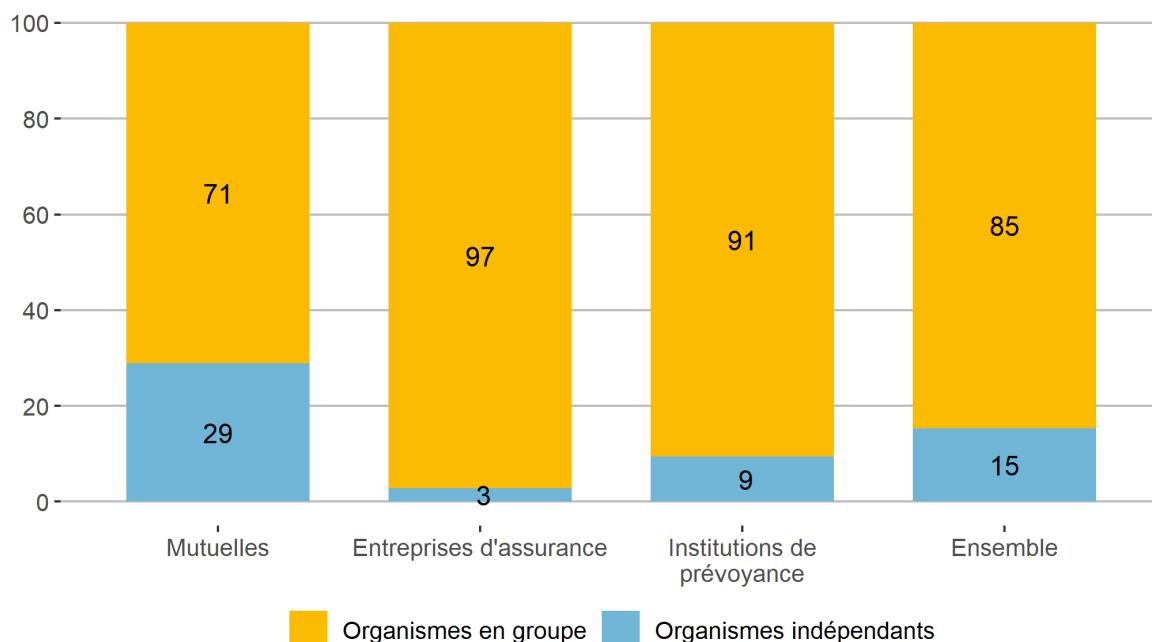


1 Mutuals, entreprises d'assurance et institutions de prévoyance se partagent le marché de l'assurance santé, qui a tendance à se concentrer depuis plusieurs années

**Graphique 1.9 – Parts des cotisations collectées par des organismes indépendants ou en groupe, par type d'organismes, en 2024**

*En % des cotisations collectées*



**Lecture** : En 2024, 29 % des parts de marché (en matière de cotisations santé) des mutuals ont été collectés par des mutuals indépendantes, 71 % par des mutuals faisant partie de groupes d'assurance.

**Champ** : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (TSA) en 2024 et contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) au 31 décembre 2024, hors mutuals substituées.

**Source** : ACPR, calculs DREES.

## 1.7 En santé, les contrats collectifs représentent un tiers de l'activité des mutuals, la moitié de l'activité des entreprises d'assurance et l'essentiel de l'activité des institutions de prévoyance

Les contrats individuels sont souscrits par des particuliers, tandis que les contrats collectifs sont souscrits par une personne morale<sup>10</sup>, généralement un employeur, au profit d'un groupe de personnes physiques, généralement un ou plusieurs salariés. Les institutions de prévoyance sont spécialisées sur les contrats santé collectifs, qui représentent 88 % des cotisations qu'elles ont collectées en 2024<sup>11</sup>. Les mutuals sont quant à elles largement positionnées sur les contrats santé individuels (67 % de leurs cotisations en 2024). Les entreprises d'assurance sont dans une position intermédiaire, avec 54 % des cotisations collectées au titre de contrats collectifs en 2024 (graphique 1.10). Globalement, les contrats collectifs et individuels ont collecté des montants de cotisations proches en 2024.

Les contrats individuels et collectifs se distinguent aussi en termes de niveaux de garanties. À cet égard, les contrats d'assurance complémentaire peuvent se différencier sur certains aspects : le panier de soins qu'ils prennent en charge, les niveaux de garantie qu'ils proposent, les prestations annexes (accès à des réseaux avec des tarifs négociés, plateformes téléphoniques de conseils, etc.). Afin de classer les contrats, la DREES a construit un indice synthétique pour refléter le niveau de prise en charge d'un patient moyen, en privilégiant les postes de soins sur lesquels les contrats se distinguent le plus (Lapinte

<sup>10</sup> À l'exception des contrats collectifs pour les indépendants souscrits par des personnes physiques.

