

Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



SEPTEMBRE

2016

NUMÉRO

0972

Tarification des complémentaires santé : déclin des solidarités dans les contrats individuels

En 2013, 34,6 millions de personnes bénéficient d'une complémentaire santé dans le cadre d'un contrat individuel et 24,7 millions dans le cadre d'un contrat collectif.

Sur le marché de la complémentaire individuelle, 50 % des personnes sont couvertes, en 2013, par des contrats de mutuelles dont les modes de tarification garantissent des solidarités entre niveaux de revenus ou classes d'âges. Cependant, les pratiques tarifaires des mutuelles en individuel semblent se rapprocher, ces dernières années, de celles des sociétés d'assurances, sans doute en raison de la pression concurrentielle. La tarification au revenu est ainsi en retrait (29 % des personnes couvertes par des mutuelles en 2013, contre 37 % en 2006). Néanmoins, près des trois quarts des personnes couvertes par une mutuelle en individuel le sont par un contrat assurant une solidarité entre classes d'âges, contre 5 % des personnes couvertes par une société d'assurances.

Sur le marché de la complémentaire collective, 43 % des personnes sont couvertes par un contrat dont le tarif dépend du revenu. Ce mode de tarification a progressé depuis 2006. Les tarifications favorables aux familles avec enfants se sont aussi développées en collectif, sauf pour les contrats des institutions de prévoyance, qui leur étaient déjà favorables en 2006.

Aude Leduc et Alexis Montaut (DREES)

En 2013, 59,3 millions de personnes sont couvertes par un contrat de complémentaire santé privée : 34,6 millions par un contrat individuel¹ et 24,7 millions par un contrat collectif, d'après l'enquête sur les contrats les plus souscrits auprès des organismes offrant des couvertures de complémentaire santé (encadré 1). Un contrat individuel est souscrit directement par un particulier auprès d'un organisme de complémentaire santé, tandis qu'un contrat collectif est souscrit par un employeur au profit d'un groupe de salariés. Dans ce cas, l'employeur prend le plus souvent en charge une partie de la cotisation du contrat. Depuis 2006, le nombre de personnes couvertes par une complémentaire santé a progressé, notamment en collectif (encadré 2). En 2013, comme en 2006, environ 90 % de la population est couverte par une complémentaire santé privée (hors CMU-C).

Le marché de la complémentaire santé est partagé entre trois grandes familles d'organismes : les institutions de prévoyance, les mutuelles et les sociétés d'assurances. Leur positionnement sur ce marché dépend en partie de leur histoire. Les institutions de prévoyance sont très présentes sur le marché du collectif. Elles proposent aussi des contrats individuels destinés aux anciens salariés chômeurs, mais surtout retraités, qui étaient déjà couverts par une institution de prévoyance lorsqu'ils

...

1. Hors personnes couvertes par la CMU-C.

•••

2. Avant l'introduction des contrats responsables en 2004, l'article 63 de la loi de finances rectificative pour 2001, codifié aux 15° et 16° de l'article 995 du Code général des impôts, institue une exonération en faveur des contrats d'assurance maladie dont les tarifs ne sont pas fixés selon l'état de santé de l'assuré. Par ailleurs, l'article L 112-1 du Code de la mutualité interdit aux mutuelles de tarifier selon l'état de santé.

3. Les organismes assureurs ne peuvent pas exiger un questionnaire de santé, ni tarifier selon les dépenses de santé observées.

4. En assurance-santé, un « mauvais risque » désigne une personne dont les caractéristiques laissent présager à l'assureur des dépenses de santé supérieures à sa prime.

travaillaient. Les personnes qu'elles couvrent en individuel sont donc en grande majorité âgées : 98 % ont au moins 60 ans. En ce qui concerne les mutuelles, certaines ont été créées par et pour des populations précises (fonctionnaires d'une administration, salariés d'une entreprise ou d'une branche professionnelle...) et bénéficient auprès d'elles d'une position dominante. D'autres s'adressent à des assurés de divers horizons, comme les sociétés d'assurances.

Les modes de tarification peuvent garantir des solidarités entre assurés

Le tarif d'un contrat de complémentaire santé dépend avant tout du niveau de garanties proposé. La tarification est limitée par un certain nombre de règlements ou d'incitations fiscales et sociales. Pour qu'un contrat soit qualifié de « responsable et solidaire » et qu'il bénéficie de ces incitations², il ne peut pas appliquer des tarifs directement liés à l'état de santé³, mais peut prendre en compte d'autres caractéristiques propres à l'assuré.

