



Erétudes et Résultats

N° 789 • février 2012

Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2009

L'enquête annuelle de la DREES auprès des mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance sur les contrats les plus souscrits montre que 56 % des bénéficiaires d'une couverture complémentaire profitent d'une garantie individuelle et 44 % d'une garantie collective. Les mutuelles couvrent plus de la moitié des bénéficiaires.

Les garanties proposées sont souvent plus larges en collectif qu'en individuel. Le montant moyen remboursé pour un semestre d'orthodontie par les contrats collectifs est ainsi le double (400 euros) de celui remboursé par les contrats individuels (208 euros).

Certains actes non pris en charge par la Sécurité sociale sont de plus en plus souvent remboursés par les organismes complémentaires ; c'est notamment le cas de certaines actions de prévention ou des consultations en médecine douce qui sont désormais remboursées à plus d'un tiers des personnes couvertes.

Le montant moyen de cotisation s'élève à 40 euros par personne et par mois. La tarification est croissante avec l'âge et avec le niveau de garantie. À structures d'âge et prestations proposées équivalentes, les primes des contrats individuels des sociétés d'assurance sont supérieures à celles des mutuelles, en raison notamment de frais d'acquisition plus élevés, et les primes des contrats collectifs sont inférieures à celles des contrats individuels.

Marguerite GARNERO

Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES)
Ministère du Travail, de l'Emploi et de la Santé
Ministère du Budget, des Comptes publics et de la Réforme de l'État
Ministère des Solidarités et de la Cohésion sociale

SELON les comptes nationaux de la santé, les opérateurs d'assurance maladie complémentaire ont versé 23,7 milliards d'euros de prestations en 2010, soit 13,5 % de l'ensemble des dépenses de soins et biens médicaux en 2010, contre 13,4 % en 2009 : les organismes complémentaires sont ainsi le deuxième financeur des dépenses de santé derrière la Sécurité sociale (75,8 %) et devant les ménages (9,4 %). Ils couvrent une population très large : 94 % des personnes résidant en France bénéficient d'une couverture complémentaire santé¹.

L'enquête annuelle de la DREES auprès des mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance porte sur les garanties des trois contrats individuels et des deux contrats collectifs les plus souscrits au sein de chaque organisme (encadré 1). Les organismes décrivent le contenu de leurs contrats, ce qui permet de connaître les garanties dont profitent les personnes couvertes par type de prestation. L'enquête collecte également des éléments sur la démographie des assurés par contrat et sur le montant des cotisations perçues. On peut grâce à cela étudier le lien entre le montant moyen des cotisations et les garanties propo-

sées par le contrat, en fonction de la structure d'âge des personnes couvertes.

Les mutuelles couvrent plus de la moitié des bénéficiaires d'une complémentaire santé

Trois types d'opérateurs se partagent le marché de la complémentaire santé : les mutuelles, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance. Les mutuelles couvrent un peu plus de la moitié des personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire santé (tableau 1). Elles sont plus présentes sur le marché de l'individuel que sur celui du collectif. Elles couvrent une population relativement âgée : 29 % de leurs bénéficiaires ont plus de 60 ans. L'activité des mutuelles est très concentrée : 91 % de leur chiffre d'affaires est issu de l'activité santé (DREES, 2010).

Les sociétés d'assurance couvrent le quart des bénéficiaires d'une complémentaire santé. Elles sont le deuxième acteur sur le marché de l'individuel et le troisième sur celui du collectif. Leurs bénéficiaires sont plus jeunes que ceux des mutuelles : 20 % d'entre eux ont plus de 60 ans. L'activité santé ne représente qu'une faible part de

1. Sources : Enquête sur la santé et la protection sociale - ESPS 2008 de l'IRDES.

ENCADRÉ 1

L'enquête auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé

En 2009, 725 organismes se partagent le marché de la complémentaire santé. Ce marché connaît un mouvement de concentration important : en 2002, il réunissait un peu plus de 1 500 organismes.

La DREES mène chaque année une enquête auprès des trois types d'organismes afin de mieux connaître leur offre en matière de couverture complémentaire santé. Cette enquête porte sur les caractéristiques et les niveaux de garantie des trois contrats individuels et des deux contrats collectifs les plus souscrits, appelés « contrats modaux ». Elle détient depuis 2005 le label d'intérêt général et de qualité statistique avec obligation de réponse délivré par le Conseil national de l'information statistique (CNIS).

Le tirage de l'échantillon interrogé a été réalisé suivant un sondage stratifié par type et taille des organismes. Le taux de réponse global à l'enquête pour l'exercice 2009 s'élève à 90 %, soit un niveau comparable à celui de 2008 (89 %) [tableau]. Les cotisations des organismes répondants représentent 98 % des cotisations des organismes enquêtés. Les 237 questionnaires réceptionnés ont permis d'étudier 870 contrats dont 545 individuels et 325 collectifs.

