

L'espérance du nombre de contrats de l'organisme échantillonnés est égale à la somme des probabilités d'inclusion des contrats de l'organisme.

Lorsque la somme des probabilités d'inclusion initiales des contrats de l'organisme est strictement supérieure à x , celles-ci sont rabotées de façon à ce que leur somme soit égale à x : elles sont toutes multipliées par le ratio de x sur la somme des probabilités d'inclusion initiales des contrats de l'organisme.

Au terme de cette phase, la probabilité d'inclusion d'un contrat i appartenant à l'organisme j est égale à :

$$\pi_{ij}^1 = \begin{cases} \pi_{ij}^0 \text{ si } \sum_{k \in j} \pi_{kj}^0 \leq x \\ \pi_{ij}^0 \times \frac{x}{\sum_{k \in j} \pi_{kj}^0} \text{ sinon} \end{cases}$$

Ce correctif conduit à diminuer les probabilités d'inclusion des contrats de certains organismes, partant de la taille finale de l'échantillon. De ce fait, les tailles d'échantillons initialement prévues ne sont plus respectées : la somme des probabilités d'inclusion des contrats individuels n'est plus nécessairement égale à n^I , de même pour les contrats collectifs et de surcomplémentaires.

Une troisième étape vise à pallier cette réduction de l'échantillon en ajustant à la hausse les probabilités d'inclusion des contrats non affectés par la deuxième étape, pour que la somme des probabilités d'inclusion pour chaque type de contrat soit égale à n^k .

Ajustement des probabilités d'inclusion pour respecter les contraintes de taille d'échantillon par type de contrat

Si J désigne l'ensemble des organismes échantillonnés à l'étape 1, dont les poids des contrats ont été modifiés à l'étape précédente, et J' les autres organismes échantillonnés à l'étape 1, les probabilités d'inclusion au terme de cette étape sont égales à :

$$\pi_{ij}^{2K} = \begin{cases} \pi_{ij}^1, & \text{si } j \in J \\ \pi_{ij}^1 \times \frac{n^k - \sum_{j \in J} \sum_{i \in j} \pi_{ij}^{1K}}{\sum_{j \in J'} \sum_{i \in j} \pi_{ij}^{1K}}, & \text{sinon} \end{cases}$$

Ces probabilités peuvent être supérieures à 1. Dans ce cas, elles sont tronquées à 1. Elles peuvent également conduire à ce que l'espérance du nombre de contrats tirés dans certains organismes de J' dépasse x : elles doivent alors à leur tour être ajustées en subissant la modification décrite dans la section précédente. Les étapes 2 et 3 sont donc itérées jusqu'à aboutir à un jeu de probabilités d'inclusion vérifiant les contraintes de taille d'échantillon par type de contrat et d'espérance d'échantillon par organisme.

Annexe 3. Évolution du nombre et de la structure des contrats enquêtés par type et par famille d'OC entre 2011 et 2019

Tableau A2 • Ventilation du nombre de contrats exploitables par type et famille d'OC, par année d'enquête

	Mutuelles			Institutions de prévoyance			Sociétés d'assurance			Total		
	Coll.	Ind.	Total	Coll.	Ind.	Total	Coll.	Ind.	Total	Coll.	Ind.	Total
2011	328	436	764	73	55	128	62	105	167	463	596	1059
2013	278	366	644	65	49	114	58	93	151	401	508	909
2014	237	316	553	58	41	99	60	98	158	355	455	810
2016	222	292	514	53	38	91	60	89	149	335	419	754
2019	243	396	639	102	26	128	146	171	317	491	593	1084
2019 champ restreint	93	179	272	34	13	47	61	72	133	188	264	452

Lecture > Lors de l'enquête 2019, 243 contrats collectifs commercialisés par des mutuelles sont exploités.

Source > Enquêtes OC 2011, 2013, 2014, 2016 et 2019 – DREES.

Tableau A3 • Répartition des effectifs de bénéficiaires des contrats enquêtés par type et famille d'OC (en %), par année d'enquête

	Mutuelles			Institutions de prévoyance			Sociétés d'assurance			Total		
	Coll.	Ind.	Total	Coll.	Ind.	Total	Coll.	Ind.	Total	Coll.	Ind.	Total
2011	16	40	56	19	2	21	8	15	23	42	58	100
2013	17	40	56	18	2	20	8	16	23	42	58	100
2014	16	38	54	19	2	21	11	14	25	46	54	100
2016	15	35	50	21	3	23	12	15	27	47	53	100
2019	16	32	49	17	2	19	16	16	32	49	51	100
2019 champ restreint	17	37	54	13	3	15	13	18	30	43	57	100
Part dans la population 2019	15	34	50	15	2	17	18	15	33	48	52	100

Lecture > Les personnes couvertes par un contrat collectif d'une mutuelle représentent 16 % de l'ensemble des personnes couvertes par l'enquête en 2011.

Source > Enquêtes OC 2011, 2013, 2014, 2016 et 2019, DREES ; *La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Rapport 2020*. DREES.

Sur l'ensemble des famille d'OC, en collectif comme en individuel, le nombre de contrats enquêtés a augmenté, entre 10 % et plus de 100 %. Seuls les contrats individuels commercialisés par les institutions de prévoyance (IP) ont diminué (passant de 38 à 26). Le marché de l'individuel ne représente que 13 % du chiffre d'affaires hors taxes en santé des IP en 2019⁵, ce qui explique que ces contrats soient en baisse au profit d'une description plus précise des contrats collectifs des IP.

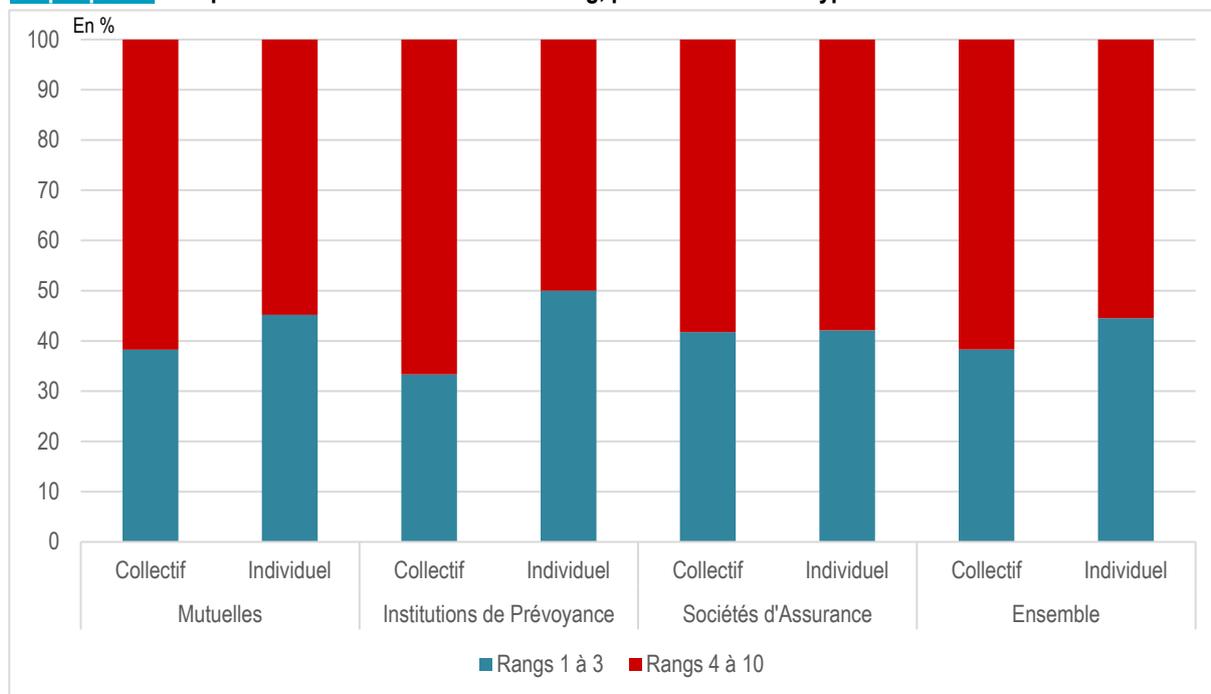
Bien que le nombre de contrats collectifs enquêtés des IP double entre 2016 et 2019 du fait de l'élargissement du champ aux contrats de rang intermédiaire, la part des personnes ainsi couvertes parmi l'ensemble des bénéficiaires recule néanmoins, alors même qu'elle avait tendance à augmenter sur les dernières années. Cela s'explique par la part particulièrement élevée de contrats de rangs 4 à 10 parmi les contrats collectifs des IP (graphique A1).

