

Rapport 2025

Sur la situation financière
des organismes complémentaires
assurant une couverture santé



RAPPORT 2025

**Sur la situation financière des organismes complémentaires
assurant une couverture santé**

En 2024, les complémentaires santé retrouvent un résultat positif sur leur activité santé

Sommaire

Avant-propos	5
Principaux enseignements	6
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	10
1.1 La baisse du nombre d'organismes d'assurance s'inscrit dans une tendance de long terme	10
1.2 L'assurance santé représente l'essentiel de l'activité assurantielle des mutuelles, la moitié de l'activité des institutions de prévoyance et seulement une partie mineure de l'activité des entreprises d'assurance	12
1.3 Sur le marché de l'assurance santé, le nombre de mutuelles a été divisé par plus de six depuis 2001	15
1.4 Au sein des organismes actifs en santé, la majorité des entreprises d'assurance et des institutions de prévoyance réalise des chiffres d'affaires élevés, tandis que les mutuelles sont en général de plus petite taille	16
1.5 Le marché de la complémentaire santé est légèrement moins concentré en 2024 qu'en 2023	17
1.6 Le marché de la complémentaire santé est majoritairement constitué en groupes, qui ont collecté 85 % des cotisations santé en 2024	20
1.7 En santé, les contrats collectifs représentent un tiers de l'activité des mutuelles, la moitié de l'activité des entreprises d'assurance et l'essentiel de l'activité des institutions de prévoyance	
22	
2 Les cotisations collectées en santé ont augmenté fortement en 2024	27
2.1 Les cotisations en santé ont été très dynamiques en 2024	28
2.2 En 2024, les masses totales de cotisations collectives et de cotisations individuelles ont été de même ampleur	29
3 Les prestations servies aux assurés ont nettement augmenté en 2024 mais à un rythme moindre qu'en 2023	33
3.1 En 2024, les prestations versées par les organismes complémentaires ont ralenti	33
3.2 En 2024, les prestations versées par les entreprises d'assurance augmentent davantage que celles des mutuelles et des institutions de prévoyance	34
3.3 Les contrats collectifs reversent aux assurés une part plus élevée de leurs cotisations sous forme de prestations	36
3.4 Le retour sur cotisations a reculé en 2024	37
3.5 Par rapport aux contrats individuels, les contrats collectifs reversent une plus grande part de leurs cotisations en prestations d'optique et de dentaire, et une moins grande part en prestations d'hospitalisation	39
4 Les charges de gestion augmentent de 5,8 % en 2024	45
4.1 Les charges de gestion des contrats collectifs augmentent davantage que celles des contrats individuels en 2024	45
4.2 L'augmentation des frais de gestion en 2024 est nettement plus élevée pour les entreprises d'assurance que pour les mutuelles et les institutions de prévoyance	48
4.3 Les frais d'acquisition restent plus élevés pour les entreprises d'assurance, en collectif comme en individuel, mais tendent à diminuer	49
4.4 Les mutuelles ont les frais d'administration les plus élevés	51
4.5 Les frais de gestion des sinistres dépendent peu du type d'organismes complémentaires	
52	

5	En 2024, le résultat technique en santé s'est redressé et est redevenu positif.....	55
5.1	Pour la première fois depuis 2020, les cotisations collectées ont augmenté davantage que les prestations versées en santé en 2024.....	55
5.2	Les résultats techniques des contrats individuels comme des contrats collectifs se sont nettement améliorés en 2024 par rapport à 2023	55
5.3	En 2024, le résultat technique sur l'activité santé est en hausse pour tous les types d'organisme	56
6	Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé demeure sensiblement supérieur aux exigences réglementaires.....	61
6.1	En 2024, le résultat net moyen des institutions de prévoyance s'améliore encore et dépasse son précédent point haut, établi en 2023	61
6.2	Les différences de structure de bilan entre organismes s'expliquent principalement par la spécialisation de leur activité	66
6.3	En 2024, le bilan comptable global a cru à un rythme supérieur à celui de 2023	70
6.4	Les organismes respectent les règles prudentielles du régime Solvabilité 2	70
	Pour en savoir plus	75
	Annexes.....	77
	Annexe 1 : Le champ du rapport et les redressements opérés sur les données	78
	Annexe 2 : Compte de résultat technique en santé en 2023 et 2024.....	81
	Glossaire	83
	Liste des encadrés	
	Encadré 1 : Le marché de l'assurance et sa double spécialisation juridique.....	13
	Encadré 2 : Les états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR	18
	Encadré 3 : La réforme des contrats responsables, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise et la réforme « 100 % santé »	24
	Encadré 4 : La taxation appliquée aux contrats de complémentaire santé	41
	Encadré 5 : Gestion de la complémentaire santé solidaire par les organismes complémentaires	
	43	
	Encadré 6 : Zoom sur les charges de gestion.....	52

Rédacteurs : Pierre Poulon

Remerciements : La DREES tient à remercier :

- L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR, direction des ressources humaines et des moyens, direction d'étude et d'analyse des risques et directions du contrôle des assurances) pour la collecte des états statistiques, la livraison des données et son appui technique ;
- Les organismes complémentaires qui fournissent la grande majorité des données nécessaires à la rédaction de ce rapport ;
- L'Urssaf Caisse nationale dont les données et l'expertise sont également indispensables ;
- Les personnes des organismes publics ou privés qui améliorent ce document grâce à leur relecture et tout particulièrement les fédérations Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF) et France Assureurs pour leur collaboration et leur concours.

Avant-propos

La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 (article 12 modifiant l'article L.862-7 du code de la sécurité sociale) charge le Gouvernement d'établir, chaque année, à destination du Parlement et de rendre public un rapport présentant la situation financière des organismes d'assurance complémentaire en santé qui ont acquitté la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire (TSA).

Ce rapport, élaboré par la DREES, présente les résultats obtenus pour l'année 2024 et les compare à ceux des années précédentes. Ceux-ci s'appuient principalement sur des données recueillies par l'ACPR et par l'Urssaf Caisse nationale. Ce rapport se concentre en particulier sur l'activité santé (« frais de soins ») des organismes d'assurance.

Ce rapport comprend six parties. La première présente les organismes du marché de l'assurance complémentaire santé et leur démographie. Les quatre suivantes analysent tour à tour les principaux aspects de l'activité d'assurance santé : cotisations collectées, prestations reversées, charges de gestion, rentabilité. Enfin, la dernière partie analyse, pour les organismes qui exercent une activité de complémentaire santé, leur solvabilité financière globale et leur respect des règles prudentielles.

Dans ce rapport, les données sont figées à la date du 20 octobre 2025, ce qui peut expliquer des écarts avec certains chiffres publiés par l'ACPR, ainsi que des écarts avec les chiffres contenus dans les Comptes de la Santé.

La DREES met à disposition les données suivantes sur la situation financière des organismes d'assurance :

- Les données des graphiques et tableaux du présent rapport :

https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/organismes_complementaires_rapport_annuel/information/

- L'historique des comptes de résultat technique en santé depuis 2011 à un niveau détaillé (cotisations, prestations, charges de gestion, etc.), par type d'organismes complémentaires et de contrats :

https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/organismes_complementaires_comptes_detailles/information/

- Les montants de cotisations collectées et prestations versées par les organismes d'assurance sur le champ plus large des risques sociaux (santé, prévoyance et retraite) :

https://data.drees.solidarites-sante.gouv.fr/explore/dataset/4161_couverture-des-risques-sociaux-a-partir-des-donnees-acpr/information/

Principaux enseignements

Le marché de la complémentaire santé a interrompu sa concentration en 2024 : alors que la part de marché des vingt plus grands organismes a progressé de 13 points depuis 2011, elle a diminué d'un point par rapport à 2023

D'après l'Urssaf Caisse nationale, 373 organismes (249 mutuelles, y compris mutuelles substituées (voir glossaire), 99 entreprises d'assurance et 25 institutions de prévoyance) ont exercé une activité de complémentaire santé au moins à un moment au cours de l'année 2024.

Le marché de la complémentaire santé comptait ainsi 15 organismes de moins en 2024 qu'en 2023. Le nombre de mutuelles a été divisé par plus de six depuis 2001. Celui des institutions de prévoyance a été divisé par plus de deux entre 2001 et 2015 et il est stable depuis 2015. En revanche, le nombre d'entreprises d'assurance a peu baissé durant cette période et est également quasi-stable depuis 2015.

Cette diminution du nombre d'organismes assurant une activité de complémentaire santé rejoint plus généralement la baisse de celui des organismes exerçant une activité d'assurance (toutes branches confondues). D'après les données de l'ACPR, le nombre d'organismes d'assurance agréés a été divisé par près de trois depuis 2006, la baisse la plus marquée concernant les mutuelles.

En 2024, les vingt plus grands organismes ont concentré, à eux seuls, plus de la moitié du marché de la complémentaire santé en matière de cotisations collectées et les cents plus grands en détenaient 92 %. Les vingt plus grands organismes représentaient ainsi 13 points de parts de marché de plus qu'en 2011 (première année pour laquelle la majorité des données mobilisées pour ce rapport sont disponibles). Cependant les vingt plus grands organismes ont perdu un point de part de marché par rapport à 2023. Quelques petites mutuelles de proximité continuent d'exister.

Outre les fusions et absorptions, les organismes se rapprochent aussi par le biais de groupes d'assurance. En 2024, 51 groupes sont présents sur le marché de l'assurance santé, dont 25 groupes non capitalistiques et 26 groupes capitalistiques. Ces groupes recouvrent un peu moins de la moitié des organismes complémentaires, mais ils représentent la grande majorité du marché : en 2024, ils ont collecté 85 % des cotisations santé. La concentration du marché est plus marquée en considérant les groupes qu'en considérant les organismes : les 5 plus grands groupes ont collecté 47 % des cotisations santé totales en 2024.

Le poids de l'activité de complémentaire santé diffère en fonction de la nature de l'organisme. En 2023, dernière année disponible pour ces données, la santé représentait 81 % des cotisations des mutuelles, 47 % de celles des institutions de prévoyance, mais seulement 7 % de celles des entreprises d'assurance.

Les cotisations en santé ont augmenté de 8,2 % en 2024, à un rythme encore supérieur à celui de 2023 et inédit depuis 2012

En 2024, la masse totale des cotisations collectées en santé (hors taxes) s'est établie à 46,5 milliards d'euros d'après les données de l'ACPR. La dynamique des cotisations avait été enrayée en 2020 par la crise de Covid-19 et par la réforme de la complémentaire santé solidaire (cette dernière n'étant pas comptabilisée en cotisations, contrairement au dispositif qui la précédait), puis la masse totale des cotisations collectées en santé (hors taxe) avait rebondi en 2021 et 2022. En 2023, la masse totale des cotisations avait progressé de +6,0 %, ce qui constituait déjà son rythme de croissance le plus rapide depuis 2012. En 2024, le rythme de croissance de la masse des cotisations s'est encore accru, atteignant +8,2 %, ce qui correspond à une augmentation des cotisations de 3,5 milliards d'euros.

La hausse des cotisations a été très dynamique pour les entreprises d'assurance (+15,9 % en 2024, soit +2,5 milliards d'euros). Les cotisations collectées par les mutuelles et les institutions de prévoyance ont quant à elles progressé de respectivement +3,5 % et +4,1 % en 2024 (soit respectivement +0,7 milliard d'euros et +0,3 milliard d'euros). Les mutuelles restent prédominantes sur le marché de l'assurance santé (44 % des cotisations collectées en 2024) même si leur part de marché globale a diminué depuis 2001, au profit des entreprises d'assurance.

La très forte progression des cotisations collectées par les entreprises d'assurance en 2024 s'explique en partie par le transfert d'un important portefeuille de contrats de la mutuelle La Mutuelle Générale

vers l'entreprise d'assurance LMG Assurances¹. Sans ce transfert de contrats, les cotisations collectées par les entreprises d'assurance auraient augmenté de +12,3 % en 2024 et celles collectées par les mutuelles auraient progressé de +6,4 %.

En collectif, la masse des cotisations collectées en santé a augmenté de 2,1 milliards d'euros en 2024 (+9,5 %) ; en individuel, elle a progressé de 1,5 milliard d'euros (+6,8 %). Ces dix dernières années, les cotisations collectives en santé avaient progressé à un rythme en moyenne un peu plus élevé que les cotisations individuelles, mouvement de fond qui était déjà antérieur à la mise en place de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise au 1^{er} janvier 2016.

Ainsi, en 2024, les contrats collectifs ont-ils représenté 51 % des cotisations collectées en santé, après 50 % en 2023. Les masses de cotisations en individuel et en collectif ont donc pratiquement été de même ampleur en 2024, comme elles l'étaient en 2023. En 2015, dernière année avant la mise en place de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, 44 % des cotisations en complémentaire santé étaient collectées par des contrats. En 2011, les contrats collectifs représentaient 41 % des cotisations collectées.

Les prestations servies aux assurés ont fortement augmenté en 2024, mais moins qu'en 2023

Les charges de prestations hors frais de gestion des sinistres versées par les organismes complémentaires se sont élevées à 36,8 milliards d'euros en 2024 (+5,4 % après +6,4 % en 2023). Il s'agit des charges liées à l'indemnisation des assurés, qui comprennent non seulement les sinistres payés mais également les variations de provisions pour sinistres. Cette hausse des prestations représente néanmoins un ralentissement par rapport à la forte hausse des charges de prestations en 2023, qui avait atteint son rythme le plus élevé depuis 2012. Les charges de prestations avaient augmenté de +3,8 % en 2022, après un rebond des prestations en 2021 suite à la crise sanitaire (+6,1 %). En 2024, la hausse des prestations versées par les organismes complémentaires provient avant tout de leurs dépenses de soins ambulatoires (soins et prothèses dentaires, honoraires de médecins et sages-femmes, etc.), qui ont connu une augmentation marquée (+8,6 %). Les dépenses de soins hospitaliers ont évolué à un rythme inférieur (+5,2 %). Enfin, les dépenses des organismes complémentaires en biens médicaux (médicaments, optique, audioprothèses et autres dispositifs médicaux) ont augmenté de 3,5 % en 2024.

Les prestations des mutuelles ont légèrement diminué en 2024 (-0,4 %), tandis qu'elles ont légèrement augmenté pour les institutions de prévoyance (+1,3 %) et très fortement augmenté pour les entreprises d'assurance (+15,2 %). Cependant, si le transfert de portefeuille de la mutuelle La Mutuelle Générale vers l'entreprise d'assurance LMG Assurances n'avait pas eu lieu en 2024, les charges de prestations des mutuelles auraient augmenté de 2,8 %, et celles des entreprises d'assurance de 11,1 %. Ainsi, même sans ce transfert de portefeuille, les prestations des entreprises d'assurance accélèrent en 2024 (après +9,4 % en 2023). À l'inverse, même sans tenir compte de ce transfert, les prestations des mutuelles ont ralenti en 2024 (après +4,1 % en 2023). De même, les prestations des institutions de prévoyance ont très nettement ralenti en 2024, après trois années de forte hausse (près de +6,1 % par an en moyenne entre 2021 et 2023).

Sur le champ un peu plus restreint de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui est celui retenu pour les comptes nationaux de la santé, les prestations des organismes complémentaires ont augmenté de 6,2 % en 2024. La part des organismes complémentaires dans le financement de la CSBM, qui avait fortement baissé au début de la crise sanitaire (12,0 % en 2020, après 13,0 % en 2019), s'était redressée en 2021 (à 12,5 %) puis était restée stable jusqu'en 2023. En 2024, la part de la CSBM financée par les organismes complémentaires a augmenté de 0,3 point à 12,8 %. Néanmoins elle demeure inférieure à la part financée par ces organismes avant la crise sanitaire.

79 % des cotisations ont été reversées en prestations et 19 % des cotisations ont couvert les charges de gestion des organismes

En 2024, les organismes ont reversé 79 % de leurs cotisations (hors taxe) sous forme de prestations (charges de prestations y compris provisions pour sinistres, hors frais de gestion des sinistres), soit moins qu'en 2023 (81 %). Les contrats collectifs offrent un retour sur cotisations plus élevé (85 %) que les contrats individuels (73 %). Ce sont les institutions de prévoyance qui offrent le meilleur retour sur

¹ Voir l'[avis relatif à un transfert partiel de portefeuille de bulletins d'adhésion à des règlements et de contrats d'une mutuelle](#), JORF n°0218 du 13 septembre 2024

cotisations (87 %), devant les mutuelles (78 %) et les entreprises d'assurance (77 %). Par ailleurs, le ratio qui rapporte les prestations aux cotisations n'inclut pas la taxe de solidarité additionnelle sur les cotisations de complémentaire santé (TSA), qui s'élève à 13,27 % des cotisations dans le cas général. Si on se place du point de vue des ménages, qui acquittent la TSA, ce ratio est donc inférieur (encadré 4).

En 2024, les charges de gestion ont représenté 19 % des cotisations hors taxe des organismes complémentaires. Elles sont un peu plus faibles en collectif (17 %) qu'en individuel (21 %). Les institutions de prévoyance affichent les charges les plus faibles (14 % des cotisations), devant les mutuelles (19 %) et les entreprises d'assurance (20 %). Du point de vue des ménages, qui acquittent la TSA *in fine*, le ratio des charges de gestion aux cotisations est inférieur. Les mutuelles se caractérisent par des frais d'administration plus élevés (gestion courante des contrats, des systèmes d'information, etc.), tandis que les entreprises d'assurance se distinguent par des frais d'acquisition plus importants, liés à un plus grand recours aux intermédiaires, et dans une moindre mesure à la publicité et au marketing.

En 2024, les charges de gestion des organismes d'assurance sur leur activité santé ont augmenté de 5,8 %, de 8,3 milliards d'euros à 8,8 milliards d'euros. Elles ont moins augmenté que les cotisations de sorte que leur part relativement aux cotisations a diminué, de 0,4 point, de 19,3 % du total des cotisations en santé à 18,8 %. Cette part a retrouvé en 2024 son niveau de 2013.

En 2024, le résultat technique en santé s'est redressé globalement et est redevenu positif, à son niveau le plus élevé depuis 2020

En 2024, le résultat technique en santé s'est redressé et est redevenu positif : il s'élève à 1,6 % des cotisations collectées hors taxe. Il atteint ainsi son niveau le plus élevé depuis 2020, et le deuxième plus élevé depuis 2011 (première année de la période étudiée dans ce rapport). Ce résultat technique fait suite à un résultat négatif en 2023 (-0,4 %), pour la première fois depuis 2011, et à deux années marquées par des résultats techniques quasiment nuls (+0,1 % en 2021 et 2022).

Le résultat technique s'est élevé en moyenne à +2,4 % des cotisations pour les mutuelles, +1,9 % pour les entreprises d'assurance et -1,3 % pour les institutions de prévoyance. L'écart de rentabilité entre les trois types d'organismes complémentaires s'explique notamment par des répartitions différentes entre les contrats individuels et les contrats collectifs selon les organismes, les contrats individuels étant généralement excédentaires et les contrats collectifs étant fréquemment déficitaires. En 2024, l'écart entre la rentabilité des contrats individuels et collectifs demeure élevé : les contrats individuels ont dégagé 5,4 % d'excédents en moyenne (relativement aux cotisations collectées hors taxe) tandis que les contrats collectifs ont enregistré 2,0 % de déficit en moyenne.

Au vu de l'ensemble de leur activité, les organismes complémentaires sont solvables

Les excédents ou déficits de l'activité d'assurance santé peuvent être contrebalancés par les résultats des autres activités d'assurance exercées par l'organisme. Sur la totalité de leur activité, en 2024, les organismes complémentaires exerçant une activité d'assurance santé ont dégagé des excédents représentant en moyenne 3,4 % de l'ensemble des cotisations collectées hors taxe. En 2024, le résultat net des mutuelles a été légèrement positif (+0,2 % de leurs cotisations), inférieur à celui de 2023 (+0,7 %). Le résultat technique moyen des mutuelles sur la période 2021-2024 est de +0,5 % des cotisations, sensiblement moins que leur résultat technique moyen sur les années 2011-2020, de +1,4 %. Les institutions de prévoyance dégagent pour la troisième année de suite le résultat net le plus élevé pour cette catégorie d'organisme depuis 2011 (3,3 % de leurs cotisations en 2024, après 2,7 % en 2023 et 2,0 % en 2022). Les entreprises d'assurance demeurent les organismes qui dégagent le plus d'excédents (3,8 % de leurs cotisations en 2024, comme en 2023).

En 2016, le régime Solvabilité 2 a succédé au régime Solvabilité 1 pour la majorité des organismes. Ce régime repose notamment sur des indicateurs quantitatifs de solidité financière : le capital de solvabilité requis (*Solvency Capital Requirement*, « SCR ») et le minimum de capital requis (*Minimum Capital Requirement*, « MCR ») qui permettent d'évaluer si un organisme dispose de suffisamment de fonds propres pour exercer son activité d'assurance dans la durée.

Les organismes qui exercent une activité d'assurance santé sont financièrement solides. Les fonds propres dont ils disposent, qui sont supposés leur permettre d'honorer leurs engagements vis-à-vis des assurés même en cas de pertes imprévues, couvrent en effet largement le SCR (230 % en 2024) et le

Principaux enseignements

MCR (548 % en 2024). La très grande majorité de ces fonds propres sont de plus de la meilleure qualité (fonds propres dits « de niveau 1 »).

