Mémoire présenté le :

pour l'obtention du Diplôme Universitaire d'actuariat de l'ISFA et l'admission à l'Institut des Actuaires

Par : Joaquim DE OLIVEIRA

Titre : **L'impact du contrat responsable**

Confidentialité : ☒NON ☐OUI (Durée : ☐1 an ☐2 ans)

Les signataires s'engagent à respecter la confidentialité indiquée ci-dessus.

Membres présents du jury de l'IA — *Signature*
M Olivier BOUGAREL
M Frederic PLANCHET

Membres présents du jury de l'ISFA
M Xavier MILHAUD

Secrétariat :
Mme Christine DRIGUZZI
Bibliothèque :
Mme Patricia BARTOLO

Entreprise
Nom : LSN ASSURANCES
Signature :
Directeur de mémoire en entreprise
Nom : BLANCHARD Eric
Signature :

Autorisation de publication et de mise en ligne sur un site de diffusion de documents actuariels *(après expiration de l'éventuel délai de confidentialité)*

Signature du responsable entreprise

Signature du candidat

REMERCIEMENTS

Je souhaite tout d'abord remercier LSN Assurances de m'avoir accueilli en alternance pour ma dernière année de formation à l'ISFA et de m'avoir permis de réaliser ce mémoire.

Je remercie tout particulièrement Éric BLANCHARD, Directeur des Assurances de Personnes Entreprises et mon tuteur d'entreprise pour ce mémoire ainsi que Benoit BUTEL, Directeur de LSN Réassurance, pour leur disponibilité, les conseils prodigués et les éclairages nouveaux apportés à ce travail.

Je tiens aussi à remercier toutes les personnes du service Assurance de personne qui n'ont pas hésité à m'accorder de leur temps pour répondre à mes questions.

J'adresse également mes remerciements à Stéphane LOISEL, mon tuteur ISFA, pour son encadrement, sa disponibilité et ses conseils.

Enfin, je remercie mes proches qui m'ont apporté une confiance et un soutien sans limite.

Sommaire

INTRODUCTION 8

SECTION 1 : LA SANTE EN FRANCE 9

1) Le fonctionnement du système de santé 9

1.1) Les principaux intervenants 9

1.1.1) L'Assurance Maladie 9

1.1.2) Les Organismes complémentaires 9

1.2) La structure du financement de la dépense de santé 11

1.3) Le mécanisme de remboursements 12

1.3.1) Quelques définitions 12

1.3.2) Le schéma de remboursement 13

1.3.3) Les différentes garanties 13

1.4) Les différents types de remboursement possibles 14

1.5) Le différents régimes complémentaires existants 16

1.6) Les modes de cotisations possibles pour les contrats collectifs 17

2) Le plan de réforme Douste-Blazy de 2004 17

3) Le Contrat Responsable 21

3.1) Histoire du Contrat Responsable 21

3.2) Le cahier des charges du Contrat Responsable 24

3.3) Focus sur l'optique 26

SECTION 2 : L'IMPACT DU CONTRAT RESPONSABLE SUR LA GARANTIE « OPTIQUE » 28

1) La base de données 28

1.1) La construction des bases de données 28

1.2) L'ajout de la variable « Classe » 30

1.2.1) Le fichier « Verres » 30

1.2.2) Le fichier « Monture + Verres » 31

1.2.3) Le fichier « Monture» 31

1.3) Analyse Descriptive de la base de données 32

1.3.1) Le fichier « Verres » 34
1.3.2) Le fichier « Monture » 37
1.3.3) Le fichier « Monture + Verres » 40

2) L'impact du contrat responsable sur le portefeuille de LSN Assurances 42

2.1) Le cas « une paire tous les deux ans » 43
2.1.1) Le fichier « Verres » 43
2.1.2) Le fichier « Monture » 45
2.1.3) Le fichier « Monture + Verres » 46
2.2) Le cas « une paire tous les ans » 47
2.2.1) Le fichier « Verres » 47
2.2.2) Le fichier « Monture » 49
2.2.3) Le fichier « Monture + Verres » 51
2.3) Le cas « pas de limitation » 53
2.3.1) Le fichier « Verres » 53
2.3.2) Le fichier « Monture » 55
2.3.3) Le fichier « Monture + Verres » 57
2.4) Le résultat global.....58
2.4.1) Comparaison des résultats en fonction des garanties 59
2.4.2) Taux de couverture 60
2.4.3) Ratio « sinistres sur primes » 61

3) Construction d'un « outil » permettant de regarder l'impact par entreprise 67

4) Estimation de la cotisation payé pour le poste Optique.....77

5) Analyse de la situation à la fin de l'année 2016 80

5.1) Impact de la mise en place du contrat responsable sur l'optique 80
5.1.1) Analyse globale des 64 entreprises 80
5.1.1.1) Résultats pour les verres simples 80
5.1.1.2) Résultats pour les verres complexes 82
5.1.2) Analyse de l'entreprise X 84
5.1.2.1) Résultats pour les verres simples 84
5.1.2.2) Résultats pour les verres complexes 85
5.1.3) Analyse de l'entreprise Y 87
5.1.3.1) Résultats pour les verres simples 87

5.1.3.2) Résultats pour les verres complexes 88
5.1.4) Analyse de toutes les entreprises sauf X et Y 89
5.1.4.1) Analyse des entreprises avec baisse des garanties 90
5.1.4.1.1) Résultats pour les verres simples 90
5.1.4.1.2) Résultats pour les verres complexes 91
5.1.4.2) Analyse des entreprises avec variation des garanties 93
5.1.4.2.1) Résultats pour les verres simples 93
5.1.4.2.2) Résultats pour les verres complexes 94
5.2) Impact de la mise en place du Contrat d'Accès aux Soins 96
5.3) Impact de la mise en place du contrat responsable sur le ratio S/P 96
5.3.1) Analyse des résultats obtenus pour l'entreprise X 97
5.3.2) Analyse des résultats obtenus pour l'entreprise Y 97
5.3.3) Analyse des résultats obtenus pour les autres entreprises 98
5.3.3.1) Entreprises avec augmentation du taux de garantie 98
5.3.3.2) Entreprises avec baisse du taux de garantie 99
5.3.3.3) Entreprises avec même taux de garantie 100

CONCLUSION 101

BIBLIOGRAPHIE 103

ANNEXES 104

INTRODUCTION

L'Assurance Maladie connait depuis une dizaine d'années une succession de réformes ayant pour objectif principal d'apporter des réponses aux difficultés financières de la Sécurité Sociale.

La réforme Douste-Blazy de 2004 constitue un tournant pour l'ensemble des intervenants de l'assurance complémentaire santé. En effet, d'une part, du fait du désengagement progressif de la Sécurité Sociale dans la part du remboursement des frais de santé, les organismes de complémentaire santé ont vocation à jouer un rôle prépondérant dans les remboursements de soins médicaux et plus généralement dans le fonctionnement du système de soins français. D'autre part, cette réforme introduit notamment la notion de contrat responsable et la notion de parcours de soins coordonnées. D'autres lois et réformes ont suivi telles que la loi de financement de la Sécurité Sociale pour 2014 et le décret de novembre 2014. Il a pour but d'assurer un niveau de couverture minimum et maximum des soins notamment pour certains postes générant un reste à charge important et, d'autres part, pour éviter les pratiques non-responsables contribuant à la dérive du prix de certaines prestations ou à une segmentation accrue des offres au détriment des personnes les plus fragiles.

L'objectif de ce mémoire est de mesurer l'impact du contrat responsable notamment des modifications apportées à la garantie optique.
La première partie sera consacrée à la santé en France en développant tout d'abord le fonctionnement du système de santé, puis la réforme Douste-Blazy et enfin le contrat responsable.
La deuxième partie sera quant à elle consacrée à l'étude de l'impact du contrat responsable, et plus précisément l'impact de la nouvelle garantie optique, sur le portefeuille de LSN Assurances.

SECTION 1 : LA SANTE EN FRANCE

1) Le fonctionnement du système de santé

1.1) Les principaux intervenants

Il existe deux principaux intervenants : l'Assurance Maladie et les organismes complémentaires.

1.1.1) L'Assurance Maladie

Créée en 1945, en même temps que la Sécurité Sociale, « l'Assurance Maladie est la branche de la Sécurité Sociale qui couvre les risques maladie, maternité, invalidité et décès des salariés et des assurés qui leur sont rattachés, soit près de 50 millions de bénéficiaires ». Elle constitue le principal assureur obligatoire de la santé des français. 99%, soit la quasi-totalité des français bénéficient de l'Assurance Maladie, dont près de 91% du régime général. Elle finance ainsi la majeure partie des dépenses de santé des ménages (environ 86% en 2013).

L'Assurance Maladie est financée par :

- les cotisations sur les salaires payées par les salariés et les employeurs ;
- la CSG (Contribution Sociale Généralisée) ;
- des transferts de l'Etat ;
- des cotisations sociales salariales ;
- des taxes affectées ;
- divers.

Cependant, bien qu'elle assure un niveau élevé de remboursement, l'Assurance Maladie plafonne l'ensemble de ses remboursements de frais de santé via l'introduction de bases de remboursement définies pour chaque acte. De plus, certains actes dits hors nomenclature ne sont absolument pas pris en charge par cet organisme assureur.

1.1.2) Les Organismes complémentaires

Afin de limiter la partie restant à charge après remboursement de la Sécurité Sociale, chaque personne peut souscrire un contrat d'assurance santé complémentaire.
Les organismes complémentaires représentent en 2014 environ 15% du financement des dépenses de santé. On en distingue trois types :

1) Les compagnies d'assurance

Les compagnies d'assurance relèvent du Code des assurances. Elles peuvent être :

- soit des sociétés de capitaux, à but lucratif. Elles sont dans ce cas dirigées par un conseil d'administration, constitué d'administrateurs élus par les actionnaires et d'un président ;

- soit des sociétés d'assurance mutuelle qui fonctionnent alors selon le mode non lucratif.

La part des compagnies d'assurance dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux des organismes complémentaires est d'environ 28%.

2) Les Institutions de Prévoyance

Les Institutions de Prévoyance sont des entreprises d'assurance au même titre que les compagnies d'assurance. Elles sont cependant à but non lucratif et sont administrées paritairement par des représentants des employeurs et des salariés. Elles sont de plus régies par le Code de la Sécurité Sociale dont l'article L931-1 donne la définition suivante : « Les institutions de prévoyance sont des personnes morales de droit privé ayant un but non lucratif, administrées paritairement par des membres adhérents et des membres participants définis à l'article L931-3. […]
Elles sont constituées sur la base d'une convention ou d'un accord collectif, d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise et ratifié à la majorité des intéressés ou par accord entre des membres adhérents et des membres participants réunis à cet effet en assemblée générale. […] »

La part des Institutions de prévoyance dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux des organismes complémentaires est d'environ 18%.

3) Les Mutuelles

De même que les Institutions de Prévoyance, les Mutuelles sont à but non lucratif et sont administrées par des représentants des assurés. Le conseil d'administration n'est en revanche pas constitué sur le mode paritaire. Les Mutuelles sont régies par le Code de la Mutualité dont l'article L111-1 dispose :
« I. – Les mutuelles sont des personnes morales de droit privé à but non lucratif. Elles acquièrent la qualité de mutuelle et sont soumises aux dispositions du présent code à dater de leur immatriculation au registre national des mutuelles prévu à l'article L441-1. Elles mènent, notamment au moyen des cotisations versées par leurs membres, et dans l'intérêt de ces derniers et de leurs ayants droit, une action de prévoyance, de solidarité et d'entraide, dans les conditions prévues par leurs statuts, afin de contribuer au développement culturel, moral, intellectuel et physique de leurs membres et à l'amélioration de leurs conditions de vie. Ces statuts définissent leur objet social, leur champ d'activité et leurs modalités de fonctionnement, conformément aux dispositions du présent code. […] »

La part des mutuelles dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux des organismes complémentaires est d'environ 54%.

1.2) La structure du financement des dépenses de santé

Après avoir diminué de 2006 à 2011 suite à la mise en place de plusieurs mesures économiques, la part de la Sécurité Sociale dans le financement de la consommation de soins et de biens médicaux est repartie à la hausse en 2013. La part de la Sécurité Sociale représente 76% du financement de la consommation de soins et de biens médicaux. Il s'agit du principal financeur.
En 2013, elle a ainsi pris en charge :

- 91% des dépenses hospitalières ;
- 62,9% des soins de ville ;
- 67,5% des dépenses de médicament ;
- 42,4% des autres biens médicaux (optique notamment).

Le reste à charge des ménages enregistre entre 2006 et 2011 une légère augmentation. Cette évolution s'explique essentiellement par les mises en place de la participation forfaitaire de 1€ depuis le 1er janvier 2005 et de la minoration des taux de remboursement des patients dans le cas de consultations de médecins hors parcours de soin (on verra ces mesures plus en détail dans la partie sur le contrat responsable). Mais depuis 2012, le reste à charge repart à la baisse et passe à 8,8% en 2013 (contre 9,2% en 2011).

Le part des organismes assureurs est quant à elle relativement stable depuis 2006, autour de 13-14%, avec une forte représentation des mutuelles sur ce secteur. Après une forte croissance entre 1995 et 2000, la part des Institutions de Prévoyance se stabilise autour de 2,5%. Pour résumer tout cela, nous avons ci-dessous un tableau représentant la structure du financement de la dépense de soins et de biens médicaux entre 2006 et 2013.

En %

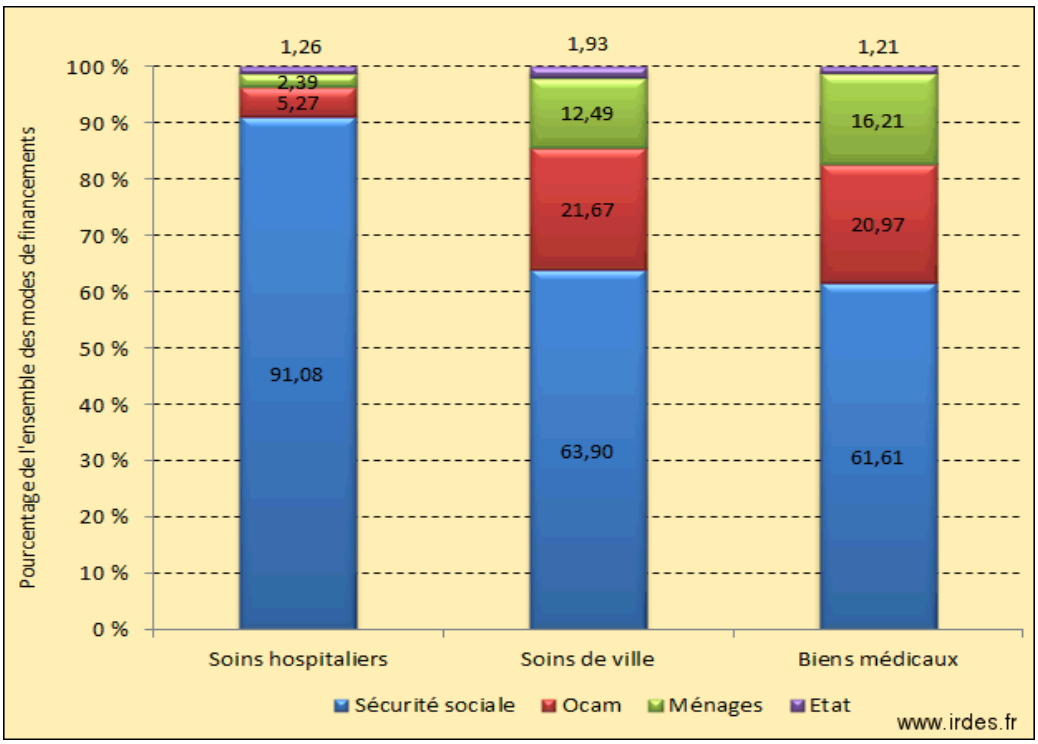
	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013
Sécurité sociale (1)	76,8	76,6	76,0	76,1	76,0	75,73	75,9	76,0
État et CMU-C org. de base	1,4	1,4	1,3	1,3	1,3	1,3	1,3	1,4
Organismes complémentaires (2)	13,0	13,1	13,4	13,4	13,6	13,7	13,8	13,8
dont Mutuelles	*7,6*	*7,6*	*7,6*	*7,6*	*7,5*	*7,4*	*7,4*	*7,3*
Sociétés d'assurances	*3,0*	*3,1*	*3,3*	*3,4*	*3,6*	*3,8*	*3,8*	*3,9*
Institutions de prévoyance	*2,3*	*2,4*	*2,4*	*2,4*	*2,4*	*2,5*	*2,5*	*2,6*
Ménages	8,8	8,9	9,3	9,2	9,2	9,2	9,0	8,8
TOTAL	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**	**100,0**

(1) Y compris le déficit des hôpitaux publics et y compris les régimes d-Alsace-Moselle et de la Caisse d'assurance maladie des industries électriques et gazières (CAMIEG).
(2) Y compris les prestations CMU-C versées par ces organismes.
Sources : DREES, Comptes de la santé – base 2010.

Tableau 1 : Structure du financement de la dépense de soins et de biens médicaux

La part des organismes complémentaires dans le financement des dépenses de santé est directement liée à celle de la Sécurité Sociale. L'assureur complémentaire intervient ainsi essentiellement sur les postes sur lesquels les remboursements du régime général sont faibles, comme les soins ambulatoires et biens médicaux (optique, prothèses, etc), tandis que son

intervention est limitée en soins hospitaliers comme on peut le voir dans le graphique ci-dessous :



OCAM : Organismes complémentaires d'assurance maladie

Tableau 2 : La dépense de soins et biens médicaux par mode de financement en 2014

1.3) Le mécanisme de remboursement

1.3.1) Quelques définitions

Le mécanisme de remboursement des dépenses de santé fait appel à plusieurs notions présentes le plus souvent sur les cahiers des charges des garanties santé :

- Les Frais Réels (FR) :

Il s'agit pour un acte donné du montant payé par l'assuré.

- La Base de Remboursement (BR) de la Sécurité Sociale :

Il s'agit d'un montant forfaitaire fixé par l'Assurance Maladie pour chaque acte, qui sert ensuite d'assiette au remboursement de la Sécurité Sociale. Elle correspond également au Tarif de Convention (TC) pour les actes conventionnés et au Tarif d'Autorité (TA) dans les cas des actes non conventionnés.

- Le Remboursement de la Sécurité Sociale (RSS) :

Il s'agit du montant remboursé par la Sécurité Sociale. Pour définir le niveau de remboursement d'un acte, l'Assurance Maladie s'appuie sur la Base de Remboursement de l'acte et sur un taux de remboursement, fixe pour chaque acte. Pour certains actes, et depuis la réforme de la maladie

de 2004, une participation forfaitaire de 1€ est en plus retenue sur ce remboursement (par exemple les consultations généralistes). On a donc :

$$RSS = BR * taux\ (-1€\ dans\ certains\ cas).$$

- Le ticket Modérateur (TM) :

Avec les notions précédentes, $TM = BR * (1 - taux)$

- Le reste à charge :

Il correspond au montant restant à la charge de l'assuré après le remboursement de la Sécurité Sociale et de la complémentaire santé si l'assuré en a une.

- Les dépassements d'honoraires :

Il s'agit de la partie du montant appliqué par un praticien qui excède la Base de Remboursement.

1.3.2) Le Schéma de remboursement

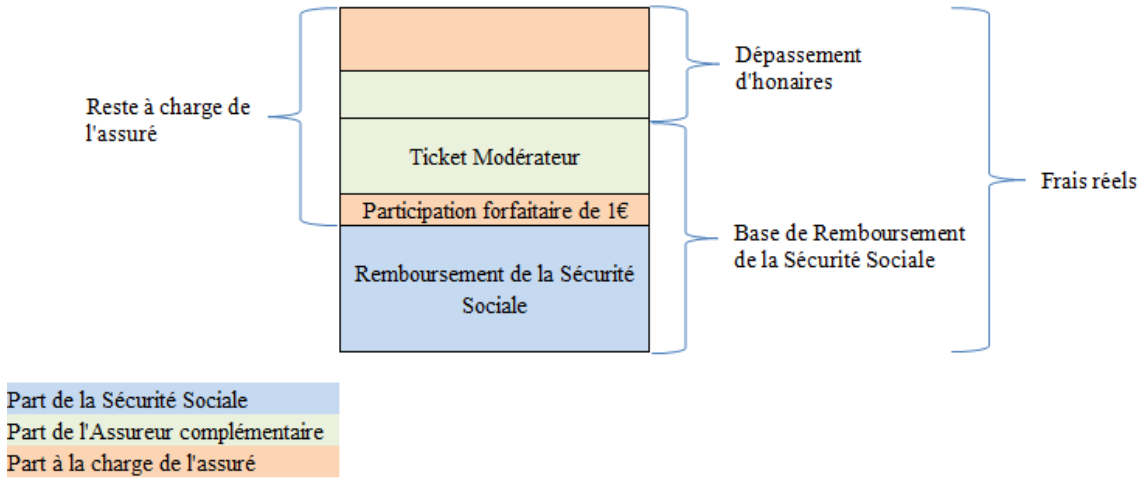


Tableau 3 : Mécanisme de remboursement des frais de santé

1.3.3) Les différentes garanties

Un assureur prend généralement en charge les frais suivants :

- les frais d'hospitalisation médicale ou chirurgicale, actes et frais de chirurgie ;
- les consultations et visites de médecins généralistes ou spécialistes ;
- le forfait journalier hospitalier et, parfois, le supplément en chambre particulière ;
- les frais pharmaceutiques ;
- les frais d'analyse et de laboratoire ;
- les actes de pratique médicale courante et les actes d'auxiliaires médicaux ;
- les actes de pratique médicale courante et les actes d'auxiliaires médicaux ;
- les actes d'électroradiologie, de neuropsychiatrie, d'obstétrique ;

- les frais d'optique : montures, verres et lentilles ;
- les frais de soins et de prothèses dentaires ;
- les frais d'orthopédie et de prothèses.

Certains assureurs proposent des formules qui englobent des prestations supplémentaires telles que :

- une prime de maternité ou un forfait naissance ;
- la prise en charge d'actes de soins ou de prévention non pris en charge par le régime obligatoire ;
- un forfait pour les cures thermales ;
- un forfait obsèques.

Ces garanties des assureurs complémentaires sont généralement regroupées sur plusieurs postes :

- Le poste « Honoraires » : consultations et visites de généralistes et spécialistes, pharmacie, analyses médicales, radiologie et actes de chirurgie pratiqués hors hospitalisations ;
- Le poste « Hospitalisation » : honoraires chirurgicaux et frais hospitaliers ;
- Le poste « Optique » ;
- Le poste « Dentaire » ;
- Le poste « Divers » : prothèses auditives et orthopédiques, forfait en cas de naissance, allocation obsèques et forfait pour les cures thermales, etc…

1.4) Les différents types de remboursements possibles

La complémentaire santé vient en complément du remboursement de la Sécurité Sociale à concurrence des frais réels engagés par l'assuré et dans une certaine limite. Cette limite est parfois difficile à cerner et il convient donc de bien définir les différentes assiettes possibles sur le marché pour définir les remboursements des frais de santé :

- **Le remboursement sur les FR** :

L'assuré n'aura rien à payer (excepté la participation forfaitaire) sur ses dépenses à condition de ne pas dépasser les plafonds de dépense généralement prévus dans le cadre d'une prise en charge sur frais réels.

- **Le remboursement sur la BRSS** :

C'est la différence entre la Base de Remboursement de la Sécurité Sociale et ce que l'on appelle communément le ticket modérateur. Les complémentaires peuvent se limiter au ticket modérateur ou proposer, pour des garanties plus étendues, un pourcentage de la Base de Remboursement plus élevé, par exemple 150 % ou 200 % de la BR, sous déduction du montant remboursé par la Sécurité Sociale. Attention tout de même à ce type de remboursement pour des actes peu remboursés par la Sécurité Sociale, comme l'optique ou les soins dentaires par exemple.

- **Le remboursement en pourcentage du RSS** :

Ce type de remboursement se base sur un pourcentage du montant remboursé par la sécurité sociale. Par exemple pour une prise en charge à 200 % du RSS (ou 2 fois le RSS), sur une consultation de généraliste, la Sécurité Sociale rembourse 15,10 euros, la complémentaire pourra intervenir à hauteur de 2 * 15,10 = 30 ,20 euros. Une limite annuelle pourra aussi éventuellement être appliquée.

- **Le remboursement au forfait** :

L'assuré pourra prétendre à un remboursement sur ses frais médicaux à concurrence d'un certain montant (forfait) et à hauteur des frais réels. Le forfait peut être comptabilisé par acte ou pour une certaine période de temps (annuel ou pour deux années). On rencontre typiquement ce type de remboursement sur de l'optique ou des prothèses auditives, ou encore de la maternité.

- **Le remboursement en pourcentage du PMSS :**

Il suffit alors d'appliquer le taux de prise en charge à la valeur du PMSS (Plafond Mensuel de la Sécurité Sociale). On peut trouver par exemple ce type de remboursement pour l'optique. Prenons par exemple une garantie de 25% du PMSS (qui est de 3170€ en 2015) pour la monture plus les verres. L'assuré pourra alors toucher 792,5€ à condition bien sûr que les frais réels moins les remboursements perçus par la Sécurité Sociale dépassent le montant de la garantie. Dans le cas contraire, il touchera ses frais réels moins les remboursements de la Sécurité Sociale.

Pour mieux comprendre ces mécanismes, nous pouvons en illustrer quelques-uns sur le schéma suivant, pour une consultation de 50 euros chez un spécialiste du secteur 1 :

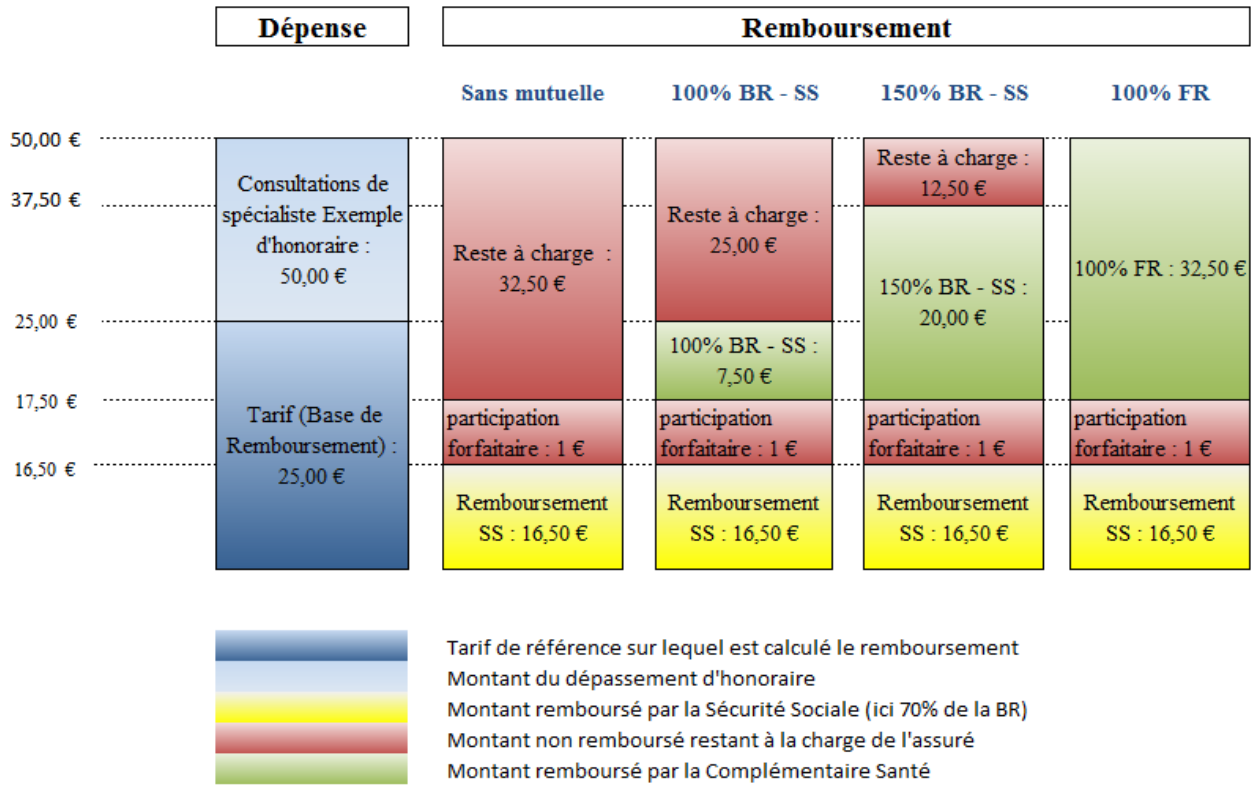


Tableau 4 : Quelques mécanismes de remboursement existants

1.5) Les différents régimes complémentaires existants

En supplément du régime de base de la Sécurité Sociale, il existe plusieurs types de régimes complémentaires :

- **Les régimes collectifs à adhésion facultative :**

Chaque salarié a le choix d'adhérer ou non au régime. Il peut aussi éventuellement choisir le niveau de couverture auquel il adhère. Des problèmes d'anti-sélection peuvent alors se poser puisque la population qui souscrira au régime présentera un risque plus élevé. Les individus, dont l'état de santé est incertain, seront en effet attirés par les couvertures fortes en complémentaire santé, tandis que les personnes qui se considèrent comme à l'abri de dépenses médicales fortes iront vers des contrats à plus faibles couvertures et dont la cotisation sera moins onéreuse.

- **Les régimes collectifs à adhésion obligatoire :**

Lors de la mise en place du contrat, tous les membres de la catégorie de personnel concernée par la couverture doivent y souscrire. L'assureur, de son côté, se doit d'accepter tous les adhérents. Les cotisations et les prestations fournies par le régime mis en place seront les mêmes pour tous les assurés. D'une manière générale, les cotisations sont exprimées en « cotisation par famille », où l'affilié paie pour l'ensemble des bénéficiaires de sa famille. Il est aussi possible de rencontrer des cotisations comportant une distinction « isolé / famille » distinguant une cotisation unique pour tous les affiliés n'ayant pas de famille et une cotisation unique pour tous les affiliés ayant une famille. On peut aussi trouver cette dernière distinction sous la forme « isolé / famille au sens de la Sécurité sociale », où les membres sont considérés comme étant d'une même famille s'ils sont enregistrés sous le même numéro de Sécurité Sociale que celui du salarié.
On rencontre également, moins fréquemment, des cotisations du type « Adulte / Enfant ».

- **Les régimes collectifs à adhésion obligatoire et facultative :**

Cela concerne typiquement des contrats dont l'adhésion est obligatoire mais dont certaines extensions ou options sont facultatives.

- **Les contrats individuels :**

L'assuré souscrit directement un contrat couvrant ses frais de santé. C'est un cas particulier d'adhésion à caractère facultatif.

Le contrat collectif peut être mis en place suivant trois modes :

- La convention collective de branche, ou l'accord collectif d'entreprise ;
- L'accord par référendum ;
- La décision unilatérale du chef d'entreprise, sous couvert qu'il en informe par écrit tous les bénéficiaires.

Le contrat collectif présente l'avantage de proposer un tarif de groupe financièrement avantageux pour les bénéficiaires, sans qu'il n'y ait de sélection médicale.
De plus, il est ainsi possible de déduire la part des cotisations de l'assiette de calcul de l'impôt sur les sociétés pour l'entreprise, et du revenu imposable au titre de l'Impôt sur le Revenu des Personnes Physiques (IRPP) pour le salarié.

1.6) Les modes de cotisation possibles pour les contrats collectifs

Plusieurs types de cotisations sont possibles pour les entreprises ayant souscrit à un contrat collectif :

- **La cotisation « Famille »** :

Les salariés paient tous la même cotisation, peu importe le nombre d'individus composant leur famille. La cotisation est ainsi versée par le salarié pour toute sa famille. La composition retenue pour la famille à charge étant celle de la Sécurité Sociale, ainsi que le conjoint ou concubin. Le conjoint ou le concubin, qui peut être couvert par ailleurs, peut ainsi éventuellement bénéficier d'une double couverture.

- La cotisation « Famille à charge au sens de la Sécurité Sociale » :

Ce type de cotisation couvre les mêmes individus que la cotisation « Famille », hormis les conjoints et concubins couverts par la Sécurité Sociale. Cela permet ainsi d'éviter, pour partie, les possibilités de double couverture.

- **La cotisation « Isolé »** :

Le salarié paye une cotisation pour lui-même.

- **La cotisation « Par tête »** :

Le salarié paye une cotisation pour sa couverture mais peut payer une cotisation supplémentaire pour couvrir un adulte ou un enfant en plus. La cotisation supplémentaire sera majorée du fait de l'anti-sélection induite par la couverture facultative des personnes supplémentaires.

- **La cotisation « différenciée »** :

Le salarié a le choix entre une cotisation « Isolé » et « Famille ».

Les cotisations sont réparties librement mais de manière homogène entre l'employeur et le salarié selon la législation en vigueur.

2) Le plan de réforme Douste-Blazy de 2004

Engagé par la loi du 13 août 2004, le plan de réforme Douste-Blazy a été mis en place dans le but de garantir la pérennité de l'Assurance Maladie face aux graves difficultés financières auxquelles elle doit faire face.
L'objectif de cette réforme est triple :

- Rendre plus performante l'organisation des soins en France et changer les comportements des patients et des praticiens pour réduire le nombre de consultations ainsi que la consommation en médicaments. Pour cela la réforme prévoit :

    - Un médecin traitant devra dorénavant être consulté avant un spécialiste. Dans le cas contraire, le patient sera prêt à accepter un dépassement d'honoraires de ce dernier ;

    - Chaque patient aura un dossier médical informatisé, matérialisé par la nouvelle Carte Vitale, dont la non présentation au prestataire des soins médicaux pourra entrainer un remboursement plus faible de l'Assurance Maladie ;

- Un contrôle plus strict des arrêts de travail ainsi que de toutes les dépenses liées aux affections de longue durée ;

- La création d'un « ticket modérateur d'ordre public » représenté par une contribution forfaitaire restant à la charge de l'assuré, une franchise de 1 euro par acte médical, qui pourra être plus élevée hors parcours de soins. Cette franchise ne s'applique pas aux personnes de moins de 18 ans, aux femmes enceintes de plus de 6 mois, et aux bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'Aide médicale de l'Etat ;

- Une nouvelle politique du médicament, en favorisant notamment la vente de médicaments génériques ;

➢ Améliorer la gouvernance de l'Assurance Maladie. La réforme prévoit notamment :

- De clarifier les positions respectives de l'Etat, avec la création de la Haute Autorité de Santé et de l'Assurance Maladie, qui définit l'ensemble des produits qui seront remboursables ;

- La création de l'Union Nationale des Caisses d'Assurance Maladie (UNCAM), regroupant les trois principaux régimes d'Assurance Maladie : Le régime général, le régime agricole (MSA) et le Régime Social des Indépendants (RSI). L'objectif de cette institution étant d'améliorer la gestion du régime de base ainsi que la coordination avec les différents régimes complémentaires. Le directeur général de l'UNCAM est le directeur de la Caisse Nationale de l'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés ;

- La création d'agences régionales de santé qui regrouperaient les compétences des agences régionales de l'hospitalisation et celles de l'Assurance Maladie ;

➢ Dégager de nouvelles recettes en faisant payer par divers mécanismes :

- Les ménages, par l'augmentation de la CSG sur les pensions, rentes, préretraites imposables, ainsi que sur les placements, le patrimoine et les jeux. On note aussi l'augmentation du forfait hospitalier ;

- Les entreprises, par la création d'une cotisation additionnelle à la contribution sociale de solidarité sur les sociétés ;

- L'Etat, par l'accaparation d'1 milliard d'euros de taxes sur les tabacs.

Pour bien comprendre l'effet de cette réforme, il convient cependant de bien préciser deux notions qui auront une incidence sur les taux de remboursement de la Sécurité Sociale : la notion de « parcours de soins coordonnés » et la notion de « contrat responsable ».

• **Le parcours de soins coordonnés** :
Le parcours de soins s'applique pour tous les individus de plus de 16 ans. Chaque bénéficiaire d'une couverture maladie est alors invité à choisir son médecin traitant pour s'inscrire dans le

parcours de soins coordonné. L'objectif est ainsi d'éviter les dépenses inutiles en favorisant la communication entre les praticiens et leurs patients.
En ne choisissant pas son médecin traitant ou en consultant directement un médecin sans passer au préalable par son médecin traitant, le patient s'expose donc à être considéré comme « hors parcours de soins », sauf pour les spécialités suivantes : les chirurgiens-dentistes, les stomatologues, les ophtalmologues, les gynécologues, les psychiatres et les neuropsychiatres.

De même il existe certaines exceptions au parcours de soins coordonnés :

- En cas d'urgence : si la consultation d'un médecin est nécessaire la nuit, de 20h à 8h, le dimanche ou les jours fériés ;

- En cas d'absence du médecin traitant ou de son remplaçant ;

- Si le patient est éloigné de sa résidence habituelle.

Dans les trois cas le patient ne subira aucune conséquence financière sur le montant de ses remboursements.

Dès lors qu'un individu est dans le parcours de soins coordonnés, le médecin traitant :

- Assure le premier niveau de soins au patient ;

- Oriente éventuellement le patient vers un médecin spécialiste en informant ce dernier des délais de prise en charge compatibles avec l'état de santé du patient ; le patient pourra ainsi être réorienté dans les cas suivants :

    - pour une demande d'avis ponctuel,

    - pour effectuer des soins répétés,

    - pour effectuer une séquence de soins nécessitant un ou plusieurs intervenants,

    - pour faire intervenir, de façon ponctuelle ou répétée l'intervention d'un médecin généraliste.

- Il a la responsabilité d'élaborer et de rédiger le protocole de soins pour les personnes atteintes d'affections longue durée (ALD) ;

- Il effectue une synthèse des soins apportés au patient par les différents intervenants médicaux et apporte au malade toutes les informations permettant d'assurer une permanence d'accès aux soins aux horaires de fermeture du cabinet.

Le fait de passer par son médecin traitant permettra ainsi au patient de bénéficier d'une meilleure prise en charge médicale. Les consultations par exemple seront remboursées à 70 % de la Base de Remboursement dans le cadre du parcours de soins, alors que le remboursement ne sera que de 30 % hors parcours de soins. Pour responsabiliser les patients, en cas de non-respect du parcours de soins, le régime de base n'autorise pas les organismes complémentaires à rembourser la totalité du dépassement.

• **La notion de contrat responsable** :
La réforme 2004 de l'Assurance Maladie met aussi en avant la notion de contrat responsable, dans le but de responsabiliser les patients ainsi que leur complémentaire santé.
Un contrat proposé par une complémentaire santé est dit « responsable » si les remboursements des soins médicaux s'adaptent à la situation du patient : dans le parcours de soins ou hors parcours de soins.
Les caractéristiques d'un contrat responsable sont les suivantes :

- Dans le cadre du parcours de soins coordonné, le contrat responsable rembourse :
    - Au moins 30 % du tarif d'une consultation chez le médecin traitant ou médecin correspondant,
    - Au moins 30 % des médicaments à vignette blanche prescrites par le médecin traitant ou le médecin correspondant,
    - Au moins 35 % du tarif de base de l'Assurance Maladie pour les analyses et actes de laboratoire,
    - La prise en charge d'au moins deux prestations de prévention depuis le 1er juillet 2006, parmi lesquels : le dépistage de l'Hépatite B, un détartrage annuel complet, un certain nombre de vaccination…
- Le contrat responsable ne doit pas rembourser :
    - La participation forfaitaire d'1 euro sur les consultations médicales, les actes de médecins et les actes de biologie,
    - Les nouvelles franchises médicales instaurées depuis le 1er janvier 2008,
    - La part correspondant à la baisse de remboursement de l'Assurance Maladie obligatoire si le patient ne passe pas par le parcours de soins coordonnés,
    - Un forfait généralement fixé à 8 euros sur les dépassements d'honoraires des actes cliniques et techniques pratiqués par des spécialistes.