À l'inverse, la part des personnes couvertes par un contrat commercialisé par une société d'assurance (SA) augmente, en individuel mais surtout en collectif.

⁵ Adjerad, R. (2020, décembre). *La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé. Rapport 2020*. DREES.

La part relative des contrats de rangs 4 à 10 par rapport à l'ensemble des contrats enquêtés en 2019 est assez voisine sur les trois familles, en collectif comme en individuel. Elle oscille entre 50 % et 60 %. Elle est cependant plus élevée (près de 70 %) pour les contrats collectifs des IP. Cela s'explique par le fait que les IP sont particulièrement positionnées sur le marché collectif. De ce fait, dans cette famille, on trouve plus d'OC qui ne proposent que des contrats collectifs. Des OC qui, jusqu'en 2016, ne renseignaient donc que trois contrats collectifs vont, à partir de 2019, renseigner plus de contrats de rangs 4 à 10 que les mutuelles et les SA, d'activité plus mixte.

Graphique A1 • Répartition des contrats selon leur rang, par famille d'OC et type de contrat



Lecture > 40 % des contrats collectifs enquêtés commercialisés par une mutuelle sont des contrats de rangs 1 à 3.

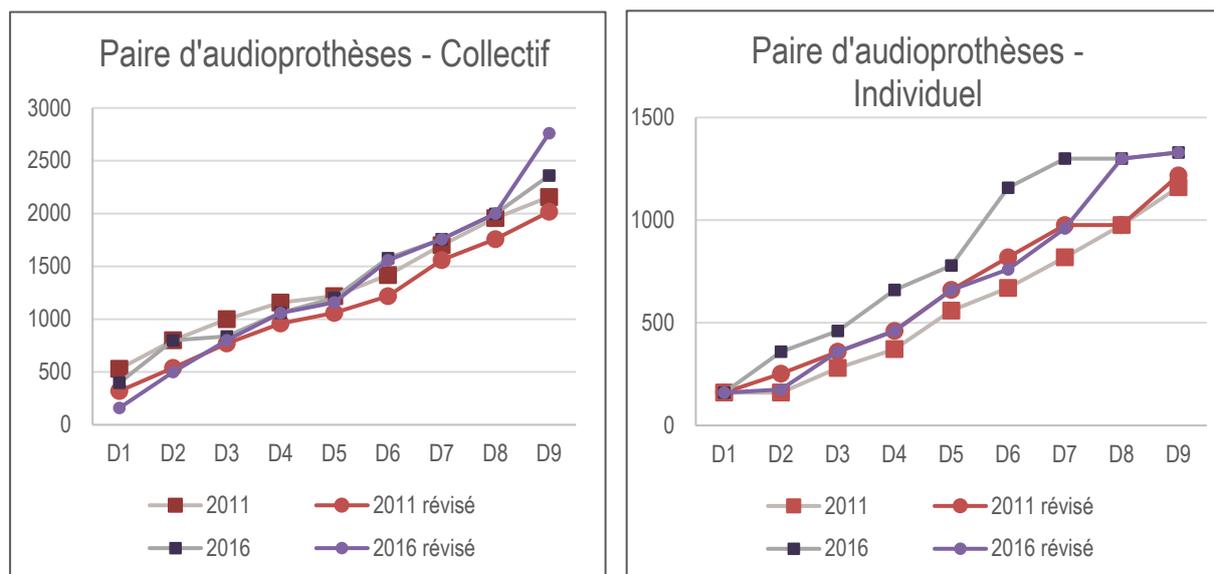
Source > Enquête OC 2019

Annexe 4. Révision des niveaux de garanties 2011-2016

L'impact du changement de paradigme de tirage sur la révision des garanties en 2011 et 2016 pour l'ensemble des postes ci-dessous est examiné au regard des distributions des déciles de remboursement. Cette présentation présente l'avantage d'avoir une information plus complète qu'une simple moyenne ou médiane, par exemple, mais elle est tributaire d'effets de seuil.

Audiologie

Graphique A2 • Déciles de prises en charge en audiologie en euros



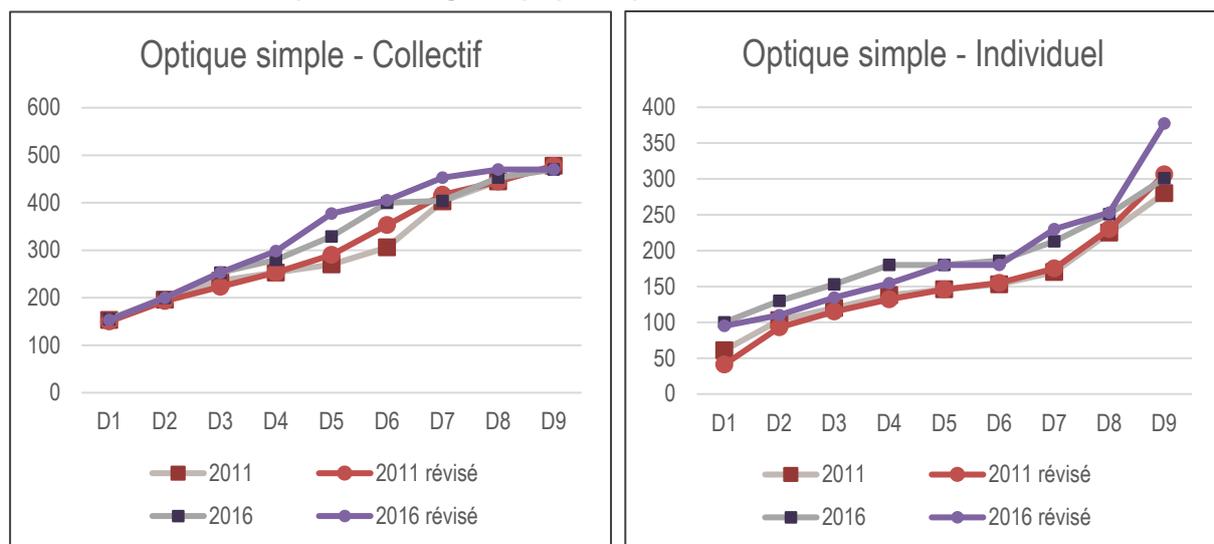
Lecture > En 2016 révisé, 20 % des bénéficiaires d'un contrat collectif ont une garantie de remboursements de 500 euros ou moins pour une paire d'audioprothèses facturée 4000 euros.