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

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

Les organismes d'assurance peuvent couvrir des risques qu'on peut qualifier de « sociaux » (maladie, handicap, accident du travail et maladie professionnelle, vieillesse, survie, famille, emploi, logement, pauvreté et exclusion sociale) et des risques non sociaux (activités de capitalisation, automobile, dommages aux biens, catastrophes naturelles, responsabilité civile, protection juridique, assistance, etc.). Au sein des risques sociaux se trouve l'assurance « santé », dénommée assurance « frais de soins » dans la profession, qui correspond aux remboursements de dépenses de santé qui complètent la prise en charge des dépenses de santé par l'Assurance maladie. Le présent rapport s'attache principalement à décrire la situation financière des organismes qui assurent une couverture santé, dits « organismes complémentaires ».

1.1 La baisse du nombre d'organismes d'assurance s'inscrit dans une tendance de long terme

En France, les organismes d'assurance peuvent être régis par trois codes : le code de la mutualité, le code des assurances ou le code de la sécurité sociale. Le code dont relève un organisme détermine notamment les types d'activités d'assurance que l'organisme peut mener, ainsi que son mode de gouvernance (encadré 1). Ainsi, les mutuelles sont régies par le code de la mutualité, les entreprises d'assurance par le code des assurances et les institutions de prévoyance par le code de la sécurité sociale. Pour pouvoir pratiquer une activité d'assurance donnée, un organisme doit en outre avoir obtenu une autorisation spécifique, dénommée agrément, de la part de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR, encadré 2). Selon l'ACPR, en 2024, 639 organismes ont pratiqué des activités d'assurance de toute nature (de la branche santé ou non) : 305 organismes régis par le code de la mutualité, 301 organismes régis par le code des assurances et 33 organismes régis par le code de la sécurité sociale (graphique 1.1).

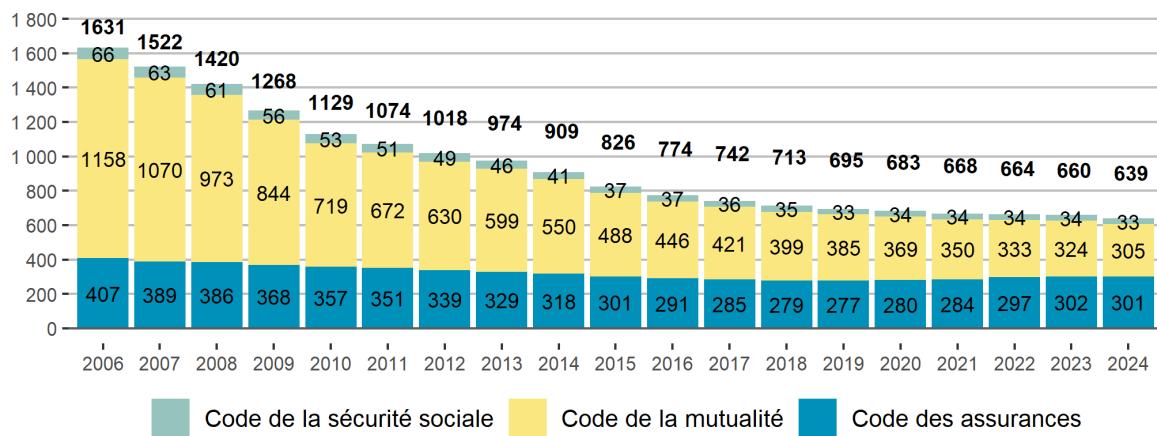
Le nombre d'organismes habilités par l'ACPR à pratiquer des opérations d'assurance diminue depuis le milieu des années 1990. La transposition aux mutuelles des directives européennes relatives aux assurances en 2002 (par exemple afin de mettre en place un marché unique européen, concurrentiel, de l'assurance privée), puis le relèvement en 2007 et 2008 du seuil du fonds minimum de garantie obligatoire pour toute mutuelle exerçant une activité d'assurance, ont contraint les mutuelles à se restructurer pour atteindre une taille critique. Le nombre d'organismes a ainsi fortement reculé : entre 2006 et 2024, il a baissé de 74 % pour les organismes régis par le code de la mutualité, de 50 % pour ceux régis par le code de la sécurité sociale et de 26 % pour ceux régis par le code des assurances, principalement par fusions/absorptions avec transferts de portefeuille de contrats avec les droits et obligations qui s'y rattachent. Cette concentration s'était légèrement accélérée à partir de 2013, notamment du fait de l'approche du nouveau régime prudentiel Solvabilité 2, plus contraignant que le régime précédent, et peut-être aussi de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise au 1^{er} janvier 2016 (encadré 3). La recherche d'alliances ou de partenariats sur le marché du collectif a aussi pu déboucher sur des fusions d'organismes. L'année 2024 confirme la baisse du nombre d'organismes d'assurance comme une tendance de long terme (639 organismes après 660 en 2023).

La hausse du nombre d'organismes relevant du code des assurances en 2022 tenait à des facteurs ponctuels ; elle s'explique par la création de 12 nouveaux fonds de retraite professionnelle supplémentaire (FRPS²) cette année-là (graphique 1.2). Certains organismes d'assurance avaient notamment transféré leurs portefeuilles de retraite existants vers des organismes de retraite professionnelle supplémentaire (ORPS, voir glossaire) avant la date limite pour cette opération, fixée au 31 décembre 2022. En 2023, cinq sociétés du code des assurances de plus qu'en 2022 ont été habilitées par l'ACPR. Cependant le nombre de sociétés d'assurance avait diminué de trois entités, tandis qu'un ORPS et sept sociétés de réassurance supplémentaires avaient été agréés en France en 2023 (ACPR, 2024). En 2024, aucun ORPS n'a été créé et, malgré l'apparition de quelques sociétés de réassurance, le nombre total d'organismes d'assurance agréés a diminué.

² Un FRPS est un ORPS régi par le code des assurances, voir glossaire.

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

Graphique 1.1 – Nombre d'organismes d'assurance agréés par l'ACPR



Lecture : Fin 2024, 305 organismes d'assurance relevant du code de la mutualité étaient agréés par l'ACPR.

Champ : Organismes d'assurance agréés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : Rapports annuels « Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance », ACPR.

Tableau 1.2 – Nombre d'organismes d'assurance agréés par l'ACPR, détaillé par type d'organismes

	2022	2023	2024
Entreprises d'assurance	257	254	248
Fonds de retraite professionnelle supplémentaire	20	21	21
Entreprises de réassurance	16	23	28
Succursales d'entreprise de pays tiers hors EEE	4	4	4
Code des assurances	297	302	301
Institutions de prévoyance	33	33	32
Institutions de retraite professionnelle supplémentaire	1	1	1
Code de la sécurité sociale	34	34	33
Mutuelles libre II non substituées	254	249	239
Mutuelles de retraite professionnelle supplémentaire	1	1	1
Mutuelles de réassurance	2	2	2
Mutuelles libre II substituées	76	72	63
Code de la mutualité	333	324	305
Ensemble	664	660	639

Note : Voir glossaire pour la définition des termes.

Lecture : Fin 2024, 248 entreprises d'assurance, relevant du code des assurances, étaient agréées par l'ACPR.

Champ : Organismes d'assurance agréés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : Rapport « Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance 2024 », ACPR.

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

Au sein des différents types d'organismes habilités à mener des activités d'assurance, trois catégories sont majoritaires : les mutuelles dites « du livre II » (239 mutuelles non substituées et 63 mutuelles substituées³), les entreprises d'assurance (248 organismes) et les institutions de prévoyance (32 organismes), soit au total 582 organismes sur l'ensemble des 639 organismes d'assurance agréés en 2024 (tableau 1.2). Parmi ces trois catégories (mutuelles, entreprises d'assurance et institutions de prévoyance) se trouvent les organismes exerçant des affaires directes⁴ d'assurance en santé, sur lequel porte plus particulièrement le présent rapport.

1.2 L'assurance santé représente l'essentiel de l'activité assurantielle des mutuelles, la moitié de l'activité des institutions de prévoyance et seulement une partie mineure de l'activité des entreprises d'assurance

Au sein des différents risques couverts par les organismes d'assurance, les risques dits « sociaux » affectent les conditions de vie des ménages en augmentant leurs besoins ou en diminuant leurs revenus (maladie, handicap, accident du travail et maladie professionnelle, vieillesse, survie, famille, emploi, logement, pauvreté et exclusion sociale). Ces risques sont d'abord pris en charge par les pouvoirs publics (sécurité sociale, assurance chômage, État ou collectivités locales). Les organismes d'assurance interviennent en complément, en proposant une couverture de second niveau. En 2023, dernière année disponible pour ces données, la couverture des risques sociaux a représenté 31 % des cotisations de l'ensemble des organismes d'assurance⁵.

Les risques sociaux peuvent être distingués en trois catégories :

- (i) l'assurance « santé », dénommée assurance « frais de soins » dans la profession, qui correspond aux remboursements de dépenses de santé en nature qui complètent la prise en charge des dépenses de santé par l'Assurance maladie (les prestations connexes, comme par exemple les chambres particulières à l'hôpital, sont incluses dans l'activité « santé », mais les indemnités journalières sont incluses dans l'activité « prévoyance ») ;
- (ii) l'assurance « prévoyance », qui regroupe les risques « autres dommages corporels » (incapacité de travail – indemnités journalières, invalidité, dépendance, etc.), décès (vie entière, temporaire), perte d'emploi et famille ;
- (iii) l'assurance « retraite », qui regroupe la retraite supplémentaire, la préretraite et les indemnités de fin de carrière.

L'assurance santé constitue le principal risque social couvert par les organismes d'assurance : elle a représenté 15 % de l'ensemble des cotisations collectées en 2023 (hors réassurance et hors ORPS ; graphique 1.3). La prévoyance⁶ et la retraite ont représenté quant à elles respectivement 9 % et 7 % des cotisations des organismes d'assurance (hors ORPS) en 2023.

Les mutuelles et les institutions de prévoyance sont spécialisées dans la couverture des risques sociaux, à l'inverse des entreprises d'assurance. Les mutuelles sont plus particulièrement spécialisées en assurance santé, qui représente 81 % de leur chiffre d'affaires, devant la prévoyance (9 %) et la retraite (6 %). Le code de la mutualité autorise les mutuelles à exercer d'autres activités telles que la caution immobilière, la protection juridique ou l'assistance (encadré 1), mais celles-ci restent dans les faits marginales. Les deux principales activités des institutions de prévoyance sont la santé et la prévoyance (respectivement 47 % et 49 % des cotisations collectées), loin devant la retraite (3 %). Le code de la sécurité sociale auquel sont soumises les institutions de prévoyance ne leur permet pas d'exercer d'autres activités. Enfin, pour les entreprises d'assurance, l'activité de couverture des risques

³ Voir glossaire.

⁴ Voir glossaire.

⁵ Hors ORPS. Ces chiffres n'intègrent pas non plus l'activité de gestion des régimes Agirc-Arrco, Ircantec et RAFF, qui sont des régimes obligatoires de retraite.

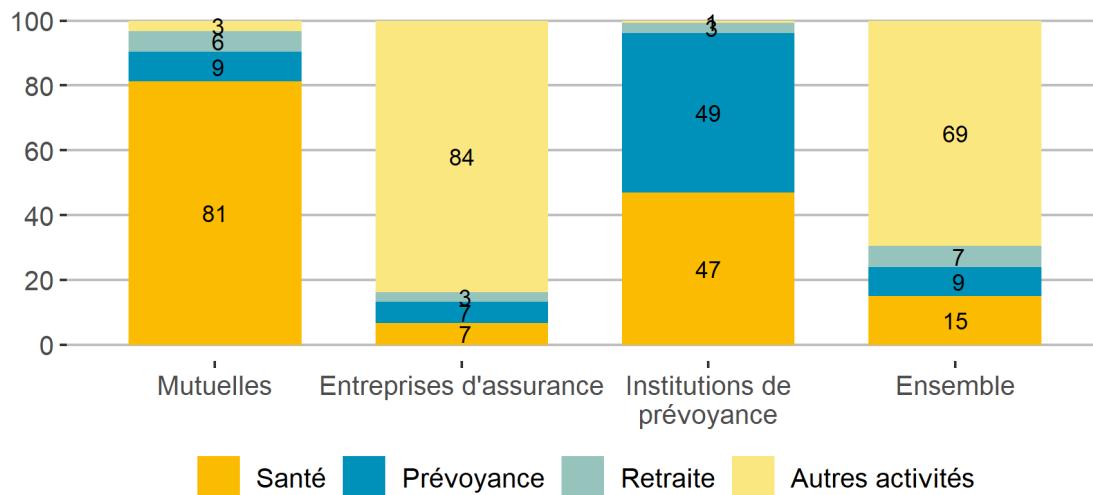
⁶ L'activité d'assurance du risque « décès vie entière » figurait jusque la dernière publication dans la prévoyance et a été depuis déplacé en dehors de la prévoyance, tout en restant considéré comme un risque social.

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

sociaux est plus minoritaire que pour les mutuelles et les institutions de prévoyance : elle ne représente que 16 % de leurs cotisations en 2023, dont 7 % pour la santé. En effet, le code des assurances les autorise à exercer une grande variété d'activités d'assurance qui dépasse largement le cadre des risques sociaux : assurance automobile, habitation, responsabilité civile, assurance vie, etc.

Graphique 1.3 – Répartition de l'activité par type d'organismes en 2023

En % des cotisations collectées



Note : La « santé » correspond aux remboursements de dépenses de santé en nature qui complètent la prise en charge des dépenses de santé par l'Assurance maladie (les prestations connexes, comme par exemple les chambres particulières à l'hôpital, sont incluses dans l'activité « santé », mais les indemnités journalières sont incluses dans l'activité « prévoyance »). La « prévoyance » regroupe les risques « autres dommages corporels » (incapacité de travail – indemnités journalières, invalidité, dépendance, etc.), décès (vie entière, temporaire), perte d'emploi et famille. La « retraite » regroupe la retraite supplémentaire, la préretraite et les indemnités de fin de carrière. Les « autres activités » incluent les contrats emprunteurs, l'assurance « décès vie entière », les activités de capitalisation et les autres activités Non vie (automobile, dommages aux biens, etc.).

Lecture : Pour les mutuelles, les cotisations hors taxe collectées en santé ont représenté 81 % de l'ensemble des cotisations hors taxe collectées en 2023.

Champ : Affaires directes (i.e. hors réassurance, voir glossaire) de l'ensemble des organismes contrôlés par l'ACPR au 31/12/2023, hors activité retraite des ORPS. Il s'agit de l'année la plus récente disponible pour ces données.

Source : ACPR, calculs DREES.

Encadré 1 : Le marché de l'assurance et sa double spécialisation juridique

Les acteurs du marché de l'assurance

En France, les organismes d'assurance peuvent être régis par trois codes :

- Le code de la mutualité. Les organismes relevant du code de la mutualité sont dénommés « mutuelles ». Ces mutuelles sont des organismes à but non lucratif qui appartiennent à leurs assurés et réinvestissent à leur profit les bénéfices qu'elles peuvent réaliser. Le code de la mutualité autorise les mutuelles à exercer essentiellement sur le champ des risques sociaux (santé, incapacité, invalidité, dépendance, décès, retraite, emploi, famille). Elles peuvent exercer quelques activités hors de ce champ (caution immobilière, protection juridique, assistance et capitalisation) mais celles-ci restent en pratique très marginales.
- Le code de la sécurité sociale. Les institutions de prévoyance, qui relèvent de ce code, sont également à but non lucratif. Elles appartiennent à leurs adhérents et participants et réinvestissent à leur profit les bénéfices qu'elles peuvent réaliser. Le code de la sécurité sociale ne leur permet d'exercer que des activités sur le champ des risques sociaux. Les institutions de prévoyance sont spécialisées sur la couverture des entreprises ou des branches professionnelles (contrats collectifs) et sont des organismes dits « paritaires » : leurs conseils

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

d'administration comportent, à égalité, des représentants des salariés et des employeurs des entreprises adhérentes.

- (iii) Le code des assurances. Les organismes relevant de ce code, qui sont majoritairement des entreprises d'assurance, peuvent exercer une plus grande variété d'activités d'assurance (assurance automobile, habitation, responsabilité civile, catastrophes naturelles, dommages aux biens, capitalisation et assurance vie, etc.). Les entreprises d'assurance peuvent être des mutuelles d'assurance (ou sociétés d'assurance mutuelles) ou des compagnies d'assurance. Les mutuelles d'assurance sont des organismes à but non lucratif qui appartiennent à leurs adhérents, nommés « sociétaires », et qui ont ainsi un fonctionnement proche de celui des mutuelles. Les compagnies d'assurance sont quant à elles des entreprises à but lucratif, qui appartiennent à leurs actionnaires.

Certains organismes d'assurance sont spécialisés sur des segments de marchés, qui peuvent être professionnels (spécialisés sur une entreprise, une administration, un secteur d'activité ou une profession) ou géographiques (une région, un département, etc.). D'autres organismes sont dits « généralistes » car ils s'adressent au grand public, c'est-à-dire à l'ensemble des particuliers ou à l'ensemble des entreprises (Montaut A., 2018a).

La double spécialisation juridique

Pour pratiquer une activité d'assurance donnée, l'organisme assureur doit au préalable avoir reçu une autorisation spécifique, dénommée « agrément », de la part de l'ACPR. Il existe 25 branches d'agrément d'assurance, qui recensent toutes les opérations pouvant être exercées par des organismes assureurs : maladie, incendie, responsabilité civile générale, autres dommages aux biens, vie-décès, etc.

Un organisme d'assurance qui pratique des opérations dépendant de la durée de la vie humaine (assurance dite « Vie » : retraite, décès, capitalisation et épargne) ne peut exercer simultanément les autres opérations d'assurance, dites « Non vie » (assurance de dommages corporels dont la santé, habitation, automobile, etc.), afin que « les promesses de longue durée faites aux assurés vie ne puissent être compromises par la survenance de sinistres incendie ou automobile » (Tosetti, 2011). Cette règle admet toutefois une exception : un organisme d'assurance Vie, qui est appelé alors organisme « Mixte », peut demander un agrément pour couvrir des risques de dommages corporels (santé, incapacité, invalidité, dépendance et accidents) afin de pouvoir proposer à ses clients toute la panoplie des assurances de personnes. « La plupart des grandes entreprises d'assurance européennes comportent à la fois une société Vie (ou Mixte) et une société Non vie, dont les patrimoines et les garanties de solvabilité sont distincts » (Tosetti, 2011). La faillite éventuelle de la filiale Vie par exemple ne doit pas pouvoir entraîner la faillite de la filiale Non vie, et réciproquement. En 2024, sur les 80 entreprises d'assurance exerçant en santé et ayant renseigné leurs comptes ACPR (annexe 1), il y avait 21 entreprises d'assurance Mixtes (exerçant une activité d'assurance Vie d'après le compte de résultat technique Vie FR.03.01) et 59 entreprises d'assurance Non vie. Parmi les 137 mutuelles ayant renseigné leurs comptes, il y avait 74 mutuelles Mixtes (lesquelles ont représenté environ 89 % des cotisations collectées en santé par les mutuelles, ce sont donc plutôt de grandes mutuelles) et 63 mutuelles Non vie (en moyenne plus petites, représentant 11 % des cotisations collectées en santé par les mutuelles). Quant aux 24 institutions de prévoyance exerçant en santé et ayant fourni leurs comptes, elles exercent aussi une activité Vie et sont donc des organismes Mixtes.

Enfin, au-delà de cette spécialisation Vie/Non vie, un organisme d'assurance ne peut exercer aucune autre activité hors du champ de l'assurance. Les mutuelles exerçant une activité d'assurance (appelées « mutuelles du livre II » du code de la mutualité) ne peuvent donc par exemple pas gérer des réalisations sociales ou sanitaires (mutuelles du livre III du code de la mutualité : centres de santé, cliniques, magasins d'optique, etc.), sauf si ces dernières sont accessoires et accessibles uniquement à ses membres participants et à leurs ayants droit, ou aux souscripteurs d'un contrat proposé par un organisme ayant passé une convention avec la mutuelle (L. 111-1 du code de la mutualité).

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

1.3 Sur le marché de l'assurance santé, le nombre de mutuelles a été divisé par plus de six depuis 2001

Le présent rapport porte plus particulièrement sur les organismes dits « complémentaires », c'est-à-dire ceux ayant une activité d'assurance santé. Ces organismes exerçant sur le marché de la complémentaire santé sont assujettis à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA, encadré 4). Perçue par l'Urssaf Île-de-France, cette taxe finance la complémentaire santé solidaire, qui fait office de complémentaire santé pour les assurés disposant de faibles ressources. Le champ de la « complémentaire santé » est ainsi défini par l'ensemble des organismes assujettis à la TSA, au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières ; voir annexe 1).

En 2024, 373 organismes ont versé de la TSA, et ont donc exercé une activité de complémentaire santé sur le territoire français : 249 mutuelles, 99 entreprises d'assurance et 25 institutions de prévoyance d'après l'Urssaf Caisse nationale (graphique 1.4). Ainsi, environ 80 % des organismes relevant du code de la mutualité et 80 % de ceux relevant du code de la sécurité sociale pratiquent une activité santé, contre seulement 30 % des organismes relevant du code des assurances⁷.