Dans le cas des contrats individuels, le tarif peut être modulé selon l'âge de l'assuré. En effet, une personne plus âgée aura une probabilité plus élevée de consommer des soins et donc de percevoir des remboursements plus élevés par l'organisme assureur. La tarification du contrat est ici qualifiée de « convexe » si le tarif du contrat croît de plus en plus vite avec l'âge. Elle est dite « linéaire », ou « ralentissant après 60 ans », lorsque le tarif progresse avec l'âge de façon constante ou de moins en moins vite (encadré 3). Lorsque la tarification à l'âge est linéaire, ou ralentissant après 60 ans, ou encore lorsque le tarif ne dépend pas de l'âge de l'assuré, le contrat est dit « opérant une forte solidarité entre classes d'âges », les plus jeunes payant relativement plus cher que leur consommation de soins afin de diminuer la cotisation des plus âgés. Cette solidarité est plus faible, voire absente, dans le cas d'une tarification convexe, où la cotisation de l'assuré reflète davantage le risque réel de santé de sa classe d'âges. Dans ce cas, le contrat

est dit « opérant peu ou pas de solidarité entre classes d'âges ».

Le tarif peut aussi dépendre du nombre d'enfants que l'assuré souhaite couvrir. Les contrats qui proposent un « forfait famille » prennent en charge gratuitement les enfants de l'assuré, quel que soit leur nombre. Certains contrats proposent la gratuité de la couverture à partir d'un certain nombre d'enfants (deux, trois ou quatre). Enfin, d'autres contrats exigent le paiement d'un supplément de cotisation pour chaque enfant couvert, voire ne prennent pas du tout en charge les enfants. Le forfait famille et la gratuité à partir du deuxième, troisième ou quatrième enfant assurent une solidarité, *via* les cotisations, entre ménages sans et avec enfants.

Les tarifs des contrats individuels peuvent aussi dépendre du revenu de l'assuré, de son lieu de résidence ou de son ancienneté dans le contrat. Un contrat dont le tarif croît avec le revenu est dit « opérant une solidarité des plus aisés vers les plus modestes ». La tarification au lieu de résidence prend en compte la variabilité de la consommation de soins

ou de leur prix selon la zone géographique de l'assuré.

Proposer un tarif dégressif selon l'ancienneté dans le contrat permet aux organismes de fidéliser leur clientèle, mais aussi, pour ceux assurant une solidarité entre classes d'âges, de se prémunir contre des souscriptions opportunistes aux âges élevés. Par ailleurs, des limites d'âge à la souscription d'un contrat peuvent être imposées. Cette pratique peut être utilisée pour filtrer les « mauvais risques⁴ » et permet de préserver l'équilibre financier des contrats solidaires entre classes d'âges. En effet, pour ce type de contrats, il existe un âge « charnière » à partir duquel, en moyenne, l'assuré passe de contributeur net à bénéficiaire net de cette solidarité. Une limite d'âge à la souscription fixée en dessous de cet âge « charnière » évite les souscriptions opportunistes en réservant indirectement l'accès aux personnes qui ont précédemment contribué à cette solidarité, les incitant à conserver leur contrat.

En collectif, les critères que les organismes peuvent utiliser pour moduler le tarif d'un assuré sont moins nombreux qu'en individuel. Pour bénéficier d'exonérations fis-

ENCADRÉ 1

L'enquête sur les contrats les plus souscrits

L'enquête sur les contrats les plus souscrits est réalisée par la DREES auprès des trois types d'organismes de complémentaire santé : institutions de prévoyance, sociétés d'assurances et mutuelles. Cette enquête porte sur les caractéristiques (coût de la cotisation, garanties du contrat, nombre de personnes couvertes) des trois contrats individuels et des trois contrats collectifs les plus souscrits auprès de chaque organisme. En individuel, les trois contrats les plus souscrits représentent 60 % de l'ensemble des personnes couvertes à ce titre ; en collectif, ils représentent 23 % de l'ensemble des personnes couvertes par ces contrats (Le Palud, 2013).