Les complémentaires Santé ont tout intérêt à mettre en place ce type de contrat dans la mesure où des avantages fiscaux et sociaux y sont rattachés. En effet, un contrat responsable affranchira la complémentaire santé de la taxe de 7 % sur les conventions d'assurance. De même, pour des contrats collectifs, les entreprises et leurs salariés pourront bénéficier des avantages fiscaux et sociaux accolés à ces contrats. Un individu pourra également bénéficier d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé individuelle s'il choisit un contrat responsable.

La réforme Douste-Blazy est à la première à avoir aborder la notion de contrat responsable. Il y a eu depuis plusieurs lois et réformes qui sont venues ajouter de nouvelles mesures. Nous allons développer dans la troisième partie ces différentes mesures.

3) Le Contrat Responsable

3.1) Histoire du Contrat Responsable

Le contrat responsable inclus dans la réforme d'août 2004 visait une meilleure maîtrise des dépenses de santé par le non remboursement de certaines d'entre elles (franchises, participation forfaitaire…) et la responsabilisation des patients.
D'autres mesures sont ensuite rapidement venues après cette réforme (la convention médicale de 2005, l'arrêté de 2008, le décret de 2012). Pour autant, la croissance des dépenses de santé a continué d'augmenter (+2% en moyenne). Cette hausse s'explique en partie par l'augmentation des dépenses d'honoraire en volume et en montant. Deux autres mesures ont donc vu le jour par la suite : le Contrat d'Accès aux Soins (CAS) et la refonte du Contrat Responsable de 2004.

Le CAS a été mis en place par l'avenant n° 8 à la convention médicale publié au Journal Officiel du 6 décembre 2012 et est entré en vigueur le 1er décembre 2013. Il procure deux avantages pour le médecin :

- 4 300 € par an d'allégement de charges sociales ;
- hausse de la base de remboursement de la Sécurité Sociale à 28€ au lieu de 23€.

Pour bénéficier de ces avantages, le médecin devra suivre plusieurs engagements :

- ne pas augmenter ses tarifs pendant 3 ans ;
- réaliser des actes sans dépassement d'honoraire ;
- stabiliser son taux de dépassement moyen (maximum 100% BR en moyenne sachant qu'au-delà d'un dépassement de 150% par consultation, le tarif est considéré comme abusif).

Pour le contrat responsable, les textes de référence sont les suivant :

- loi de financement de la Sécurité Sociale 2012 / arrêté du 17 avril 2012 / arrêté du 8 juillet 2013 précisant les modalités de communication par les organismes de protection sociale complémentaire du montant et de la composition des frais de gestion et d'acquisition ;
- loi de financement de la Sécurité Sociale rectificative du 9 août 2014 ;
- décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014 relatif au contenu des contrats d'assurance maladie complémentaire bénéficiant d'aides fiscales et sociales.

La refonte du contrat responsable porte tout d'abord sur la fiscalité des contrats. La Taxe Spéciale sur les Conventions d'Assurance (TSCA) est portée au taux de 14% pour les contrats non responsables et reste à 7% pour les contrats responsables.
Le deuxième aspect de la refonte porte sur les garanties : la réforme introduit des planchers et des plafonds de remboursement ainsi qu'une modulation des garanties associées aux

consultations de médecine de ville en fonction de la signature ou non par le médecin du contrat d'accès aux soins.

La nouvelle version du contrat responsable reprend les obligations et les interdits de l'ancienne version et en prévoit de nouveaux :

- Pour l'hospitalisation : une prise en charge du forfait journalier sans limitation de durée :

- Pour l'optique : des planchers et plafonds calculés en fonction de la correction visuelle ;

- Pour le dentaire : le remboursement à 100% du tarif opposable minimum ;

- Pour les consultations : la mise en place d'un plafond unique pour les médecins non signataires du CAS.

La date d'effet du nouveau contrat responsable est le 1er avril 2015. Tous les contrats individuels conclus ou renouvelés à partir de cette date doivent respecter les dispositions du contrat responsable. Pour les contrats conclus avant cette date, ces dispositions s'appliqueront à la prochaine date d'échéance du contrat, s'il est renouvelé.

Les entreprises, elles, bénéficient d'une période transitoire jusqu'au 31 décembre 2017 pour mettre en conformité les régimes frais de santé collectifs et obligatoires avec le nouveau cahier des charges des contrats responsables.
Cependant, si des modifications ont été apportées au régime (formalisées par une modification de l'acte juridique) entre le 19 novembre 2014 (date de publication du décret) et le 1er avril 2015 (date d'effet du nouveau contrat responsable), le régime devra être conforme au contrat responsable dès le 1er janvier 2016.
Si des modifications interviennent depuis le 1er avril 2015, le régime devra être immédiatement mis en conformité.

Le tableau ci-dessous résume les différentes « possibilités » :

<table>
<tr><th></th><th>Contrat existant avant le 19 novembre 2014</th><th>Contrat mis en place entre le 19 novembre 2014 et le 1er avril 2015</th><th>Contrat mis en place après le 1er avril 2015</th></tr>
<tr><td>Modification de l'acte fondateur avant le 9 août 2014</td><td rowspan="2">Obligation de mise en conformité au contrat responsable au plus tard au 1er janvier 2018</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Modification de l'acte fondateur entre le 9 août 2014 et le 19 novembre 2014</td><td></td><td></td></tr>
<tr><td>Modification de l'acte fondateur entre le 19 novembre 2014 et le 1er avril 2015</td><td colspan="2">Obligation de mise en conformité avec le contrat responsable au plus tard au 1er janvier 2016</td><td></td></tr>
<tr><td>Modification de l'acte après le 1er avril 2015</td><td colspan="3">Obligation de mise en conformité avec le contrat responsable au moment de la modification de l'acte</td></tr>
</table>

Tableau 5 : Date de mise en conformité des contrats

En cas de non-respect des nouvelles obligations du contrat responsable, il existe différents risques :

- Pour les contrats collectifs obligatoires :
    - Assujettissement des cotisations de la part patronale aux charges sociales,
    - Non déductibilité fiscale (IRPP) des cotisations salariales,
    - Taxe de solidarité additionnelle de 20,27% au lieu de 13,27%.
- Pour les contrats individuels et collectifs facultatifs :
    - Assujettissement à la taxe sur les conventions d'assurance à hauteur de 14% (au lieu de 7%),
    - N'ouvrent pas le droit au bénéfice de l'ACS (aide à l'acquisition d'une complémentaire santé).
- Pour les contrats TNS :
    - Pas de déductibilité Madelin,
    - Assujettissement à la taxe sur les conventions d'assurance à hauteur de 14% (au lieu de 7%).

Exemple d'une cotisation mensuelle :

	Part patronale	Part salariale	Cotisation totale
Cout mensuel total dans le respect du contrat responsable	**60 €**	**40 €**	**100 €**

Cotisation brute avec majoration de taxe + 7%	64,20 €	42,80 €	107,00 €
+ Charges sociales	+28,80 € (1)	+14,72 € (2)	+43,52 €
Coût mensuel total en cas de non respect du contrat responsable	**93,00 €**	**57,52 €**	**150,52 €**

(1) Hypothèse 45% de charges patronales

(2) Hypothèse 23% de charges salariales

Exemple d'impact sur le compte de résultat frais de santé :

	Régime actuel	Après la période transitoire Non respect du contrat responsable
Cotisations brutes	2 000 000 €	2 000 000 €
- Taxes	234 307 €	337 075 €
- Frais	194 226 €	182 922 €
Cotisations nettes (P)	**1 571 466 €**	**1 480 003 €**
Prestations versées	1 530 000 €	1 530 000 €
+ Provisions (PSAP)	45 900 €	45 900 €
Total prestations (S)	**1 575 900 €**	**1 575 900 €**
Solde (P - S)	-4 434 €	-95 897 €
S / P	100,3%	106,5%

Dans l'hypothèse du maintien d'un régime de frais de santé non responsable au-delà de la période de portabilité, on applique la TSA majorée. On remarque qu'en cas de hausse de la TSA sans répercussion sur les cotisations, le compte de résultat est fortement dégradé.

3.2) Le cahier des charges du contrat responsable

Consultations et actes médicaux :
L'intégralité du Ticket Modérateur est prise en charge à l'exception :

- des médicaments remboursés à hauteur de 15% ou 30% par l'Assurance Maladie (médicament dont le service médical rendu est modéré ou faible) ;

- de l'homéopathie ;

- des cures thermales.

La prise en charge par la complémentaire santé reste facultative pour ces actes.

Forfait journalier hospitalier :
Il y a une prise en charge intégrale sans limitation de durée à l'exception des établissements médico-sociaux, comme les Maisons d'Accueil Spécialisées (MAS) ou les établissements d'hébergement pour personnes dépendantes (EHPAD) pour lesquels la prise en charge par l'organisme complémentaire reste facultative.
Pour rappel, depuis le 1er janvier 2010, le forfait journalier est de 18€/jour en hôpital ou en clinique privée conventionnée, et de 13,5€/jour en psychiatrie.

Dépassement d'honoraires :
Plafonnement des remboursements pour les consultations des médecins de secteur 2 non signataires du Contrat d'Accès aux Soins (CAS).
Si le médecin n'a pas signé le CAS, le contrat d'assurance ne pourra prendre en charge les dépassements d'honoraires qu'à hauteur maximum de 125% de la base de remboursement de la Sécurité Sociale dans un premier temps (2015 et 2016) puis à 100% de ce tarif à compter de 2017.
Le tableau ci-dessous résume les mesures pour les consultations :

Prestations	Contrat responsable		
Prestations en complément de celles de la Sécurité sociale	2015 MINI	2015 et 2016 MAXI	2017 MAXI
Médecine courante			
Consultations, visites de généraliste ou spécialiste -> Médecins non adhérents au CAS	100 % TM	100 % TM + 125 % BR	100 % TM + 100 % BR
Consultations, visites de généraliste ou spécialiste -> Médecins adhérents au CAS		-	-
Actes de petite chirurgie, radiologie -> Médecins non adhérents au CAS		100 % TM + 125 % BR	100 % TM + 100 % BR
Actes de petite chirurgie, radiologie -> Médecins adhérents au CAS		-	-
Analyses, auxiliaires médicaux		-	-
Hospitalisation			
Honoraires -> Médecins non adhérents au CAS	100 % TM	100 % TM + 125 % BR	100 % TM + 100 % BR
Honoraires -> Médecins adhérents au CAS		-	-
Frais de séjour		-	-
Forfait hospitalier	Prise en charge sans limitation de durée	-	-

Tableau 6 : Garanties des consultations

L'objectif du contrat responsable est aussi de responsabiliser les praticiens de secteur 2, non signataires du CAS sur le montant de leurs honoraires. En effet, n'ayant pas de limitation du montant de leurs actes, ce sont les limites imposées par le contrat responsable qui devraient entrainer une baisse des tarifs indiqués et faciliter l'accès aux soins.
En revanche, la prise en charge n'est pas plafonnée par le décret pour les médecins signataires d'un Contrat d'Accès aux Soins.

Exemple d'un barème de garantie :

NATURE DES FRAIS Consultations et visites : généralistes/spécialistes, actes techniques médicaux, actes d'imagerie et d'échographie	REMBOURSEMENTS (excepté pour les forfaits en euros)
Praticiens conventionnées signataires du CAS	170% BR - SS
Praticiens conventionnées non signataires du CAS	150 % BR - SS
Praticiens non conventionnés	130% BR - SS

Exemples de remboursement sur la base de ce barème de garanties :

CAS PRATIQUE 1 : le salarié a consulté un spécialiste signataire du CAS et il a payé 40€.

Spécialiste conventionné signataire du CAS	Honoraire : 40 €
Remboursement SS sur une base de 28 €	28 € * 70 % - 1 € = 18,6 €
Remboursement complémentaire	20,40 €
Reste à charge pour le salarié	1 €

CAS PRATIQUE 2 : le salarié a consulté un spécialise non signataire du CAS et il a payé 50€.

Spécialiste conventionné non signataire du CAS	Honoraire : 50 €
Remboursement SS sur une base de 23 €	23 € * 70 % - 1 € = 15,10 €
Remboursement complémentaire	(150 - 70) % * 23 € = 18,40 €
Reste à charge pour le salarié	50 € - 15,10 € - 18,40 € = 16,50 €

Optique :
Si le contrat prévoit des remboursements au-delà du Ticket Modérateur, le contrat responsable doit inclure :

- des garanties situées entre un plancher et un plafond sur les équipements optiques en fonction des corrections ;

- la limitation de la monture à 150€ maximum par équipement (verres + montures) ;

- la limitation à une paire de lunettes tous les 2 ans. Cette limitation est ramenée à 1 an pour les mineurs ou en cas d'évolution de la vue.

Si l'assuré ne respecte pas le parcours de soins, les contrats responsables ont l'interdiction de rembourser :

- les dépassements et majorations liés au non-respect du parcours de soins ;

- les dépassements d'honoraires sur les actes cliniques et techniques des spécialistes consultés dans la limite de 8 € (règle générale).

Par ailleurs, quel que soit le cas, les contrats responsables ne prennent pas en charge le forfait d'1€ sur les consultations, les actes de médecins et les actes de biologie. De la même manière, ils ne remboursent pas les franchises applicables sur les médicaments, les actes paramédicaux et les frais de transport.

3.3) Focus sur l'Optique

La garantie « Optique » est celle qui va subir le plus gros changement. En effet, jusqu'à présent, le remboursement complémentaire pouvait être un pourcentage du PMSS, un pourcentage des frais réels, une grille optique ou encore un forfait global et il n'y avait pas obligatoirement de limitation à une paire tous les 2 ans et pas de plafond. De plus, dans tous les contrats exceptés ceux avec une grille optique, la garantie est la même qu'importe la dioptrie des salariés.
Maintenant, avec le contrat responsable, le remboursement complémentaire se fait obligatoirement en fonction de la dioptrie et celui-ci ne peut pas dépasser le montant fixé par le contrat responsable.

Limitation à une paire tous les deux ans
Concernant la limitation à une paire tous les deux ans pour les adultes, il existe plusieurs cas pour définir la période :

- Cela peut être du 01/01/N au 31/12/N+1 : durant cette période, l'assuré achète une paire quand il veut et il devra pour s'acheter à nouveau une paire attendre le 01/01/N+2 ;
- La période peut commencer à la date d'entrée du salarié. Imaginons qu'il intègre l'entreprise le 01/04/N, la période sera alors du 01/04/N au 31/03/N+2. Il pourra acheter un équipement quand il veut durant cette période et la nouvelle période sera ensuite du 01/04/N+2 au 31/03/N+4 ;
- La période peut commencer à la date d'achat de la paire de lunettes. Imaginons qu'un assuré achète un équipement le 01/03/N alors il ne pourra plus acheter de lunettes jusqu'au 01/03/N+2.

Remboursement en fonction de la dioptrie et limitation du remboursement
Avec le contrat responsable, il y a la mise en place de code LPP (liste des produits et prestations) qui permet de classer les verres. Pour chaque code LPP, la Sécurité Sociale applique un tarif différent (i.e une base de remboursement différente selon le type de verre). Le tableau ci-dessous résume les différents cas possibles :

Technologie	Type de verre	Moins de 18 ans			18 ans et plus			Cas décret
		LPP verres blancs	LPP verres teintés	Tarif	LPP verres blancs	LPP verres teintés	Tarif	
Monture		2210546		30,49 €	2223342		2,84 €	
Verre simple foyer	sphère de -6,00 à +6,00	2261874	2287916	12,04 €	2203240	2287916	2,29 €	A
	sphère de -6,25 à -10,00 ou de +6,25 à +10,00	2243540 2243304	2297441 2291088	26,68 €	2282793 2280660	2263459 2265330	4,12 €	B
	sphère hors zone de -10 à +10,00	2273854	2248320	44,97 €	2235776	2295896	7,62 €	B
	cylindre <= à +4,00, sphère de -6,00 à +6,00	2200393	2270413	14,94 €	2259966	2226142	3,66 €	A
	cylindre <= à +4,00, sphère hors zone de -6,00 à +6,00	2283953	2219381	36,28 €	2284527	2254868	6,86 €	B
	cylindre > à +4,00 sphère de -6,00 à +6,00	2238941	2268385	27,90 €	2212976	2252668	6,25 €	B
	cylindre > à +4,00 sphère hors zone de -6,00 à +6,00	2245036	2206800	46,50 €	2288519	2299523	9,45 €	B
Verre multifocal ou progressif	sphère de -4,00 à +4,00	2259245	2264045	39,18 €	2290396	2291183	7,32 €	B
	sphère hors zone de -4,00 à +4,00	2238792	2202452	43,30 €	2245384	2295198	10,82 €	C
	sphère de -8,00 à +8,00	2240671	2282221	43,60 €	2227038	2299180	10,37 €	B
	sphère hors zone de -8,00 à +8,00	2234239	2259660	66,62 €	2202239	2252042	24,54 €	C

Tableau 7 : Tarif des actes optiques au 1er décembre 2014

Le contrat responsable impose un remboursement différent selon le niveau de dioptrie. Plus le défaut visuel est important, plus le remboursement est élevé. Il existe 6 classes différentes :

- 3 classes notées A, B, C qui correspondent aux différents cas que l'on voit dans le tableau ci-dessus (colonne « Cas décret ») ;
- 3 classes notées D, E, F qui sont respectivement la combinaison des classes A et B, A et C, et B et C, si chaque verre est différent.

Le tableau ci-dessous nous informe des minimums et des maximums imposés par le contrat responsable par classe.

	Disposition du contrat responsable Un équipement tous les 2 ans sauf : - pour les enfants de moins de 18 ans -si le renouvellement est lié à une	
	Prise en charge minimale	Prise en charge maximale
A) Equipement verres unifocaux, sphère comprise entre -6 et +6 dioptries ou cylindre <= à +4 dioptries	50 €	470 € (dont 150 € pour la monture)
B) Equipement verres unifocaux, sphère hors zone > à -6 ou +6 dioptries ou cylindre >= à +4 dioptries et verres multifocaux ou progressifs	200 €	750 € (dont 150 € pour la monture)
C) Equipement verres multifocaux ou progressifs sphéro-cylindriques dont la sphère est hors zone de -8 à +8 dioptries ou verres multifocaux ou progressifs sphériques dont la sphère est hors zone de -4 à +4 dioptries	200 €	850 € (dont 150 € pour la monture)
D) Un verre A) et un verre B)	125 €	610 € (dont 150 € pour la monture)
E) Un verre A) et un verre C)	125 €	660 € (dont 150 € pour la monture)
F) Un verre B) et un verre C)	200 €	800 € (dont 150 € pour la monture)

Tableau 8 : Tableau du remboursement complémentaire minimal et maximal en fonction des classes

SECTION 2 : L'IMPACT DU CONTRAT RESPONSABLE SUR LA GARANTIE « OPTIQUE »

Dans cette deuxième partie, on va s'intéresser à la garantie Optique et plus particulièrement à l'évaluation de l'impact que cette nouvelle garantie va avoir sur le portefeuille de LSN Assurances.
Pour ce faire, on étudiera tout d'abord la base de données. On regardera ensuite l'impact que le contrat responsable peut avoir sur l'ensemble du portefeuille. Puis on développera un outil (fait sur Excel-VBA) qui nous permettra de quantifier l'impact entreprise par entreprise. Et pour finir, on regardera les premiers effets qu'a eu la mise en place du contrat responsable sur certaines entreprises en 2016.

1) La base de données

Les données sont gérées sur le logiciel AS/400. Il s'agit du logiciel où toutes les informations sont stockées (informations sur les entreprises, cotisations, prestations, etc). Pour pouvoir exploiter ces données, il suffit de faire une extraction qui nous donne un fichier Excel avec toutes les informations utiles.
Le fichier extrait pour réaliser cette étude est celui des prestations par assurés (une ligne = un acte) de 2012 à 2015 (arrêtées au 30 novembre 2016).

Nous retrouvons entre autres dans ce fichier les variables suivantes :

- le numéro de la société ;
- le nom de la société ;
- la police ;
- l'année de survenance de l'acte ;
- les grands postes des actes (par exemple : optique, soins médicaux courants, hospitalisation, etc) ;
- les sous postes des actes (par exemple : verres, monture adulte, consultations généralistes, frais de séjour, etc) ;
- le montant de la dépense réelle ;
- le montant du remboursement de la Sécurité Sociale ;
- le montant du remboursement des autres mutuelles ;
- le montant du remboursement de la complémentaire santé ;
- le nombre d'acte (il est égal à 1 la plupart du temps excepté pour certains actes comme la chambre particulière, par exemple, où il s'agit du nombre de jours) ;
- le nom de famille de l'assuré ;
- le prénom de l'assuré ;
- le numéro de Sécurité Sociale de l'assuré ;
- l'âge de l'assuré ;
- la date de l'acte ;
- la date de remboursement ;
- le numéro de sinistre.

1.1) La constitution des bases de données

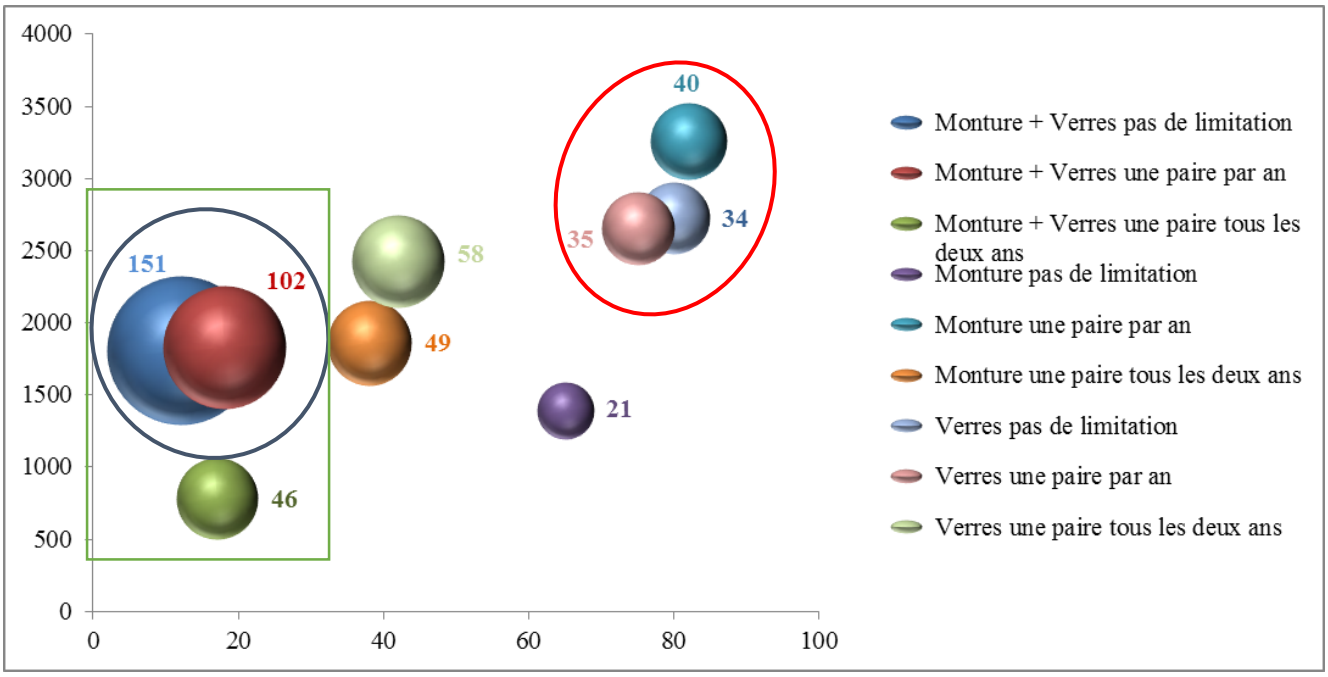
La première étape fut de ne conserver que les données nécessaires à l'étude donc à ne conserver que les lignes concernant les verres et les montures. Etant donné qu'il existe des

contrats où le remboursement pour les verres et les montures se fait au global (par exemple un remboursement de 20% du PMSS pour l'équipement total) et d'autres où le remboursement se fait par monture et par verres, trois fichiers ont été constitués :

- un fichier concernant les lignes du sous-acte « Monture + Verres » ;
- un fichier concernant les lignes du sous-acte « Verres » ;
- un fichier concernant les lignes des sous-acte « Monture ».

Les trois fichiers représentent environ 19 000 prestations pour un total de 169 entreprises.
Comme expliqué dans la partie sur le contrat responsable, on ne pourra, avec le contrat responsable, rembourser qu'une paire de lunette tous les 2 ans pour les adultes sauf s'il y a un changement de vision et une tous les ans pour les enfants de moins de 18 ans. Or, dans les garanties actuelles, il existe des contrats où il n'y a pas de limitation, d'autres où la limitation est une paire par an et d'autres où la limitation est une paire tous les deux ans (la limitation peut être différente entre les montures et les verres).

L'étape suivante a donc été de regarder entreprises par entreprises les garanties actuelles et de classer les prestations dans les neuf fichiers représentés par le graphique à bulles suivant (avec en abscisse : le nombre de société ; en ordonnée : le nombre de prestations ; taille de la bulle : le nombre moyen de prestations par société) :



On en conclut de ce graphique que :

- c'est pour les fichiers « Monture une paire par an », « Verres une paire par an » et « Verres pas de limitation » qu'il y a le plus de prestations et également où il y a le plus de sociétés mais que le nombre moyen de prestations est faible ce qui signifie qu'il s'agit essentiellement d'entreprises de petite taille (rond rouge) ;

- c’est dans les trois fichiers « Monture + Verres » qu’il y a le moins de sociétés (rectangle orange) donc cela signifie que la majorité des entreprises ont des garanties verres et monture distinctes ;

- c’est dans les fichiers « Monture + Verres une paire par an » et « Monture + Verres pas de limitation » où le nombre moyen de prestations par sociétés est le plus grand et on remarque de plus qu’il est beaucoup plus important que dans les autres fichiers. Cela signifie donc qu’il y a dans ces fichiers probablement des sociétés de taille plus importante (rond bleu).

1.2) L’ajout de la variable « Classe »

Comme vu dans la partie sur le contrat responsable, le remboursement s’effectuera maintenant par classe en fonction de la dioptrie et d’un code LPP. Or, ce n’est pas le cas dans la plupart des garanties actuelles (le remboursement est le même qu’importe la dioptrie de l’assuré). Il n’y a, de plus, aucun renseignement sur le niveau de dioptrie dans le fichier. La seule information disponible pouvant servir à trouver la classe est le montant du remboursement de la Sécurité Sociale.
Il faut donc, à partir des bases de remboursement (renseignées dans le Tableau 7 vu dans la partie sur l’optique p27), établir toutes les combinaisons possibles pour chaque classe (sachant que le remboursement de la Sécurité Sociale est de 60% de la base de remboursement dans le cadre du régime général et de 90% de la base de remboursement dans le cadre du régime Alsace-Moselle).

1.2.1) Le fichier « Verres »

Pour le fichier « Verres », on a, par exemple, obtenu les montants suivants pour les verres adultes de la classe A :

Classe	Montant remboursé par la Sécurité Sociale
A	1,37 €
A	1,83 €
A	2,06 €
A	2,20 €
A	2,29 €
A	2,74 €
A	2,75 €
A	2,93 €
A	3,30 €
A	3,56 €
A	3,57 €
A	3,66 €
A	4,39 €
A	4,40 €
A	4,76 €
A	5,35 €
A	5,36 €
A	5,86 €

Tableau 9 : Montants possibles du remboursement de la Sécurité Sociale pour les verres adultes de la classe A

Une colonne indiquant la classe de chaque prestation a été ajouté dans les différents fichiers grâce à un programme VBA. Cependant, il y avait des lignes où le remboursement de la Sécurité Sociale ne correspondait à aucun montant des différentes combinaisons obtenues. Il s'agissait, en fait, pour la plupart des montants, des différences d'un centime ce qui peut être dû à des erreurs d'arrondi. C'est notamment pour cela que l'on trouve dans le tableau 9, par exemple, les montants 2,74€ et 2,75€. Il s'agit en fait de la même combinaison mais on retrouve les deux montants dans les fichiers (il y en a sûrement qui ont pris l'arrondi inférieur et d'autres qui ont pris l'arrondi supérieur d'où la différence d'un centime).
Concernant les autres lignes où le montant ne correspondait pas, le nombre étant minime, les lignes ont été supprimées.

1.2.2) Le fichier « Monture + Verres »

Pour ce fichier, la même méthode que pour les verres a été utilisée excepté que les combinaisons ne sont pas les mêmes. En effet, dans le montant remboursé par la sécurité sociale, il y a également dans ce cas le montant de remboursement de la monture (1,7 € pour les adultes et 18,29 € pour les moins de 18 ans) ce qui donne, par exemple pour les adultes de la classe A les montants suivants :

Classe	Montant remboursé par la sécurité sociale
A	3,07
A	3,53
A	3,76
A	3,9
A	3,99
A	4,44
A	4,45
A	4,63
A	5
A	5,27
A	5,35
A	5,36
A	5,37
A	6,09
A	6,1
A	6,46
A	7,06

Tableau 10 : Montants possibles du remboursement de la Sécurité Sociale pour l'équipement (monture + verres) adulte de la classe A

Comme pour les verres, un nombre minime de ligne n'a pas eu de classe affectée et donc ces lignes ont été supprimées.

1.2.3) Le fichier « Monture »

Pour le fichier « Monture », la solution utilisée est la suivante : à partir des fichiers « Verres » et « Monture + Verres », trois informations ont été extraites :

- Le nom ;
- Le prénom ;
- La classe.

A partir de ces trois informations, grâce à un programme VBA, une classe a été affectée à la plupart des lignes (celles où aucune classe n'a été affectée ont été supprimées) du fichier « Monture ».

Maintenant que tous les éléments nécessaires ont été ajoutés, analysons la base de données en s'intéressant par exemple à la fréquence, la moyenne, etc.

1.3) Analyse Descriptive de la base de données

Tout d'abord, on va s'intéresser au nombre d'adhérents (assurés, conjoints et enfants), au nombre d'entreprises et au nombre de consommateurs en optique. Le tableau ci-dessous résume les différents nombres par année ainsi que la fréquence et le pourcentage de consommateur :

	Nombre d'entreprises	Nombre d'entreprises consommant de l'optique	Nombre d'adhérents	Nombre de salariés	Nombre de consommateurs	Nombre moyen d'adhérents par entreprise	Nombre moyen de salariés par entreprise	Nombre moyen de consommateurs par entreprise	Pourcentage de consommateurs
2012	123	106	15 322	6 678	3 401	124,57	54,29	27,65	22,20%
2013	141	117	14 372	6 393	2 893	101,93	45,34	20,52	20,13%
2014	150	124	14 640	6 709	2 978	97,60	44,73	19,85	20,34%
2015	160	126	15 735	7 298	3 161	98,34	45,61	19,76	20,09%

On remarque que :

- le nombre d'entreprises croît depuis 2012 alors que le nombre d'adhérents (et de salariés) a tout d'abord diminué en 2013 avant d'augmenter chaque année depuis ;

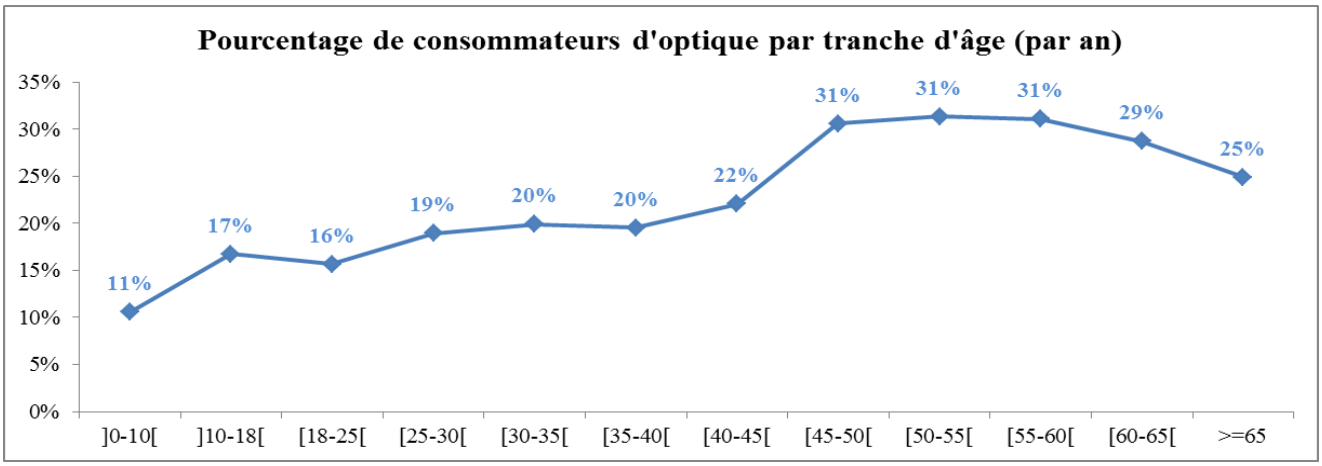
- le nombre moyen d'adhérents (et de salariés) par entreprise est, à part 2012, sensiblement le même. Cela peut signifier qu'une entreprise avec un nombre important d'adhérents a résilié son contrat fin 2012 ou que les nouvelles entreprises qui rentrent dans le portefeuille depuis 2013 sont majoritairement de petite taille ce qui a donc potentiellement fait baisser le nombre moyen de salarié entre 2012 et 2013 ;

- le nombre de consommateurs par entreprise a baissé fortement en 2013 et est stable depuis (environ 20 consommateurs chaque année) ;

- le pourcentage de consommateurs par entreprise a baissé entre 2012 et 2013 et est sensiblement le même depuis.

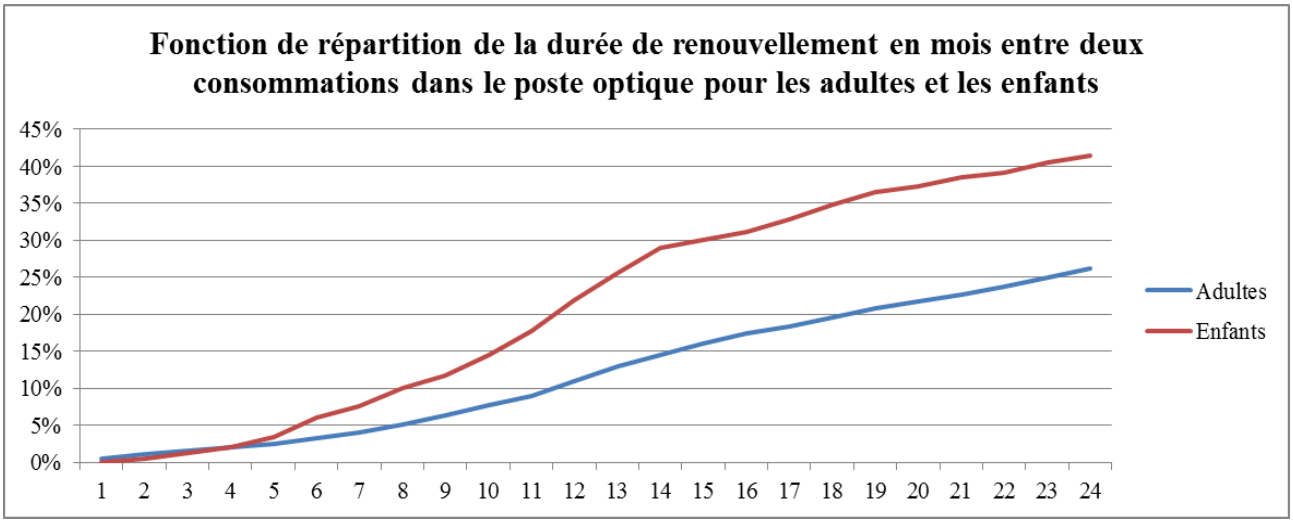
D'après une étude de la Mutualité Française, 7 personnes sur 10 portent des lunettes (et ce nombre passe à 9 sur 10 après 50 ans) et 4 sur 10 ont acheté des lunettes l'année de l'étude.
En comparant ce nombre avec le pourcentage de consommateurs dans notre cas, on voit que celui-ci est beaucoup plus élevé que ce que nous disent les chiffres de notre étude. Cela signifie que les adhérents dans le portefeuille de LSN sont, en moyenne, moins consommateurs en optique ou bien qu'il y a une proportion d'adhérents qui portent des lunettes moins importantes.

Regardons le pourcentage de consommateurs par tranche d'âge pour voir qui consomment le plus. Le graphique ci-dessous nous donne le résultat :



On observe, à travers ce graphique, que ce sont les assurés les plus âgés qui consomment le plus ce qui est concordant avec l'étude de la Mutualité Française qui dit que les personnes âgés (à partir de 50 ans) sont celles où le nombre de porteurs de lunettes est le plus important.

On va maintenant s'intéresser à la durée de renouvellement d'un équipement optique pour les consommateurs présents dans le portefeuille. On ne conserve ici que ceux qui ont été présents au moins 3 ans.
Pour ce faire, il est présenté ci-dessous une fonction de répartition de la durée de renouvellement en mois des équipements optiques (en distinguant les adultes des enfants) :



On constate que la durée de renouvellement des équipements optique diffère fortement entre les adultes et les enfants.
En effet, 40% des enfants ont une durée de renouvellement inférieure à 24 mois contre 25% pour les adultes. Cela est dû au fait que la vision se modifie plus souvent lorsque l'on est enfant (avec la croissance).
On peut en conclure qu'étant donné que seulement 25% des adultes ont consommé plus d'une fois de l'optique en 2 ans que la limitation d'une paire tous les deux ans instaurée par le contrat responsable n'aura pas un gros impact sur les consommateurs de ce portefeuille.

De plus, il est fort à parier que dans ces 25%, il y en a qui ont consommé plus d'une fois car leur vision avait changé et donc que le pourcentage est encore plus faible.
Quant aux enfants, 25% ont consommé plus d'une fois en 12 mois donc même conclusion que pour les adultes.

Ce graphique permet également de comprendre pourquoi le nombre de consommateurs est si peu élevé (notamment pour les adultes). En effet, étant donné que l'étude s'effectue sur 4 ans et que 75% des consommateurs achètent un équipement au minimum tous les 25 mois, il est fort probable que le nombre de porteurs de lunettes dans le portefeuille soit plus important mais que ceux-ci n'ont pas consommé durant cette période.
Une étude réalisée par Gallileo Business Consulting nous donne par ailleurs les fréquences de renouvellement d'un équipement par tranche d'âge comme on peut le voir sur le graphique ci-dessous :

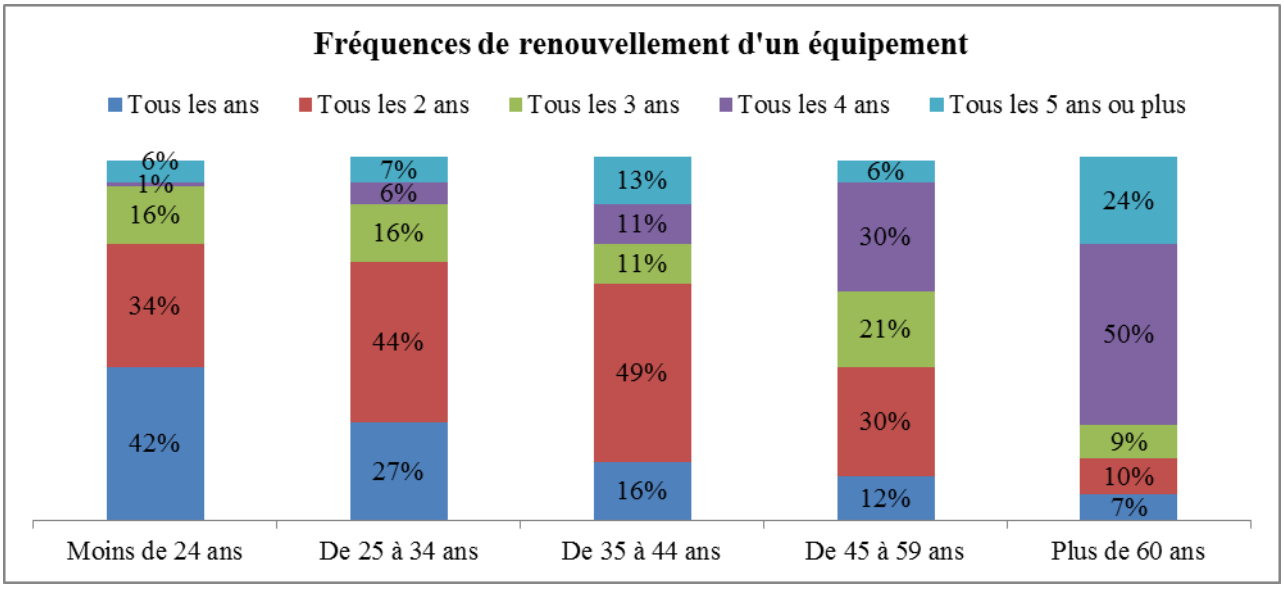


Tableau 11 : Fréquences de renouvellement d'un équipement – Source : Gallileo Business Consulting

On remarque bien que pour les consommateurs de plus de 45 ans, il y en a plus de 50% qui achètent des lunettes au minimum tous les 3 ans ce qui signifie que pour notre étude, il est donc probable que tous les porteurs de lunettes n'ont pas consommé durant cette période.