Les données exploitées sont redressées en fonction du taux de sondage. Elles sont également corrigées des non-réponses, par pondération selon la taille des organismes complémentaires. En outre, les réponses concernant le descriptif de l'offre de contrats sont pondérées par le poids de chaque contrat en termes de personnes couvertes.

Taux de réponse selon le type d'organisme complémentaire (A) et représentativité des contrats modaux (B)

(A) Types d'organismes	Taille de la population	Taille de l'échantillon	Part des répondants (en %)	Montant des cotisations (en millions d'euros)		Part des répondants (en %)	(B) Représentativité des contrats modaux (en %)		
				de la population	de l'échantillon		Contrats individuels	Contrats collectifs	Ensemble
Mutuelles	600	164	87,8	16 929	13 924	97,8	67,0	33,5	56,8
Institutions de prévoyance	33	33	97,0	5 228	5 228	99,9	54,8	20,0	23,7
Sociétés d'assurance	92	40	95,0	7 961	7 495	96,3	42,9	8,8	30,0
Ensemble	725	237	90,3	30 118	26 646	97,8	60,2	22,9	43,7

Lecture • 87,8% des mutuelles enquêtées ont renvoyé le questionnaire 2009. Leurs cotisations représentent 97,8% du total des cotisations des mutuelles. 67,0 % des bénéficiaires de contrats individuels de mutuelle sont couverts par des contrats modaux de l'organisme.

Sources • DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé, année 2009.

l'activité totale des assurances présentes sur le marché de la santé (14 % pour les sociétés d'assurance non-vie et 6 % pour les sociétés d'assurance mixte).

Les institutions de prévoyance, enfin, couvrent 21 % des bénéficiaires d'une complémentaire santé. Quasi-absentes du marché de l'individuel, elles sont le premier acteur sur le marché du collectif. Elles couvrent essentiellement des personnes d'âge actif en collectif et des personnes retraitées en individuel (contrats dits « loi Évin ») : au total, 14 % de leurs bénéficiaires ont plus de 60 ans. La moitié du chiffre d'affaires des institutions de prévoyance est générée par l'activité santé.

Tous types d'opérateurs confondus, 56 % des bénéficiaires d'une couverture complémentaire profitent d'une garantie individuelle et 44 % d'une garantie collective.

Les contrats individuels des mutuelles remboursent moins fréquemment les médicaments à vignette bleue

Selon les comptes nationaux de la santé, le principal poste de remboursement des organismes complémentaires (24 % des prestations versées) est le médicament. Le ticket modérateur des médicaments remboursés à 65 % par le régime obligatoire, à service médical majeur ou important, est pris en charge intégralement pour l'ensemble des bénéficiaires des contrats modaux. Le ticket modérateur des médicaments à service médical modéré (pris en charge à 35 % par le régime obligatoire, puis à 30 % depuis 2011, dits à vignette bleue) est presque toujours remboursé intégralement aux béné-

ficiaries de contrats collectifs modaux et aux bénéficiaires de contrats individuels modaux de sociétés d'assurance et d'institutions de prévoyance. Un quart des personnes couvertes par un contrat individuel de mutuelle, en revanche, ne profitent que d'un remboursement partiel du ticket modérateur de ces médicaments.

Le remboursement des consultations de médecins constitue 17 % des prestations versées par les organismes complémentaires. Quand la consultation d'un médecin spécialiste s'inscrit dans le parcours de soins, le montant du ticket modérateur est toujours remboursé par l'organisme complémentaire. Une partie des dépassements d'honoraires est prise en charge pour 74 % des bénéficiaires d'un contrat collectif modal et pour 29 % des bénéficiaires d'un contrat individuel modal. Le montant moyen remboursé par les contrats modaux pour une consultation de spécialiste de secteur 2 facturée 60 euros² au patient est sensiblement plus élevé en collectif (24,5 euros) qu'en individuel (11 euros) (tableau 2). Lorsque le médecin est consulté en dehors du parcours de soins, la prise en charge des dépassements d'honoraires ne concerne plus que 46 % des bénéficiaires d'un contrat modal en collectif et 14 % en individuel.

Des écarts importants pour les remboursements d'orthodontie

Le remboursement des dépenses de dentiste représente 15 % de l'ensemble des prestations versées en 2009 par les organismes complémentaires santé. La majeure partie des versements correspond au rem-

boursement de prothèses dentaires : en effet, celles-ci coûtent cher et sont relativement peu prises en charge par le régime obligatoire (70 % d'une base de 107,5 euros par prothèse). Les remboursements sont plus importants en collectif qu'en individuel (tableau 2 et graphique 1). Le montant moyen remboursé par les contrats modaux pour une prothèse dentaire de référence réglée 750 euros² par le patient s'élève à 222 euros en individuel et 314 euros en collectif. Un quart des contrats individuels modaux prennent en charge un montant inférieur ou égal à 129 euros.