ENCADRÉ 2

Nombre de personnes couvertes et parts de marché entre 2006 et 2013

Entre 2006 et 2013, le nombre de personnes couvertes par une complémentaire santé a progressé de 1,8 million, principalement en collectif (+1,6 million en raison de la diffusion de la complémentaire santé collective dans des entreprises de plus en plus nombreuses) et plus faiblement en individuel (+0,2 million). En collectif comme en individuel, la période s'est accompagnée d'une hausse du nombre d'ouvrants droit (preneurs du contrat) et d'une baisse du nombre d'ayants droit (conjoints, enfants).

Si la hausse du nombre d'ouvrants droit en collectif (+1,9 million) s'explique par la diffusion de la complémentaire d'entreprise, l'augmentation du nombre d'ouvrants droit en individuel (+1,2 million) peut s'expliquer, pour partie, par le vieillissement de la population. En effet, les retraités ne peuvent être couverts par des contrats collectifs, puisque ceux-ci sont réservés aux salariés. La baisse du nombre d'ayants droit (-1 million en individuel et -0,3 million en collectif) peut s'expliquer, pour partie, par des évolutions sociodémographiques (baisse de la part des personnes vivant en couple par exemple). Elle peut aussi être une conséquence de la diffusion de la complémentaire collective : comme l'employeur prend en charge une partie de la cotisation, être ouvrant droit dans un contrat collectif est plus avantageux qu'être ayant droit d'un autre contrat. Cette baisse du nombre d'ayants droit est plus forte en individuel. Le fait que les conditions de couverture des enfants y soient moins favorables qu'en collectif peut l'expliquer.

cales, l'organisme complémentaire ne doit pas utiliser l'âge ou le lieu de résidence de l'assuré comme critères individuels de tarification. Cependant, il peut établir le tarif selon la structure par âge du groupe de personnes qu'il couvre et du lieu d'implantation de leur employeur. Le prix dont s'acquitte l'assuré peut en revanche dépendre de son revenu et du nombre d'enfants qu'il souhaite couvrir.

Les mutuelles pratiquant des solidarités entre niveaux de revenus assurent aussi des solidarités entre classes d'âges

Parmi les bénéficiaires des contrats les plus souscrits, 20 % des personnes couvertes en individuel le sont par un contrat de mutuelle dont le tarif dépend du revenu

(tableau 1). Ces contrats, en général proposés par des mutuelles de fonctionnaires ou de grandes entreprises⁵, opèrent aussi toujours une forte solidarité entre classes d'âges en proposant des tarifs linéaires ou ralentissant après 60 ans. Leurs tarifs ne dépendent pas ou peu du lieu de résidence ou de l'ancienneté et les limites d'âge à la souscription sont marginales. Dans un marché aussi concurrentiel que celui de la complémentaire santé, des pratiques solidaires peuvent perdurer en raison d'un esprit de corps entre les assurés, ou de circonstances particulières qui entrent en jeu dans les choix des assurés et contrebalancent les motivations monétaires. Par exemple, certaines mutuelles de fonctionnaires gèrent l'assurance-maladie de base de leurs adhérents et proposent un

guichet unique pour les remboursements de santé (de base et complémentaires), ce qui peut être un argument incitatif pour les assurés. Ces contrats solidaires entre niveaux de revenus offrent quasiment tous des remboursements de milieu de gamme (catégorie C de la typologie DREES⁶).

Environ 30 % des personnes couvertes en individuel par un des contrats les plus souscrits le sont par un contrat de mutuelle qui garantit une forte solidarité entre classes d'âges, à défaut d'assurer une solidarité entre niveaux de revenus. Le tarif à 75 ans est alors en moyenne trois fois plus élevé que celui à 20 ans. Ces contrats sont un peu moins solidaires entre classes d'âges que les précédents, dont le tarif à 75 ans est en moyenne 1,8 fois plus élevé qu'à 20 ans. Toutefois, dans les deux cas, le tarif augmente peu entre 60 et 75 ans. Les mutuelles qui proposent ces contrats sont en général des mutuelles de fonctionnaires, de régimes spéciaux, d'entreprises ou encore des mutuelles corporatistes ou professionnelles. Un certain nombre de mutuelles locales ou régionales, souvent des petites structures, proposent aussi des contrats opérant une forte solidarité entre classes d'âges. À nouveau, l'existence de cette solidarité sur ce marché concurrentiel peut s'expliquer par un esprit de corps et des solidarités anciennes (professionnelles ou locales), ou par des clientèles plus ou moins captives, par exemple lorsque des contrats de complémentaire santé sur mesure complètent des régimes spéciaux. La plupart de ces contrats offrent des remboursements d'entrée de gamme (catégories D ou E).