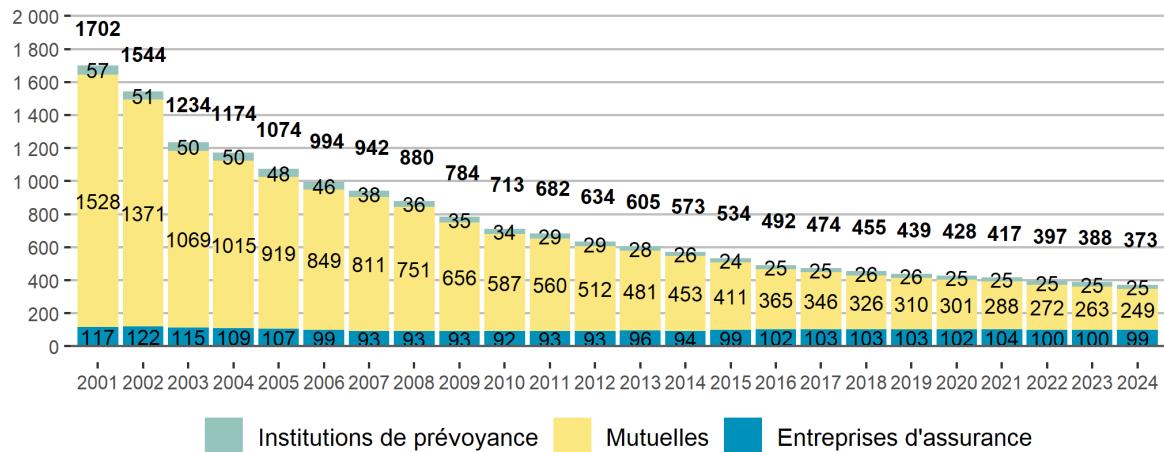
Depuis 2001, le nombre d'organismes présents sur le marché français de la complémentaire santé a été divisé par près de cinq. En particulier, le nombre de mutuelles assujetties à la TSA a été divisé par plus de six depuis cette date. Le nombre d'institutions de prévoyance a été divisé par plus de deux entre 2001 et 2015, et est stable depuis 2015. Le nombre d'entreprises d'assurance exerçant en santé a en revanche peu diminué depuis 2001 et est légèrement plus élevé aujourd'hui qu'au début des années 2010. Le nombre d'organismes exerçant en santé a continué de reculer en 2024. Ces dernières années, la mise en place du régime Solvabilité 2 et la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise ont pu contribuer à la concentration du marché dès leur annonce et avant même leur mise en œuvre en 2016.

Par rapport à ses voisins européens, la France se caractérise par un nombre d'organismes exerçant une activité d'assurance santé qui reste très élevé (Lafon, Montaut, 2017). Aux Pays-Bas ou au Royaume-Uni par exemple, une trentaine d'organismes seulement exercent ce type d'activité.

⁷ Ces deux dénombrements d'organismes (effectués à partir des données de l'ACPR ou de l'Urssaf Caisse nationale) ne sont pas parfaitement comparables. En effet, les organismes contrôlés par l'ACPR sont les organismes référencés en France et toujours actifs en fin d'année, tandis que l'Urssaf Caisse nationale comptabilise les organismes exerçant une activité d'assurance santé en France au moins sur une partie de l'année, ce qui inclut donc également des organismes étrangers exerçant en France (activité dite en « libre prestation de service ») ainsi que des organismes ayant cessé leur activité en cours d'année (encadré 2).

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

Graphique 1.4 – Nombre d'organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle



Lecture : En 2024, 249 mutuelles étaient assujetties à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire, au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières).

Champ : Organismes ayant versé une contribution CMU (période 2001-2010) ou une taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance maladie complémentaire (période 2011-2024) au cours de l'année, au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières). Les effectifs calculés sur ce champ peuvent différer du dénombrement en fin d'année utilisé par l'ACPR.

Source : Fonds C2S avant sa suppression au 1^{er} janvier 2021, puis Urssaf Caisse nationale.

1.4 Au sein des organismes actifs en santé, la majorité des entreprises d'assurance et des institutions de prévoyance réalise des chiffres d'affaires élevés, tandis que les mutuelles sont en général de plus petite taille

En 2024, la moitié des organismes qui ont exercé une activité santé ont eu un chiffre d'affaires total, i.e. toutes activités confondues, inférieur à 98 millions d'euros. Ces organismes sont ici conventionnellement qualifiés de « petits organismes d'assurance », tandis que ceux dont le chiffre d'affaires total a été supérieur à 98 millions d'euros sont qualifiés de « grands organismes d'assurance ». De même, la moitié des organismes complémentaires ont eu un chiffre d'affaires en santé (assimilé aux cotisations collectées en santé) inférieur à 51 millions d'euros, et sont ici qualifiés de « petits acteurs en santé », tandis que l'autre moitié, dont le chiffre d'affaires en santé a été supérieur à ce seuil, sont qualifiés de « grands acteurs en santé ».

Selon cette grille de lecture et cette approche relative, les institutions de prévoyance sont pour la plupart de grands organismes d'assurance et de grands acteurs en santé (tableau 1.5). Les entreprises d'assurance actives en santé sont généralement des organismes de grande taille, mais la moitié d'entre elles peuvent néanmoins être considérées comme de petits acteurs en santé. Enfin, les mutuelles sont une catégorie hétérogène, comportant de très grandes et de très petites structures.

Par rapport aux champs des entreprises d'assurance et des institutions de prévoyance, celui des mutuelles apparaît ainsi plus diversifié : même si elles ont tendance à se regrouper et à grossir, les mutuelles restent nombreuses et il existe toujours une frange de petites mutuelles de proximité. Alors qu'une mutuelle a géré en moyenne 95 millions d'euros de cotisations santé en 2024, une entreprise d'assurance active en santé a géré en moyenne 206 millions d'euros de cotisations santé et une institution de prévoyance 325 millions d'euros de cotisations santé.

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

Tableau 1.5 – Répartition des organismes exerçant une activité santé selon leur chiffre d'affaires total et en santé en 2024

En nombre d'organismes

Chiffre d'affaires total	Chiffre d'affaires en santé	Mutuelles	Entreprises d'assurance	Institutions de prévoyance	Ensemble
Grand	Grand	41	39	16	96
Grand	Petit	0	24	0	24
Petit	Grand	23	2	0	25
Petit	Petit	73	15	8	96
Ensemble	Ensemble	137	80	24	241

Note : « Grand » chiffre d'affaires total = supérieur à 98 millions d'euros, « Petit » chiffre d'affaires total = inférieur à 98 millions d'euros. « Grand » chiffre d'affaires en santé = supérieur à 51 millions d'euros, « Petit » chiffre d'affaires en santé = inférieur à 51 millions d'euros. Ces seuils correspondent aux médianes des chiffres d'affaires total ou en santé. Cette approche est relative dans la mesure où ces seuils peuvent évoluer d'une année sur l'autre. En 2023, ils étaient respectivement de 88 millions et 46 millions d'euros.

Lecture : Sur les 137 mutuelles assujetties à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières), contrôlées par l'ACPR au 31/12/2024 et ayant fourni leurs comptes, 41 peuvent être qualifiées d'organismes de grande taille en matière de chiffre d'affaires total et de chiffre d'affaires en santé.

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. Contrairement aux analyses présentées dans le reste du rapport, cette répartition des organismes est non pondérée et calculée uniquement sur les 241 organismes exerçant en santé et ayant fourni leurs comptes (voir annexe 1).

Source : ACPR, calculs DREES.

1.5 Le marché de la complémentaire santé est légèrement moins concentré en 2024 qu'en 2023

En 2024, les cotisations hors taxe⁸ collectées par les organismes d'assurance au titre de leur activité d'assurance santé (hors indemnités journalières) se sont élevées à 45,1 milliards d'euros d'après les données de l'Urssaf Caisse nationale et 46,5 milliards d'euros d'après les données de l'ACPR. L'écart entre ces deux sources de données s'explique notamment par des différences de champ (encadré 2). Sauf exception mentionnée, la suite de ce rapport s'appuie sur les données fournies par l'ACPR, qui sont les plus détaillées (prestations versées en regard des cotisations, charges de fonctionnement des organismes, solidité financière, etc.). **Le champ du rapport est ainsi constitué de 327 organismes**. Il s'agit, au sein des 373 organismes assujettis à la TSA au cours de l'année 2024, des organismes contrôlés par l'ACPR au 31 décembre 2024 (i.e. hors organismes étrangers ou en cessation et après prise en compte des fusions et scissions ayant eu lieu au cours de l'année 2024), hors mutuelles substituées⁹ (annexe 1).

Les vingt plus grands organismes en matière de chiffre d'affaires en santé (6 mutuelles, 11 entreprises d'assurance et 3 institutions de prévoyance) ont représenté à eux seuls 58 % du marché français de l'assurance santé en 2024 (tableau 1.6), légèrement moins qu'en 2023 (59 %). En 2011, les vingt organismes qui dominaient le marché concentraient 45 % de celui-ci, soit 13 points de moins qu'en 2024. Les cent organismes complémentaires les plus importants en matière de cotisations collectées ont représenté 92 % du marché en 2024 contre 84 % en 2011, d'après les données de l'ACPR.

⁸ Les cotisations considérées sont les cotisations émises nettes (voir glossaire).

⁹ Les cotisations et prestations d'une mutuelle substituée sont déjà comptabilisées dans les comptes de la mutuelle substituante dans les données de l'ACPR. Les mutuelles substituées sont donc écartées afin d'éviter des doubles comptes.

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

Tableau 1.6 – Parts de marché des plus grands acteurs de la complémentaire santé en 2024

Nombre d'organismes, et parts de marché en % des cotisations collectées en santé

	Mutuelles	Entreprises d'assurance	Institutions de prévoyance	Parts de marché 2024	Parts de marché 2011
Top 10	3	4	3	41	29
Top 20	6	11	3	58	45
Top 50	21	19	10	79	68
Top 100	48	37	15	92	84
Ensemble du champ : 327 organismes	214	89	24	100	100

Note : Les plus grands organismes de 2024 ne sont pas nécessairement les mêmes que ceux de 2011.

Lecture : En 2024, les 10 plus grands organismes en matière de chiffre d'affaires en santé (3 mutuelles, 4 entreprises d'assurance et 3 institutions de prévoyance) ont collecté 41 % de l'ensemble des cotisations en santé en 2024. En 2011, les 10 plus grands organismes avaient collecté 29 % des cotisations totales.

Champ : Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année, hors mutuelles substituées (voir annexe 1).

Source : ACPR, calculs DREES.

Encadré 2 : Les états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR

L'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) est l'organe de supervision français de la banque et de l'assurance. Autorité administrative indépendante, elle veille à la préservation de la stabilité du système financier et à la protection des clients, assurés, adhérents et bénéficiaires des organismes soumis à son contrôle.

Afin d'assurer sa mission, l'ACPR collecte chaque année auprès des organismes d'assurance divers éléments comptables et financiers, appelés « états comptables et prudentiels ». L'ACPR collecte également, pour le compte de la DREES, quatre états supplémentaires, appelés « états statistiques ». L'ACPR transmet l'ensemble de ces états à la DREES, à des fins statistiques, en vertu de l'article L862-7 e) du code de la sécurité sociale. Ces états constituent la source de données principale du présent rapport. Ils alimentent également les comptes nationaux de la santé et ceux de la protection sociale, dont la DREES a la charge.

Les principaux états utilisés pour réaliser ce rapport sont les suivants :

- bilans (états FR.02.01 et S.02.01) : actifs et passifs du bilan des organismes ;
- comptes de résultat technique (états FR.03.01, FR.03.02 et FR.03.03) : produits, charges et résultat technique ;
- comptes de résultat technique par catégorie d'assurances (états FR.13.01, FR.13.02 et FR.13.03) : produits, charges et résultat technique, par catégorie d'assurances ;
- états Solvabilité 2 (état S.23.01) pour les organismes soumis à Solvabilité 2, engagements réglementés et marge de solvabilité (états C5 et C6) pour ceux qui restent soumis à Solvabilité 1 ;
- nombre de personnes assurées, couvertes et de bénéficiaires par type de garanties (état FR.14.01) ;
- cotisations et prestations par type de garanties (état FR.14.02) ;
- prestations santé par type de soins (état FR.14.03) ;
- frais de gestion des organismes complémentaires (état FR.14.04).

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

Sur le champ des organismes assujettis en 2024 à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA) au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières, annexe 1), 45,1 milliards d'euros de cotisations ont été collectées sur le marché de la complémentaire santé en 2024 d'après les données de l'Urssaf Caisse nationale, contre 46,5 milliards d'euros d'après les calculs de la DREES réalisés sur la base des états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR (tableau 1.7).

Tableau 1.7 – Montant de cotisations en santé en 2024

En milliards d'euros

	Données de l'Urssaf Caisse nationale	Données issues des états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR	Écart (en %)
Mutuelles	20,2	20,3	0,8
Entreprises d'assurance	17,2	18,3	6,3
Institutions de prévoyance	7,6	7,8	2,4
Ensemble	45,1	46,5	3,2

Note : Les cotisations présentées ici, pour les données de l'Urssaf Caisse nationale comme pour les données de l'ACPR, sont les cotisations émises nettes (voir glossaire) en santé (hors indemnités journalières).

Lecture : En 2024, les mutuelles ont collecté 20,2 milliards d'euros d'après les données de l'Urssaf Caisse nationale et 20,3 milliards d'euros d'après les calculs de la DREES réalisés sur la base des états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR, soit un écart de 0,8 % entre les deux sources de données.

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

Source : Urssaf Caisse nationale, ACPR, calculs DREES.

L'écart entre les deux sources s'explique par différents facteurs :

- il peut exister des décalages comptables d'enregistrement : la taxe est liquidée chaque trimestre, et au plus tard un mois après la fin de celui-ci, tandis que les comptes ACPR sont renseignés après la fin de l'année ;
- les données de l'ACPR et de l'Urssaf Caisse nationale incluent les contrats au premier euro (voir glossaire), mais les données de l'Urssaf Caisse nationale ne les incluent que pour les personnes résidant en France (les expatriés ne sont pas dans le champ de l'Urssaf Caisse nationale) ;
- les organismes contrôlés par l'ACPR sont les organismes référencés en France et toujours actifs en fin d'année, tandis que l'Urssaf Caisse nationale comptabilise les organismes exerçant une activité d'assurance santé en France au moins sur une partie de l'année, ce qui inclut donc également des organismes étrangers exerçant en France (activité dite en « libre prestation de service ») ainsi que des organismes ayant cessé leur activité en cours d'année (annexe 1) ;
- les données de l'ACPR et de l'Urssaf Caisse nationale incluent toutes les deux les garanties « frais de soins » qui sont accessoires à des contrats dont la garantie principale est un autre type de garantie ; toutefois les données de l'ACPR peuvent également inclure les garanties accessoires aux contrats « frais de soins » (ex : une garantie dépendance), ce qui n'est pas le cas des données de l'Urssaf Caisse nationale ;
- dans certains groupes de protection sociale, d'assurance ou unions de mutuelles, une ou plusieurs sociétés peuvent s'acquitter de la TSA au titre d'autres organismes du groupe, alors que les comptes sont envoyés pour chaque organisme à l'ACPR.

Les données comptables de ce rapport commencent en 2011, pour des raisons techniques. En 2011, la taxe de solidarité additionnelle a remplacé la contribution CMU. Jusqu'en 2010, les cotisations déclarées dans les états incluaient la contribution tandis que, depuis 2011, elles l'excluent. En pratique, la transition de la contribution CMU vers la taxe de solidarité additionnelle s'est quasiment achevée dès

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

2011 (moins de 5 % des cotisations étaient encore concernées par la contribution en 2011). Les données de 2011 sont exprimées ici hors taxe, de manière à pouvoir être comparées à celles des années suivantes. Ce rapport présente ainsi systématiquement des séries à partir de l'année 2011. En revanche, les années 2010 et antérieures nécessitant des retraitements plus lourds pour être comparables aux années 2011 et suivantes, elles ne sont pas présentées dans ce rapport.

1.6 Le marché de la complémentaire santé est majoritairement constitué en groupes, qui ont collecté 85 % des cotisations santé en 2024

Outre les fusions et absorptions, les organismes se rapprochent aussi par le biais de groupes d'assurance qui permettent à leurs membres de nouer des solidarités financières et de coordonner leurs stratégies. Ces groupes peuvent être capitalistiques ou non, et peuvent mêler à la fois des mutuelles, des entreprises d'assurance et des institutions de prévoyance.

L'établissement d'un groupe non capitalistique nécessite la création d'une structure dédiée qui peut relever du Code de la mutualité (union mutualiste de groupe [UMG]), du Code de la Sécurité sociale (société de groupe assurantiel de protection sociale [SGAPS]) ou du Code des assurances (société de groupe d'assurance mutuelle [SGAM]). Au sein des groupes non capitalistiques, les organismes nouent des relations financières fortes et durables sous l'égide de la structure qui exerce, au moyen d'une coordination centralisée, une influence dominante sur les décisions des organismes affiliés, y compris financières, et des pouvoirs de contrôle sur ceux-ci.

Les groupes capitalistiques sont quant à eux caractérisés par des liens de capital : ils ont à leur tête une entreprise-mère, qui peut être un organisme détenant des parts financières des autres membres, ou une société de groupe d'assurance (SGA) régie par le Code des assurances. Les organismes d'assurance peuvent également dépendre de groupes bancaires. D'autres formes de groupements existent également, permettant simplement à leurs membres de mettre en commun des moyens ou d'établir des partenariats. Dans ces autres formes de groupements toutefois, les membres gardent toute leur autonomie de décision et peuvent donc être en concurrence.

En 2024, 51 groupes sont présents sur le marché de l'assurance santé (tableau 1.8), dont 25 groupes non capitalistiques et 26 groupes capitalistiques. Ce nombre est quasi-stable par rapport à 2017 (50 groupes en 2017). Ces groupes recouvrent un peu moins de la moitié des organismes complémentaires, mais ils représentent la grande majorité du marché : en 2024, ils ont collecté 85 % des cotisations santé. La concentration du marché est plus marquée en considérant les groupes qu'en considérant les organismes : les 5 plus grands groupes ont récolté 47 % des cotisations santé totales en 2024.

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

Tableau 1.8 – Nombre d'organismes et de groupes d'assurance présents sur le marché de l'assurance santé en 2024

En nombre de groupes et d'organismes

Catégorie	Type de la tête de groupe	Nombre de groupes	Nombre total d'organismes actifs en santé	dont Mutuelles	dont Entreprises d'assurance	dont Institutions de prévoyance	Part dans les cotisations santé (en %)
Non capitalistiques	UMG	5	18	18	0	0	15
	SGAM	11	46	18	19	9	28
	SGAPS	9	23	11	3	9	9
Capitalistiques	Mutuelle	4	6	5	1	0	1
	Entreprise d'assurance	11	28	0	28	0	15
	Institution de prévoyance	0	0	0	0	0	0
	SGA	11	18	0	18	0	18
Ensemble des groupes		51	139	52	69	18	85
Organismes indépendants			188	162	20	6	15
Ensemble des organismes			327	214	89	24	100

SGA : société de groupe d'assurance ; SGAM : société de groupe d'assurance mutuelle ; SGAPS : société de groupe assurantiel de protection sociale ; UMG : union mutualiste de groupe.

1 - Pour des raisons de champ légèrement différent (mutuelles substituées notamment), le nombre total d'organismes est ici inférieur à celui présenté dans d'autres tableaux ou graphiques du présent ouvrage (pour plus de détails, voir annexe 1).

Note : Les organismes complémentaires peuvent également faire partie d'autres types de groupes (notamment bancaires), non référencés dans ce tableau.

Lecture : En 2024, les groupes actifs en santé et dont la tête de groupe est une mutuelle sont au nombre de 4, et contiennent 5 mutuelles et 1 entreprise d'assurance actives en santé.

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 mutuelles substituées.

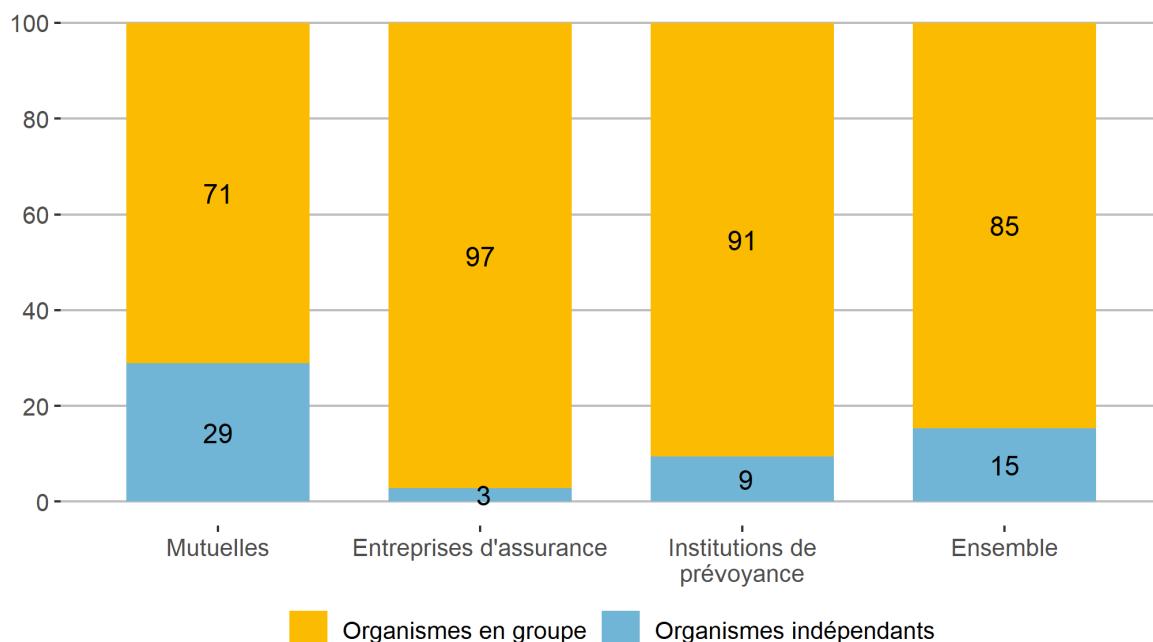
Source : ACPR, calculs DREES.

