

Études & Résultats

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



JANVIER
2018
NUMÉRO
1047

Tarifs et prestations : que révèle le nom des organismes de complémentaire santé ?

Les noms des organismes de complémentaire santé transmettent de nombreuses informations. Ils indiquent le statut juridique des organismes par les termes « mutuelle » (cité dans 78 % d'entre eux en 2015), « assurance » (16 %) et « prévoyance » (12 %). Ces noms précisent aussi les marchés sur lesquels les organismes exercent : 41 % d'entre eux déclarent en effet être spécialisés pour une profession ou une entreprise et 35 % sur une zone géographique. Enfin, 18 % des organismes, plutôt non spécialisés, mettent en avant une valeur (cohésion, sécurité, famille, etc.) afin d'affirmer leur identité et de se démarquer de la concurrence.

Les noms des organismes ont été répartis en six groupes-types qu'il est possible de rapprocher des pratiques tarifaires des organismes. Ainsi, les organismes mutualistes et ceux spécialisés sur des professions ont des tarifs plus solidaires (favorables aux plus modestes, aux familles avec enfants, ou augmentant moins fortement aux âges élevés, etc.) et leurs assurés récupèrent une plus grande part de leurs cotisations sous forme de prestations. Avoir un ancrage local est aussi en général associé à un meilleur rapport prestations sur cotisations, les frais de publicité étant plus faibles. En revanche, les valeurs sociales affichées dans le nom semblent rarement associées à des pratiques spécifiques.

Alexis Montaut (DREES)

Un organisme complémentaire santé est un organisme qui gère des contrats d'assurances dont l'objet principal est de rembourser à l'assuré en partie les dépenses de santé non prises en charge par la Sécurité sociale. En France, en 2015, 534 organismes pratiquent une activité de complémentaire santé, dont 411 mutuelles, 99 sociétés d'assurances et 24 institutions de prévoyance (Fonds CMU). Cette étude s'intéresse au nom de ces organismes complémentaires santé (*encadré 1*). Ce nom est composé le plus souvent de 4 termes juxtaposés¹, dont les plus fréquents sont : mutuelle, assurance, prévoyance et personnel (*graphique 1*).

Les termes « mutuelle » et « prévoyance » synonymes d'organismes à but non lucratif

Les termes « mutuelle », « assurance » et « prévoyance » renseignent en général sur la nature juridique d'un organisme, même s'il n'y a pas toujours correspondance parfaite entre le nom et la nature juridique. Le terme « mutuelle » (ou « mutualité » ou la contraction « mut ») est mis en avant par 78 % des organismes (*graphique 2*). Il signifie que l'organisme appartient à ses assurés et que les bénéfices qu'il réalise sont donc réinvestis au profit de ces der-

...
1. On entend ici par « termes » les mots lexicaux, c'est-à-dire porteurs de sens, par opposition aux mots-outils (« le, de, à, etc. ») dont le rôle est plus syntaxique que sémantique. Les noms des organismes sont composés au minimum d'un terme, au maximum de 12 termes, et le plus souvent de 4 termes.



2. Ainsi que d'autres termes identifiant les sociétés d'assurance : risques divers, dommages, IARD (pour Incendie, accidents et risques divers) et SA ou ASS (pour Société d'assurance).

3. Décision n°85-193 du Conseil constitutionnel sur la loi portant réforme du Code de la mutualité du 25 juillet 1985.

4. Ou sa contraction « PREV ».

niers (organisme non lucratif). Seuls les organismes réellement mutualistes ont le droit de mentionner le mot « mutuelle » ou ses dérivés dans leur nom.

Le mot « assurance² » est employé par 16 % des organismes et désigne des sociétés d'assurances, soumises au Code des assurances (*encadré 2*). Deux types de sociétés d'assurances coexistent : les « compagnies d'assurances », à but lucratif, et les « mutuelles d'assurances », à but non lucratif. En tant qu'organismes mutualistes, les mutuelles d'assurances ont le droit d'employer le mot « mutuelle » dans leur nom, mais ont obligation³ d'y coller le mot « assurance » afin de les distinguer des mutuelles traditionnelles, celles relevant du Code de la mutualité.

