



Santé individuelle, à la recherche du contrat raisonnable

Du contrat responsable au contrat raisonnable ? Contrainte par le 100 % santé et les transferts de charges, l'assurance santé individuelle devrait une nouvelle fois augmenter ses tarifs de 7 à 10 % en 2025 après des hausses du même ordre pour 2024. Un engrenage forcené qui atteint ses limites. Dans un contexte où beaucoup d'assurés ont de plus en plus de mal à suivre la flambée des tarifs, assureurs et distributeurs n'hésitent plus à sortir des sentiers battus du contrat responsable pour proposer des offres à plus bas coût, en dépit d'une fiscalité plus élevée. La tendance prend corps sans toutefois répondre au nécessaire enjeu d'une refonte à long terme de l'articulation du système entre l'Assurance maladie et les assureurs complémentaires.



Du contrat responsable au contrat raisonnable ? Contrainte par le 100 % santé et les transferts de charges, l'assurance santé individuelle devrait une nouvelle fois augmenter ses tarifs de 7 à 10 % en 2025 après des hausses du même ordre pour 2024. Un engrenage forcené qui atteint ses limites. Dans un contexte où beaucoup d'assurés ont de plus en plus de mal à suivre la flambée des tarifs, assureurs et distributeurs n'hésitent plus à sortir des sentiers battus du contrat responsable pour proposer des offres à plus bas coût, en dépit d'une fiscalité plus élevée. La tendance prend corps sans toutefois répondre au nécessaire enjeu d'une refonte à long terme de l'articulation du système entre l'Assurance maladie et les assureurs complémentaires.

Longtemps réservées aux surcomplémentaires haut de gamme, les garanties non-responsables font leur nid dans le segment d'entrée de gamme des contrats complémentaire santé individuelle. Face à l'envolée des tarifs, de plus en plus d'assureurs et de courtiers grossistes sortent des clous du contrat responsable pour construire des offres à des prix plus accessibles. Une opération particulièrement visible sur la population des retraités avec une équation a priori contre-intuitive, puisque le non-responsable est taxé à 20,27 % au lieu de 13,27 % pour les contrats responsables... Mais la tendance qui avait doucement démarré en 2023 s'est vivement accélérée tout au long de l'année 2024. En mai dernier, une étude d'Addactis constatait que 25 % des niveaux « entrée de gamme » du marché étaient non-responsables en 2024. « L'entrée de gamme est sous tension : elle semble avoir atteint son prix d'équilibre minimal. Intégrer le 100 % santé a eu un coût élevé, particulièrement sous-estimé en entrée de gamme où le recours aux paniers 100 % est conséquent. Le 100 % santé peut coûter jusqu'à 20 % de la prime pure du panier de soins, et est majoritairement financé par les Ocam », témoignait le cabinet d'actuariat en remarquant, dans ce contexte, une « vraie proposition de nouvelles offres alternatives non responsables ».

À lire aussi



Un budget santé dopé à l'IA

« Cela fait longtemps que tous les acteurs du marché pratiquent le non-responsable. Sur les collectives, c'était assez facile. Il s'agissait des régimes haut de gamme qui avaient été plafonnés par le contrat responsable, et pour lesquels une surcomplémentaire non-responsable a souvent été mise en place. Sur l'individuel, l'objectif était d'offrir, au sein d'une gamme responsable, un premier niveau non-responsable, souvent limité à l'hospitalisation, et un dernier niveau non-responsable (souvent via une surcomplémentaire) afin de dépasser les plafonds du contrat responsable. Ce qui est nouveau, c'est l'apparition de gammes entièrement non-responsables », relève Julien Remy, directeur général adjoint de Mutuelle Mip.