Les entreprises d'assurance sont les organismes qui appartiennent le plus à des groupes : en 2024, 97 % de leurs cotisations ont été collectées au sein de groupes (graphique 1.9). Les mutuelles sont les organismes les moins présents dans des groupes : en 2024, 71 % de leurs cotisations sont collectées par des mutuelles appartenant à un groupe d'assurance.

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 morale¹⁰, 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 2024¹¹. 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

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

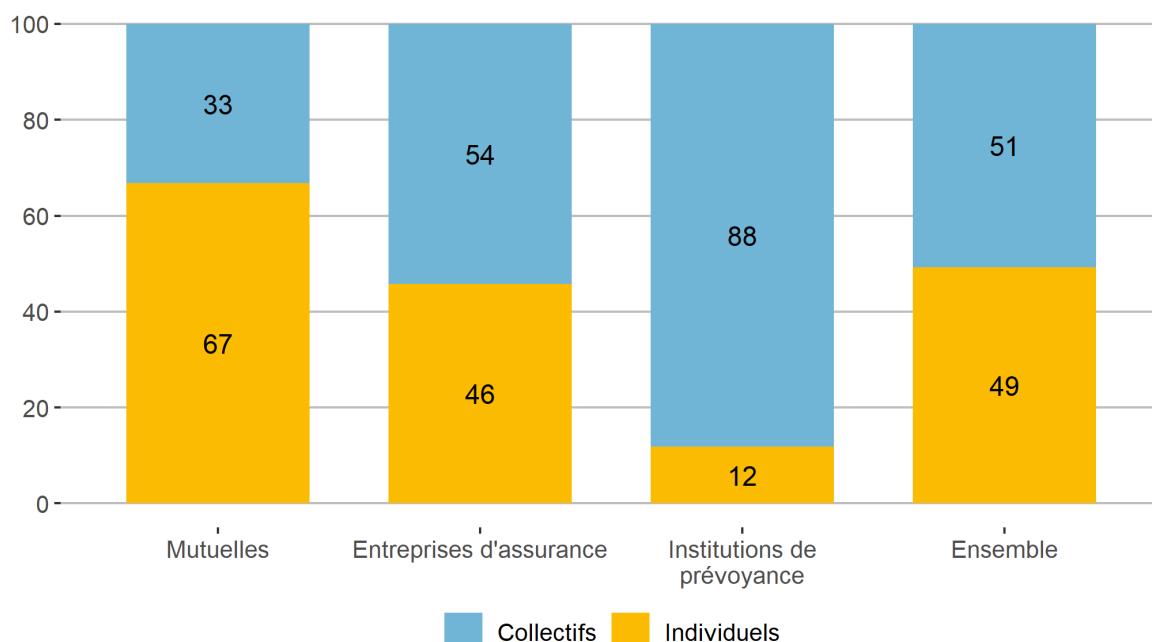
¹¹ Leurs contrats individuels sont spécifiques puisque destinés aux anciens salariés chômeurs au titre du mécanisme de portabilité des droits prévu à l'article L.911-8 du code de la sécurité sociale, et surtout aux retraités des entreprises couvertes en collectif au titre des dispositions de l'article 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 individuels¹². Depuis le 1^{er} 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.

¹² 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^{er} 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^{er} janvier 2016)

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a été introduite par l'article 1^{er} 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 »¹³ 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^{er} 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^{er} 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^{er} 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^{er} janvier 2020. Les équipements de la classe B ont des tarifs libres et une prise en charge limitée par les organismes complémentaires.

¹³ 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).

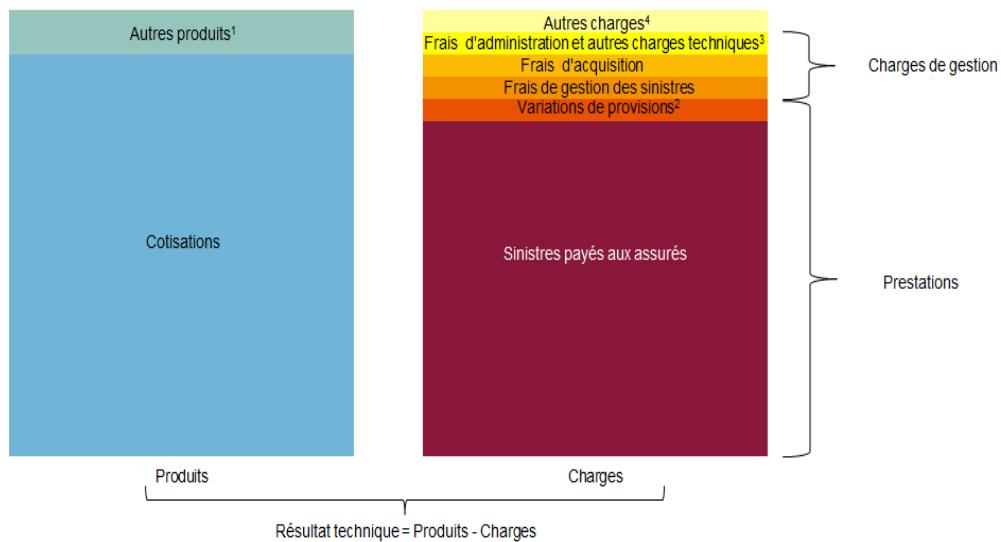
1 Mutuelles, entreprises d'assurance et institutions de prévoyance se partagent le marché de l'assurance santé, qui a tendance à se concentrer depuis plusieurs années

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^{er} janvier 2020, le panier « 100 % santé » comporte une offre en bridges et couronnes dentaires, élargie depuis le 1^{er} janvier 2021 aux prothèses amovibles.

2 Les cotisations collectées en santé ont augmenté fortement en 2024

Les produits de l'activité assurantielle correspondent principalement aux cotisations collectées hors taxe (graphique 2.1). Dans ce rapport, le point de vue est celui des organismes d'assurance. L'objectif est d'évaluer leur situation financière. Les cotisations et les différents ratios (prestations, charges, résultat technique rapportés aux cotisations) sont systématiquement présentés hors TSA¹⁴, car ce sont sur ces cotisations hors taxe que les organismes exercent leur métier d'assurance, engagent des frais de gestion, reversent des prestations, réalisent le cas échéant des profits, etc.

Graphique 2.1 – Représentation simplifiée des produits et des charges techniques



Note : Les proportions présentées dans ce schéma ne correspondent pas à la réalité. Cotisations hors taxe. Les prestations sont les charges de prestations hors frais de gestion des sinistres. En 2024, les prestations et les charges de gestion ont représenté respectivement 79 % et 19 % des cotisations collectées.

1 : Autres produits = produits financiers nets, variations de provisions pour cotisations non acquises, subventions d'exploitation ;

2 : Variations de provisions = variations des provisions techniques (pour sinistres à payer, recours à encaisser et autres), et participation aux excédents ou résultats incorporée dans l'exercice ;

3 : Frais d'administration et autres charges techniques nets des autres produits techniques ;

4 : Autres charges = participation aux excédents, charges de réassurance nettes des produits de réassurance.

Source : DREES.

Les charges comprennent les charges de prestations hors frais de gestion des sinistres, dénommées par la suite prestations, c'est-à-dire la somme des sinistres payés aux assurés (remboursement des frais de soins¹⁵) et des variations des provisions pour sinistres à payer (l'organisme assureur provisionne tous les sinistres survenus à la date de clôture et non encore ou non suffisamment réglés, y compris ceux dont il n'a pas encore connaissance mais statistiquement prévisibles, ceux déclarés mais non encore indemnisés, etc.). Les charges comprennent aussi l'ensemble des charges de gestion des organismes, qui comprennent les frais de gestion des sinistres (traitement des feuilles de soins, des contentieux, etc.), les frais d'acquisition engagés pour attirer de nouveaux clients (frais de réseaux, de publicité, etc.), les frais d'administration, liés à la gestion des contrats (modifications dans les contrats des assurés, gestion des réseaux de soins, etc.) et les autres charges techniques (évolution des systèmes d'information, des exigences réglementaires, etc.).

¹⁴ Les cotisations, tout comme les prestations, ne tiennent pas non plus compte de la complémentaire santé solidaire. Avant la réforme de la complémentaire santé solidaire, elles incluaient l'aide au paiement d'une complémentaire santé (ACS), en produits comme en charges.

¹⁵ Les sinistres payés incluent également la contribution des organismes complémentaires au financement forfaitaire des médecins traitants.

Enfin, le résultat technique en santé représente la différence entre l'ensemble des produits et l'ensemble des charges liées à l'activité santé pour une année donnée. Un résultat technique positif est donc synonyme d'excédents pour l'activité santé.

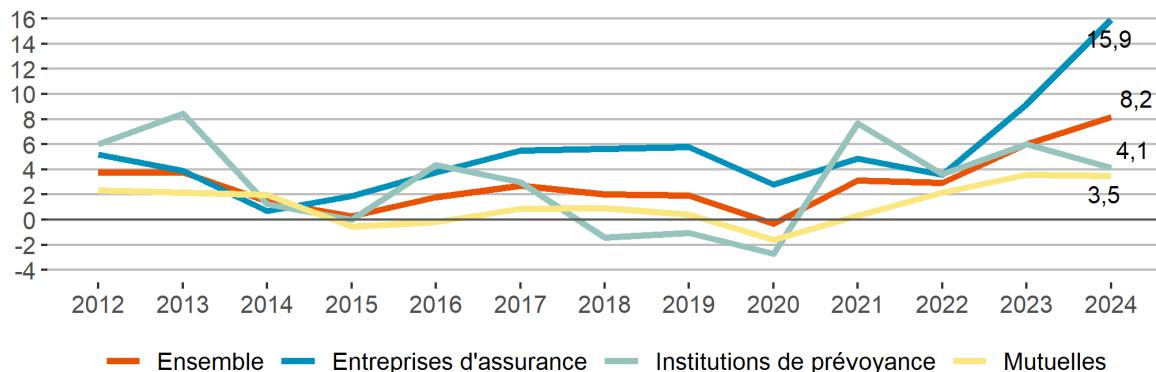
2.1 Les cotisations en santé ont été très dynamiques en 2024

En 2024, les organismes complémentaires ont collecté 46,5 milliards d'euros d'après les données de l'ACPR, hors taxe¹⁶, soit 3,5 milliards d'euros de plus qu'en 2023. Elles accélèrent nettement en 2024 : +8,2 % après +6,0 %. Cette hausse des cotisations collectées est la plus forte enregistrée depuis 2012, première année pour laquelle ces données sont disponibles. Les variations des cotisations peuvent résulter des évolutions du nombre de personnes couvertes mais aussi de revalorisations tarifaires ou de changements dans les niveaux de garanties des contrats souscrits.

En 2024, les cotisations collectées en santé ont augmenté de 15,9 % pour les entreprises d'assurance, et de 4,1 % pour les institutions de prévoyance ; celles des mutuelles ont moins progressé (+3,5 %). La très forte progression des cotisations collectées par les entreprises d'assurance, au plus haut depuis 2012, s'explique en partie par un transfert de portefeuille de la mutuelle La Mutuelle Générale vers l'entreprise d'assurance LMG Assurances. Sans ce transfert de portefeuille, les cotisations collectées par les entreprises d'assurance auraient augmenté de +12,3 % en 2024 et celles collectées par les mutuelles de +6,4 %. Ainsi, en prenant en compte ce transfert, les cotisations collectées par les mutuelles ont augmenté en 2024 à un rythme supérieur à 2023.

Graphique 2.2 – Évolution de la masse des cotisations en santé par type d'organismes complémentaires

Évolution en %



Lecture : Entre 2023 et 2024, les cotisations collectées par les entreprises d'assurance ont augmenté de 15,9 %.

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

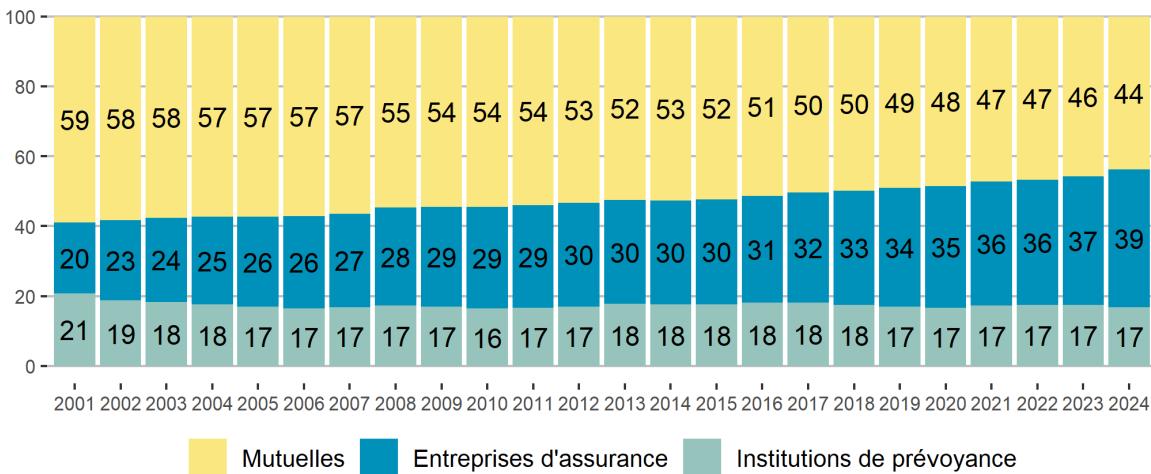
Source : ACPR, calculs DREES.

Au global, les mutuelles ont collecté 44 % des cotisations (graphique 2.3), contre 39 % pour les entreprises d'assurance et 17 % pour les institutions de prévoyance. La part de marché des entreprises d'assurance a continué d'augmenter en 2024 comme au cours des années précédentes, tandis que celle des mutuelles a de nouveau diminué. Sur les +2,0 points de parts de marché que les entreprises d'assurance ont gagné en 2024 par rapport à 2023, +1,1 point provient du transfert de portefeuille de la mutuelle La Mutuelle Générale vers l'entreprise d'assurance LMG Assurances.

¹⁶ Les cotisations considérées sont les cotisations émises nettes (voir glossaire).

Graphique 2.3 – Parts de marché en santé des trois catégories d'organismes

En % des cotisations collectées



Note : La source Fonds C2S ayant une plus grande profondeur historique que la source ACPR, les données ACPR ont été rétropolées pour les années avant 2011, sur la base des données du Fonds C2S.

Lecture : En 2024, les cotisations collectées en santé par les mutuelles ont représenté 44 % de l'ensemble des cotisations collectées en santé par les trois types d'organismes complémentaires.

Champ : Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (à partir de 2011) ou à la contribution CMU (avant 2011) au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières). Parts de marché en matière de cotisations collectées.

Source : Données ACPR, rétropolées avant 2011 sur la base des données du Fonds C2S, calculs DREES.

Chaque année, des organismes peuvent entrer ou sortir du périmètre de surveillance de l'ACPR ou changer de catégorie d'organismes¹⁷. Ces mouvements de champ peuvent expliquer une partie des évolutions des cotisations et des parts de marché des trois catégories. En 2024, il n'y a pas eu de mouvements entre types d'organismes hormis l'important transfert de portefeuille de la mutuelle La Mutuelle Générale vers l'entreprise d'assurance LMG Assurances.

2.2 En 2024, les masses totales de cotisations collectives et de cotisations individuelles ont été de même ampleur

En 2024, les cotisations collectives en santé ont augmenté de 9,5 % (+2,1 milliards d'euros), ce qui est la plus forte hausse annuelle des cotisations collectives depuis 2012 (première année de disponibilité des données). Les cotisations individuelles¹⁸ ont progressé de 6,8 % (+1,5 milliard d'euros, graphique 2.4), également au rythme le plus élevé depuis 2012. Depuis 2012, à l'exception de 2014, les cotisations collectives en santé ont davantage augmenté que les cotisations individuelles^{19 20} ; ce

¹⁷ Chaque année, des sociétés entrent ou sortent du champ du secteur de la complémentaire santé ou sont transférées d'un secteur à l'autre : certaines sociétés entrent sur le marché de la complémentaire santé, ou absorbent tout ou partie du portefeuille d'un organisme d'un autre secteur ; certaines interrompent ou cèdent tout ou partie de leur activité santé ; d'autres peuvent être rachetées ou cédées par une société étrangère qui ne fournit donc pas ses comptes à l'ACPR. Ces mouvements de champ peuvent expliquer une partie des évolutions, au niveau le plus agrégé ou par famille d'organismes (mutuelles, entreprises d'assurance ou institutions de prévoyance).

¹⁸ Le transfert de la mutuelle La Mutuelle Générale vers l'entreprise d'assurance LMG Assurances est sans effet sur la répartition des cotisations entre contrats individuels et contrats collectifs.

¹⁹ En 2014, la hausse des cotisations individuelles (+1,8 %) avait été plus forte que celle des cotisations collectives (+1,1 %). Cela s'explique par des sorties de champ : les entreprises d'assurance Allianz Vie et Allianz IARD avaient en effet cédé leur activité de couverture santé « internationale » (principalement des contrats collectifs à l'étranger) à une autre filiale du groupe Allianz, hors du champ du présent rapport. Pour les organismes présents à la fois en 2013 et 2014, les cotisations des contrats collectifs avaient augmenté plus vite (+3,1 %) que celles des contrats individuels (+1,8 %).

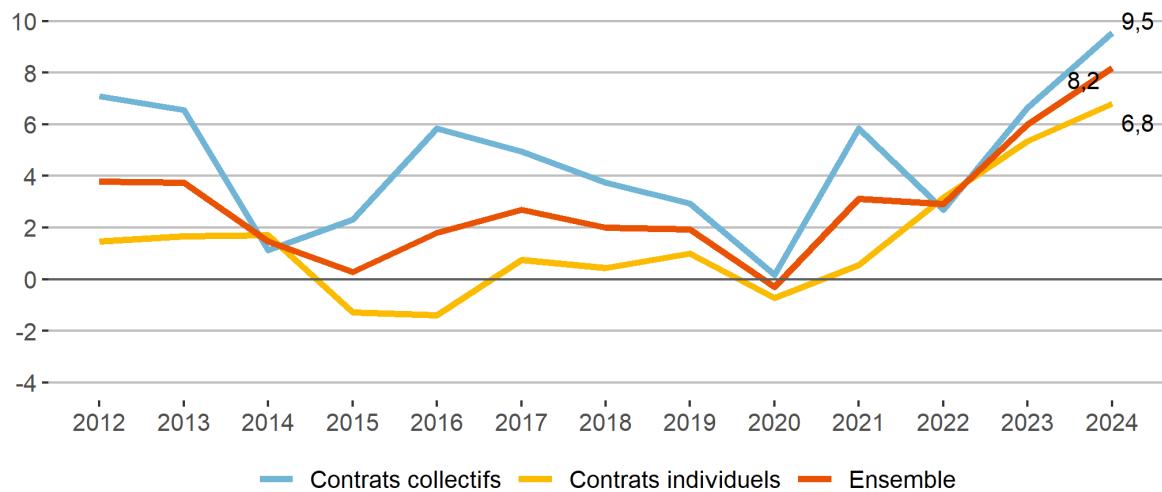
²⁰ En 2023, il apparaît que les cotisations collectées par les mutuelles croissent plus vite en individuel qu'en collectif, à rebours de ce qui s'observe pour les entreprises d'assurance et les institutions de prévoyance. Cependant, le partage des cotisations collectées par les mutuelles pour l'année 2022 entre individuel et collectif est biaisé par la non-réponse ponctuelle d'une mutuelle importante, et réalisant quasiment toute son activité en individuel. Cette non-réponse entraîne une sous-estimation de la part de

Le mouvement de fond avait donc commencé avant la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise au 1^{er} janvier 2016. En 2024, la croissance des cotisations collectées est tirée par les entreprises d'assurance, en contrats individuels comme en contrats collectifs (graphique 2.5).

En 2024, les contrats collectifs ont représenté 51 % des cotisations collectées en santé, soit légèrement plus qu'en 2023¹ (graphique 2.6).

Graphique 2.4 – Évolution de la masse des cotisations en santé par type de contrats

Évolution en %



Lecture : Entre 2023 et 2024, les cotisations collectées en contrats individuels ont augmenté de 6,8 %.

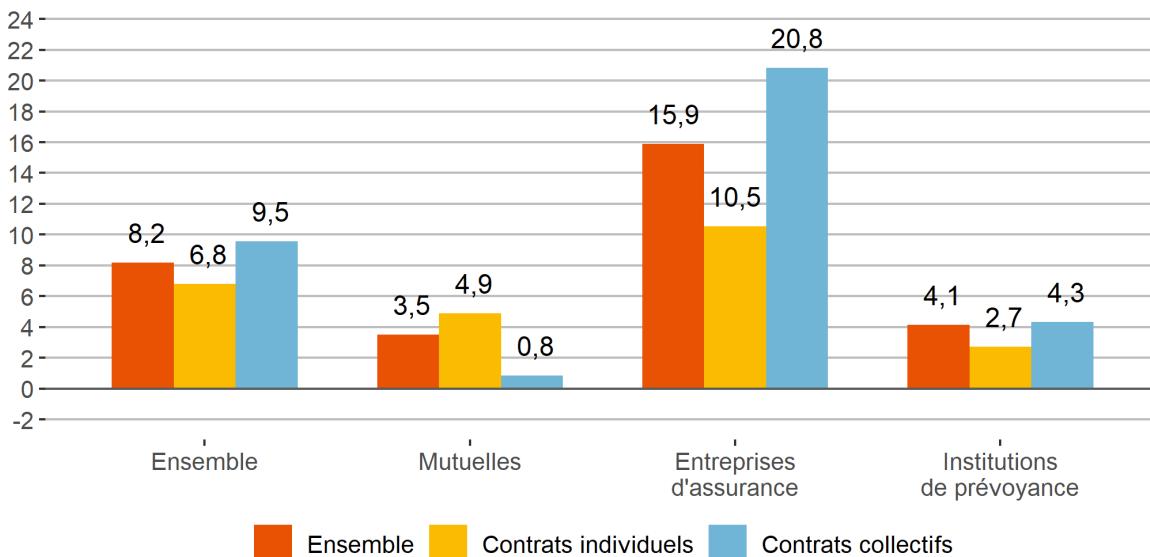
Champ : Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

¹l'activité en individuel en 2022 qui se traduit par une sous-estimation de la croissance des cotisations collectées par les mutuelles en individuel entre 2021 et 2022, puis une surestimation entre 2022 et 2023. Le taux de croissance agrégé pour les mutuelles ne souffre en revanche d'aucun biais.