Le terme « prévoyance⁴ », utilisé par 12 % des organismes, est plus ambigu. Il peut désigner des « institutions de prévoyance », qui sont la troisième catégorie juridique d'organismes exerçant aux côtés des mutuelles et assureurs. Les institutions de prévoyance sont à but non lucratif et spécialisées dans la couverture des entreprises (contrats dits « collectifs »). Toutefois, le mot « prévoyance » n'est pas une appellation réservée à une catégorie d'acteurs : il peut également être utilisé par une mutuelle ou une société d'assurances spécialisée dans l'activité d'assurance prévoyance, c'est-à-dire la couverture des risques santé, incapacité, invalidité, accident et décès. Les trois termes « mutuel, assurance et prévoyance » ne sont en effet pas exclusifs et peuvent parfois être combinés. Un organisme peut aussi n'en mentionner aucun des trois. Dans ce cas, il s'agit en général d'une société d'assurances (*tableau 1*).

Un nom qui peut aussi exprimer une spécialisation professionnelle, géographique ou une valeur

Le nom d'un organisme peut aussi indiquer le marché sur lequel il exerce. En 2015, 41 % des organismes font mention dans leur nom d'une spécialisation professionnelle. 14 % sont spécialisés sur une entreprise ou un groupe, créés au profit de ses salariés. Il s'agit souvent de grandes entreprises parapubliques (électricité, chemins de fer, etc.) ou privées provenant notamment des secteurs de l'industrie



ENCADRÉ 1

Sources et méthodes

Le nom de l'organisme ici utilisé est la raison sociale, c'est-à-dire le nom sous lequel l'entité juridique qui gère les contrats d'assurances santé est enregistrée au répertoire des entreprises (SIRENE). La raison sociale peut parfois différer légèrement du « nom commercial » ou « enseigne » que l'organisme utilise sur son site internet ou sur ses brochures publicitaires, par exemple. Les organismes déclarent leur raison sociale au Fonds CMU, à l'ACPR et au répertoire SIRENE. Comme les acronymes et sigles sont fréquents dans les noms des organismes d'assurances, ces trois sources, qui peuvent présenter de légères différences, sont ici combinées afin de disposer d'un maximum d'acronymes développés.

Les noms des organismes sont découpés en mots. Des traitements permettent de réduire autant que possible le nombre de mots apparaissant au moins une fois : suppression des mots « outils » (la, des, et, à, etc.) afin de ne garder que les unités lexicales porteuses de sens, regroupement des différentes déclinaisons d'un mot (masculin, féminin, singulier, pluriel) dans la déclinaison dominante, etc. Ces traitements ont été effectués à l'aide de l'outil d'analyse textuelle « TM » sous le logiciel R. Les thèmes principaux abordés dans les noms des organismes peuvent ainsi être dégagés (nature juridique, spécialisation professionnelle, géographique, valeurs) et les variables correspondant à ces quatre dimensions ont été construites soit par recherche de chaînes de caractères, soit manuellement.

Une typologie des organismes a tout d'abord été établie de manière à classer les organismes en six groupes-types en fonction de leur nom et des informations qu'il véhicule. Différentes méthodes de partitionnement ont été testées (classification ascendante hiérarchique, K-means, Partitionning Around Medoids). La typologie finalement retenue a été construite manuellement en s'inspirant des résultats des méthodes de partitionnement, pour plus de transparence et de simplicité. Elle a l'avantage de reposer sur un nombre réduit de variables de partitionnement.