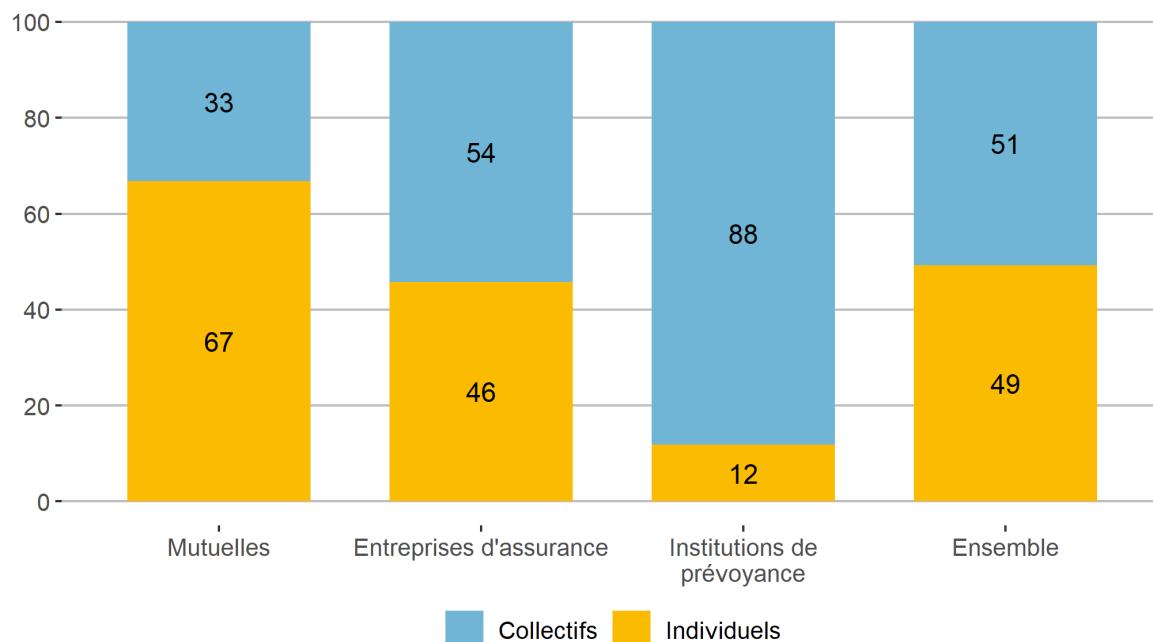
<sup>11</sup> Leurs contrats individuels sont spécifiques puisque destinés aux anciens salariés chômeurs au titre du mécanisme de portabilité des droits prévu à l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale, et surtout aux retraités des entreprises couvertes en collectif au titre des dispositions de l'article 4 de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques, et éventuellement à leurs ayants droit

1 Mutuelles, entreprises d'assurance et institutions de prévoyance se partagent le marché de l'assurance santé, qui a tendance à se concentrer depuis plusieurs années

et al., 2024). Les contrats sont classés en trois groupes, selon leur niveau moyen de prise en charge : les moins couvrants ou de classe 1, les milieux de gamme ou de classe 2, et les plus couvrants ou de classe 3. Selon cet indice, les bénéficiaires de contrats collectifs sont en général mieux couverts que les bénéficiaires de contrats individuels. En effet, en 2021, 58 % des bénéficiaires de contrats collectifs ont souscrit un contrat de classe 3, les plus couvrants, contre 12 % des bénéficiaires de contrats individuels<sup>12</sup>. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2016, toutes les entreprises sont tenues de proposer à leurs salariés une couverture complémentaire collective (« généralisation de la complémentaire santé d'entreprise », encadré 3). Néanmoins, cette meilleure couverture par les contrats collectifs était déjà observée avant la généralisation qui a aussi introduit un panier de soins minimal pour les contrats collectifs, différent de celui des contrats responsables. Entre 2011 et 2016, la répartition des bénéficiaires entre les trois classes de contrats était restée relativement stable pour les contrats collectifs, tandis que celle des contrats individuels avait évolué en faveur des contrats de qualité supérieure (Barlet et al., 2019).

**Graphique 1.10 – Part des contrats individuels et collectifs dans l'ensemble des cotisations collectées en santé par les différents types d'organismes en 2024**

*En % des cotisations collectées*



**Lecture** : En 2024, les contrats individuels ont représenté 67 % des cotisations collectées en santé par les mutuelles.