Graphique 2.5 – Évolution de la masse des cotisations en santé entre 2023 et 2024, par type d'organismes et de contrats

Évolution entre 2023 et 2024 en %



Lecture : Entre 2023 et 2024, les cotisations collectées par les entreprises d'assurance ont augmenté de 15,9 %.

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

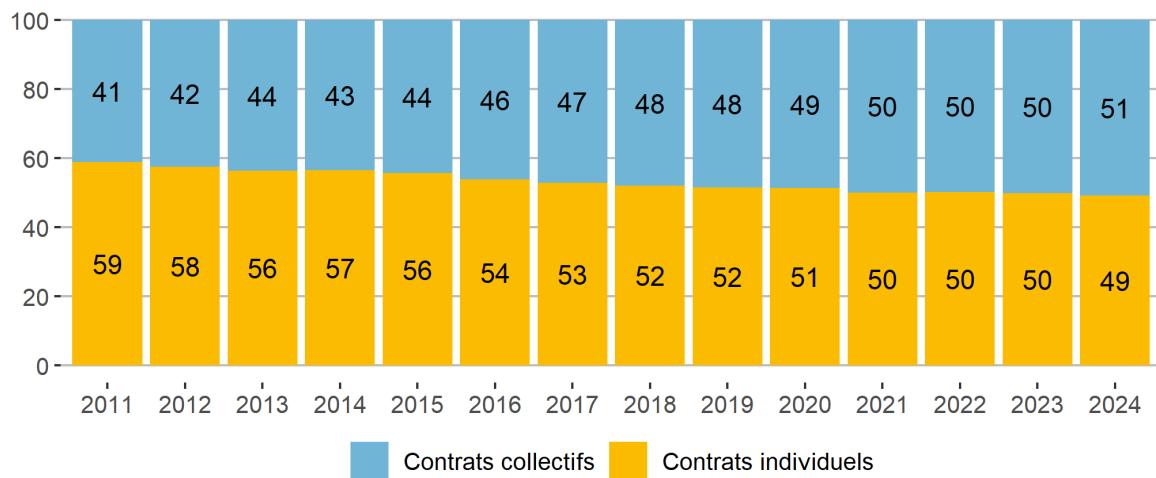
Source : ACPR, calculs DREES.

En 2015, dernière année avant la mise en place de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, la part des contrats collectifs s'élevait à 44 %. Entre 2015 et 2024, les contrats collectifs ont gagné 6,4 points de parts de marché. La hausse de la part des contrats collectifs a connu un rythme particulièrement soutenu en 2016 (+1,8 point). En favorisant le dynamisme de l'activité en collectif, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise aurait donc contribué à la hausse de la part de ces contrats. Cette tendance à la hausse de la part des contrats collectifs est cependant visible depuis au moins 2011. Ainsi, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise ne semble pas avoir généré une transformation brutale du marché, mais plutôt l'avoir accentuée. En effet, de nombreuses entreprises couvraient déjà leurs salariés via des contrats collectifs avant 2016 : d'après l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017, 51 % des établissements couvrant 74 % des salariés proposaient déjà une complémentaire santé avant que cela ne devienne obligatoire. En 2017, 84 % des établissements du champ de l'enquête²¹, employant 96 % des salariés, proposaient un contrat de complémentaire santé. La quasi-totalité des salariés (97 %) bénéficiaient d'une complémentaire santé, individuelle ou collective, avant 2016. La réforme a donc conduit à accroître la part de salariés couverts par une complémentaire collective, en partie du fait de salariés nouvellement couverts, mais principalement via un transfert de salariés couverts par une couverture complémentaire individuelle vers une complémentaire collective. Par ailleurs, des dispenses d'adhésion aux contrats collectifs sont permises par la loi (bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, salariés ou conjoints déjà couverts à titre collectif, travailleurs en contrats courts). À la suite de la généralisation, en 2017, 14 % des salariés ont fait valoir une dispense d'adhésion parmi les 17 % qui déclarent ne pas être couverts via la complémentaire santé de leur entreprise (Barlet et al., 2019). En outre, les salariés préalablement couverts par un contrat individuel avaient aussi la possibilité d'attendre l'échéance de ce dernier avant de basculer sur le contrat collectif de leur employeur, afin de ne pas être contraints de financer une double couverture.

²¹ Le champ de l'enquête PSCE est l'ensemble des établissements employant au moins un salarié, tous secteurs confondus, à l'exception de ceux attachés à la fonction publique d'État, territoriale ou hospitalière, de ceux menant des activités extraterritoriales et des particuliers employeurs.

Graphique 2.6 – Part des contrats individuels et collectifs dans l'ensemble des cotisations en « frais de soins » entre 2011 et 2024

En % des cotisations collectées



Lecture : En 2024, les contrats individuels ont représenté 49 % de l'ensemble des cotisations collectées en santé.

Champ : Organismes d'assurance assujettis à la contribution ou à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

3 Les prestations servies aux assurés ont nettement augmenté en 2024 mais à un rythme moindre qu'en 2023

En 2024, les prestations servies aux assurés se sont élevées à 36,8 milliards d'euros. Elles ont augmenté de 5,4 % (+1,9 milliard d'euros). Ces prestations correspondent aux charges liées à l'indemnisation des assurés. Elles comprennent non seulement les sinistres payés, qui incluent généralement la contribution au forfait patientèle médecin traitant (FPMT, encadré 4), mais également les variations de provisions pour sinistres. En revanche, elles ne tiennent pas compte des prestations versées au titre de la complémentaire santé solidaire (encadré 5).

3.1 En 2024, les prestations versées par les organismes complémentaires ont ralenti

Entre 2023 et 2024, les charges de prestations (hors frais de gestion des sinistres) ont augmenté (+5,4 %, soit +1,9 milliard d'euros), mais moins qu'en 2023 (+6,4 % en 2023, soit +2,1 milliards d'euros). L'augmentation des prestations en 2024 constitue la seconde plus forte hausse observée depuis 2012, première année pour laquelle le rapport fournit cette donnée en évolution.

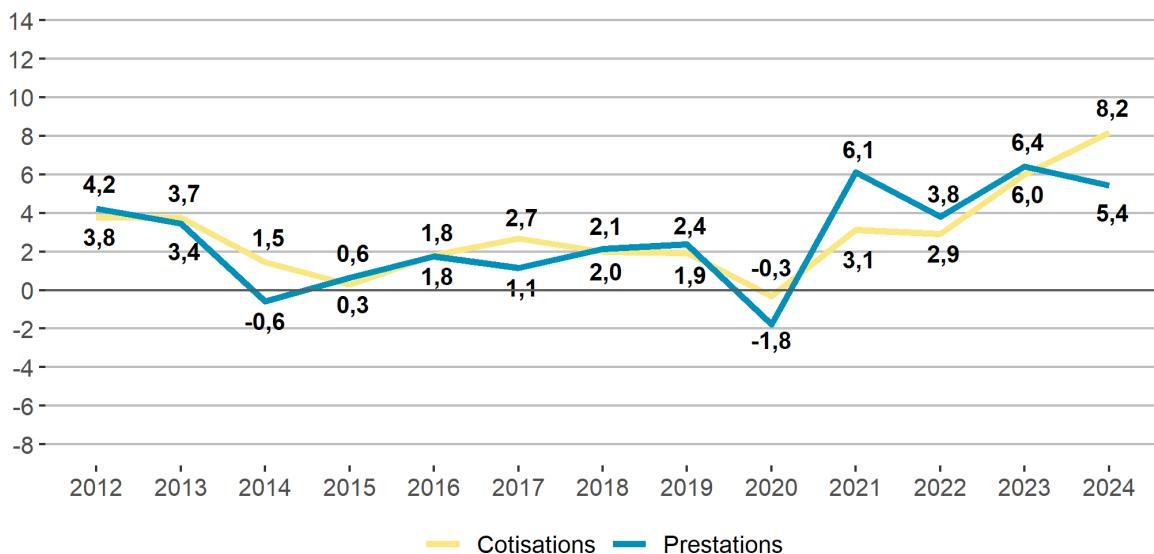
Sur le champ de la consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), retenu pour les comptes nationaux de la santé²², les prestations des organismes complémentaires ont augmenté de 6,2 % entre 2023 et 2024 (Delecourt, Didier, et al. (2025)). La part des organismes complémentaires dans le financement de la CSBM, qui avait fortement baissé au début de la crise sanitaire (12,0 % en 2020, après 13,0 % en 2019), s'était redressée en 2021 (à 12,5 %) puis était restée quasi-stable jusque 2023. En 2024, la part de la CSBM financée par les organismes complémentaires a augmenté de 0,3 point, à 12,8 %, notamment sous l'effet de transferts de remboursements de l'Assurance maladie obligatoire vers les organismes complémentaires intervenus fin 2023 sur les soins dentaires (Delecourt, Didier, et al. (2025)). Elle demeure inférieure à la part financée par ces organismes avant la crise sanitaire.

En 2024, les prestations des organismes complémentaires sur le champ de la CSBM ont principalement été tirées à la hausse par les dépenses de soins ambulatoires (soins et prothèses dentaires, médecins et sages-femmes, etc., soit près de la moitié des prestations des complémentaires santé sur le champ de la CSBM), qui ont augmenté de 8,6 %. Par ailleurs, les dépenses de soins hospitaliers (qui pèsent 15 % des prestations des organismes complémentaires sur ce champ) ont évolué à un rythme inférieur mais dynamique (+5,2 %). Enfin, les dépenses des organismes complémentaires en biens médicaux (médicaments, optique, audioprothèses et autres dispositifs médicaux, soit un tiers des prestations des organismes complémentaires sur le champ de la CSBM) ont augmenté de 3,5 % en 2024.

²² Le champ de la CSBM est un peu plus restreint que le champ des prestations retenu dans ce rapport, ce qui peut expliquer des écarts de chiffres. Contrairement au champ de ce rapport, la CSBM exclut les pratiques de soins non-conventionnelles (ostéopathe, psychologue, etc.), les prestations de prévention (vaccinations internationales, etc.), les prestations de confort à l'hôpital ou en cures thermales (chambre particulière, lit accompagnant, télévision, etc.), les prestations accessoires à la santé (prime de naissance, garde d'enfant, aide-ménagère, décès, etc.), les soins en unités de soins de longue durée (USLD) ainsi que les variations de provisions pour sinistres restant à payer.

Graphique 3.1 – Évolution des cotisations et prestations en santé

Évolution en %



Lecture : Les prestations ont augmenté de 5,4 % entre 2023 et 2024. Les « prestations » sont les charges de prestations hors frais de gestion des sinistres.

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

Source : ACPR, calculs DREES.

3.2 En 2024, les prestations versées par les entreprises d'assurance augmentent davantage que celles des mutuelles et des institutions de prévoyance

L'évolution des prestations en 2024 varie nettement entre type d'organismes : les prestations versées par les mutuelles reculent légèrement (-0,4 %), tandis qu'elles augmentent pour les institutions de prévoyance (+1,3 %) et surtout les entreprises d'assurance (+15,2 % ; graphique 3.2). Cependant, si le transfert de portefeuille de la mutuelle La Mutualité Générale vers l'entreprise d'assurance LMG Assurances n'avait pas eu lieu en 2024, les charges de prestations des mutuelles auraient augmenté de 2,8 %, et celles des entreprises d'assurance de 11,1 %.

Ainsi, même sans ce transfert de portefeuille, le rythme de croissance des prestations des entreprises d'assurance a dépassé son niveau déjà élevé de 2023 (+9,4 %) et a atteint son plus haut depuis 2012 (première année de la période étudiée en évolution dans ce rapport). À l'inverse, même sans prendre en compte ce transfert de portefeuille, la croissance des prestations des mutuelles a ralenti en 2024 (après +4,1 % en 2023). De même, les prestations des institutions de prévoyance ont très nettement ralenti en 2024, après trois années de forte hausse des prestations (près de +6,1 % par an entre 2021 et 2023).

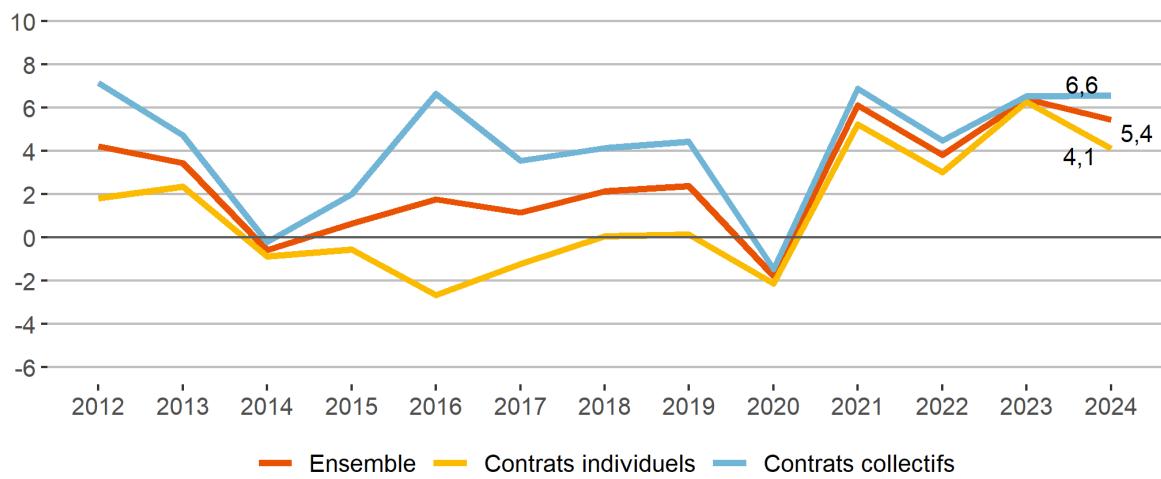
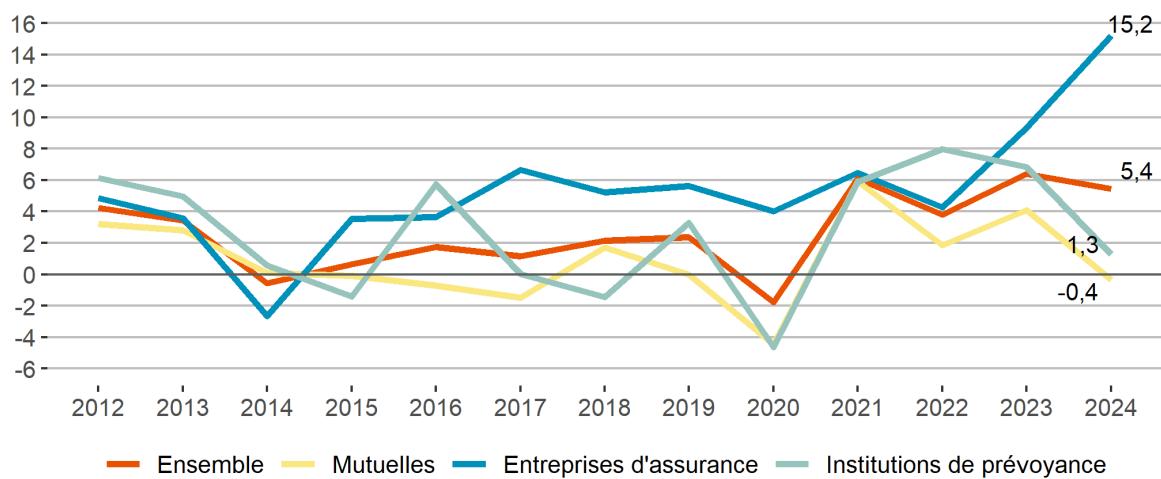
Les prestations des contrats collectifs ont augmenté davantage que celles des contrats individuels en 2024 : +4,1 % pour les contrats individuels contre +6,6 % pour les contrats collectifs, comme sur la période 2012 à 2022 (graphique 3.2).

Les évolutions des prestations par type d'organismes et de contrats sont fortement liées aux évolutions de leurs parts de marché respectives (graphique 2.3 et graphique 2.6). En particulier, depuis plusieurs années, la part des entreprises d'assurance augmente, tandis que celle des mutuelles diminue, ce qui se reflète dans l'évolution de leurs prestations. En revanche, la part de marché des contrats collectifs était restée quasi-stable entre 2021 et 2023, ce qui s'était traduit par une convergence du taux de croissance des cotisations des contrats collectifs et des contrats individuels. En 2024, la part de marché des contrats collectifs s'est à nouveau nettement accrue (graphique 2.6) et le rythme de croissance des prestations des contrats collectifs dépasse à nouveau nettement celui des contrats individuels.

3 Les prestations servies aux assurés ont nettement augmenté en 2024 mais à un rythme moindre qu'en 2023

Graphique 3.2 – Évolution des prestations en santé, par type d'organismes complémentaires ou de contrats

Évolution en %



Lecture : Les prestations des mutuelles ont baissé de 0,4 % entre 2023 et 2024. Les « prestations » sont les charges de prestations hors frais de gestion des sinistres.

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

Source : ACPR, calculs DREES.

3.3 Les contrats collectifs reversent aux assurés une part plus élevée de leurs cotisations sous forme de prestations

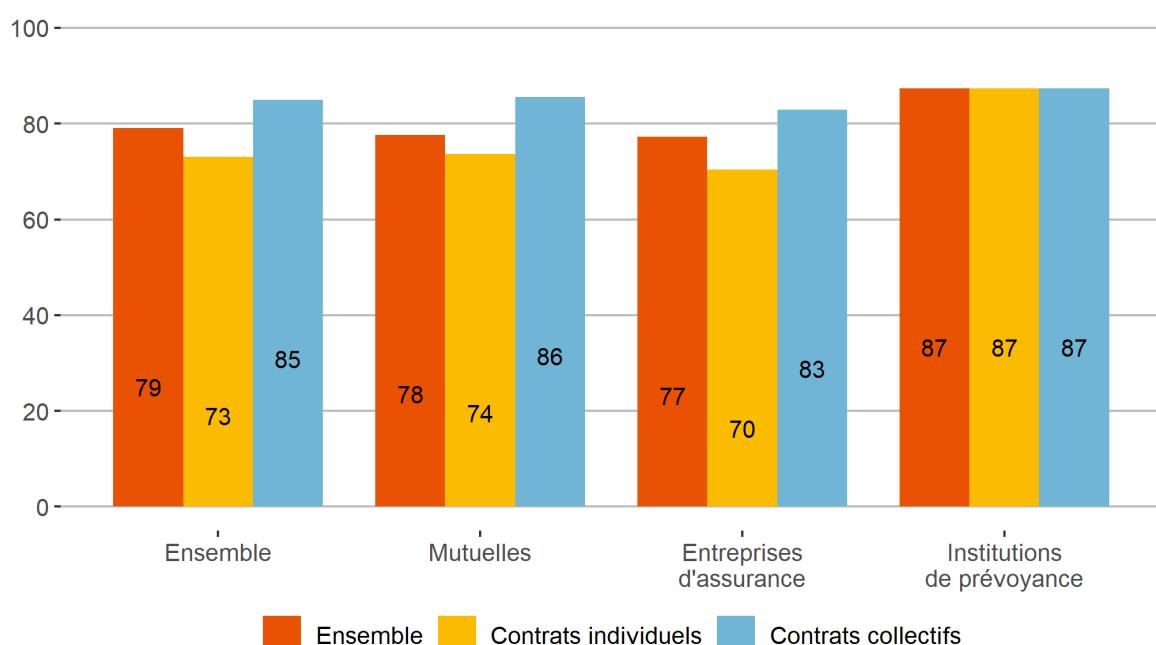
En 2024, les organismes ont reversé globalement aux assurés 79 % de leurs cotisations hors taxe sous forme de prestations. Les contrats collectifs apparaissent plus avantageux pour les assurés : ils ont reversé une part plus élevée (85 %) de leurs cotisations en prestations en 2024 que les contrats individuels (73 % de leurs cotisations, graphique 3.3). Cet écart s'explique principalement par des contrats collectifs déficitaires (partie 5) ; en effet, les entreprises, qui souscrivent ces contrats collectifs au profit de leurs salariés, sont davantage en position de négocier des garanties au meilleur prix que des particuliers dans le cas des contrats individuels. De plus, les charges de gestion sont plus faibles en collectif (partie 4), en raison d'économies d'échelles.

