

Trois types d'organismes pratiquent une activité de complémentaire santé : les mutuelles, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance. Les contrats souscrits auprès de ces organismes sont soit des contrats individuels, c'est-à-dire conclus directement par un individu auprès d'un organisme complémentaire, soit des contrats collectifs, c'est-à-dire conclus par un employeur pour ses salariés. Dans le cadre des contrats collectifs, jusqu'au 1<sup>er</sup> janvier 2016, l'adhésion des salariés peut être facultative ou obligatoire. Dans les deux cas, une partie des primes est à la charge de l'employeur et une partie à la charge du salarié.

### Les mutuelles au premier rang des contrats individuels

Les mutuelles, régies par le code de la mutualité, sont des sociétés de personnes à but non lucratif appartenant à leurs assurés (tableau). Elles sont surtout actives sur le marché de l'assurance individuelle, qui représente sept dixièmes de leurs bénéficiaires (graphique 1). Toutefois, la part de l'assurance collective des mutuelles devrait augmenter suite à l'accord

national interprofessionnel (ANI) entraînant la généralisation de la complémentaire santé pour les salariés du secteur privé (cf. annexe 1).

En 2013, sur 481 mutuelles exerçant une activité d'assurance en santé, un peu plus d'une centaine sont substituées (ACPR, 2014). Pour une mutuelle, la substitution consiste à transférer une partie ou l'intégralité de ses risques assurantiels à d'autres mutuelles tout en conservant ses relations avec ses adhérents. Cette substitution peut-être nécessaire pour des mutuelles qui ne respecteraient pas autrement les règles prudentielles les obligeant à disposer d'une certaine quantité de fonds propres.

Les mutuelles exerçant une activité d'assurance, même substituées, sont dites « de livre II », en référence au code de la mutualité. Il existe par ailleurs des mutuelles dites « de livre III », qui n'exercent pas d'activité d'assurance mais gèrent des établissements ou services sanitaires et sociaux (centres d'optique, dentaires, de services aux personnes âgées, etc.).

Parmi les trois types d'organismes complémentaires, les mutuelles ont la part la plus élevée de bénéficiaires de 60 ans ou plus (29 %, graphique 2).

**Tableau** Caractéristiques des différents types d'organismes complémentaires en 2013

	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Sociétés d'assurance
Nombre d'organismes	481	28	96
Parts de marché (CA)	54 %	18 %	28 %
Parts des bénéficiaires couverts par un organisme complémentaire santé	58 %	20 %	22 %
Part de l'activité santé dans le chiffre d'affaires total	91 %	46 %	11 %
Code législatif de référence	Code de la mutualité	Code de la Sécurité sociale	Code des assurances
Gouvernance	Assurés sociétaires	Gestion paritaire par les partenaires sociaux (salariés/patronat)	Actionnariat

**Lecture** > En 2013, 481 mutuelles proposent des contrats de complémentaire santé. Elles couvrent 58 % des personnes bénéficiant d'une couverture complémentaire santé.

**Champ** > Contrats les plus souscrits pour la part des bénéficiaires. Ensemble des organismes exerçant une activité de complémentaire santé pour la partie de l'activité santé.

**Sources** > Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, Fonds CMU, DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé 2013.

## Les institutions de prévoyance surtout présentes sur le marché des contrats collectifs

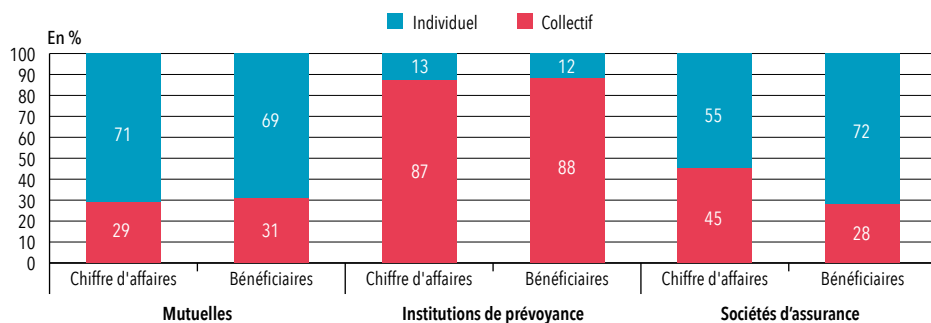
Les institutions de prévoyance (IP) régies par le code de la Sécurité sociale sont des personnes morales de droit privé ayant un but non lucratif. Organismes paritaires, elles opèrent essentiellement sur le secteur de la prévoyance collective des salariés. Elles interviennent presque exclusivement dans le cadre des entreprises et des branches professionnelles à la suite de la conclusion d'une convention ou d'un accord collectif entre toutes les entreprises d'un même secteur d'activité, dans le cadre d'un régime professionnel (institutions professionnelles) ou entre toutes les entreprises adhérentes de secteurs d'activité