Pour la suite de l'analyse, on va distinguer la garantie « Verres », la garantie « Monture » et la garantie « Monture + Verres ».

1.3.1) Le fichier « Verres »

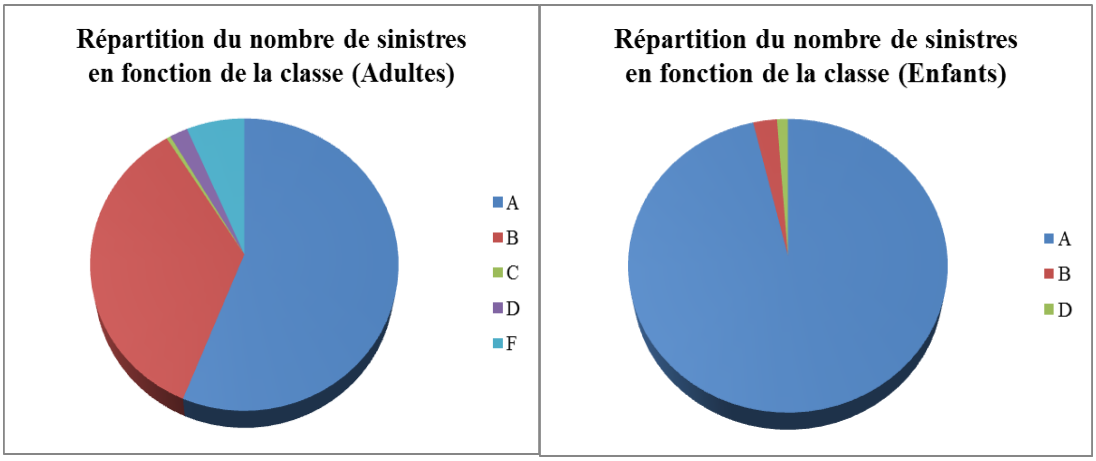
Dans cette sous-partie, on va dans un premier temps s'intéresser au nombre de sinistres en fonction de la classe puis à l'âge des consommateurs par classe ainsi que l'évolution de la consommation moyenne et du remboursement moyen en fonction de l'âge et pour finir à la moyenne des frais réels et du remboursement total par classe.

Répartition du nombre de sinistres en fonction de la classe

On ne distingue pas ici les 3 cas de limitation (2 ans, 1 an et pas de limitation) des garanties car on peut supposer que ça ne joue pas sur le montant des lunettes et donc que dans les 3 cas, on

retrouvera probablement des chiffres semblables. On distingue par contre les adultes (plus de 18 ans) des enfants (moins de 18 ans).
Pour avoir la répartition, on calcule le pourcentage que représente le nombre de sinistres de chaque classe par rapport au nombre total de sinistres.

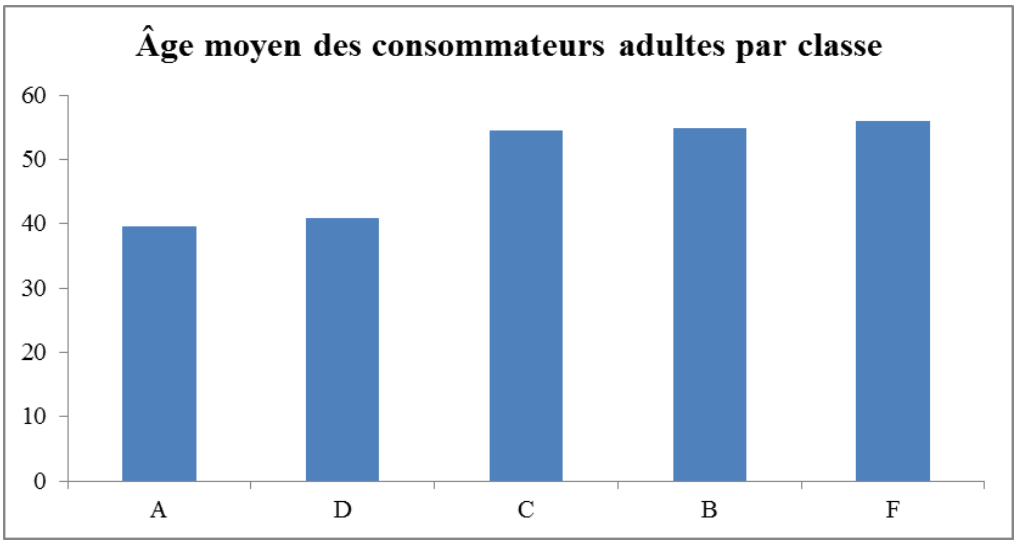
Les graphiques suivants nous donnent les résultats pour les adultes et les enfants.



On remarque que la majorité des verres, pour les adultes, sont de classe A (56%) et de classe B (35%) alors que pour les enfants il s'agit essentiellement de verres de classe A (96%).
Cela signifie donc que la plupart des consommateurs portes deux verres simples (les verres simples correspondant à la classe A).

<u>Âge des consommateurs par classe</u>

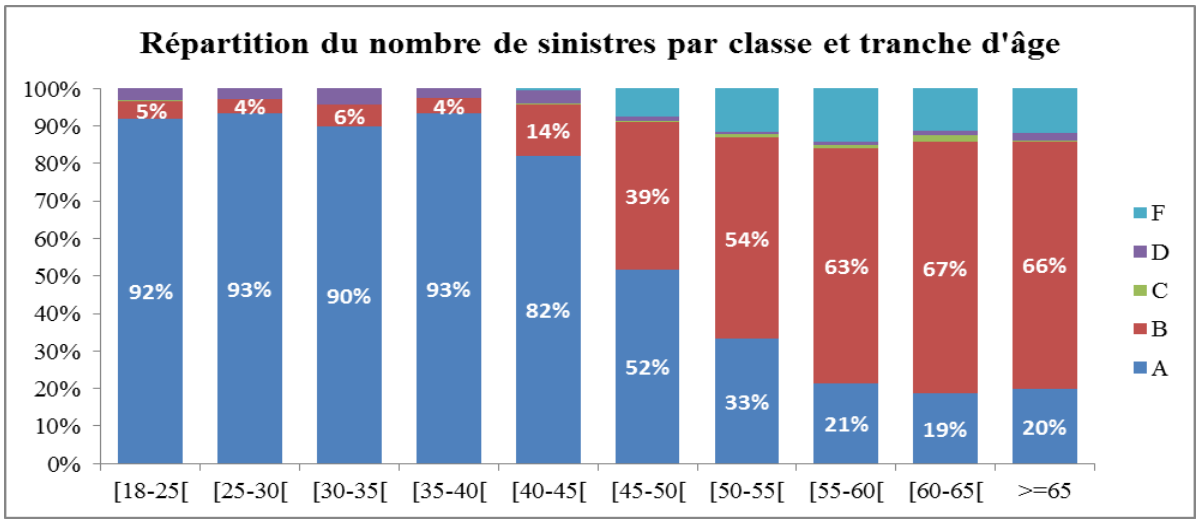
Le graphique ci-dessous nous donne l'âge moyen des consommateurs adultes par classe :



Ce graphique montre que plus l'âge moyen du consommateur est élevé, plus le verre est complexe. Cela s'explique par le fait qu'à partir de 40 ans la vue baisse et des problèmes tels que la presbytie ou l'hypermétropie apparaissent.

Cela signifie également que si une entreprise a une moyenne d'âge élevée, la probabilité que les assurés porteurs de lunettes aient besoin de verres complexes est élevée et donc que la consommation d'optique soit plus importante (étant donné qu'un verre complexe est plus cher qu'un verre simple).
De plus, étant donné que le nombre de porteurs de lunette augmente avec l'âge, la probabilité de consommer de l'optique est plus grande pour une entreprise avec des salariés ayant une moyenne d'âge élevé.

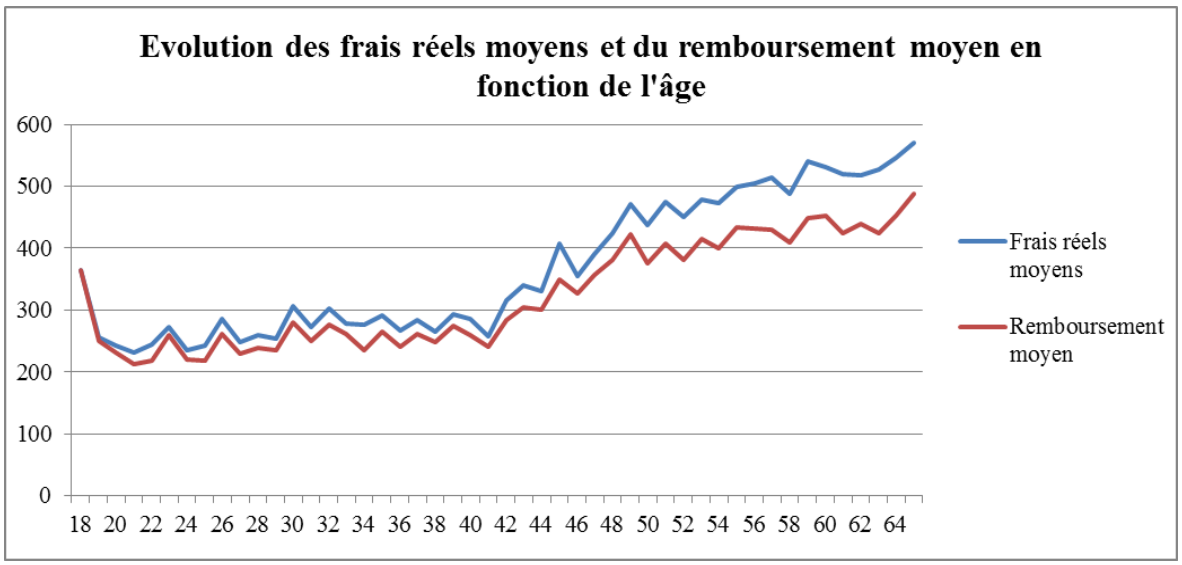
Le graphique suivant nous montre la répartition du nombre de sinistres par classe et tranche d'âge :



Il confirme ce qui vient d'être dit, c'est-à-dire que les personnes âgés (plus de 45 ans) achètent en majorité des verres complexes alors que les consommateurs entre 18 et 45 ans, eux, achètent en grande majorité des verres simples.

<u>Evolution de la consommation moyenne et du remboursement moyen en fonction de l'âge</u>

On obtient le résultat suivant :



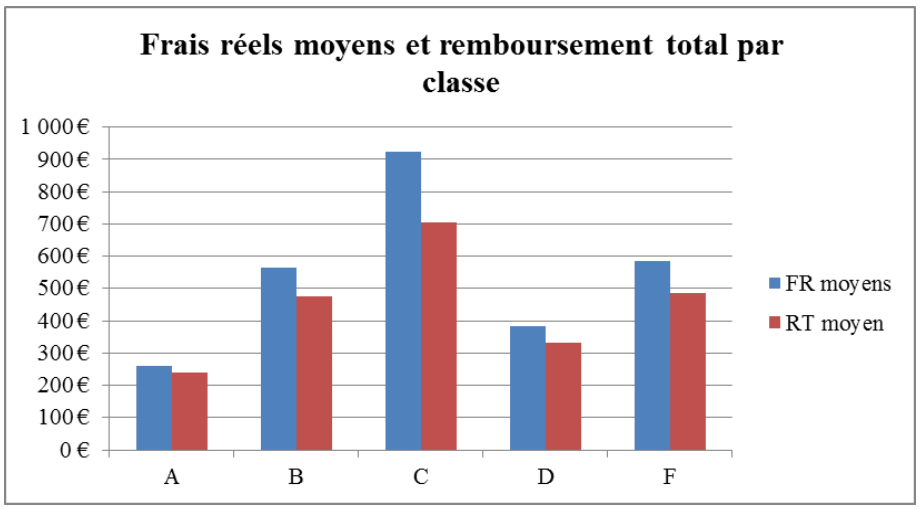
Dans un premier temps, on remarque que les frais réels sont croissants en fonction de l'âge et donc plus on est âgé, plus les verres achetés sont chers ce qui confirme ce qui a été dit précédemment (probabilité plus élevée d'acheter des verres complexes lorsque l'on est âgés). Par exemple, une personne âgée de 50 ans achète en moyenne des verres à 450€ environ alors qu'une personne de 20 ans environ 250€ ce qui est 200€ moins cher.

Dans un second temps, on remarque que l'écart entre les frais réels moyens et le remboursement moyen (remboursement de la Sécurité Sociale + remboursement de la complémentaire Santé + remboursement potentiel d'autres mutuelles) s'accroît avec l'âge (car frais réels moyens plus élevés). Cela signifie donc que les consommateurs âgés ont en moyenne un reste à charge plus important.
On peut donc supposer que les verres complexes sont moins bien remboursés avec les garanties actuelles ce qui peut expliquer la mise en place, avec le contrat responsable, de différents montants de remboursement en fonction du type de verre.

On va maintenant regarder la moyenne des frais réels et du remboursement total par classe pour voir si ça confirme la supposition faite précédemment.

Moyenne des frais réels (FR) et du remboursement total (RT) par classe

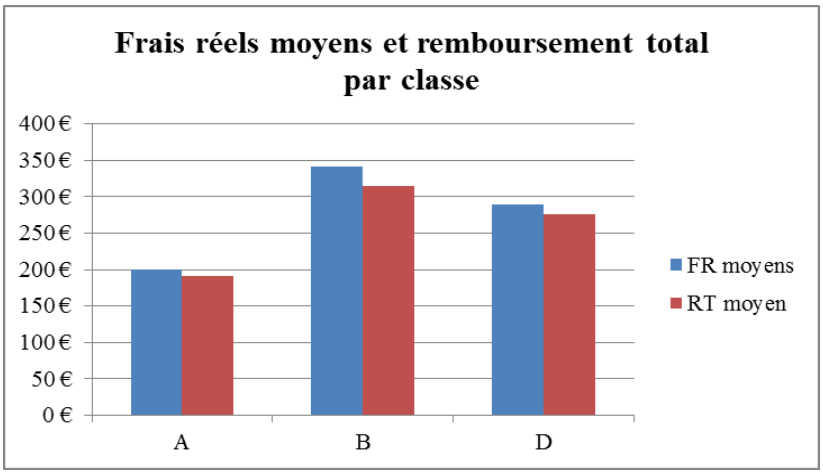
Intéressons-nous tout d'abord aux résultats pour les adultes :



On remarque ici que les verres les moins complexes (A et D) sont ceux qui ont une différence entre les frais réels moyens et le remboursement total moyen la plus faible (respectivement 15€, 52€ en moyenne) alors que les verres plus complexes eux (B, C et F) ont une différence sensiblement plus importante (respectivement 89€, 223€ et 98€ en moyenne).
Toutefois, étant donné que pour la classes C, il y a peu d'actes (27 seulement), ce résultat n'est pas des plus pertinents car il suffit de quelques actes pour changer le résultat de façon significative (ce qui est le cas ici : il y a deux actes respectivement de 2500€ et de 1730€. En retirant ces deux actes, le montant moyen des FR passe à 829€ ce qui fait une baisse significative d'environ 100€).
Concernant les autres classes, le nombre d'actes est assez important pour que le résultat soit significatif surtout pour les classes A et B (respectivement 3301 et 2056 actes).

On peut donc affirmer la supposition faite précédemment, c'est-à-dire que plus les consommateurs de verres complexes ont en moyenne un reste à charge plus important et donc que probablement les garanties actuelles ne sont pas adaptées (dans le sens où l'on est remboursés le même montant dans la plupart des cas si on achète des verres simples ou complexes) à la consommation de verres.

Maintenant, on va s'intéresser aux enfants :

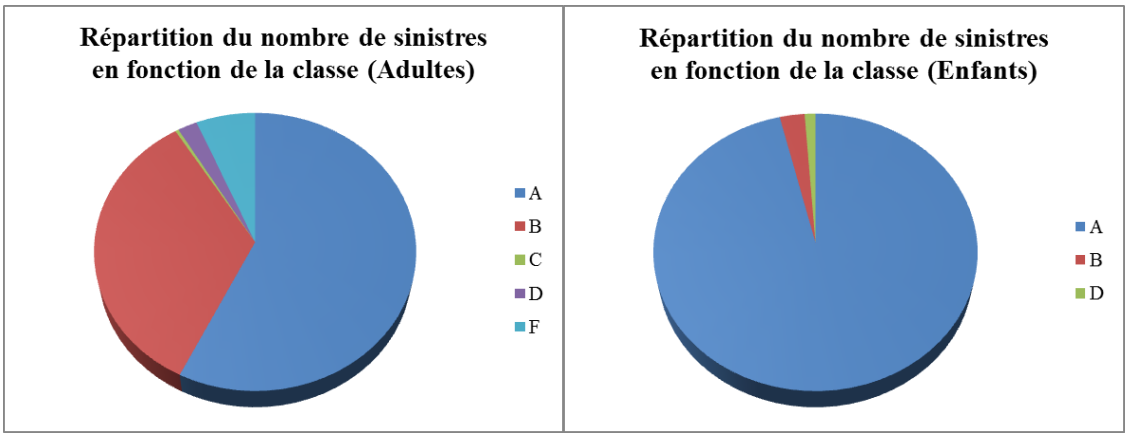


On remarque que le montant moyen des frais réels, pour chaque classe, est moins élevé pour les enfants que celui des adultes ainsi que la différence entre le montant moyen des frais réels et celui du remboursement total (9€ pour la classe A, 27€ pour la B et 13€ pour la C).
Les enfants ont donc en moyenne un reste à charge moins important et cela est dû probablement au fait qu'ils achètent des verres moins chers.

1.3.2) Le fichier « Monture »

Répartition du nombre de sinistres en fonction de la classe

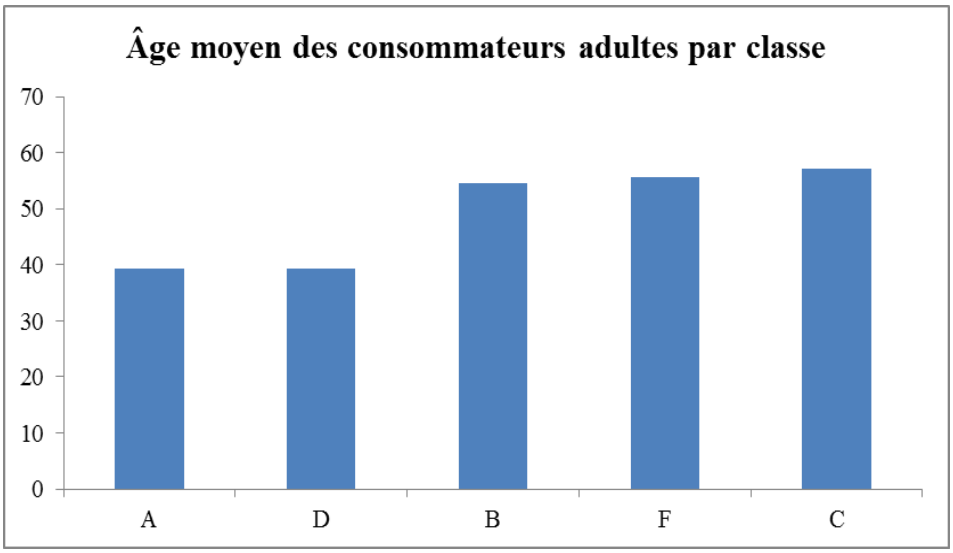
Les graphiques ci-dessous nous donnent la répartition du nombre de sinistres en fonction de la classe :



Comme pour les verres, les classes A (57%) et B (34%) pour les adultes et la classe A (environ 96%) pour les enfants sont les classes où l'on retrouve le plus de consommateurs (ceci est normal car en théorie, on devrait retrouver les mêmes consommateurs dans cette partie que dans

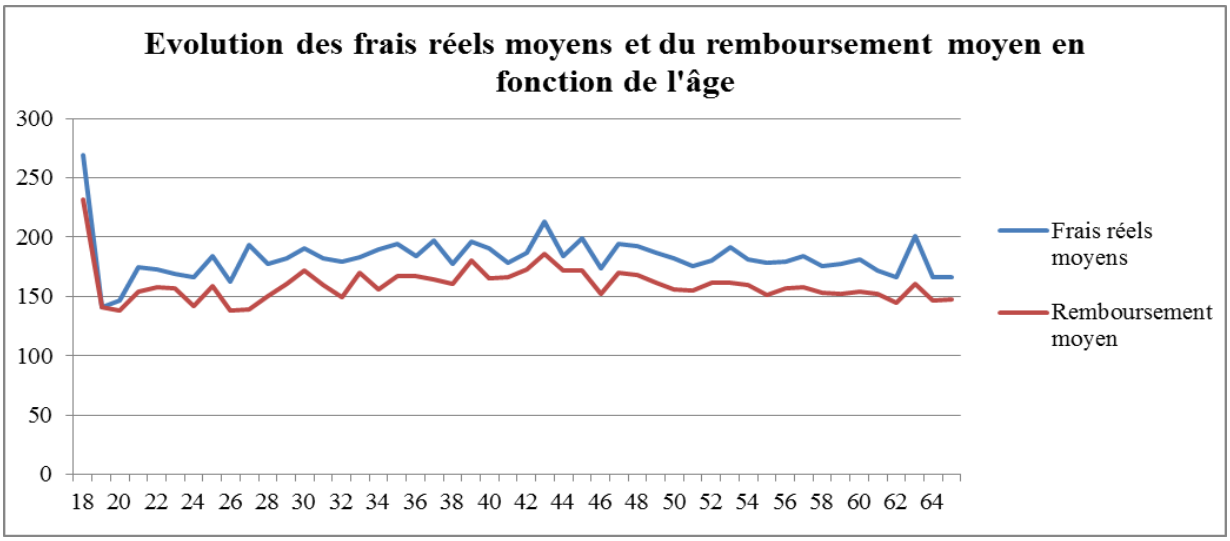
la précédente sur les verres sauf ceux qui ont soit acheté uniquement des verres ou uniquement une monture).

Âge des consommateurs par classe



Concernant l'âge moyen, on observe également la même tendance que dans la partie sur les verres, c'est-à-dire âge moyen plus faible pour la classe A et D et plus élevé pour les autres.

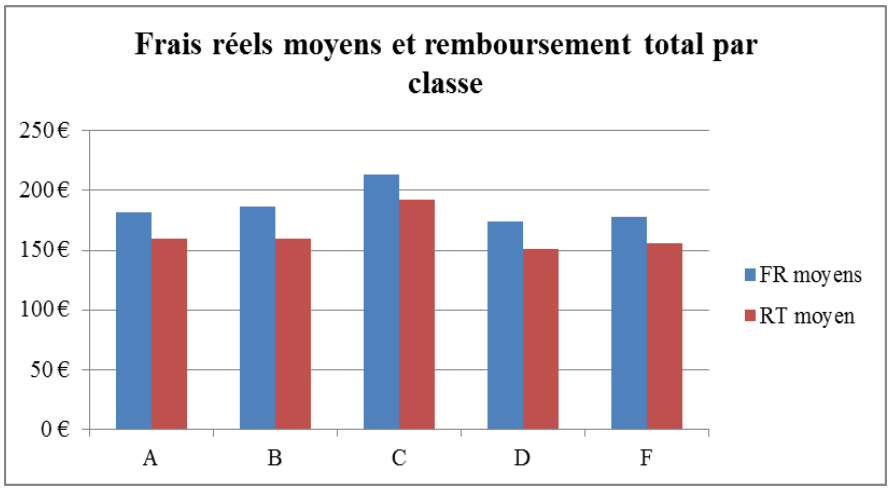
Evolution de la consommation moyenne et du remboursement moyen en fonction de l'âge



Concernant les frais réels et le remboursement, ceux-ci évoluent peu en fonction de l'âge comme on peut le voir sur le graphique ci-dessus et la différence entre les deux montants est sensiblement la même qu'importe l'âge du consommateur.

Moyenne des frais réels (FR) et du remboursement total (RT)

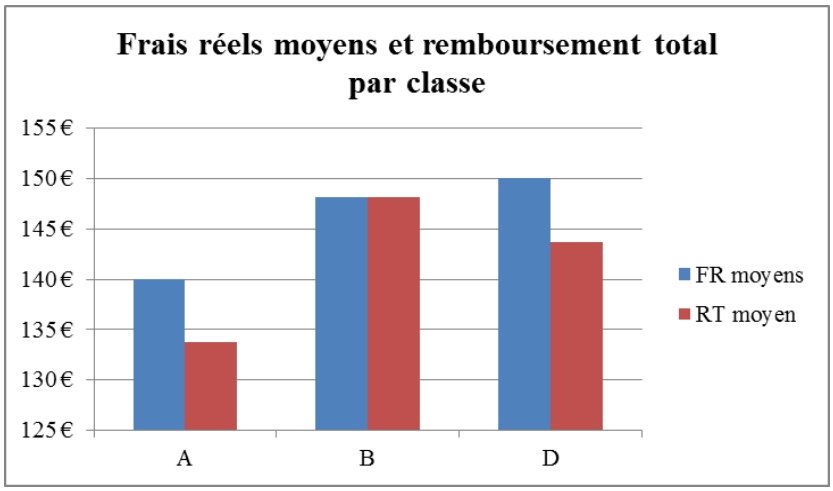
Tout d'abord, regardons les différents résultats pour les adultes.



On remarque dans un premier temps que, qu'importe la classe (il n'y a que 19 actes pour la classe C donc peu pertinent), le montant moyen des frais réels est sensiblement le même ce qui signifie que peu importe les verres achetés, cela n'a probablement pas d'incidence sur le prix de la monture.
Concernant la différence moyenne entre les frais réels et le remboursement total, elle est d'environ 20€ pour toutes les classes.

On remarque, par ailleurs, que le remboursement moyen est supérieur à 150€ (même en enlevant le remboursement de la sécurité sociale et le remboursement des autres mutuelles). On peut donc dire qu'une bonne partie des entreprises ont probablement des garanties supérieures aux normes du contrat responsable et devront donc diminuer le montant de la garantie monture si elles veulent passer responsable
On peut également se dire que si les opticiens ne s'adaptent pas au contrat responsable en baissant les prix de leur monture ou si les consommateurs ne s'adaptent pas en achetant des montures moins chères, les consommateurs auront un reste à charge encore plus important.

Intéressons-nous maintenant aux enfants.

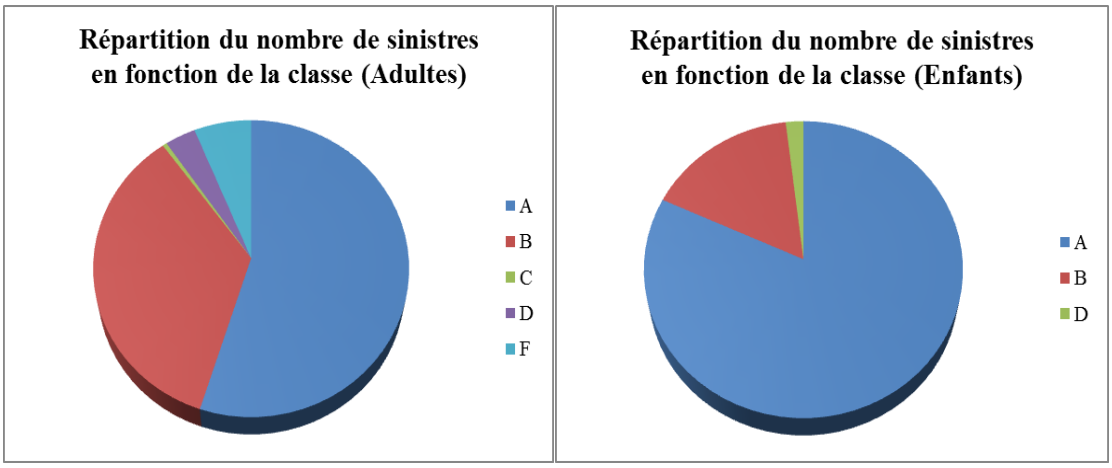


Pour les enfants, le remboursement total est moins élevé (et inférieur à 150€) que pour les adultes mais les frais réels également ce qui signifie que les enfants achètent des montures moins chères et sont donc en moyenne mieux remboursés.

1.3.3) Le fichier « Monture + Verres »

Répartition du nombre de sinistres en fonction de la classe

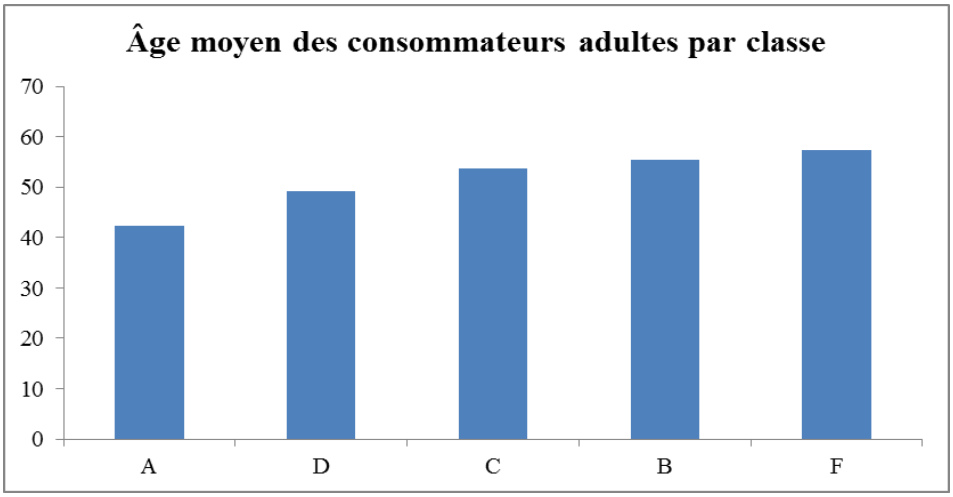
Les graphiques ci-dessous nous donnent la répartition du nombre de sinistres en fonction de la classe :



Pour les adultes, les classes A (55%) et B (35%) sont celles où il y a le plus de consommateurs. Pour les enfants, la grande majorité sont de classe A (82%) et le reste est essentiellement de la classe B (16%).

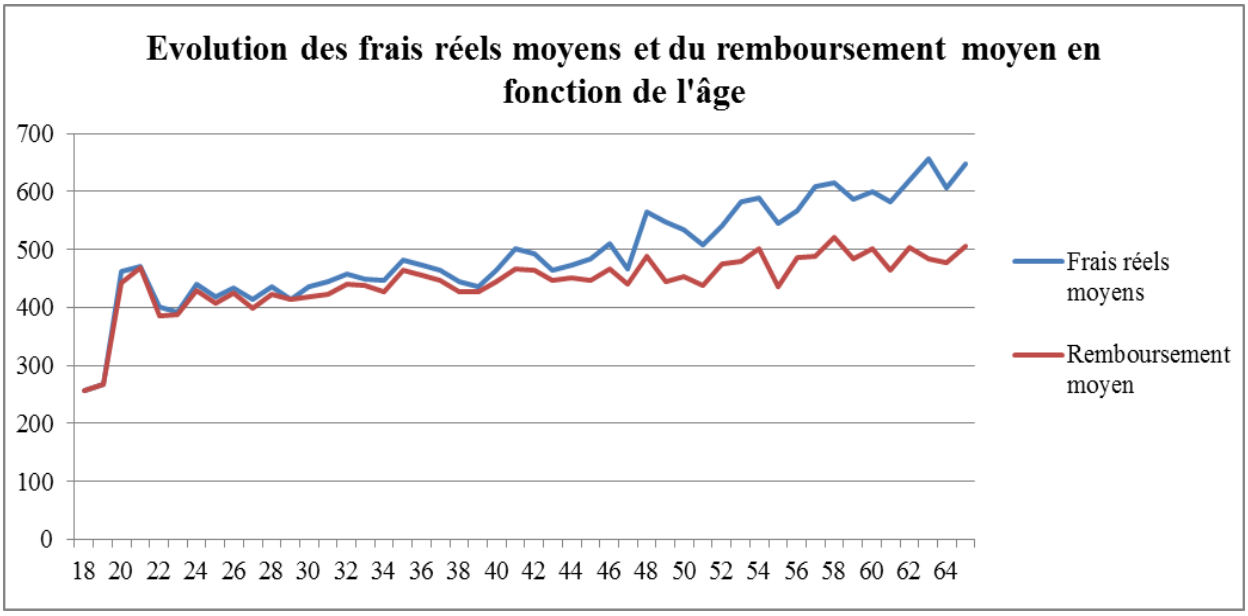
Âge des consommateurs par classe

Le graphique suivant nous indique l'âge moyen des consommateurs par classe :



Pour les consommateurs de cette garantie, on remarque la même tendance que pour la garantie « verres » et la garantie « monture ». Plus le défaut visuel est important, plus l'âge moyen des consommateurs est élevé.

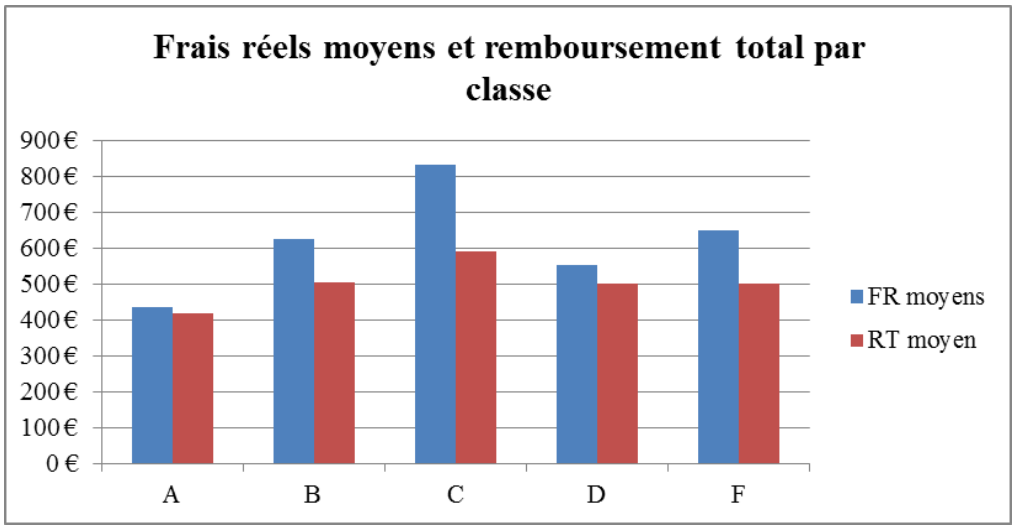
Evolution de la consommation moyenne en fonction de l'âge



On remarque que la tendance est à la hausse pour les frais réels, c'est-à-dire que plus l'assuré est âgé, plus il a tendance à acheter un équipement plus cher (environ 500€ pour un assuré de 50 ans contre 400€ pour un assuré de 20 ans).
Concernant la différence entre le montant moyen des frais réels et celui du remboursement, celle-ci augmente lorsque l'âge est plus élevé. Cela signifie donc que les personnes âgées ont en moyenne un reste à charge plus important.

Moyenne des frais réels (FR) et du remboursement total (RT)

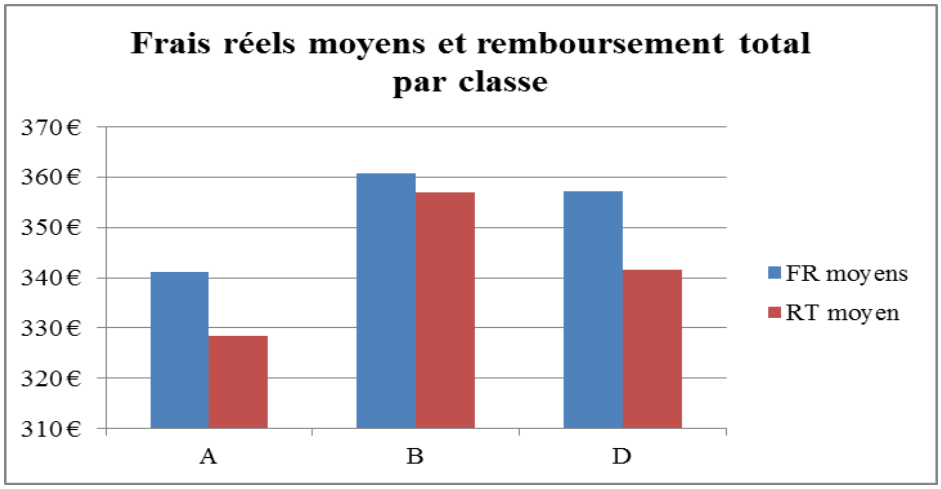
Comme pour les autres cas, nous allons maintenant regarder la moyenne par classe pour les frais réels et le remboursement total.
Tout d'abord, on s'intéresse aux adultes et on obtient les résultats suivants :



Comme pour les entreprises de la garantie « Verres », les classes A et D sont celles où la différence entre les frais réels moyens et le remboursement total moyen est la moins grande

(respectivement 15€ et 52€). Pour les autres classes (les verres plus complexes), celle-ci est au-delà de 100€.
On en tire donc la même conclusion, c'est-à-dire que ceux qui ont des verres complexes ont en moyenne un reste à charge plus important car l'équipement coûte plus cher.

On va maintenant s'intéresser aux enfants.



La première observation que l'on peut faire, que ce soit pour la classe A, la classe B ou la classe D, c'est que les enfants, en moyenne, achètent un équipement moins cher que les adultes.
La différence entre le montant moyen des frais réels et celui du remboursement total est très faible ce qui indique que les enfants sont en majorité bien remboursés et ont en moyenne très peu de reste à charge.

Conclusion de l'analyse descriptive

Cette analyse descriptive de la base de données nous permet donc de conclure que :

- Les enfants achètent en moyenne des équipements optiques moins chers ;

- Les verres complexes sont moins bien remboursés que les verres simples (car coût plus important) et ce sont essentiellement les personnes de plus de 40 ans qui achètent des verres complexes ;

- Les garanties « Monture » actuellement en place dans les entreprises sont certainement en majorité plus élevées que le plafond du contrat responsable qui est de 150 € (car moyenne de remboursement actuelle plus élevée que 150 €) et ces entreprises en question devront donc revoir à la baisse cette garantie si elles veulent passer responsable.

De plus, la population étant vieillissante (d'après une étude de l'INSEE, un tiers de la population aura plus de 60 ans en 2050 contre un quart aujourd'hui), on peut s'attendre à ce que de plus en plus de personnes portent des lunettes et que ce soit en majorité des verres complexes.