Plus question, en effet de limiter l'offre non-responsable à une simple garantie « hospi », comme en témoigne la mode embrassée par de nombreux courtiers grossistes. « Nous avons pensé à une offre "hospitalisation" simple seule bien avant le 100 % santé et bien avant l'augmentation des cotisations telles que nous les constatons actuellement, mais cette garantie n'a pas trouvé son public. Notamment, sur la cible des seniors dont on pourrait croire qu'elle souhaite se prémunir uniquement sur contre le gros risque. Ce n'est pas le cas », contextualise Myriam Saada, directrice de l'offre et de l'expérience clients chez Solly Azar. Depuis, le courtier grossiste a revu sa copie. D'abord avec le lancement de formules éco en miroir de sa gamme. « Il s'agissait de versions qui proposaient 10 % de réduction de tarif en contrepartie de l'abandon de la chambre particulière et de la médecine douce », explique Myriam Saada. Des formules qui ont rencontré un vif succès et jusqu'à 40 % des ventes. En mai dernier, une nouvelle offre est venue proposer une baisse de 20 % de la prime dans le cadre d'un contrat non-responsable avec des forfaits et des plafonds. « Notre objectif n'était pas de faire du low cost mais de bien couvrir nos seniors sur l'ensemble des garanties, avec des plafonds en optique et en dentaire comme c'était le cas avant », synthétise la directrice de l'offre et de l'expérience clients. Une garantie pour laquelle le courtier grossiste a également voulu inscrire le raisonnable à tous les étages. « C'est aussi un contrat qui, sur ces formules, limite les frais de Solly Azar et la commission des courtiers. C'est un acte fort sur des garanties qui représentent 20 % de nos ventes », fait valoir Myriam Saada.

Dernier arrivé sur le marché de la complémentaire santé avec une toute première gamme lancée en octobre dernier (lire ci-dessous), [Utwinn](#) n'a pas oublié le non-responsable dans ses valises. « Le besoin en non-responsable a beaucoup augmenté et cela pourrait continuer », pronostique Martin Vancostenoble, président d'[Utwinn](#). « Les contrats responsables sont partis d'une bonne intention de moins taxer ceux qui ne faisaient pas de sélection médicale. Mais le système a dévié avec les paniers minimums. C'est très louable, mais le minimum fait un prix tel que des clients se désassurent parce qu'ils ne peuvent plus les payer. Le développement des contrats non-responsables est lié à la volonté des acteurs de pouvoir proposer des prix moins chers et un minimum responsable ou de sortir du cadre "responsable" avec des produits plus responsabilisants », poursuit-il. Les courtiers grossistes ne sont pas les seuls à emprunter les chemins du non-responsable. Les assureurs traditionnels s'y mettent aussi.

Tout le monde s'y met

Engagé dans l'assurance inclusive, qui est une composante forte de son plan stratégique, Axa France planche sur des nouvelles offres moins coûteuses et accessibles qui pourraient être non-responsables afin de trouver la voie du milieu entre une garantie « hospi » pas assez couvrante et un contrat responsable devenu trop cher. « Tout le monde se pose actuellement la question parce que les minimums et les maximums du contrat responsable sont devenus trop élevés, comme en témoigne le récent communiqué de presse signé par les trois fédérations. Les fédérations des trois familles de l'assurance se posent la question de l'évolution du contrat responsable et du 100 % santé à l'intérieur de celui-là », cadre Patricia Delaux, directrice générale adjointe santé prévoyance Axa



santé & collectives. « Nous allons lancer prochainement un contrat avec des garanties "essentiels", mais il faut trouver le bon équilibre car proposer une assurance inclusive n'implique pas nécessairement de faire de l'entrée de gamme », reprend-elle. L'assureur challenge actuellement ses travaux avec son panel d'assurés pour trouver la bonne adéquation entre les besoins et les contraintes.