L'objectif est de déterminer dans quelle mesure les noms des organismes, à travers ces six groupes-types, peuvent être associés à certaines pratiques tarifaires (solidarités tarifaires, limite d'âge à la souscription, etc.) ou caractéristiques financières (prestations rapportées aux cotisations, frais liés à la publicité et au marketing, etc.). Des modèles de régression « toutes choses égales par ailleurs » ont été testés afin de valider les résultats obtenus en statistiques descriptives, et leurs principaux résultats sont cités dans l'étude.

Les pratiques tarifaires sont issues de l'enquête, réalisée par la DREES, sur les contrats les plus souscrits (ici millésimes 2011 à 2013) ; les données financières proviennent des états comptables de l'ACPR (données 2015). Ces résultats sont donc antérieurs à la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise intervenue à compter de 2016. Les pratiques tarifaires d'un organisme sont inférées à partir des trois contrats individuels et des trois contrats collectifs les plus souscrits de son portefeuille. Les trois contrats les plus souscrits peuvent ne pas être totalement représentatifs de l'activité des organismes, notamment en collectif où ils ne représentent en moyenne que 23 % des personnes couvertes, contre 60 % en individuel.



ENCADRÉ 2

Les trois types d'organismes complémentaires santé

Trois types d'organismes d'assurances sont présents sur le marché : les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurances.

Les mutuelles sont soumises au Code de la mutualité. Ce Code les autorise à ne pratiquer que certaines activités d'assurances, généralement celles qui viennent compléter la protection sociale publique (santé, retraite, invalidité, décès, etc.). Elles sont à but non lucratif.

Les institutions de prévoyance sont soumises au Code de la Sécurité sociale. Comme les mutuelles, leur activité se restreint principalement aux risques de la protection sociale et elles sont à but non lucratif. Elles sont spécialisées sur les contrats collectifs, c'est-à-dire la couverture des entreprises. Elles sont dites « paritaires », car gérées par des représentants des employeurs et des salariés des entreprises adhérentes.

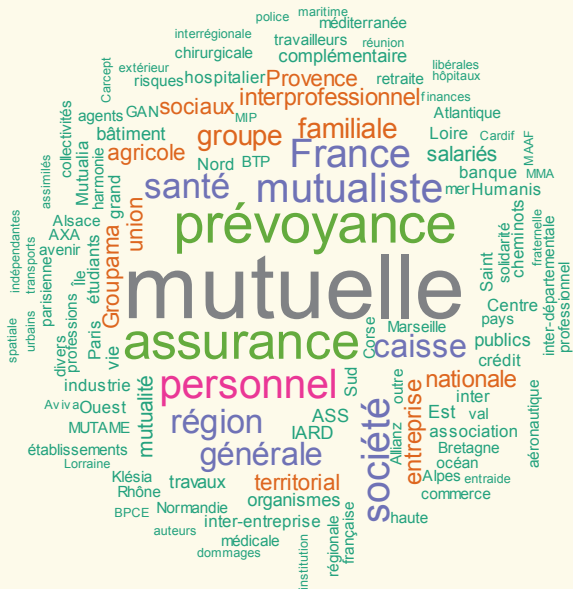
Les sociétés d'assurances sont soumises au Code des assurances, qui leur permet de réaliser l'ensemble des activités d'assurances, y compris celles qui ne sont pas dans le périmètre de la protection sociale (assurances automobile, habitation, responsabilité civile, capitalisation, dommages aux biens, etc.). Les sociétés d'assurances se partagent entre les compagnies d'assurances, à but lucratif, qui peuvent verser des dividendes à leurs actionnaires, et les mutuelles d'assurances, à but non lucratif, dont les actionnaires sont les assurés alors nommés « sociétaires ».

