

TARIFICATION DES DIFFÉRENTS RISQUES

GÉNÉRALITÉS

En France, la liberté concurrentielle de tarification est la règle, l'organisme assureur devant seulement respecter quelques textes de base :

- la réglementation du contrat d'assurance définie par le Code dont dépend l'organisme (Code des assurances, de la Sécurité sociale ou de la mutualité) ;
- les règles protectrices des assurés définies par la loi Evin et la loi du 8 août 1994, et les textes légaux régissant les tables (de mortalité ou d'invalidité) à prendre en compte pour le calcul des provisions que l'assureur doit constituer pour faire face à ses engagements.

La tarification d'un régime de prévoyance est effectuée par un actuair qui doit prendre en compte l'ensemble des probabilités de réalisation des risques couverts au cours de l'année et les possibilités d'écart par rapport à cette moyenne et donc déterminer le risque financier global pris par l'assureur en fonction :

- du type et du niveau de la garantie offerte par le régime ;
- de l'âge des assurés ;
- de leur sexe ;
- de leur activité professionnelle et du lieu où ils l'exercent ;
- de leur état de santé ;
- de leur salaire ;
- et du nombre de personnes à charge.

Statistiquement, on considère que l'erreur relative décroît lorsque l'effectif de la population assurée augmente.

A partir de là, le tarif sera fixé en ajoutant à ce risque la marge financière de l'assureur, la commission de l'apporteur, les frais de gestion de l'assureur, un supplément pour l'alimentation de sa marge légale de solvabilité, une marge d'erreur (ou de risque), de façon à ce que, normalement, le régime fonctionne de façon équilibrée : les cotisations versées au cours d'une année doivent idéalement être équivalentes au montant des prestations versées au cours de la même année.

En matière d'assurance, quel que soit le risque assuré, la tarification repose donc sur l'analyse statistique de réalisation du risque au cours des années précédentes, qui permet d'évaluer la probabilité d'écart avec cette moyenne statistique que la population assurée peut présenter et donc le risque réel à assurer par l'organisme assureur.

Le rôle de l'organisme assureur, en matière de prévoyance, est donc de compenser les écarts entre la réalisation effective des risques et leur moyenne théorique.

Pour garantir ces engagements l'assureur constituera obligatoirement des provisions, mais pourra également se réassurer.

On peut donc effectuer une tarification dès lors que l'on dispose des statistiques permettant cette évaluation.

Un risque "non assurable" sera alors celui que l'on ne pourra pas évaluer (ou alors, dans ce cas, en prenant une hypothèse de réalisation de sinistres à 100 %, ce qui rendrait le coût de l'assurance prohibitif).

La tarification tient également compte de la taille du groupe assuré :

plus le groupe est important, plus le montant des prestations versées évolue lentement d'une année à l'autre et donc plus le groupe est tarifié en fonction de ses caractéristiques autres que l'état de santé.

A l'inverse, plus le groupe est restreint, plus l'état de santé des individus assurés est pris en considération car les résultats sont plus volatils.

En matière de prévoyance collective, au contraire de la prévoyance individuelle, la tarification est rarement déterminée au niveau de chaque salarié, mais plutôt par sous-ensembles de salariés présentant des caractéristiques homogènes au regard des catégories étudiées. On fixera donc en général une tarification par catégorie de salariés (cadres et non cadres).

C'est seulement dans le cadre de la tarification des contrats "flexibles" que l'on devra faire une évaluation tarifaire individuelle, en prenant en hypothèse tous les choix que chaque salarié pourrait être amené à faire.

TARIFICATION DU RISQUE DÉCÈS

FACTEURS ENTRANT DANS L'ÉVALUATION DU RISQUE

Tarifier un risque décès, c'est évaluer la probabilité que l'individu assuré aura de décéder, au cours de l'année.

Cette probabilité est évaluée pour chaque individu assuré en fonction des garanties qui sont prévues par le régime pour le salarié, mais aussi pour son conjoint si le double effet est prévu et, éventuellement, ses enfants.

De plus, si le régime prévoit le versement d'une prestation supplémentaire en cas de décès par accident, il faudra également évaluer la probabilité que le salarié assuré aura de décéder dans ces circonstances spécifiques.

Technique d'évaluation du risque est la suivante

Durant une année, un individu a une certaine probabilité de décéder. A partir d'une population donnée (exemple : l'ensemble de la population française), la constatation statistique pendant quelques années du nombre de décès survenus à un âge donné, rapporté au nombre d'individus de cet âge, permet de dresser des tables de mortalité et de donner une indication du taux moyen de mortalité à un âge donné.

Par exemple, un taux de 0,3 % à un âge donné signifie que sur 1 000 personnes il en décèdera en moyenne 3 cours de l'exercice si, toutefois, ces personnes sont comparables avec celles qui ont permis de construire la table de mortalité.

Si le capital à verser pour chaque décès est de 100 €, la somme moyenne à verser pour 1 000 personnes sera de 300 € et le coût du risque pour chaque participant sera de 0,3 € (300 € pour 1 000 personnes).

Les analyses statistiques permettent de démontrer que plus le nombre de participants est grand, plus il y a de chances que le nombre de décès effectivement constaté dans l'année soit proche de la moyenne statistiquement trouvée.

Cette moyenne, rapportée au nombre de personnes du même sexe en vie au cours d'un exercice donné, permet de déterminer la fréquence moyenne des décès à un âge donné.

Cette fréquence moyenne, multipliée par le montant du capital décès, constitue l'un des éléments de détermination de la cotisation.

Pour calculer les primes d'assurance ou les rentes viagères, les assureurs se fondent sur une table dite de mortalité. De nouvelles tables, tenant compte de l'augmentation de l'espérance de vie, seront appliquées en 2007. La nouvelle table de mortalité va remplacer celle de 1993, devenue obsolète, l'espérance de vie des Français ayant beaucoup augmenté depuis 1993.

Elle projette l'espérance de vie des individus à chaque âge, les individus étant regroupés par générations.

Dans la mesure où elle est prospective, cette nouvelle table doit théoriquement permettre d'anticiper l'évolution de l'espérance de vie.

Les organismes assureurs ne sont pas tenus de l'utiliser dans le calcul des provisions en matière de capitaux décès, mais doivent obligatoirement l'utiliser pour tous les calculs de rentes (rente de conjoint ou d'orphelins mais également rente d'invalidité).

Les tables TGF05 et TGH05 ont été introduites par l'arrêté du 1^{er} août 2006 portant homologation des tables de mortalité pour les rentes viagères et modifiant certaines dispositions du Code des assurances en matière d'assurance sur la vie et de capitalisation (publié au journal officiel du 26).

A compter du 1^{er} janvier 2007, les assureurs doivent utiliser pour la mise en place d'une rente viagère :

- soit le jeu de table TGF05 et TGH05 avec la possibilité d'utiliser une table unique pour tous les assurés. (voir aussi les remarques au niveau de notre simulateur de calcul) ;
- soit leur propre table d'expérience, certifiée par un actuair indépendant, en sachant que l'application de cette table ne doit pas conduire à proposer un tarif inférieur à ce qu'il aurait été en utilisant les tables TGF05 et TGH05.

Comment se présentent les tables TGF05 et TGH05 ?

Les tables fournissent les données brutes du nombre de survivants, âge par âge, pour les hommes et pour les femmes, pour toutes les générations entre 1900 et 2005. Les données sont limitées à la tranche d'âge comprise entre 0 à 120 ans.

TGF05 : Table par Génération des Femmes - Version 2005.

TGH05 : Table par Génération des Hommes - Version 2005.

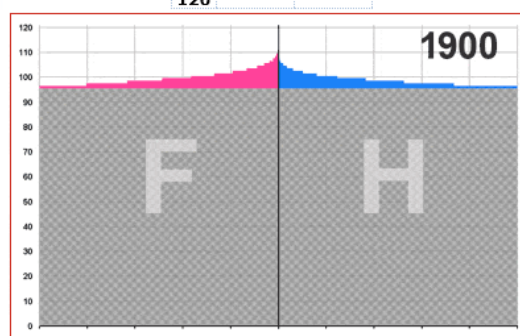
Ces tables établies par l'INSEE, sont des tables prospectives par génération. C'est à dire que des observations et des extrapolations ont été faites à partir d'autres tables d'expérience pour construire ces tables. En effet, on ne peut pas connaître pas de manière certaine la proportion de survivants à 70 ans de personnes nées en 1990 !