« La tendance existe mais ce n'est pas une demande majoritaire sur le marché. Chez Malakoff Humanis, nous répondons ponctuellement à la demande de nos partenaires courtiers ou courtiers grossistes, mais nous n'en faisons pas un axe de développement. Et nous ne souhaitons pas développer ce type d'offre au sein de nos réseaux de distribution propriétaires », expose Thomas Colin, directeur des marchés produits et activités déléguées du groupe paritaire. « Les demandes de nos partenaires représentent 10 à 15 % de notre activité avec eux. Un phénomène en croissance notable depuis douze mois. Ce n'est donc pas anecdotique. Il y a un vrai sujet, détaille-t-il. Un sujet sur lequel le groupe avance avec prudence. Ces contrats doivent être correctement explicités. Il y a un très fort enjeu de conseil, d'où notre choix de travailler ce sujet avec des partenaires fidèles dont nous savons qu'ils maîtrisent leur offre, leur distribution et le devoir de conseil associé. » Avec l'idée que le contrat non-responsable ne soit pas qu'une réponse budgétaire susceptible de générer une forte déception et des réclamations importantes de la part des assurés.

[Retour aux sources](#)

Reste que pour certaines « petites mutuelles », le développement des offres non-responsables sonne presque comme un retour aux sources. « Un certain nombre de nos structures n'ont d'ailleurs jamais arrêté d'en faire pendant que d'autres y reviennent », constate Pierre-Édouard Magnan, président de la FNIM en regardant cette évolution d'un œil plutôt favorable. « Les mutuelles font du contrat non-responsable alors que la taxe est sept points au-dessus. Et pourtant, cela s'avère économiquement et prudemment plus solvable que certains contrats responsables. Cela démontre que le contrat responsable a été surchargé de tous les côtés. Alors qu'il avait d'abord été conçu pour structurer le parcours de soins du patient, il est devenu, depuis vingt ans, un outil de transfert de charges du régime obligatoire vers le régime complémentaire », schématise-t-il. Au sein de ces petites structures, l'arrivée du 100 % santé a été un élément déclencheur. « Beaucoup ont vu qu'elles ne seraient pas capables de suivre en passant tout le monde en 100 % santé. Elles ont donc construit une gamme responsable pour être capable de la proposer aux adhérents au prix que cela coûte, tout en gardant une gamme non-responsable en miroir en fonction des populations à qui elles s'adressent », analyse Pierre-Édouard Magnan avant d'enfoncer le clou. « On revient à ce qu'était l'essence de la mutualité : regarder quels sont les besoins et les moyens des adhérents pour organiser avec eux le meilleur accord entre les deux. C'est la force du contrat non-responsable et cela redonne une liberté, aussi bien à l'organisme mutualiste qu'à l'adhérent. On retrouve le libre choix. Les mutualistes ont toujours été innovants et le contrat responsable est un carcan. Avant le 100 % santé, nos contrats étaient tout à fait honorables. Les contrats non-responsables ne sont pas des sous-contrats low cost », défend-il.

« Le contrat responsable a été conçu pour favoriser l'accès aux soins des salariés et des individus. Aujourd'hui, nous sommes dans la dynamique inverse : le système permet effectivement de se faire soigner à moindre coût, mais le contrat lui-même devient inaccessible. Nous perdons l'intérêt premier de la démarche, ce qui n'empêche pas nos forces politiques de se féliciter du succès du contrat responsable et d'envisager de l'étendre à d'autres sujets », intervient Julien Remy. « De plus en plus d'acteurs sortent des contrats non-responsables qui offrent des tarifs plus intéressants malgré une fiscalité plus forte. Cela paraît contre-intuitif mais cela répond à un besoin », constate-t-il. Et le directeur général adjoint de Mutuelle Mip de s'interroger pour savoir si le marché serait prêt à aller encore plus loin. « Aujourd'hui on le sait, la complémentaire santé n'est plus vraiment de l'assurance. C'est de la trésorerie et de la solidarité au sein d'une population. Ce qui n'est pas



