

Sur le marché de la complémentaire santé individuelle, un quart des personnes sont couvertes, en 2016, par des contrats de mutuelles dont les modes de tarification garantissent des solidarités entre niveaux de revenu, et quasiment toutes par des contrats dont le tarif dépend de l'âge. Les pratiques tarifaires d'une majorité de contrats de mutuelles en individuel semblent se rapprocher, ces dernières années, de celles des sociétés d'assurances. Néanmoins, un autre ensemble de contrats de mutuelles pratiquent des solidarités entre niveaux de revenu et entre classes d'âge. Sur le marché de la complémentaire santé collective, deux personnes sur cinq sont couvertes par un contrat dont le tarif dépend du revenu et la quasi-totalité des assurés bénéficient d'une tarification avantageuse pour les familles.

En individuel, les mutuelles pratiquant des solidarités entre niveaux de revenus assurent aussi des solidarités entre classes d'âge

Un quart 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 entreprises¹, opèrent aussi systématiquement une forte solidarité entre classes d'âge en proposant des tarifs augmentant relativement peu avec l'âge et n'imposant que très marginalement des limites d'âge à la souscription. Ces contrats solidaires entre niveaux de revenu sont quasiment tous des contrat moyennement couvrants (de classe 2) [voir fiche 11].

Quatre personnes couvertes en individuel sur dix le sont par un contrat de mutuelle n'assurant pas de solidarité entre niveaux de revenu. Ces contrats de mutuelles pratiquent des tarifications à l'âge plus proches de celles des contrats des sociétés d'assurances. En particulier, le tarif à 75 ans est en moyenne 3,4 fois plus élevé que celui à 20 ans et augmente de 30 % entre 60 et 75 ans. Une partie de ces contrats utilisent le lieu de résidence pour fixer leur tarif ou imposent une limite d'âge, mais moins fréquemment que les institutions de

prévoyance et les sociétés d'assurances. C'est aussi dans cette classe que la cotisation à l'ancienneté est la plus répandue (13 % des personnes couvertes) afin de fidéliser la clientèle. Les garanties offertes par ces contrats sont moins homogènes que celles des contrats opérant une solidarité entre niveaux de revenus.

Trois bénéficiaires sur dix sont couverts par un contrat individuel de sociétés d'assurances. Ces dernières sont en concurrence avec les mutuelles, notamment celles ne faisant pas de tarifications au revenu qui, comme elles, ne bénéficient pas d'une clientèle plus ou moins captive. Certaines de leurs pratiques tarifaires sont assez proches : absence de tarif dépendant du revenu, tarif à 75 ans 3,4 fois plus élevé qu'à 20 ans et 1,4 fois plus élevé qu'à 60 ans. Le forfait famille ou la gratuité à partir du deuxième, troisième ou quatrième enfant est majoritaire (76 %), mais moins fréquente que dans les contrats de mutuelles (92 %). Les tarifs des sociétés d'assurances dépendent plus souvent du lieu de résidence que ceux des mutuelles. Par ailleurs, 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.

1. Certaines mutuelles d'entreprises peuvent proposer des contrats individuels aux anciens salariés retraités qui souhaiteraient maintenir une couverture. Elles peuvent aussi proposer des contrats individuels aux proches des salariés de l'entreprise.

Enfin, 5 % des personnes couvertes en individuel le sont auprès d'une institution de prévoyance. Ces contrats sont spécifiques. La plupart sont en effet réservés aux anciens salariés retraités ou chômeurs des entreprises couvertes en collectif par une institution de prévoyance. Pour cette raison, les

souscripteurs sont quasiment tous âgés d'au moins 60 ans et la limite d'âge est plus élevée. De plus, le tarif de ces contrats n'augmente pas ou peu entre 60 et 75 ans : les assurés âgés de 60 ans paient un peu plus cher pour modérer les tarifs de ceux de 75 ans. Le forfait famille (gratuité dès le premier enfant) est

Tableau 1 Typologie des contrats individuels selon le mode de tarification en 2016

	Contrats des mutuelles			En % de personnes couvertes		
	Opérant une solidarité des plus aisés vers les plus modestes	N'opérant pas de solidarité des plus aisés vers les plus modestes	Ensemble	Contrats des institutions de prévoyance	Contrats des sociétés d'assurances	Ensemble des contrats
Revenu						
Tarif dépendant du revenu	100	0	38	6	0	25
Âge						
Tarif indépendant de l'âge	3	2	3	23	0	3
Rapport moyen entre les tarifs à 75 et 20 ans ¹	1,5	3,4	2,6	-	3,4	2,9
Rapport moyen entre les tarifs à 85 et 20 ans ¹	1,5	3,5	2,7	-	4,1	3,1
Rapport moyen entre les tarifs à 75 et 60 ans ¹	1	1,3	1,2	1,2	1,4	1,3
Existence d'une limite d'âge à la souscription	5	13	10	75	47	24
Limite d'âge moyenne à la souscription ²	67	66	66	75	73	71
Ancienneté						
Tarif dépendant de l'ancienneté dans le contrat	2	13	9	2	5	8
Lieu de résidence						
Tarif dépendant du lieu de résidence	0	39	24	76	85	45
Enfants						
Forfait famille ou gratuité à partir du 2 ^e , 3 ^e , ou 4 ^e enfant	100	87	92	94	76	87
Tous les enfants cotisent ou enfants non pris en charge	0	13	8	6	24	13
Qualité des contrats³						
Contrats de classe 1	3	52	33	42	30	33
Contrats de classe 2	91	38	58	36	55	56
Contrats de classe 3	6	10	8	22	14	11
Personnes couvertes (en % des contrats individuels)	25	40	65	5	30	100

1. Pour les contrats dont le tarif dépend de l'âge.
2. Pour les contrats pour lesquels il existe une limite d'âge à la souscription.
3. Voir fiche 11.