En 2024, les institutions de prévoyance ont reversé la part la plus élevée de cotisations sous forme de prestations (87 %), devant les mutuelles (78 %) et les entreprises d'assurance (77 %). Cette hiérarchie entre les trois familles s'explique en partie par le poids du collectif, particulièrement élevé pour les institutions de prévoyance, mais aussi par la spécialisation de certaines mutuelles et institutions de prévoyance sur des professions ou des branches professionnelles plus ou moins « captives », induisant des charges de gestion plus faibles (partie 4). Toutefois, ces spécialisations évoluent sur certains segments du marché, comme celui des mutuelles de fonctionnaires. La deuxième vague de référencement dans la fonction publique d'État (2016-2018) a par exemple abouti à des multiréférencements dans certains ministères. La réforme de la protection sociale complémentaire des agents publics, qui verra la mise en place progressive de contrats collectifs obligatoires en santé dans le secteur public à compter du 1er janvier 2025, pourra remettre en cause la spécialisation de certaines mutuelles de fonctionnaires.

Les ratios rapportant les prestations aux cotisations sont ici présentés hors TSA, taxe finançant principalement les prestations versées au titre de la C2S. Les ratios rapportant les prestations aux cotisations sont inférieurs du point de vue des assurés (encadré 4).

Graphique 3.3 – Prestations sur cotisations par type d'organismes et de contrats en 2024

En % des cotisations collectées



Lecture : En 2024, les entreprises d'assurance ont reversé 77 % des cotisations sous forme de prestations aux assurés. Les prestations sont les charges de prestations hors frais de gestion des sinistres.

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.

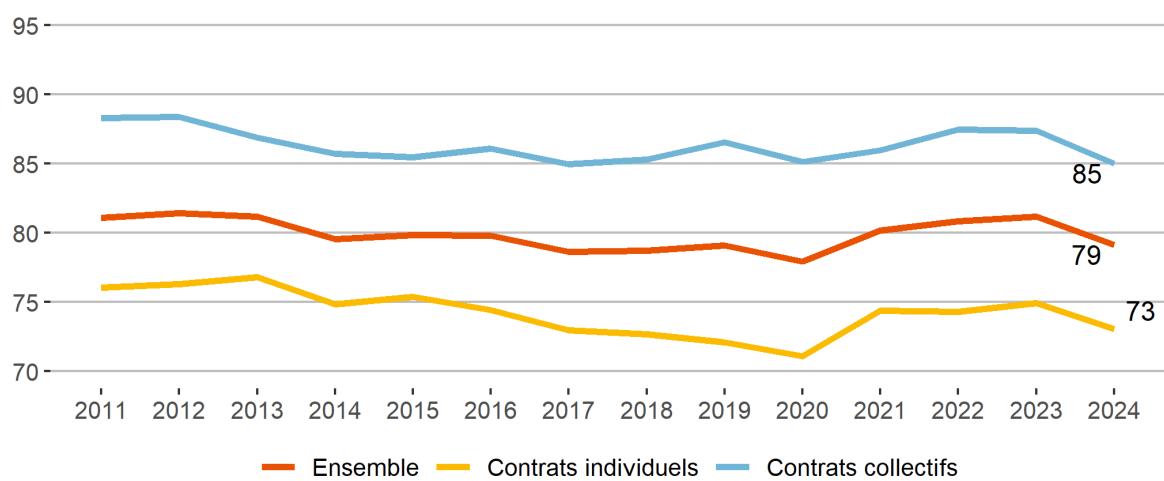
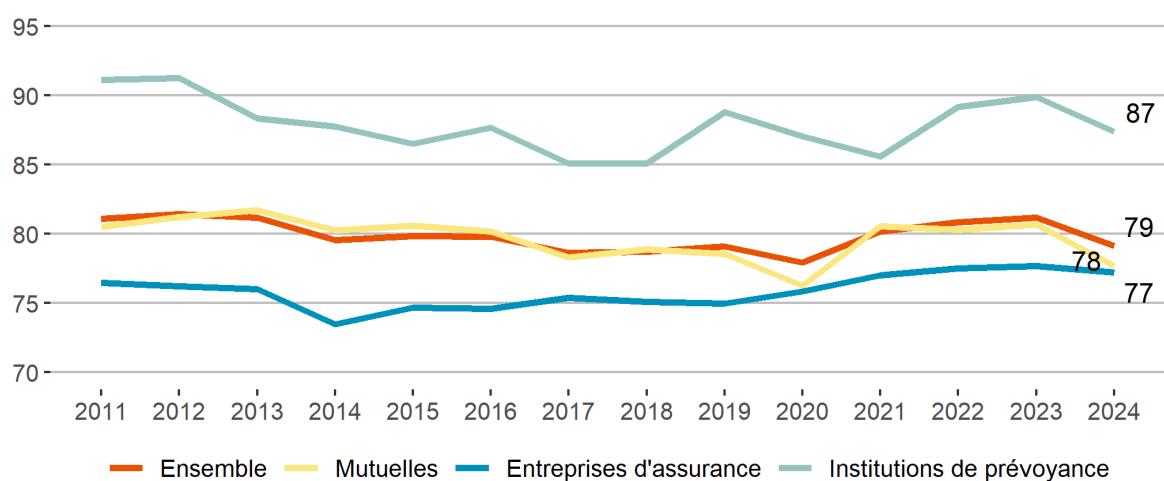
3.4 Le retour sur cotisations a reculé en 2024

En 2024, les cotisations ont globalement davantage augmenté que les prestations (graphique 3.1) de sorte que le retour sur cotisations a reculé (graphique 3.4). Il s'est établi à 79 %, après 81 % en 2023.

En 2020, le retour sur cotisations de l'assurance santé avait atteint son point le plus bas sur la période étudiée dans ce rapport, à 78 %, conséquence de la diminution des prestations plus forte que celle des cotisations dans le contexte particulier de la crise liée à la pandémie de Covid-19 (graphique 3.4). Du fait du fort rattrapage des prestations en 2021 puis 2022, ce retour sur cotisations était remonté à 81 % en 2022 et 2023 ; en 2024, il a nettement reculé à 79 %. Ce ratio avait atteint son niveau le plus élevé entre 2011 et 2013, puis avait progressivement diminué depuis 2013 (80 % entre 2014 et 2016 et 79 % entre 2017 et 2019).

Graphique 3.4 – Prestations sur cotisations entre 2011 et 2024

En % des cotisations collectées



Lecture : En 2024, les contrats individuels ont reversé aux assurés 73 % de leurs cotisations sous forme de prestations. Les prestations sont les charges de prestations hors frais de gestion des sinistres.

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

Source : ACPR, calculs DREES.

Le ratio des mutuelles, qui avait chuté à son plus bas niveau en 2020 (76 %), s'était maintenu entre 2021 et 2023 à un niveau supérieur à la période d'avant-crise (81 % en moyenne sur cette période contre 79 % en 2019) (graphique 3.5). En 2024, le ratio des mutuelles a perdu 3 points, à 78 %. Le ratio

3 Les prestations servies aux assurés ont nettement augmenté en 2024 mais à un rythme moindre qu'en 2023

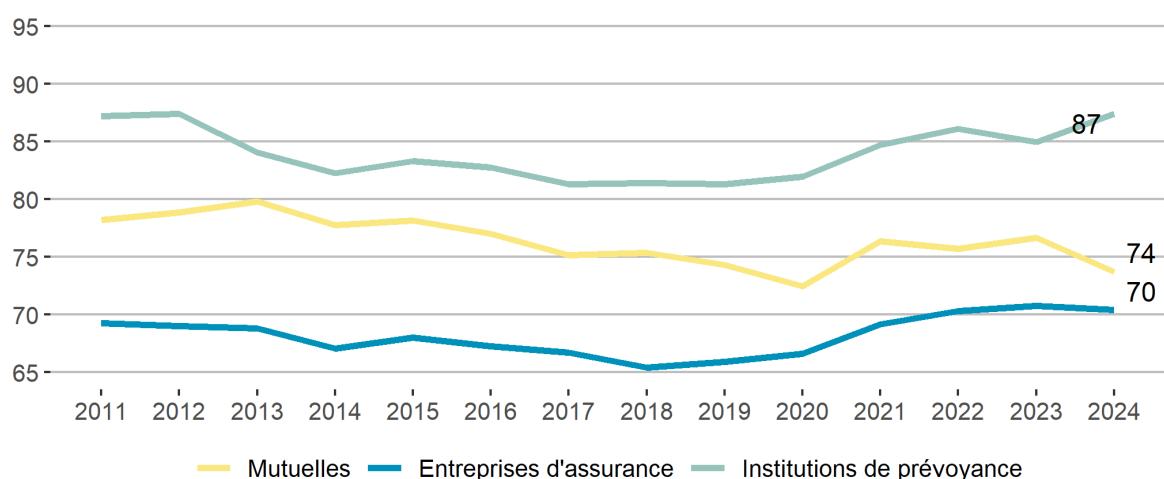
des institutions de prévoyance a également nettement diminué en 2024 (87 %, après 90 % en 2023). Le ratio des entreprises d'assurance a légèrement diminué, de 78 % en 2023 à 77 % en 2024. Le ratio des entreprises d'assurance s'établit en moyenne sur 2021-2024 à 77 %, et dépasse chacune de ces années son plus haut niveau atteint entre 2011 (début de la période d'étude de ce rapport) et 2020.

Le ratio des prestations versées sur les cotisations collectées est, pour toutes les années depuis le début de la période d'observation du rapport à l'exception de 2020, le plus élevé pour les institutions de prévoyance, puis pour les mutuelles, et enfin pour les entreprises d'assurance. Cette hiérarchie entre types d'organismes complémentaires vaut pour les contrats individuels comme, dans une moindre mesure, pour les contrats collectifs (graphique 3.5).

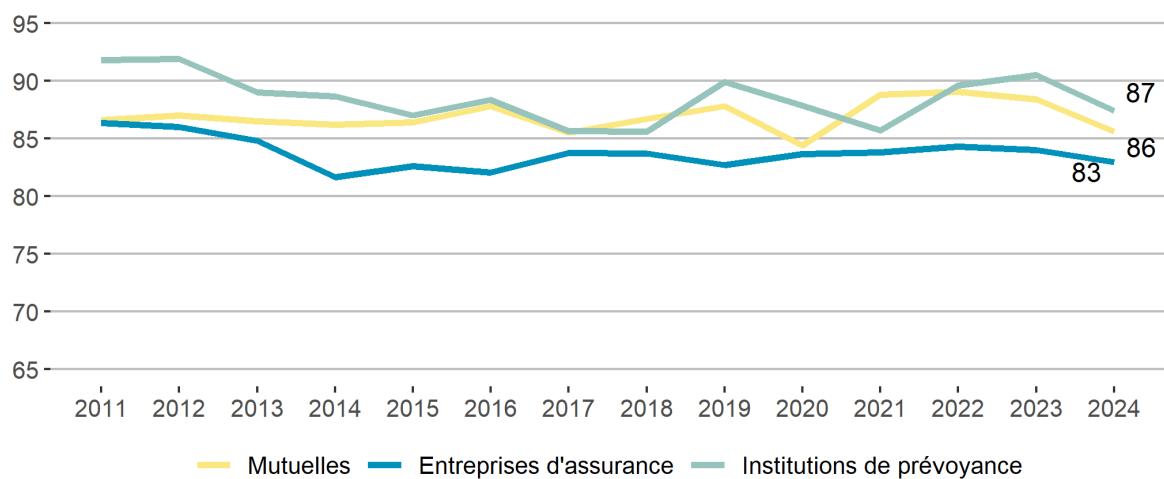
Graphique 3.5 – Prestations sur cotisations par type d'organismes et de contrats entre 2011 et 2024

En % des cotisations collectées

Contrats individuels



Contrats collectifs



Lecture : En 2024, les contrats individuels des mutuelles ont reversé aux assurés 74 % de leurs cotisations sous forme de prestations.

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

Source : ACPR, calculs DREES.

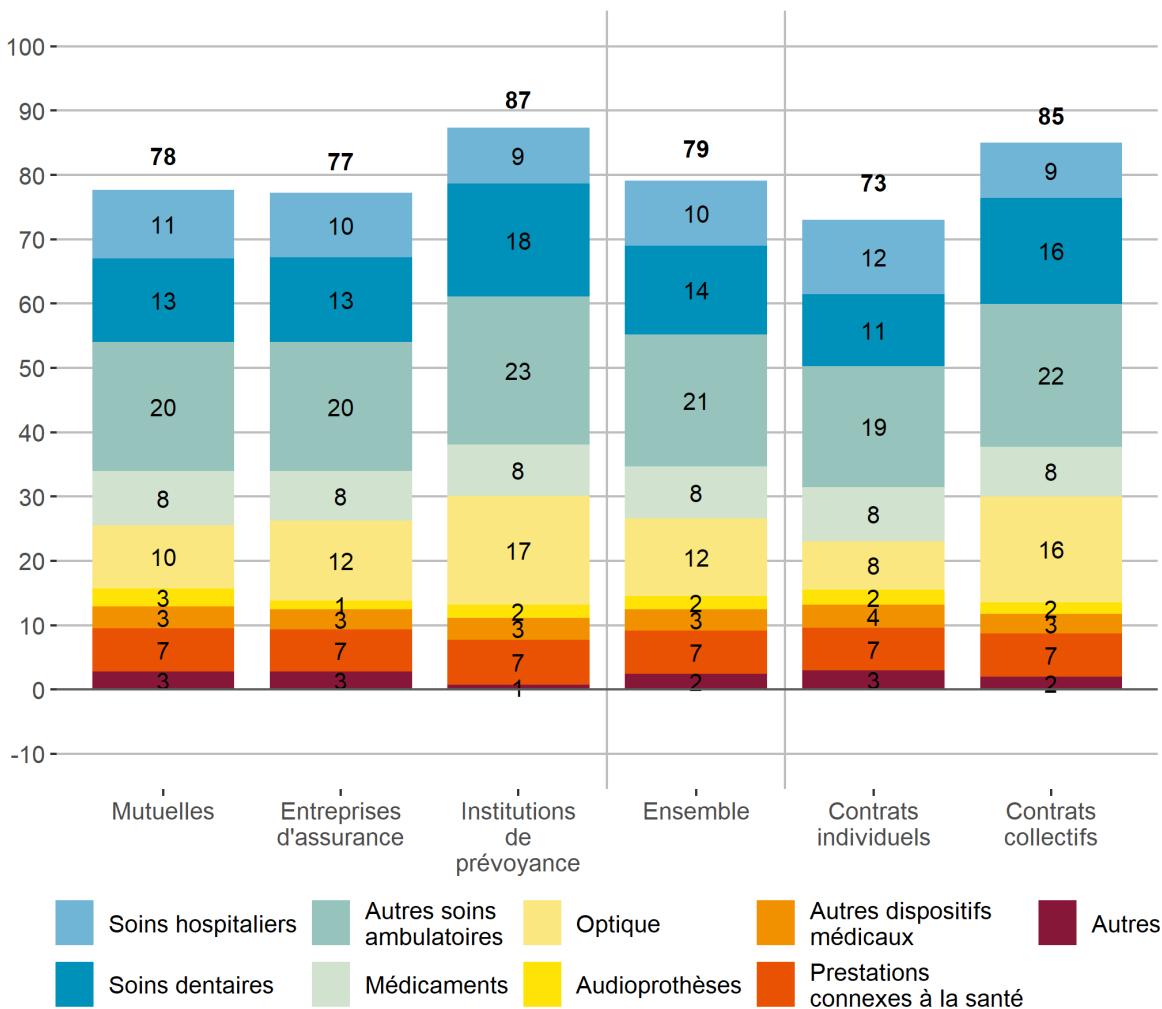
3.5 Par rapport aux contrats individuels, les contrats collectifs reversent une plus grande part de leurs cotisations en prestations d'optique et de dentaire, et une moins grande part en prestations d'hospitalisation

La part des soins dentaires et de l'optique dans l'ensemble des prestations est plus élevée pour les institutions de prévoyance que pour les mutuelles et les entreprises d'assurance. Pour 100 € de cotisations en 2024, les institutions de prévoyance ont reversé en moyenne 17 € en optique contre 12 € pour les entreprises d'assurance et 10 € pour les mutuelles (graphique 3.6) ; en dentaire elles ont reversé 18 €, contre 13 € pour les entreprises d'assurance et 13 € pour les mutuelles.

Ces hiérarchies entre types d'organismes s'expliquent surtout par la part des contrats collectifs dans leur portefeuille. En effet, pour l'optique et les soins dentaires, les contrats collectifs offrent en général de meilleures garanties pour les assurés, ce qui explique leur plus forte part dans les prestations. Pour les soins hospitaliers, les différences entre contrats individuels et contrats collectifs s'expliquent plutôt par les caractéristiques sociodémographiques des personnes couvertes. En effet, malgré des garanties généralement plus avantageuses, les bénéficiaires des contrats collectifs, couverts *via* leur entreprise, sont en moyenne plus jeunes et plus souvent en emploi, et consomment donc moins de soins hospitaliers que les bénéficiaires des contrats individuels, plus fréquemment retraités ou sans emploi et dont l'état de santé est en moyenne moins bon (Lapinte et al., 2024).

Graphique 3.6 – Prestations par postes de soins en 2024

En % des cotisations collectées



Note : Les « soins hospitaliers » correspondent aux soins à l'hôpital public ou en cliniques privées et aux honoraires des praticiens libéraux exerçant en cliniques privées. Les « soins dentaires » correspondent aux soins des dentistes (y compris prothèses dentaires) exerçant en cabinets libéraux ou en centres de santé. Les « autres soins ambulatoires » correspondent aux soins des médecins (qui incluent la contribution au forfait patientèle médecin traitant ; FPMT, encadré 4), des sages-femmes et des auxiliaires médicaux, en cabinets libéraux ou en centres de santé, à la consommation des laboratoires de biologie médicale, aux transports sanitaires et aux établissements thermaux. Les « médicaments » correspondent aux médicaments en ambulatoire. L'« optique » correspond à l'optique médicale. Les « audioprothèses » correspondent aux audioprothèses y compris entretien, réparation, prestations de suivi, etc. Les « autres dispositifs médicaux » correspondent au matériel, pansements, orthèses, prothèses et véhicules pour handicapés physiques, hors audioprothèses et optique. Les « prestations connexes à la santé » correspondent aux prestations de confort à l'hôpital ou en cures thermales (chambre particulière, lit accompagnant, télévision, etc.) et aux prestations à la périphérie des soins de santé, comme les pratiques de soins non-conventionnelles (ostéopathe, psychologue, etc.) et la prévention (vaccinations internationales, etc.). Les prestations « autres » correspondent aux prestations accessoires à la santé (prime de naissance, garde d'enfant, aide-ménagère, décès, etc.), aux soins en unités de soins de longue durée (USLD). Depuis le rapport 2024 portant sur l'année 2023, les variations de provisions pour sinistres restant à payer sont ventilées par poste de soins, et non plus incluses dans les prestations « autres ».

Lecture : En 2024, les prestations de soins dentaires versées par les mutuelles ont représenté 13 % de leurs cotisations.

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.

Encadré 4 : La taxation appliquée aux contrats de complémentaire santé

Les contrats de complémentaire santé sont soumis à deux prélèvements obligatoires spécifiques : la taxe de solidarité additionnelle (TSA) et la contribution au forfait patientèle médecin traitant (FPMT). Ces deux prélèvements ont représenté respectivement 6,1 milliards d'euros et 0,4 milliard d'euros en 2024. Sur la seule assiette des garanties en santé, le rendement de la TSA a été de 6,0 milliards d'euros, soit un total de 6,3 milliards d'euros de prélèvements sur les garanties en santé en 2024. Le taux de prélèvement apparent sur les 45,1 milliards d'euros de cotisations collectées en santé (telles que déclarées auprès de l'Urssaf, qui excluent les garanties accessoires aux contrats « frais de soins », à la différence des cotisations collectées déclarés auprès de l'ACPR, voir tableau 1.7) par les organismes complémentaires s'est ainsi élevé à 14,1 % en 2024. Les contrats collectifs et les contrats pour les indépendants sont en outre soumis à un régime socio-fiscal spécifique. Par le passé, deux prélèvements ponctuels sur les contrats santé ont également existé : la contribution exceptionnelle H1N1 et la contribution exceptionnelle Covid (pour plus de détails sur l'historique de la taxation des complémentaires santé, voir l'annexe 1bis du Panorama « La Complémentaire Santé – édition 2024 », et pour plus de détails sur la contribution exceptionnelle Covid, voir l'encadré 6 du rapport 2022 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé).

La taxe de solidarité additionnelle (TSA)

Les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé acquittent, en plus des cotisations du contrat, une taxe dite de solidarité additionnelle (TSA). La TSA actuelle résulte de la fusion²³ de l'ancienne TSA²⁴ avec la part de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA²⁵) qui portait également sur les contrats d'assurance complémentaire santé. Le taux de cette taxe varie en fonction du type de contrat d'assurance ; dans le cas général (contrats responsables et solidaires « classiques », c'est-à-dire à destination du grand public), ce taux s'élève à 13,27 % des cotisations émises en santé²⁶. La TSA est prélevée par les organismes d'assurance et est ensuite intégralement reversée à l'Urssaf Ile-de-France. Une majorité du produit de cette taxe finance la complémentaire santé solidaire, qui a remplacé la CMU-C et l'ACS au 1^{er} novembre 2019 (encadré 5). En 2017, la TSA est devenue l'unique source de financement du Fonds C2S, anciennement Fonds CMU, qui servait à financer la complémentaire santé solidaire avant sa dissolution au 1^{er} janvier 2021. Le pilotage de la complémentaire santé solidaire a été modifié au 1^{er} janvier 2021 dans le cadre du PLFSS pour 2021, suite à la décision de suppression du Fonds C2S par le Comité interministériel de la transformation publique (CITP) de novembre 2019. Les missions du Fonds ont été réaffectées à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), à l'Urssaf Caisse nationale et au ministère de la santé et de la prévention, au titre de leurs compétences respectives. En particulier, un fonds comptable de financement de la complémentaire santé solidaire a été créé auprès de la CNAM, en remplacement du Fonds C2S. L'article 28 de la LFSS pour 2018 avait modifié les modalités de financement du fonds de façon à équilibrer strictement ses dépenses. Le produit de la taxe concernant les garanties santé est attribué au fonds à hauteur de l'écart entre ses charges et ses autres produits. Le montant de la TSA affecté au fonds est donc déterminé *ex post*, et le solde affecté à la CNAM (voir rapport annuel de la complémentaire santé solidaire pour plus de détails).