Les traitements d'orthodontie sont partiellement remboursés par la Sécurité sociale pour les personnes de moins de seize ans. En complément de ce remboursement, ils sont généralement pris en charge par les assurances complémentaires (94 % des bénéficiaires d'un contrat modal de complémentaire santé, en collectif comme en individuel). En individuel, les contrats modaux des mutuelles remboursent un peu plus fréquemment ces traitements que ceux des sociétés d'assurance (dans respectivement 96 % et 86 % des cas)³. En collectif, l'ensemble des contrats modaux des institutions de prévoyance prévoient cette prise en charge, ainsi que neuf dixièmes des contrats des mutuelles et des sociétés d'assurance. Ainsi, les contrats ne se différencient pas vraiment sur la possibilité de prise en charge de l'orthodontie pour les moins de seize ans, mais plutôt sur le montant remboursé. Pour un semestre de traitement, l'assurance maladie obligatoire rembourse 193,5 euros alors que les tarifs pratiqués sont généralement compris entre 700 et 1 100 euros⁴. Dans cette étude, afin de pouvoir comparer entre elles les différentes garanties des contrats modaux, un tarif de référence de 900 euros pour un semestre de traitement a été choisi. Sur cette base, le remboursement moyen des organismes s'élève alors à 208 euros en individuel et à près du double (400 euros) en collectif. L'écart entre les remboursements en collectif et en

2. Prix de référence choisi élevé afin de pouvoir différencier les offres des organismes les uns par rapport aux autres.

3. Les institutions de prévoyance jouent un rôle mineur sur le marché individuel et couvrent une population atypique. Les garanties qu'elles proposent en individuel ne sont donc pas commentées dans cette étude.

4. Selon une étude du cabinet Jalma.

■ TABLEAU 1

Répartition des personnes couvertes par type d'organisme

	Individuel	Collectif	Total
Mutuelles	69,8	38,5	55,9
Institutions de prévoyance	3,9	41,4	20,5
Assurances	26,3	20,2	23,6
Total	100,0	100,0	100,0

Lecture • 69,8 % des bénéficiaires d'un contrat individuel sont couverts par une mutuelle.

Sources • DREES, enquête statistique auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé, année 2009.

individuel est donc encore plus net pour les traitements d'orthodontie que pour les prothèses dentaires (graphique 1). Le quart des contrats modaux remboursent plus de 290 euros en individuel et plus de 581 euros en collectif.

Six bénéficiaires sur dix pris en charge pour la chirurgie réfractive

Plus encore que le dentaire, l'optique est pratiquement entièrement à la charge des financements privés (organismes complémentaires et ménages). La quasi-totalité (98 %) des bénéficiaires d'un contrat modal de couverture complémentaire santé sont couverts au-delà du ticket modérateur en optique. Afin de pouvoir comparer les offres présentes sur le marché, on prend pour référence une paire de lunettes à forte correction facturée 500 euros à l'assuré (tableau 2). Le remboursement moyen pour ce bien de référence varie de 220 euros pour les contrats individuels modaux à 345 euros pour les contrats collectifs modaux. Ces lunettes sont intégralement prises en charge par l'organisme complémentaire pour un tiers des bénéficiaires en collectif et pour 2,5 % des bénéficiaires en individuel. Pour des lunettes à verre simple, facturées 200 euros à l'assuré, 49 % des bénéficiaires en collectif et 13 % des bénéficiaires en individuel sont remboursés intégralement.

La chirurgie réfractive peut parfois être une alternative au port de lunettes. L'opération consiste à corriger la vision à l'aide d'un laser, le plus souvent en cas de myopie. Considérée comme une opération de confort par l'Assurance maladie, la chirurgie réfractive de l'œil n'est pas prise en charge par la Sécurité sociale. Les organismes complémentaires proposent toutefois un remboursement à six sur dix des bénéficiaires des contrats modaux. En individuel, cette garantie est plus fréquente pour les bénéficiaires de mutuelles (70 %) que de sociétés d'assurance (47 %). En collectif, elle est moins répandue au sein des institutions de prévoyance (34 %

des personnes couvertes) qu'au sein des mutuelles (72 %) et des sociétés d'assurance (67 %).