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 matière de qualité est décrite dans la fiche 11.

Lecture > En 2016, 76 % des personnes couvertes par des sociétés d'assurances bénéficient d'un forfait famille ou de la gratuité à partir du 2^e, 3^e, ou 4^e enfant.

Champ > Contrats de complémentaire santé du marché individuel.

Source > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits, édition 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats.

la norme, mais s'applique probablement peu en raison de l'âge avancé des bénéficiaires. Ces contrats sont majoritairement des contrats moins couvrants (de classe 1) [voir fiche 11].

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

Entre 2006 et 2016, les modes de tarification des contrats individuels des mutuelles se sont rapprochés de ceux des sociétés d'assurances, sans doute en raison de la pression concurrentielle conduisant à fixer des primes au plus près du risque individuel (*encadré 1*). 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.

Ainsi, seules 3 % des personnes couvertes par des contrats de mutuelles paient une cotisation qui ne dépend pas de l'âge en 2016, contre 36 % en 2006 (*tableau 2*). La tarification dépendant du lieu de résidence se répand (24 % en 2016, contre 14 % en 2006). Parmi les sociétés d'assurances, la fréquence de la

tarification dépendant du lieu de résidence est en légère hausse entre 2006 et 2016. Enfin, les politiques de tarification des institutions de prévoyance ont peu évolué entre 2006 et 2016.

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

En 2016, 39 % des bénéficiaires de contrats collectifs ont un contrat dont le tarif dépend du revenu² (*tableau 3*). Ce mode de tarification concerne 56 % des personnes couvertes par une institution de prévoyance, contre 33 % par une mutuelle et 16 % par une société 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, après négociations avec les salariés ou leurs représentants. La tarification au revenu est restée relativement stable depuis 2006 pour les trois familles d'organismes. Comme en individuel, la tarification favorable aux familles avec enfants est la norme en collectif.

Tableau 2 Évolution des modes de tarification des contrats individuels entre 2006 et 2016, par catégorie d'organismes complémentaires

	En % des personnes couvertes							
	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurances		Ensemble	
	2006	2016	2006	2016	2006	2016	2006	2016
Tarif dépendant du revenu	37	38	3	6	0	0	27	25
Tarif indépendant de l'âge	36	3	25	23	0	0	27	3
Existence d'une limite d'âge à la souscription	29	10	78	75	78	47	43	24
Tarif dépendant de l'ancienneté dans le contrat	24	9	0	2	4	5	19	8
Tarif dépendant du lieu de résidence	14	24	69	76	80	85	32	45
Forfait famille ou gratuité à partir du 2 ^e , 3 ^e , ou 4 ^e enfant	84	92	93	94	80	76	83	87

Lecture > En 2016, 85 % des personnes couvertes par des sociétés d'assurances bénéficient d'un tarif dépendant du lieu de résidence, contre 80 % en 2006.

Champ > Contrats de complémentaire santé du marché individuel.

Source > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits, éditions 2006 et 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats

2. Il s'agit ici de la cotisation « brute » perçue par l'organisme assureur. Dans les contrats collectifs, 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 financements de l'employeur et du 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.

En l'absence de tarification à l'âge et avec une proportion élevée de contrats avec des tarifs favorables aux familles avec enfant(s), et dépendant du revenu, les contrats collectifs sont en général des contrats plus couvrants (de classe 3)

[voir fiche 11] et opèrent d'importantes solidarités entre les groupes de personnes qu'ils protègent. Toutefois, ces contrats couvrent très peu les plus âgés, puisqu'ils sont réservés à des salariés et leurs ayants droit. ■

Encadré 1 Les modes de tarification des contrats de complémentaire santé

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 incitations¹, il ne peut pas appliquer des tarifs directement liés à l'état de santé², mais peut prendre en compte d'autres caractéristiques propres à l'assuré, selon des règles différentes pour les contrats individuels et les contrats collectifs.

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 plus de remboursements par l'organisme assureur.

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 réputé « opérer une solidarité des plus aisés vers les plus modestes ». La tarification dépendant du 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'âge, 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 risques³ » et permet de préserver l'équilibre financier des contrats solidaires entre classes d'âge. 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 fiscales, l'organisme complémentaire ne peut pas utiliser l'âge ou le lieu de résidence de l'assuré comme critères 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.

1. Avant l'introduction des contrats responsables en 2004, l'article 63 de la loi de finances rectificative pour 2001, codifié aux paragraphes 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.

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

3. 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.

Tableau 3 Évolution des modes de tarification des contrats collectifs entre 2006 et 2016, par catégorie d'organismes complémentaires

	En % des personnes couvertes							
	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurances		Ensemble	
	2006	2016	2006	2016	2006	2016	2006	2016
Tarif dépendant du revenu	26	33	57	56	15	16	36	39
Forfait famille ou gratuité à partir du 2 ^e , 3 ^e , ou 4 ^e enfant	96	95	95	100	94	93	95	97

Lecture > En 2016, 33 % des personnes couvertes par des mutuelles bénéficient d'un tarif dépendant du revenu.

Champ > Contrats de complémentaire santé du marché individuel.

Source > DREES, enquête sur les contrats les plus souscrits, éditions 2006 et 2016 ; extrapolation des garanties des contrats modaux à l'ensemble des contrats

Pour en savoir plus

> Leduc, A., Montaut, A. (2016, septembre). Tarification des complémentaires santé : déclin des solidarités dans les contrats individuels, DREES, *Études et Résultats*, 972.