Ces tables sont spécialement dédiées à des calculs de rente viagère car elles ne contiennent que les données futures par rapport à l'année 2005.

Trois exemples de génération

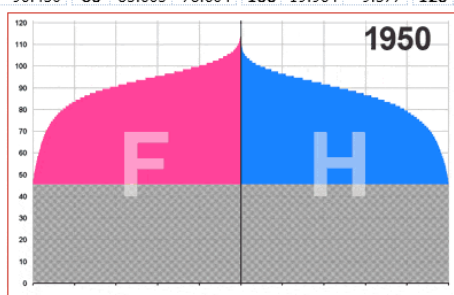
Génération née en 1900

âge	Femme	Homme
96	100.000	100.000
97	80.356	73.481
98	63.250	52.620
99	48.698	36.636
100	36.622	24.738
101	26.856	16.156
102	19.174	10.175
103	13.304	6.158
104	8.953	3.569
105	5.832	1.974
106	3.669	1.038
107	2.224	517
108	1.297	243
109	724	107
110	387	44
111	197	17
112	95	6
113	44	2
114	19	1
115	8	
116	3	
117	1	
118		
119		
120		



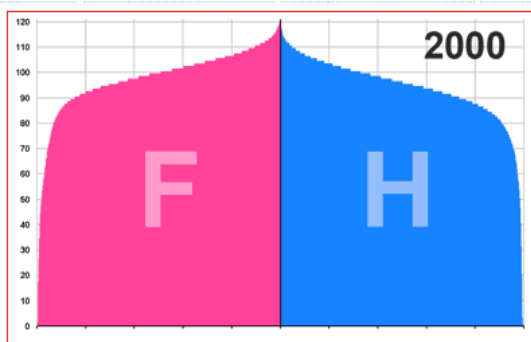
Génération née en 1950

âge	Femme	Homme	âge	Femme	Homme	âge	Femme	Homme	âge	Femme	Homme
			61	96.927	96.045	81	84.296	76.631	101	16.521	7.276
			62	96.629	95.643	82	82.841	74.448	102	13.445	5.538
			63	96.330	95.227	83	81.219	71.914	103	10.751	4.131
			64	96.026	94.790	84	79.409	69.162	104	8.440	3.017
			65	95.696	94.306	85	77.385	66.109	105	6.498	2.156
46	100.000	100.000	66	95.345	93.785	86	75.118	62.803	106	4.901	1.506
47	99.894	99.851	67	94.965	93.226	87	72.573	59.213	107	3.618	1.027
48	99.777	99.687	68	94.556	92.615	88	69.719	55.481	108	2.612	683
49	99.647	99.514	69	94.114	91.935	89	66.511	51.589	109	1.841	443
50	99.494	99.333	70	93.641	91.183	90	62.961	47.528	110	1.265	279
51	99.321	99.147	71	93.119	90.334	91	59.062	43.146	111	847	171
52	99.139	98.942	72	92.553	89.391	92	54.872	38.707	112	552	102
53	98.944	98.722	73	91.948	88.360	93	50.421	34.229	113	349	59
54	98.733	98.479	74	91.275	87.228	94	45.848	29.828	114	214	33
55	98.521	98.203	75	90.541	86.015	95	41.226	25.627	115	127	18
56	98.302	97.889	76	89.732	84.743	96	36.632	21.655	116	73	9
57	98.057	97.552	77	88.846	83.372	97	32.139	18.014	117	41	5
58	97.790	97.190	78	87.863	81.930	98	27.822	14.743	118	22	2
59	97.514	96.808	79	86.790	80.361	99	23.745	11.862	119	11	1
60	97.222	96.430	80	85.605	78.604	100	19.964	9.377	120	5	



Génération née en 2000

âge	Femme	Homme	âge	Femme	Homme	âge	Femme	Homme	âge	Femme	Homme
0	100.000	100.000	30	99.167	99.053	60	96.953	97.483	90	84.426	73.493
1	99.741	99.643	31	99.140	99.034	61	96.818	97.360	91	82.359	70.188
2	99.659	99.532	32	99.113	99.015	62	96.682	97.231	92	79.920	66.602
3	99.622	99.484	33	99.085	98.995	63	96.546	97.098	93	77.111	62.753
4	99.602	99.457	34	99.056	98.975	64	96.407	96.959	94	73.953	58.727
5	99.587	99.439	35	99.025	98.954	65	96.263	96.803	95	70.459	54.539
6	99.576	99.425	36	98.993	98.932	66	96.114	96.634	96	66.654	50.195
7	99.567	99.414	37	98.958	98.910	67	95.960	96.452	97	62.573	45.796
8	99.558	99.403	38	98.922	98.887	68	95.799	96.251	98	58.261	41.399
9	99.550	99.394	39	98.883	98.862	69	95.631	96.023	99	53.771	37.063
10	99.542	99.385	40	98.841	98.836	70	95.457	95.767	100	49.164	32.843
11	99.534	99.375	41	98.795	98.808	71	95.273	95.471	101	44.507	28.791
12	99.525	99.366	42	98.745	98.778	72	95.081	95.136	102	39.867	24.955
13	99.516	99.357	43	98.690	98.744	73	94.879	94.765	103	35.313	21.375
14	99.506	99.346	44	98.625	98.707	74	94.664	94.349	104	30.912	18.082
15	99.495	99.335	45	98.561	98.668	75	94.437	93.899	105	26.724	15.097
16	99.483	99.322	46	98.489	98.626	76	94.193	93.426	106	22.802	12.434
17	99.468	99.308	47	98.413	98.579	77	93.930	92.909	107	19.187	10.095
18	99.451	99.291	48	98.332	98.528	78	93.646	92.361	108	15.912	8.074
19	99.431	99.272	49	98.244	98.474	79	93.335	91.752	109	12.996	6.357
20	99.408	99.252	50	98.146	98.417	80	92.992	91.046	110	10.444	4.923
21	99.385	99.230	51	98.041	98.360	81	92.610	90.218	111	8.253	3.748
22	99.361	99.210	52	97.932	98.296	82	92.179	89.264	112	6.407	2.803
23	99.338	99.189	53	97.820	98.227	83	91.688	88.079	113	4.882	2.056
24	99.314	99.169	54	97.704	98.151	84	91.121	86.732	114	3.648	1.480
25	99.291	99.150	55	97.587	98.063	85	90.457	85.141	115	2.670	1.043
26	99.267	99.130	56	97.469	97.960	86	89.668	83.320	116	1.913	719
27	99.242	99.111	57	97.345	97.850	87	88.717	81.215	117	1.340	485
28	99.218	99.092	58	97.217	97.731	88	87.559	78.907	118	916	320
29	99.193	99.073	59	97.087	97.606	89	86.145	76.348	119	611	205
									120	397	128



L'écart possible entre la moyenne théorique et le nombre de décès effectivement constaté représente le risque qu'il est possible de quantifier et donc d'assurer.

Mais au-delà de ce réajustement, les assureurs vont désormais, dans leurs calculs, tenir compte de la différence d'espérance de vie entre les hommes et les femmes. Par exemple, pour un contrat d'assurance vie, les assureurs utilisent la table de mortalité des femmes, dont la durée de vie est généralement plus longue, pénalisant ainsi les hommes. En utilisant des tables différentes, ces derniers pourraient prétendre à des rentes plus élevées, leur espérance de vie étant plus faible.

Avec l'avènement des nouvelles tables, les assureurs pourront désormais utiliser des données différenciées pour les hommes et les femmes. Et c'est pour les femmes que l'impact sera le plus sensible. En effet, la dégradation de leur taux de rente, qui sert à déterminer la rente annuelle à partir d'un capital donné, diminuera de 10 à 15 % selon les actuaires. Pour les hommes, l'impact sera également négatif, mais dans une moindre mesure.