Chambre particulière : 92 % des bénéficiaires pris en charge

D'après les comptes de la santé, en 2009, 17 % des versements des organismes complémentaires étaient consacrés aux frais hospitaliers⁵. Lors d'une hospitalisation, le régime obligatoire laisse à la charge du patient le montant du forfait journalier hospitalier (participation du patient aux frais de l'hôpital), le ticket modérateur, les dépassements d'honoraires médicaux et certaines dépenses supplémentaires (par exemple les frais de chambre particulière). Le montant du forfait hospitalier s'élevait en 2009 à 16 euros par jour en hôpital ou en clinique et à 12 euros par jour dans un service psychiatrique ou dans un établissement de soins de suite ou de réadaptation. La durée de prise en charge de ce forfait par les organismes complémentaires santé dépend du type d'hospitalisation. Elle est illimitée pour 92 % des bénéficiaires des contrats modaux lors d'un séjour en médecine, pour 83 % lors d'un séjour en soins de suite et pour seulement 67 % lors d'un séjour dans un service de psychiatrie. Les honoraires des praticiens hospitaliers sont au moins en partie pris en

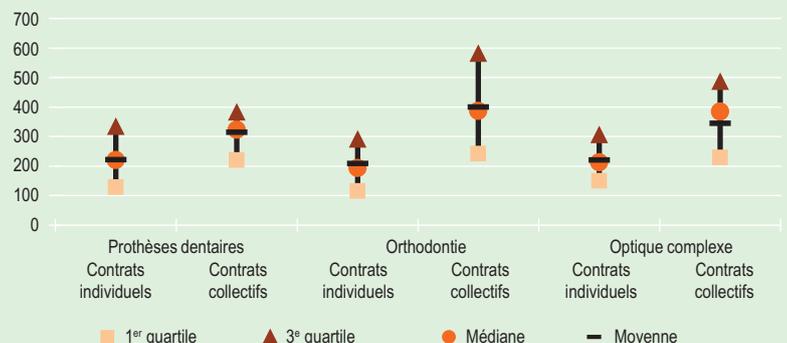
charge pour tous les bénéficiaires des contrats modaux. Il en va de même pour la participation forfaitaire aux actes lourds, qui remplace le ticket modérateur pour les actes coûtant plus de 91 euros : ce forfait est remboursé à 98 % des bénéficiaires des contrats modaux. Une partie du supplément pour chambre particulière en médecine est remboursé à 92 % des personnes couvertes. Le montant moyen pris en charge pour une chambre facturée 60 euros par jour au patient s'élève à 45 euros en collectif et 39 euros en individuel. La durée de prise en charge est illimitée pour sept bénéficiaires sur dix.

Actes non remboursés par la Sécurité sociale : progression de la prise en charge en individuel

Depuis la réforme des contrats responsables, les organismes complémentaires sont incités fiscalement à rembourser au moins deux prestations de prévention du panier de soins de l'assurance maladie obligatoire. La très grande majorité des contrats modaux va au-delà de cette obligation en complétant le remboursement de la Sécurité sociale pour plus de deux actes de prévention : les vaccins sont notamment pris en charge pour neuf personnes couvertes sur dix.

GRAPHIQUE 1

Remboursement des contrats modaux des organismes complémentaires en dentaire et optique



Lecture • Les contrats individuels modaux versent en moyenne 222 euros pour une prothèse dentaire facturée 750 euros à l'assuré. Un quart de ces contrats remboursent un maximum de 129 euros, tandis qu'un quart remboursent 332 euros et plus.

Sources • DREES, enquête statistique auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé, année 2009.

5. Ces autres produits de l'activité hospitalière, dits de titre 2, sont décrits dans l'éclairage : « Le redressement des comptes des hôpitaux publics se confirme en 2009 » de l'ouvrage des comptes nationaux de la santé 2010 (DREES, 2010).

Quelques actes n'appartiennent pas au panier de soins remboursables par l'assurance maladie obligatoire mais sont néanmoins pris en charge par certains contrats de complémentaire santé. L'enquête permet d'analyser les remboursements de quatre de ces actes : les consultations en médecine douce, chez un nutritionniste, le sevrage tabagique et la pilule contraceptive. Entre 2007 et 2009, le remboursement par les assurances complémentaires santé de ces actes a connu une augmentation sensible pour les personnes couvertes par les contrats individuels les plus souscrits (tableau 3). Ainsi, la part des bénéficiaires de contrats modaux individuels remboursés pour une consultation chez un nutritionniste a presque doublé entre 2007 (13 %) et 2009 (24 %). La part des personnes couvertes pour une consultation en médecine douce a également fortement progressé en individuel, passant de 23 % en 2007 à 40 % en 2009. La progression de la prise en charge en individuel de ces actes est plus marquée pour les mutuelles que pour les sociétés d'assurance ; les institutions de prévoyance ne proposent généralement pas ce type de prestations en individuel. La prise en charge du sevrage tabagique est relativement peu fréquente, sauf

pour les bénéficiaires de contrats individuels de mutuelle (65 %). Ce développement de l'offre de garanties concernant des actes non remboursés par la Sécurité sociale doit cependant être considéré avec précaution. En effet, en assurance collective, où ces garanties hors panier de soins sont moins fréquentes, il arrive que l'assureur mène directement des actions de prévention au sein des entreprises (campagnes de vaccination, rencontre avec des diététiciens, etc.) sans qu'elles soient pour autant incluses dans le contrat. La comparaison entre contrats individuels et collectifs est alors difficile dans ce cadre.