(constructeurs automobiles, aéronautiques, etc.), de la banque et de l'assurance. 10 % des organismes sont spécialisés auprès des fonctionnaires (enseignants, hospitaliers, territoriaux, agents des ministères, forces armées, etc.). 15 % des organismes

couvrent soit des professions, soit des secteurs d'activité, souvent composés de petites entreprises ou d'indépendants. Les secteurs les plus concernés (BTP, agriculture, professions de santé, métiers du spectacle, etc.) se caractérisent par des

GRAPHIQUE 1

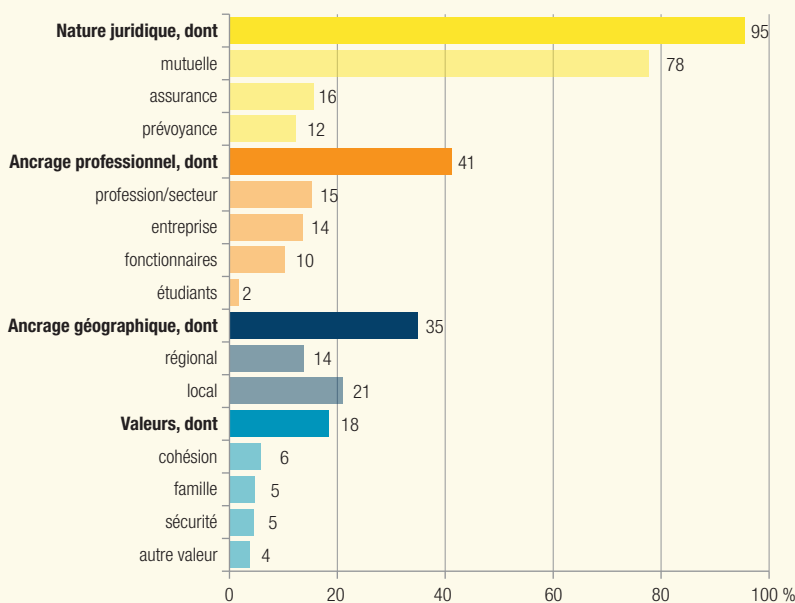
Les 120 termes les plus fréquents dans les noms des organismes d'assurance de complémentaire santé en 2015



Note • La fréquence du mot « mutuelle » a été abaissée dans ce nuage de mot, afin de ne pas écraser les autres termes.
Lecture • La taille d'un nom dans le nuage reflète sa fréquence. En 2015, le terme le plus souvent rencontré dans les noms des organismes complémentaires santé est « mutuelle », devant « prévoyance ».
Champ • Les 396 organismes assujettis à la taxe dite CMU contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31 décembre 2015, et ayant renvoyé leurs comptes, notamment l'état C1. Ces 396 organismes représentent 99,8 % du marché en matière de cotisations collectées.
Sources • ACPR et fonds CMU, calculs DREES.

GRAPHIQUE 2

Part des organismes dont le nom signale le statut juridique, une spécialisation professionnelle, géographique ou une valeur, en 2015



Lecture • En 2015, 41 % des organismes signalent dans leur nom le fait qu'ils ciblent une profession.
Champ • Les 396 organismes assujettis à la taxe dite CMU et contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31 décembre 2015, ayant renvoyé leurs comptes, notamment l'état C1. Ces 396 organismes représentent 99,8 % du marché en matière de cotisations collectées.
Sources • ACPR et fonds CMU, calculs DREES.

besoins spécifiques en assurances, liés à leurs conditions de travail, ou encore à l'exercice de leur activité (risques climatiques pour le BTP ou l'agriculture par exemple, responsabilité médicale pour les professionnels de santé, etc.). Enfin, 2 % des organismes prennent en charge uniquement la couverture des étudiants. À l'opposé, certains organismes revendiquent de ne pas être spécialisés sur un marché, et se nomment « interprofessionnels » ou « généraux », par exemple.

En 2015, 35 % des organismes précisent dans leur nom un ancrage géographique, qui peut être régional pour 14 % d'entre eux (Nord, Méditerranée, Est, Atlantique, Outre-mer, Ile-de-France, etc.) ou plus local pour 21 % (Lyon, Catalogne, Île de la Cité, etc.). Les organismes spécialisés dans l'est de la France sont particulièrement nombreux, probablement parce qu'ils distribuent des contrats calibrés pour les régimes spécifiques qui existent dans ces régions (régime de l'Alsace-Moselle, travailleurs frontaliers, etc.). À l'opposé, certains organismes se revendiquent « nationaux » ou « de France » pour signaler leur absence de spécialisation géographique.