différents, dans le cadre d'un régime interprofessionnel (institutions interprofessionnelles), ou bien encore suite à la ratification par les salariés d'un projet de l'employeur (institutions d'entreprises). En 2013, les 28 institutions de prévoyance existantes pratiquent une activité de complémentaire santé. Du fait de leur spécialisation en collectif, elles couvrent surtout des bénéficiaires d'âge actif ou jeunes (graphique 2).

## Les sociétés d'assurance peu touchées par la concentration du marché

Les sociétés d'assurance sont régies par le code des assurances. Ce sont des sociétés anonymes à but lucratif, à l'exception des sociétés d'assurance mutuelles à but non lucratif, et dont les actionnaires

**Graphique 1 Répartition entre contrats individuels et collectifs du chiffre d'affaires et du nombre de personnes couvertes selon le type d'organisme en 2013**

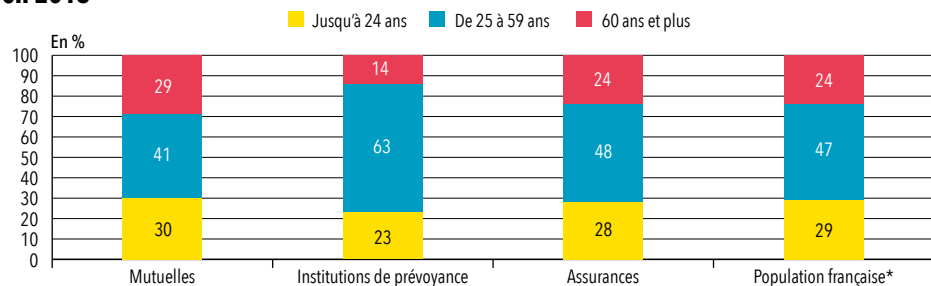


**Lecture** > En 2013, les contrats collectifs représentent 45 % du chiffre d'affaires des sociétés d'assurance.

**Champ** > Contrats les plus souscrits pour la part des bénéficiaires.

**Sources** > DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé 2013 ; Fonds CMU.

**Graphique 2 Répartition par âge des personnes couvertes, selon le type d'organisme en 2013**



\* Population en France entière au 1<sup>er</sup> janvier 2014.

**Lecture** > En 2013, 30 % des bénéficiaires d'une mutuelle sont âgés de moins de 25 ans.

**Champ** > Bénéficiaires des contrats les plus souscrits.

**Sources** > DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé 2013 ; INSEE.

sont les assurés. En 2013, 96 sociétés d'assurance ont une activité de complémentaire santé. Contrairement aux autres types d'organismes, l'activité en santé est largement minoritaire dans leur chiffre d'affaires.

Les contrats collectifs représentent 28 % de leurs bénéficiaires (graphique 1). La répartition par âge de ces bénéficiaires est semblable à celle de la population française (graphique 2).

Certains organismes complémentaires peuvent gérer aussi les remboursements de certains groupes d'assurés au titre de l'assurance maladie obligatoire.

On parle alors de « délégation de gestion du régime obligatoire ». Les organismes délégataires sont principalement des mutuelles étudiantes et des mutuelles de fonctionnaires, ainsi que quelques assureurs. Ils se voient alors accorder par la CNAMTS et le régime social des indépendants (RSI) des « remises de gestion » en compensation de cette gestion déléguée par l'assurance maladie obligatoire. Depuis 2014, la Mutualité sociale agricole (MSA) ne délègue plus la gestion de la partie obligatoire à des organismes complémentaires. ■

#### Pour en savoir plus

- > **Jacod O. et Montaut A.**, 2015, « Le marché de l'assurance complémentaire santé : des excédents dégagés en 2013 », *Études et Résultats*, DREES, n° 919, juin.
- > **Montaut A.**, 2014, « La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé », rapport, DREES.
- > Rapport annuel de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution 2013, Autorité de contrôle prudentiel et de résolution, 2014.