On va s'intéresser dans la prochaine partie à l'impact du contrat responsable pour les entreprises dans un premier temps avant de regarder l'impact global du portefeuille de LSN Assurances.

2) L'impact du contrat responsable sur le portefeuille de LSN Assurances

Avant d'estimer l'impact, il nous faut calculer le montant de remboursement qu'aurait payé LSN Assurances si les garanties étaient celles du contrat responsable, c'est-à-dire en supposant que les plafonds des remboursements sont ceux du contrat responsable.

La méthode est la suivante :

- Si le montant qui a été remboursé est inférieur à la garantie du contrat responsable alors le remboursement reste le même qu'actuellement ;

Exemple : un assuré de la classe A achète deux verres d'un montant de 400 €. Il a été remboursé avec sa garantie actuelle à hauteur de 300 €.
Le plafond du contrat responsable pour 2 verres de classe A est de 320 € donc étant donné que le montant remboursé est inférieur à 320 €, le montant remboursé sera le même.

- Si le montant qui a été remboursé est supérieur à la garantie du contrat responsable alors le remboursement est le montant maximum de la garantie du contrat responsable.

Exemple : un assuré de la classe B achète un équipement (monture + verres) d'une valeur de 850 €. Il a été remboursé avec sa garantie actuelle 800 € or le plafond du contrat responsable pour la classe B est de 750 € donc l'assuré sera remboursé à hauteur de 750 € et aura à sa charge 50 € de plus avec la mise en place du contrat responsable.

Pour savoir si une société sera impactée ou non par la mise en place du contrat responsable, il faut aussi calculer le montant moyen de remboursement du contrat responsable :

- pour les verres, le remboursement moyen avec les plafonds du contrat responsable est de 540 € ;

- pour les montures, on a 150 € ;

- et donc pour l'équipement (monture + verres), on a 690 €.

L'hypothèse faite ici est que si le remboursement actuel est supérieure au remboursement moyen du contrat responsable alors l'entreprise sera impactée.

Regardons maintenant l'impact pour les différents cas (i.e une paire tous les deux ans, une paire tous les ans, pas de limitation) et par fichier ce qui va nous permettre de savoir quel cas sera le plus impacté par ce changement de garantie.
Dans les trois premières sous-parties, on va s'intéresser au nombre de sociétés qui seront touchées par la mise en place du contrat responsable et on regardera également quelle classe sera la plus touchée. Dans la dernière sous-partie, on se concentrera sur l'impact global sur le portefeuille de LSN Assurances.

2.1) Le cas « une paire tous les 2 ans »

Ce cas-là est le plus simple (on a supposé que la période des 2 ans commençait à la date d'achat de l'équipement). En effet, étant donné qu'il s'agit de la même garantie que celle qui va être mise en place par le contrat responsable (au niveau de la limitation d'un équipement tous les deux ans), il suffit juste de prendre en compte tous les montants remboursés (ceux qui ont été vraiment remboursés et ceux qui auraient été remboursés avec le contrat responsable). Si par exemple un assuré a acheté une paire deux années de suite (2012 et 2013 par exemple), cela signifie que sa dioptrie a changé et donc on prend en compte les deux montants.

2.1.1) Le fichier « Verres »

Dans la partie « Nombre de sociétés impactées par la mise en place du contrat responsable », on s'intéressera uniquement à la classe A et B (car la majorité des actes se trouvent là) ainsi qu'au global alors que dans la partie « Impact par classe », on regardera toutes les classes (on fera la même chose pour le fichier « Monture + Verres »).

Nombre de sociétés impactées par la mise en place du contrat responsable

Le tableau ci-dessous nous donne le nombre de sociétés, le nombre d'actes, le nombre de garanties impactées ainsi que le nombre de garanties non impactées (la somme des deux peut être supérieure au nombre de sociétés car une entreprise peut avoir plusieurs garanties) :

	Global	Classe A	Classe B
Nombre de sociétés	42	40	36
Nombre d'actes	2724	1469	1002
Nombre de garanties impactées	16	4	13
Nombre de garanties non impactées	33	21	26

On remarque que, concernant la classe A, peu de garanties sont impactées (seulement 4). Cela signifie que les consommateurs de cette classe ont probablement acheté des verres en deçà de ce que leur garantie leur permettait. En effet, lorsque l'on regarde la classe B et le global, le nombre de garanties impactées passe à respectivement 13 et 16 ce qui signifie donc qu'il y a pas mal de garanties qui sont plus élevées que celle du contrat responsable.

On remarque également qu'il y a plus de garanties qui ne sont pas impactées ce qui signifie donc pour la majorité des garanties (33), le montant moyen des garanties ne devra pas forcément être vu à la baisse (il y aura quand même des baisses pour être dans les limites notamment pour la classe A qui a un plafond faible mais en moyenne, cette baisse ne se verra pas).

Au total, 38% des entreprises ont des garanties plus élevées que les garanties du contrat responsable donc si celles-ci ne changent pas leur garantie, elles devront payer la taxe supplémentaire.

Impact par classe

On va regarder ici l'impact du contrat responsable par classe (toutes années confondues) sur les actes qui sont supérieurs à la limite du contrat responsable (par exemple ceux qui sont supérieurs à 320 € pour la classe A).
Le tableau ci-dessous nous donne la différence entre le remboursement actuel moyen et le plafond de remboursement du contrat responsable pour les remboursements supérieurs à ce plafond ainsi que le pourcentage d'actes concernées.

	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	Classe F
Pourcentage du nombre d'actes concernés	9%	7%	15%	10%	-	3%
Garantie actuelle	409 €	666 €	745 €	520 €	-	707 €
Contrat responsable	320 €	600 €	700 €	460 €	-	650 €
Différence	-22%	-10%	-6%	-12%	-	-8%

Dans un premier temps, on voit que le nombre d'actes concerné est plutôt faible ce qui signifie donc que la majorité des consommateurs achètent déjà des verres en deçà des futures garanties du contrat responsable.
Pour les consommateurs qui achètent des verres au-delà du plafond des garanties du contrat responsable, les consommateurs de la classe A sont ceux qui vont voir leur montant de remboursement baisser le plus avec la mise en place du contrat responsable. En effet, celui-ci baissera en moyenne d'environ 20% ce qui correspond à une baisse d'environ 90 €.
Pour les consommateurs de la classe B, ceux-ci verront également leur remboursement baisser considérablement au niveau du montant (-66 € environ en moyenne) ce qui représente une chute d'environ 10%.
Pour les autres classes, les baisses seront en moyenne moins importantes (entre 45 et 60€).

En conclusion, cela signifie que pour les entreprises qui ont des garanties élevées, certains consommateurs de celles-ci en profitent pleinement et ils devront donc ajuster leur consommation si leur entreprise décide de mettre leurs garanties responsables s'ils ne veulent pas voir leur reste à charge augmenter considérablement.

2.1.2) Le fichier « Monture »

Pour les montures, étant donné que la garantie du contrat responsable est la même avec le contrat responsable, on s'intéressa uniquement à l'impact global.

Nombre de sociétés impactées par la mise en place du contrat responsable

	Global
Nombre de sociétés	38
Nombre d'actes	1856
Nombre de garanties impactées	31
Nombre de garanties non impactées	15

On remarque que pour les montures, le nombre de garanties impactées est beaucoup plus important (comme on pouvait le penser lorsque l'on a vu le montant moyen actuel des remboursements complémentaires).
En effet, il y en a 31 qui sont supérieures à 150 € ce qui signifie donc qu'environ 80% des entreprises devront revoir certaines de leur garantie à la baisse si elles ne veulent pas payer la taxe supplémentaire.

Impact

	Global
Pourcentage du nombre d'actes concernés	54%
Garantie actuelle	207 €
Contrat responsable	150 €
Différence	-27%

Il y a 54% des actes qui sont supérieurs au plafond de la garantie du contrat responsable et en moyenne ces actes ont été remboursés 207 €. On peut donc supposer que beaucoup d'entreprises ont des garanties bien au-delà de 150 € et que l'effort à faire pour baisser les garanties sera important.
Les consommateurs, eux, devront donc s'ajuster aux nouvelles garanties s'ils ne veulent pas voir leur reste à charge augmenté de manière considérable (en supposant que les frais réels auraient été les mêmes, ils auraient vu, en cas de garantie moyenne à 150 €, augmenter leur reste à charge de 57 € en moyenne).

2.1.3) Le fichier « Monture + Verres »

Nombre de sociétés impactées par la mise en place du contrat responsable

	Global	Classe A	Classe B
Nombre de sociétés	17	13	13
Nombre d'actes	781	493	243
Nombre de garanties impactées	4	2	3
Nombre de garanties non impactées	15	9	9

Pour les sociétés présentes dans ce fichier, on remarque que ce soit pour la classe A ou la classe B et du coup au global, il y a peu de sociétés qui ont une garantie qui est impactée ce qui signifie donc que la majorité des garanties sont déjà aux normes du contrat responsable. En effet, 23% des sociétés ont une garantie plus élevée que ce qui est autorisé par le contrat responsable.

On peut donc en déduire que lorsque les garanties « monture » et « verres » sont regroupées ensemble, il est plus probable que la garantie soit dans les normes (d'après ce que l'on a vu dans ce point 2.1).

Impact par classe

	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	Classe F
Pourcentage du nombre d'actes concernés	37%	3%	0%	37%	-	5%
Garantie actuelle	585 €	946 €	-	665 €	-	832 €
Contrat responsable	470 €	750 €	-	610 €	-	800 €
Différence	-20%	-21%	-	-8%	-	-4%

Bien que le nombre de sociétés impactées soient faibles, on remarque cependant qu'il y a pour la classe A beaucoup d'actes qui sont supérieurs à 470 €. Cela signifie donc qu'une bonne partie des garanties doivent se situer entre 470 € et 690 € (moyenne de toutes les garanties du contrat responsable) et donc les consommateurs de verres simples devront donc faire un effort important si leur société passe au contrat responsable s'ils ne veulent pas se retrouver avec un reste à charge.
On remarque ensuite que les consommateurs de la classe A et B sont ceux qui voient leur remboursement diminuer le plus avec respectivement en moyenne une baisse d'environ 115 € et 196 € ce qui représente dans les deux cas une chute d'environ 20%. Les consommateurs de

ces entreprises auront une augmentation non négligeable de leur reste à charge s'ils ne changent pas leur façon de consommer.

2.2) Le cas « une paire tous les ans »

Pour ce cas-là, les 18 ans et plus et les moins de 18 ans ont été différenciés.
Pour les 18 ans et plus, la méthodologie a été la suivante :

- si un assuré a changé de lunettes deux années de suite car sa dioptrie avait changé et que le changement était visible (i.e changement de classe) alors les deux montants sont pris en compte ;

- si un assuré a changé de lunettes deux années de suite mais que rien ne permet de savoir s'il y a eu changement de vision alors l'achat de la première année est pris en compte ;

- si un assuré a acheté des lunettes trois ou quatre années de suite sans changement de vision (du moins pas identifiable) alors les montants de la première et de la troisième année sont pris en compte.

Tous les contrats des sociétés présentes dans cette partie seront forcément impactés par la mise en place du contrat responsable car ils ne respectent pas la limitation d'une paire tous les deux ans instaurée par le contrat responsable pour les 18 ans et plus.

Pour les moins de 18 ans, étant donné qu'ils ont le droit à une paire tous les ans, la méthodologie est celle qui a été expliquée dans la partie précédente (garantie « une paire tous les deux ans »).

2.2.1) Le fichier « Verres »

Nombre de sociétés impactées par la mise en place du contrat responsable

	Global	Classe A	Classe B
Nombre de sociétés	50	46	40
Nombre d'actes	1671	899	612
Nombre d'actes avec le contrat responsable	1445	766	535
Nombre de garanties impactées	21	3	19
Nombre de garanties non impactées	38	30	29

On remarque tout d'abord qu'il y a une baisse du nombre d'actes avec la mise en place du contrat responsable (il passe au global de 1671 à 1445). Cela est dû, comme dit précédemment, au fait que les consommateurs peuvent acheter des verres chaque année avec leur garantie actuelle alors qu'avec le contrat responsable, ce sera tous les 2 ans (sauf changement de la correction visuelle).

On remarque également que, concernant la classe A, peu de garanties sont impactées (seulement 3). Cela signifie que les consommateurs de cette classe ont probablement acheté des verres en deçà de ce que leur garantie leur permettait. En effet, lorsque l'on regarde la classe B et le global, le nombre de garanties impactées passe à respectivement 19 et 21 ce qui signifie donc qu'il y a pas mal de garanties qui sont plus élevées que celle du contrat responsable.
Au total, 42% des entreprises ont des garanties plus élevées que les garanties du contrat responsable donc si celles-ci ne changent pas leur garantie, elles devront payer la taxe supplémentaire.

Regardons maintenant les résultats de la classe A et de la classe B pour les moins de 18 ans :

	Global	Classe A	Classe B
Nombre de sociétés	57	57	13
Nombre d'actes	980	945	25
Nombre de garanties impactées	2	2	1
Nombre de garanties non impactées	31	31	6

On remarque que, les enfants eux, n'achètent pas des verres très chers et ne vont donc probablement pas au maximum de leur garantie pour la plupart. En effet, il y a seulement, au global, deux entreprises (sur 57) où il y a des actes plus élevés que le plafond du contrat responsable.
On peut donc en conclure que pour toutes ces sociétés, les enfants ne devront pas changer énormément leur façon de consommer (excepté les deux sociétés impactées).

Impact par classe

Regardons tout d'abord l'impact pour les adultes.

	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	Classe F
Pourcentage du nombre d'actes concernés	11%	15%	67%	12%	-	16%
Garantie actuelle	423 €	817 €	935 €	617 €	-	890 €
Contrat responsable	320 €	600 €	700 €	460 €	-	650 €
Différence	-24%	-27%	-25%	-25%	-	-27%

Comparativement aux consommateurs des entreprises présentes dans le fichier « Verres une paire tous les 2 ans », les consommateurs présents dans le fichier ici ont en moyenne un remboursement actuel plus élevé. On peut donc se dire que les entreprises présentes ici ont des

garanties plus élevées que celles du fichier précédent. Cela signifie donc que les consommateurs de ces dernières auront une baisse plus importante de remboursement.
Il faudra donc pour ces consommateurs faire un effort conséquent pour changer leur façon de consommer au risque de voir leur reste à charge exploser.
Cependant, excepté pour la classe C (mais il n'y a que 6 actes donc peu représentatif), le nombre d'actes concerné est peu élevé donc cela signifie qu'il y a seulement une minorité de consommateurs qui profitent pleinement de la garantie qu'ils ont.

Intéressons-nous maintenant à l'impact pour les enfants.

	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	Classe F
Pourcentage du nombre d'actes concernés	5%	4%	-	0%	-	-
Garantie actuelle	398 €	626 €	-	-	-	-
Contrat responsable	320 €	600 €	-	-	-	-
Différence	-19%	-4%	-	-	-	-

Pour les enfants, la classe A est celle où la différence est la plus élevée. En effet, la baisse est d'environ 78 € ce qui représente une chute de 19%. Ceci s'explique par le fait qu'il s'agit de la classe où le montant de remboursement est le moins élevé avec le contrat responsable et également car il s'agit de la classe où il y a le plus de consommateurs. Cela signifie donc que c'est la classe où il y a plus d'entreprises différentes et donc probablement plus de garanties élevées.
Cependant, cela représente seulement 5% des actes donc il y a peu de consommateurs qui consomment de manière élevée.

2.2.2) Le fichier « Monture »

Nombre de sociétés impactées par la mise en place du contrat responsable

	Global
Nombre de sociétés	64
Nombre d'actes	2470
Nombre d'actes avec le contrat responsable	2230
Nombre de garanties impactées	61
Nombre de garanties non impactées	16

On remarque, comme pour la garantie « verres », que le nombre d'actes diminuent avec le contrat responsable (de 2470 il passe à 2230 au global) ce qui est dû à la même raison qu'expliqué pour les verres.
Au global, 61 sociétés sur les 64 présentes dans ce fichier ont des garanties supérieures à 150€ donc pratiquement la totalité des entreprises. Elles ont donc des garanties qui ne respectent pas les normes imposées par le contrat responsable et devront donc les modifier si elles souhaitent éviter de payer la taxe prévue en cas de contrat non responsable.

Pour les moins de 18 ans, on a les résultats suivants pour les classes A et B :

	Global
Nombre de sociétés	57
Nombre d'actes	783
Nombre de garanties impactées	25
Nombre de garanties non impactées	15

On remarque que, pour les enfants, le nombre de sociétés impactées est moins important ce qui signifie donc que les enfants achètent des lunettes moins chères et ne vont probablement pas à la limite de leur garantie.
Au global, on a 25 sociétés sur les 57 présentes dans ce fichier qui ont des garanties supérieures à 150 € donc ces 25 sociétés ont des garanties qui ne respectent pas les normes du contrat responsable et elles devront donc les modifier si elles ne veulent pas payer la taxe supplémentaire.

Impact

Regardons dans un premiers temps l'impact pour les adultes.

	Global
Pourcentage du nombre d'actes concernés	80%
Garantie actuelle	208 €
Contrat responsable	150 €
Différence	-28%

L'impact ici est sensiblement le même que pour le fichier « Monture une paire tous les 2 ans » (au niveau de la différence de montant). Cela s'explique par le fait que sur les 64 sociétés

présentes dans ce fichier, 61 ont des garanties supérieures à 150 €. Il est donc normal d'avoir une grosse différence au niveau du remboursement.
Il y a cependant plus d'actes concernés donc plus de consommateurs qui achètent des montures qui nécessitent un remboursement supérieur à 150 €. Il y aura donc plus de consommateurs qui devront par la suite acheter des montures moins chères que dans le cas « Monture une paire tous les 2 ans ».

Intéressons-nous maintenant à l'impact pour les enfants.

	Global
Pourcentage du nombre d'actes concernés	17%
Garantie actuelle	197 €
Contrat responsable	150 €
Différence	-24%

Pour les enfants, l'impact est sensiblement le même que pour les adultes mais la différence est qu'il y a uniquement 17% d'actes concernés.
Cela signifie que pour les 25 entreprises qui ont une garantie supérieure à 150 €, elles remboursent en moyenne 200 € ce qui implique que leur garantie est en moyenne 25 % trop élevée.

2.2.3) Le fichier « Monture + Verres »

Nombre de sociétés impactées par la mise en place du contrat responsable

	Global	Classe A	Classe B
Nombre de sociétés	8	8	6
Nombre d'actes	1132	491	512
Nombre d'actes avec le contrat responsable	964	410	449
Nombre de garanties impactées	2	1	2
Nombre de garanties non impactées	8	8	6

Comme pour les garanties « Verres » et « Monture », le nombre d'actes avec le contrat responsable baisse ce qui est dû à la mise en place de la limitation à une paire tous les deux ans sauf en cas d'évolution de la vue.

Concernant le nombre de sociétés impactées, celui-ci est peu élevé. En effet, il y a deux garanties qui ne respectent pas les conditions du contrat responsable.
Cela veut donc dire que la majorité des entreprises présentes ici sont dans les normes au niveau du montant des garanties du contrat responsable (car également 8 garanties non impactées) et elles devront juste mettre en place la limitation à une paire tous les deux ans.

Regardons maintenant, les résultats de la classe A et de la classe B pour les lignes « Monture + Verres » des moins de 18 ans :

	Global	Classe A	Classe B
Nombre de sociétés	15	14	4
Nombre d'actes	396	292	100
Nombre de garanties impactées	1	1	0
Nombre de garanties non impactées	7	6	1

Comme pour les adultes, le nombre de sociétés impactées est faible. En effet, sur les 15 présentes, on peut seulement affirmer qu'il y en a une qui n'est pas aux normes du contrat responsable.
Concernant le nombre de garanties non impactées, celui-ci est au global de 7 garanties donc il y au moins 7 garanties qui sont aux normes du contrat responsable en ce qui concerne le montant des garanties.

Impact par classe

Tout d'abord, regardons l'impact pour les adultes.

	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	Classe F
Pourcentage du nombre d'actes concernés	37%	2%	0%	4%	-	0%
Garantie actuelle	583 €	809 €	-	663 €	-	-
Contrat responsable	470 €	750 €	-	610 €	-	-
Différence	-19%	-7%	-	-8%	-	-

Comme pour le cas « Monture + Verres une paire tous les deux ans », on voit que le pourcentage d'actes concernés est beaucoup plus élevé pour la classe A que pour les autres classes. On en déduit donc la même conclusion, c'est-à-dire qu'une bonne partie des entreprises ont sûrement une garantie comprise entre 470 € et 690 €.

On remarque ensuite, excepté pour la classe A où c'est sensiblement pareil, les différentes sont moins importantes pour les entreprises présentes dans ce fichier que celles présentes dans le fichier « Monture + Verres une paire tous les deux ans ». Cela implique donc que les garanties actuelles des entreprises présentes ici sont en moyenne moins élevées. Les consommateurs ne verront donc pas leur remboursement baisser excessivement s'ils appartiennent à la classe B ou D.
Par contre pour la classe A, étant donné qu'il s'agit de la classe avec le remboursement le moins élevé, les consommateurs concernés devront faire un effort important et changer leur façon de consommer s'ils ne veulent pas voir leur reste à charge augmenter considérablement.

Intéressons-nous maintenant à l'impact pour les enfants.

	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	Classe F
Pourcentage du nombre d'actes concernés	18%	0%	-	25%	-	-
Garantie actuelle	582 €	-	-	618 €	-	-
Contrat responsable	470 €	-	-	610 €	-	-
Différence	-19%	-	-	-1%	-	-

Pour les enfants, l'impact est le même que les adultes pour la classe A avec une baisse d'environ 112€ et cela concerne 18% des actes donc une part moins importante que les adultes.

2.3) Le cas « pas de limitation »

Pour ce cas-là, les 18 ans et plus et les moins de 18 ans ont également été différenciés. De plus, on fait, ici, les hypothèses suivantes :

- si un assuré a acheté deux paires la même année et si la date d'achat est la même alors on suppose que sa vision n'a pas changé et donc on ne prend en compte qu'une paire sur les deux ;

- si un assuré a acheté deux paires la même année et si la date d'achat est différente alors on suppose que sa vision a changé et donc on prend en compte les deux paires ;

- si un assuré a acheté une paire deux années de suite et qu'il n'a pas changé de classe alors on ne prend pas en compte la paire achetée la deuxième année ;

- si un assuré a acheté une paire deux années de suite et qu'il a changé de classe alors on prend en compte les deux paires.

2.3.1) Le Fichier « Verres »

Nombre de sociétés impactées par la mise en place du contrat responsable

	Global	Classe A	Classe B
Nombre de sociétés	78	73	58
Nombre d'actes	2265	1369	713
Nombre d'actes avec le contrat responsable	1857	1113	584
Nombre de garanties impactées	42	14	40
Nombre de garanties non impactées	49	43	32

On remarque tout d'abord que la baisse du nombre d'actes avec le contrat responsable est encore plus importante que dans le cas de la garantie « Verres une paire tous les ans » (baisse d'environ 18% du nombre d'actes contre environ 13.5% toutes classes confondues).

Concernant la classe A, on remarque que les consommateurs de 14 entreprises (sur 73) achètent des verres supérieurs à la garantie du contrat responsable alors que pour la classe B, le nombre d'entreprise, où le consommateur achète des verres plus élevés, monte à 40 (sur 58). Les verres complexes étant plus chers, il est logique qu'il y ait plus d'entreprises impactées que pour les verres simples.

Au global, 42 garanties seront impactées avec la mise en place du contrat responsable. Cela signifie donc que 53% des sociétés présentes ici devront modifier leur garantie si elles ne veulent pas payer la taxe.

Regardons maintenant les résultats pour les moins de 18 ans des classes A et B :

	Global	Classe A	Classe B
Nombre de sociétés	48	46	5
Nombre d'actes	459	442	10
Nombre de garanties impactées	2	2	0
Nombre de garanties non impactées	20	19	2

Contrairement aux adultes, les enfants eux n'achètent pas des verres élevés (même s'ils le peuvent) et donc on peut seulement affirmer qu'il y a deux garanties qui seront impactées par la mise en place du contrat responsable et donc qu'au minimum deux entreprises devront changer leur garantie.

Impact par classe

Regardons dans un premier temps l'impact pour les adultes.

	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	Classe F
Pourcentage du nombre d'actes concernés	19%	38%	57%	17%	-	37%
Garantie actuelle	435 €	801 €	974 €	579 €	-	811 €
Contrat responsable	320 €	600 €	700 €	460 €	-	650 €
Différence	-26%	-25%	-28%	-20%	-	-20%

Contrairement aux autres cas pour les verres, il y a beaucoup d'actes qui sont concernés pour les classes B, C et F (mais seulement 7 actes pour la classe C). Cela signifie donc que ces consommateurs-là profitent pleinement de la garantie qu'ils ont actuellement.

En ce qui concerne l'impact chiffré, celui-ci est important pour chaque classe. En effet, il sera au minimum de 115€ (classe A). La hausse du reste à charge sera donc importante pour tous les consommateurs s'ils ne changent pas leur façon de consommer.

Intéressons-nous maintenant à l'impact des enfants.

	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	Classe F
Pourcentage du nombre d'actes concernés	14%	0%	-	0%	-	-
Garantie actuelle	412 €	-	-	-	-	-
Contrat responsable	320 €	-	-	-	-	-
Différence	-22%	-	-	-	-	-

Seuls les consommateurs de la classe A seront impactés ici (les consommateurs de la classe B et D bien que peu nombreux ont tendance à acheter des verres dont le prix est moins élevé que les plafonds du contrat responsable donc ils ne seront pas impactés s'ils continuent de consommer de la même façon). Ceux-ci verront en moyenne leur remboursement baisser de 92€ ce qui représente une chute d'environ 22 % et donc une augmentation du reste à charge de 22 %.
Cependant cela concerne peu de consommateurs. En effet, seulement 14% des actes ont eu un remboursement supérieur à 320 € donc au plus 14% des consommateurs.

2.3.2) Le fichier « Monture »

Nombre de sociétés impactées par la mise en place du contrat responsable

	Global
Nombre de sociétés	65
Nombre d'actes	1154
Nombre d'actes avec le contrat responsable	1032
Nombre de garanties impactées	55
Nombre de garanties non impactées	11

La baisse du nombre d'actes est sensiblement le même que pour la garantie « Monture une paire tous les ans » (baisse de 10.6% contre 9.7% toutes classes confondues).
Ici, la majorité des entreprises (84% d'entre elles) ont des garanties plus élevées que la garantie du contrat responsable et donc elles devront presque toutes changer leur garantie sous peine de payer la taxe supplémentaire.

Pour les moins de 18 ans, on a les résultats suivants pour les classes A et B :

	Global
Nombre de sociétés	33
Nombre d'actes	234
Nombre de garanties impactées	20
Nombre de garanties non impactées	3

Concernant les enfants, eux aussi profitent pleinement de la garantie qu'ils ont actuellement. En effet, on observe que 20 garanties ne respectent pas le contrat responsable.
Il y aura donc au minimum 60% des entreprises présentes ici qui devront changer leur garantie si elles ne veulent pas payer la taxe supplémentaire

Impact par classe

Regardons tout d'abord l'impact pour les adultes.

	Global
Pourcentage du nombre d'actes concernés	56%
Garantie actuelle	199 €
Contrat responsable	150 €
Différence	-26%

56% des actes dans ce fichier ont un remboursement supérieur à 150 € ce qui représente un peu plus de la moitié.
En ce qui concerne la différence, celle-ci est sensiblement la même que dans les autres fichiers montures (un peu moins élevée toutefois) et elle est donc également importante (49 €)
Les consommateurs concernés verront donc leur remboursement diminuer avec la mise en place du contrat responsable.

Intéressons-nous maintenant à l'impact pour les enfants.

	Global
Pourcentage du nombre d'actes concernés	28%
Garantie actuelle	186 €
Contrat responsable	150 €
Différence	-20%

Pour les enfants, ils verront leur remboursement diminuer d'environ 36 € en moyenne et cela concerne 28% des actes donc au maximum 28% des consommateurs.

2.3.3) Le fichier « Monture + Verres »

Nombre de sociétés impactées par la mise en place du contrat responsable

	Global	Classe A	Classe B
Nombre de sociétés	12	12	11
Nombre d'actes	1188	727	353
Nombre d'actes avec le contrat responsable	1130	682	346
Nombre de garanties impactées	3	2	2
Nombre de garanties non impactées	10	8	9

Ici, contrairement aux deux cas précédents, la baisse du nombre d'actes est moins importante que le cas « Monture + Verres une paire tous les ans » (environ 5% contre environ 15%). Cela signifie que les consommateurs ici ne profitent pas forcément du fait qu'ils peuvent changer de lunettes.
Au niveau du nombre de garanties impactées, celui-ci est de 3 ce qui signifie qu'il y a au moins 3 entreprises qui ne respectent pas le contrat responsable et devront donc modifier leur garantie si elles veulent éviter de payer la taxe supplémentaire.

Regardons maintenant pour les moins de 18 ans les résultats de la classe A et de la classe B :

	Global	Classe A	Classe B
Nombre de sociétés	8	8	2
Nombre d'actes	317	293	15
Nombre de garanties impactées	0	0	0
Nombre de garanties non impactées	4	4	1

Ici, en se basant sur les chiffres, il y a zéro entreprises qui ne respectent pas le contrat responsable. Cela signifie que soit les garanties sont pour toutes moins élevées que le maximum autorisé par le contrat responsable ou alors que les enfants ne vont pas au maximum autorisé par le contrat responsable.

Impact par classe

Regardons tout d'abord ce que cela donne pour les adultes.

	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	Classe F
Pourcentage du nombre d'actes concernés	5%	2%	0%	0%	-	4%
Garantie actuelle	585 €	886 €	-	-	-	894 €
Contrat responsable	470 €	750 €	-	-	-	800 €
Différence	-20%	-15%	-	-	-	-10%

On remarque tout d'abord que pour les consommateurs de la classe C et D (il y a des actes mais les remboursements actuels ne dépassent pas les plafonds du contrat responsable), ceux-ci ne sont pas impactés car ils ont soit des garanties moins élevées que celle du contrat responsable ou soit ils achètent des équipements peu chers et ne profitent pas pleinement de la garantie qu'ils ont.
Pour les autres classes, les consommateurs de la classe B sont ceux qui vont voir leur remboursement diminuer le plus au niveau du montant (environ 136 € en moyenne) suivi de près par la classe A (environ 125€) ce qui implique que s'ils continuent de consommer de la même manière sans s'adapter à la prochaine garantie qui sera mise en place avec le contrat responsable, ils verront en moyenne leur reste à charge d'augmenter respectivement d'environ 15 % et 20%.
Cependant, cela concerne au plus 5% des actes (pour la classe A) donc cela signifie que peu de consommateurs seront concernés.

Intéressons-nous maintenant aux enfants.

	Classe A	Classe B	Classe C	Classe D	Classe E	Classe F
Pourcentage du nombre d'actes concernés	1%	0%	-	0%	-	-
Garantie actuelle	483 €	-	-	-	-	-
Contrat responsable	470 €	-	-	-	-	-
Différence	-3%	-	-	-	-	-

Pour les enfants, seuls les consommateurs de la classe A sont touchés mais la différence est peu élevé entre le remboursement moyen actuel et le futur remboursement en cas de contrat responsable (environ 13 € en moyenne) et cela concerne seulement 1% des actes donc presque rien. Les consommateurs de la classe B et D ont déjà tendance, eux, à acheter un équipement moins cher que les plafonds du contrat responsable.

Conclusion globale

Les différentes conclusions que l'on peut tirer de cette partie sont les suivantes :

- La garantie « Monture » est celle où il y le plus d'entreprises qui ne sont pas dans la norme du contrat responsable, c'est-à-dire qui n'ont pas une garantie inférieure à la garantie maximale autorisée par le contrat responsable (150 €) ;

- Pour la garantie « Verres », le fichier « pas de limitation » est celui où il y a le plus de garanties non responsables et le plus d'actes supérieurs aux différents plafonds ;

- Pour la garantie « Monture + Verres », les entreprises qui ont cette garantie sont en majorité dans les normes du contrat responsable mais les consommateurs de verres simples (pour le cas « une paire tous les deux » et une « paire par an ») seront impactés (car garantie la moins élevée) s'ils n'achètent pas un équipement moins cher dans le futur.

2.4) Le résultat global

Dans cette sous-partie, on va tout d'abord comparer les résultats en fonction des garanties. On s'intéressera ensuite à l'impact de la mise en place du contrat responsable sur le ratio « sinistres sur primes ». Et pour finir, on regardera l'impact du contrat responsable sur le taux de couverture.

2.4.1) Comparaison des résultats en fonction des garanties

Comparons dans un premier temps les trois cas en fonction des garanties :

		Une paire tous les deux ans					Une paire tous les ans					Pas de limitation				
		2012	2013	2014	2015	Total	2012	2013	2014	2015	Total	2012	2013	2014	2015	Total
Verres	Garanties actuelles	79 725 €	160 979 €	196 710 €	298 023 €	**735 437 €**	69 964 €	250 721 €	252 777 €	145 530 €	**718 991 €**	316 453 €	251 826 €	182 147 €	160 145 €	**910 571 €**
	Contrat responsable	76 350 €	156 429 €	192 021 €	285 388 €	**710 188 €**	61 826 €	217 975 €	204 925 €	115 694 €	**600 421 €**	260 575 €	154 846 €	143 159 €	122 141 €	**680 720 €**
	Différence (en €)	-3 375 €	-4 550 €	-4 688 €	-9 274 €	**-21 887 €**	-8 137 €	-32 746 €	-47 852 €	-23 842 €	**-112 577 €**	-55 879 €	-96 980 €	-38 988 €	-31 330 €	**-223 177 €**
	Différence (en %)	-4,2%	-2,8%	-2,4%	-4,2%	**-3,4%**	-11,6%	-13,1%	-18,9%	-20,5%	**-16,5%**	-17,7%	-38,5%	-21,4%	-23,7%	**-25,2%**
Monture	Garanties actuelles	39 668 €	100 321 €	65 461 €	124 629 €	**330 078 €**	62 272 €	165 525 €	118 631 €	112 737 €	**459 165 €**	78 039 €	60 961 €	33 938 €	48 020 €	**220 959 €**
	Contrat responsable	31 508 €	85 186 €	54 537 €	103 719 €	**274 949 €**	51 066 €	130 740 €	93 262 €	92 714 €	**367 782 €**	64 262 €	36 533 €	26 334 €	35 608 €	**162 738 €**
	Différence (en €)	-8 160 €	-15 135 €	-10 924 €	-20 910 €	**-55 129 €**	-11 206 €	-34 785 €	-25 369 €	-20 023 €	**-91 383 €**	-13 777 €	-24 428 €	-7 604 €	-12 412 €	**-58 221 €**
	Différence (en %)	-20,6%	-15,1%	-16,7%	-16,8%	**-16,7%**	-18%	-21,0%	-21,4%	-17,8%	**-20%**	-17,7%	-40,1%	-22,4%	-25,8%	**-26,3%**
Monture + Verres	Garanties actuelles	121 526 €	72 396 €	94 144 €	128 545 €	**416 610 €**	222 432 €	195 560 €	165 265 €	186 794 €	**770 052 €**	420 917 €	39 758 €	44 499 €	62 732 €	**567 906 €**
	Contrat responsable	109 996 €	68 995 €	88 134 €	115 582 €	**382 708 €**	211 240 €	144 759 €	139 019 €	154 978 €	**649 997 €**	418 559 €	26 296 €	41 262 €	52 129 €	**538 246 €**
	Différence (en €)	-11 530 €	-3 400 €	-6 010 €	-12 962 €	**-33 902 €**	-11 192 €	-50 801 €	-26 246 €	-31 816 €	**-120 054 €**	-2 358 €	-13 462 €	-3 237 €	-10 604 €	**-29 660 €**
	Différence (en %)	-9,5%	-4,7%	-6,4%	-10,1%	**-8,1%**	-5%	-26,0%	-15,9%	-17,0%	**-15,6%**	-0,6%	-33,9%	-7,3%	-16,9%	**-5,2%**
Total	Garanties actuelles	240 919 €	333 695 €	356 315 €	551 196 €	**1 482 125 €**	354 668 €	611 806 €	536 674 €	445 060 €	**1 948 208 €**	815 410 €	352 545 €	260 584 €	270 898 €	**1 699 436 €**
	Contrat responsable	217 854 €	310 610 €	334 692 €	504 689 €	**1 367 845 €**	324 133 €	493 475 €	437 206 €	363 386 €	**1 618 200 €**	743 396 €	217 675 €	210 755 €	209 878 €	**1 381 705 €**
	Différence (en €)	-23 065 €	-23 085 €	-21 623 €	-46 507 €	**-114 280 €**	-30 535 €	-118 331 €	-99 467 €	-81 675 €	**-330 008 €**	-72 013 €	-134 870 €	-49 829 €	-61 020 €	**-317 732 €**
	Différence (en %)	-9,6%	-6,9%	-6,1%	-8,4%	**-7,7%**	-8,6%	-19,3%	-18,5%	-18,4%	**-17%**	-8,8%	-38,3%	-19,1%	-22,5%	**-18,7%**

On remarque tout d'abord, excepté pour la garantie « monture + verres » (ce qui est normal car il y a peu de sociétés dans le cas « pas de limitation » et en 2012 le montant de remboursement est dix fois plus élevé que les autres années et la différence est très faible cette année là), le cas « pas de limitation » est celui où la différence « en pourcentage » est la plus grande. Cela est tout à fait logique étant donné que c'est le cas où les assurés n'ont aucune restriction.

On remarque ensuite que c'est la garantie « monture » qui a la plus grande différence pour les trois cas. Suite à ce que l'on a vu dans les trois sous parties précédentes, cela semble logique. En effet, il s'agit de la garantie où la plus grande partie des sociétés ont des garanties qui sont supérieures à la garantie du contrat responsable qui est pour rappel de 150 €.

Regardons maintenant le résultat que cela donne lorsque l'on regroupe les trois cas. Le tableau ci-dessous nous donne les résultats :

		Toutes les garanties				
		2012	2013	2014	2015	Total
Verres	Garanties actuelles	466 142 €	663 525 €	631 634 €	603 698 €	**2 364 999 €**
	Contrat responsable	398 751 €	529 249 €	540 105 €	523 223 €	**1 991 329 €**
	Différence (en €)	**-67 391 €**	**-134 276 €**	**-91 528 €**	**-80 475 €**	**-373 670 €**
	Différence (en %)	**-14,5%**	**-20,2%**	**-14,5%**	**-13,3%**	**-16%**
Monture	Garanties actuelles	179 979 €	326 808 €	218 030 €	285 386 €	**1 010 202 €**
	Contrat responsable	146 837 €	252 460 €	174 133 €	232 041 €	**805 470 €**
	Différence (en €)	**-33 143 €**	**-74 348 €**	**-43 897 €**	**-53 345 €**	**-204 733 €**
	Différence (en %)	**-18,4%**	**-22,7%**	**-20,1%**	**-18,7%**	**-20,3%**
Monture + Verres	Garanties actuelles	764 875 €	307 713 €	303 909 €	378 071 €	**1 754 568 €**
	Contrat responsable	739 795 €	240 051 €	268 416 €	322 690 €	**1 570 952 €**
	Différence (en €)	**-25 080 €**	**-67 662 €**	**-35 493 €**	**-55 381 €**	**-183 616 €**
	Différence (en %)	**-3,3%**	**-22%**	**-11,7%**	**-14,6%**	**-10,5%**
Total	Garanties actuelles	1 410 997 €	1 298 046 €	1 153 572 €	1 267 155 €	**5 129 770 €**
	Contrat responsable	1 285 383 €	1 021 760 €	982 654 €	1 077 953 €	**4 367 750 €**
	Différence (en €)	**-125 613 €**	**-276 286 €**	**-170 918 €**	**-189 202 €**	**-762 019 €**
	Différence (en %)	**-8,9%**	**-21,3%**	**-14,8%**	**-14,9%**	**-14,9%**

La garantie « monture » est celle où la différence en pourcentage est la plus élevée. Cela veut donc dire que la mise en place du contrat responsable aura un impact important sur cette garantie.