Enfin, 19 % des bénéficiaires d'un des contrats les plus souscrits en individuel le sont par des contrats de mutuelles n'opérant de solidarité ni entre classes d'âges ni entre niveaux de revenus. Ces contrats utilisent souvent le lieu de résidence pour fixer leur tarif ou imposent une limite d'âge. Ils sont en général proposés par des mutuelles à recrutement général, local ou régional, par des « filiales mutualistes » de sociétés d'assurances⁷ ou encore par quelques mutuelles de fonctionnaires. C'est dans cette classe que la cotisation à l'ancienneté est la plus répandue (35 % des personnes couvertes) afin de fidéliser la clientèle. En termes de qualité des remboursements, la

•••

5. Certaines mutuelles d'entreprises proposent des contrats individuels à destination des salariés. Dans d'autres cas, la mutuelle couvre les salariés par un ou plusieurs contrats collectifs et peut aussi proposer des contrats individuels aux anciens salariés retraités qui souhaiteraient maintenir une couverture. Les mutuelles d'entreprises peuvent aussi proposer des contrats individuels aux « extérieurs », c'est-à-dire aux proches des salariés de l'entreprise, aux salariés de sous-traitants ou de filiales du groupe, etc.

6. Garnero et Le Palud (2013) ont constitué une typologie des contrats de complémentaire santé selon la qualité de leurs remboursements. Cette typologie est issue d'une analyse des correspondances multiples à partir de 6 variables discriminant le mieux les remboursements des contrats (prothèses dentaires, lunettes avec verres complexes, prise en charge de la chambre particulière, etc). Les contrats de catégorie A sont ceux qui remboursent le mieux, alors que les contrats de catégorie E sont ceux qui remboursent le moins bien.

7. Il s'agit de mutuelles placées dans l'orbite de sociétés d'assurances, gérant les garanties santé, voire prévoyance, proposées aux clients de ces sociétés d'assurances.

ENCADRÉ 3

Les différents modes de tarification à l'âge

À partir des tarifs à 20, 40, 60 et 75 ans, trois modes de tarification à l'âge sont distingués. La tarification est dite « convexe » lorsque les tarifs augmentent de plus en plus vite avec l'âge. Elle est qualifiée de « linéaire » lorsque l'augmentation de la prime avec l'âge est constante. Enfin, elle est dite « ralentissant après 60 ans » lorsque les plus jeunes paient relativement plus par rapport à leur consommation pour limiter les tarifs des plus âgés. Par exemple, les contrats retenus dans l'appel d'offres de l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS) en 2015 présentent majoritairement une tarification convexe.

Le reste à charge moyen après remboursement de l'assurance-maladie obligatoire d'un assuré de 20 ans est de 188 euros, celui d'un assuré de 60 ans de 666 euros (soit 3,5 fois celui de l'assuré de 20 ans), et celui d'un assuré de 75 ans de 825 euros (soit 4,4 fois celui de l'assuré de 20 ans) : le montant du reste à charge croît plus vite que l'âge¹.

Pour les institutions de prévoyance, la quasi-totalité de la population couverte en individuel par un des contrats les plus souscrits ayant au moins 60 ans, la tarification n'est observée qu'entre 60 et 75 ans. Il n'est donc pas possible de déterminer la forme de cette tarification entre 20 et 60 ans. Parmi ces contrats, ceux dont le tarif à 75 ans est supérieur de 1,3 fois au tarif à 60 ans sont classés en « convexes », les autres en « linéaires » ou « ralentissant après 60 ans ». Ce seuil de 1,3 a été déterminé à partir des contrats individuels des mutuelles et des sociétés d'assurances. En effet, lorsque ces contrats ont une tarification « convexe », dans 90 % des cas, le tarif à 75 ans est supérieur au tarif à 60 ans majoré de 30 %, tandis que lorsque ces contrats ont une tarification « linéaire » ou « ralentissant », dans 90 % des cas, le tarif à 75 ans est inférieur au tarif à 60 ans majoré de 30 %.