pour les bénéficiaires de contrats individuels de mutuelle (65 %).

Ce développement de l'offre de garanties concernant des actes non remboursés par la Sécurité sociale doit cependant être considéré avec précaution. En effet, en assurance collective, où ces garanties hors panier de soins sont moins fréquentes, il arrive que l'assureur mène directement des actions de prévention au sein des entreprises (campagnes de vaccination, rencontre avec des diététiciens, etc.) sans qu'elles soient pour autant incluses dans le contrat. La comparaison entre contrats individuels et collectifs est alors difficile dans ce cadre.

■ TABLEAU 2

Remboursements moyens et médians des bénéficiaires des contrats modaux selon la famille d'organisme et le type de contrat

En euros

	Remboursement de l'assurance maladie obligatoire	Organismes complémentaires	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance		Ensemble des organismes		
			Contrats individuels	Contrats collectifs	Contrats individuels	Contrats collectifs	Contrats individuels	Contrats collectifs	Contrats individuels	Contrats collectifs	Ensemble
Consultation chez un médecin spécialiste dans le parcours de soin Prix de référence* = 60 € Tarif de convention = 23 €	70 % BRSS (23 €) - 1 € = 15,10 €	Remboursement moyen	10,1	21,9	13,7	25,4	14,0	39,3	11,0	24,5	17,0
		Remboursement médian	6,9	22,1	6,9	18,4	11,5	43,9	6,9	23,0	6,9
Consultation chez un médecin spécialiste hors du parcours de soin Prix de référence = 60 € Tarif de convention = 23 €	50 % BRSS (23 €) - 1 € = 10,50 €	Remboursement moyen	7,8	14,1	10,9	17,6	12,3	32,0	8,8	16,8	12,3
		Remboursement médian	6,9	6,9	6,9	6,9	6,9	35,9	6,9	6,9	6,9
Optique simple Prix de référence : 200 € (100 € de monture et 50 € par verre simple)	65 % BRSS (2,84 € de monture et 2,29 € par verre simple) = 4,82 €	Remboursement moyen	130,0	173,7	129,5	162,6	134,2	176,8	130,8	169,9	148,1
		Remboursement médian	137,8	195,2	102,6	177,0	145,0	195,2	142,0	190,2	152,6
Optique complexe Prix de référence : 500 € (100 € de monture et 200 € par verre complexe)	65 % BRSS (2,84 € de monture et 10,37 € par verre complexe) = 15,33 €	Remboursement moyen	230,9	362,7	222,8	313,3	175,6	364,3	220,2	345,0	275,4
		Remboursement médian	228,3	424,7	158,3	267,0	157,7	401,4	212,3	384,2	258,3
Prothèse dentaire (prothèse céramo-métallique sur dent visible) Prix de référence : 750 €	70 % BRSS (107,5 €) = 75,25 €	Remboursement moyen	230,4	311,3	249,6	301,3	181,3	394,5	221,9	314,1	262,7
		Remboursement médian	240,0	322,5	193,5	301,0	160,0	354,8	220,4	322,5	274,1
Traitement d'orthodontie (avant 16 ans) Prix de référence (par semestre) : 900 €	100 % BRSS (193,5 €) = 193,50 €	Remboursement moyen	214,7	383,6	242,8	401,3	173,6	511,6	208,0	399,9	292,9
		Remboursement médian	226,4	367,7	193,5	387,0	193,5	580,5	193,5	387,0	241,9
Prothèses auditives numériques Prix de référence pour deux appareils = 3 000 €	65 % BRSS (199,71 € pour un appareil) = 259,62 €	Remboursement moyen	772,4	1 114,4	930,5	1 336,9	336,4	1 210,6	696,2	1 202,2	920,0
		Remboursement médian	767,8	1 018,5	738,9	1 143,6	289,8	1 198,3	655,0	1 138,3	818,8
Supplément chambre particulière Prix de référence = 60 € par nuit	Non remboursé	Remboursement moyen	38,4	46,3	25,0	40,4	44,3	59,1	39,1	45,2	41,8
		Remboursement médian	35,0	50,0	25,0	40,0	50,0	60,0	38,0	50,0	44,0

* Les montants de référence ont été choisis élevés afin de pouvoir différencier les offres des organismes complémentaires les unes par rapport aux autres.