A partir du 1^{er} janvier 2007, les contrats qui prévoient une sortie en rente deviendront moins favorables aux assurés, parce que les rentes seront calculées sur la base d'une espérance de vie plus longue. Certains contrats retraite, comme les contrats Madelin, réservés aux travailleurs et travailleuses indépendants, garantissent l'utilisation d'une table de mortalité dès l'adhésion.

La «tarification» de la garantie décès dépend donc :

- du type et du niveau de la garantie offerte (une année de salaire, deux années, double effet, ...) ;
- de la moyenne théorique, pour le groupe observé, du nombre de décès dans l'année ;
- du risque d'écart entre les résultats constatés et cette moyenne théorique,
- des frais de fonctionnement et de gestion.

Le risque de décéder est la conséquence de deux facteurs :

- l'un variable avec l'âge, qui s'accroît avec celui-ci par suite de l'affaiblissement graduel de l'individu (la vieillesse),
- l'autre indépendant de l'âge : l'accident.

Ces facteurs peuvent varier selon le sexe, la catégorie socioprofessionnelle ou le secteur d'activité.

■ L'âge

L'espérance de vie générale augmente, depuis 2001, d'environ 5 trimestres tous les 3 ans.

Le taux de mortalité s'accroît avec l'âge, mais n'est pas strictement proportionnel à celui-ci.

En effet, un groupe composé de 2 personnes, l'une de 40 ans et l'autre de 50 ans, ce qui donne un âge moyen de 45 ans, aura un taux de mortalité plus élevé qu'un groupe composé de 2 personnes ayant 45 ans chacune.

Pour chaque groupe, un âge moyen peut être déterminé dit «actuariel» (différent de l'âge arithmétique), qui caractérise la mortalité du groupe. Cet âge évoluera bien entendu chaque année, en fonction de l'augmentation de l'âge des assurés initiaux, mais également de l'entrée de nouveaux participants, plus ou moins jeunes.

Dans le cas d'un régime où il y aurait peu de nouvelles entrées (peu de nouvelles embauches), l'évolution du risque décès peut donc être très importante d'une année sur l'autre.

Pour le risque décès, l'âge joue donc un rôle essentiel et l'âge moyen des participants du groupe sera un élément déterminant de la cotisation demandée à chaque participant.

Toutefois, en matière de prévoyance collective, dans la mesure où la cotisation demandée à chaque individu sera fixée à un taux uniforme, on peut dire qu'il y a solidarité d'âge entre les participants.

Dans le cadre où le régime offrirait le versement d'un capital pour le prédécès du conjoint, soit on connaîtra l'âge du conjoint, soit on fera une hypothèse en le supposant 3 ans plus jeune que le salarié (sur la base d'observations statistiques au plan national).

Afin de déterminer la probabilité de décès et surtout de constituer ses provisions en conséquence, l'organisme assureur est tenu de baser ses calculs sur une table légale.

Cette table, déterminée par l'INSEE à partir d'observations statistiques, est régulièrement publiée. La table applicable au minimum, était la table en cas de décès (TD) 88-90, basée sur l'observation de la mortalité de la population masculine française entre 1988 et 1990. Cette table permettait de connaître, pour les hommes, le nombre moyen de décès à chaque âge.

Un arrêté du 20 décembre 2005 relatif aux tables de mortalité vient d'être publié au Journal Officiel du 29 décembre 2005.

L'arrêté pose de nouveaux principes concernant l'utilisation des tables de mortalité et homologue de nouvelles tables masculines et féminines (baptisées TH00-02 et TF00-02) et des décalages âges. Ces changements ne s'appliquent pas au calcul des provisions techniques des rentes d'incapacité et d'invalidité visé à l'article A. 331-10 du Code des assurances.

De nouvelles tables de mortalité masculines et féminines pour tarifier et provisionner les contrats en cas de vie et en cas de décès sont introduites dans une annexe à l'article A. 335-1 du Code des assurances.

Un principe dérogatoire autorise les assureurs qui le souhaitent à maintenir une table indifférenciée en retenant la plus prudente des tables réglementaires, c'est-à-dire la table masculine pour tarifier les contrats en cas de décès et la table féminine pour tarifier les contrats en cas de vie.

Une possibilité est également donnée aux assureurs d'utiliser des tables certifiées par un actuaire indépendant, à condition qu'elles soient plus prudentes dès lors qu'il s'agit de contrats se dénouant en rente viagère.

■ L'accident

Pour la détermination de la probabilité de décès par accident, on utilise une table INSEE donnant le quotient moyen annuel de mortalité par accident suivant la catégorie socioprofessionnelle.

■ Le sexe

Il faut également intégrer le sexe dans cette analyse, puisque les observations statistiques montrent que la mortalité féminine et la mortalité masculine sont différentes :

■ une femme vit en moyenne près de 8 ans de plus qu'un homme, quelle que soit la classe socioprofessionnelle considérée.

Cette différence apparaît dans les tables de mortalité légales, qui ont été établies par sexe et qui servent de base légale à la tarification du risque décès.

La mortalité des femmes ainsi déterminée est généralement inférieure de 50 % à celle des hommes durant la vie active, cette différence étant particulièrement accentuée entre 50 et 60 ans. On constate ainsi qu'un groupe composé pour moitié d'hommes et de femmes, présente une mortalité de 25 % inférieure à un groupe composé uniquement d'hommes.

Un groupe composé uniquement d'hommes d'âge moyen actuariel de 40 ans : (probabilité de décès à 40 ans = 0,39) pour une garantie comportant un capital de 2 ans de salaire, aura une tarification de base de l'ordre de : $2 \times 0,39 = 0,78$ % des salaires.

Un groupe de même âge actuariel mais composé pour moitié d'hommes et de femmes (probabilité de décès à 40 ans = 0,20) aura une tarification de l'ordre de :

$2 \times (1/2 \times 0,39 + 1/2 \times 0,20) = 0,59$ % des salaires.

Espérance de vie à la naissance

Années de naissance	Hommes	Femmes	Années de naissance	Hommes	Femmes
	(en années)	(en années)		(en années)	(en années)
1950	63,4	69,2	1981	70,4	78,5
1951	63,1	68,9	1982	70,7	78,9
1952	64	70,2	1983	70,7	78,8
1953	64,3	70,3	1984	71,2	79,3
1954	65	71,2	1985	71,3	79,4
1955	65,2	71,5	1986	71,5	79,7
1956	65,2	71,7	1987	72	80,3
1957	65,5	72,2	1988	72,3	80,5
1958	66,8	73,2	1989	72,5	80,6
1959	66,8	73,3	1990	72,8	81
1960	67	73,6	1991	72,9	81,2
1961	67,5	74,4	1992	73,2	81,5
1962	67	73,9	1993	73,3	81,5
1963	66,8	73,8	1994	73,7	81,9
1964	67,7	74,8	1995	73,9	81,9
1965	67,5	74,7	1996	74,1	82,1
1966	67,8	75,2	1997	74,6	82,3
1967	67,8	75,2	1998	74,8	82,4
1968	67,8	75,2	1999	75	82,5
1969	67,4	75,1	2000	75,3	82,8
1970	68,4	75,9	2001	75,5	82,9
1971	68,3	75,9	2002	75,8	83
1972	68,5	76,2	2003	75,9	82,9
1973	68,7	76,3	2004	76,8	83,9
1974	68,9	76,7	2005	76,8	83,8
1975	69	76,9	2006	77,2	84,2
1976	69,2	77,2	2007	77,6	84,5
1977	69,7	77,8	2008 (p)	77,6	84,5
1978	69,8	77,9	2009 (p)	77,8	84,5
1979	70,1	78,3	2010 (p)	78,1	84,8
1980	70,2	78,4			