Dans cette étude, on considère que les tarifications linéaires, celles ralentissant après 60 ans ainsi que les tarifs qui ne dépendent pas de l'âge opèrent des solidarités entre classes d'âges, à l'inverse des tarifications convexes. Cette distinction n'est toutefois pas parfaite et ne fait qu'approcher le caractère solidaire ou non des différents contrats. La dimension solidaire dépend, en effet, des caractéristiques des populations couvertes : au sein d'un groupe de personnes dont les dépenses de santé augmentent modérément avec l'âge, un contrat à tarification linéaire peut se révéler non solidaire. À l'inverse, un contrat à tarification convexe peut se révéler solidaire si les dépenses de santé des personnes couvertes augmentent encore plus vite avec l'âge que le tarif du contrat. Enfin, si un mode de tarification linéaire ou ralentissant ouvre en théorie la porte à des solidarités entre classes d'âges, cette solidarité peut ne pas s'exercer en pratique, si par exemple le contrat n'est pas souscrit par suffisamment de jeunes assurés pour permettre réellement de baisser la cotisation des plus âgés.

1. Ces restes à charge après assurance maladie obligatoire ont été calculés sur le champ des assurés du régime général, hors sections locales mutualistes, aide médicale d'État et migrants. Le calcul a été mené à partir de l'échantillon généraliste des bénéficiaires (EGB) apparié au Programme de médicalisation des systèmes d'information-médecine, chirurgie, obstétrique et odontologie (PMSI-MCO) pour le public et au PMSI-MCO, au recueil d'information médicale en psychiatrie (RIM-P) et au Programme de médicalisation des systèmes d'information-soins de suite et de réadaptation (PMSI-SSR) pour le privé, édition 2013. Le champ des prestations retenu est constitué des soins de ville, des actes et consultations externes (hors activité salariée dans le public), des séjours en MCO dans le public, en MCO-Psy et SSR dans le privé, hors chambre particulière.

majorité de ces contrats se situent aussi dans l'entrée de gamme.

Parmi les bénéficiaires des contrats les plus souscrits, 27 % sont couverts par un contrat individuel de société d'assurances. Ces dernières sont en concurrence avec leurs homologues mutualistes, notamment celles de la troisième classe puisqu'elles ne bénéficient pas de clientèles captives. Certaines de leurs pratiques tarifaires sont assez proches : absence de tarif dépen-

dant du revenu, tarif à 75 ans 3,7 fois plus élevé qu'à 20 ans et 1,5 fois plus élevé qu'à 60 ans. Les contrats des sociétés d'assurances offrent des remboursements d'entrée de gamme. La gratuité à partir du deuxième, troisième ou quatrième enfant est majoritaire (69 %), mais moins fréquente que dans les contrats de mutuelles (90 %). Les tarifs des sociétés d'assurances dépendent plus souvent du lieu de résidence que ceux des mutuelles. Par ail-

leurs, la limite d'âge, qui permet de sécuriser l'équilibre financier, y est plus répandue, mais elle est placée à un âge en moyenne plus élevé que celle des mutuelles. Globalement, les assurés des sociétés d'assurances sont nettement moins âgés que ceux des mutuelles : 28 % ont plus de 60 ans, contre 41 %⁸.

Enfin, 4 % des personnes couvertes par un des contrats les plus souscrits en individuel le sont auprès d'une institution de pré-

•••
8. En 2006, en individuel, 35 % des assurés des mutuelles ont plus de 60 ans, contre 23 % des assurés des sociétés d'assurances.