Champ > Extrapolation des contrats sélectionnés à l'ensemble des contrats.

Source > Enquêtes OC 2011 et 2016.

Optique simple

Graphique A3 • Déciles de prises en charge en optique simple en euros



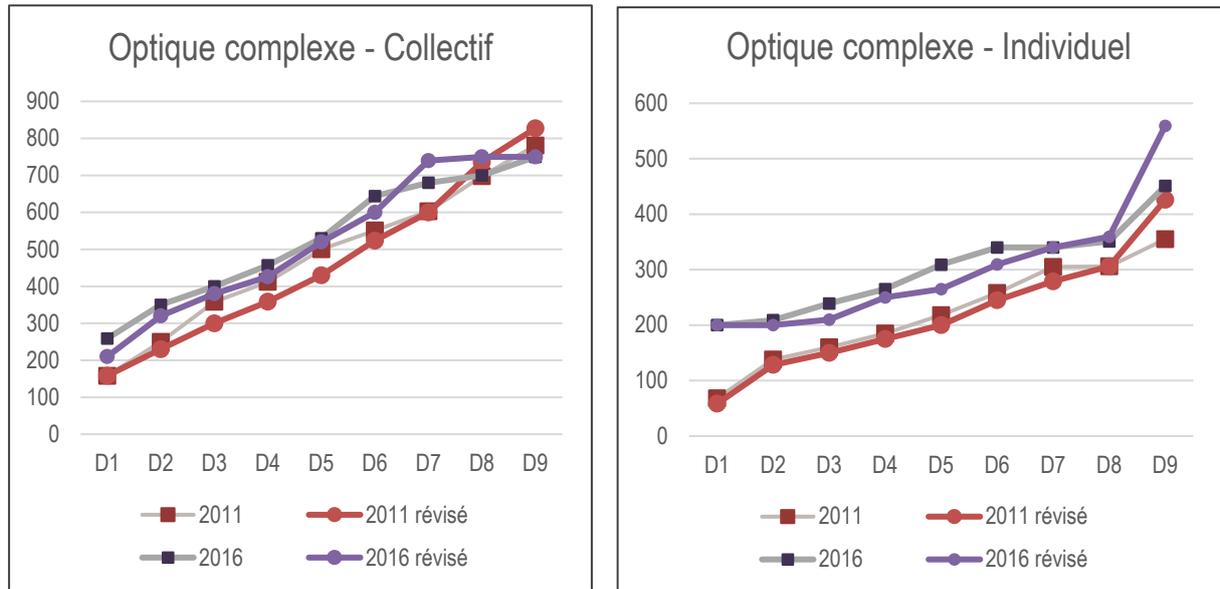
Lecture > En 2016 révisé, 20 % des bénéficiaires d'un contrat collectif ont une garantie de remboursements de 200 euros ou moins pour une paire de lunettes à correction simple facturée 500 euros.

Champ > Extrapolation des contrats sélectionnés à l'ensemble des contrats.

Source > Enquêtes OC 2011 et 2016.

Optique complexe

Graphique A4 • Déciles de prise en charges en optique complexe en euros



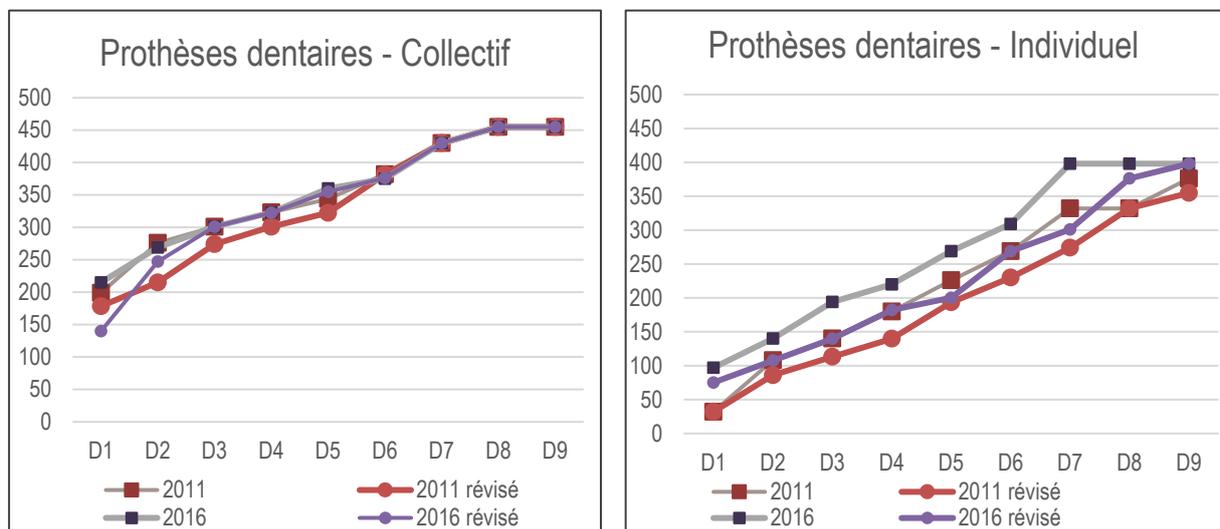
Lecture > En 2016 révisé, 20 % des bénéficiaires d'un contrat collectif ont une garantie de remboursements de 320 euros ou moins pour une paire de lunettes à correction complexe facturée 850 euros.

Champ > Extrapolation des contrats sélectionnés à l'ensemble des contrats.

Source > Enquêtes OC 2011 et 2016.