(p) Résultats provisoires à fin 2008

Champ : France métropolitaine

Source : Insee, Bilans démographiques

Espérance de vie à divers âges

Évolution de l'espérance de vie à divers âges en France au 31 décembre 2011

Année	Espérance de vie des hommes					Espérance de vie des femmes				
	à 0 an	à 1 an	à 20 ans	à 40 ans	à 60 ans	à 0 an	à 1 an	à 20 ans	à 40 ans	à 60 ans
1994	73,6	73,1	54,6	36,3	19,7	81,8	81,3	62,6	43,3	25,0
1995	73,8	73,2	54,7	36,3	19,7	81,9	81,2	62,5	43,2	24,9
1996	74,1	73,5	54,9	36,4	19,7	82,0	81,4	62,6	43,3	25,0
1997	74,5	73,9	55,3	36,7	19,9	82,3	81,6	62,9	43,5	25,2
1998	74,7	74,1	55,5	36,8	20,0	82,4	81,7	63,0	43,6	25,3
1999	74,9	74,3	55,7	37,0	20,2	82,5	81,8	63,1	43,7	25,3
2000	75,2	74,6	56,0	37,2	20,4	82,8	82,1	63,4	43,9	25,6
2001	75,4	74,8	56,2	37,4	20,6	82,9	82,2	63,5	44,0	25,7
2002	75,7	75,1	56,4	37,6	20,8	83,0	82,3	63,6	44,1	25,8
2003	75,8	75,2	56,5	37,6	20,8	82,9	82,2	63,5	44,0	25,6
2004	76,7	76,0	57,3	38,4	21,5	83,8	83,1	64,4	44,8	26,5
2005	76,7	76,0	57,4	38,4	21,4	83,8	83,1	64,3	44,8	26,4
2006	77,1	76,5	57,8	38,8	21,8	84,2	83,5	64,7	45,1	26,7
2007	77,4	76,7	58,0	39,0	21,9	84,4	83,6	64,8	45,3	26,9
2008	77,6	76,9	58,2	39,1	22,0	84,3	83,6	64,8	45,2	26,8
2009(p)	77,7	77,1	58,3	39,3	22,2	84,4	83,7	64,9	45,4	27,0
2010 (p)	78,0	77,3	58,6	39,5	22,4	84,7	83,9	65,1	45,5	27,1
2011 (p)	78,2	77,5	58,7	39,7	22,5	84,8	84,1	65,3	45,7	27,3

(p) résultats provisoires arrêtés à fin 2011

Source : Insee, statistique de l'état civil et estimations de population

Espérance de vie par région

Espérance de vie à la naissance par région	1990		2009	
	Hommes	Femmes	Hommes	Femmes
Alsace	71,8	79,9	77,8	83,9
Aquitaine	73,5	81,2	78,1	84,9
Auvergne	72,2	81,1	76,8	83,9
Bourgogne	72,9	81,2	77,3	84,2
Bretagne	71,0	80,5	76,7	84,0
Centre	73,6	81,7	77,7	84,2
Champagne-Ardenne	72,2	80,6	76,3	83,2
Corse	72,6	80,5	77,8	84,9
Franche-Comté	73,3	80,8	77,7	84,1
Ile-de-France	73,7	81,3	79,5	85,0
Languedoc-Roussillon	73,8	81,0	77,8	84,2
Limousin	73,3	81,3	77,6	84,3
Lorraine	71,9	80,2	76,8	83,5
Midi-Pyrénées	74,5	81,6	79,1	85,0
Nord-Pas-de-Calais	69,9	79,0	74,5	82,3
Basse-Normandie	72,5	80,9	76,9	84,3
Haute-Normandie	71,9	80,8	76,0	83,7
Pays de la Loire	73,2	81,6	77,9	85,2
Picardie	71,3	79,8	75,5	82,8
Poitou-Charentes	74,2	81,8	77,7	84,8
Provence-Alpes-Côte d'Azur	73,3	81,3	78,5	84,7
Rhône-Alpes	73,6	81,5	79,0	84,9
France métropolitaine	72,9	81,0	77,5	84,2

Source INSEE - État civil – mortalité et espérance de vie : comparaisons régionales – 02/2012

■ **La catégorie socioprofessionnelle (CSP)**

La profession d'un individu (ouvrier, employé, agent de maîtrise, cadre...) a une incidence statistique sur son espérance de vie.

De plus, la mortalité est différente suivant le secteur d'activité professionnelle.

Exemple

Il est observé qu'un cadre travaillant dans le secteur tertiaire, a une espérance de vie beaucoup plus élevée qu'un ouvrier travaillant dans le secteur secondaire.

Espérance de vie à 60 ans par sexe et catégorie socioprofessionnelle en France

	Homme		Femme	
	1976 - 1984	2000 - 2008	1976 - 1984	2000 - 2008
Cadres	19,2	24,0	24,1	27,8
Professions intermédiaires	18,3	22,3	23,1	27,4
Agriculteurs	18,3	22,3	22,2	26,2
Artisans, commerçants, chefs d'entreprise	18,6	22,2	22,7	27,1
Employés	17,0	21,0	22,6	26,4
Ouvriers	15,9	19,6	21,6	25,5
Inactifs non retraités	12,3	16,0	21,8	25,2
Ensemble	17,1	21,1	22,2	26,1
Rapport cadres/ouvriers	1,21	1,22	1,12	1,09

Source : Insee, Échantillon démographique permanent

Lecture du tableau : En 2000-2008, l'espérance de vie des hommes cadres de 60 ans est de 24 ans.

Le taux de mortalité moyen varie environ de 1 à 4 entre les catégories extrêmes (cadres supérieurs ou professions libérales et manœuvres).

Afin de déterminer la tarification applicable, on utilise des tables INSEE statistiques, d'observation de la mortalité par CSP.

Ces tables, établies environ tous les 10 ans, donnent les indications suivantes :

- nombre de survivants à 75 ans pour 1000 personnes dans la catégorie à 35 ans ;
- espérance de vie à 35 ans ;
- quotient de mortalité à 35 ans, 55 ans et 75 ans.

■ Le secteur d'activité

Pour des groupes de salariés d'âge moyen, appartenant à une même CSP et avec la même répartition hommes/femmes, on constate suivant le secteur d'activité (textile, banque, industrie chimique, bâtiment, ...) des différences notables de mortalité, qui influent bien évidemment sur le coût de la garantie.

■ La situation géographique

La mortalité n'est pas non plus la même dans des régions de climat et d'hygiène très différents, ce qui peut notamment avoir une incidence importante dans le cadre de contrats prenant en charge les expatriés.

Le contrat peut être adapté pour prévoir une éventuelle tarification différente pour de nouveaux adhérents à un contrat, si leur âge moyen diffère sensiblement de celui du groupe déjà assuré et que ces «nouveaux entrants» risquent de déséquilibrer le régime existant.

Pays	Moyenne 2005-2010		Pays	Moyenne 2005-2010	
	Espérance de vie à la naissance			Espérance de vie à la naissance	
	Hommes (en années)	Femmes (en années)		Hommes (en années)	Femmes (en années)
Europe			Afrique		
Allemagne	77,2	82,4	Afrique du Sud	50,1	52,1
Autriche	77,4	82,9	Congo	45,9	48,9
Belgique	77,0	82,5	Égypte	70,5	74,3
Bulgarie	69,2	76,4	Kenya	54,0	55,9
Danemark	76,0	80,5	Nigeria	49,5	51,0
Espagne	77,2	83,8	Soudan	58,6	62,0
Estonie	68,4	79,2	Tanzanie	54,6	56,2
Finlande	75,9	82,8	Amérique		
France	77,5	84,3	Argentine	71,5	79,1
Grèce	77,0	82,0	Brésil	68,7	75,9
Hongrie	69,5	77,6	Canada	78,2	82,8
Irlande	77,3	82,0	Colombie	69,2	76,7
Italie	78,6	84,0	États-Unis	75,4	80,5
Lettonie	66,9	77,5	Mexique	73,7	78,6
Lituanie	65,5	77,2	Asie		
Norvège	78,1	82,7	Bangladesh	67,4	68,3
Pays-Bas	78,1	82,2	Chine	71,1	74,5
Pologne	71,2	79,9	Inde	62,8	65,7
Portugal	75,3	81,8	Indonésie	66,3	69,4
Rép. tchèque	73,8	80,2	Japon	79,3	86,1
Roumanie	69,6	76,8	Pakistan	63,8	65,4
Royaume-Uni	77,4	81,7	Philippines	64,5	71,3
Russie	61,6	74,0	Océanie		
Slovaquie	70,7	78,7	Australie	79,1	83,8
Suède	78,8	82,9	Nouvelle-Zélande	78,0	82,2
Suisse	79,3	84,1	Papouasie-Nouvelle-Guinée	59,5	63,7

Source : Organisation des Nations unies (Onu)

TYPE ET NIVEAU DE LA GARANTIE OFFERTE

Il va déterminer le montant de la prestation et donc le risque financier de l'organisme assureur, qui sera ensuite corrigé du risque actuariel de réalisation du risque.