2.4.2) Taux de couverture

Le taux de couverture donne le niveau de remboursement du régime (après intervention de la SS et du régime complémentaire) et se calcule de la manière suivante :

$$Taux\ de\ couverture = 1 - \frac{reste\ à\ charge}{Frais\ réels}$$

Le tableau ci-dessous nous donne le taux de couverture de la garantie « Optique » dans chaque cas (toutes choses égales par ailleurs) :

		2012	2013	2014	2015	Total
Monture + Verres	Taux de couverture Garanties actuelles	86%	90%	93%	95%	89%
	Taux de couverture Garanties contrat responsable	84%	83%	87%	88%	85%
Monture	Taux de couverture Garanties actuelles	85%	90%	88%	88%	88%
	Taux de couverture Garanties contrat responsable	70%	74%	75%	76%	74%
Verres	Taux de couverture Garanties actuelles	91%	88%	84%	87%	87%
	Taux de couverture Garanties contrat responsable	81%	80%	78%	78%	79%
Total	Taux de couverture Garanties actuelles	**87%**	**89%**	**87%**	**90%**	**88%**
	Taux de couverture Garanties contrat responsable	**81%**	**79%**	**80%**	**80%**	**80%**

On remarque dans un premier temps que le taux de couverture actuel en moyenne est plutôt bon. Cela signifie que les assurés n'ont pas, en moyenne, un reste à charge très élevé et donc il s'agit de bonnes garanties.
En regardant les différentes classes, on remarque toutefois que le taux de couverture est beaucoup moins important pour les verres complexes (environ 83%) que pour les verres simples (environ 93%) ce qui est dû au fait que les verres sont plus chers et donc moins bien remboursés comme démontrer ultérieurement.
On voit qu'avec l'instauration du contrat responsable, le taux de couverture baisse plus ou moins selon la garantie.
La garantie « monture + verres » est celle qui baisse le moins. Cela veut donc dire que les garanties actuelles sont celles qui sont, en moyenne, les plus proches du contrat responsable.
La garantie « monture » est celle qui baisse le plus. Cela signifie donc que ce sont celles qui sont le plus loin, en moyenne, de celle du contrat responsable.

Au total, la baisse est comprise entre 6 et 10% ce qui n'est pas négligeable. Cependant, le calcul ici est fait sans prendre en compte une possible baisse du montant des prestations. En effet, avec la baisse des garanties, cela devrait entraîner probablement une baisse du montant de la consommation (les opticiens étant aussi des commerciaux, ils vont s'en doute s'adapter au montant des nouvelles garanties) et donc l'impact sur le taux de couverture devrait être moins élevé. On verra dans une prochaine partie ce qu'il en est vraiment en regardant l'impact réel qu'a eu la mise en place du contrat responsable en 2016 dans certaines entreprises.

2.4.3) Ratio « sinistres sur primes »

Intéressons-nous maintenant au ratio « sinistres sur primes » (ici, sinistres = prestations + provisions et primes = cotisations nettes) pour les prestations totales.
Pour calculer les cotisations nettes, nous allons avoir besoin de calculer les taxes et les frais de chargements.
Les taxes sont de 13,27 % et se calculent de la manière suivante :

$$taxes = cotisations\ brutes - \frac{cotisations\ brutes}{1 + 13{,}27\%}$$

Pour les frais de chargement (il s'agit des frais d'apport LSN, des frais de gestion et des frais d'assureur), le portefeuille fait ressortir une moyenne de 15% et ils se calculent de la façon suivante :

$$Frais = (cotisations\ brutes - taxes) * 15\%$$

Il existe trois cas de figure pour le ratio S/P :

- Si le ratio est supérieur à 100%, alors les prestations provisionnées sont plus élevées que les cotisations donc le compte est déficitaire et donc l'assureur paie plus qu'il ne reçoit ;

- Si le ratio est égal à 100 % alors le compte est équilibré ;

- Si le ratio est inférieur à 100% alors les cotisations sont plus élevées que les prestations provisionnées donc le compte est excédentaire ;

Pour calculer les provisions, la méthode utilisée ici est la méthode Chain Ladder. Il s'agit d'une méthode déterministe fréquemment utilisée car simple à mettre en œuvre et ancienne.
C'est une méthode généralement appliquée à des paiements cumulés notés $C_{i,j}$ où i est un indice représentant l'exercice de survenance et j un indice représentant l'exercice de développement (i.e la date où le sinistre a été payé ≠ la date de survenance du sinistre)
Les données disponibles sont représentées sous forme d'un triangle comme suit :

Exercice de survenance	1er bilan	2ème bilan	3ème bilan	4ème bilan
1	$C_{1,1}$	$C_{1,2}$	$C_{1,3}$	$C_{1,4}$
2	$C_{2,1}$	$C_{2,2}$	$C_{2,3}$	
3	$C_{3,1}$	$C_{3,2}$		
4	$C_{4,1}$			

L'hypothèse principale de cette méthode est celle de la stabilité des cadences de paiements. Pour chaque exercice de développement, on cherche à déterminer un coefficient de passage f_j indépendant de i :

$$C_{i,j+1} = f_j * C_{i,j}$$

L'estimation de ce coefficient est donc donnée par :

$$\hat{f_j} = \frac{\sum_{i=1}^{n-j} C_{i,j+1}}{\sum_{i=1}^{n-j} C_{i,j}}, j = 1, \dots, n-1$$

Grâce à ces facteurs, il est possible d'estimer :

- Les paiements ultimes par exercice de survenance : $\hat{C}_{i,n} = C_{i,n-i} * \prod_{j=n-i}^{n-1} \hat{f}_j$

- Les provisions par exercices de survenance : $\hat{R}_i = \hat{C}_{i,n} - \hat{C}_{i,n-i}$

- Les provisions totales : $\hat{R} = \sum_{i=1}^{n} \hat{R}_i$

Année de survenance i	Période de développement j			
	1	2	3	4
2012	6 044 148 €	6 076 836 €	6 079 248 €	6 079 587 €
2013	5 439 941 €	5 473 937 €	5 475 264 €	
2014	5 881 614 €	5 910 222 €		
2015	6 297 284 €			

Coefficients de passage :

j	1	2	3
$\widehat{f_j}$	1,005487	1,000324	1,000056

En utilisant la méthode Chain Ladder, on obtient donc le tableau suivant :

Année de survenance i	Période de développement j				$\hat{R}_i$
	1	2	3	4	
2012	6 044 148 €	6 076 836 €	6 079 248 €	6 079 587 €	0 €
2013	5 439 941 €	5 473 937 €	5 475 264 €	5 475 568,93 €	305 €
2014	5 881 614 €	5 910 222 €	5 912 135,25 €	5 912 464,67 €	2 243 €
2015	6 297 284 €	6 331 839,48 €	6 333 889,46 €	6 334 242,38 €	36 958 €

Pour pouvoir déterminer les PSAP dans chaque cas, il faut également calculer le pourcentage de prestations qui restent à payer par rapport à ce qui a déjà été payé. Pour cela, on divise le montant estimé des PSAP par le montant déjà réglé des prestations. On obtient les résultats suivants :

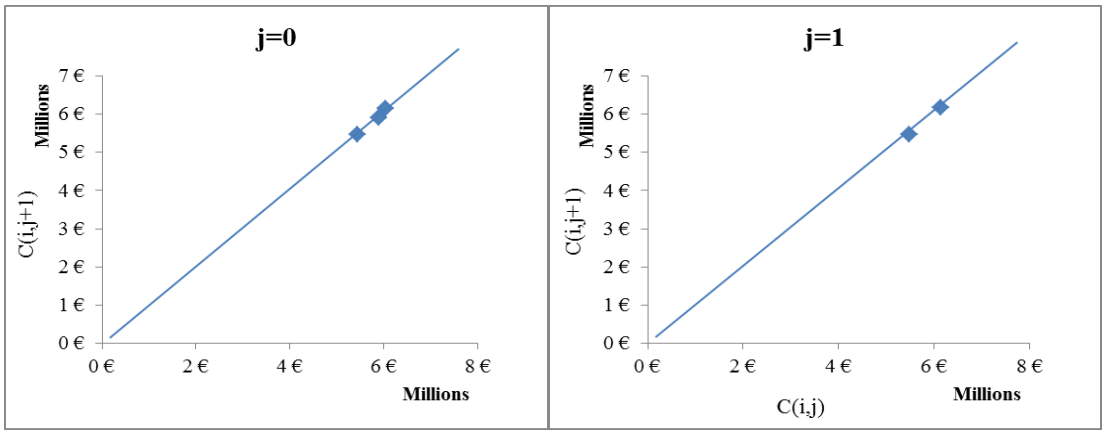
2012	0%
2013	0,0056%
2014	0,0379%
2015	0,5869%

Cela signifie qu'en arrêtant les prestations au 30/11/2016, il reste par exemple à payer, pour l'année 2015, 0.5869% de prestations, c'est-à-dire que si on a 100€ de prestations, on aura 0.59€ de provisions et donc des prestations provisionnées de 100.59€.

Vérification empirique de l'hypothèse :

Pour vérifier l'hypothèse, deux tests sont effectués :

- Le premier est une représentation des C-C plot (graphique ci-dessous)



On remarque les couples $(C_{i,j}, C_{i,j+1)})$ sont « sensiblement » alignés sur une droite qui passe par l'origine ce qui valide l'hypothèse.

- Le deuxième test consiste à réaliser le triangle de déviation (appelé également d-triangle) qui est composé des facteurs individuels $f_{i,j}$. On calcule également la moyenne, l'écart-type et le coefficient de variation pour chaque période de développement. Le résultat obtenu est le suivant :

	j		
i	1	2	3
2012	1,005408231	1,000397013	1,00005572
2013	1,006249327	1,000242434	
2014	1,004863887		
Moyenne	1,00551	1,00032	
Ecart-type	0,00070	0,00011	
Coeff de variation	0,07%	0,01%	

On remarque que la volatilité est faible et décroissante avec le délai j et une variation maximale de 0.07% par rapport à la valeur moyenne. L'hypothèse est donc vérifiée dans cette étude.

L'avantage de la méthode Chain Ladder est qu'elle est simple à implémenter. Cependant, elle repose sur des hypothèses fortes sur la gestion des sinistres et les données récentes peuvent être moins bien estimées car il y a peu de données pour effectuer la régression ce qui fait qu'une valeur extrême peut entrainer plus facilement des écarts importants.
De plus, les estimateurs de la méthode Chain Ladder sont relativement sensibles à la qualité des données. Des données inexactes pourraient fausser l'estimation des facteurs de développement et donc cela se répercuterait sur l'estimation des provisions.

Comparons les résultats obtenus par la méthode Chain Ladder avec ceux obtenus par la méthode de la cadence de règlement (méthode expliquée dans l'annexe 2, page 104) et par la méthode Bornhuetter-Ferguson (annexe 3, page 105). Le tableau suivant résume les résultats :

	Chain Ladder	Cadence de règlement	BF
2013	0,0056%	0,0056%	0,0050%
2014	0,0379%	0,0453%	0,0168%
2015	0,5869%	0,5863%	0,4839%

On remarque que les résultats sont proches entre la méthode de Chain Ladder et la cadence de règlement. La méthode de Borhuetter-Ferguson donne des pourcentages moins élevés (même si quand même proche mais c'est normal étant donné que les pourcentages sont faibles pour toutes les années).

Cette différence s'explique par le fait que la méthode Bornhuetter-Ferguson repose sur une hypothèse au niveau du loss ratio donc si cette hypothèse s'avère loin de la réalité, les provisions sont inexactes.

Dans cette étude, le portefeuille est composé d'entreprises assurées par une multitude d'assureur. Il est donc difficile d'estimer le loss ratio « attendu » car les assureurs peuvent avoir une politique différente et ne pas attendre la même chose au niveau du résultat.

Concernant la méthode de la cadence de règlement, celle-ci se base uniquement sur une année de survenance antérieure. Il suffit que le portefeuille ait énormément changé par rapport à cette année (par exemple une ou plusieurs entreprises de taille importante qui ont résilié son contrat depuis ou une ou plusieurs qui sont entrées dans le portefeuille ou un changement de politique) pour que les chiffres obtenus par cette méthode soient inexacts. Il faut donc pour cette méthode avoir une bonne connaissance du portefeuille et des changements qu'il y a pu avoir.

La méthode de Chain Ladder a donc été choisie pour ce mémoire par sa simplicité et qu'elle ne demande pas d'avoir des connaissances particulières sur le portefeuille ou sur les attentes au niveau du loss ratio.

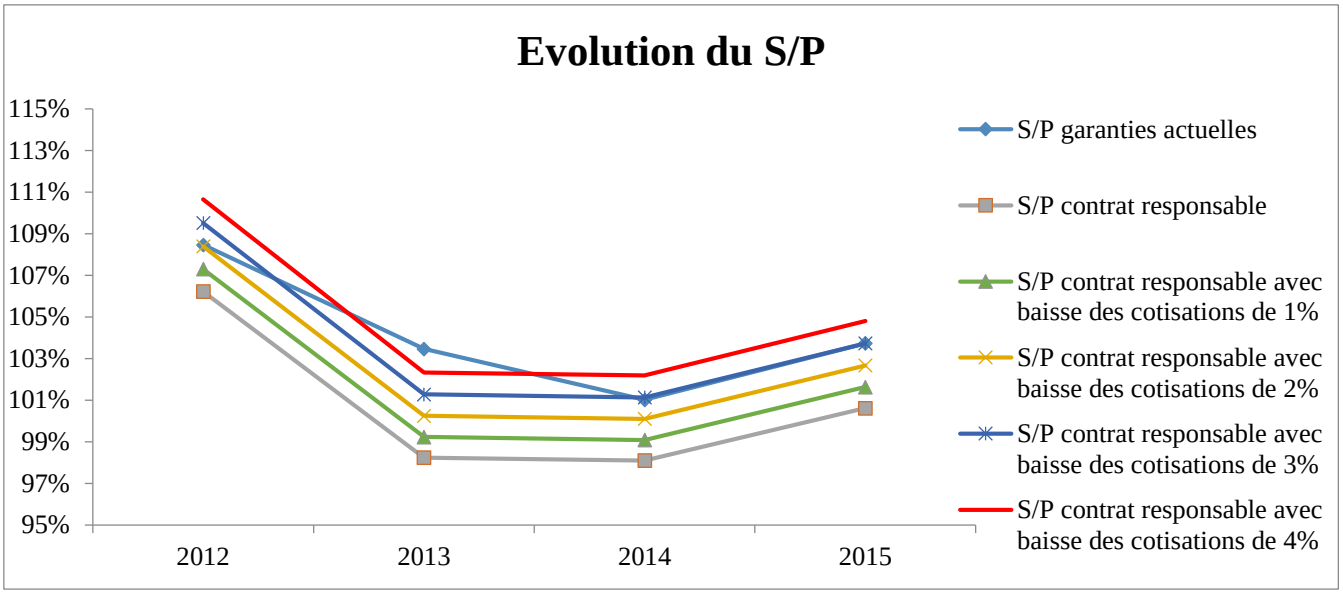
Avec tous ces éléments, on peut maintenant calculer le ratio « sinistres sur primes ».
Le tableau suivant nous donne le résultat :

	2012	2013	2014	2015	Total
Cotisations brutes	7 468 892 €	7 052 304 €	7 799 126 €	8 136 875 €	30 457 197 €
Taxes	875 008 €	826 204 €	913 696 €	953 265 €	3 568 173 €
Frais de chargement	989 082 €	933 915 €	1 032 814 €	1 077 541 €	4 033 353 €
Cotisations nettes	5 604 801 €	5 292 186 €	5 852 615 €	6 106 068 €	22 855 670 €
Prestations garanties actuelles	6 079 587 €	5 475 264 €	5 910 222 €	6 297 284 €	23 762 357 €
Provisions garanties actuelles	0 €	307 €	2 240 €	36 959 €	39 505 €
Prestations provisionnées garanties actuelles	6 079 587 €	5 475 570 €	5 912 462 €	6 334 243 €	23 801 862 €
Prestations contrat responsable	**5 953 974 €**	**5 198 978 €**	**5 739 304 €**	**6 108 082 €**	**23 000 338 €**
Provisions contrat responsable	**0 €**	**291 €**	**2 175 €**	**35 848 €**	**38 315 €**
Prestations provisionnées contrat responsable	**5 953 974 €**	**5 199 269 €**	**5 741 479 €**	**6 143 930 €**	**23 038 653 €**
S/P garanties actuelles	108,5%	103,5%	101,0%	103,7%	104,1%
S/P contrat responsable	**106,2%**	**98,2%**	**98,1%**	**100,6%**	**100,8%**

On remarque dans un premier que tous les ratios, dans le cas des garanties actuelles, sont supérieurs à 100% donc cela signifie que les comptes sont au total déficitaires.

Pour l'année 2012, on obtient une baisse de 2,30% mais le ratio est toujours supérieur à 100% donc les comptes sont quand même déficitaires.
Pour l'année 2013, il y a une baisse de 5,3% et le ratio passe en dessous des 100% ce qui signifie qu'avec le contrat responsable, les comptes auraient été bénéficiaires.
Pour l'année 2014, le ratio baisse de 2.9% et le ratio passe en dessous des 100% ce qui signifie qu'avec le contrat responsable, les comptes auraient été bénéficiaires.
Pour l'année 2015, le ratio baisse de 3.1% mais le ratio reste de peu au-dessus des 100%.

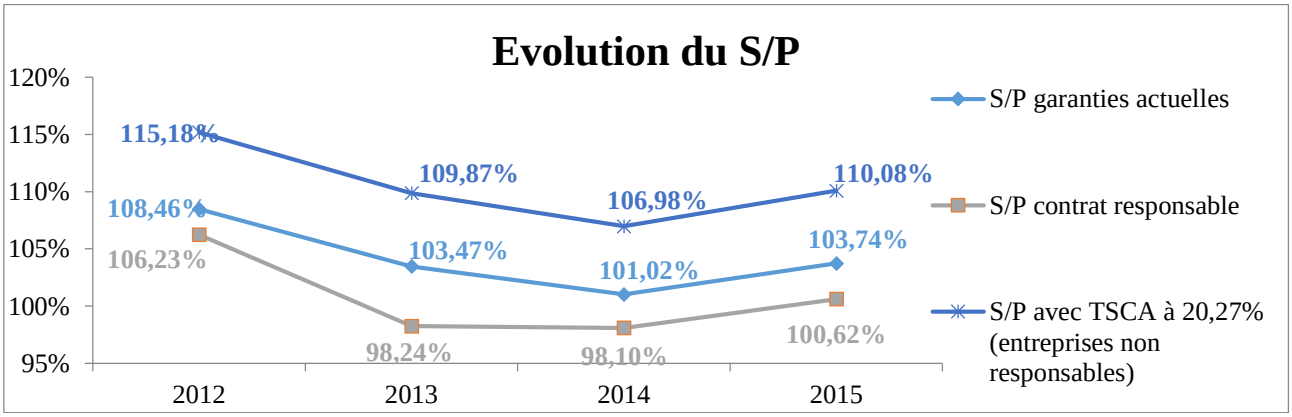
Cependant, ces résultats peuvent changer et donc le S/P peut ne pas baisser ou même augmenter. En effet, tout d'abord, rien ne dit que les opticiens auraient pratiqué les mêmes prix si les garanties avaient été différentes. De plus, une baisse au niveau des garanties va probablement entraîner une baisse du taux de cotisations et donc une baisse du montant des cotisations.
On va donc tester différente baisse du montant des cotisations et voir à partir de quand le S/P devient plus élevé.
Le graphique suivant représente différents tests :



On voit qu'à partir d'une baisse de 4% des cotisations, le S/P est (excepté pour 2013) plus élevé que le S/P avec les garanties actuelles et donc si cette baisse est d'au moins 4% alors la mise en place du contrat responsable fera, en moyenne, augmenter le S/P.

En réalité, en ce qui concerne la baisse (ou l'augmentation) du taux de cotisation, cela se fera cas par cas. En effet, par exemple, si une entreprise à un S/P déficitaire, en passant au contrat responsable, l'assureur pourra ne pas toucher au taux de cotisation et baisser le niveau de garantie (au lieu d'augmenter le taux de cotisation ce qu'elle fait en général lorsque le S/P est mauvais).

Prenons maintenant l'hypothèse où aucune société n'adhère au contrat responsable. On obtiendrait alors le résultat suivant pour le S/P :



On remarque que la mise en place d'une telle taxe fera augmenter de manière significative le S/P. Pour contrer cette hausse, l'assureur augmentera probablement les taux de cotisations. Dans notre cas, pour compenser la taxe, il faudrait augmenter les cotisations d'environ 6%.

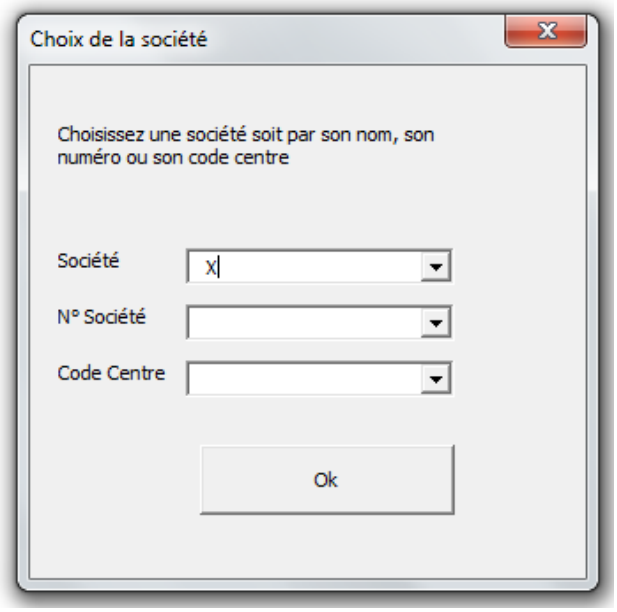
Pour conclure, il est difficile à partir de l'historique de consommations de mesurer le réel impact que va avoir la mise en place du contrat responsable au niveau de la garantie optique.
On peut, en effet, seulement affirmer que le montant moyen de remboursement va diminuer car les garanties vont probablement diminuer dans notre cas (on a vu que beaucoup d'entreprises

avaient des garanties actuelles trop élevées) cela à la condition qu'elles décident de passer au contrat responsable.
Au niveau du S/P, cela va dépendre de comment vont bouger les taux de cotisations dans les différentes entreprises (il se peut que des taux diminuent car les garanties vont diminuer et inversement ou bien qu'ils restent fixes dans certain cas même si les garanties diminuent).

3) Construction d'un « outil » permettant de regarder l'impact par entreprise

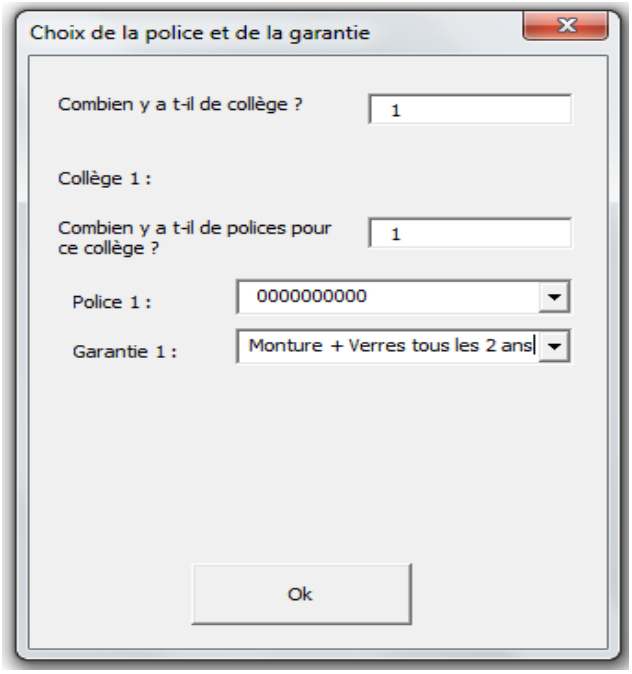
Cette partie porte sur le fonctionnement de l'outil crée sur Excel-VBA pour mesurer l'impact du contrat responsable par entreprise et cet outil va être expliqué en l'illustrant avec un exemple et en commentant les résultats obtenus par l'exemple.

Lorsque l'utilisateur ouvre le fichier Excel, il tombe tout d'abord sur l'userform suivante :



Cette userform permet de choisir la société ou le groupe (avec le code centre) pour qui l'utilisateur souhaite faire le test.

En appuyant sur le bouton « Ok », l'utilisateur tombe sur une autre userform qui est la suivante :



Ici, l'utilisateur doit tout d'abord entrer le nombre de collèges c'est-à-dire la catégorie socio professionnelle (cadre, non cadre, etc), puis le nombre de polices et ensuite choisir dans les listes déroulantes la police et la garantie affectée à cette police. Dans mon exemple, il s'agit d'une société qui a un seul collège qui est « Ensemble du personnel », une seule police et la garantie est « Monture + Verres une paire tous les deux ans ».

En appuyant sur « Ok », les premiers calculs se font et on obtient plusieurs tableaux. Il s'agit tout d'abord des tableaux des remboursements par classes et par tranches de remboursement. On a, par exemple, le tableau suivant pour la classe A (les tableaux des autres classes sont en annexe : annexes 1.1 et 1.2) :

		Classe A											
		2012			2013			2014			2015		
		Rbst	Poids croissant	Nb actes	Rbst	Poids croissant	Nb actes	Rbst	Poids croissant	Nb actes	Rbst	Poids croissant	Nb actes
Sans le Contrat Responsable	De 0 à 270	0 €	0%	0	0 €	0%	0	0 €	0%	0	0 €	0%	0
	De 270 à 370	0 €	0%	0	357,90 €	36,70%	1	357,79 €	5,44%	1	0 €	0%	0
	De 370 à 470	0 €	0%	0	0 €	36,70%	0	0 €	5,44%	0	0 €	0%	0
	De 470 à 570	0 €	0%	0	0 €	36,70%	0	0 €	5,44%	0	0 €	0%	0
	Plus de 570	11 628,13 €	100%	13	617,20 €	100%	1	6 217,72 €	100%	10	4 119,48 €	100%	7
		11 628,13 €		**13**	**975,10 €**		**2**	**6 575,51 €**		**11**	**4 119,48 €**		**7**
Avec le Contrat Responsable	De 0 à 270	0 €	0%	0	0 €	0%	0	0 €	0%	0	0 €	0%	0
	De 270 à 370	0 €	0%	0	357,90 €	43,23%	1	357,79 €	7,07%	1	0 €	0%	0
	De 370 à 470	6 110 €	100%	13	470 €	100%	1	4 700 €	100%	10	3 290,00 €	100%	7
	De 470 à 570	0 €	100%	0	0 €	100%	0	0 €	100%	0	0 €	100%	0
	Plus de 570	0 €	100%	0	0 €	100%	0	0 €	100%	0	0 €	100%	0
		6 110 €		**13**	**827,90 €**		**2**	**5 057,79 €**		**11**	**3 290 €**		**7**
Différence	De 0 à 270	0 €	-	0	0 €	-	0	0 €	-	0	0 €	-	0
	De 270 à 370	0 €	-	0	0 €	-	0	0 €	-	0	0 €	-	0
	De 370 à 470	6 110 €	-	13	470 €	-	1	4 700 €	-	10	3 290 €	-	7
	De 470 à 570	0 €	-	0	0 €	-	0	0 €	-	0	0 €	-	0
	Plus de 570	-11 628,13 €	-	-13	-617,20 €	-	-1	-6 217,72 €	-	-10	-4 119,48 €	-	-7
		-5 518,13 €		**0**	**-147,20 €**		**0**	**-1 517,72 €**			**-829,48 €**		**0**

Pour mieux comprendre les résultats, il est utile de préciser que pour cette société :

- La garantie pour 2012 était de 35% du PMSS et donc le remboursement maximum était de 1060,85 € ;

- La garantie est descendue à 20% du PMSS en 2013 et est la même depuis et donc le remboursement maximum est de 617,2 € pour 2013, 625,8 € pour 2014 et 634 € pour 2015.

On remarque que pour cette classe, les montants remboursés avec la garantie actuelle sont beaucoup plus élevés que lorsque l'on instaure le plafond du contrat responsable qui est de 470 € pour la classe A (ce qui est logique étant donnée les garanties en places). Cela veut donc dire que les assurés vont devoir leurs dépenses aux niveaux de remboursements.

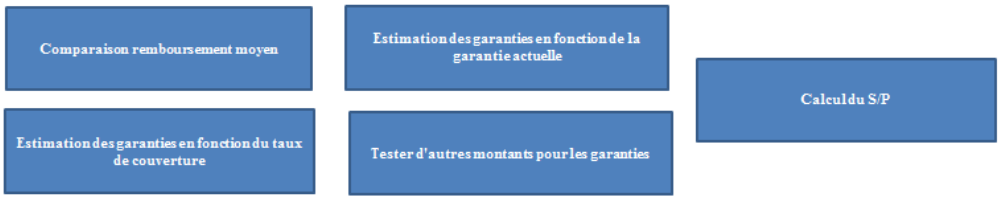
Pour la classe B (annexe 1.1), excepté pour 2012, les remboursements sont les mêmes dans les deux cas ce qui s'explique par le fait que la garantie actuelle est inférieure à 750 €.

Pour la classe D (annexe 1.2), excepté pour 2013, les remboursements sont proches mais un peu plus élevés avec les garanties actuelles étant donné que la garantie actuelle est supérieure à 610 €.

On en conclut donc que les assurés de la classe A, si les garanties sont celles des plafonds du contrat responsable, seront les plus impactés par la mise en place du contrat responsable.

L'utilisateur arrive ensuite sur la page suivante :

						Taux de couverture							
		Gain				Garantie actuelle	Contrat responsable	Garantie actuelle	Contrat responsable	Garantie actuelle	Contrat responsable	Garantie actuelle	Contrat responsable
Classe	Limite Garantie	2012	2013	2014	2015	2012		2013		2014		2015	
A	470 €	5 518 €	147 €	1 517 €	829 €	99,6%	53,1%	95,8%	81,5%	84,7%	65,5%	92,4%	74,4%
B	750 €	1 058 €	0 €	0 €	0 €	94,4%	75,8%	60,2%	60,2%	69,8%	69,8%	90,5%	90,5%
C	850 €	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
D	610 €	451 €	-	19 €	-	85,7%	46,6%	-	-	100%	98,6%	-	-
E	660 €	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
F	800 €	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Total	7 027 €	147 €	1 536 €	829 €	97,25%	59,94%	77,85%	70,76%	85,32%	70,13%	91,80%	79,40%



On retrouve tout d'abord sur cette page le gain réalisé avec le contrat responsable en fonction de la classe et de l'année.
On remarque que le gain le plus élevé est en 2012 ce qui est normal au vu de la garantie qu'il y avait en place pour cette année et du nombre d'actes.
Les années 2013 et 2015 étant les années avec le nombre d'actes le moins élevé, il est donc normal que le gain soit moins important.

On a ensuite la comparaison des taux de couverture entre les garanties qu'il y avait ces années là et les garanties du contrat responsable.
On remarque que la baisse la plus significative, au global, est pour l'année 2012 ce qui s'explique par la même raison que le gain.

En regardant classe par classe, la classe A est celle qui voit le taux de couverture le plus chuté et ceci pour deux raisons :

- garantie la moins élevée des six classes du contrat responsable ;

- classe avec le plus grand nombre d'actes donc plus de probabilité d'avoir des actes au-dessus de la garantie du contrat responsable.

On trouve également sur cette page 5 boutons qui sont les suivants :

- comparaison remboursement moyen ;

- estimation des garanties en fonction de la garantie actuelle ;

- estimation des garanties en fonction du taux de couverture ;

- tester d'autres montants pour les garanties ;

- calcul du S/P.

Le bouton « comparaison remboursement moyen » calcule automatiquement le remboursement moyen dans le cas de la garantie actuelle et dans le cas du contrat responsable. Le remboursement moyen se calcule de la manière suivante :

$$Rbst\ moyen = \frac{Rbst\ total}{nombre\ d'actes}$$

On calcule, ici, le remboursement moyen total (en prenant la somme des remboursements de toutes les années) par classe.
On obtient, pour la société de l'exemple, le tableau suivant :

Classe	Limite garantie	Garantie actuelle	Contrat responsable
A	470 €	734 €	462 €
B	750 €	778 €	672 €
C	850 €	-	-
D	610 €	767 €	610 €
E	660 €	-	-
F	800 €	-	-

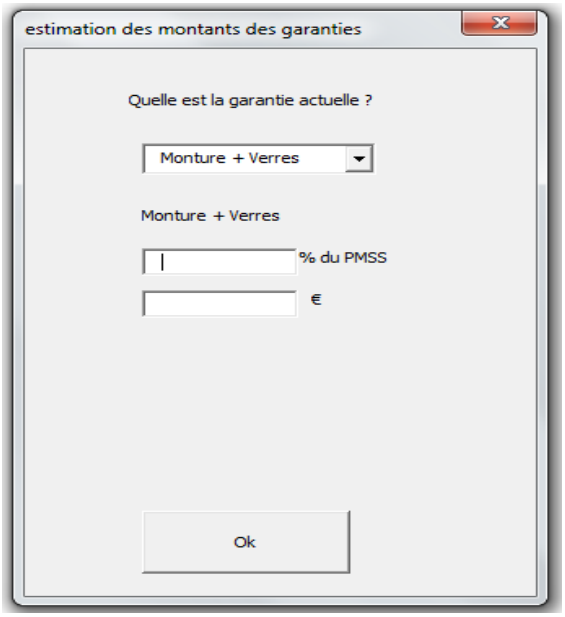
Le remboursement moyen avec la garantie actuelle est plus élevé que la limite des garanties du contrat responsable pour chaque classe. Cela s'explique en partie, pour cette société, par le fait que la garantie qu'il y avait en 2012 (pour rappel, elle était de 35% du PMSS) était vraiment élevée et les assurés ne se privaient donc pas pour acheter des équipements très chers.

Pour le remboursement moyen avec le contrat responsable, il est inférieur (classe A et B) ou égal (classe D et E) à la limite des garanties du contrat responsable.

Le remboursement moyen est un indicateur qui peut aider l'assureur à fixer les montants des nouvelles garanties lorsque la société passera au contrat responsable. En effet, il est basé sur l'historique de la consommation et permet de savoir de quelle manière consomme les assurés.

Ici, s'agissant d'une société avec peu d'actes, il est difficile de se faire un véritable avis. Mais lorsqu'il s'agit d'une société avec beaucoup d'assurés et donc beaucoup d'actes, il permet de voir, en fonction de la garantie qu'il y a en place, si les assurés sont plutôt du genre à utiliser tout le montant de la garantie (c'est-à-dire acheter un équipement à hauteur de la garantie) ou non.

Le bouton « estimation des garanties en fonction des garanties actuelles » permet à l'utilisateur d'estimer le montant de la garantie de chaque classe du contrat responsable par rapport à la garantie actuelle.
Lorsqu'il appuie sur le bouton, l'userform suivante apparait :



Dans la liste déroulante, l'utilisateur a le choix entre :

- Monture + Verres : il s'agit d'une garantie globale pour l'équipement ;

- Monture et Verres : il y a une garantie pour les verres et une autre pour la monture.

L'estimation se fait pour les garanties qui sont soit en fonction du PMSS soit en fonction d'un forfait.

Pour les garanties en fonction du PMSS, le calcul est le suivant :
Soit :
- x le montant en pourcentage de la garantie actuelle (par exemple 15%) ;
- y le montant du PMSS pour l'année en cours ;
- z le montant en euros de la garantie actuelle ;
- a le montant de la garantie de la classe A en euros ;
- b le montant de la garantie de la classe B en euros ;
- c le montant de la garantie de la classe C en euros ;
- d le montant de la garantie de la classe D en euros ;
- e le montant de la garantie de la classe E en euros ;
- f le montant de la garantie de la classe F en euros ;
- T le montant moyen de la garantie du contrat responsable en euros.

Calculons tout d'abord le montant en euros de la garantie actuelle :

$$z = x * y$$

Calculons ensuite le montant moyen de la garantie du contrat responsable :

$$T = (a + b + c + d + e + f)/6$$

L'étape suivante est de diviser z par T pour avoir en pourcentage ce que représente la garantie actuelle par rapport à la moyenne des garanties du contrat responsable.

Si on obtient un nombre supérieur ou égal à 1, cela signifie que la garantie actuelle est plus élevée ou est la même que la moyenne des garanties du contrat responsable et alors on prendra en compte les montants maximums de chaque classe.
Si par contre, le nombre obtenu est inférieur à 1 alors, les montants estimés de chaque classe sont les suivants (on ne le fera que pour la classe A) :

$$Montant\ estimée\ classe\ A = a * \frac{z}{T}$$

Pour les garanties en forfait, le fonctionnement est le même excepté qu'il n'y a pas besoin de faire la première étape étant donné que l'on a déjà un montant en euros.

Exemple d'un contrat avec des garanties « monture » et « verres » séparées :

Prenons par exemple une garantie pour les verres de 15% du PMSS et une garantie pour la monture de 100 €.
Le PMSS 2015 est de 3170 € donc le montant de la garantie « verres » en euros est de 475,50 €.
Lorsque l'on calcule la moyenne des montants des garanties du contrat responsable pour les verres, on obtient 540€.
La garantie actuelle est donc inférieure à la moyenne du contrat responsable.
La garantie actuelle représente 88,05% de la garantie moyenne du contrat responsable.
En multipliant ce pourcentage par les montants maximums du contrat responsable, on obtient les montants estimés suivants :

Classe	Montants estimés
A	282 €
B	528 €
C	616 €
D	405 €
E	449 €
F	572 €

Pour la monture, la garantie actuelle est inférieure à 150 € donc étant donné que le montant est le même pour chaque classe, la garantie estimée est de 100€ pour toutes les classes.

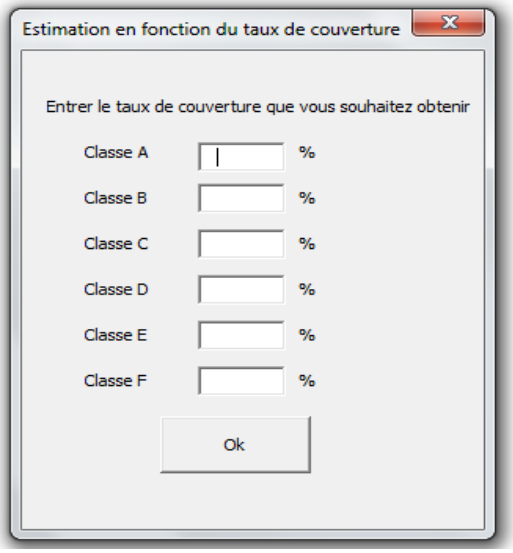
Regardons maintenant ce que l'on obtient avec la société de l'exemple. La garantie actuelle est de 20% du PMSS pour l'équipement total.

Verres + Monture		
Classe	Rbst max contrat responsable	Montants estimés
A	470 €	432 €
B	750 €	689 €
C	850 €	781 €
D	610 €	560 €
E	660 €	606 €
F	800 €	735 €

Avec cette méthode, on remarque que plus le montant du remboursement maximum du contrat responsable est élevé, plus la baisse du montant est significative.
Cette méthode s'appuyant uniquement sur le montant de la garantie, elle ne prend pas en compte l'historique de consommations et donc ne prend pas compte la répartition des assurés par classe et leur façon de consommer. Il faudra donc, en plus de cette méthode, se renseigner sur l'historique de consommation pour ajuster au mieux les montants des garanties par rapport à la répartition des assurés dans les classes notamment.