Prothèses dentaires

Graphique A5 • Déciles de prises en charge des prothèses céramo-métalliques en euros



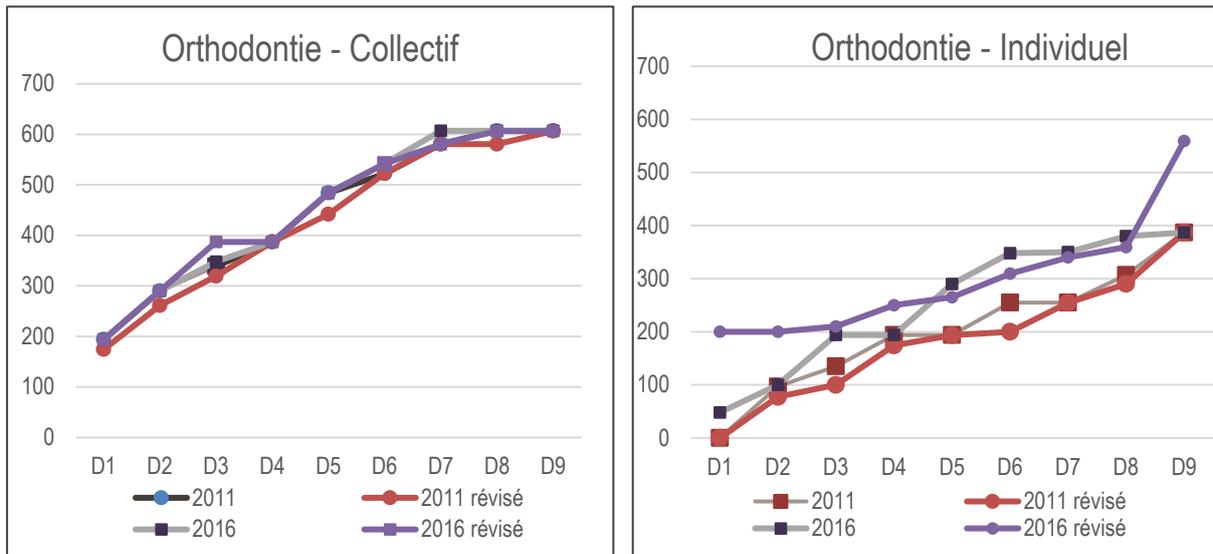
Lecture > En 2016 révisé, 20 % des bénéficiaires d'un contrat collectif ont une garantie de remboursements de 250 euros ou moins pour une prothèse céramo-métallique facturée 530 euros.

Champ > Extrapolation des contrats sélectionnés à l'ensemble des contrats.

Source > Enquêtes OC 2011 et 2016.

Orthodontie

Graphique A6 • Déciles de prise en charge d'un semestre d'orthodontie



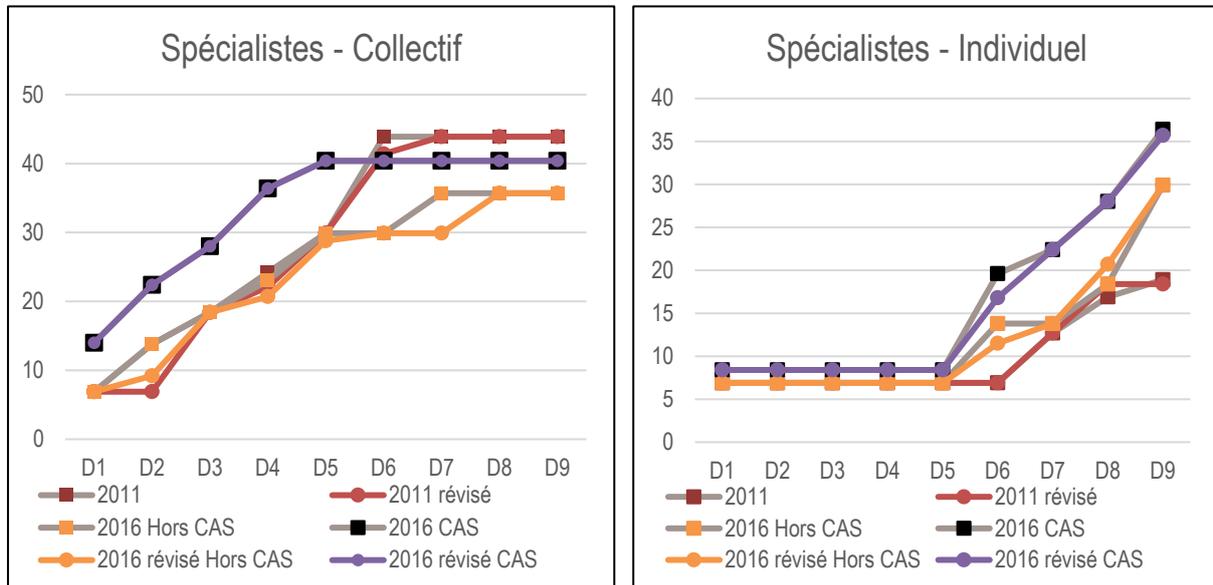
Lecture > En 2016 révisé, 20 % des bénéficiaires d'un contrat collectif ont une garantie de remboursements de 300 euros ou moins pour un semestre d'orthodontie facturée 800 euros.

Champ > Extrapolation des contrats sélectionnés à l'ensemble des contrats.

Source > Enquêtes OC 2011 et 2016.

Dépassements d'honoraires des spécialistes

Graphique A7 • Déciles de prise en charge des dépassements d'honoraires pour une consultation de spécialiste



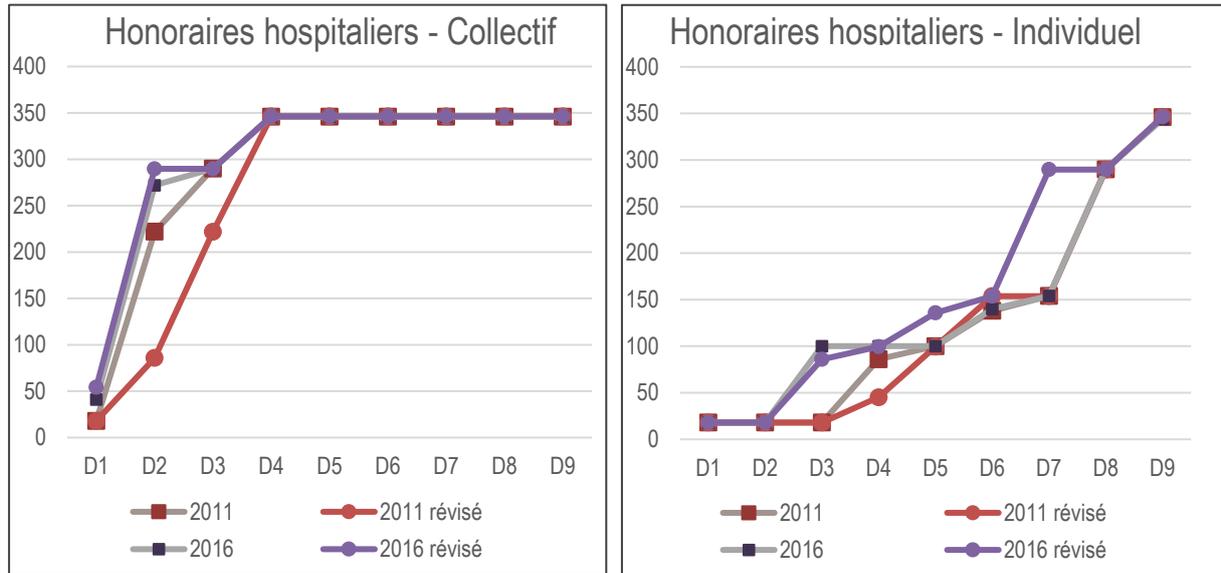
Lecture > En 2016 révisé, 20 % des bénéficiaires d'un contrat collectif ont une garantie de remboursements de 22,40 euros ou moins pour une consultation chez un médecin spécialiste signataire du contrat d'accès aux soins [CAS] avant 2017) facturée 60 euros.

Champ > Extrapolation des contrats sélectionnés à l'ensemble des contrats.

Source > Enquêtes OC 2011 et 2016.