La tarification dépendra notamment du type de garantie :

- pour tarifier le coût d'un capital décès, on ne prend en compte que la probabilité de décès du salarié assuré ;
- pour tarifier une rente de conjoint illimitée, on prendra en compte, en plus de la probabilité de décès du salarié assuré, l'espérance de vie du conjoint afin de calculer la durée probable de versement de la rente et donc son coût. L'âge du conjoint et son sexe seront déterminants dans ce calcul.

Si la garantie proposée est une rente temporaire, on calculera la probabilité de survie du conjoint sur la période de versement de la rente.

Si la garantie proposée est une rente éducation, on tiendra compte, de la même façon, du nombre d'enfants et de leur probabilité de décès pendant la période de versement de la rente (soit jusqu'à 20 ans, 25 ans ou 28 ans, en fonction du régime).

DANS LES CONTRATS DE PRÉVOYANCE COLLECTIVE

Dans les contrats de prévoyance collective, la couverture du risque décès s'effectue en règle générale par le moyen d'une succession d'assurances temporaires d'un an renouvelables.

La tarification de ces contrats se présente sous des formes diverses car elle dépend :

- des conditions d'adhésion au contrat : selon que le contrat est à adhésion obligatoire ou à adhésion facultative, le taux de prime est un taux unique applicable à l'ensemble du groupe, ou un taux qui varie par âge ou par tranches d'âge ;
- de la nature des garanties : versement d'un capital ou d'une rente viagère (rente de conjoint ou rente éducation, dénommée également « rente d'orphelin ») ;
- de la manière dont est déterminé le montant des garanties : celui-ci peut être forfaitaire (montant fixé par exemple en pourcentage du plafond de la Sécurité sociale), mais il est le plus souvent fonction du salaire de base de l'adhérent (le salaire est parfois ventilé par tranches (tranches A, B et C) pour le calcul du montant des garanties) et de sa situation de famille.

Mortalité selon la catégorie socioprofessionnelle

	Hommes		Femmes		Total	
	en effectif	en %	en effectif	en %	en effectif	en %
Maladies infectieuses et parasitaires (y compris le sida)	5 268	2	5 531	2	10 799	2
Tumeurs	93 134	34	66 310	25	159 444	30
Tumeurs du larynx, trachée, bronches et poumon	23 453	9	7 429	3	30 882	6
Tumeurs du côlon	6 530	2	5 990	2	12 520	2
Tumeurs du rectum et de l'anus	2 482	1	2 040	1	4 522	1
Tumeurs du sein	200	ns	11 588	4	11 788	2
Troubles mentaux et du comportement	7 482	3	10 059	4	17 541	3
Maladie de l'appareil circulatoire	66 833	25	77 510	29	144 343	27
Maladies cérébrovasculaires	13 266	5	18 720	7	31 986	6
Cardiopathies ischémiques	20 774	8	15 765	6	36 539	7
Maladies de l'appareil respiratoire	17 654	6	16 207	6	33 861	6
Maladies de l'appareil digestif	12 543	5	10 888	4	23 431	4
Causes externes	22 620	8	14 748	6	37 368	7
Accidents de transport	3 262	1	1 044	ns	4 306	1
Suicides	7 739	3	2 725	1	10 464	2
Autres causes	45 697	17	60 277	23	105 974	20
Total	272 253	100	263 113	100	535 366	100

TARIFICATION DU RISQUE INCAPACITÉ / INVALIDITÉ

FACTEURS ENTRANT DANS L'ÉVALUATION DU RISQUE

A l'image du risque décès, le risque incapacité/invalidité est constitué par les variations possibles des résultats effectivement constatés par rapport à une moyenne.

Ce risque sera bien entendu évalué en fonction de la définition de l'invalidité retenue dans le régime.

Le risque incapacité/invalidité dépend de la date à laquelle débute l'indemnisation complémentaire versée par l'organisme assureur (et donc de la durée de la période de franchise éventuellement prévue par le régime) et de la date de fin de versement de cette prestation, soit la date de reprise d'activité, de départ en retraite ou de décès (qui caractérise la survie en invalidité), indépendamment du maintien ou de la résiliation ultérieure du contrat par l'entreprise, puisque la loi Evin impose qu'en cas de résiliation, l'organisme assureur poursuive le versement des allocations en cours de service au moment de la rupture du contrat.

Lors de la survenance d'une incapacité ou d'une invalidité, l'organisme assureur va donc devoir constituer une provision représentant le montant du capital nécessaire au versement de la prestation jusqu'à son terme.

Ce capital est égal au montant annuel de la prestation, multiplié par la durée probable au cours de laquelle il faudra la verser.

Des tables statistiques indiquent les durées moyennes des invalidités (incapacités) en fonction de l'âge du salarié, de son sexe et de la durée écoulée depuis le début de l'arrêt de travail.

Il en résulte qu'au moment de la survenance du sinistre, la charge globale de l'organisme assureur sera égale au montant de ce capital, qui sera appelé «provision mathématique» ou «capitaux de couverture».

Technique de calcul : exemple

Si l'on estime, en fonction des tables, que l'âge moyen d'entrée en invalidité est de 50 ans et que la durée moyenne d'une invalidité est alors de 7 ans, pour servir une allocation complémentaire de 100 € à la survenance d'une invalidité, l'organisme assureur doit en principe constituer une provision de :

$$100 \text{ €} \times 7 = 700 \text{ €}.$$

Après une année de service, l'engagement théorique restant à la charge de l'assureur ne sera plus que de 6 ans (la durée moyenne d'une invalidité durant depuis 1 an n'étant plus, statistiquement parlant, que de 6 ans), ce qui suppose qu'il détienne dans ses comptes une provision mathématique de :

$$100 \text{ €} \times 6 = 600 \text{ €}.$$

Cette provision mathématique sera capitalisée et les intérêts produits versés dans un fonds spécifique, permettant d'assurer la revalorisation des prestations.

La cotisation à payer va donc dépendre du capital probable à constituer (montant de l'allocation complémentaire multiplié par la durée probable de service de cette allocation), multiplié par la fréquence d'entrée en invalidité, qui représente le risque de base d'un salarié en activité à être invalide au cours de sa vie professionnelle.

En cas de résiliation du contrat d'assurance, les allocations pourront donc être servies normalement jusqu'à leur terme et garanties en francs à tout moment, puisque l'organisme assureur dispose des provisions nécessaires.

Le service portera sur le montant atteint au jour de la résiliation, c'est-à-dire incluant les différentes revalorisations intervenues entre le jour de l'arrêt de travail et celui de la revalorisation.

La fréquence d'entrée et la durée de la période d'indemnisation augmentent avec l'âge et sont plus élevées pour les femmes que pour les hommes.

Le contrat peut prévoir une cotisation unique pour couvrir ces deux risques, mais chacun d'entre eux fait l'objet d'une tarification distincte.

Cette tarification prend en compte, comme pour la garantie décès :

■ L'âge

Un salarié âgé de 55 ans présente trois fois plus de risque d'être en incapacité/invalidité qu'un salarié âgé de 35 ans : le coût varie donc du simple au triple entre ces deux âges.

Mais il faut également prendre en compte le fait que la durée possible d'indemnisation soit limitée par la survie de l'âge de départ en retraite.

Le Bureau Commun des Assurances Collectives établit des tables statistiques de correspondance permettant de tenir compte de l'âge.

■ Le sexe

Le coût pour les salariés de sexe féminin est 50% plus élevé que pour les salariés de sexe masculin, ce qui reflète le fait statistiquement observé que les femmes présentent deux fois plus que les hommes le risque d'être en arrêt de travail au cours de leur vie professionnelle.

■ **La catégorie socioprofessionnelle**

Le coût de la garantie pour les employés est 25 % plus élevé que celui pour les cadres.

Le coût de la garantie pour les ouvriers est 50 % plus élevé que celui pour les cadres.