Enfin, 18 % des organismes ont souhaité mettre en avant *via* leur nom une valeur sociale. Ces valeurs peuvent être principalement résumées en trois groupes : la « famille », la « cohésion » et enfin la « sécurité ». D'autres valeurs peuvent être mentionnées mais elles sont hétérogènes et moins fréquentes (« liberté, nouveauté, service, etc. »).

Six groupes-types d'organismes en fonction de leur nom

À partir des informations contenues dans leurs noms, les organismes peuvent être répartis en six groupes-types (*encadré 1*). Le premier groupe, ici dénommé mutualistes professionnels (34 % des organismes) [tableau 2], est composé pour l'essentiel de mutuelles de fonctionnaires et de grandes entreprises. Les mutualistes géographiques (17 %), deuxième groupe, sont des mutuelles dont l'ancrage est plutôt local. Un quart d'entre elles mettent également en avant une valeur dans leur nom, le plus souvent la « famille ». Les organismes mutualistes généralistes (20 %), troisième groupe, ne mentionnent

TABLEAU 1

Correspondance entre les termes mutuelle, assurance, prévoyance et la nature juridique réelle de l'organisme

En %

Présence dans le nom de l'organisme des termes	Nature juridique réelle		
	Mutuelles	Sociétés d'assurances	Institutions de prévoyance
« mutuelle » seulement	100	0	0
« prévoyance » seulement	15	21	64
« assurance » seulement	0	100	0
« mutuelle » et « assurance »	0	100	0
« mutuelle » et « prévoyance »	94	0	6
ni « mutuelle », ni « assurance », ni « prévoyance »	33	67	0
Ensemble	73	21	6

Lecture • Les organismes dont le nom comporte le terme prévoyance seulement (mais pas les termes mutuelle/mutualiste ni assurance) sont composés à 15 % de mutuelles, à 21 % de sociétés d'assurances et à 64 % d'institutions de prévoyance.

Champ • Les 396 organismes assujettis à la taxe dite CMU, contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31 décembre 2015, ayant renvoyé leurs comptes, notamment l'état C1. Ces 396 organismes représentent 99,8 % du marché en matière de cotisations collectées.

Sources • ACPR et fonds CMU, calculs DREES.

pas de spécialisation géographique ou professionnelle. Un tiers d'entre eux affichent toutefois dans leur nom une valeur, afin de mettre en avant une identité et de se démarquer de la concurrence. Dans ce milieu mutualiste, les valeurs les plus fréquemment citées se rapportent à la cohésion (solidarité, fraternité, entraide, harmonie, etc.) ; elles traduisent aussi le fait que la majorité des activités des mutuelles sont gérées par répartition. Certains mutualistes généralistes se caractérisent aussi par un nom qui leur est propre, créé de toute pièce.

Les assureurs mutualistes (6 %), quatrième groupe, sont les organismes dont les noms mentionnent explicitement à la fois les termes « mutuelle » et « assurance ». Une grande part d'entre eux indiquent également être spécialisés pour une profession ou un secteur (BTP, agriculture, professions médicales notamment) auquel ils peuvent fournir des produits d'assurances adaptés. Le cinquième groupe (14 %) est ici nommé le groupe des assureurs généralistes, ceux-ci n'étant ni mutualistes, ni sur le terrain de la « prévoyance », ni spécialisés professionnellement ou géographiquement. Les grandes compagnies d'assurances peuvent se contenter de leur nom propre, souvent familier du grand public, tandis