Dépassements d'honoraires sur les actes techniques à l'hôpital

Graphique A8 • Déciles de prises en charge des dépassements d'honoraires sur les actes techniques à l'hôpital



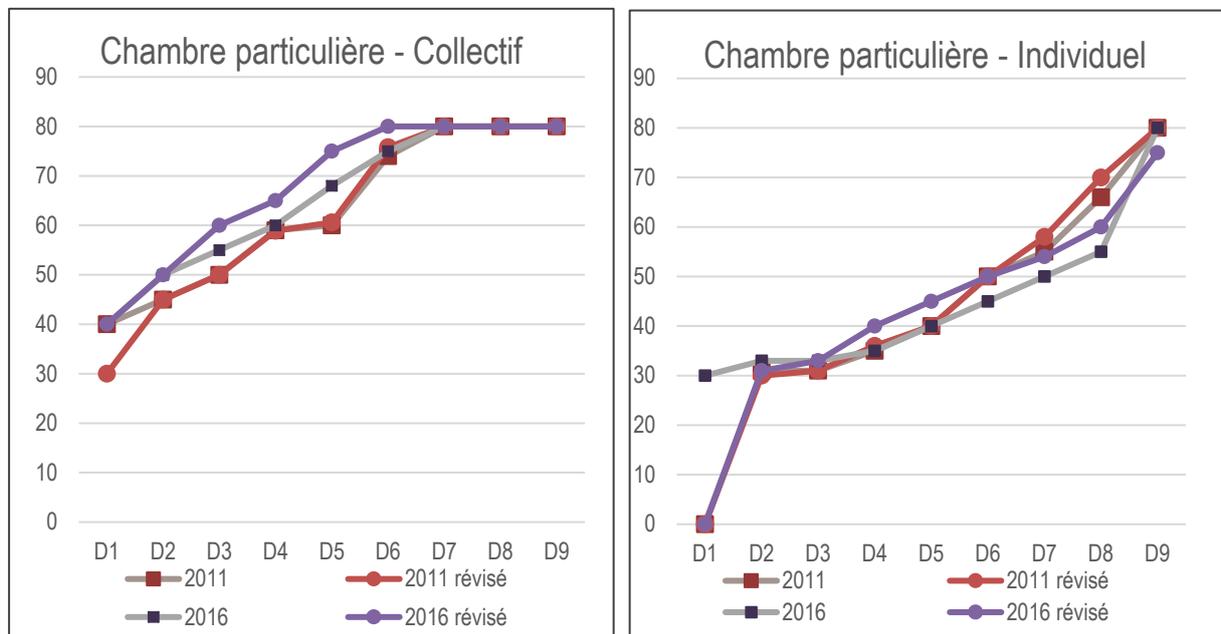
Lecture > En 2016 révisé, 20 % des bénéficiaires d'un contrat collectif ont une garantie de remboursements de 290 euros ou moins pour une opération de la cataracte facturée 600 euros.

Champ > Extrapolation des contrats sélectionnés à l'ensemble des contrats.

Source > Enquêtes OC 2011 et 2016.

Chambre particulière

Graphique A9 • Déciles de prise en charge de la chambre particulière



Lecture > En 2016 révisé, 20 % des bénéficiaires d'un contrat collectif ont une garantie de remboursements de 50 euros ou moins pour une chambre particulière facturée 80 euros.

Champ > Extrapolation des contrats sélectionnés à l'ensemble des contrats.

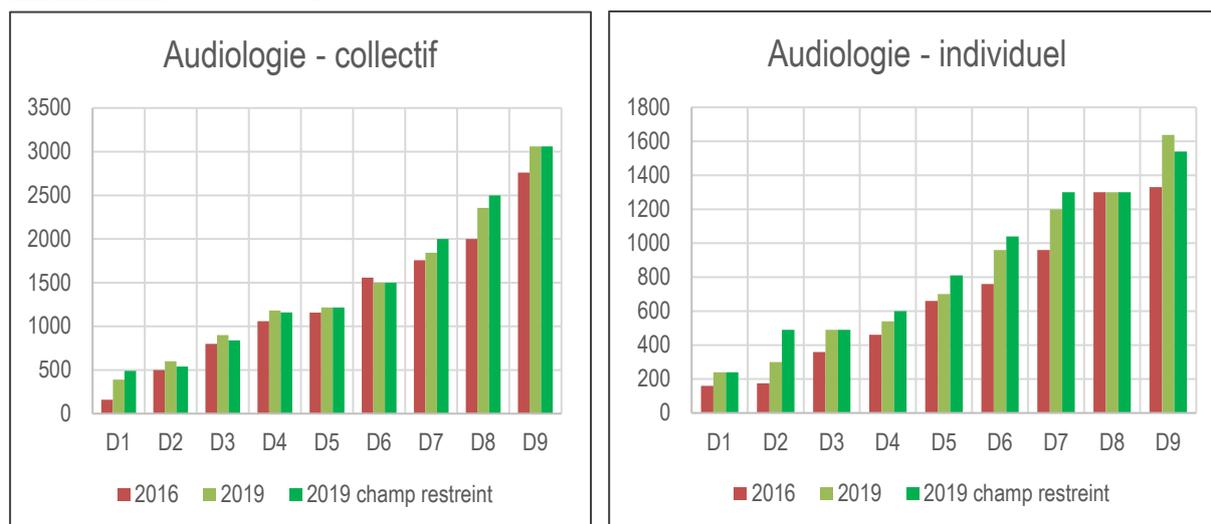
Source > Enquêtes OC 2011 et 2016.

Annexe 5. Évolutions des garanties entre 2016 et 2019, avec ou sans restriction de champ aux contrats de rangs 1 à 3

Les évolutions des garanties décrites pour l'ensemble des postes ci-dessous sont examinées au regard des distributions des déciles de remboursement. Cette présentation présente l'avantage d'avoir une information plus complète qu'une simple moyenne ou médiane, par exemple, mais elle est tributaire d'effets de seuil.

Audiologie

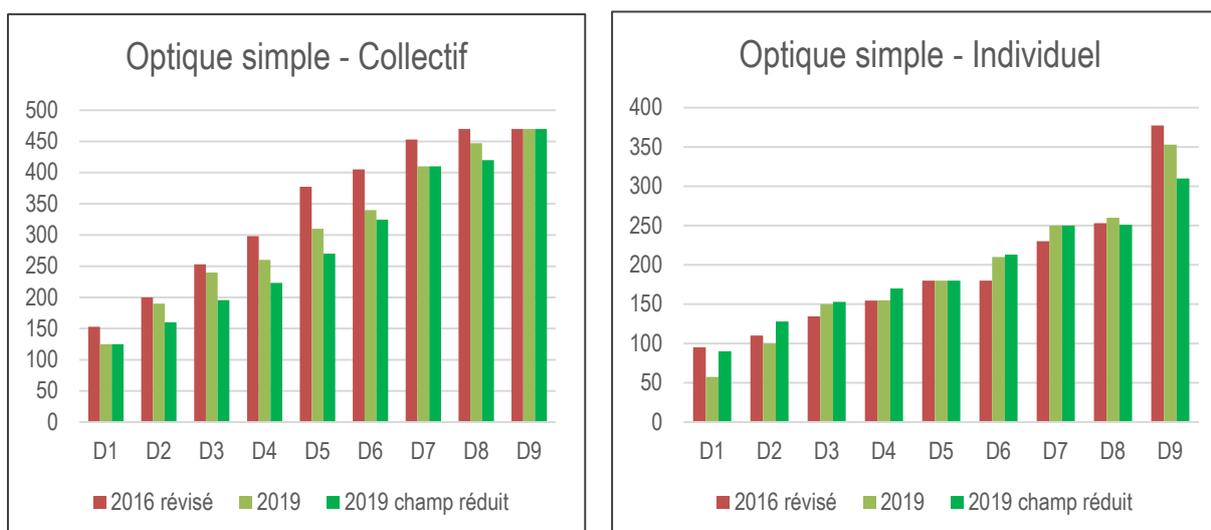
Graphique A10 • Déciles de garanties pour le remboursement des prothèses auditives en 2016 et 2019