Le classement est le même qu'en matière de décès, et des tables de correspondance sont également fournies par le Bureau Commun des Assurances Collectives.

■ **L'activité de l'entreprise assurée**

La fréquence de survenance de l'arrêt de travail et sa durée diffèrent selon le secteur d'activité (les risques et leur gravité sont différents, entre l'activité dans le secteur tertiaire - exemple : dans une banque ; et celle dans le secteur secondaire - exemple : dans la sidérurgie).

■ **Le lieu de travail**

■ **Les statistiques nationales ou régionales pour certaines professions ou certaines activités**

Ces particularités peuvent entrer en compte lorsqu'il s'agit d'indemniser l'incapacité de travail à titre professionnel sur une activité bien particulière.

Exemple

Un chirurgien sera incapable d'exercer cette profession à la suite d'un accident lui ayant fait perdre plusieurs doigts, alors même qu'il sera tout de même capable d'exercer une autre profession ne nécessitant pas un usage aussi précis de ses mains.

Contrairement à l'assurance décès où on peut accepter un risque beaucoup plus élevé que la mortalité normale, en matière d'assurance invalidité/incapacité la limite d'assurabilité est généralement atteinte avec le double de la fréquence d'invalidité normale, du fait de la difficulté d'objectiver médicalement l'invalidité.

Exemple

En cas d'ennuis de santé importants, on ne peut pas toujours juger si l'assuré se trouve proche de la limite de son droit à prestation et si de faibles aggravations de son état peuvent permettre de déterminer ce droit de façon nette.

Les questions suivantes sont examinées par l'actuaire chargé d'établir la tarification du risque incapacité/invalidité :

- l'activité professionnelle est-elle liée à un risque aggravé d'accident ou de maladie (maladie professionnelle) ou à d'autres circonstances concomitantes nuisibles à la santé ? (telles que le travail de nuit ou des horaires irréguliers) ;
- la profession conduit-elle à une faible identification avec l'activité exercée et par suite à une faible motivation au travail ?
- la profession ne peut-elle plus être exercée dès que surviennent des faibles troubles de santé ?

exemple :

chirurgien ou musicien, mais également activités physiques pénibles.

- la profession est-elle particulièrement susceptible d'être touchée par une crise et peut-elle, de ce fait, fournir une motivation particulière pour une invalidité subjective ?
- la définition d'invalidité choisie permet-elle de se référer à une reconversion dans d'autres professions et activités ou bien est-elle basée sur une profession spéciale ?

L'activité a une influence non seulement sur la fréquence d'invalidité, mais aussi sur la fréquence de la reprise de travail (qui entraîne l'arrêt du versement des prestations).

Il est ainsi démontré que l'assuré qui a une faible motivation au travail a en général moins d'intérêt à reprendre son travail (et a donc intérêt à rester plus longtemps en invalidité), que l'assuré dont l'activité est attractive.

Des durées d'invalidité plus ou moins longues et donc des coûts plus ou moins importants en sont la conséquence.

Plus la garantie est basée sur une profession spéciale, plus la possibilité de reconversion dans une autre profession est limitée et donc plus il faut mettre de soin à rechercher l'impact spécifique de cette profession sur le risque d'invalidité et sur la possibilité d'une motivation à se déclarer en invalidité.

Ces différents facteurs peuvent, en effet, avoir une incidence sur la fréquence de survenance des risques et sur leur durée.

Toutefois, l'évolution du risque d'invalidité reste difficile au-delà d'une période assez longue.

De plus, le risque peut ne se réaliser que partiellement, ce qui complique encore l'évaluation de la survenance du sinistre.

Enfin, alors que l'assurance-décès consiste en l'indemnisation d'un risque que l'on peut objectivement constater (la mort), l'appréciation de l'incapacité ou de l'invalidité peut être plus subjective et ne pas relever de seuls éléments médicaux (le fameux "mal de dos" actuel, qui suscite de nombreux arrêts de travail dont la durée est très variable).

C'est ainsi que certains actuaires estiment que plus le salarié se sait bien couvert en matière d'invalidité, moins il aura à la redouter ainsi que ses conséquences financières et donc plus l'assureur doit s'attendre à une probabilité d'invalidité accrue.

Pour ce qui concerne le risque incapacité de travail, on considère également la durée de la garantie après application de la franchise choisie.

Le fait de prévoir une période de franchise peut faciliter grandement le travail de l'assureur en permettant, éventuellement, une clarification de l'état de santé de l'assuré (ainsi, il est constaté qu'une courte période de franchise incite nettement les salariés à se faire prescrire un arrêt de travail).

ÉVALUATION DU COÛT DE LA REVALORISATION

Dans une garantie pour laquelle le service des prestations peut durer très longtemps, la revalorisation des allocations, qu'elles soient des indemnités journalières ou des rentes d'invalidité complémentaire, est un élément essentiel.

Certains organismes prévoient des revalorisations en fonction de l'évolution du point de retraite UNIRS ou AGIRC, ou d'un index de ce type. Il est possible de prévoir une clause de sauvegarde permettant une revalorisation annuelle maximale de 10 % par exemple.

La revalorisation peut également dépendre des résultats techniques enregistrés par le régime.

Elle peut aussi (mais de plus en plus rarement) être fixée en fonction de l'évolution des salaires dans l'entreprise adhérente, solution toutefois difficile à gérer.

Deux points sont également à prendre en considération :

- le point de départ de la revalorisation (en général 12 mois après le premier versement, mais parfois 18 mois) ;
- ainsi que la fréquence des revalorisations (chaque année, tous les deux ans, ...).

Le coût de la revalorisation dépend donc du potentiel d'évaluation de l'indice d'indexation retenu, mais également de la durée probable de versement de la prestation, qui est constituée par la probabilité de survie de l'assuré en arrêt de travail ou en invalidité.

Sa probabilité de survie sera évaluée de la même façon que pour le calcul du coût de l'assurance décès, avec des tables corrigées par l'INSEE.

DANS LA PRATIQUE

Pour les indemnités journalières

Un barème de base est établi pour un groupe masculin de 40 ans. Il est complété par des tableaux de coefficients à appliquer pour tenir compte du sexe et de l'âge.

Ces coefficients multiplicateurs variables selon les franchises applicables, sont appliqués au barème de base, et permettent de déterminer les taux de prime s'appliquant à des groupes de composition différente.

Pour le risque accident du travail

Le coût du risque est supposé indépendant de l'âge. Il est conditionné par l'activité exercée et la durée de franchise retenue.

Pour l'invalidité

Un barème de base est établi pour un groupe de salariés de sexe masculin et d'âge moyen de 40 ans. Il est complété par des tableaux de coefficients à appliquer pour tenir compte du sexe et de l'âge, et, éventuellement de catégorie socioprofessionnelle.

Le calcul des provisions techniques des prestations d'incapacité de travail et d'invalidité est effectué à partir des éléments suivants :

« le tarif applicable est fonction également des lois de maintien en incapacité de travail et en invalidité. Il est possible pour une entreprise d'assurances d'utiliser une loi de maintien établie par ses soins et certifiée par un actuair indépendant de cette entreprise, agréé à cet effet par l'une des associations d'actuaires reconnues par l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles ».

Article A. 331-22 du Code des assurances.

Une loi de mortalité en incapacité a été établie par le Bureau Commun des Assurances Collectives (BCAC) à partir d'une étude réalisée en 2000 sur un portefeuille rassemblant les principales sociétés d'assurance et institutions de prévoyance du marché français.

Cette table part du principe que les personnes en incapacité ont une mortalité spécifique, qui ne peut être assimilée à celle décrite par les tables de mortalité classiques. Sa structure est similaire à celle de la loi de maintien en incapacité, sauf que, dans ce cas, la seule cause de sortie est le décès.

L'exonération des primes

Elle est garantie moyennant le paiement d'une prime calculée sur les barèmes précédents, en appliquant les taux aux primes exonérées.

TARIFICATION DU RISQUE FRAIS MÉDICAUX (OU FRAIS DE SOINS DE SANTÉ)

Chacune des prestations qui sont susceptibles d'être versées à un assuré doivent être tarifées séparément, en considérant soit l'assuré seul, soit l'assuré et ses ayants droit (en fonction du régime mis en place).