que les « bancassureurs⁵ » affichent le nom de la banque dont ils sont la filiale. Enfin, un quart de ces assureurs généralistes, souvent de taille plus modeste, mettent en avant une valeur pour affirmer leur identité. Les valeurs les plus citées dans cet univers des compagnies d'assurances sont plutôt celles liées à la sécurité : protection, prudence, sérénité, avenir, sauvegarde, etc. Elles renvoient à une conception de l'assurance plus individualisée ou aux activités d'assurances par capitalisation qu'elles peuvent exercer. Enfin, le sixième et dernier groupe est ici nommé organismes de prévoyance (8 %). Les institutions de prévoyance en constituent la majorité, même si des mutuelles et sociétés d'assurances spécialisées dans la prévoyance (invalidité, dépendance, décès, etc.) mentionnent aussi ce terme dans leur nom. Certaines institutions de prévoyance notamment sont spécialisées pour une branche professionnelle (BTP, métiers du spectacle, de l'automobile, etc.) ou pour une grande entreprise.

En individuel, plus de solidarités chez les mutualistes et les organismes à spécialisation professionnelle

Le nom d'un organisme révèle explicitement sa nature juridique, les marchés

sur lesquels il exerce ou les valeurs qu'il souhaite mettre en avant. À partir des six groupes-types de noms d'organismes, il est possible d'inférer des pratiques tarifaires et financières associées.

Sur le marché des contrats individuels, les organismes mutualistes professionnels (mutuelles de fonctionnaires ou d'entreprises, groupe 1) sont ceux qui bénéficient des clientèles les plus « captives ». Ils peuvent donc proposer des contrats plus favorables aux seniors⁶, aux plus modestes, aux familles nombreuses, etc. (tableau 3). Ces organismes sont aussi ceux qui reversent la plus grande part de leurs cotisations sous forme de prestations (85 %). Cela s'explique notamment par des frais liés à la publicité et au marketing plus faibles grâce à leur spécialisation professionnelle (Leduc et Montaut, 2016, 2017).

Les organismes mutualistes géographiques et mutualistes généralistes (groupes 2 et 3) ont aussi des pratiques tarifaires qui segmentent moins fortement entre classes d'âge, lieu de résidence ou composition familiale. Ces organismes reversent à leurs assurés environ 75 % de leurs cotisations sous forme de prestations, en raison probablement de frais de commercialisation un peu plus élevés que dans le groupe précédent. Les mutualistes à ancrage local ont également des frais de publicité significativement⁷ inférieurs à ceux des mutualistes à ancrage régional. Les assureurs, mutualistes ou généralistes (groupes 4 et 5) ont en général une stratégie tarifaire différente : ils cherchent à proposer à chaque assuré le plus juste tarif en fonction de son risque individuel⁸ et utilisent donc davantage les informations permettant de cerner celui-ci (âge, lieu de résidence, etc.). De plus, en individuel, les assureurs généralistes se distinguent des assureurs mutualistes par le fait que la couverture des enfants et celle des seniors sont relativement plus coûteuses. Les deux tiers d'entre eux imposent aussi une limite d'âge maximal à la souscription. Les assureurs mutualistes ou généralistes reversent environ 70 % des cotisations aux assurés sous forme de prestations, en raison de frais de fonctionnement un peu plus élevés que dans les groupes précédents.

Les organismes de prévoyance (groupe 6), notamment les institutions de prévoyance,

•••
5. Les compagnies bancaires possèdent souvent des filiales d'assurance leur permettant de développer et de distribuer des produits d'assurance via leurs guichets bancaires.

6. Lorsque le tarif dépend du revenu, les plus aisés payent un peu plus cher de façon à limiter le tarif des plus modestes. Un tarif qui augmente modérément avec l'âge peut être le signe que le tarif des plus jeunes est légèrement majoré afin de réduire celui des plus âgés. Un tarif qui ne dépend pas du lieu de résidence opère une forme de redistribution entre assurés résidant dans des zones où les prix des soins sont différents. Enfin, la gratuité à partir d'un certain nombre d'enfants, voire la gratuité pour tous les enfants, opère des solidarités en faveur des familles et notamment des familles nombreuses.