Lecture > En 2019, 20 % des bénéficiaires d'un contrat collectif ont un remboursement inférieur ou égal à 600 euros pour une paire de prothèses auditives facturée 4000 euros.
Champ > Extrapolation des contrats sélectionnés à l'ensemble des contrats.
Source > Enquêtes OC 2016 et 2019.

Optique simple

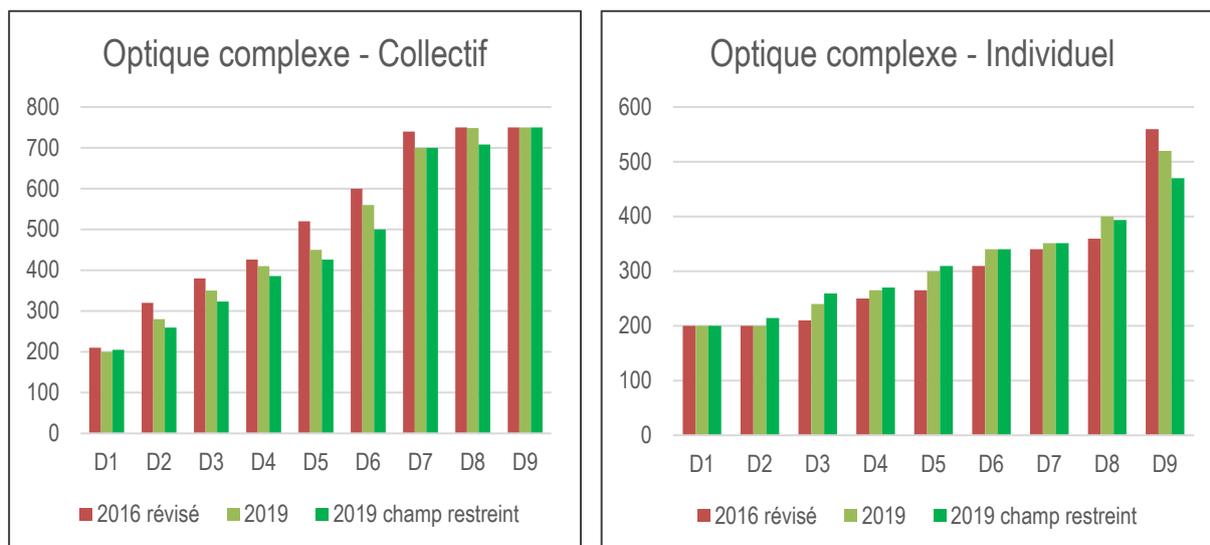
Graphique A11 • Déciles de garanties de remboursement pour une paire de lunettes simple en 2016 et 2019



Lecture > En 2019, 20 % des bénéficiaires d'un contrat collectif ont un remboursement inférieur ou égal à 190 euros pour une paire de lunettes à verres simples facturée 500 euros.
Champ > Extrapolation des contrats sélectionnés à l'ensemble des contrats.
Source > Enquêtes OC 2016 et 2019.

Optique complexe

Graphique A12 • Déciles de garanties de remboursement pour une paire de lunettes complexes en 2016 et 2019



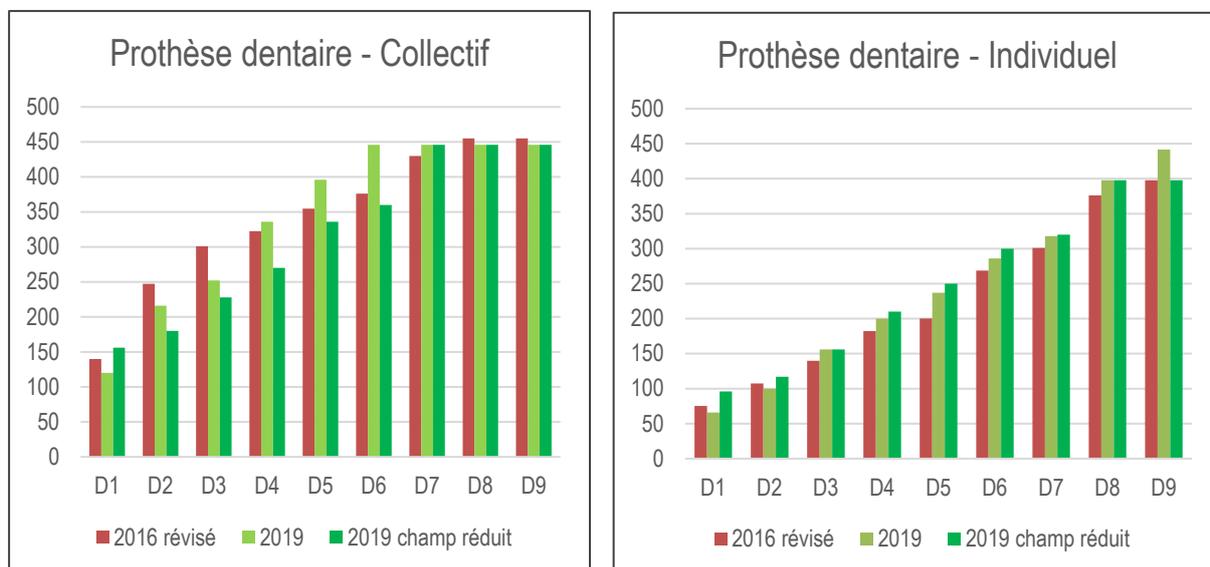
Lecture > En 2019, 20 % des bénéficiaires d'un contrat collectif ont un remboursement inférieur ou égal à 280 euros pour une paire de lunettes à verres complexes facturée 850 euros.

Champ > Extrapolation des contrats sélectionnés à l'ensemble des contrats.

Source > Enquêtes OC 2016 et 2019.