Le risque frais de soins de santé est composé d'un ensemble de risques élémentaires correspondant aux différents postes de remboursement (frais médicaux, pharmaceutiques et chirurgicaux).

A un événement constitué par un acte médical (une prescription par exemple), correspond une fréquence et un coût moyen.

La prévision de la fréquence moyenne de survenance de ce risque pour un assuré peut être déduite des statistiques du régime de base de l'assurance maladie ou de celles que l'organisme assureur aura pu élaborer, en se basant sur l'observation de son propre portefeuille (notamment lorsque l'indemnisation prévue par le régime excède la simple prise en charge du ticket modérateur).

Pour chaque poste, l'évaluation devra être faite en tenant compte des prévisions d'augmentation du tarif conventionnel, mais également des tarifs réellement pratiqués, lorsque le régime prévoit un remboursement des frais réels.

Les principaux critères retenus sont :

- l'âge (les dépenses augmentent avec l'âge) ;
- le sexe (les femmes dépensent en moyenne plus que les hommes) ;
- la catégorie socio-professionnelle (les cadres, à âge égal, dépensent en moyenne plus que les non-cadres) ;
- ainsi que le lieu de travail.

Exemple

Il faut tenir compte des règles spécifiques de Sécurité sociale s'appliquant en Alsace-Moselle ou encore de la structure de l'offre de soins d'une région à l'autre.

Il est observé, par exemple, que le coût de la prise en charge du ticket modérateur augmente avec l'âge et est plus élevé pour les femmes que pour les hommes.

Un barème est utilisé faisant ressortir, pour chaque lettre-clé de la nomenclature de la Sécurité Sociale, le nombre moyen d'actes observé par cet organisme au cours de l'année.

Il s'agit de la «Consommation Médicale Totale» (CMT), indispensable à l'élaboration de la tarification des organismes assureurs.

La Caisse Nationale d'Assurance Maladie des Travailleurs Salariés (CNAMTS) publie également régulièrement un ensemble de statistiques sur les remboursements de soins.

Selon les dispositions envisagées pour le régime complémentaire (remboursement du ticket modérateur, prise en charge à 100% des frais réels, contrats responsables...), l'assureur évaluera le montant moyen probable de dépenses et donc son risque total sur le régime. La tarification tient compte de la nature du risque, des antécédents de ce risque, des probabilités de survenance d'un sinistre. Le tarif est ensuite décidé en tenant compte des coûts de gestion, des coûts de distribution.

Il est de plus en plus fréquent de prévoir une indexation des cotisations, basée sur l'évolution de l'indice de la Consommation Médicale Totale.

Le vieillissement de la population assurée, sans entrée de jeunes, peut renchérir rapidement et considérablement le coût du régime.

Exemple

C'est ainsi que lorsque le groupe assuré comprend à la fois des salariés actifs et des retraités, le risque de vieillissement de l'ensemble de la population, et donc d'augmentation des coûts, est important. La loi Évin est venue aggraver ce risque, en prévoyant que l'organisme assureur ne peut refuser d'assurer les retraités, si ceux-ci le demandent.

Il faut alors pouvoir leur mettre en place un régime spécifique, sachant que le tarif qui leur sera proposé ne pourra être supérieur de plus de 50 % à celui des actifs.

Dans la pratique, la plupart des organismes assureurs mutualisent les résultats des régimes assurant les retraités avec ceux des actifs.

En tout état de cause, des provisions pour risques croissants devraient être constituées.

Enfin, la tarification globale du contrat prend également en compte la taxe sur les conventions d'assurance maladie applicable à tous les contrats couvrant le risque maladie, quel que soit l'organisme assureur.

Art 63 Loi de Finances rectificative pour 2001.

Taxe sur les conventions d'assurance maladie

Cette taxe est calculée sur le montant de la cotisation annuelle et est due par l'organisme assureur.

Le taux ordinaire de TSCA de 9 % prévu au 6° de l'article 1001 du code général des impôts (CGI) s'applique désormais aux contrats d'assurance maladie, en lieu et place du tarif de 7 % applicable depuis la loi n° 93-1352 du 30 décembre 1993 de finances pour 1994.

Ces nouvelles dispositions s'appliquent aux primes échues à compter du 1^{er} octobre 2011.

Jusqu'en 2010, les contrats d'assurance maladie « solidaires et responsables » était exonéré de cette taxe.

A partir de janvier 2011, une taxation au taux réduit de 3,50 % a été instaurée.

Depuis le 1^{er} octobre 2011, le taux de la taxe applicable aux contrats « solitaires et responsable » est relevé de 3,50 % à 7 %

B.O des impôts n° 79 du 15 novembre 2011

Instruction générale du 10 novembre 2011 – Taxe sur les conventions d'assurance (TSCA). Modification des tarifs de taxation des contrats d'assurance maladie dits « solidaires et responsables » et d'autres contrats d'assurance maladie

Du fait de l'augmentation des dépenses de santé, tant au niveau des régimes de base que des régimes complémentaires, les révisions tarifaires s'effectuent tous les ans, soit au niveau d'un groupe de garanties pour les régimes mutualisés, soit en fonction des résultats de l'entreprise dans le cas d'un régime sur mesure : il est en effet plus facile de faire passer une légère augmentation tous les ans, que de laisser les comptes se dégrader et d'être obligé de redresser « la barre » de manière trop importante.

ÉLÉMENTS DE CALCUL DANS LES CONTRATS COLLECTIFS DE SALARIÉS

La cotisation relative au risque Santé soit en pourcentage du plafond Sécurité sociale, soit en euros. Elle est variable en fonction :

- des personnes assurées : salariés seul ou salariés et ses ayants droit ; les ayants droit état dans 75% des cas un enfant, et dans 25 % des cas le conjoint ou le concubin ;
- du niveau des garanties : ticket modérateur, frais réels dans les limites d'un barème... ;
- contrats responsables ou non ;
- contrats obligatoires ou facultatifs ;
- ...

Le choix du contrat est parfois délicat. L'assurance complémentaire santé peut être plus ou moins généreuse mais l'organisme en charge de sélectionner les contrats doit savoir qu'il n'existe pas de bon contrat dans l'absolu. Un contrat doit être en équilibre : si les prestations versées une année sont trop importantes par rapport aux cotisations encaissées, l'assureur proposera de diminuer les unes ou d'augmenter les autres pour l'année suivante. C'est alors qu'il est important de savoir ce que l'on privilégie (optique, dentaire, frais d'hospitalisation, médecine de ville, vaccins, etc.).

Il est très important que les prestations proposées soient en adéquation avec les besoins de la population couverte. Les salariés d'une entreprise de bâtiment dans une région humide n'auront pas les mêmes besoins pour eux et leur famille que ceux d'une entreprise informatique à faible moyenne d'âge située en zone urbaine.

Définition d'une cellule-type dont le risque type est soumis à tarification

La cellule-type est définie à partir des caractéristiques des membres du groupe :

- âge moyen et sexe des salariés ;
- catégories socioprofessionnelles couvertes ;
- composition du groupe (hommes, femmes, enfants)...

C'est cette cellule-type qui va permettre d'évaluer la cotisation par salarié.

Principe de tarification

La garantie maladie accordée dans les contrats d'assurance de groupe prévoit la couverture des frais réels (après déduction des remboursements d'autres régimes, notamment de la Sécurité sociale), dans la limite d'un barème fixé par le contrat.

Le montant de la cotisation résulte de l'application des fréquences observées par type d'acte au coût moyen estimé restant à la charge de l'assureur, compte tenu de la composition de la cellule-type.

Il est majoré pour les garanties annexes éventuellement accordées : versement forfaitaire de maternité, garantie forfaitaire par journée d'hospitalisation cure thermale.

TARIFICATION DU RISQUE DÉPENDANCE

A la suite de la mise en place des premiers contrats collectifs de dépendance (Usinor), la tarification de ce risque a été affinée par les assureurs.

FACTEURS ENTRANT DANS L'ÉVALUATION DU RISQUE

Âge

La souscription est généralement ouverte à 60 ans (ou au moment du départ en retraite) et permise jusqu'à 70 ans.