7. Des régressions linéaires et quantiles ont été testées afin de voir si le type de spécialisation professionnelle, géographique ou les valeurs mises en avant par les organismes sont associées, toutes choses égales par ailleurs, à certaines pratiques tarifaires ou certains ratios de prestations sur cotisations. Les résultats statistiquement significatifs de ces régressions sont cités dans le corps du texte.

8. Dans la limite de la législation sur les contrats solidaires et responsables, qui interdit de tarifier en fonction de l'état de santé (questionnaire médical) ou des dépenses de santé observées.

TABLEAU 2

Typologie des organismes en fonction des termes qui composent leur nom en 2015

En %

	G1 mutualistes professionnels	G2 mutualistes géographiques	G3 mutualistes généralistes	G4 assureurs mutualistes	G5 assureurs généralistes	G6 organismes de prévoyance	Ensemble
Nature juridique, dont	100	100	100	100	67	100	95
mutuelle	100	100	100	100	0	0	78
assurance	0	0	0	100	67	0	16
prévoyance	4	3	11	0	0	100	12
Spécialisation professionnelle, dont	100	0	0	64	7	30	41
profession/secteur	26	-	-	60	-	27	15
entreprise	40	-	-	-	-	3	14
fonctionnaires	29	-	-	4	-	-	10
étudiants	5	-	-	-	-	-	2
Spécialisation géographique, dont	37	100	0	40	13	9	35
régionale	14	35	-	28	-	-	14
locale	23	65	-	12	-	-	21
Valeur, dont	8	22	36	4	27	9	18
cohésion	-	4	14	-	5	-	6
famille	-	14	6	-	2	-	5
sécurité	-	3	9	-	15	-	5
autre valeur	-	1	9	-	5	-	4
Nombre d'organismes	133	69	81	25	55	33	396
Répartition des organismes	34	17	20	6	14	8	100

Lecture (Première colonne) • Dans le groupe dénommé les « mutualistes professionnels », contenant 133 organismes en 2015, soit 34 % des organismes, 100 % d'entre eux mentionnent leur caractère mutualiste, et 4 % également le terme prévoyance. 100 % stipulent dans leur nom une spécialisation professionnelle et 37 % une spécialisation géographique.
Champ • Les 396 organismes assujettis à la taxe dite CMU et contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31 décembre 2015, ayant renvoyé leurs comptes et notamment l'état C1. Ces 396 organismes représentent 99,8 % du marché en termes de cotisations collectées.
Sources • ACPR, et fonds CMU, calculs DREES.

TABLEAU 3

Pratiques tarifaires et caractéristiques financières selon le nom de l'organisme

En %

	G1 mutualistes professionnels	G2 mutualistes géographiques	G3 mutualistes généralistes	G4 assureurs mutualistes	G5 assureurs généralistes	G6 organismes de prévoyance	Ensemble
Contrats individuels							
Tarif dépendant du revenu	28	5	2	0	0	2	10
Tarif favorable aux seniors ¹	86	65	57	11	22	89	63
Limite d'âge à la souscription	17	25	21	18	65	26	26
Cotisation ne dépendant pas du lieu de résidence	94	80	74	34	33	76	73
Gratuité à partir d'un certain nombre d'enfants	92	98	92	92	69	87	89
Ratio des prestations sur cotisations	85	77	74	70	68	75	75
Contrats collectifs							
Tarif dépendant du revenu	39	0	3	9	10	27	16
Gratuité pour tous les enfants	47	55	54	56	71	80	59
Ratio des prestations sur cotisations	87	88	86	79	83	87	85

1. Un tarif « convexe avec l'âge » est un tarif qui augmente plus vite que l'âge. Un tarif non convexe avec l'âge est donc un tarif qui augmente régulièrement avec l'âge, voire ralentit aux âges élevés (Barlet M., Befly M. et Raynaud D., 2016) et peut donc être, à ce titre, favorable aux seniors.