**Champ** : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2024.

**Source** : ACPR, calculs DREES.

<sup>12</sup> La répartition des bénéficiaires de contrats individuels et collectifs selon le score de prise en charge de leur contrat est présentée dans la fiche 27 du Panorama « La Complémentaire Santé – édition 2024 » : <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-07/CS24%20-%20Fiche%202027%20-%20Les%20niveaux%20de%20garantie%20des%20couvertures%20individuelles%20et%20collectives.pdf>

1 Mutuelles, entreprises d'assurance et institutions de prévoyance se partagent le marché de l'assurance santé, qui a tendance à se concentrer depuis plusieurs années

---

### Encadré 3 : La réforme des contrats responsables, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise et la réforme « 100 % santé »

#### La réforme des contrats responsables (1<sup>er</sup> avril 2015)

La réforme des contrats responsables est entrée en vigueur en avril 2015. En application du décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, les contrats dits « responsables » doivent couvrir l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, sauf pour les frais de cure thermale, d'homéopathie et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré. Ils doivent également couvrir l'intégralité du forfait journalier hospitalier. Le décret fixe également des plafonds de prise en charge pour certaines dépenses de soins afin de limiter la solvabilisation par les organismes complémentaires des pratiques tarifaires excessives de certains professionnels. Ainsi, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du code de la sécurité sociale (l'option pratique tarifaire maîtrisée – OPTAM – et l'option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique – OPTAM-CO – depuis la convention médicale du 25 août 2016) est limitée à 100 % du tarif de la Sécurité sociale et doit nécessairement être au moins inférieure de 20 points à celle des dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à ces dispositifs. Dans la même logique, la prise en charge des dépenses d'optique (verres et montures) est encadrée par des plafonds et des plafonds différents en fonction du niveau de correction visuelle nécessaire. Elle est par ailleurs limitée à un équipement tous les deux ans pour les assurés âgés de 16 ans et plus sauf notamment en cas d'évolution du besoin de correction. Des périodes de renouvellement spécifiques s'appliquent pour les assurés de moins de 16 ans. De la même manière, la prise en charge des dépenses d'aides auditives est encadrée par des plafonds et limitée à une aide auditive par oreille par période de quatre ans.

**Tableau 1.11 – Parts des différents types de contrats de complémentaire santé**

*En % des cotisations de l'ensemble des contrats de complémentaire santé (hors indemnités journalières)*

Type de contrats	2016	2017	2018	2019	2020	2021	2022	2023	2024
Responsables et solidaires	94,8	95,3	95,1	95,4	95,5	95,7	96,0	96,4	96,5
<i>dont classiques</i>	91,5	92,4	92,3	92,5	92,5	92,8	93,1	93,6	93,7
<i>dont agricoles</i>	3,2	2,9	2,9	2,8	3,0	2,9	2,8	2,8	2,8
Non responsables et solidaires	3,6	3,5	3,8	3,7	4,0	3,7	3,4	3,0	3,0
<i>dont classiques</i>	3,6	3,5	3,8	3,6	4,0	3,7	3,4	3,0	3,0
<i>dont agricoles</i>	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Au 1er euro	0,3	0,5	0,4	0,4	0,1	0,2	0,2	0,2	0,2
Relatifs au 1 de l'article 998 du CGI	1,3	0,7	0,6	0,6	0,4	0,4	0,4	0,4	0,4

**Note** : Voir glossaire pour la définition des termes.

**Lecture** : En 2024, 93,7 % des contrats de complémentaire santé (hors indemnités journalières) ont été des contrats classiques responsables et solidaires, d'après les données de l'Urssaf Caisse nationale.

**Champ** : Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) au cours de l'année.

**Source** : Urssaf Caisse nationale, calculs DREES.

Un contrat peut également être qualifié de « solidaire » lorsque l'organisme ne recueille pas, au titre de ce contrat, d'informations médicales auprès de l'assuré ou des personnes souhaitant bénéficier de cette couverture et que les cotisations ne sont pas fixées en fonction de l'état de santé de l'assuré. Les contrats à la fois responsables et solidaires bénéficient de taux réduits de taxe de solidarité additionnelle (TSA, encadré 4). Ces contrats responsables et solidaires représentent la grande majorité des contrats

1 Mutualées, entreprises d'assurance et institutions de prévoyance se partagent le marché de l'assurance santé, qui a tendance à se concentrer depuis plusieurs années

santé : en 2024, les contrats responsables et solidaires (qu'ils soient classiques ou agricoles, c'est-à-dire adressés aux salariés agricoles rattachés à la Mutualité sociale agricole) ont représenté 96,5 % de l'ensemble des contrats de complémentaire santé (hors indemnités journalières) d'après les données de l'Urssaf Caisse nationale (tableau 1.12). Cette part est en légère augmentation depuis 2016 (+1,7 point).