Le bouton « estimation des garanties en fonction du taux de couverture » permet d'estimer les montants des garanties du contrat responsable par rapport à ce que la société veut comme taux de couverture pour chaque classe.

En appuyant sur le bouton, l'userform suivante apparait :



La méthodologie est la suivant :

- on calcule d'abord le reste à charge estimé de la manière suivante :

$$Reste\ \text{à}\ charge\ estimé = \ frais\ réel * (1 - taux\ de\ couverture\ voulu)$$

- on calcule ensuite le remboursement complémentaire estimé :

$$Rbst\ estimé = \ frais\ réel - rbst\ SS - rbst\ autre\ mutuelle - RAC\ estimé$$

- on calcule pour finir le remboursement complémentaire moyen qui sera le montant de la garantie.

Pour avoir des garanties estimées inférieures aux montants maximum autorisés par le contrat responsable, il faut bien évidemment prendre des taux de couverture inférieurs à ceux que l'on a obtenus avec les montants maximums du contrat responsable.

Exemple avec un seul acte :

Frais réels : 600€
Remboursement Sécurité Sociale : 10 €
Remboursement autre mutuelle : 0 €
Taux de couverture voulu : 85%

On obtient les résultats suivants :

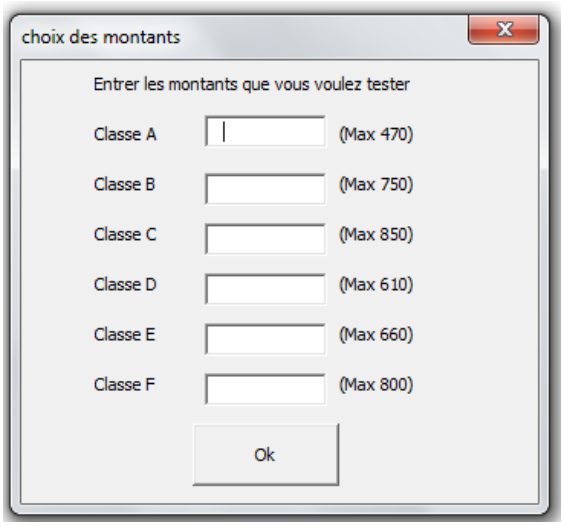
- $Reste\ à\ charge\ estimé = 600\ € * (1 - 85\%) = \ 90\ €$

- $Rbst\ complémentaire\ estimé = 600\ € - 10\ € - 90\ € = 500\ €$

La garantie avec ces montants serait alors de 500 €.

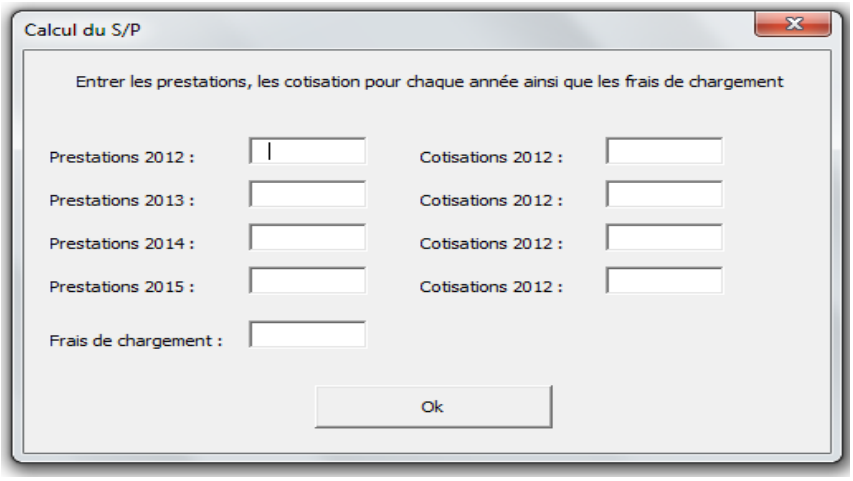
Le bouton « tester d'autres montants pour les garanties » permet à l'utilisateur de choisir les garanties qu'ils souhaitent avoir pour chaque classe.

En appuyant sur le bouton, l'userform suivante apparait :



Pour que la garantie soit conforme au contrat responsable, il faut bien évidemment rentrer des valeurs inférieures aux maximums qui sont indiqués entre parenthèse.
Une fois les montants rentrés, en appuyant sur le bouton « Ok », on obtient les tableaux pour chaque classe que l'on a eu précédemment mais avec cette fois-ci les garanties rentrées par l'utilisateur et non les garanties maximums du contrat responsable et dans une autre page le tableau avec le gain et le taux de couverture par année.

Le dernier bouton « Calcul du S/P » permet à l'utilisateur de calculer le S/P avec les garanties actuelles et les garanties du contrat responsable.
En appuyant sur le bouton, l'userform suivante apparait :



Avec la société de notre exemple, on obtient le résultat suivant :

	2012	2013	2014	2015	Total
Cotisations brutes	36 420 €	32 218 €	31 009 €	27 252 €	126 899 €
Taxes	4 267 €	3 774 €	3 633 €	3 193 €	14 867 €
Frais de chargement	4 823 €	4 266 €	4 106 €	3 609 €	16 809 €
Cotisations nettes	27 330 €	24 178 €	23 270 €	20 450 €	95 223 €
Pretations garanties actuelles	57 713 €	11 185 €	19 721 €	16 181 €	104 800 €
Provisions garanties actuelles	0 €	1 €	9 €	95 €	105 €
Prestations provisionnées garanties actuelles	57 713 €	11 186 €	19 730 €	16 276 €	104 905 €
Prestations contrat responsable	**50 292 €**	**11 038 €**	**18 185 €**	**15 352 €**	**94 868 €**
Provisions contrat responsable	**0 €**	**1 €**	**8 €**	**90 €**	**99 €**
Prestations provisionnées contrat responsable	**50 292 €**	**11 039 €**	**18 193 €**	**15 442 €**	**94 966 €**
S/P garanties actuelles	211,2%	46,3%	84,8%	79,6%	110,2%
S/P contrat responsable	**184%**	**45,7%**	**78,2%**	**75,5%**	**99,7%**

On remarque que pour 2012, le S/P est très élevé dans les deux cas. Cela s'explique sûrement par le fait que toutes les garanties devaient être très élevées d'où la baisse notamment de la garantie « Optique » en 2013.
Pour les autres années, le S/P est bien en dessous de 100% ce qui implique que les assurés consomment peu.

Avec l'instauration du contrat responsable, le S/P baisse pour chaque année. On a par exemple une baisse potentielle de 6,6% pour l'année 2014 (potentielle car comme dit dans la partie précédente, cela dépend si les cotisations baissent ou non).

Un autre tableau est présent dans cette page. Il nous indique ce que représente la consommation de l'optique par rapport à la consommation totale et ce qu'elle représenterait avec les garanties du contrat responsable.
Pour cette société, on obtient le résultat suivant :

		2012	2013	2014	2015
Garanties actuelles	Prestations globales	57 713 €	11 185 €	19 721 €	16 181 €
	Prestations optique	20 421 €	1 592 €	9 039 €	5 987 €
	Pourcentage de l'optique	35,4%	14,2%	45,8%	37%
Contrat responsable	Prestations globales	50 292 €	11 038 €	18 185 €	16 181 €
	Prestations optique	13 000 €	1 445 €	7 504 €	5 158 €
	Pourcentage de l'optique	25,9%	13,1%	41,3%	31,9%

On remarque dans un premier temps, excepté pour 2013, que la consommation de l'optique représente une grande partie de la consommation totale. Cela signifie donc que la valeur du S/P dépend énormément de la consommation de l'optique. En effet, lorsque l'on regarde les S/P, on remarque que l'année où le S/P est le plus faible est celui où la consommation de l'optique ne représente pas une grande partie de la consommation totale.
Avec la mise en place du contrat responsable, pour cette société, le poids de l'optique par rapport à la consommation totale baisse mais est toujours important.

En conclusion, pour cette société, étant donné qu'il y a peu de consommation et que la plupart de la consommation de l'optique se trouve dans la classe A, l'impact du contrat responsable sera non négligeable :

- pour les assurés de la classe A car la garantie actuelle étant de 20% du PMSS, le fait qu'elle va passer à 320 € maximum, il s'agit d'une baisse significative et les assurés devront alors faire attention à leur consommation s'ils ne veulent pas avoir à leur charge un montant important ;

- pour la complémentaire santé, l'instauration du contrat responsable va lui permettre d'avoir des comptes de résultats encore meilleurs (si la potentielle baisse du taux de cotisation ne compense pas entièrement cette baisse du montant des prestations).

4) Estimation de la cotisation payée pour le poste optique

Dans cette partie, on va estimer la cotisation payée pour le poste optique avec les garanties actuelles et avec les garanties maximums du contrat responsable en nous basant sur l'historique de consommations des années 2012, 2013 et 2014.
On aura donc besoin ici du fichier des prestations mais également du fichier des adhérents.
L'utilisateur, ici, doit juste rentrer les prestations dans un onglet et les adhérents dans un autre et appuyer sur le bouton pour que les calculs se fassent automatiquement. On va par la suite détailler tous les calculs qui se font.
Regardons dans un premier temps les prestations pour les trois années. L'entreprise choisie a pour garantie Optique 20% du PMSS pour l'équipement (monture + verres) limitée à une paire tous les ans. Les résultats sont les suivants :

	Remboursement complémentaire actuel	Remboursement complémentaire avec le contrat responsable
2012	98 247 €	91 763 €
2013	94 775 €	74 088 €
2014	93 836 €	79 764 €

A partir de ces résultats, on calcule le remboursement moyen par année. On obtient avec la garantie actuelle :

$$CMA = \frac{98\,427.09 + 94\,775.10 + 93\,835.80}{3} = 95\,679.33\ €$$

Avec les garanties du contrat responsable, on obtient la consommation moyenne suivante :

$$CMCR = \frac{91\,762.68 + 74\,087.84 + 79\,763.30}{3} = 81\,871.27\ €$$

La consommation moyenne correspond à la prime pure de l'optique. On remarque que la prime pure est moins élevée avec le contrat responsable et donc le tarif sera moins élevé.

Regardons également le nombre d'actes.

	Nb actes actuel	Nb actes avec le contrat responsable
2012	194	194
2013	196	167
2014	190	175

Comme pour les prestations, on calcule la moyenne par année et obtient 193.33 pour le nombre d'actes actuel et 178.67 pour le nombre d'actes avec le contrat responsable.

On calcule maintenant le remboursement moyen par adhérents. On obtient les résultats suivants :

- Garantie actuelle : $Rbst\ moyen = \frac{95\ 679.33}{193.33} = 494.89\ €$

- Garantie contrat responsable : $Rbst\ moyen = \frac{81\ 871.27}{178.67} = 458.23\ €$

On va s'intéresser maintenant au nombre de consommateurs et également à celui des adhérents. Sur la période, il y a eu 836 adhérents et 403 consommateurs en optique ce qui représente 48.2% des adhérents. Cela signifie donc que pour cette entreprise, il y a au moins 48.2% des adhérents qui portent des lunettes. Ce chiffre étant plutôt élevé, on peut se dire que toutes les personnes portant des lunettes ont consommé durant cette période.

On a maintenant toutes les données nécessaires pour le calcul du montant de la cotisation en optique. La formule est la suivante :

$$Cotisation\ annuelle\ optique = rbst\ moyen * \%\ de\ consommateurs\ en\ optique$$

On obtient les résultats suivants :

- Garantie actuelle :

$$cotisation\ annuelle = 238.57\ €$$
$$cotisation\ mensuelle = 19.88€$$

- Garantie contrat responsable :

$$cotisation\ annuelle = 220.90€$$
$$cotisation\ mensuelle = 18.41€$$

S'agissant de la cotisation pure, il faut ajouter à ce montant les frais de gestion (8%), les frais d'apport (25%) et les taxes (9.27%). La formule pour avoir la cotisation commerciale est la suivante :

$$cotisation\ commerciale = \frac{cotisation\ pure}{1 - frais\ de\ gestion - frais\ d'apport - taxes}$$

On obtient alors les montants ci-dessous :

- Garantie actuelle :

$$cotisation\ annuelle = 413.25\ €$$
$$cotisation\ mensuelle = 34.44€$$

- Garantie contrat responsable :

$$cotisation\ annuelle = 382.64\ €$$

$$cotisation\ mensuelle = 31.89€$$

En instaurant le contrat responsable, la cotisation baissera donc de 30.61€ à l'année en raison du changement de la garantie optique.

Pour cette entreprise, la cotisation totale est de 163.15€ par mois en 2016. L'optique représente donc 21.11% de la cotisation totale.
En regardant ce que représente la consommation de l'optique par rapport à la consommation totale, on trouve 20.51% en moyenne donc les chiffres étant proche, cela paraît être une bonne estimation.

En instaurant le contrat responsable en 2016, cette entreprise aurait donc pu voir sa cotisation mensuelle passée à 160.60€. Il s'agit d'une baisse assez faible mais si jamais l'entreprise reste non responsable à la date limite, elle devra payer en plus la taxe à 7% et donc si la limite avait été 2016, elle aurait payé 175.43€ par mois ce qui augmente considérablement la cotisation.

Il existe également une autre solution pour l'entreprise. En effet, elle peut, par exemple choisir un contrat « Base + Option » en mettant sa base responsable et son option non responsable. Dans ce cas, la cotisation de l'option est à la charge complète de l'employé et la taxe supplémentaire à 7% est donc seulement sur l'option.
Un employé souhaitant avoir l'option payera donc en plus 2.74€ par mois (en supposant que l'option permet seulement d'avoir une garantie meilleure en optique). Cependant, les assurances ont tendance à sur-tarifer l'option car ils se disent que les assurés qui prennent l'option ont tendance à beaucoup consommer.

Pour résumé, l'entreprise a trois choix :

- Elle peut décider de passer au contrat responsable. Dans ce cas, la cotisation mensuelle sera de 160.60 € par mois (part patronale plus part salariale) ;

- Elle peut décider de ne pas devenir responsable. La cotisation mensuelle sera alors de 175.43 € par mois (part patronale plus part salariale) ;

- Elle peut décider d'avoir un contrat « Base + Option ». La cotisation de la base sera de 160.60 € (part patronale plus part salariale) et la cotisation de l'option sera au minimum de 2.74 € (à la charge du salarié seulement).

Il s'agit ici d'une estimation simpliste du calcul du tarif basé uniquement sur l'historique de consommation de l'entreprise. Cette partie sert en particulier à montrer les différents choix qui s'offrent à l'assureur et les éventuels impacts que cela peut engendrer.
Le calcul du tarif est beaucoup plus complexe que cela en réalité. En effet, il prend en compte beaucoup plus d'éléments que dans cette partie (comme par exemple la moyenne d'âge, etc).

5) Analyse de la situation à la fin de l'année 2016

Dans cette partie, on va s'intéresser aux entreprises qui sont passées responsables en 2016 et qui ne l'étaient pas en 2015. Sur les 132 entreprises qui sont présentes en 2015 et 2016, 64 d'entre elles sont passées responsables en 2016.
Le but de cette partie est donc d'analyser l'impact qu'a eu la mise en place du contrat responsable sur elles en regardant notamment l'impact du changement de la garantie optique, l'impact de la mise en place du contrat d'accès aux soins et également l'impact sur le ratio « sinistres sur primes ».

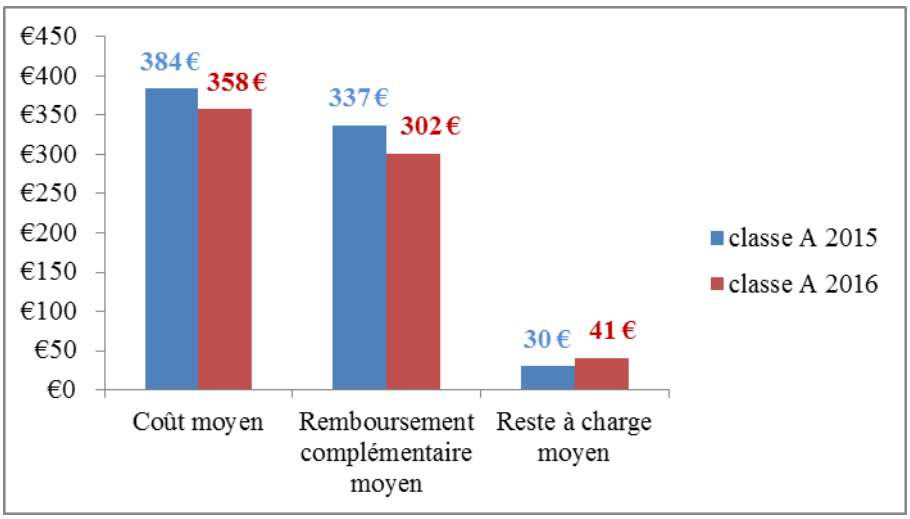
5.1) Impact de la mise en place du contrat responsable sur l'optique

5.1.1) Analyse globale des 64 entreprises

Etant donné qu'avec la mise en place du contrat responsable, les garanties ne sont pas les mêmes selon le type de verres, on va observer les résultats par type de verres (on s'intéressera uniquement à la classe A (deux verres simples) et à la classe B (deux verres complexes) car cela représente environ 90% de la totalité des actes).

5.1.1.1) Résultats pour les verres simples

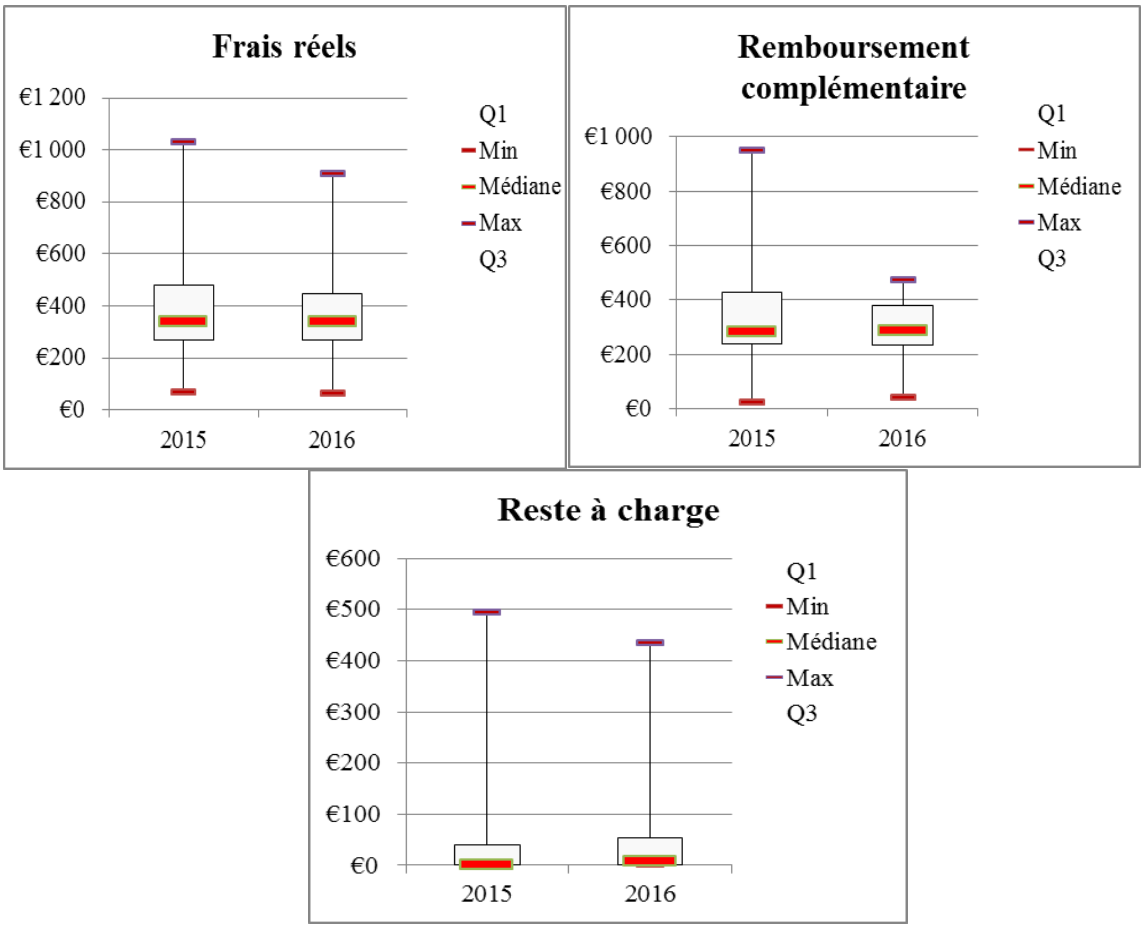
Regardons dans un premier temps la différence moyenne de coût moyen, de remboursement complémentaire et de reste à charge, illustrée par le graphique ci-dessous :



On constate une baisse du coût moyen et du remboursement complémentaire mais la baisse du remboursement complémentaire étant plus importante, cela implique une hausse du reste à charge. Cela signifie donc qu'en moyenne, la mise en place du contrat responsable entraîne un moins bon remboursement des consommateurs concernés, leur laissant un reste à charge plus important.

Cependant, il ne s'agit ici que d'une moyenne :on ne voit donc pas si la mise en place du contrat responsable a eu un réel effet sur le montant des frais réels (sur le montant maximum par exemple). Pour pousser un peu plus loin l'analyse, on va s'intéresser à la dispersion en la regardant à l'aide d'une boîte à moustache.

Ci-dessous sont représentées les boîtes à moustache des frais réels, du remboursement complémentaire et du reste à charge :



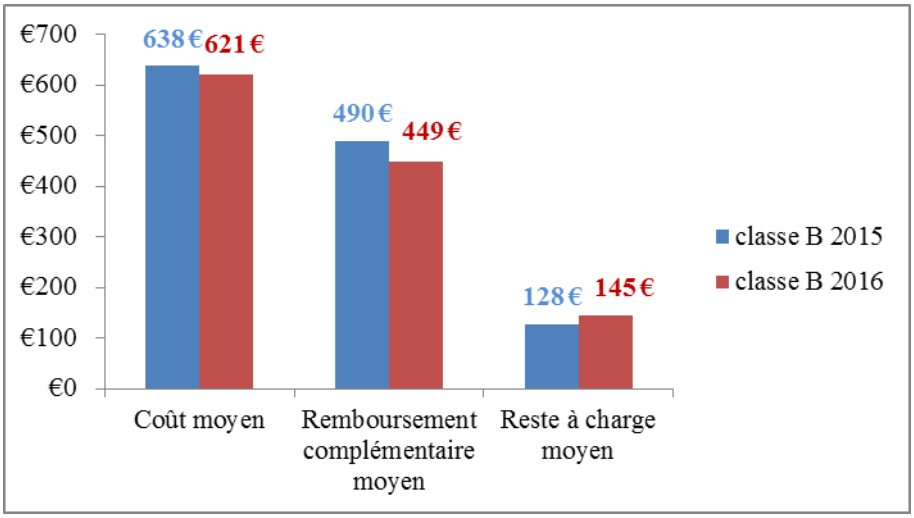
Concernant les frais réels, on remarque que la médiane est sensiblement au même niveau en 2015 et en 2016 ainsi que le 1er quartile et le minimum. Concernant le 3ème quartile, celui-ci est un peu plus bas en 2016 (446 € en 2016 contre 481 € en 2015). Cela implique donc que les montants des actes en 2016 sont moins dispersés qu'en 2015.
On remarque toutefois que le maximum est en 2016 (comme en 2015) bien au-delà du 3ème quartile ce qui signifie que malgré le fait que les garanties aient diminuées en 2016 avec la mise en place du contrat responsable, il y a encore des équipements achetés très chers. On remarque d'ailleurs cela en regardant le maximum au niveau du remboursement complémentaire. En effet, il y a cette fois-ci une grande différence entre 2015 (environ 950 €) et 2016 (470 € qui est le plafond du contrat responsable pour l'équipement simple).
En plus de la baisse du montant maximum de remboursement, la boîte est plus petite en 2016 qu'en 2015 ce qui implique que les remboursements complémentaires sont plus concentrés en 2016 et donc que les garanties des entreprises plus proches les unes des autres.
En ce qui concerne le reste à charge, on constate que la médiane et le 3ème quartile sont un peu plus importants en 2016 (+ 8 € pour la médiane et + 13 € pour le 3ème quartile). Cela indique que le nombre de consommateurs ayantun reste à charge est plus important en 2016 qu'en 2015 (on trouve en effet 58% des consommateurs contre 50% en 2015) et également que le reste à charge, comme on l'a vu précédemment, est plus important en moyenne.

En conclusion, pour la majorité des consommateurs de verres simples, la mise en place du contrat responsable n'a pas eu un effet positif. En effet, le nombre de personnes ayant un reste

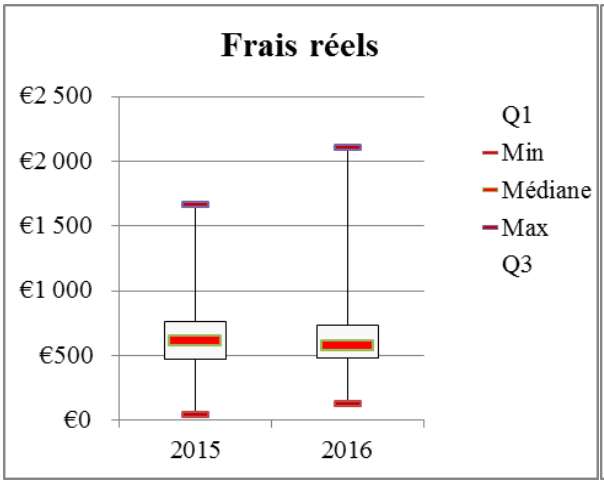
à charge a augmenté car le montant de remboursement complémentaire a fortement diminué. De plus, on note que, bien qu'en moyenne ils aient baissé, les frais réels ont toujours une dispersion importante et donc que des opticiens continuent de pratiquer des prix très élevés bien que les garanties sont plus faibles qu'avant.

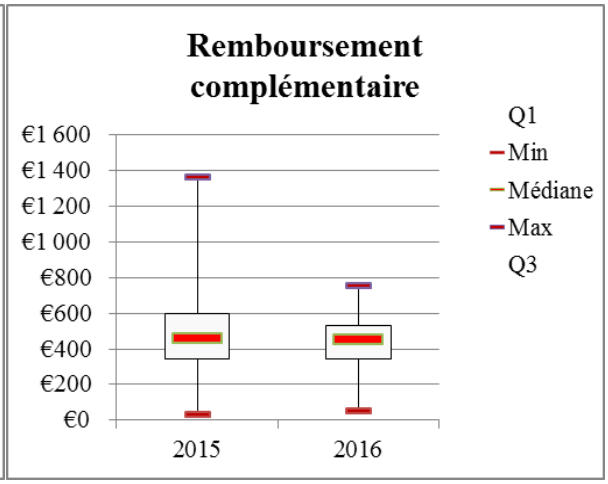
5.1.1.2) Résultats pour les verres complexes

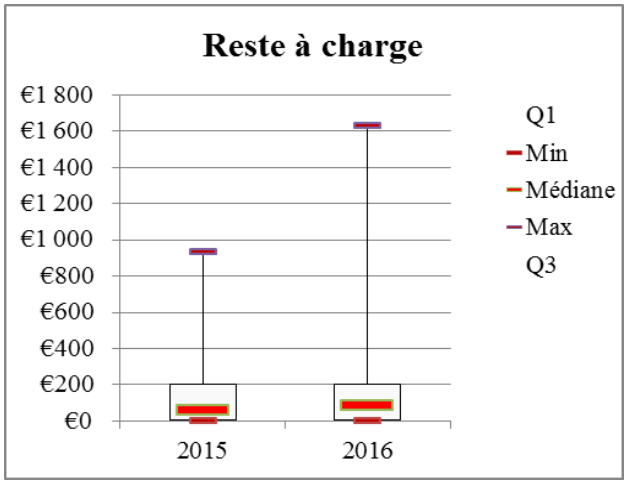
Pour la classe B, on obtient les montants moyens suivants :



Comme pour la classe A, la baisse moyenne du remboursement complémentaire est plus importante que la baisse du coût de l'équipement optique ce qui engendre une augmentation du montant moyen de reste à charge.
En ce qui concerne l'étude de la dispersion, on obtient les boîtes à moustache suivantes :







En ce qui concerne les frais réels, on remarque que 75% des actes sont globalement au même niveau (ceux en dessous du 3ème quartile). La médiane et le 3ème quartile sont cependant un peu moins élevés en 2016 et le 1er quartile un peu plus élevé ce qui signifie que les montants des frais réels sont plus proches les uns des autres en 2015 qu'en 2016.
Les actes qui seront le plus affectés par la mise en place du contrat responsable sont les 25% au-dessus du 3ème quartile. En effet, on remarque que le montant maximum du remboursement complémentaire est plus faible en 2016 qu'en 2015 alors que celui des frais réels est plus élevé. Par conséquent, les remboursements sont moins dispersés en 2016 (ce qui est évidemment dû à la mise en place d'une limite de remboursement) alors que les montants du reste à charge sont, au contraire, plus dispersés en 2016.

Ainsi, pour les consommateurs de verres complexes, la mise en place du contrat responsable induit une augmentation du reste à charge puisque les remboursements sont moins bons et le coût de l'équipement a très peu changé.
De plus, le reste à charge est plus important pour les verres complexes que pour les verres simples (comme c'était déjà le cas sans le contrat responsable). La mise en place du contrat responsable n'a donc pas changé grand-chose pour les consommateurs de verres complexes si ce n'est qu'en moyenne, ils ont un reste à charge encore plus important que sans le contrat responsable.

Toutefois, on remarque que dans ces 64 entreprises, il y en a deux qui représentent une majeure partie du nombre d'actes et du remboursement complémentaire comme nous le montrent les tableaux suivants :

Nombre d'actes	Montures				Verres			
	2015		2016		2015		2016	
	nombre	poids	nombre	poids	nombre	poids	nombre	poids
Toutes les sociétés	899	-	872	-	941	-	930	-
Société X	133	*15%*	146	*17%*	134	*14%*	150	*16%*
Société Y	265	*29%*	300	*34%*	282	*30%*	328	*35%*
Toutes les sociétés sauf X et Y	501	*56%*	426	*49%*	525	*56%*	452	*49%*

	2015		2016	
Remboursement complémentaire	**montant**	**poids**	**montant**	**poids**
Toutes les sociétés	374 783 €		343 820 €	
Société X	47 772 €	*13%*	61 590 €	*18%*
Société Y	76 255 €	*20%*	96 668 €	*28%*
Toutes les sociétés sauf X et Y	250 756 €	*67%*	185 562 €	*54%*

On remarque tout d'abord que pour les deux sociétés en question le nombre d'actes et le montant du remboursement complémentaire a augmenté en 2016 alors que pour l'ensemble des autres, tout a diminué.
En 2015, les deux entreprises représentaient environ 44% des actes et 33% du montant du remboursement complémentaire alors qu'en 2016, ces chiffres sont respectivement passés à environ 51% et 54%.
Concernant les adhérents, la société X a vu leur nombre chuter de 54 (bien que le nombre d'actes ait augmenté), la société Y, elle, a vu leur nombre augmenter de 65 et pour l'ensemble des autres entreprises, le nombre d'adhérents a augmenté de 82 (alors que le nombre d'actes a diminué).

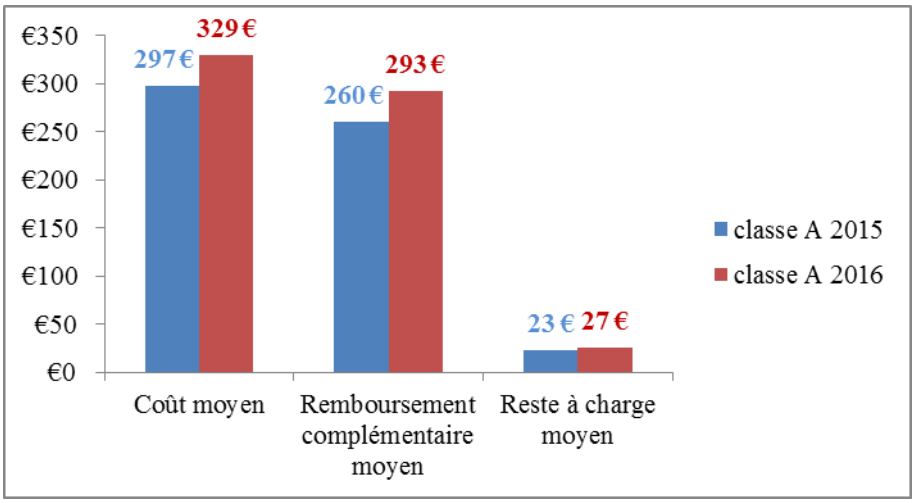
On va donc maintenant analyser séparément les résultats de l'entreprise X, de l'entreprise Y ainsi que celui de toutes les entreprises, exceptées X et Y.

5.1.2) Analyse de l'entreprise X

Comme pour la partie précédente, on va distinguer les verres simples des verres complexes.

5.1.2.1) Résultats pour les verres simples

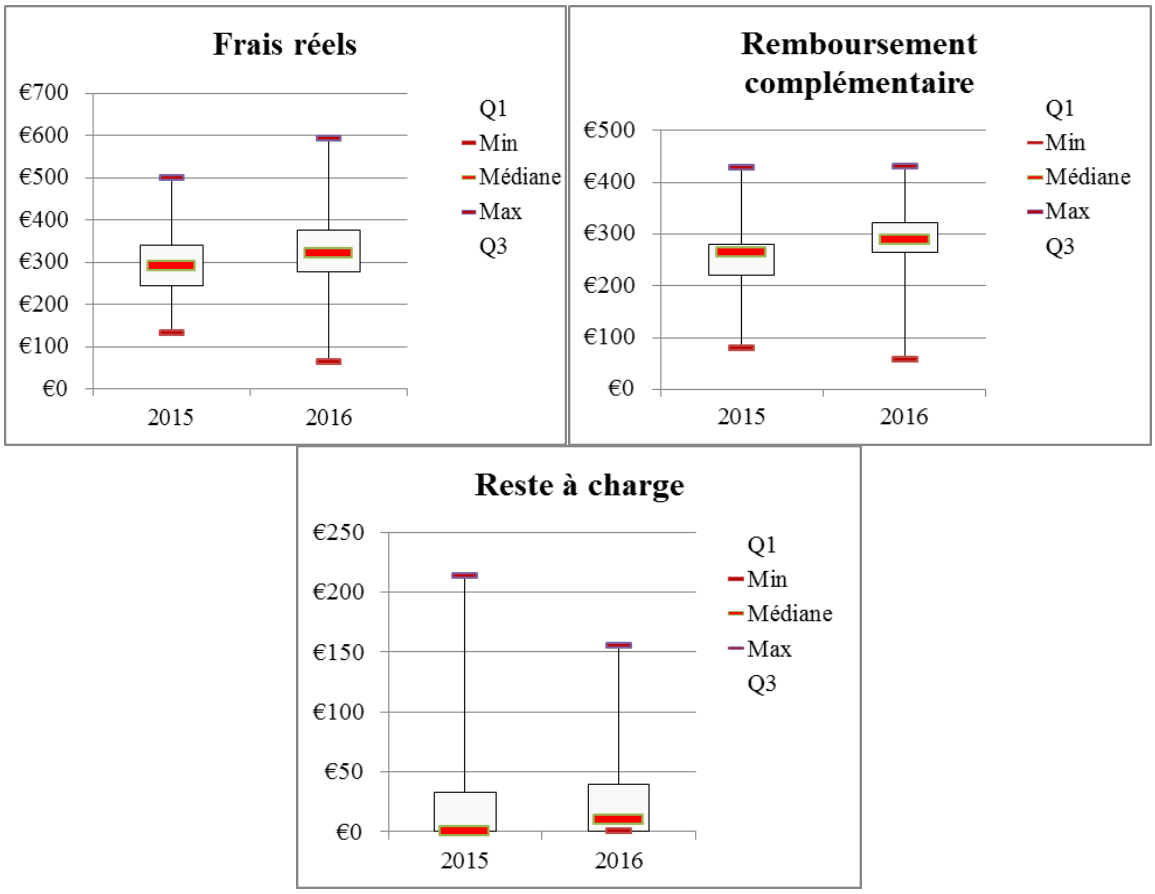
Commençons tout d'abord par regarder les montants moyens du coût, du remboursement complémentaire et du reste à charge :



On remarque tout d'abord que les montants moyens pour cette entreprise sont inférieurs à ceux que l'on a trouvé quand on a regardé les montants moyens pour la totalité des entreprises (surtout en 2015).

L'entreprise, ayant déjà une garantie en deçà du plafond du contrat responsable (et donc moins importante que la majorité des entreprises présentes), cela peut expliquer donc que l'on a des montants moyens moins élevés.
Pour cette entreprise, les montants moyens des frais réels et du remboursement complémentaire ont augmenté en 2016 (un peu plus de 30 € pour les deux). Le reste à charge moyen, lui, a peu augmenté.
Cette garantie-là n'ayant pas changé en 2016 (excepté pour les montures où il y a eu une petite diminution), cette augmentation peut être dû au fait qu'en 2015, une partie des consommateurs n'allaient pas jusqu'au maximum de leur garantie alors qu'en 2016 ils y allaient.

Regardons ce que donnent les boîtes à moustache afin de voir si cette hypothèse est confirmée. On obtient les graphiques suivants :

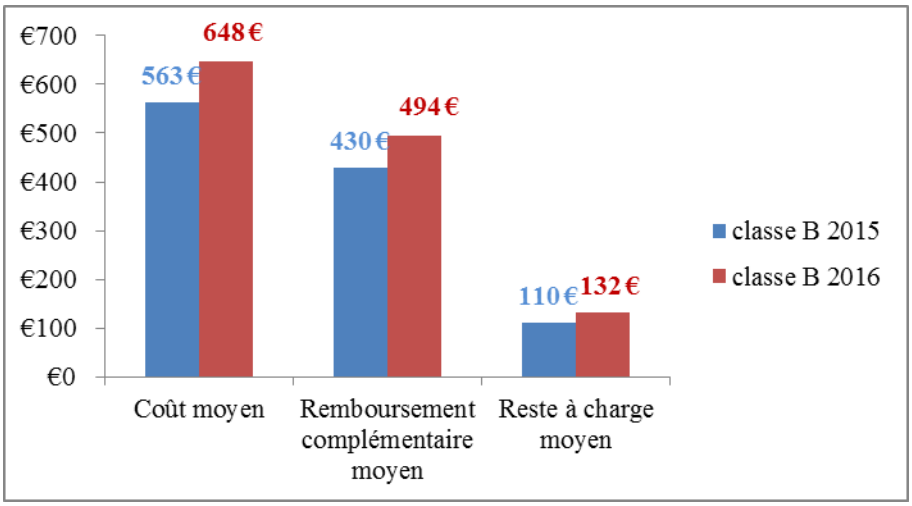


On remarque ici qu'en 2016, comme le laissait supposer le résultat obtenu grâce aux moyennes, les montants de frais réels sont plus dispersés et également plus important qu'en 2015. La médiane est alors plus élevée en 2016 ce qui signifie que plus d'actes sont mieux remboursés. Les garanties étant restées semblables d'une année à l'autre, il est normal que le remboursement maximum soit sensiblement le même.
Le fait qu'il y ait plus d'actes avec un montant de frais réels important implique par ailleurs qu'il y ait plus d'actes avec un reste à charge en 2016 comme on peut le voir au niveau de la boîte à moustache du reste à charge (le fait que le montant maximum de reste à charge soit plus important en 2015 est dû au fait que le consommateur concerné a acheté des montures beaucoup plus chères que la garantie qu'il avait).