encore massivement apparu sur le marché, c'est la volonté de retrouver une véritable mécanique d'assurance dans la complémentaire santé », décrit-il. « En se dégageant du contrat responsable, nous pourrions retrouver une logique d'assurance en couvrant uniquement les gros risques, en utilisant des franchises et réduisant les garanties liées à des dépenses stables, comme la pharmacie ou les soins dentaires. Ce sont des discussions théoriques qui existent depuis longtemps mais je ne sais pas s'il existe un marché pour cela », interroge Julien Remy avant d'aller plus loin. « Pour les porteurs de risques, il s'agirait d'un contrat beaucoup moins cher et donc moins intéressant en termes de chiffre d'affaires. De tels contrats seraient aussi probablement difficiles à accepter pour les adhérents, qui sont largement convaincus qu'un bon régime est un régime qui vous couvre à 100 %. Avoir un tarif à moitié prix sur lequel on conserverait du reste à charge nécessiterait une grosse acculturation. Je ne sais pas si le marché ouvrira ce champ-là, mais cela serait pourtant cohérent avec la tendance actuelle de hausse des prix », philosophe-t-il.

Contrepied

Un acteur a cependant sauté le pas pour tenter de prendre le système à contrepied. Lancé fin 2022, la complémentaire santé du courtier MutuaMea est repartie de zéro pour proposer aux retraités, aux indépendants et aux fonctionnaires une couverture centrée sur le risque lourd avec un reste à charge sur le « courant » financé par la promesse d'une économie de 30 à 60 % réalisée sur la prime. Un contrat, non-responsable par nature, qui ne vise cependant pas tout le monde. « Notre contrat s'adresse d'abord à des populations qui sont capables d'épargner et nous avons un devoir de conseil très exigeant sur ce point », rappelle Karim Natouri, cofondateur de MutuaMea. Mais selon lui, le constat du fonctionnement actuel de l'assurance complémentaire santé est implacable. « Le contrat responsable est un contrat faussement responsable. Le 100 % santé n'est qu'une manière plus étendue de faire de la gestion de trésorerie en étalant les dépenses des assurés en audio, dentaire et optique sur plusieurs années. Mais c'est un étalement avec un taux de crédit monstrueux. Au prix moyen de tous les soins qui sont remboursés, l'assureur ajoute 20 à 25 % de frais, et l'État ajoute 13 % de taxes. L'assuré paye donc une paire de lunettes et 38 % de plus étalés sur deux ans. C'est catastrophique. Et déresponsabilisant dans la mesure où l'assuré paye sa prime d'assurance de plus en plus chère mais ne voit plus le coût de ce qui est remboursé. Les gens ont l'impression de ne rien payer quand ils vont chez l'opticien, alors qu'au final, ils payent très cher ! », résume-t-il. Un constat partagé par certains mutualistes. « Passé 50 ans, il faut sortir l'optique des contrats complémentaires santé car il ne s'agit pas d'un aléa mais d'une certitude. Ce n'est plus de l'assurance ! On peut débattre après sur une démarche d'épargne ou de prêt à taux zéro, mais quand on fait le calcul, sous prétexte de la mettre dans les contrats d'assurance, la garantie optique est vendue hors de prix avec une cotisation taxée à 13,27 % en plus des frais de gestion », abonde Pierre-Édouard Magnan. « Il faut remettre l'église au centre du village en disant que l'assurance doit servir à couvrir un vrai risque et pas à faire de la gestion de trésorerie au taux annuel de 19 %. Ce n'est pas tenable », confirme Karim Natouri. Quant au développement d'offres en dehors du cadre du contrat responsable, cela ne répond pas au problème de fond. « Les hausses de tarifs de ces dernières années ont rendu l'assurance santé économiquement insupportable pour une bonne partie de la population, mais la réponse apportée par le marché est à côté de la plaque. Les contrats non-responsables vont certes enlever des petites garanties, mais continueront de chercher à avoir des primes importantes pour rentabiliser les actions commerciales des assureurs. On ne sort pas du cercle vicieux : un client qui coûte cher à acquérir par les voies classiques et un taux de rotation de trois ans. Il faut donc que le client paye cher pour qu'il soit rentable », expose le cofondateur de MutuaMea.

Responsable et coupable

Pour beaucoup d'acteurs, la mode du non-responsable n'est qu'une réponse partielle et ponctuelle aux tendances haussières du marché de la complémentaire santé observées ces dernières années.