Ce rapport adopte le point de vue des organismes d'assurance dont la situation financière est examinée. Les cotisations sont donc exprimées hors taxe, de façon à refléter le montant de cotisations sur lequel les organismes exercent leur métier d'assureur, engagent des frais de gestion, reversent des prestations aux assurés, réalisent d'éventuels profits, etc. De ce point de vue les organismes ont ainsi reversé aux assurés 79 % de leurs cotisations en santé sous forme de prestations en 2024.

²³ Article 22 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2015.

²⁴ L'ancienne TSA (créée par l'article 190 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011) remplaçait la contribution CMU (créée par l'article 27 de la loi n° 99-641 du 27 juillet 1999), entrée en vigueur le 1^{er} janvier 2000. Le taux de cette contribution avait été augmenté à deux reprises, en 2006 et 2009.

²⁵ La TSCA, créée par l'article 21 de la loi n° 75 du 31 janvier 1944 portant réforme fiscale, s'appliquait à l'ensemble des contrats d'assurance, y compris les garanties santé. Les taux de TSCA sur les contrats santé sont nuls depuis la fusion avec l'ancienne TSA en 2016. Depuis 2016, la TSCA continue néanmoins de porter sur les activités d'assurance autres que la santé.

²⁶ Pour plus de détails, voir le chapitre 3 du rapport annuel de la complémentaire santé solidaire.

3 Les prestations servies aux assurés ont nettement augmenté en 2024 mais à un rythme moindre qu'en 2023

En revanche, les assurés acquittent la TSA et peuvent bénéficier, sous conditions de ressources, de la complémentaire santé solidaire. De leur point de vue, le rapport prestations sur cotisations toutes taxes comprises (TTC) apparaît donc différent, dans un sens ou dans l'autre selon les cas.

→ Les assurés qui ont un contrat de complémentaire santé ont un ratio prestations sur cotisations TTC moindre, qui avoisine environ 70 % en moyenne (79 € de prestations reçues pour 100 € de cotisations payées à l'organisme assureur²⁷, cotisations auxquelles s'ajoutent, pour la grande majorité des contrats, 13,27 € de taxes).

→ Les assurés qui bénéficient de la complémentaire santé solidaire avec participation financière ont un rapport prestations sur cotisations TTC plus élevé, qui dépend du montant de leur participation financière à la complémentaire santé solidaire, cette participation étant croissante avec l'âge.

→ Quant aux personnes couvertes par la complémentaire santé solidaire sans participation financière, elles reçoivent des prestations sans devoir régler de cotisations en contrepartie.

Au global, en 2024, les assurés ont perçu 36,8 milliards d'euros de prestations auxquels s'ajoutent les prestations versées aux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire, à hauteur de 3,8 milliards d'euros pour ceux dont la couverture est gérée par les régimes d'Assurance maladie obligatoire et à hauteur de quelques millions d'euros pour ceux dont la couverture est gérée par un organisme complémentaire (voir rapport annuel de la complémentaire santé solidaire pour plus de détails). Les assurés ont par ailleurs versé 46,5 milliards d'euros de cotisations hors taxe aux organismes complémentaires, d'après les données ACPR, auxquels s'ajoutent 6,1 milliards d'euros de TSA et 0,4 milliard d'euros de participations à la complémentaire santé solidaire avec participation, versées à l'assurance maladie obligatoire et aux organismes complémentaires gestionnaires. En 2024, le ratio prestations sur cotisations s'est donc établi globalement, en tenant compte de la TSA et de la complémentaire santé solidaire, à 76,7 %, contre 79,1 % hors TSA et complémentaire santé solidaire (tableau 3.7). Ce ratio estimé ne peut toutefois pas être entièrement assimilé à un retour sur cotisations dans la mesure où la TSA collectée ne peut être redistribuée aux assurés directement par les organismes complémentaires.

Tableau 3.7 – Ratio prestations sur cotisations, sans puis avec la TSA et la complémentaire santé solidaire (C2S) gérée par le régime de base ou les organismes complémentaires, en 2024

	Cotisations, participations C2S, ou TSA payées par les ménages (en Md€)	Prestations reçues par les ménages (en Md€)	Ratio prestations sur cotisations (en %)
Cotisations et prestations gérées par les organismes complémentaires (hors C2S et TSA)	46,5	36,8	79,1
Participations et prestations C2S dont :	0,4	3,8	
gérées par les organismes complémentaires	0,1	0,0	
gérées par le régime de base	0,3	3,8	
TSA	6,1		
Total	53,0	40,6	76,7

Lecture : En 2024, le ratio prestations sur cotisations s'est élevé à 79,1 % hors prise en compte de la TSA et de la complémentaire santé solidaire gérée par le régime de base ou les organismes complémentaires, et à 76,7 % en les intégrant.

Source : ACPR, Rapport annuel de la complémentaire santé solidaire, calculs DREES.

²⁷ Une partie des cotisations peut néanmoins être payée par l'employeur le cas échéant (pour plus de détails, voir la fiche 13 du Panorama « La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties - édition 2019 », DREES).

La contribution au forfait patientèle médecin traitant (FPMT)

Le forfait patientèle médecin traitant (FPMT)²⁸ consiste en un surplus de rémunération pour les médecins traitants ; entré en vigueur au 1^{er} janvier 2018, il remplace les anciens forfaits qui jouaient un rôle similaire avant 2018. Le FPMT est cofinancé par l'assurance maladie obligatoire et les organismes complémentaires d'assurance maladie. Le taux de la contribution des organismes complémentaires à ce financement est fixé à 0,8 % de leurs cotisations d'assurance maladie, depuis l'année 2019²⁹. Entre 2013 et 2018, il existait une participation des organismes complémentaires à la prise en charge des modes de rémunération des médecins³⁰. Elle était égale au produit d'un forfait annuel par le nombre d'assurés et d'ayants droit couverts par l'organisme et ayant consulté leur médecin traitant dans l'année³¹.

Dans les données ACPR mobilisées dans ce rapport, la contribution FPMT due par les organismes complémentaires est généralement incluse dans leurs prestations versées. Le montant total de cette contribution s'est élevé à 0,4 milliard d'euros en 2024.

Les avantages socio-fiscaux sur les contrats de complémentaire santé

Les contrats de complémentaire santé sont soumis à un régime socio-fiscal spécifique. La participation de l'employeur aux cotisations des contrats collectifs (assimilable à un surcroît de rémunération du salarié) n'est pas soumise à cotisations sociales, mais à un forfait social à taux dérogatoire inférieur au taux des prélèvements sociaux sur les revenus d'activité. De plus, la part de cotisation de complémentaire santé payée par le salarié bénéficiaire d'un contrat obligatoire d'entreprise est déduite de son revenu imposable. Enfin, les indépendants bénéficient eux aussi d'un avantage fiscal sur leur contribution à une complémentaire santé : leur cotisation est entièrement déductible de leur assiette de revenu imposable. Ces avantages socio-fiscaux s'adressant aux personnes en emploi, ils favorisent davantage les ménages de niveau de vie élevé (Fouquet M., Pollak C., 2022).

Encadré 5 : Gestion de la complémentaire santé solidaire par les organismes complémentaires

Depuis le 1^{er} novembre 2019, la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS) ont été remplacées par la complémentaire santé solidaire (article 52 de la loi de financement de la sécurité sociale pour 2019).

La CMU-C était une complémentaire santé individuelle gratuite accordée aux plus modestes. La CMU-C pouvait être gérée, au choix du bénéficiaire, soit par son organisme d'assurance maladie soit par un organisme complémentaire inscrit sur la liste nationale des organismes volontaires pour la gérer. L'ACS était une aide qui s'adressait aux personnes dont les revenus se situaient entre le seuil d'attribution de la CMU-C et ce même seuil majoré de 35 %. Elle visait à les aider à souscrire un contrat d'assurance complémentaire santé individuel (pour plus de détails sur la CMU-C et l'ACS, voir l'encadré 5 du rapport 2023 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé en 2022).

Au 1^{er} novembre 2019, l'ACS et la CMU-C ont fusionné pour devenir la complémentaire santé solidaire. Selon les ressources du demandeur, la complémentaire santé solidaire peut être sans ou avec participation financière. Les organismes complémentaires peuvent gérer le dispositif avec et sans participation financière. La complémentaire santé solidaire offre une large couverture : son panier de soins correspond à celui de la CMU-C mais intègre aussi les paniers de soins « 100 % santé » en

²⁸ Défini à l'article 15.4.1 de l'arrêté du 20 octobre 2016 portant approbation de la convention nationale organisant les rapports entre les médecins libéraux et l'assurance maladie signée le 25 août 2016.

²⁹ Article L862-4-1 du code de la sécurité sociale créé par la LFSS pour 2019.

³⁰ Mise en place par la loi n° 2013-1203 du 23 décembre 2013 de financement de la sécurité sociale pour 2014.

³¹ Le forfait était fixé à 2,5 € pour l'année 2013, a augmenté jusqu'à 5 € en 2017, puis 8,10 € en 2018.

optique, audiologie et soins dentaires, avec des tarifs spécifiques et des prises en charge supplémentaires en matière de soins dentaires (orthodontie par exemple).

Le Fonds de financement de la complémentaire santé solidaire rattaché à la CNAM a remplacé au 1^{er} janvier 2021 le Fonds C2S. Ce nouveau fonds a ainsi repris la gestion des dépenses de complémentaire santé solidaire. Le montant de TSA qui lui est versé par les organismes complémentaires est, d'une part, majoré des participations payées par les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire payante, et d'autre part, minoré du remboursement des frais de gestion supportés par les organismes complémentaires au titre de la complémentaire santé solidaire payante.

Les organismes complémentaires participant à la gestion de la complémentaire santé solidaire doivent s'inscrire sur une liste publique qui les référence : en 2024, 82 organismes complémentaires étaient habilités à gérer la complémentaire santé solidaire (voir Rapport annuel de la complémentaire santé solidaire 2025). Cependant, les prestations versées par les organismes complémentaires au titre de la complémentaire santé solidaire ont très fortement diminué en 2024. Sur les 3,8 milliards d'euros de prestations de complémentaire santé solidaire versés en 2024, la quasi-totalité ont été versés par le régime de base et quelques millions d'euros ont été versés par les organismes complémentaires (tableau 3.7). En effet, le circuit de financement de la complémentaire santé solidaire a été réformé en 2023, selon l'article 88 de la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2022. Désormais, les régimes de l'assurance maladie continuent de régler aux professionnels de santé la dépense pour les bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire dont les droits sont gérés par un organisme complémentaire dans le cadre du tiers payant intégral, mais ils ne se font plus rembourser par ces derniers. Ils se font rembourser par le Fonds de la complémentaire santé solidaire ouvert auprès de la CNAM. Les organismes complémentaires, pour leur part, ne prennent plus en charge que les dépenses résiduelles hors tiers payant intégral (voir Rapport annuel de la complémentaire santé solidaire 2024).

Pour les organismes complémentaires, les opérations relatives à la complémentaire santé solidaire constituent des opérations réalisées pour compte de tiers. Les flux de règlement de prestations et d'encaissement de participations n'apparaissent pas dans la comptabilité technique des organismes. En revanche, les frais de gestion de ces contrats sont portés dans les « autres charges techniques » du compte de résultat et les produits acquis en contrepartie de la prestation de gestion rendue dans les « autres produits techniques ». Ainsi, les frais de gestion des organismes qui couvrent de nombreux bénéficiaires de la complémentaire santé solidaire sont majorés par rapport à ceux des organismes qui n'en couvrent pas. Il s'agit très majoritairement de mutuelles et, dans une moindre mesure, d'entreprises d'assurance (voir Rapport annuel de la complémentaire santé solidaire 2025).

4 Les charges de gestion augmentent de 5,8 % en 2024

Les charges de gestion comprennent les « frais de gestion des sinistres », les « frais d'acquisition » ainsi que les « frais d'administration et autres charges techniques nettes de produits techniques », ces derniers étant parfois nommés par la suite « frais d'administration » par souci de simplicité (voir début de la partie 2 et glossaire). Les charges de gestion comprennent les frais de gestion au titre de la complémentaire santé solidaire, mais ne comprennent pas les « autres charges » qui sont les participations aux excédents et le solde de réassurance.

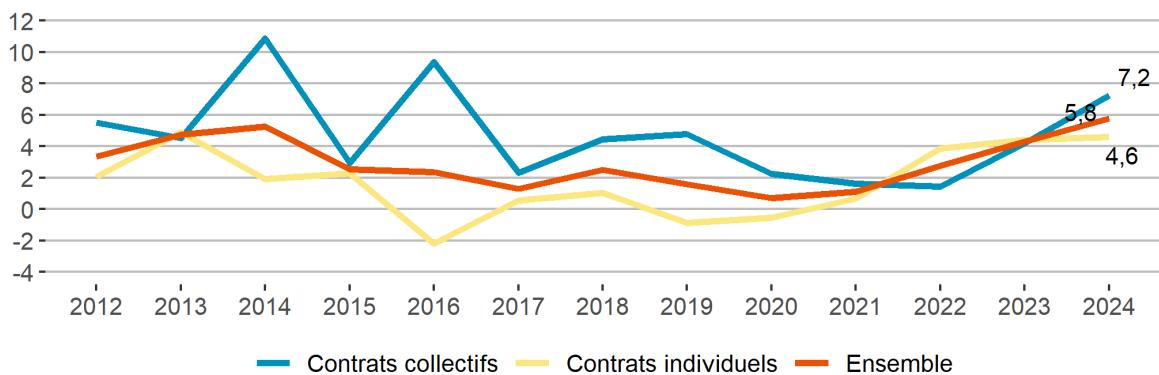
En 2024, les charges de gestion des organismes d'assurance sur leur activité santé ont augmenté de 5,8 % (graphique 4.1), de 8,3 milliards d'euros à 8,8 milliards d'euros. Elles ont moins augmenté que les cotisations de sorte que, relativement aux cotisations, elles ont diminué, de 0,4 point, de 19,3 % du total des cotisations en santé à 18,8 %. Cette part a retrouvé en 2024 son niveau de 2013 (graphique 4.2).

4.1 Les charges de gestion des contrats collectifs augmentent davantage que celles des contrats individuels en 2024

En 2024, les charges de gestion des contrats collectifs ont augmenté de 7,2 %, un rythme supérieur à celui des contrats individuels (+4,6 %). Relativement aux cotisations, le poids des charges des contrats collectifs a diminué de 0,4 point, comme celui des contrats individuels.

Graphique 4.1 – Évolution des charges de gestion, par type de contrats, entre 2012 et 2024

En %



Lecture : En 2024, les charges de gestion des contrats collectifs des complémentaires santé ont augmenté de 7,2 %.

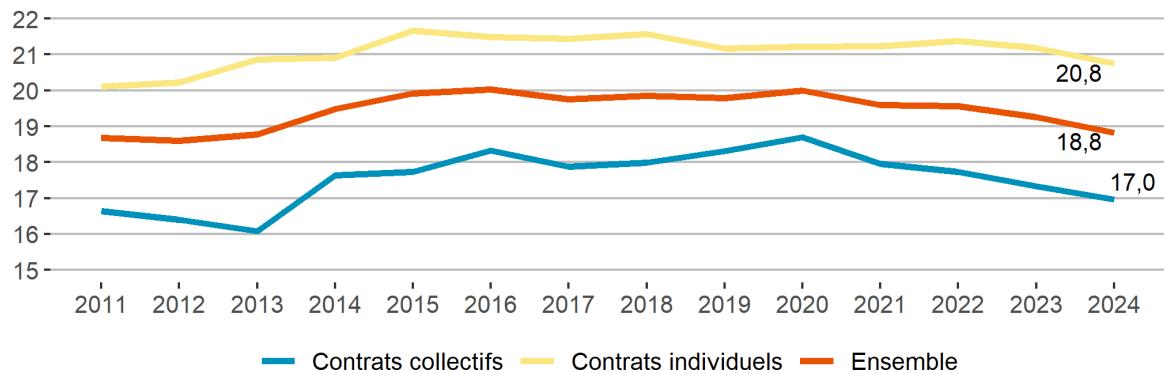
Champ : Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

Les charges de gestion des contrats collectifs sont en moyenne inférieures à celles des contrats individuels (respectivement 17,0 % contre 20,8 %) (graphique 4.2). La baisse de la part des contrats individuels dans le marché de la complémentaire santé, passés de 59 % des cotisations collectées en 2011 à 49 % en 2024 (voir tableau 2.6), a donc contribué à modérer le poids des frais de gestion dans les cotisations. Le recul du taux de frais de gestion global entre 2020 et 2024 a été porté avant tout par les contrats collectifs (dont les frais de gestion sont descendus de 18,7 % à 17,0 %), tandis que la part des frais de gestion des contrats individuels dans leurs cotisations n'a que légèrement diminué sur cette période.

Graphique 4.2 – Part des charges de gestion dans les cotisations en santé, par type de contrats, entre 2011 et 2024

En % des cotisations collectées



Lecture : En 2024, les complémentaires santé ont consacré 17,0 % des cotisations collectées par leurs contrats collectifs en santé aux charges de gestion de ces derniers.

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

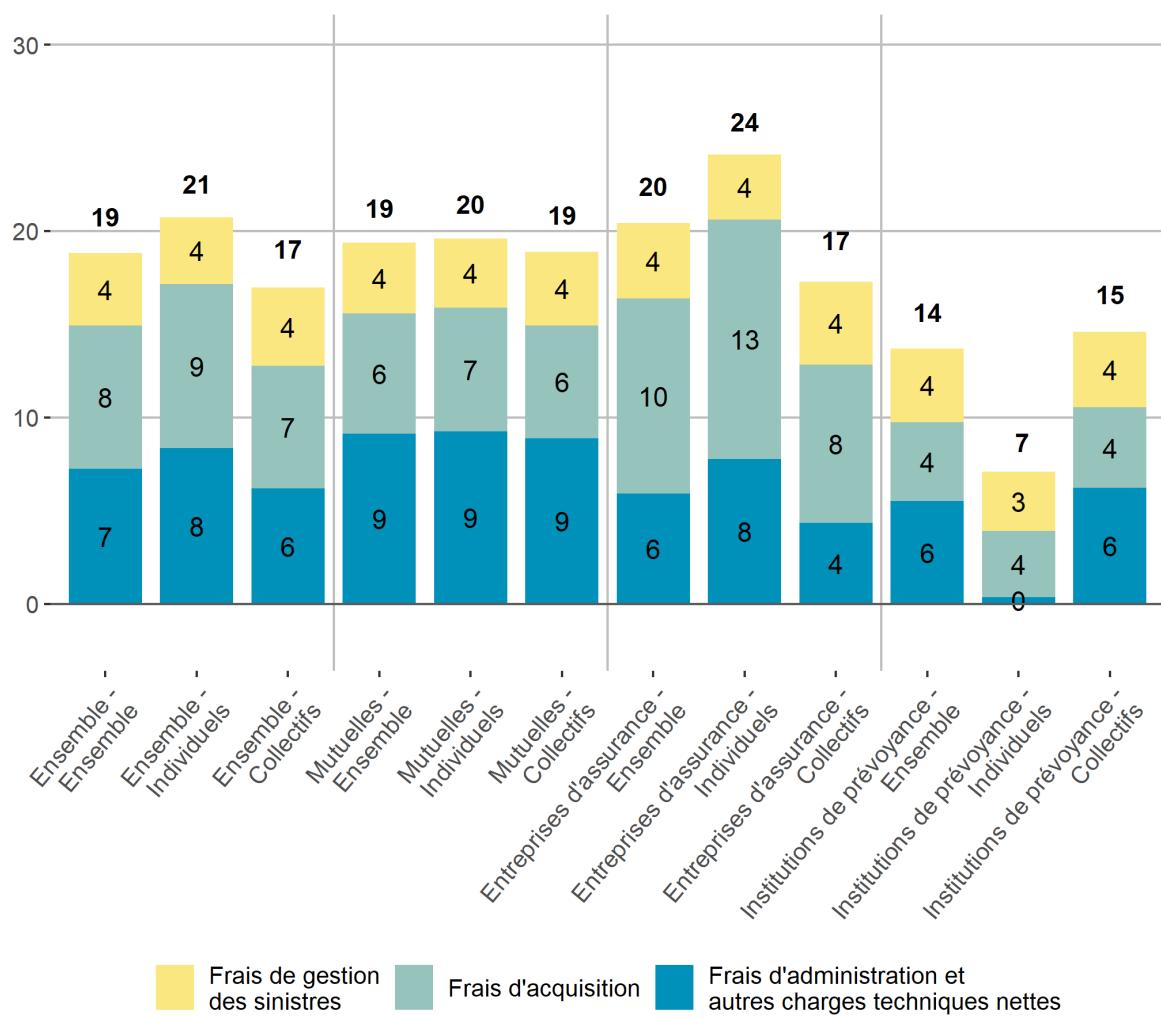
Source : ACPR, calculs DREES.