Lecture • Les bénéficiaires d'un contrat individuel modal de mutuelle sont remboursés en moyenne 10,1 euros par leur organisme complémentaire pour une consultation chez un médecin spécialiste dans le parcours de soin, facturée 60 euros par le médecin. La moitié d'entre eux sont remboursés d'un montant inférieur ou égal à 6,90 euros par leur organisme complémentaire.

Sources • DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé - année 2009.

En moyenne, 40 euros de cotisation mensuelle par bénéficiaire

Les garanties proposées par les contrats de couverture complémentaire santé varient beaucoup d'une offre à l'autre. Afin de pouvoir comparer les contrats entre eux, la DREES a établi une typologie (Arnould et Vidal, 2008) qui permet de classer les contrats en quatre groupes homogènes selon les niveaux de remboursement offerts pour plusieurs prestations. La classe de contrats A propose les garanties les plus élevées tandis que la classe D propose les garanties les plus faibles.

Le montant mensuel moyen de cotisation santé s'élève en 2009 à 40 euros par bénéficiaire. Lorsque l'on considère le montant mensuel moyen de cotisation par classe de garanties, on constate que la cotisation payée par les bénéficiaires d'un contrat de classe A (39,4 euros) est plus faible que celle payée pour un contrat de classe B (43,0 euros) et est équivalente à celle payée pour un contrat de classe C (39,7 euros), les contrats D affichant la prime moyenne par bénéficiaire la plus faible (32,5 euros). L'effet de l'âge prime en fait sur l'effet du niveau de garantie : les contrats A, aux garanties plus élevées mais couvrant une population plus jeune, coûtent moins cher à leurs bénéficiaires que les contrats B. Un modèle économétrique a donc été établi dans le but de mesurer l'effet des différents paramètres entrant en jeu (structure d'âge du contrat, niveau de garantie, type de contrat) sur le montant de la cotisation (encadré 2). La hiérarchie des prix des contrats suivant leur classe de garantie est ainsi rétablie lorsque l'effet du niveau de garantie est isolé. Les contrats les plus chers sont bien ceux de la classe A quand on tient compte de l'ensemble des informations disponibles, ils coûtent environ 20 euros de plus par bénéficiaire et par mois qu'un contrat d'entrée de gamme de la classe D.

6. L'enquête permet de connaître, pour chacun des contrats modaux, la structure d'âge des assurés (ouvrants droit) des contrats et non celle des bénéficiaires (ouvrants droit et ayants droit). Ces deux structures d'âge étant très corrélées, certains organismes ne disposent en effet que de la structure d'âge des assurés principaux dans leur système d'information.

■ TABLEAU 3

Prise en charge d'actes non remboursés par la Sécurité sociale

En pourcentage des personnes couvertes par les actes

	Année 2007		Année 2008		Année 2009	
	Individuel	Collectif	Individuel	Collectif	Individuel	Collectif
Médecine douce (homéopathie, acupuncture, ...)	23,3	32,2	33,4	35,9	40,4	34,4
Consultation d'un nutritionniste	12,8	13,1	18,1	13,4	24,2	15,0
Sevrage tabagique	38,4	36,2	57,4	29,6	57,6	23,3
Pilule contraceptive	38,5	20,2	45,4	17,6	46,3	16,9

Lecture • En 2007, 23,3 % des bénéficiaires de contrats modaux individuels étaient pris en charge par leur assurance complémentaire pour une consultation en médecine douce.

Sources • DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé - années 2007 à 2009.

Une tarification croissante avec l'âge

L'âge de la population couverte explique une très grande partie du montant moyen des cotisations : plus le contrat compte d'assurés de plus de soixante ans, plus la prime moyenne est élevée. Ainsi, les contrats modaux dont la quasi-totalité des assurés sont seniors⁶ coûtent, toutes choses égales par ailleurs (à niveau de garantie et à type de contrat et d'organisme équivalents), 51 euros de plus par personne et par mois que les contrats dont moins d'un cinquième des assurés ont plus de soixante ans.