« Le non-responsable est une solution transitoire. Ce n'est pas l'avenir. Payer plus de taxes pour faire un contrat mieux adapté au client n'est pas la bonne solution. Si le marché y va, c'est parce que la réglementation ne fonctionne pas bien. Et je préférerais une évolution pour aller vers un cadre du contrat responsable plus satisfaisant », se positionne Martin Vancostenoble. « L'offre non-responsable n'est pas une réponse idéale aux enjeux et aux besoins des assurés », acquiesce Thomas Colin. « Le vrai sujet, c'est de revoir le cadre du contrat responsable. C'est une conviction que nous partageons avec un certain nombre d'acteurs de notre marché et avec nos fédérations. Le non-responsable est une réponse ponctuelle à un problème structurel », recadre-t-il. « Nous ne militons pas pour supprimer le contrat responsable, parce que c'est inaudible, mais il faut le remettre complètement à plat », plaide également Pierre-Édouard Magnan. Une volonté partagée par l'ensemble des familles de l'assurance. Mais pas seulement. Dans les récentes conclusions de la mission sénatoriale sur le prix des complémentaires santé, la proposition n°3 des sénateurs invite à « réformer le cadre du contrat solidaire et responsable afin de mieux adapter la couverture santé complémentaire aux besoins de chaque assuré ». « France assureurs, La Mutualité française et le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) proposent de repenser le socle de protection complémentaire en santé, aujourd'hui défini par le contrat responsable, pour éviter qu'il ne devienne inadapté aux besoins et trop coûteux pour les assurés, devenant par là même un frein à l'accès aux soins », ont répondu en chœur les trois familles de l'assurance. « Nous sommes d'accord sur le diagnostic posé sur le contrat responsable. C'est un mille-feuilles qui résulte de la sédimentation de couches successives de réglementations, chacune ayant ses propres objectifs pas toujours cohérents les uns avec les autres. C'est un socle de base devenu trop coûteux. C'est la raison pour laquelle nous voyons fleurir sur le marché des offres en dehors du contrat responsable, par exemple à destination des retraités », rapporte Florence Lustman, présidente de France assureurs.

Mais avant d'ouvrir d'éventuelles discussions entre Ocam et pouvoirs publics sur les enjeux long terme du système de santé en France, le contexte immédiat et budgétairement serré du PLFSS 2025 a prévu un peu plus d'un milliard d'euros de transferts de charges de l'AMO vers l'AMC... Lesquels s'ajouteront, mécaniquement, aux hausses de tarifs importantes déjà programmées pour 2025. Qu'on le déplore ou pas, le développement du non-responsable semble donc encore avoir quelques beaux jours devant lui.

Zoom sur

Vers un rééquilibrage entre collectif et individuel ?

2024 a été le théâtre d'importantes hausses de primes en santé individuelle et collective. L'étude de La Mutualité française a alors évoqué des hausses moyennes de 7,7 % à 9,9 % sur les contrats collectifs et de 7,3 % sur les contrats individuels. Bis repetita en 2025 ? Sans aucun doute. Selon le cabinet Addactis, les taux d'indexation en santé collective se situeront de 5,5 % à 9,5 % (évolution du PASS comprise) et entre 4,5 et 8,5 % en santé individuelle. De son côté, le courtier WTW en France a publié une note de conjoncture dans laquelle il anticipe des hausses globales pour les complémentaires d'entreprises de 6,5 à 10 %. Des hypothèses partiellement confirmées avec l'annonce, début octobre, de la politique d'Axa France en santé collective. Véritable baromètre du marché, l'assureur a dévoilé des hausses de 7,5 % auxquelles il faut ajouter 1,5 point de PASS. De quoi faire un premier constat : contrairement à ce qui avait longtemps été observé ces dernières années, les gros opérateurs ne veulent plus combler les déficits de l'assurance collective avec les profits de la santé individuelle. « Nous considérons que le taux de redistribution doit être équivalent pour le salarié d'un grand groupe à celui d'un retraité. Ce sont certes des contrats différents qui n'ont pas les mêmes frais de gestion mais nous sommes très vigilants à rééquilibrer nos taux de redistribution sur nos marchés individuels », confirme Thomas Colin (en photo ci-contre), directeur des marchés produits et activités déléguées de Malakoff Humanis en indiquant des évolutions tarifaires en santé individuelle en deçà des estimations annoncées par le marché. « Notre objectif



est de maintenir notre taux de redistribution autour de 83 %. Pour garantir ce taux, nous ferons le choix d'une revalorisation très modérée en 2025 sur l'individuelle », indique-t-il.