Ce cas nous montre que bien qu'en ayant une garantie identique d'une année à l'autre, on peut obtenir des résultats sensiblement différents. Tout dépend du comportement du consommateur : va-t-il acheter un équipement moins cher que ce que sa garantie lui permet (probablement le cas en 2015) ou va-t-il aller jusqu'au maximum de sa garantie (probablement le cas en 2016) ?

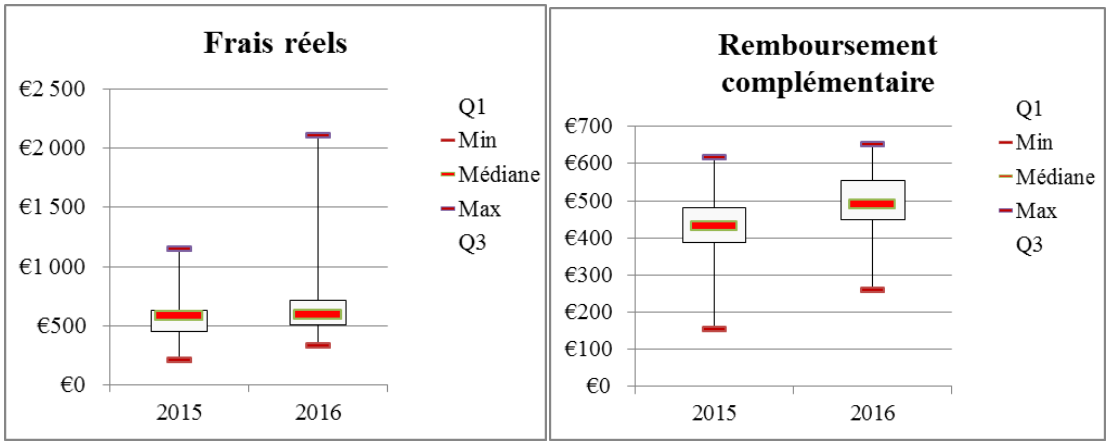
5.1.2.1) Résultats pour les verres complexes

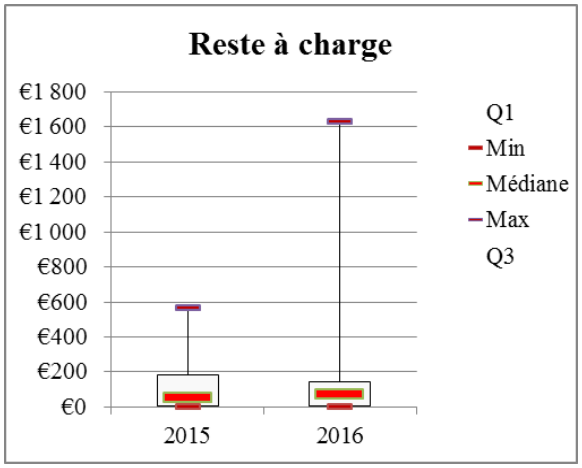
Regardons dans un premier temps les montants moyens du coût, du remboursement complémentaire et du reste à charge. Le graphique ci-dessous nous donne les résultats :



On remarque ici que, comme pour la classe A, le coût moyen et le remboursement complémentaire moyen sont plus importants en 2016 qu'en 2015 (alors que les garanties sont également les mêmes excepté pour les montures). La différence réside dans le fait qu'entre les deux années, on observe une plus grande différence entre le coût moyen et le remboursement complémentaire moyen. Cela indique que le reste à charge moyen est plus important en 2016.

Regardons ce que donnent les boîtes à moustache pour mieux comprendre les résultats obtenus :





Pour les consommateurs d'équipement complexe, on remarque qu'en 2016, les montants de frais réels sont plus dispersés qu'en 2015 et le 1er quartile, la médiane et le 3ème quartile sont plus importants.
En ce qui concerne le remboursement complémentaire, on a la même tendance que les frais réels, c'est-à-dire le 1er quartile, la médiane et le 3ème quartile qui sont plus élevés en 2016.
Au niveau du reste à charge, la boîte en elle-même (entre le 1er et le 3ème quartile) est moins dispersée en 2016 ; en revanche, la dispersion est plus grande pour les actes compris entre le 3ème quartile et le maximum. Cela s'explique par le fait qu'il y ait eu plus d'actes avec un montant de frais réels important en 2016.

Pour ce cas, il est à noter qu'il y a plusieurs garanties pour les verres complexes ainsi que pour les verres simples (en fonction de la sphère et du cylindre) donc il y a des montants de remboursements plus ou moins importants. Ainsi, l'augmentation du reste à charge peut être dû au fait qu'en 2016, il y ait eu plus d'actes remboursés avec la garantie la plus élevée (les garanties étant restées sensiblement les mêmes).
En revanche, cela n'explique pas pourquoi la dispersion est beaucoup plus importante au niveau des frais réels entre le 3ème quartile et le maximum en 2016 (le montant du 3ème quartile étant bien plus élevé que la garantie maximum pour les verres complexes).
On en conclut que la mise en place du contrat responsable n'a pas encore l'effet escompté sur les coûts des équipements optiques, en particulier pour les verres complexes où ils continuent à être très importants.

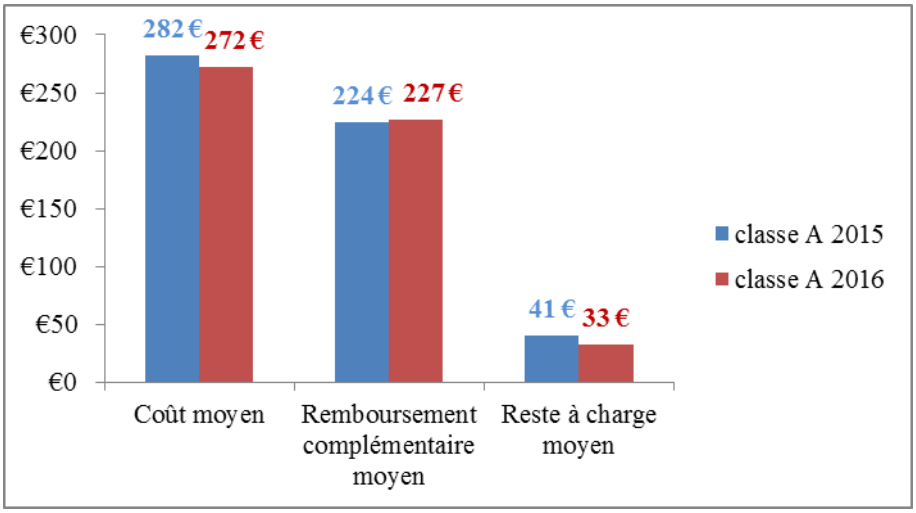
On va maintenant s'intéresser à l'entreprise Y.

5.1.3) Analyse de l'entreprise Y

Il s'agit d'une entreprise qui a vu ses garanties optiques augmenter en 2016. Comme pour les autres cas, on distingue la classe A de la classe B.

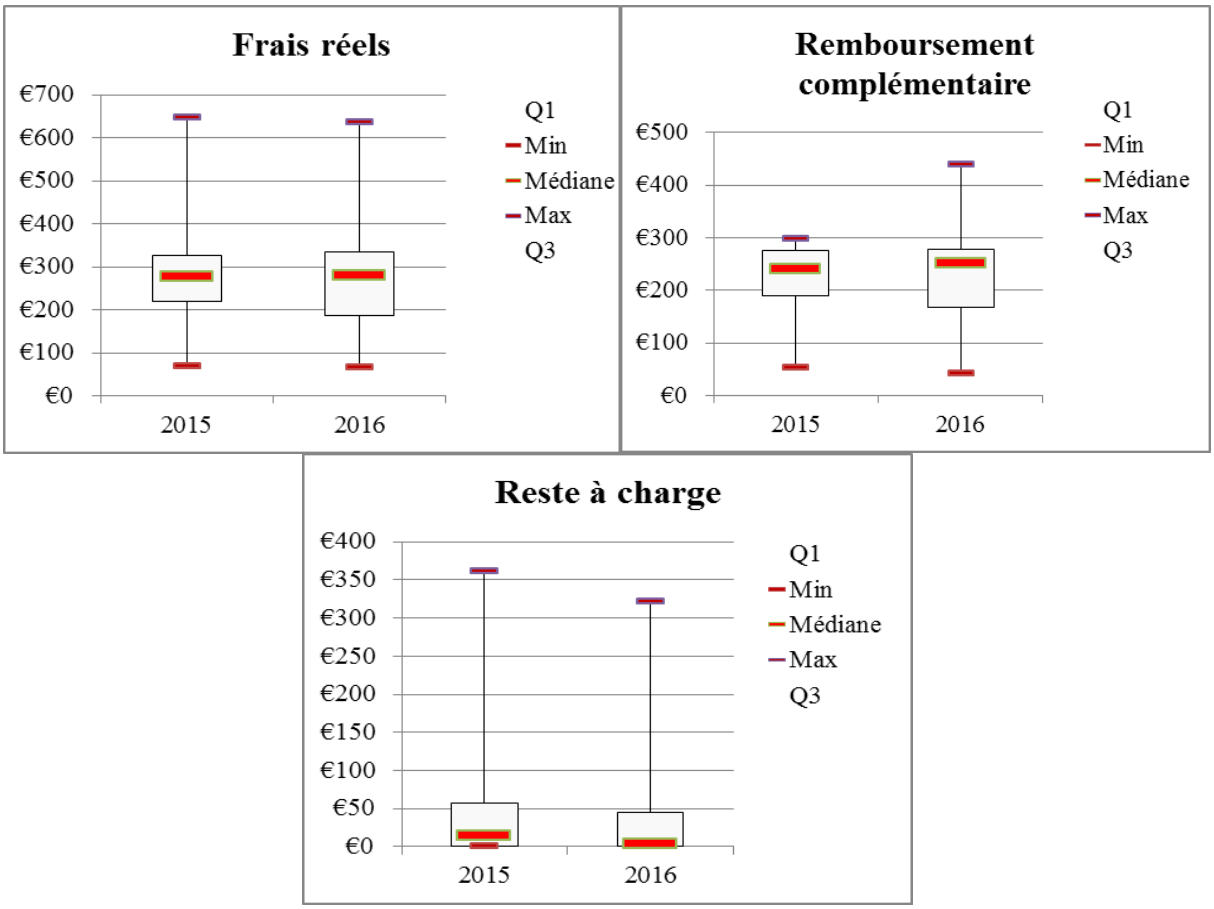
5.1.3.1) Résultats pour les verres simples

Regardons tout d'abord le coût moyen, le remboursement complémentaire moyen et le reste à charge moyen. Le graphique ci-dessous nous donne les différents résultats :



On observe une petite baisse du coût moyen et du reste à charge moyen en 2016 alors que le remboursement complémentaire moyen a lui un peu augmenté.

A la vue de ces résultats, on ne voit pas que les garanties ont augmenté en 2016.
Regardons donc les boîtes à moustache pour analyser la dispersion :

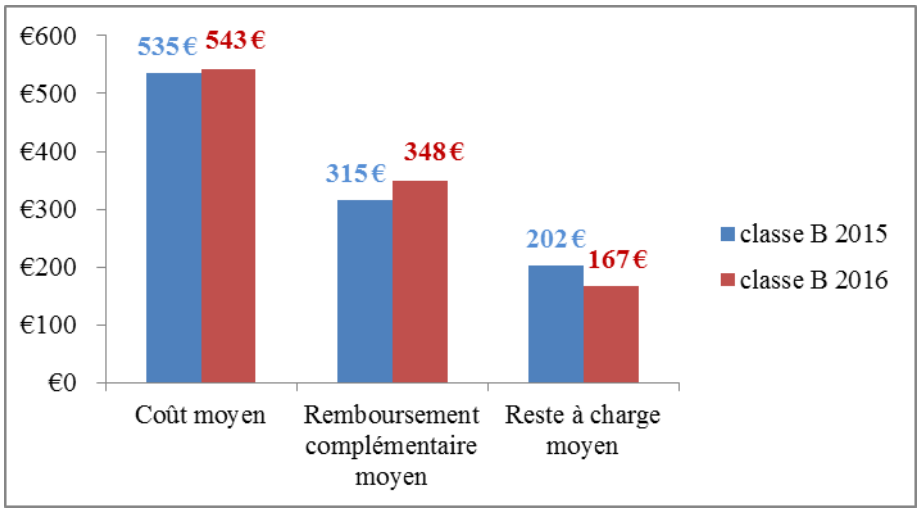


Pour les frais réels, le minimum, le maximum et la médiane sont sensiblement les mêmes pour les deux années. En ce qui concerne le 1er quartile et le 3ème quartile, ils ont respectivement diminué et augmenté en 2016 : on a donc une dispersion plus grande dans la boîte.

Au niveau du remboursement complémentaire, la garantie ayant augmenté en 2016, il est logique de voir que le maximum est plus élevé et étant donné que la dispersion dans la boîte des frais réels est plus grande en 2016, il est aussi logique que celle-ci soit plus grande pour le remboursement complémentaire.
Quant au reste à charge, la dispersion est moins grande car le remboursement est plus élevé en 2016 et qu'il y a plus d'actes avec un coût plus faible.

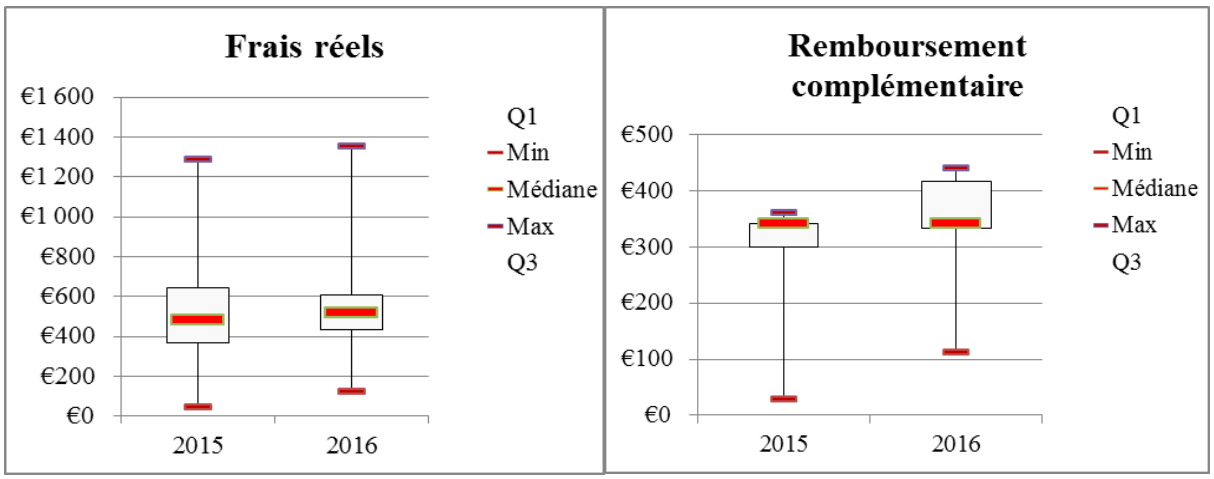
La conclusion que l'on peut tirer de ce cas est que, bien qu'il ait une meilleure garantie en 2016, une partie des consommateurs n'en a pas profité (plus d'actes moins élevés en 2016) et donc avait un reste à charge moins important.

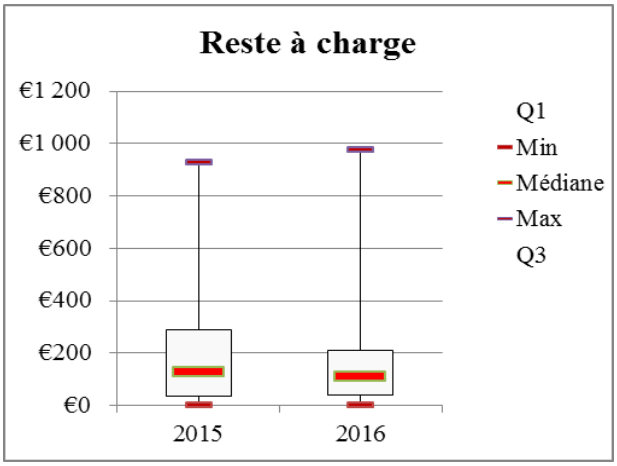
5.1.3.2) Résultats pour les verres complexes



On observe ici une augmentation en 2016 du coût moyen et du remboursement complémentaire moyen et étant donné que la hausse du remboursement complémentaire moyen est plus importante, le reste à charge moyen a diminué en 2016.

Concernant la dispersion, on a les boîtes à moustache suivantes :





On remarque pour cette classe que la boîte (donc entre le 1er et 3ème quartile) est plus petite en 2016 en ce qui concerne les frais réels ce qui signifie que les montants sont moins dispersés pour les 50% des actes concernés.
Pour le remboursement complémentaire, en 2015, on remarque que la médiane est très proche du maximum ce qui signifie que 50% des actes ont sensiblement le même montant de remboursement complémentaire. En 2016, comme la garantie a augmenté, le maximum est plus élevé et la dispersion dans la boîte est plus importante.
Concernant le reste à charge, la garantie étant meilleure, les montants de reste à charge en 2016 sont naturellement moins importants pour la majorité et donc la dispersion est moins grande.

Pour conclure, l'augmentation des garanties a été bénéfique pour les consommateurs. En effet, étant donné que les frais réels n'ont pas augmenté en 2016 alors que les garanties ont, elles, augmenté, cela a permis aux consommateurs d'avoir un reste à charge moins important.

Maintenant que l'on a vu les deux grosses entreprises du portefeuille (qui sont de plus des cas particuliers), regardons les résultats que l'on obtient sans ces deux entreprises.

5.1.4) Analyse de toutes les entreprises sauf X et Y

Dans ces 62 entreprises, il y en a qui ont vu leur garantie baissée et d'autres où cela varie en fonction du verre (garantie en baisse pour les verres simples et en hausse pour les verres complexes).

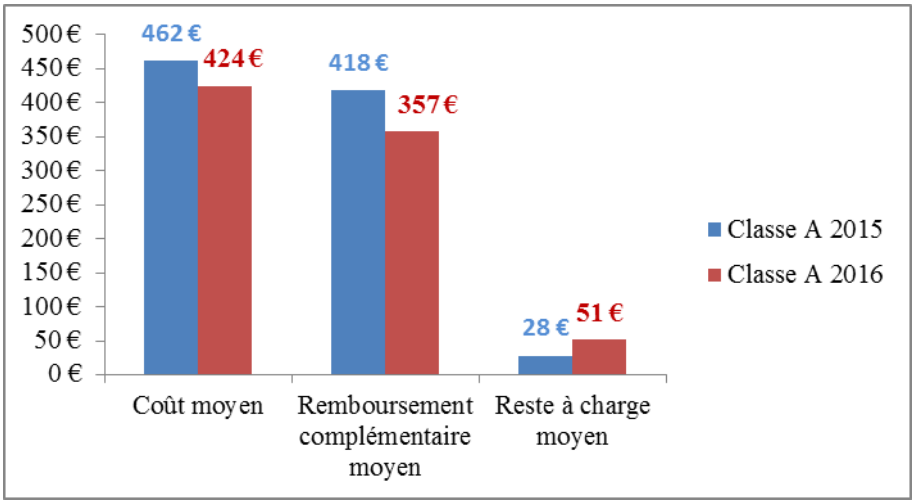
On va donc dans cette partie regarder les résultats obtenus lorsque l'on distingue ces deux cas.

5.1.4.1) Analyse des entreprises avec baisse des garanties

Comme pour les autres cas, on distingue les verres simples des verres complexes.

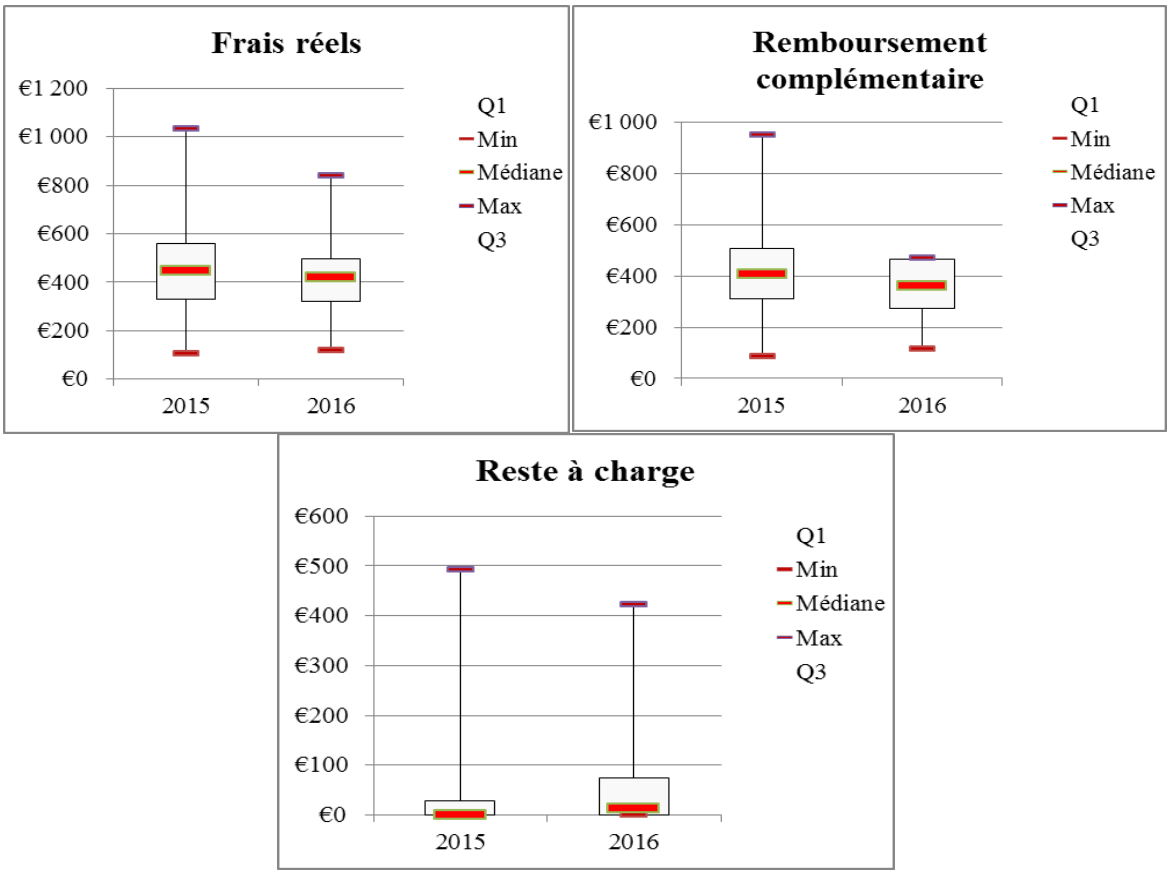
5.1.4.1.1) Résultats pour les verres simples

En ce qui concerne les montants moyens, on obtient les résultats suivants :



On remarque que les entreprises présentes ici sont en moyenne fortement touchées par la mise en place du contrat responsable. En effet, les consommateurs ont en moyenne 23 € de plus à leur charge en 2016.

Regardons maintenant ce que ça donne au niveau de la dispersion à travers les boîtes à moustache ci-dessous :

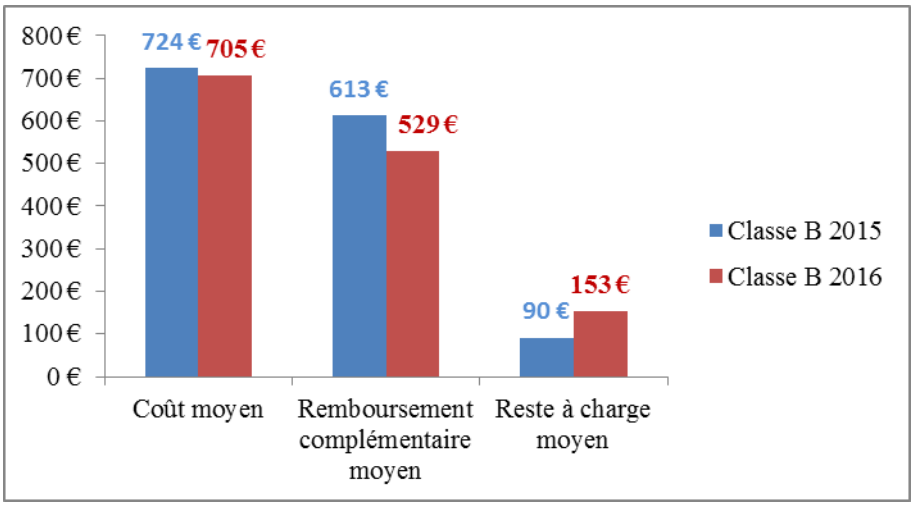


Ces boîtes à moustache permettent de voir tout d'abord que la dispersion est beaucoup moins importante en 2016 qu'en 2015 pour le remboursement complémentaire notamment entre le 3ème quartile et le maximum. En effet, en 2016, le 3ème quartile et le maximum sont très proches

(464€ et 470€ respectivement) ce qui signifie qu'il y a un peu moins de 25% des actes qui sont remboursés le même montant.
On remarque également que pour les frais réels, la dispersion en 2016 aussi est moins importante (notamment pour les actes les plus élevés) mais cette baisse n'a pas suffi et le nombre de consommateurs ayant un reste à charge a donc augmenté (de 50% des consommateurs en 2015 à 64%) ainsi que le montant restant à leur charge, pour la majorité.

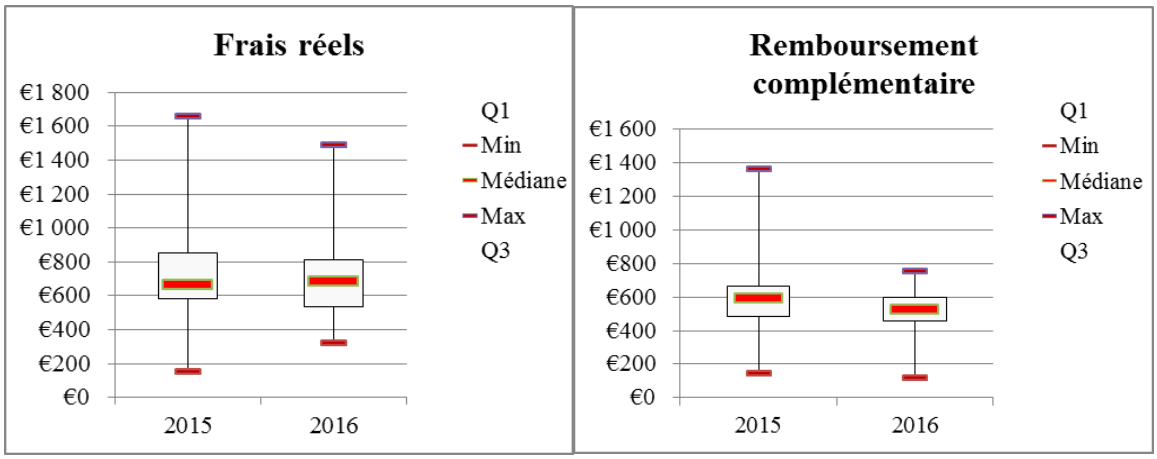
On peut donc conclure que pour les consommateurs de verres simples des entreprises présentes dans cette partie, la baisse des garanties due au contrat responsable a eu un effet non négligeable. En effet, ils ont vu leur remboursement baisser et donc leur reste à charge augmenter car même si les frais réels ont diminué, cette diminution n'a pas été suffisante. On en déduit donc que les opticiens ont pratiqué un tarif trop élevé par rapport aux garanties.

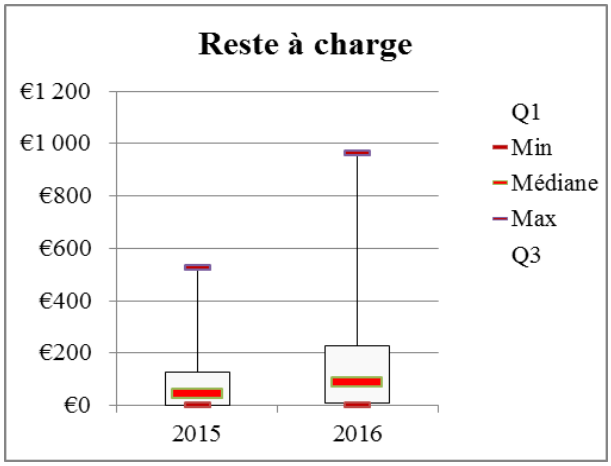
5.1.4.1.2) Résultats pour les verres complexes



Pour la classe B, la baisse moyenne du remboursement complémentaire est encore plus importante que la baisse moyenne pour la classe A ce qui signifie que les consommateurs de verres complexes sont encore plus impactés par la mise en place du contrat responsable et voient donc leur reste à charge augmenter en moyenne de manière significative.

Intéressons-nous à la dispersion. On obtient les boîtes à moustache suivantes :





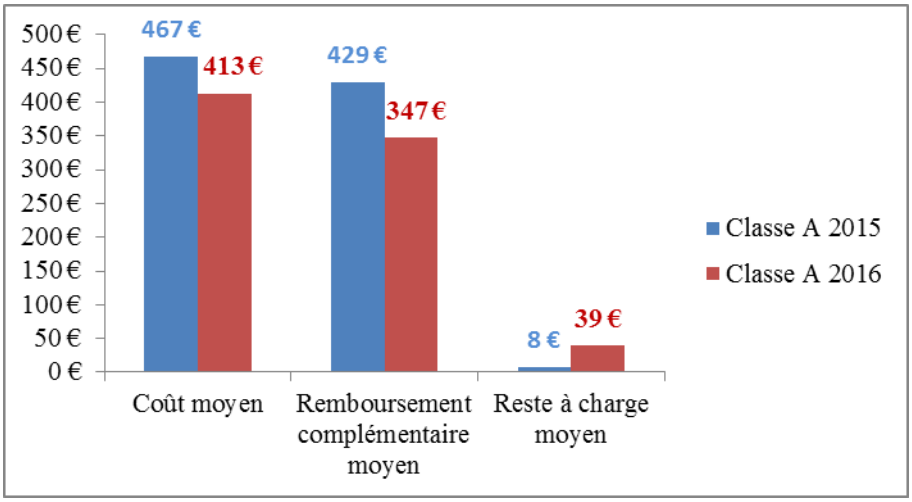
On observe dans un premier temps que la médiane est plus élevée en 2016 (682€ contre 661€) pour les frais réels et mais que le 1er quartile et le 3ème quartile sont plus faibles ce qui signifie que la dispersion est moins importante pour les actes compris entre la médiane et le 3ème quartile mais plus importante pour ceux entre le 1er quartile et la médiane.
Concernant le remboursement complémentaire, on remarque que la boîte est moins dispersée en 2016 et que le 1er quartile, la médiane et le 3ème quartile sont moins importants. De plus, la médiane de 2015 étant au même niveau que le 3ème quartile, cela signifie que beaucoup de consommateurs ont été moins bien remboursés en 2016 et donc que la baisse des garanties a considérablement impacté certains d'entre eux. Au niveau du maximum, celui-ci est beaucoup plus faible en 2016 (ce qui est dû à la mise en place du contrat responsable)
Tout cela implique que l'on se retrouve avec plus de consommateurs avec un reste à charge mais surtout que ces consommateurs voient leur reste à charge augmenter et ce, de manière significative pour certains.

Comme pour les consommateurs de verres simples, la mise en place du contrat responsable et la limitation du montant des garanties a eu un effet « néfaste » pour les consommateurs de verres complexes. En effet, la baisse du prix des équipements n'ayant pas été assez importante par rapport à la baisse du montant des garanties, plus de consommateurs ont eu à assumer un reste à charge (78% contre 71%) mais c'est surtout le montant de ce reste à charge qui a fortement augmenté (de 92€ à 153€ en moyenne et 48% des consommateurs avec un reste à charge plus grand que 100€ alors qu'il y en avait 28% en 2015).

Maintenant que l'on a vu les résultats pour les entreprises ayant eu une baisse de garantie, regardons ce que les résultats donnent pour celles qui ont vu leurs garanties varier.

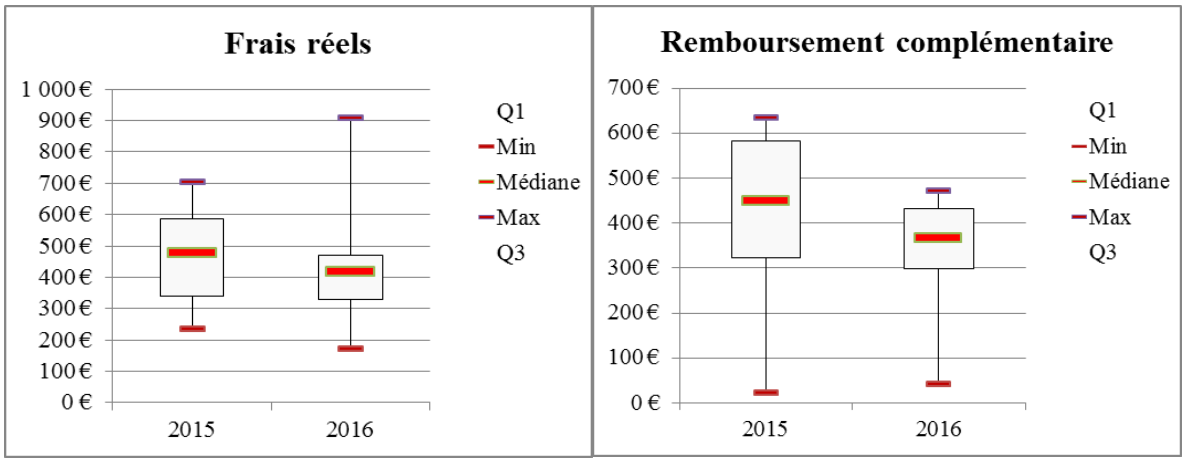
5.1.4.2) Analyse des entreprises avec variation des garanties

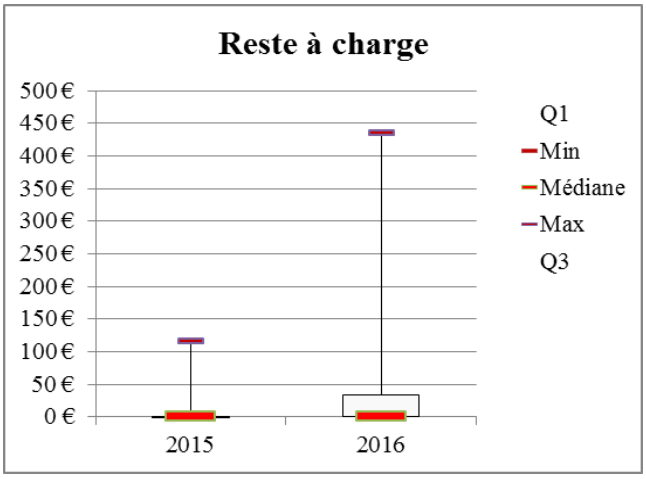
5.1.4.2.1) Résultats pour les verres simples



On observe ici une forte baisse du coût moyen et du remboursement complémentaire en 2016. Cependant la baisse du coût moyen n'a pas été assez forte car le reste à charge moyen a augmenté en 2016 (39€ contre 8€).
Le fait que le reste à charge moyen soit si peu élevé en 2015 s'explique par le fait que les entreprises présentes ici avaient des garanties qui ne distinguaient pas les verres simples des verres complexes et que ces garanties étaient importantes.
C'est pour cette raison que l'on observe une baisse du remboursement complémentaire moyen aussi importante.

Intéressons-nous toutefois à la dispersion. Les boîtes à moustache ci-dessous nous donnent les résultats :



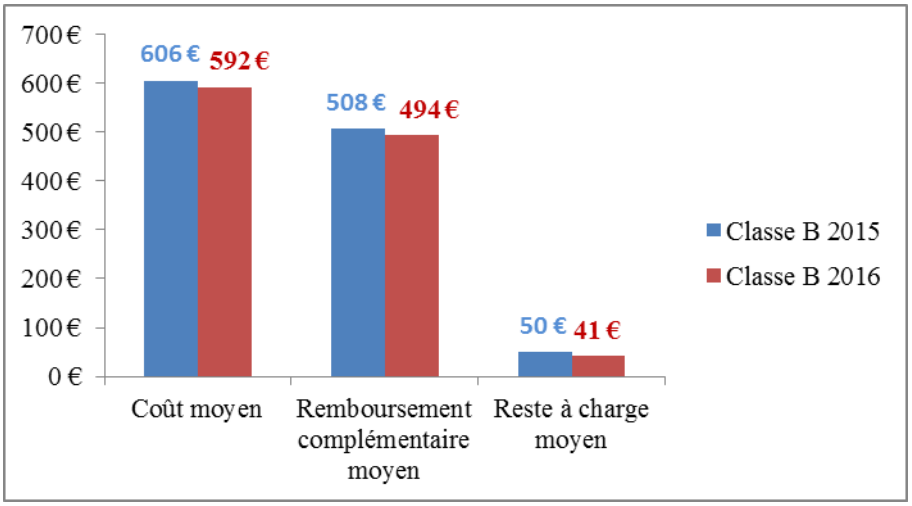


On remarque, au niveau des frais réels, que dans la boîte (entre le 1er et le 3ème quartile), la dispersion est beaucoup plus faible en 2016. De plus, le 3ème quartile de 2016 étant un peu plus faible que la médiane de 2015 (471 € contre 476 €), cela signifie qu'en 2016, on a 75% des actes inférieurs à 471 € alors qu'en 2015, il y a 50% d'actes inférieurs à 476 €. Cela explique donc queles frais réels moyens sont plus faibles en 2016

En ce qui concerne le remboursement complémentaire, la dispersions dans la boîte est également moins importante ce qui est en partie dû au fait que la dispersion dans la boîte pour les frais réels est également plus faible mais aussi parce qu'il y a eu une baisse du montant des garanties.

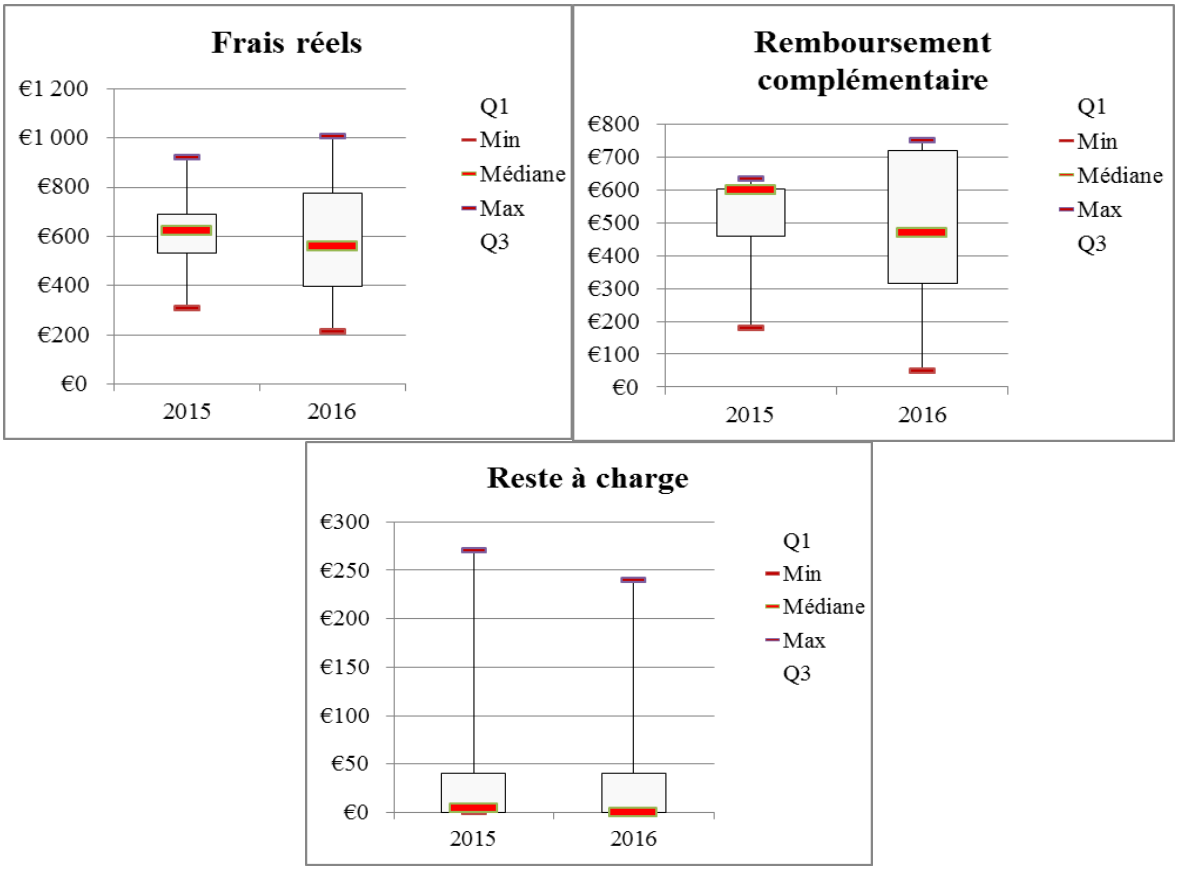
En effet, quand on regarde le reste à charge, on s'aperçoit que la dispersion dans la boîte est plus importante en 2016 (on a 38% des actes avec un reste à charge en 2016 contre 13% en 2015).