Le type d'organisme proposant le contrat a également un impact sur le montant de la cotisation moyenne. Les contrats modaux proposés par les sociétés d'assurance se révèlent ainsi être légèrement plus chers (3,6 euros de plus par personne et par mois) que les contrats modaux mutualistes. Le dernier rapport sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, qui mobilise des données transmises par l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP), confirme ce résultat : en 2009, le ratio charges de prestations sur primes de l'activité santé s'élevait en individuel à 81 % pour les mutuelles et à 70 % pour les sociétés d'assurance. À prestations proposées identiques, les contrats individuels des sociétés d'assurance coûtent par conséquent davantage que les contrats individuels des mutuelles. Ceci vient en partie du fait

que les sociétés d'assurance supportent en individuel des frais d'acquisitions supérieurs à ceux des mutuelles (ces frais représentent respectivement 16 % et 5 % des primes) : en effet, les mutuelles, notamment par le biais des mutuelles de fonctionnaires, bénéficient plus souvent que les sociétés d'assurance d'une clientèle relativement captive ne nécessitant pas d'engager des frais d'acquisition élevés.

Une analyse plus fine montre que l'écart de prime moyenne entre mutuelles et sociétés d'assurance est différent selon que le contrat compte ou non une majorité d'assurés seniors. Lorsque moins de la moitié des assurés du contrat ont plus de soixante ans, ce qui représente la très grande majorité des contrats, l'effet du type d'organisme sur le montant de la prime est assez modéré. Il est en revanche plus accentué au sein des contrats dont la majorité des assurés ont plus de soixante ans. Ces contrats sont sensiblement plus chers lorsqu'ils sont proposés par une société d'assurance plutôt que par une mutuelle. Cette tarification moins avantageuse pour les soixante ans et plus pourrait en partie expliquer pourquoi les contrats individuels des sociétés d'assurance comptent moins d'assurés seniors (29 % des assurés) que ceux des mutuelles (42 % des assurés).

À l'inverse des contrats modaux proposés par les sociétés d'assurance, ceux des institutions de prévoyance s'avèrent être moins chers

Modèle économétrique d'estimation des cotisations mensuelles

L'objectif de cette modélisation est d'expliquer le niveau de primes des contrats en fonction de leurs caractéristiques. Les principaux déterminants sont l'âge de la population couverte, le niveau de garantie et le caractère collectif ou individuel du contrat. La variable expliquée est la prime moyenne mensuelle par bénéficiaire. Le nombre de contrats qui ont servi à la modélisation des cotisations est de 735 : 465 individuels et 270 collectifs. L'enquête 2009 a permis de collecter des informations sur 870 contrats, mais pour 127 d'entre eux, soit le montant des cotisations collectées, soit la répartition des personnes assurées par tranches d'âge n'est pas renseigné ; 8 contrats ont en outre été écartés car le montant des cotisations indiqué était probablement erroné.

Pour expliquer le montant de la prime par bénéficiaire, on introduit dans le modèle de régression des variables discrètes caractérisant le contrat et l'interaction entre deux d'entre elles (tableau).

Le niveau de garantie du contrat est décrit par la classe attribuée au contrat par la typologie établie par la DREES (de A, la plus élevée à D, la plus faible). Utiliser cette variable permet de pouvoir s'affranchir des problèmes de colinéarité qui existent entre les variables décrivant les différentes prestations des contrats. En effet, les niveaux de prise en charge dans les différents domaines sont en général assez proportionnels et il est donc difficile d'isoler l'impact de chaque variable sur le montant des cotisations. En utilisant la variable de niveau de garantie issue de la typologie plutôt que le détail des prestations proposées, le pouvoir prédictif du modèle n'est en outre pratiquement pas dégradé.

L'enquête permet de connaître pour chacun des contrats modaux la répartition des personnes assurées selon trois tranches d'âge : les jeunes assurés (de moins de 25 ans), les assurés d'âge actif

(de 25 à 59 ans) et les assurés seniors (de plus de 60 ans). On calcule à partir de ces données deux variables discrètes. La première variable est déclinée en sept classes, selon la part des personnes de plus de soixante ans assurées par le contrat. La première classe regroupe les contrats comptant moins de 20 % d'assurés seniors, la deuxième ceux comptant entre 20 % et 30 % d'assurés seniors, jusqu'à la dernière classe qui regroupe les contrats comptant plus de 97 % d'assurés seniors. La deuxième variable est déclinée en deux classes, selon la part des personnes de moins de vingt-cinq ans assurées par le contrat. La première classe regroupe les contrats qui assurent moins de 10 % de jeunes et la deuxième ceux qui en assurent plus de 10 %.

Le type d'organisme proposant le contrat (mutuelle, institution de prévoyance ou société d'assurance) a également été introduit dans le modèle car cette variable a une influence sur le montant moyen de la prime par bénéficiaire.