TABLEAU 1

Typologie des contrats individuels selon le mode de tarification

En % des personnes couvertes

	Contrats des mutuelles			Ensemble	Contrats des sociétés d'assurances	Contrats des institutions de prévoyance	Ensemble des contrats
	Opérant une solidarité des plus aisés vers les plus modestes	N'opérant pas de solidarités des plus aisés vers les plus modestes					
		Opérant une forte solidarité entre classes d'âges	Opérant peu ou pas de solidarité entre classes d'âges				
Revenu							
Tarif dépendant du revenu	100	0	0	29	0	2	20
Âge							
Tarif ne dépendant pas de l'âge	5	25	0	12	0	28	10
Tarif dépendant de l'âge, linéaire ou ralentissant	95	75	0	61	5	69	46
Tarif dépendant de l'âge, convexe	0	0	100	27	95	3	45
Rapport moyen entre les tarifs à 75 et 20 ans*	1,8	3,0	3,6	2,8	3,7	-	3,0
Rapport moyen entre les tarifs à 75 et 60 ans*	1,0	1,1	1,5	1,2	1,5	1,1	1,3
Existence d'une limite d'âge à la souscription	2	17	26	15	50	74	27
Limite d'âge à la souscription moyenne**	-	65	64	64	69	73	67
Ancienneté							
Tarif dépendant de l'ancienneté dans le contrat	3	8	35	14	0	1	10
Lieu de résidence							
Tarif dépendant du lieu de résidence	0	23	47	23	84	69	41
Enfants							
Forfait famille	2	5	11	6	0	90	8
Gratuité à partir du 2 ^e , 3 ^e ou 4 ^e enfant	98	88	85	90	69	6	81
Tous les enfants cotisent ou enfants non pris en charge	0	7	5	4	31	3	12
Structure par âge***							
Proportion d'assurés de moins de 25 ans	2	18	6	10	8	0	9
Proportion d'assurés de 25 à 59 ans	52	46	52	49	64	2	51
Proportion d'assurés de plus de 60 ans	47	36	43	41	28	98	40
Qualité des contrats							
Contrats de catégorie D ou E (entrée de gamme)	5	57	59	42	60	56	48
Contrats de catégorie C (milieu de gamme)	93	37	32	52	24	27	43
Contrats de catégorie A ou B (haut de gamme)	2	6	8	6	16	16	9
Personnes couvertes (en % des contrats individuels)	20	30	19	69	27	4	100

* Pour les contrats dont le tarif dépend de l'âge. ** Pour les contrats pour lesquels il existe une limite d'âge à la souscription et hors contrats jeunes. *** Les proportions sont calculées sur les assurés et non sur les personnes couvertes.

Note • Pour les institutions de prévoyance, les contrats individuels étant majoritairement souscrits par des retraités, le tarif du contrat à 20 ans n'est en général pas disponible. La typologie des contrats en termes de qualité (A à E) est issue de Garnero et Le Palud (2013).

Lecture • 98 % des personnes couvertes par des mutuelles opérant des transferts entre niveaux de revenu bénéficient de la gratuité à partir du 2^e, 3^e ou 4^e enfant.

Champ • Contrats individuels les plus souscrits.

Source • DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits, édition 2013.

•••

9. En assurance-santé, un « bon risque » désigne une personne dont les caractéristiques laissent présager à l'assureur des dépenses de santé inférieures à sa prime.

10. L'enquête sur les contrats les plus souscrits recense les tarifs des contrats à 20, 40, 60 et 75 ans depuis l'année 2011. Les évolutions des tarifications convexes, linéaires ou ralentissant ne peuvent donc être présentées depuis 2006. Il n'est pas non plus possible de les présenter sur la période 2011-2013 par manque de recul. Les solidarités entre classes d'âges sont toutefois en baisse, comme en atteste le recul des contrats dont le tarif ne dépend pas du tout de l'âge.

11. Depuis le 1^{er} janvier 2016, les entreprises sont dans l'obligation légale de mettre à disposition de leurs salariés une complémentaire santé d'entreprise.

Dans ce cadre, le marché de la complémentaire santé collective s'est sans doute développé aux dépens du marché de la complémentaire santé individuelle.

Au 1^{er} avril 2017 devraient aussi être mis en place des contrats labellisés à destination des seniors. Les pratiques tarifaires sur ces nouveaux contrats et le basculement d'une partie du marché de l'individuel vers le collectif pourraient avoir des répercussions sur les logiques de tarifications en vigueur et sur la typologie des contrats ici retenue.

12. Il s'agit ici de la cotisation « brute » perçue par l'organisme assureur. Dans les contrats collectifs,

voiance. Ces contrats sont spécifiques. Certains sont réservés aux anciens salariés retraités ou chômeurs des entreprises couvertes en collectif par une institution de prévoyance. Leurs souscripteurs sont quasiment tous âgés d'au moins 60 ans. Le tarif de ces contrats n'augmente pas ou peu entre 60 et 75 ans. Pour les institutions de prévoyance, la limite d'âge plus élevée s'explique par une population couverte constituée essentiellement de retraités. Les assurés âgés de 60 ans paient un peu plus cher pour limiter les tarifs de ceux de 75 ans : la limite d'âge à la souscription est donc plus élevée. Le forfait famille (gratuité dès le premier enfant) est la norme, mais s'applique probablement peu en raison de l'âge avancé des bénéficiaires. Ces contrats offrent majoritairement des remboursements d'entrée de gamme.