5.1.4.4.2) <u>Résultats pour les verres complexes</u>



Concernant les verres complexes, on remarque la baisse du coût moyen est semblable à la baisse du remboursement complémentaire moyen (environ 14€). Cependant, le reste à charge lui a diminué. Cela peut s'expliquer par le fait que les garanties sont meilleures en 2016.

Regardons ce que donne la dispersion pour mieux analyser les résultats. On obtient les boîtes à moustache ci-dessous :



On remarque que, contrairement à la classe A, la dispersion dans la boîte est plus grande ici pour les frais réels ce qui signifie que les montant des frais réels sont plus variables et moins concentrés entre le 1er et le 3ème quartile.Ainsi,plus de sinistres ont eu un coût moins élevés et plus de sinistres ont eu un coût plus élevés, ce qui explique que le coût moyen soit proche entre les deux années.
Au niveau du remboursement complémentaire, on remarque tout d'abord que la médiane et le 3ème quartile se confondent pratiquement. Cela signifie que l'on a 25% des actes qui ont un remboursement semblable (600€ ici).
Le fait que la dispersion en 2016 est importante s'explique tout d'abord par le fait que la dispersion des frais réels est également plus importante en 2016 et ensuite par le fait que les garanties ont augmenté en 2016, d'où le fait que le maximum soit plus important.
Pour le reste à charge, le fait qu'il y ait eu une amélioration des garanties a permis à plus d'individus de se retrouver sans reste à charge en 2016 (56% contre 48% en 2015).

On peut donc conclure que, concernant les entreprises présentes dans cette partie, l'impact du contrat responsable ne s'est pas fait ressentir pour les consommateurs de verres complexes car ceux-ci ont vu leur garantie augmenter mais, en revanche,il s'est fait ressentir pour les consommateurs de verres simples qui ont vu leur garantie diminuer et donc leur reste à charge augmenter pour la plupart.

Conclusion du 5.1 :

De cette partie sur l'impact de la mise en place du contrat responsable sur la garantie optique, on peut en tirer plusieurs conclusions :

- L'impact sera différent selon les garanties qui sont en place avant la mise en place du contrat responsable ;

- Les opticiens (et/ou les consommateurs) ne se sont pas encore adaptés aux nouvelles garanties et pour les consommateurs qui ont vu leur garantie diminuer, cela représente un reste à charge plus important dans la plupart des cas car les prix des équipements optiques n'ont pas assez baissé ;

- Le fait que dans certaines études on ne dispose que d'un faible nombre d'actes (23 actes dans un des cas) fait que le résultat peut être fort variable. En effet, en ajoutant par exemple 5 actes, on peut rapidement se retrouver avec une différence moyenne de plus ou moins 15€ pour les différents montants (frais réels, remboursement complémentaire et reste à charge).

- En comparant l'impact trouvé dans le 2 et celui trouvé dans cette partie (en enlevant l'entreprise X et Y car ces entreprises représentent un poids trop important par rapport au total ce qui n'est pas le cas dans la partie 2), on remarque que celui trouvé ici est un peu moins important (baisse de 10% du montant du remboursement toutes classes confondues contre 15%). Cependant, le montant des frais réels ayant diminué (2%), l'estimation faite précédemment se trouve proche de l'impact réel. On peut donc supposer, toute chose égale par ailleurs, que l'impact de l'optique sera bénéfique pour le S/P global du portefeuille de LSN Assurances.

Regardons maintenant l'impact de la mise en place du Contrat d'Accès aux Soins

5.2) Impact de la mise en place du Contrat d'Accès aux Soins

Etant donné qu'il ne s'agit pas du cœur même du mémoire, on va simplement regarder ici l'impact sur tous les entreprises sans faire de distinction. Comme pour l'optique, on va s'intéresser au coût moyen, au remboursement complémentaire moyen et au reste à charge moyen. Les tableaux ci-dessous nous donne les différents résultats :

	Coût Moyen		Remboursement complémentaire moyen		Reste à charge moyen	
Postes	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Actes imagerie	40 €	42 €	15 €	15 €	1 €	2 €
Actes techniques médicaux	35 €	35 €	13 €	13 €	1 €	1 €
Consultations généralistes	26 €	28 €	9 €	9 €	1 €	1 €
Consultations spécialistes	43 €	43 €	20 €	19 €	2 €	5 €
Honoraires anesthésistes	257 €	264 €	150 €	111 €	1 €	36 €
Honoraires chirurgiens	493 €	501 €	292 €	166 €	17 €	111 €

On voit que les postes les plus touchés sont les honoraires (et dans une moindre mesure les consultations spécialistes). Cela s'explique par le fait qu'il s'agit de postes autorisant les dépassements d'honoraire et étant donné qu'une grande partie des médecins n'ont pas adhéré au CAS (seulement 27% des médecins du secteur 2), et donc maintiennent les mêmes tarifs alors que les garanties ont baissé, alors cela implique que le montant de remboursement complémentaire diminue alors que le coût reste sensiblement le même et donc les

consommateurs se retrouvent avec une part plus importante à leur charge (+ 94 € en moyenne par exemple pour les honoraires chirurgiens).
Cette hausse étant importante, si par la suite les médecins n'adhèrent toujours pas au CAS, il ne serait pas étonnant de voir un changement de comportement des consommateurs dans le futur.

On va maintenant s'intéresser à l'impact sur le ratio S/P.

5.3) Impact de la mise en place du contrat responsable sur le S/P

Regardons tout d'abord l'impact moyen sur toutes les entreprises. Le tableau suivant nous donne les cotisations nettes, les prestations provisionnées et le ratio S/P :

	2015	2016
Cotisations nettes	2 123 798,74 €	2 134 278,52 €
Prestations provisionnées	2 219 448,13 €	2 238 044,11 €
Ratio S/P	104,50%	104,86%

On remarque que, bien que toutes les entreprises présentes ici sont passées responsables, ça ne se traduit pas par une baisse du S/P comme on aurait pu l'espérer avec notamment les baisses des garanties en optique et la mise en place du CAS. En effet, le S/P en 2016 est un peu plus élevé qu'en 2015.
Une des raisons de cela est, comme on l'a vu dans la partie optique, que le résultat dépend surtout des deux grandes entreprises. En effet, celles-ci représentent en 2015 environ 57% des cotisations et 54% des prestations et en 2016 environ 56% des cotisations et 57% des prestations. Il suffit donc alors que les résultats de ces deux entreprises se soient dégradés en 2016 pour que cela ait un impact non négligeable au global.

On va donc tout d'abord par la suite regarder plus en détail et analyser les résultats pour ces deux entreprises en commençant par l'entreprise X.

5.3.1) Analyse des résultats obtenus pour l'entreprise X

	Entreprise X	
	2015	2016
Cotisations nettes	323 202,22 €	316 330,60 €
Prestations provisionnées	320 357,29 €	369 781,85 €
Ratio S/P	99,12%	116,90%

Pour cette entreprise, on remarque que le montant des prestations a augmenté alors que celui des cotisations a diminué ce qui implique donc une hausse du S/P (+17% environ).
La baisse des cotisations pour cette entreprise s'explique par la baisse du nombre d'adhérents et également une baisse du taux de cotisation.

L'augmentation des prestations est due à plusieurs choses :

- Mise en place de nouvelles garanties (chirurgie myopie et implants : + 10 000 € de remboursements) ;

- Augmentation de la garantie Orthodontie (dentaire) : + 5 000 € de remboursement ;
- Plus de dépenses en forfait journalier et chambre particulière (hospitalisation) : + 9 000 € de remboursement ;
- Plus de verres complexes achetés (optique) : + 15 000 € de remboursement.

Le fait d'avoir mis en place des nouvelles garanties et d'avoir augmenté certaines garanties existantes tout en diminuant le taux de cotisation, il est donc plutôt logique que le S/P ait augmenté en 2016.
Cependant, il n'est pas rare de voir une surconsommation la première année des postes où il y a eu une augmentation du montant de la garantie ou une création de garantie donc il faudra voir le résultat de 2017 pour tirer une véritable conclusion (l'assurance n'ayant par ailleurs pas augmenté le taux de cotisation en 2017 même avec ce mauvais résultat).

Intéressons-nous maintenant à l'entreprise Y.

5.3.2) Analyse des résultats obtenus pour l'entreprise Y

	Entreprise Y	
	2015	2016
Cotisations nettes	887 753,91 €	878 165,85 €
Prestations provisionnées	874 363,85 €	907 174,37 €
Ratio S/P	98,49%	103,30%

Pour cette entreprise, on remarque aussi que le montant des prestations a augmenté alors que celui des cotisations a diminué ce qui implique donc une hausse du S/P (+ 5% environ).
La baisse des cotisations s'explique par le fait que le taux de cotisation a diminué en 2016 (alors que le nombre d'adhérents a augmenté).

L'augmentation des prestations est essentiellement due à l'augmentation du nombre d'actes (du fait qu'il y ait plus d'adhérents). En effet, on a remarqué par exemple qu'en optique, il y a eu 85 actes en plus en 2016 ce qui fait + 20 168 € de remboursement. Il y a aussi par exemple une augmentation pour :
- Le poste Acupuncteur (+ 438 actes en 2016 ce qui fait + 21 167 € de remboursement) ;
- Le poste Orthodontie (+ 28 actes en 2016 ce qui fait + 10 481 € de remboursement) ;
- Le poste Appareillage (+ 199 actes en 2016 ce qui fait + 8 902 € de remboursement) ;
- Etc..

On a cependant également des postes où le nombre d'actes a diminué fortement comme par exemple :
- Le poste Ostéopathie (- 366 actes en 2016 ce qui fait – 17 153€ de remboursement) ;
- Le poste Chambre particulière (- 176 jours ce qui fait – 10 356 € de remboursement) ;
- Etc…

On peut donc conclure alors que, pour l'entreprise Y, le S/P a augmenté essentiellement parce qu'il y a un nombre plus important de prestations (ce qui est en partie dû à l'augmentation du nombre d'adhérents) et aussi parce qu'il y a eu une baisse du taux de cotisation alors qu'il y a eu une légère augmentation du montant de certaines garanties (notamment l'optique).

Regardons maintenant ce qu'il s'est passé pour les autres entreprises.

5.3.3) Analyse des résultats obtenus pour les autres entreprises

Pour analyser cela, on va distinguer les entreprises qui ont vu leur taux de cotisation augmenté, de celles qui ont vu leur taux diminué et de celles qui ont vu le taux inchangé.

Commençons par celles qui ont vu leur taux de cotisation augmenté (il y en a 22 sur les 62 sociétés qui sont passées responsables).

5.3.3.1) Entreprises avec augmentation du taux de cotisation

Le tableau ci-dessous nous donne les cotisations nettes, les prestations provisionnées et le ratio S/P global pour les deux années :

	2015	2016
Cotisations nettes	291 355,65 €	318 521,65 €
Prestations provisionnées	397 579,30 €	358 345,81 €
Ratio S/P	136,46%	112,50%

On remarque tout d'abord que le ratio S/P en 2015 était très mauvais au global ce qui explique donc que, même si les garanties ont diminué avec la mise en place du contrat responsable, les taux de cotisation a lui augmenté (sur les 22 entreprises, 18 avaient un S/P supérieur à 100%).
En plus de l'augmentation du taux de cotisation, il y a également eu une augmentation du nombre d'adhérents (+30 en 2016) ce qui peut donc expliquer que les cotisations soient d'environ 27 000 € de plus en 2016.

Les prestations, elles, ont diminué d'environ 40 000 €. Cette baisse s'explique en partie par la mise en place du contrat responsable et des limitations que cela implique. En effet, si on regarde par exemple l'optique, en 2016, il y a eu 21 459 € de remboursements en moins (diminution également du nombre d'actes de 23 ce qui explique aussi en partie la baisse).
Concernant les honoraires, là aussi il y a eu une baisse non négligeable (- 6 444 €) alors que là le nombre d'actes a augmenté (+ 24). Cette baisse est donc due à la mise en place du Contrat d'Accès aux Soins.
En ce qui concerne le restant de la baisse des prestations, il s'agit également essentiellement d'une baisse de fréquence.
On peut donc conclure ici que la mise en place a eu un effet positif sur le ratio S/P.

Intéressons-nous maintenant aux entreprises qui ont vu leur taux de cotisation diminué (cela concerne 11 sociétés sur les 62).

5.3.3.2) Entreprises avec baisse du taux de cotisation

Le tableau ci-dessous résume les différents résultats :

	2015	2016
Cotisations nettes	193 996,17 €	171 426,36 €
Prestations provisionnées	211 183,04 €	177 200,95 €
Ratio S/P	108,86%	103,37%

Ici, on voit tout d'abord que le montant de cotisations a diminué en 2016 (alors que le nombre d'adhérents a augmenté de 42). Cela signifie donc que la baisse a été importante dans certaines entreprises (en regardant dans le détail, la baisse vient essentiellement d'une seule entreprise qui a vu ses cotisations baissées d'environ 23 000 €).

En ce qui concerne les prestations, celles-ci ont diminué d'environ 34 000 € en 2016. Cette baisse importante s'explique en grande partie par une baisse de la fréquence de consommation. En effet, pour les consultations spécialistes par exemple, le nombre d'actes a chuté de 65 ce qui représente environ 4 500 € de prestations en moins. Quant à l'optique, le nombre d'actes lui a diminué de 32 pour une baisse de prestations d'environ 24 000 €.

La question que l'on peut se poser est la suivante : cette baisse de fréquence de consommation est-elle due à la mise en place du contrat responsable ou s'agit-il d'une coïncidence ?
Pour ma part, je pense que les deux jouent mais que le contrat responsable n'est pas étranger à cette baisse de la fréquence. En effet, le fait de voir leur garantie diminuer fait que les consommateurs réfléchissent plus avant de consommer car ils ne veulent pas spécialement avoir à leur charge une plus grande partie du coût notamment en ce moment où les temps sont durs pour beaucoup de personnes et elles font donc plus attention à leur argent ce qui entraîne donc une baisse de la fréquence de consommation.

Regardons maintenant ce qu'il en est pour les entreprises qui ont vu leur taux de cotisation inchangé (cela représente 29 entreprises sur les 62 présentes).

5.3.3.3) Entreprises avec même taux de cotisation

Le tableau suivant nous donne les différents résultats :

	2015	2016
Cotisations nettes	427 490,79 €	449 834,06 €
Prestations provisionnées	415 964,65 €	425 541,13 €
Ratio S/P	97,30%	94,60%

Contrairement au deux cas précédents, les cotisations et les prestations augmentent en 2016.
L'augmentation des cotisations est due au fait que le nombre d'adhérents a augmenté de 10 en 2016 (et il a surtout augmenté dans les entreprises avant un taux de cotisation élevé par rapport aux autres).

Quant à l'augmentation des prestations, celle-ci est due à une augmentation de la fréquence de consommation dans la majorité des postes (on a par exemple 18 actes de plus en orthodontie ce qui représente 9 921 € et 14 actes de plus d'implants ce qui représente 5 389 € de plus).

En ce qui concerne les postes touchés par le contrat responsable, on voit que pour l'optique, les prestations ont diminué d'environ 20 000 € (avec une baisse du nombre d'actes de 15) et que pour les consultations spécialistes par exemple, les prestations ont diminué d'environ 5 500 € (avec une baisse du nombre d'actes de 34).

On peut donc conclure, concernant ces entreprises, que là où le contrat responsable a modifié les garanties, le nombre d'actes dans la majorité de ces postes diminue ce qui entraîne une

diminution des prestations (baisse importante car en plus de la baisse du nombre d'actes, les garanties ont dans la majorité diminué) alors que pour les autres postes, la fréquence de consommation est plus importante.

Pour conclure sur ces 3 cas, on voit toutefois qu'à chaque fois, le S/P global diminue et que dans chaque cas il y a notamment une baisse importante de la consommation en optique et donc on peut affirmer que la mise en place du contrat responsable a eu un impact non négligeable sur les postes concernés.

5.4) Analyse des nouvelles garanties mises en place

Pour les entreprises qui sont passées responsables en 2016 et 2017, plusieurs choix ont été faits :

- Les entreprises présentes déjà dans le portefeuille et qui n'avaient pas d'options ont gardé la même structure donc seulement les montants des garanties ont changé (ça représente 55% des entreprises responsables) ;

- Les entreprises présentes déjà dans le portefeuille avec des options ont également gardé la même structure (10%) mais 3 d'entre elles ont aussi décidé en plus d'ajouter une option non responsable ;

- Les entreprises qui sont rentrés dans le portefeuille en 2016 et qui ont choisi de prendre des options ont pour la plupart (excepté une) pris des options responsables (8%) mais il y en a également qui n'ont pas pris d'options du tout (13%) ;

- Les entreprises qui sont rentrés dans le portefeuille en 2017 ont elles toutes pris des options non responsables (12%).

On remarque donc que pour les entreprises déjà présentes dans le portefeuille, on ne se tourne pas encore vers les surcomplémentaires non responsables et pour les entreprises qui sont rentrées en 2016 non plus. Cependant celles rentrées en 2017 ont toutes fait ce choix ce qui peut amener une nouvelle tendance (notamment pour les entreprises qui ne sont pas passées encore responsable). En effet, avec un an de recul, elles comprennent mieux les contraintes du contrat responsable (notamment en optique et pour les postes concernés par le CAS) et se tournent donc vers des surcomplémentaires pour mieux être remboursées pour ces postes-là.

En ce qui concerne l'optique au niveau du portefeuille de LSN Assurances, les entreprises qui avaient des garanties aux frais réels se retrouvent en majorité avec comme garantie les différents plafonds du contrat responsable (c'est surtout le cas pour les entreprises de petite taille). Pour les autres entreprises, on se retrouve avec plusieurs cas possibles.

- Pour les entreprises sans options :

    - On se retrouve avec 1/3 des entreprises qui ont des garanties inférieures aux différents plafonds et des montants différents pour les verres simples, les verres complexes et les verres très complexes ;

- On se retrouve avec 1/5 des entreprises qui ont choisi comme montant de garantie les plafonds de remboursement du contrat responsable pour les verres simples (470 € dont 150 € pour la monture) et les verres complexes (750 € dont 150 € pour la monture) alors que les verres très complexes sont remboursés le même montant que les verres complexes ;
- 1/5 des entreprises ont choisi d'avoir un montant différent pour chaque base de remboursement et donc chaque catégorie de dioptrie (vu dans le tableau 7 p27) et dans chaque cas, le montant est inférieur aux différents plafonds ;
- 1/8 des entreprises ont choisi 470 € (dont 150 € pour la monture) comme montant de remboursement pour tous les types de verres ;
- Pour les autres, elles ont choisi de mettre les verres simples au maximum et les verres complexes et très complexes en dessous du maximum ;

➢ <u>Pour les entreprises avec options responsables :</u>

- 1/3 des entreprises ont choisi pour la dernière option de mettre la garantie maximum pour les verres simples mais pas pour les verres complexes et très complexes ;
- 1/4 ont choisi de mettre tout au maximum pour la dernière option (3 garanties différentes : verres simples, verres complexes et verres très complexes) ;
- 1/8 ont choisi de ne pas mettre le maximum même sur les options (3 garanties différentes : verres simples, verres complexes et verres très complexes) ;
- 1/8 ont choisi de ne pas mettre le maximum même sur les options (garanties en fonction de chaque base de remboursement et donc de chaque catégorie de dioptrie) ;
- 1/10 ont choisi le maximum pour les verres simples et les verres complexes et ont mis la même garantie que les verres complexes pour les verres très complexes.

➢ <u>Pour les entreprises avec options non responsables (on regarde donc que la base) :</u>

- La moitié ont choisi de mettre les montants maximums de remboursement sur la base (pour les verres simples, complexes et très complexes) ;
- 1/5 ont choisi de mettre les verres simples au maximum mais pas les verres complexes et très complexes ;
- 1/8 ont choisi de mettre le maximum pour les verres simples et très complexes mais pas pour les verres complexes ;
- Les autres n'ont pas mis les maximums.

On s'aperçoit donc qu'il n'y a pas de structure fixe avec la mise en place du contrat responsable (et ce pour tous les assureurs présents ici). En effet, on ne se retrouve pas tout le temps avec des garanties différentes entre les verres simples, les verres complexes et les verres très complexes. On peut donc se demander si la structure mise en place par l'Etat est la bonne (on a vu qu'il y avait très peu de consommateurs de verres très complexes du moins

dans le portefeuille de LSN Assurances donc est-il par exemple judicieux d'avoir des maximums différents entre les différents verres multifocaux).

Dans certains cas, on se retrouve avec au moins 8 montants différents de remboursement (lorsqu'il y a par exemple un montant pour chaque base de remboursement), cela peut donc vite devenir compliqué pour le consommateur de s'y retrouver (alors que le fait de mettre des forfaits est censé faciliter la compréhension des garanties). En effet, ce n'est pas facile de comprendre l'histoire des cylindres et des sphères.

On voit également qu'il y a une bonne partie des entreprises qui optent pour la garantie maximum pour les verres simples alors qu'elles ne le font pas pour les verres complexes et très complexes donc on peut aussi se demander si les plafonds fixés correspondent réellement à la réalité et ont donc bien été définies. En 2015, le prix moyen d'un équipement simple était de 297 € et celui d'un équipement complexe de 597 € donc en dessous des plafonds de remboursement du contrat responsable. De plus, un opticien dégage un taux de marge brut de 317% en moyenne sur les verres ce qui peut donc signifier qu'il serait en mesure de baisser ces prix si les garanties étaient moins élevées.

Il y a également peu de garanties qui distinguent les enfants des adultes alors que l'on a vu que les enfants achètent des équipements moins chers (moins de 1/10 des entreprises responsables). Mettre des garanties moins élevées pour les enfants peut donc être une solution pour l'avenir au vu de leur consommation.

Conclusion

La mise en place du contrat responsable étant encore récente, on peut s'attendre à avoir du changement dans les prochaines années et notamment au niveau des garanties. En effet, il se peut que les assurés n'ont pas encore le recul nécessaire pour observer l'impact de la mise en place de leurs nouvelles garanties notamment sur leur reste à charge et que donc par la suite, ils se tourneraient plutôt vers des options non responsables pour être mieux remboursés dans certains postes (comme c'est le cas pour les entreprises qui sont rentrées dans le portefeuille en 2017). On observe d'ailleurs cette tendance sur le portefeuille Mercer où 60% des adhérents ont souscrit à une surcomplémentaire, le plus souvent non responsable.

On peut également s'attendre à des garanties différentes selon le profil des assurés de l'entreprise. En effet, pour l'optique par exemple, on a vu que les consommateurs d'optique ayant entre 18 et 40 ans ont plutôt besoin de verres simples alors que les consommateurs plus âgés ont, eux, besoin de verres complexes. Une solution peut donc être de mettre la garantie maximale pour les verres simples (et pas pour les autres verres) pour une entreprise ayant des salariés avec une moyenne d'âge faible et de mettre la garantie maximale pour les verres complexes et très complexes pour une entreprise ayant des salariés avec une moyenne d'âge importante.

CONCLUSION

Le contrat responsable a été instauré afin de responsabiliser les professionnels de santé en encadrant notamment certains postes de remboursements comme par exemple l'optique où des plafonds et des planchers ont été définis en fonction de la correction et les médecins en limitant les dépassements d'honoraire.

La mise en place du contrat responsable va impacter de manière positive ou négative tous les acteurs concernés, que ce soit les assurés, les entreprises ou les complémentaires Santé.

Pour les assurés, la participation de leur employeur entre désormais dans le calcul de leur impôt sur le revenu ce qui affecte le pouvoir d'achat d'une majorité de français.
De plus, étant donné que le contrat responsable prévoit de baisser le niveau de remboursement de certaines garanties, cela implique que les assurés vont avoir des restes à charges plus importants. Par exemple, comme une majorité de médecins souhaitant garder sa liberté en ne signant pas le Contrat d'Accès aux Soins, il y aura alors une inégalité d'accès à ces soins importants.
Le contrat responsable va donc fragiliser, face à la maladie, les familles qui ne pourront pas souscrire aux garanties sur-complémentaires facultatives et créer ainsi une médecine à deux vitesses.

Pour les entreprises, la mise en place du contrat responsable va leur fournir un travail administratif important pour mettre aux normes leur contrat (pour celle n'ayant pas un courtier).
Pour celles ayant des garanties supérieures à celles du contrat responsable, elles vont donc avoir des garanties qui baissent et cela peut rendre les salariés mécontents et instaurer un mauvais climat social. Le point positif pour l'entreprise dans ce cas est qu'elle bénéficiera d'avantages fiscaux.
Pour les entreprises ne voulant pas changer leur garantie, elles auront une taxe supplémentaire de 7% et cela impliquera sûrement une augmentation des cotisations.

Pour les complémentaires Santé, les plafonds de garanties vont complexifier les schémas de couverture et obliger la plupart d'entre elles à revoir, à la baisse, leurs niveaux de garanties, avec toute la complexité des procédures que cela implique. Elles ne pourront donc plus proposer une complémentaire santé généreuse et ambitieuse pouvant pourtant fidéliser et attirer de nouveaux clients ou de nouvelles entreprises. De plus, elles ne pourront également plus se distinguer de leurs concurrentes par les garanties qu'elles proposent.

Concernant, l'impact chiffré, la mise en place du contrat responsable devrait permettre aux complémentaires Santé d'avoir un montant de remboursement moins élevé comme on a pu le voir pour la garantie « optique » pour LSN Assurances dans la section 2.
Il s'agit cependant uniquement d'estimations et rien ne dit que ce sera le cas car tous les facteurs ne sont pas pris en compte. On ne sait par exemple pas comment les assurés vont se comporter une fois dans leurs garanties auront changé. De plus, rien ne dit que les entreprises qui ne sont pas aux normes auront avec le contrat responsable des garanties égales au montant maximal autorisé par le contrat responsable. Il s'agit d'une hypothèse forte et donc le résultat dépend en grande partie de cette hypothèse.
On peut cependant affirmer grâce à l'étude réalisée qu'au minimum 43% des entreprises présentes dans le portefeuille de LSN Assurances ont une garantie supérieure à celle du contrat responsable pour la garantie « verres adultes », 89% des entreprises pour la garantie « monture

adulte », 55% des entreprises pour la garantie « monture enfant » et 21% des entreprises pour la garantie « monture + verres adultes ». Cela implique donc qu'elles devront voir leur garantie à la baisse et cela baissera le montant de remboursement en optique mais également les cotisations.
La dernière partie sur l'impact réel à la fin de l'année 2016 nous confirme que la mise en place du contrat responsable va impacter de manière non négligeable l'optique. En effet, on a remarqué que pour les entreprises passées responsables en 2016, on a une baisse de la consommation en optique ce qui a donc causé en partie la baisse des prestations optique (l'autre partie de la baisse étant due à la baisse des garanties dans la majorité de ces entreprises).
On a remarqué cependant qu'il y avait des cas particuliers comme par exemple une entreprise qui a des garanties peu élevées en 2015 en optique et qui a donc vu ses garanties augmentées en 2016. Cela a donc amené à une augmentation des prestations en optique en 2016.

En conclusion, ce mémoire sert à donner une tendance de la mise en place du contrat responsable et de son impact notamment sur l'optique. On remarque que l'estimation faite et les premiers résultats observés en 2016 tendent à dire que la mise en place du contrat responsable va faire baisser en majorité les montants des prestations en optique ainsi que probablement son nombre (on aura évidemment des cas particuliers comme expliqué précédemment mais on a vu que la majorité des entreprises avaient des garanties non conformes au contrat responsable donc on peut s'attendre à obtenir ce résultat pour la majorité des entreprises présentes dans le portefeuille).
On a également remarqué que le montant des frais réels n'a pas aussi fortement diminué que le remboursement complémentaire ce qui a fait que les consommateurs en 2016 se sont retrouvés avec un reste à charge plus important.
Pour finir, en prenant en compte uniquement les postes concernés par le contrat responsable, ces nouvelles dispositions devraient faire diminuer le S/P d'une bonne partie des entreprises présentes dans le portefeuille toute chose égale par ailleurs. Cependant, étant donné que la majorité des entreprises présentes dans le portefeuille sont de petites tailles, leur S/P demeure très volatile et une dérive d'un seul poste (par exemple l'hospitalisation ou le dentaire) suffirait pour faire chuter le S/P.

BIBLIOGRAPHIE

Sites internet :

http://www.ameli.fr/ : L'Assurance Maladie en ligne

http://www.argusdelassurance.com

http://www.drees.sante.gouv.fr/ : Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques

http://www.ffsa.fr : Fédération Française des Sociétés d'Assurance

http://www.kadris.fr/ : Société de conseil spécialisée dans les secteurs de la Protection Sociale, des Assurances et de la Santé

http://www.irdes.fr/ : Institut de Recherche et Documentation en Economie et Santé

http://www.sante.gouv.fr : Le ministère de la Santé, de la Jeune et des Sports – Espace Santé

http://www.securite-sociale.fr : Portail de la Sécurité Sociale

http://www.verspieren.com/ : Courtier en Assurances

http://www.vie-publique.fr/

Cours :

FAVRE-BEGUET Mylène : *Protection sociale (cours du master 2 SAF)*

MASIELLO Esterina : *Provisionnement non-vie (cours du master 1 SAF)*

Mémoires :

BIRMANN Vincent et GODET Paul (2007) : *Provisions pour sinistres en assurance de personnes (prévoyance et santé) : vers une modélisation robuste ?*

GUEYRAUD Leslie (2011) : *Un focus actuariel sur l'optique.*

POYET Eugénie (2008) : *Modélisation de l'effet consommateur en santé et application à la tarification.*

VAUTRIN Matthieu (2009) : *Elaboration d'une méthode de tarification avec indicateurs de risque pour des contrats complémentaires santé collectifs.*

ANNEXES

Annexe 1 : Résultats obtenus pour la société X

		Classe B											
		2012			2013			2014			2015		
		Rbst	Poids croissant	Nb actes	Rbst	Poids croissant	Nb actes	Rbst	Poids croissant	Nb actes	Rbst	Poids croissant	Nb actes
Sans le Contrat Responsable	De 0 à 550	532,40 €	10,04%	1	0 €	0%	0	0 €	0%	0	0 €	0%	0
	De 550 à 650	0 €	10,04%	0	617,20 €	100%	1	625,80 €	100%	1	1 867,72 €	100%	3
	De 650 à 750	713,86 €	23,50%	1	0 €	100%	0	0 €	100%	0	0 €	100%	0
	De 750 à 850	0 €	23,50%	0	0 €	100%	0	0 €	100%	0	0 €	100%	0
	Plus de 850	4 058,08 €	100%	4	0 €	100%	0	0 €	100%	0	0 €	100%	0
		5 304,34 €		**6**	**617,20 €**		**1**	**625,80 €**		**1**	**1 867,72 €**		**3**
Avec le Contrat Responsable	De 0 à 550	532,40 €	12,54%	1	0 €	0%	0	0 €	0%	0	0 €	0%	0
	De 550 à 650	0 €	12,54%	0	617,20 €	100%	1	625,80 €	100%	1	1 867,72 €	100%	3
	De 650 à 750	3 713,86 €	100%	5	0 €	100%	0	0 €	100%	0	0 €	100%	0
	De 750 à 850	0 €	100%	0	0 €	100%	0	0 €	100%	0	0 €	100%	0
	Plus de 850	0 €	100%	0	0 €	100%	0	0 €	100%	0	0 €	100%	0
		4 246,26 €		**6**	**617,20 €**		**1**	**625,80 €**		**1**	**1 867,72 €**		**3**
Différence	De 0 à 550	0 €	-	0	0 €	-	0	0 €	-	0	0 €	-	0
	De 550 à 650	0 €	-	0	0 €	-	0	0 €	-	0	0 €	-	0
	De 650 à 750	3 000 €	-	4	0 €	-	0	0 €	-	0	0 €	-	0
	De 750 à 850	0 €	-	0	0 €	-	0	0 €	-	0	0 €	-	0
	Plus de 850	-4 058,08 €	-	-4	0 €	-	0	0 €	-	0	0 €	-	0
		-1 058,08 €		**0**	**0 €**		**0**	**0 €**		**0**	**0 €**		**0**

Annexe 1.1 : Tableau de remboursement de la Classe B pour la société X

		Classe D											
		2012			2013			2014			2015		
		Rbst	Poids croissant	Nb actes	Rbst	Poids croissant	Nb actes	Rbst	Poids croissant	Nb actes	Rbst	Poids croissant	Nb actes
Sans le Contrat Responsable	De 0 à 410	0 €	0%	0	0 €	-	0	0,00 €	0%	0	0 €	-	0
	De 410 à 510	0 €	0%	0	0 €	-	0	0,00 €	0%	0	0 €	-	0
	De 510 à 610	0 €	0%	0	0 €	-	0	0,00 €	0%	0	0 €	-	0
	De 610 à 710	0 €	0%	0	0 €	-	0	1 238,69 €	100%	2	0 €	-	0
	Plus de 710	1 060,85 €	100%	1	0 €	-	0	0,00 €	100%	0	0 €	-	0
		1 060,85 €		**1**	**0 €**		**0**	**1 238,69 €**		**2**	**0 €**		**0**
Avec le Contrat Responsable	De 0 à 410	0 €	0%	0	0 €	-	0	0,00 €	0%	0	0 €	-	0
	De 410 à 510	0 €	0%	0	0 €	-	0	0,00 €	0%	0	0 €	-	0
	De 510 à 610	610 €	100%	1	0 €	-	0	1 220,00 €	100%	2	0 €	-	0
	De 610 à 710	0 €	100%	0	0 €	-	0	0,00 €	100%	0	0 €	-	0
	Plus de 710	0 €	100%	0	0 €	-	0	0,00 €	100%	0	0 €	-	0
		610 €		**1**	**0 €**		**0**	**1 220,00 €**		**2**	**0 €**		**0**
Différence	De 0 à 410	0 €	-	0	0 €	-	0	0,00 €	-	0	0 €	-	0
	De 410 à 510	0 €	-	0	0 €	-	0	0,00 €	-	0	0 €	-	0
	De 510 à 610	610 €	-	1	0 €	-	0	1 220,00 €	-	2	0 €	-	0
	De 610 à 710	0 €	-	0	0 €	-	0	-1 238,69 €	-	-2	0 €	-	0
	Plus de 710	-1 060,85 €	-	-1	0 €	-	0	0,00 €	-	0	0 €	-	0
		-450,85 €		**0**	**0 €**		**0**	**-18,69 €**			**0 €**		**0**

Annexe 1.2 : Tableau de remboursement de la Classe D pour la société X

Annexe 2 : Méthode de la cadence de règlement

Pour calculer les provisions avec cette méthode, on se réfère à une année antérieure où toutes les prestations ont été payées (l'année 2011 dans cette étude). On regarde dans un premier temps le montant des prestations payées pour chaque période de développement. Les chiffres sont les suivants :

	Période de développement			
Année de référence	1	2	3	4
2012	6 044 148 €	32 688 €	2 413 €	339 €

Ensuite, on calcule le pourcentage de prestations restant à payer à la fin de chaque période de développement par rapport à ce qui a déjà été payé. On obtient les résultats suivants :

Période de développement			
1	2	3	4
0,5863%	0,0453%	0,0056%	0%

Les résultats s'interprètent de la manière suivante :

- Pour les années où on a par exemple les prestations uniquement pour la première période de règlement (l'année 2015 dans notre cas) alors les provisions correspondent à 0.5863% des prestations de cette période. Pour cette étude, on a donc pour l'année 2015 :

$$Provisions\ 2015 = 6\ 297\ 284\ € * 0.5863\ \% = 36\ 921\ €$$

- Pour 2014, on prend le pourcentage de la deuxième période de développement (0.0453%) et ainsi de suite.

Annexe 3 : Méthode de Bornhuetter-Ferguson

Il s'agit d'une méthode basée sur les loss ratios.
Comme pour Chain Ladder, on commence tout d'abord par calculer les facteurs de développement $\hat{f}_j$ et ceci pour les primes et les sinistres. On obtient alors les primes ultimes et les sinistres ultimes. Le tableau ci-dessous nous donne les résultats par année de survenance :

Exercice de survenance	Sinistres ultimes	Primes ultimes
2012	6 079 587 €	5 604 801 €
2013	5 475 569 €	5 292 186 €
2014	5 912 465 €	5 852 615 €
2015	6 334 242 €	6 106 068 €

On en déduit ensuite les loss ratios :

Exercice de survenance	Loss ratio déduits
2012	108,47%
2013	103,47%
2014	101,02%
2015	103,74%

Cependant, pour calculer les sinistres ultimes à priori et à posteriori, on n'utilise pas ces loss ratios mais des loss ratios « attendus » (uniquement pour les années les plus récentes, 2014 et 2015 ici) notés Φ_i. Ces loss ratios sont déterminés par des considérations exogènes, par exemple un benchmark marché sur la branche considérée. On prendra ici pour 2014 un S/P de 101.1% et pour 2015 un S/P de 103.8%.

Il faut également calculer la cadence de règlement, notées ici p_{n-i}. Elle est définie de la manière suivante :

$$p_{n-i} = \frac{C_{i,n-i}}{C_{i,n}}$$

L'avant dernière étape consiste à calculer les sinistres à priori. La formule est la suivante :

$$\hat{S}_i = \Phi_i * P_i$$

Avec $\hat{S}_i$ le sinistre ultime à priori pour l'année i et P_i la prime ultime pour l'année i.

On a maintenant tous les éléments nécessaires au calcul des réserves. Les réserves, notés $\hat{R}_i^{BF}$, se calculent comme suit :

$$\hat{R}_i^{BF} = (1 - p_{n-i}) * \hat{S}_i$$

Le tableau ci-dessous résume les différents résultats obtenus :

Cadence de règlement	Sinsitres ultimes à priori	Provisions Bornhuetter-Ferguson
100%	6 079 587 €	0 €
99,99%	5 475 569 €	305 €
99,96%	5 911 141 €	919 €
99,42%	6 325 886 €	28 602 €

A partir des provisions, on calcule comme dans les deux autres méthodes le pourcentage de prestations restant à payer par rapport à ce qui a déjà été payé. On trouve les pourcentages suivants :

2013	0,0050%
2014	0,0168%
2015	0,4839%

Un des avantages de cette méthode est de prendre en compte les primes ce que les méthodes de Chain Ladder et de la cadence de règlement ne font pas. Cependant, elle a comme limite la subjectivé du loss ratio anticipé par l'assureur. De plus, étant donné que l'on a déjà une bonne partie des prestations qui sont payées, cette méthode n'est pas selon moi la plus adaptée à cette situation.