Prothèses céramo-métalliques

Graphique A13 • Déciles de garanties de remboursement pour une prothèse céramo-métallique en 2016 et 2019



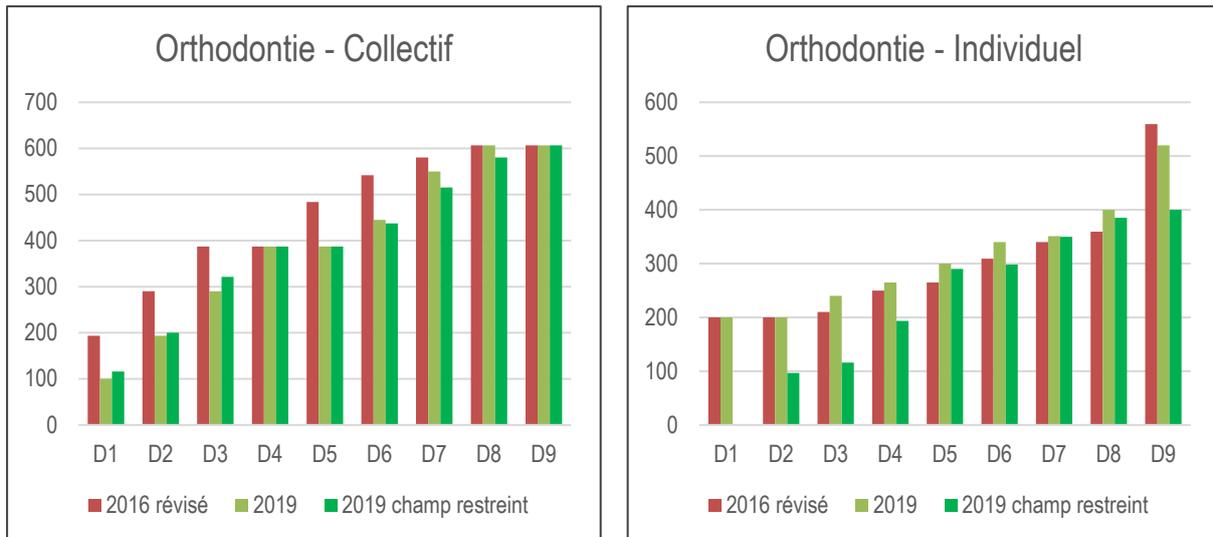
Lecture > En 2019, 20 % des bénéficiaires d'un contrat collectif ont un remboursement inférieur ou égal à 216 euros pour une prothèse céramo-métallique facturée 530 euros.

Champ > Extrapolation des contrats sélectionnés à l'ensemble des contrats.

Source > Enquêtes OC 2016 et 2019.

Orthodontie

Graphique A14 • Déciles de remboursement pour un semestre d'orthodontie en 2016 et 2019



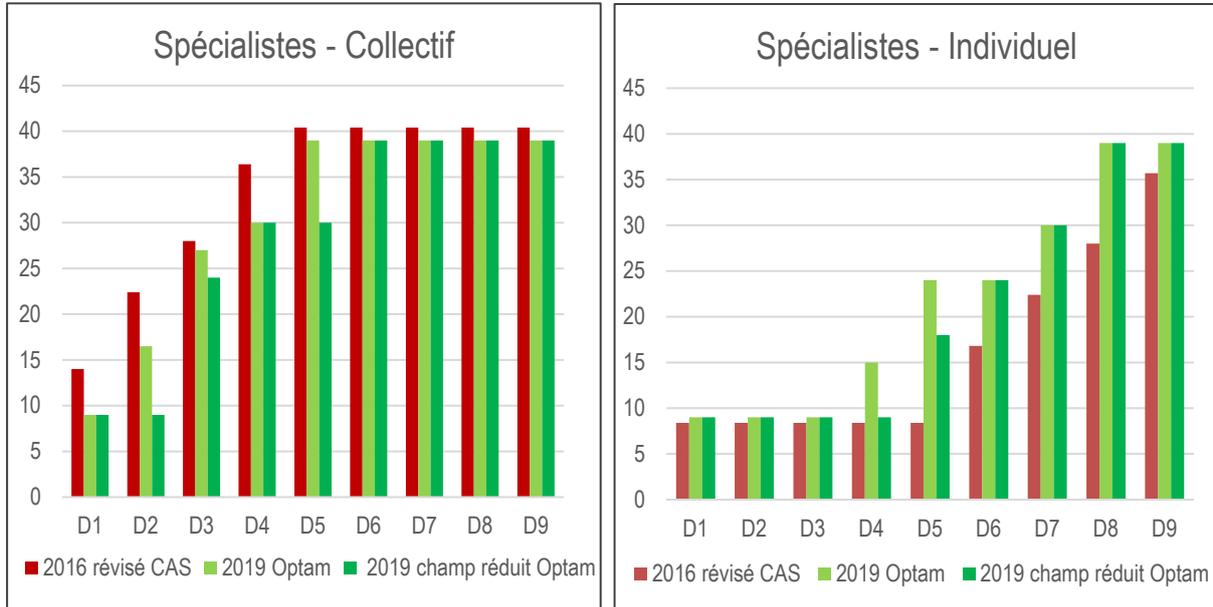
Lecture > En 2019, 20 % des bénéficiaires d'un contrat collectif ont un remboursement inférieur ou égal à 193,50 euros pour un semestre d'orthodontie facturée 800 euros.

Champ > Extrapolation des contrats sélectionnés à l'ensemble des contrats.

Source > Enquêtes OC 2016 et 2019.

Dépassements d'honoraires des spécialistes

Graphique A15 • Déciles de remboursements des dépassements d'honoraire pour une consultation de spécialiste signataire du CAS / Optam en 2016 et 2019

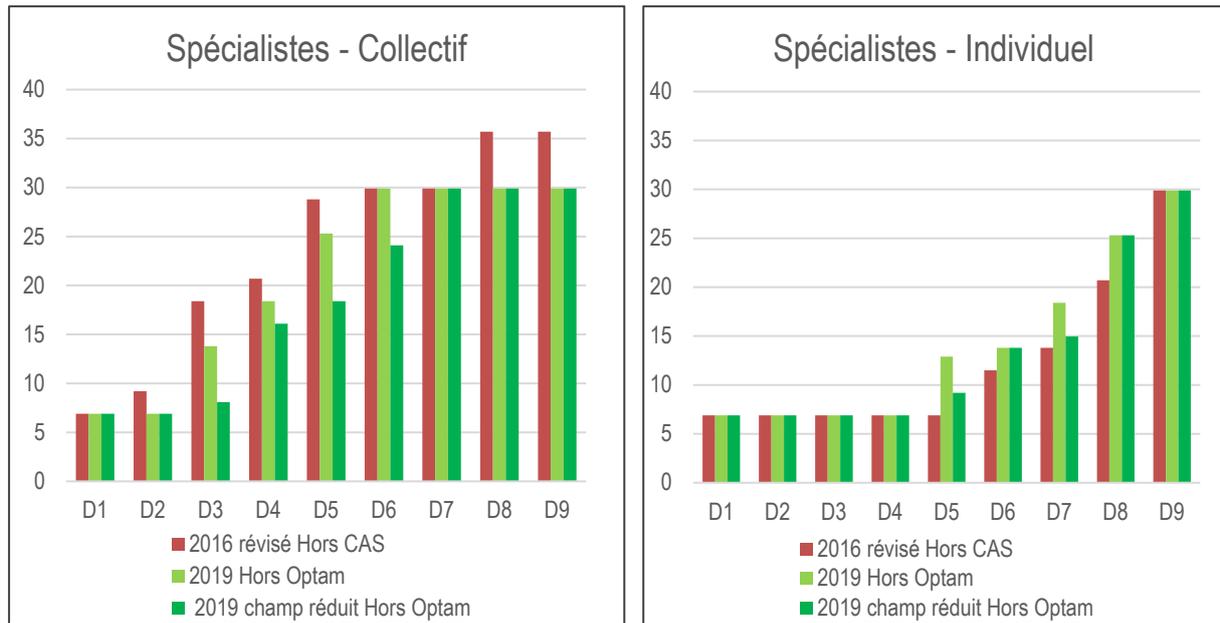


Lecture > En 2019, 20 % des bénéficiaires d'un contrat collectif ont un remboursement inférieur ou égal à 16,5 euros pour une consultation chez un spécialiste signataire de l'Optam facturée 60 euros.