Utwin débarque dans la santé

Un nouveau venu sur le marché de la santé individuelle. Spécialiste de l'emprunteur et de la prévoyance, le courtier grossiste Utwin saute le pas de la diversification. « C'est un marché très concurrentiel mais nous nous sommes lancés parce que nous pensons pouvoir apporter quelque chose sur un marché qui va forcément bouger », justifie Martin Vancostenoble (en photo ci-contre). « Les assureurs ne s'y retrouvent plus en termes de rentabilité et proposer des tarifs moins chers nécessite que le client reste plus longtemps. Nous voulons contribuer à apporter des solutions pour être dans un mode de distribution plus durable qui répond aux besoins du client », poursuit le président d'Utwin. Au menu de la gamme du courtier grossiste, quatre offres personnalisables et une quarantaine de combinaisons possibles pour coller les garanties au plus près du budget de l'assuré. « Si le client dispose d'un budget de 80 €, nous allons lui dire comment utiliser ces 80 € au mieux. C'est la vision client et nous voulons la transmettre à un réseau de distribution qui adhère à cette philosophie et qui aide à vendre différemment des contrats », explique-t-il. Pour convaincre la distribution, Utwin mise sur un outil d'aide à la vente inspiré de son expérience en emprunteur. « Nous avons mis en place un outil qui permet d'anticiper les besoins selon les âges et les profils. À partir de là, le courtier va pouvoir accompagner son client et remplir son devoir de conseil », détaille Martin Vancostenoble. Et le courtier grossiste veut inscrire son développement dans la durée. « Nous ne cherchons pas à faire un coup sur le marché. Nous allons prendre le temps de former et d'accompagner les réseaux », promet-il.

Focus sur

Précompte et escompte la fin du non-responsable...

Le marché de la santé individuelle continue sa transformation en matière d'escompte et de précompte. Alors que France assureurs, La Mutualité française et le CTIP ont publié des recommandations communes en septembre dernier pour encadrer ces pratiques, assureurs et distributeurs s'adaptent à la nouvelle donne. « Le modèle de distribution et de commissionnement associé, tel qu'il était conçu jusqu'à présent, n'était pas compatible avec les enjeux de redistribution pour les assurés », souligne Thomas Colin, directeur des marchés produits et activités déléguées de Malakoff Humanis. Ces derniers temps, le groupe a revu sa politique de distribution avec le courtage en se recentrant sur quelques grands partenaires. « Nous continuons d'avoir un dialogue compétitif et soutenu avec nos grands partenaires sur les modèles de commissionnement pour aller au-delà des récentes préconisations des fédérations », précise Thomas Colin. « Nous sommes arrivés au bout d'un système », confirme Julien Remy, directeur général adjoint de Mutuelle MIP qui constate un changement de comportement chez les distributeurs. « Dans les faits, ne pas faire de précompte n'est plus un élément bloquant lorsque vous êtes approchés par des distributeurs qui veulent développer des gammes. Avant, c'était complètement éliminatoire. Les acteurs demandent désormais du commissionnement linéaire et c'est une très bonne pratique », remarque-t-il. Du côté des courtiers grossistes, l'adaptation semble également de mise. « Nous sommes pour et nous suivrons le marché en appliquant les recommandations », indique Myriam Saada chez Solly Azar. Même son de cloche chez Utwin, où Martin Vancostenoble salue la prise de conscience. « Avec les taux de rotation des portefeuilles, cela n'avait plus de sens. Nous ne sommes qu'au début mais cela va contribuer à assainir le marché », se félicite-t-il.