En individuel, les pratiques tarifaires des mutuelles se rapprochent de celles des sociétés d'assurances

Entre 2006 et 2013, les modes de tarification des contrats individuels les plus souscrits des mutuelles se sont rapprochés de ceux des sociétés d'assurances. Leur tarification est de plus en plus proche du risque individuel de santé, dans la limite de ce qui est autorisé par la législation sur les contrats solidaires et responsables. Cette convergence est en partie liée à la forte concurrence entre opérateurs de ce secteur : un « bon risque⁹ » dont la cotisation est un peu plus élevée en raison de mécanismes de solidarité pourra trouver un contrat aux garanties équivalentes pour moins cher chez un concurrent qui tarife plus près du risque individuel. Par conséquent, le positionnement des mutuelles évolue : par exemple, des mutuelles de fonctionnaires ou d'entreprises qui proposent des solidarités entre niveaux de revenus ou classes d'âges offrent dorénavant aussi des contrats ouverts à tous avec une tarification plus proche du risque individuel (c'est-à-dire avec une tarification actuariellement dépendante de l'âge).

Ainsi, seules 12 % des personnes couvertes par les contrats les plus souscrits des mutuelles paient une cotisation qui ne dépend pas de l'âge en 2013, contre 36 %

en 2006 (tableau 2). Les mutuelles ont aussi baissé la fréquence de leur tarification au revenu, avec 29 % des personnes couvertes par ce type de contrat en 2013, contre 37 % en 2006. En revanche, elles ont augmenté la tarification au lieu de résidence (23 % en 2013 contre 14 % en 2006). Le déclin des limites d'âge à la souscription dans les contrats de mutuelle et de la tarification à l'ancienneté pourrait s'expliquer en partie par le recul des solidarités entre classes d'âges¹⁰. Enfin, les tarifications favorables aux familles avec enfants sont désormais quasi généralisées au sein des mutuelles.

Parmi les sociétés d'assurances, la fréquence de la tarification au lieu de résidence est en légère hausse entre 2006 et 2013. Les tarifications favorables aux familles avec enfants ont en revanche reculé. Enfin, les politiques de tarification des institutions de prévoyance ont peu évolué entre 2006 et 2013.

Pour les trois familles d'acteurs, la proportion des contrats d'entrée de gamme a diminué, au profit des contrats de milieu de gamme, les contrats haut de gamme restant marginaux sur le marché de l'individuel. Avec la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise et l'arrivée des contrats labellisés seniors, le marché de la complémentaire santé individuelle

devrait être fortement bousculé dans les années à venir¹¹.

D'importantes solidarités entre niveaux de revenus dans les contrats collectifs

En 2013, 24,7 millions de personnes sont couvertes par un contrat collectif. 43 % des bénéficiaires des contrats les plus souscrits ont un contrat dont le tarif dépend du revenu¹². Ce mode de tarification concerne 59 % des personnes couvertes par une institution de prévoyance, contre 34 % pour les mutuelles et 27 % pour les sociétés d'assurances. Ce sont plus les grandes entreprises que les petites qui souscrivent ce type de contrats. Si, en individuel, la tarification au revenu reflète plutôt la politique de l'organisme assureur, en collectif, celle-ci résulte davantage d'un choix de la part de l'entreprise ou de la branche professionnelle qui souscrit, après négociations avec les salariés ou leurs représentants. La tarification au revenu a augmenté depuis 2006 pour les trois familles d'organismes assureurs (tableau 3).