Une indicatrice désigne les contrats non responsables ; la valeur de son coefficient suggère que les contrats non responsables décrits dans l'enquête sont des contrats très bon marché et ciblés sur des risques spécifiques. Une deuxième indicatrice désigne les contrats individuels modaux qui couvrent à eux seuls plus de 60 % de l'ensemble des bénéficiaires couverts en individuel par l'organisme. La prime de ces contrats semble être bien plus faible que celle des contrats individuels modaux des organismes où l'offre est moins concentrée. Il s'avère que parmi ces contrats, un certain nombre sont des contrats de sortie de groupe (dits « Loi Évin »), proposés par des mutuelles. Il ne faut toutefois pas sur-interpréter la valeur de ces deux coefficients car chacun ne concerne qu'un nombre très faible de contrats.

Montant des cotisations en fonction des caractéristiques des contrats

Variables explicatives		Paramètre estimé	Écart-type
Constante		26,0 ***	1,6
Niveau de garantie	Classe A	19,5 ***	1,8
	Classe B	17,3 ***	1,6
	Classe C	11,0 ***	1,4
	Classe D	réf.	-
Part de la population de plus de 60 ans couverte par le contrat	Plus de 97 % de seniors	50,9 ***	2,3
	Entre 80 % et 97 % de seniors	39,2 ***	2,0
	Entre 70 % et 80 % de seniors	30,0 ***	2,4
	Entre 50 % et 70 % de seniors	20,5 ***	1,7
	Entre 30 % et 50 % de seniors	11,0 ***	1,4
	Entre 20 % et 30 % de seniors	6,1 ***	1,5
Part de la population de moins de 25 ans couverte par le contrat	Supérieure à 10 %	-5,6 ***	1,3
	Inférieure à 10 %	réf.	-
Type de contrat	Contrat collectif	-6,1 ***	1,2
	Contrat individuel	réf.	-
Type d'organisme	Société d'Assurance	3,6 ***	1,3
	Institution de prévoyance	-5,0 ***	1,4
	Mutuelle	réf.	-
Indicatrice : contrats non responsables		-21,2 ***	3,4
Indicatrice : contrats regroupant plus de 60% des bénéficiaires des contrats individuels de l'organisme		-11,4 ***	1,9
		R2 = 0,68	
		Nombre de contrats = 735	

*** Significatif au seuil de 1 %, ** significatif au seuil de 5 %, * significatif au seuil de 10 %, ns : non significatif.

Lecture • Les contrats de classe A coûtent, toutes choses égales par ailleurs, 19,8 euros de plus par mois que les contrats de classe D, pris comme référence.

Sources • DREES, enquête statistique auprès des organismes offrant des couvertures complémentaires santé, année 2009.

en moyenne (5 euros de moins par personne et par mois) que les contrats modaux mutualistes. L'écart de prix est différent selon la structure d'âge de la population couverte par le contrat. Il n'est pas significatif lorsque les contrats couvrent une minorité de seniors, mais est très marqué lorsque plus de la moitié des assurés du contrat ont soixante ans et plus. Cela s'explique par le fait que les contrats couvrant une part importante de seniors sont pour la plupart des contrats individuels de sortie de groupe, encadrés par la loi Évin, dont le montant des cotisations est plafonné par la loi (la majoration de la cotisation lorsque le salarié quitte l'entreprise ne peut pas excéder 50 %). Les contrats individuels des institutions de prévoyance, s'ils sont avantageux, ne couvrent toutefois que 2 % des personnes bénéficiant d'une assurance complémentaire santé en France.

L'enquête ne permet en revanche pas d'isoler les contrats loi Évin des mutuelles et des sociétés d'assurance parmi l'ensemble des contrats individuels de ces organismes.

Les primes des contrats collectifs sont inférieures à celles des contrats individuels

Selon, les données transmises par l'ACP, les trois types d'opérateurs ont dégagé en assurance collective un résultat technique négatif pour leur activité santé en 2009 ; le ratio charges de prestations sur primes était pour chacun sensiblement plus élevé en collectif qu'en individuel. Il est donc logique que les primes des contrats collectifs soient, à structure d'âge et niveau de garantie équivalents, inférieures à celles des contrats individuels : il apparaît que, toutes choses égales par ailleurs, les contrats collectifs coûtent six euros de moins par personne et par mois

que les contrats individuels. Le montant moyen de la prime payée par les personnes assurées en collectif peut en outre être diminué par la participation de l'employeur au financement de la prime et par la déduction des cotisations du salarié de son revenu imposable. ■

■ Pour en savoir plus

- **Garnero M. et Zaidman C., 2010, « La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé - Rapport 2010 », DREES, octobre.**
- **Arnould M.-L., Vidal G., 2008, « Typologie des contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2006 », DREES, *Études et Résultats* n° 663, octobre.**
- **Fenina A., Le Garrec M.A., Koubi M., 2010, « Comptes nationaux de la santé - 2010 », DREES, rapport, novembre.**