Champ > Extrapolation des contrats sélectionnés à l'ensemble des contrats.

Source > Enquêtes OC 2016 et 2019.

Graphique A16 • Déciles de remboursements des dépassements d'honoraire pour une consultation de spécialiste hors CAS / Optam en 2016 et 2019



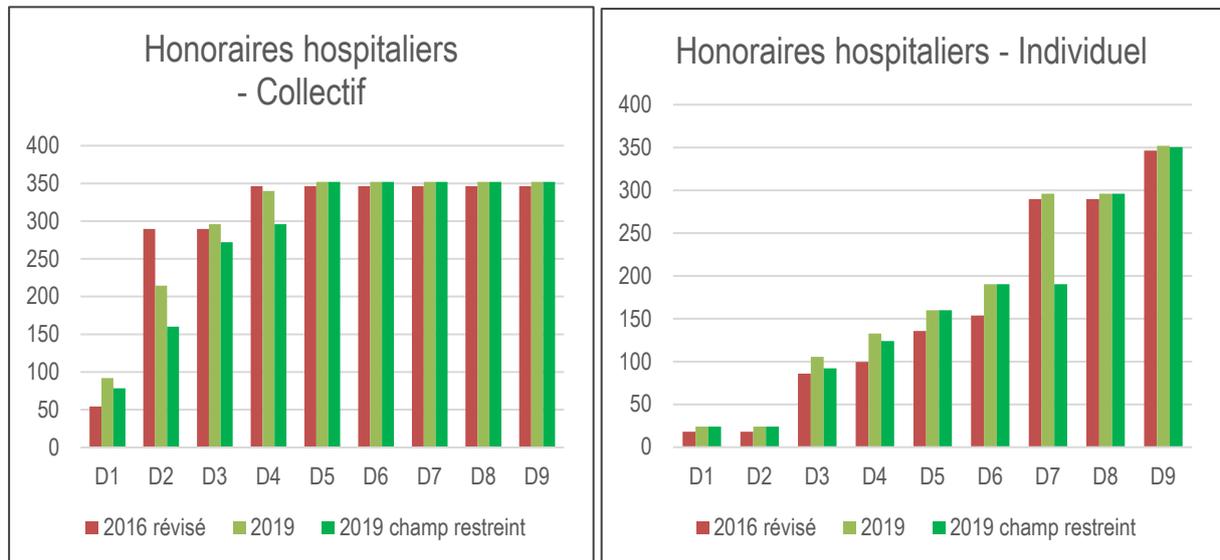
Lecture > En 2019, 20 % des bénéficiaires d'un contrat collectif ont un remboursement inférieur ou égal à 16,5 euros pour une consultation chez un spécialiste non-signataire de l'Optam facturée 60 euros.

Champ > Extrapolation des contrats sélectionnés à l'ensemble des contrats.

Source > Enquêtes OC 2016 et 2019.

Dépassements d'honoraires sur les actes techniques à l'hôpital

Graphique A17 • Déciles de remboursement des dépassements d'honoraires pour une opération de la cataracte en 2016 et 2019



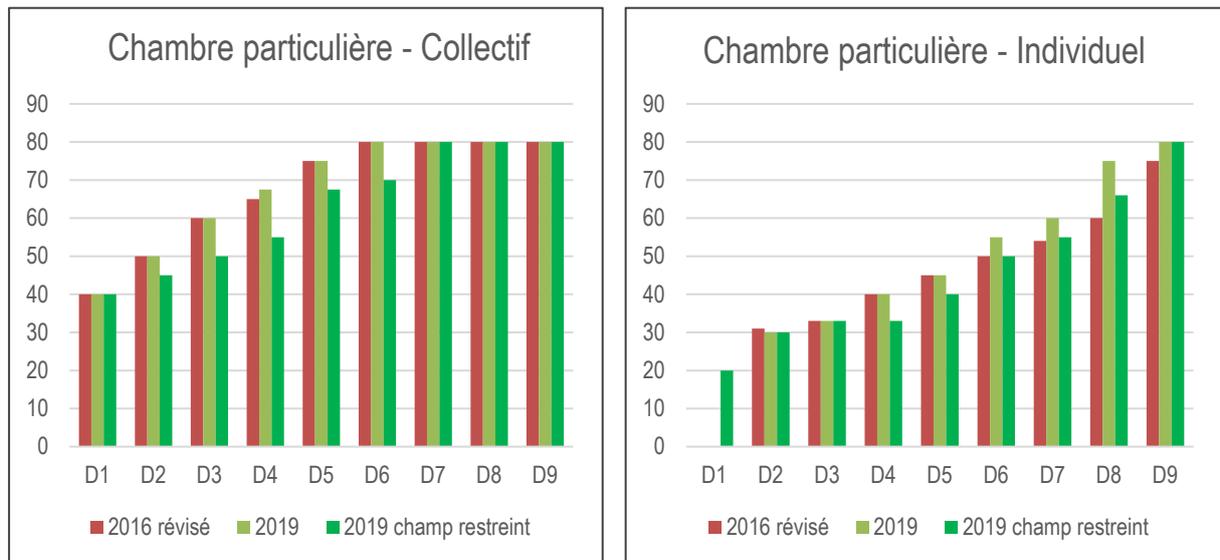
Lecture > En 2019, 20 % des bénéficiaires d'un contrat collectif ont un remboursement inférieur ou égal à 214 euros sur les dépassements d'honoraires à l'hôpital facturée 600 euros.

Champ > Extrapolation des contrats sélectionnés à l'ensemble des contrats.

Source > Enquêtes OC 2016 et 2019.

Chambre particulière

Graphique A18 • Déciles de remboursement de la chambre particulière à l'hôpital en 2016 et 2019



Lecture > En 2019, 20 % des bénéficiaires d'un contrat collectif ont un remboursement inférieur ou égal à 50 euros pour une nuit en chambre particulière facturée 80 euros.

Champ > Extrapolation des contrats sélectionnés à l'ensemble des contrats.

Source > Enquêtes OC 2016 et 2019.

Les dossiers de la DREES

N° 93 • mars 2022

Enquête auprès
des organismes offrant
une couverture complémentaire 2019

Directeur de la publication
Fabrice Lenglard

Responsable d'édition
Valérie Bauer-Eubriet

ISSN
2495-120X

Ministère des Solidarités et de la Santé
Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)

14 avenue Duquesne - 75 350 paris 07 SP
Retrouvez toutes nos publications sur drees.solidarites-sante.gouv.fr et nos données sur www.data.drees.sante.fr