### **La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise (1<sup>er</sup> janvier 2016)**

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a été introduite par l'article 1<sup>er</sup> de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013. La loi de sécurisation de l'emploi nécessaire à sa mise en œuvre a été promulguée le 14 juin 2013. Depuis 2016, date d'entrée en vigueur de la généralisation, l'employeur est tenu de garantir un panier de soins minimal à ses salariés (décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014). Il peut proposer des garanties plus couvrantes que les garanties minimales. Il participe au financement de la couverture collective mise en place à hauteur d'au moins 50 % de la cotisation (article L. 911-7 du code de la sécurité sociale). Lorsque la négociation se tenait au niveau d'une branche professionnelle, la loi prévoyait jusqu'en 2013 la possibilité d'instituer une clause de désignation (obligation pour toutes les entreprises de la branche de souscrire le contrat auprès de l'organisme assureur désigné par celle-ci, avec ou sans clause de migration). Cependant, le Conseil constitutionnel a censuré les clauses de désignation dans sa décision du 13 juin 2013, les jugeant contraires à la liberté contractuelle et à la liberté d'entreprendre. Désormais, la loi prévoit que les accords de branche peuvent recommander un ou plusieurs organismes (article L. 912-1 du code de la sécurité sociale) si les garanties collectives présentent un degré élevé de solidarité, le choix du ou des organismes recommandés devant également être précédé d'une procédure de mise en concurrence au niveau de la branche. Les organismes complémentaires désignés sont obligatoirement tenus d'accepter l'ensemble des entreprises de la branche, mais l'entreprise demeure *in fine* libre de choisir l'organisme qui assurera la couverture de ses salariés. Certains salariés peuvent bénéficier de dispenses d'affiliation (par exemple afin de leur permettre de bénéficier de la complémentaire santé solidaire ou d'éviter une double couverture). Par ailleurs, les partenaires sociaux peuvent choisir de substituer, pour certaines catégories de salariés à contrat court ou faible quotité travaillée, un « versement santé »<sup>13</sup> destiné au financement d'une couverture individuelle, en remplacement de l'adhésion au contrat collectif d'entreprise.

### **La réforme « 100 % santé »**

La réforme « 100 % santé », instaurée par le décret n° 2019-21 du 11 janvier 2019 visant à garantir un accès sans reste à charge à certains équipements d'optique, aides auditives et soins prothétiques dentaires, propose des paniers de prestations de soins et d'équipements intégralement remboursés par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires dans le cadre des contrats responsables et solidaires, pour trois postes de soins : audiologie (aides auditives hors piles et accessoires), optique (lunettes de vue) et dentaire (prothèses dentaires). Cette réforme s'est déployée progressivement à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2019 avec un calendrier de mise en œuvre à horizon 2021 propre à chaque poste.

La réforme « 100 % santé » identifie deux paniers d'aides auditives : un panier dit « Classe I », qui contient les équipements du « 100 % santé » et qui, depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021, est intégralement pris en charge par la Sécurité sociale et les organismes complémentaires, et un panier dit « Classe II », qui contient les équipements autres que le « 100 % santé ». Les équipements du panier « Classe I » sont soumis à des prix limites de vente et sont intégralement couverts par les contrats responsables depuis le début de l'année 2021. Les équipements du panier « Classe II » ont une base de remboursement par la Sécurité sociale identique à celle du panier « 100 % santé », des tarifs libres et une prise en charge par les organismes complémentaires soumise à un plafond. La durée minimale avant un renouvellement de la prise en charge par l'Assurance maladie obligatoire et complémentaire est fixée à quatre ans.

Le « 100 % santé » en optique distingue les équipements du panier « 100 % santé » (classe A) des autres équipements (classe B). Les équipements « 100 % santé » sont mis à disposition par les opticiens depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020. Les équipements de la classe A sont soumis à des prix limites de vente, ont des bases de remboursement par la Sécurité Sociale revalorisées et sont intégralement couverts par les contrats responsables depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020. Les équipements de la classe B ont des tarifs libres et une prise en charge limitée par les organismes complémentaires.

<sup>13</sup> Ce dispositif a été instauré par l'article 34 de la LFSS pour 2016 (article L. 911-7-1 du code de la sécurité sociale).

1 Mutuelles, entreprises d'assurance et institutions de prévoyance se partagent le marché de l'assurance santé, qui a tendance à se concentrer depuis plusieurs années

La nouvelle convention dentaire d'avril 2019 qui accompagne le « 100 % santé » instaure une revalorisation des tarifs des soins conservateurs et un plafonnement du prix de certaines prothèses dentaires. La réforme en dentaire distingue trois paniers de soins prothétiques : le panier « 100 % santé », soumis à des limites de facturation et intégralement couvert par les contrats responsables, le panier à tarifs maîtrisés et le panier à tarifs libres. Le panier à tarifs maîtrisés comprend des soins prothétiques dentaires aux tarifs encadrés et le panier aux tarifs libres contient des équipements sans plafonnement de tarif. Depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2020, le panier « 100 % santé » comporte une offre en bridges et couronnes dentaires, élargie depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2021 aux prothèses amovibles.

---