Un questionnaire médical est le plus souvent prévu, qui permet d'évaluer le risque présenté par l'individu (sauf si le contrat est à adhésion obligatoire, auquel cas l'assureur ne peut faire de discrimination).

Les personnes déjà dépendantes ne peuvent souscrire.

La tarification du risque dépendra de l'état de santé du souscripteur et de son évolution probable, anticipée par l'organisme assureur par rapport aux statistiques nationales, et de son âge au moment de la souscription.

Toutefois, l'espérance de vie des personnes âgées étant en constante augmentation, il n'est pas facile de se fonder sur des données passées pour évaluer un risque croissant avec le temps.

Maladie

Certaines maladies déclarées au moment de la souscription interdisent celle-ci car elles introduisent un risque certain de dépendance à court terme.

Exemple

La maladie d'Alzheimer.

Le risque doit demeurer aléatoire. L'aléa peut être renforcé par l'institution d'un délai de carence spécifique pour certaines maladies.

Montant de la rente

Celui-ci peut être déterminé forfaitairement à l'avance (exemple : 305 € par mois) ou bien être fixé en référence à un montant de retraite liquidé.

Exemple

Si le contrat dépendance est souscrit en association avec la liquidation d'un contrat de retraite supplémentaire (à cotisations définies), il peut prévoir le doublement du montant de cette retraite supplémentaire en cas de dépendance.

Le montant annuel de la rente peut être plafonné.

Durée de versement

La durée de versement est prévue jusqu'au décès du souscripteur et tant que l'état de dépendance perdure.

Délai de carence

Afin de réduire le risque pour l'assureur, et donc le tarif, il est possible de prévoir un délai de carence pour l'application de la garantie.

Ce délai peut être d'un an et ne pas s'appliquer en cas de dépendance accidentelle.

Les cotisations versées peuvent être remboursées en cas d'entrée en dépendance pendant le délai de carence.

Revalorisation

La rente de dépendance est le plus souvent revalorisée chaque année. Le taux de revalorisation est déterminé par le contrat.

Si le contrat dépendance est mis en place en association avec un contrat de retraite, le taux de revalorisation sera alors le même que celui de la retraite.

Dans ce cas, la tarification sera faite en tenant compte du type de revalorisation prévu par le contrat de retraite.

Sexe

Le sexe entre également en ligne de compte puisqu'il entraîne une espérance de vie différente, et donc une durée de versement de la rente dépendance différente entre les hommes et les femmes.

AUTRES FACTEURS

Le tarif tient compte également :

- des frais d'hébergement (administration générale, accueil hôtelier, restauration, entretien et animation) des maisons de retraite à la charge de la personne âgée ;
- des frais de soins imputables à l'assureur ;

et

- des frais d'interventions relationnelles, d'animation et d'aide à la vie quotidienne ou bien du coût des prestations de type hôtelier qui ont un lien direct avec la dépendance.

DÉFINITION DE L'ÉTAT DE DÉPENDANCE

Elle doit être précisée dans le contrat. Il est, en général, prévu que l'état de dépendance soit jugé consolidé par une expertise médicale ordonnée par l'assureur, avant tout versement de rente. La dépendance est le plus souvent définie par les contrats de la façon suivante :

- le souscripteur est médicalement reconnu comme étant dans l'impossibilité physique totale et permanente d'effectuer seul au moins 3 des 4 Actes de la Vie Quotidienne (AVQ) : s'habiller, se nourrir, satisfaire à son hygiène corporelle et se déplacer ;
- le souscripteur justifie d'une façon permanente de l'assistance d'une tierce personne rémunérée, ou d'une hospitalisation en centre de long séjour, ou en section de cure médicale ou encore en établissement psychiatrique pour cause de démence sénile invalidante, toutes solutions devant être prises en charge par la Sécurité sociale.

La définition de la dépendance est donc une liberté contractuelle.

Toutefois, dans le cadre de la loi ayant créé l'APA ⁽¹⁾ (Allocation Personnalisée d'Autonomie), une nouvelle grille légale a été définie : l'AGGIR. Cette grille va du niveau GIR. Un montant maximum est fixé, au niveau national, pour chaque GIR (au 1^{er} avril 2014) :

- GIR 1 : **1 312,67 €** ;
- GIR 2 : **1 125,14 €** ;
- GIR 3 : **843,86 €** ;
- GIR 4 : **562,27 €**.

Le montant de l'APA versé est égal au montant du plan d'aide effectivement utilisé par le bénéficiaire, diminué le cas échéant d'une participation laissée à sa charge appelée « ticket modérateur ».

Cette participation varie selon les ressources :

- si elles sont inférieures ou égales à **739,06 €**, il n'y a pas de participation ;
- si elles sont comprises entre **739,06 €** et **2 945,23 €**, la participation varie progressivement de 0 % à 90 % du montant du plan d'aide selon la formule $A \times ((R - 739,06 \text{ €}) / 2\,206,16 \text{ €}) \times 90 \%$;
- si elles sont égales ou supérieures à **2 945,23 €**, la participation s'élève à 90 % du montant du plan d'aide.

Certains organismes assureurs se réfèrent à cette grille pour la tarification de leurs contrats dépendance. Mais la grande majorité d'entre eux conserve la définition des 4 Actes de la Vie Quotidienne (AVQ), considérant que la grille AGGIR n'a pas été conçue pour les contrats d'assurance, mais pour déterminer l'importance du personnel à attribuer aux maisons médicalisées.

⁽¹⁾ Il s'agit d'une prestation attribuée et versée par le conseil général, destinée aux personnes âgées qui ne peuvent plus, ou difficilement, accomplir les gestes simples de la vie quotidienne (se lever, se déplacer, s'habiller, faire sa toilette, prendre ses repas, etc...). Elle permet de financer, au moins partiellement, les aides liées à une perte d'autonomie.

ANNEXE – QUELQUES EXEMPLES DE TARIFS

DESCRIPTIF DES GARANTIES	TAUX DE COTISATION
Garantie décès, invalidité absolue et définitive et post-décès du conjoint : ■ <i>capital décès</i> ■ assurés célibataires : 200 % du salaire plafonné à la tranche B ■ assurés mariés sans enfant à charge : majoration de 80 % ■ par enfant à charge : majoration de 60 % ■ <i>garantie identique en cas d'invalidité absolue et définitive</i> ■ <i>garantie identique en cas de post-décès du conjoint avant 60 ans</i>	En moyenne : 0,80 % du salaire plafonné à la tranche B (peut monter à 2,50 % pour certaines activités ou certaines CSP)
Garantie supplémentaire en cas de décès ou d'invalidité à la suite d'un accident : ■ égale à 50 % du capital défini précédemment	En moyenne : 0,10 % du salaire plafonné à la tranche B
Allocation d'obsèques : En cas de décès de l'assuré, de son conjoint ou de l'un de ses enfants, versement d'une allocation obsèques égale à un plafond annuel de Sécurité sociale soit 36 372 € en 2012	En moyenne : 0,05 % du salaire plafonné à la tranche A
Rente éducation : En cas de décès du salarié assuré, versement d'une rente d'un montant de 10 % du dernier salaire par enfant à charge jusqu'à son 15 ^e anniversaire et de 15% au-delà, jusqu'à 28 ans.	En moyenne : 1 % du salaire plafonné à la tranche B
Prédécès du conjoint : En cas du décès du conjoint préalablement à celui de l'assuré, versement d'un capital égal au salaire annuel conventionnel de l'assuré	Le taux varie bien entendu en fonction de l'âge des conjoints et du montant du salaire. En moyenne: il peut être de 0,50 % du salaire.
Incapacité de travail temporaire totale et incapacité de travail permanente partielle ou totale (invalidité) : Garantie, après 30 jours de franchise, d'une indemnité journalière représentant le trentième de : ■ 30 % du salaire mensuel limité à la tranche A, ■ augmentés de 80 % du salaire compris dans les tranches B et C.	En moyenne : 1 % du salaire en tranche A, 1,80 % du salaire dans les tranches B et C.
Garantie frais médicaux : ■ formule complète prévoyant la prise en charge des frais réels pour toute la famille sous réserve des dispositions relatives aux contrats solidaires.	De 9 % à 10 % du salaire en tranche A.