Lecture • Parmi les organismes qui exercent en individuel, 28 % de ceux dont le nom indique un caractère mutualiste et une spécialisation professionnelle (ici appelées « mutualistes professionnels ») gèrent des contrats dont le tarif pour l'assuré dépend de son revenu. Le rapport entre les prestations versées par ces organismes « mutualistes professionnels » et les cotisations collectées par ces mêmes organismes s'élève à 85 %.

Champ • Assurances santé individuelles et collectives, trois contrats les plus souscrits (pour les pratiques tarifaires).

Sources • DREES, enquête Contrats les plus souscrits de 2011 à 2013, pour les pratiques tarifaires et ACPR 2015 pour les ratios prestations sur cotisations, calculs DREES.

sont souvent spécialisés en assurance santé collective, leur activité sur le marché des contrats individuels est donc assez marginale et spécifique (couverture des anciens salariés retraités ou chômeurs des entreprises couvertes en collectif). Le ratio prestations sur cotisations qu'elles offrent est proche de la moyenne des contrats individuels (75 %).

Enfin, en individuel, les organismes qui mettent en avant *via* leur nom les valeurs liées à la « cohésion » n'ont pas des pratiques tarifaires plus « solidaires » que les autres. Les organismes qui emploient le terme « famille » sont un peu plus favorables aux seniors (tarifs qui augmentent modérément aux âges élevés), mais pas plus avantageux pour la couverture des enfants. Quant aux autres valeurs (« sécurité », autres), elles ne semblent pas s'accompagner de pratiques particulières.

En collectif, des pratiques tarifaires plus homogènes

Sur le marché des contrats collectifs, les pratiques tarifaires sont moins nombreuses que sur celui des contrats individuels. Au sein d'un contrat collectif, tous les assurés payent le même tarif, quel que soit leur âge ou leur lieu de résidence. Le tarif d'un assuré ne peut être modulé qu'en fonction de son revenu ou du nombre d'enfants qu'il souhaite faire couvrir par son contrat. De plus, de nombreux contrats collectifs sont réalisés sur mesure pour les entreprises souscriptrices. Les pratiques tarifaires peuvent donc refléter la volonté de l'entreprise qui souscrit plus que celle de l'organisme d'assurance.

Comme en individuel, les organismes dont le nom indique une spécialisation professionnelle (mutualistes professionnels – groupe 1 – et, dans une moindre

mesure, les organismes de prévoyance – groupe 6) sont ceux qui gèrent le plus souvent des contrats dont le tarif dépend du revenu. Les organismes spécialisés professionnellement ou géographiquement se caractérisent par des dépenses de publicité plus faibles et reversent au final, en collectif, 87 % à 88 % des cotisations à leurs assurés sous forme de prestations. Enfin, les assureurs mutualistes ou généralistes – groupes 4 et 5 – se caractérisent par un ratio prestations sur cotisations légèrement plus faible car ils présentent des frais de fonctionnement globalement plus élevés. Toutefois, les écarts entre groupes d'organismes sont moins marqués en collectif qu'en individuel. Enfin, en collectif comme en individuel, les valeurs mises en avant par les organismes dans leur nom ne semblent pas associées à des pratiques particulières. ■

POUR EN SAVOIR PLUS

- Barlet, M., Boffy, M. Raynaud, D. (2016). *La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties, édition 2016*. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-santé.
- Leduc, A., Montaut, A. (2017, janvier). Complémentaire santé : les charges réduites des organismes spécialisés bénéficient aux assurés. DREES, *Études et Résultats*, 992.
- Leduc, A., Montaut, A. (2016, septembre). Tarification des complémentaires santé : déclin des solidarités dans les contrats individuels. DREES, *Études et Résultats*, 972.
- Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (2016). *Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance en 2015*.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site

drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur

www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution

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

Directeur de la publication : Jean-Marc Aubert

Responsable d'édition : Souphaphone Douangdara

Rédactrice en chef technique : Sabine Boulanger

Secrétaire de rédaction : Fabienne Brifault

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