Le forfait famille (gratuité dès le premier enfant) est la norme en collectif : 77 % des personnes couvertes par des institutions de prévoyance ou des sociétés d'assurances et 70 % de celles couvertes par des



TABLEAU 2

Évolution des modes de tarification et de la qualité des contrats individuels entre 2006 et 2013, par catégorie d'organismes complémentaires

En % des personnes couvertes

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurances	
	2006	2013	2006	2013	2006	2013
Tarif dépendant du revenu	37	29	3	2	0	0
Tarif ne dépendant pas de l'âge	36	12	25	28	0	0
Existence d'une limite d'âge à la souscription	29	15	78	74	78	50
Tarif dépendant de l'ancienneté dans le contrat	24	14	0	1	4	0
Tarif dépendant du lieu de résidence	14	23	69	69	80	84
Forfait famille ou gratuité à partir du 2 ^e , 3 ^e ou 4 ^e enfant	84	96	93	97	80	69
Contrats de catégorie D ou E (entrée de gamme)	71	42	74	56	74	60
Contrats de catégorie C (milieu de gamme)	25	52	6	27	15	24
Contrats de catégorie A ou B (haut de gamme)	4	6	20	16	12	16

Lecture • 96 % des personnes couvertes par des mutuelles bénéficient, en 2013, d'un tarif qui offre un forfait famille ou la gratuité à partir du 2^e, 3^e ou 4^e enfant.

Champ • Contrats individuels les plus souscrits.

Source • DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits, édition 2013.

TABLEAU 3

Évolution des modes de tarification et de la qualité des contrats collectifs entre 2006 et 2013, par catégorie d'organismes complémentaires

En % des personnes couvertes

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurances		Ensemble	
	2006	2013	2006	2013	2006	2013	2006	2013
Tarif dépendant du revenu	26	34	57	59	15	27	36	43
Existence d'une limite d'âge à la souscription	23	2	3	1	37	8	18	2
Forfait famille	35	70	90	77	69	77	62	74
Contrats de catégorie D ou E (entrée de gamme)	40	9	39	9	0	5	33	9
Contrats de catégorie C (milieu de gamme)	30	22	13	36	4	9	19	26
Contrats de catégorie A ou B (haut de gamme)	29	69	48	54	96	86	48	65

Lecture • 26 % des personnes couvertes par des mutuelles bénéficient en 2006 d'un tarif dépendant du revenu.

Champ • Contrats collectifs les plus souscrits.

Source • DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits, éditions 2006 et 2013.

mutuelles le sont par un contrat proposant ce forfait. Les contrats dont le tarif dépend du revenu proposent quasiment toujours un forfait famille. Les mutuelles et les sociétés d'assurances gèrent davantage des contrats incluant le forfait famille depuis 2006, tandis que cette part baisse parmi les contrats des institutions de prévoyance.

La proportion des contrats collectifs haut de gamme a augmenté au cours de cette période pour les mutuelles et les institutions de prévoyance, dont le portefeuille s'est rapproché de celui des sociétés d'assurances en termes de qualité (contrats avec des garanties principalement élevées). En l'absence de tarification à l'âge et avec une proportion élevée de la tarification au revenu et des forfaits famille, les contrats collectifs proposent en général des remboursements haut de gamme et opèrent d'importantes solidarités entre les groupes de personnes qu'ils couvrent. Mais en excluant les personnes âgées, ces solidarités restent très partielles.

... l'employeur et le salarié paient chacun une partie de cette cotisation brute. Lorsque la cotisation brute ne dépend pas du revenu, le partage entre les financeurs employeur et salarié peut, lui, dépendre du montant du revenu. L'enquête sur les contrats les plus souscrits, réalisée auprès des organismes d'assurances (et non des employeurs), ne permet pas de distinguer la partie « nette » payée par le salarié de celle payée par l'employeur. Ainsi, la proportion de contrats dont le tarif « net » dépend du revenu pourrait être en réalité plus élevée.

POUR EN SAVOIR PLUS

- Barlet M., Befly M., Raynaud D., 2016, *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties*, coll. Panoramas de la DREES, avril.
- Montaut A., 2016, « Assurance complémentaire santé : les contrats collectifs gagnent du terrain », *Études et Résultats*, DREES, n° 952, février.
- Le Palud V., 2013, « Comment les organismes complémentaires fixent leurs tarifs », *Études et Résultats*, DREES, n° 850, septembre.
- Garnero M., Le Palud V., 2013, « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010 », DREES, n° 837, avril.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site

drees.social-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur

www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution

drees.social-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication : Franck von Lennep

Responsable d'édition : Souphaphone Douangdara

Secrétaires de rédaction : Sabine Boulanger et Laurence Grivet

Composition et mise en pages : T. B.

Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin

Imprimeur : Imprimerie centrale de Lens

Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN papier 1292-6876 • ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384