L'écart structurel du taux de frais de gestion entre contrats collectifs et contrats individuels provient à la fois des frais d'acquisition et des frais d'administration. La part des frais d'acquisition dans les cotisations est plus faible en collectif (6,6 % en moyenne, contre 8,8 % pour les contrats individuels en 2024, voir graphique 4.3) du fait du nombre d'interlocuteurs réduit qui diminue le coût de publicité et de vente des contrats. De même, les frais d'administration sont un peu plus faibles en collectif (6,2 % en moyenne, contre 8,3 % pour les contrats individuels en 2024) car les cotisations peuvent être prélevées par les entreprises et reversées globalement aux organismes assureurs.

Seules les institutions de prévoyance se caractérisent par des charges de gestion en individuel plus faibles qu'en collectif mais leurs contrats individuels sont destinés aux anciens salariés des entreprises couvertes en collectif (L. 932-14 du code de la sécurité sociale) et à ce titre se distinguent des autres contrats individuels.

Graphique 4.3 – Part des charges de gestion dans les cotisations en santé en 2024, par type d'organismes complémentaires et de contrats

En % des cotisations collectées



Note : Les contrats individuels des institutions de prévoyance, principalement destinés aux anciens salariés retraités ou chômeurs des entreprises couvertes en collectif, sont très spécifiques. Les frais d'administration et autres charges techniques nettes représentent la somme des frais d'administration et autres charges techniques nettes de produits techniques.

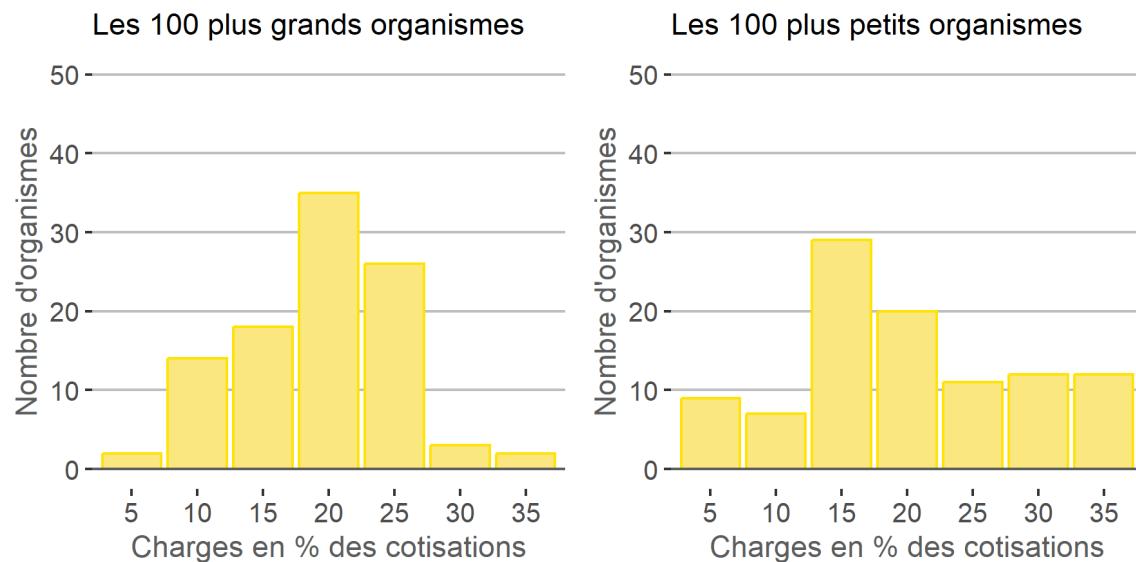
Lecture : Les charges de gestion des contrats collectifs des entreprises d'assurance ont représenté 17 % des cotisations collectées en 2024, dont 4 % au titre des frais de gestion des sinistres, 8 % pour les frais d'acquisition et 4 % pour les frais d'administration.

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.

Enfin, les charges de gestion sont plus dispersées parmi les petits organismes (graphique 4.4).

Graphique 4.4 – Dispersion des charges de gestion en santé selon la taille de l'organisme



Note : Il s'agit des 100 plus grands et des 100 plus petits organismes en matière de cotisations collectées en santé. Les bornes extrêmes regroupent les organismes dont les charges ont été respectivement inférieures à 7,5 % et supérieures à 32,5 %.

Lecture : Parmi les 100 plus grands organismes en 2024, 35 d'entre eux ont eu des charges de gestion qui ont représenté environ 20 % des cotisations en santé (entre 17,5 % et 22,5 % des cotisations).

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières), contrôlés par l'ACPR au 31/12/2024 et ayant renseigné leurs charges de gestion et leurs cotisations en santé.

Source : ACPR, calculs DREES.

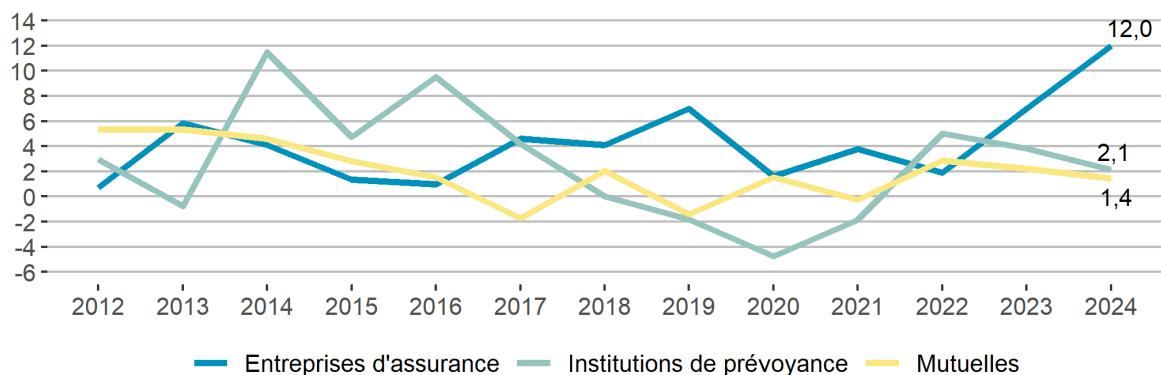
4.2 L'augmentation des frais de gestion en 2024 est nettement plus élevée pour les entreprises d'assurance que pour les mutuelles et les institutions de prévoyance

En 2024, les charges de gestion des entreprises d'assurance ont augmenté de 12,0 % (graphique 4.5), un rythme nettement supérieur à celui des mutuelles (+1,4 %) et des institutions de prévoyance (+2,1 %). Ces charges augmentent moins que les cotisations, de sorte que, relativement aux cotisations, les charges de gestion diminuent, pour les trois types d'organismes : -0,4 point pour les mutuelles, -0,7 point pour les entreprises d'assurance et -0,3 point pour les institutions de prévoyance (graphique 4.6). La baisse plus élevée pour les entreprises d'assurance s'explique par la très forte hausse des cotisations collectées sur l'activité de complémentaire santé (partie 2).

Les entreprises d'assurance ont les charges de gestion relatives les plus élevées (20 % des cotisations), devant les mutuelles (19 %) et les institutions de prévoyance (14 %). Cependant, la part des frais de gestion dans les cotisations que les entreprises d'assurance collectent a diminué tendanciellement depuis 2014, passant de 23,4 % en 2014 à 20,4 % en 2024. Au contraire, la part des frais de gestion dans les cotisations collectées par les mutuelles est restée quasi-stable entre 2016 et 2022, et a perdu 0,7 point depuis. Enfin, pour les institutions de prévoyance, cette part a diminué depuis 2018, passant de 15,9 % en 2018 à 13,7 % en 2024 (graphique 4.6).

Graphique 4.5 – Évolution des charges de gestion, par type d'organismes complémentaires, entre 2012 et 2024

En %



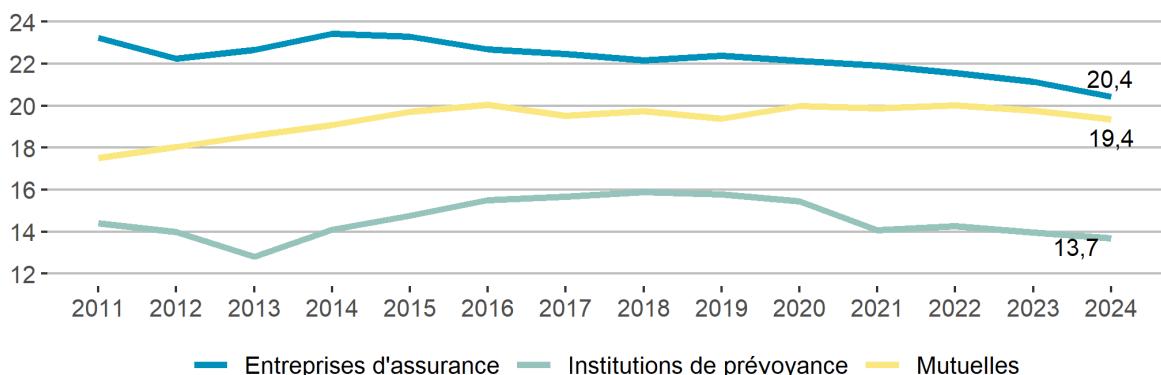
Lecture : En 2024, les charges de gestion des mutuelles ont augmenté de 1,4 %.

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

Source : ACPR, calculs DREES.

Graphique 4.6 – Part des charges de gestion dans les cotisations en santé, par type d'organismes complémentaires, entre 2011 et 2024

En % des cotisations collectées



Lecture : En 2024, les charges de gestion représentent 19,4 % des cotisations des mutuelles.

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

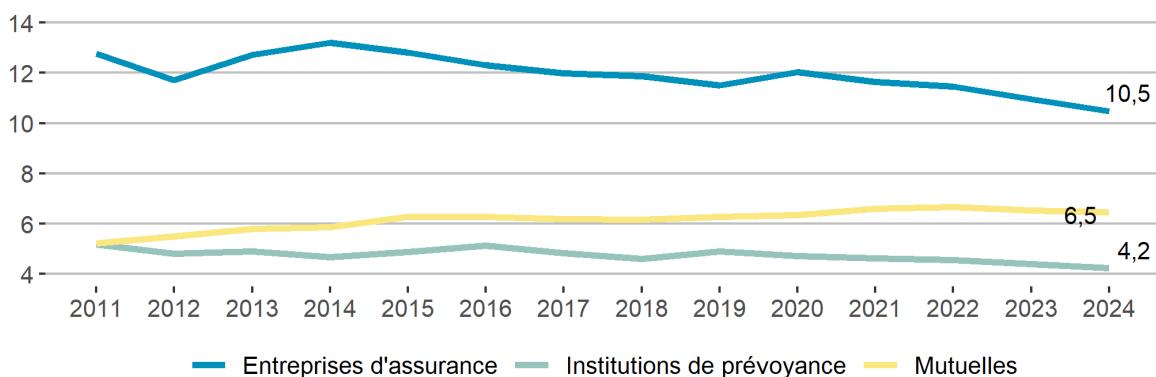
Source : ACPR, calculs DREES.

4.3 Les frais d'acquisition restent plus élevés pour les entreprises d'assurance, en collectif comme en individuel, mais tendent à diminuer

Relativement aux cotisations, les frais de gestion des entreprises d'assurance ont diminué depuis 2014 (graphique 4.6) ; cette baisse provient d'un recul de leurs frais d'acquisition, passés de 13,2 % à 10,5 % des cotisations collectées entre 2014 et 2024 (graphique 4.7). Dans le détail, ce recul s'observe pour les contrats individuels des entreprises assurances (leurs frais d'acquisition sont passés de 15,3 % à 12,8 % des cotisations sur la période) comme pour leurs contrats collectifs (dont les frais d'acquisition sont passés de 10,6 % à 8,5 % des cotisations).

Graphique 4.7 – Part des frais d'acquisition dans les cotisations en santé, par type d'organismes complémentaires, entre 2011 et 2024

En % des cotisations collectées



Lecture : En 2024, les frais d'acquisition représentent 6,5 % des cotisations des mutuelles.

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

Source : ACPR, calculs DREES.

En individuel, les entreprises d'assurance présentent des frais d'acquisition bien plus élevés que les mutuelles (graphique 4.3). Plusieurs facteurs contribuent à cet écart. Tout d'abord, un certain nombre de mutuelles sont spécialisées sur certaines professions (mutuelles de fonctionnaires, mutuelles d'entreprises ou de régimes spéciaux). Ces mutuelles spécialisées engagent moins de frais pour attirer les clients car elles bénéficient de clientèles bien identifiées et, dans une certaine mesure, captives (Leduc A., Montaut A., 2017). Les entreprises d'assurance présentent des frais d'acquisition plus élevés que les mutuelles non spécialisées, avec qui elles sont en concurrence auprès du grand public. Ces frais plus élevés s'expliquent en partie par un plus grand recours à des intermédiaires, agents d'assurance ou courtiers, rémunérés par des commissions. Ces intermédiaires peuvent gérer la relation avec les clients, ce qui permet aux entreprises d'assurance de bénéficier en contrepartie de frais d'administration réduits. Néanmoins, en tenant compte des autres charges de gestion, les charges des entreprises d'assurance en individuel sont également plus élevées que celles des mutuelles. Le recours à des intermédiaires représente ainsi un coût pour les assurés, mais qui pourrait aussi s'accompagner d'une meilleure qualité de service.

Enfin, les contrats individuels des institutions de prévoyance sont spécifiques car ils couvrent en grande majorité d'anciens salariés retraités des entreprises couvertes en collectif, qui basculent vers un contrat individuel lors de leur départ à la retraite. Leurs frais d'acquisition sont donc difficilement comparables à ceux des autres organismes. En individuel, les frais d'acquisition, engagés pour attirer un client, sont aussi davantage amortis lorsque le prix du contrat qu'il souscrit est élevé (Leduc A., Montaut A., 2017). Les frais d'acquisition, rapportés aux cotisations, sont donc davantage amortis pour les organismes dont la clientèle est plus âgée ou a opté en moyenne pour des garanties plus couvrantes puisque les cotisations sont globalement plus élevées.

En collectif, les institutions de prévoyance présentent les frais d'acquisition les plus faibles. Comme en individuel, certains de ces organismes sont spécialisés (sur une entreprise, une profession, une branche) et bénéficient de populations bien identifiées et moins volatiles. À compter de juin 2013, les « clauses de désignation » (par lesquelles les entreprises d'une certaine branche pouvaient se voir d'office assignées à adhérer à un certain organisme complémentaire, voir encadré 3) ont disparu, sans toutefois s'accompagner d'une hausse des frais d'acquisition pour les institutions de prévoyance en proportion de leurs cotisations.

Enfin, par rapport aux mutuelles généralistes (non spécialisées sur une profession), les entreprises d'assurance affichent des frais d'acquisition plus élevés en collectif, mais compensés par des frais d'administration plus faibles, si bien qu'elles s'en distinguent finalement peu en matière de charges totales. D'après l'enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2017, les entreprises ayant mis en place une couverture ou qui ont souhaité la modifier à la suite de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise se sont davantage tournées vers les entreprises d'assurance et

moins souvent vers des mutuelles que les entreprises qui étaient déjà couvertes et n'ont pas modifié leur contrat (Barlet et al., 2019).

4.4 Les mutuelles ont les frais d'administration les plus élevés

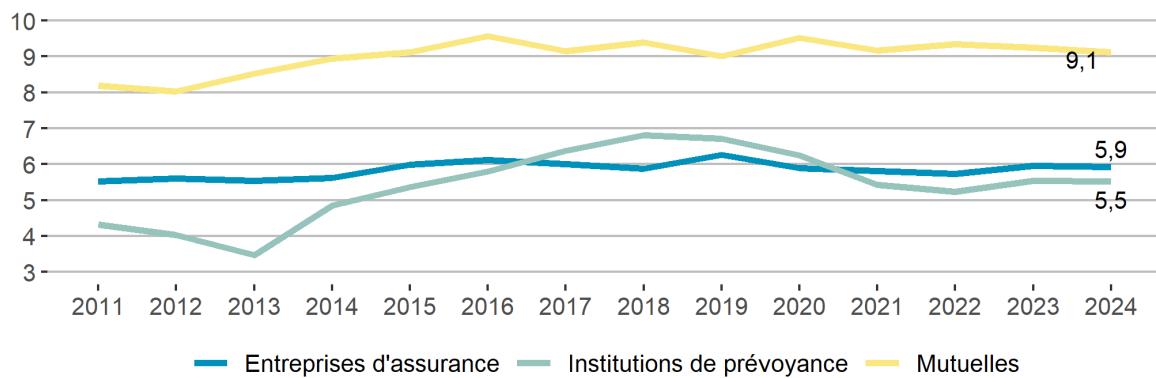
Les mutuelles se caractérisent par des frais d'administration et autres charges techniques plus élevés que les entreprises d'assurance et les institutions de prévoyance (relativement aux cotisations), aussi bien en individuel qu'en collectif. Cela peut s'expliquer dans certains cas par la plus forte restructuration au sein du secteur mutualiste, qui engendre des coûts durant la phase de transition. Lorsqu'un organisme en absorbe un autre, il doit en effet intégrer le portefeuille de contrats de ce dernier dans son propre système d'information, ou garder deux systèmes d'information en parallèle.

En effet, le poids des frais d'administration des mutuelles a augmenté de 2011 à 2016 (graphique 4.8), pendant que, dans le même temps, le nombre de mutuelles diminuait de 34 % (graphique 1.1). Puis le poids des frais d'administration des mutuelles s'est maintenu à un niveau élevé de 2016 à 2024, sans que, en apparence, les gains d'efficacité rendus possible par la concentration des mutuelles se concrétisent. Mais le fort mouvement de concentration des mutuelles s'est poursuivi entre 2016 et 2024, puisque leur nombre a encore diminué de 32 % sur cette période, occasionnant de nouveaux frais de transition.

Au contraire, le nombre d'institutions de prévoyance est resté relativement stable entre 2016 et 2024, après une diminution de 27 % entre 2011 et 2016, ce qui aurait permis une baisse des frais d'administration des institutions de prévoyance depuis 2016. La baisse du poids des frais de gestion des institutions de prévoyance depuis 2018 a été portée par le recul de leurs frais d'administration, passés de 6,8 % à 5,5 % entre 2018 et 2024 (graphique 4.8).

Graphique 4.8 – Part des frais d'administration dans les cotisations en santé, par type d'organismes complémentaires, entre 2011 et 2024

En % des cotisations collectées



Lecture : En 2024, les mutuelles ont consacré 9,1 % des cotisations qu'elles ont collectées à leurs frais d'administration.

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

Source : ACPR, calculs DREES.

En individuel, les organismes de grande taille ont tendance à réaliser des économies d'échelle sur l'administration des contrats. Ceux dont les assurés sont en moyenne plus âgés réalisent également des économies sur ces frais, probablement parce que les situations personnelles des personnes âgées sont moins changeantes que celles des plus jeunes (moins de changement de domicile, de compte bancaire, de régime obligatoire, etc.).

La réforme « 100 % santé » en 2019, la réforme des contrats responsables en 2015 ponctuellement ainsi que les réformes réglementaires (Solvabilité 2 en 2016, mais aussi le règlement européen sur la protection des données personnelles ou la directive sur la distribution d'assurances, etc.) ont engendré, dans une certaine mesure, des frais d'administration supplémentaires pour les organismes (modification des garanties pour le « 100 % santé » et pour les contrats responsables, évolution des systèmes

d'information et honoraires de conseils pour les réformes réglementaires, etc.). Le développement des réseaux de soins durant plusieurs années (Durand N, et Emmanuelli J., 2017) a contribué aussi probablement à la hausse de ces frais. La gestion de ces réseaux représente un coût pour les assurés en matière de frais d'administration, mais ils pourraient aussi s'accompagner d'économies, via une baisse des prix négociés par les réseaux, et d'une qualité de service accrue, via des prestations comme l'analyse de devis.

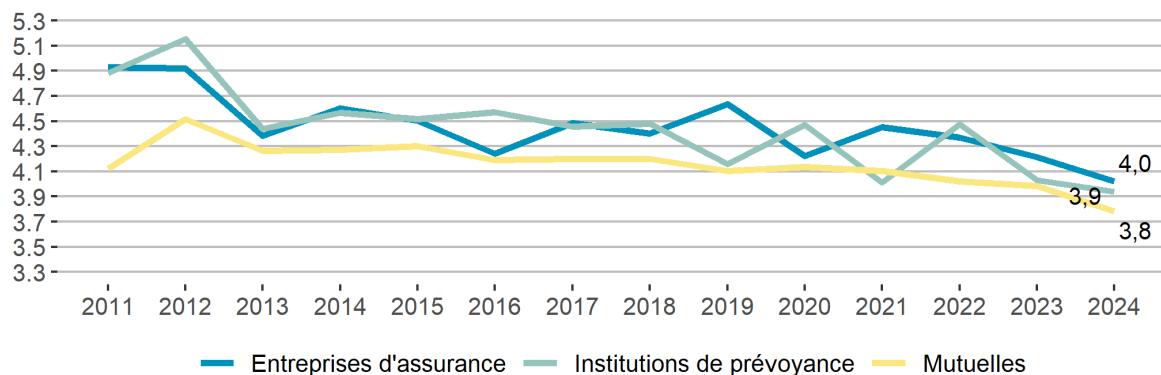
4.5 Les frais de gestion des sinistres dépendent peu du type d'organismes complémentaires

Enfin, les frais de gestion des sinistres sont très homogènes. En 2024, ils ont représenté de 3 % à 4 % des cotisations, quelle que soit la catégorie d'organismes et le type de contrats (graphique 4.3). Depuis 2011, la part des frais de gestion des sinistres dans les cotisations collectées tend à diminuer légèrement (graphique 4.9).

Frais de gestion, d'administration et d'acquisition peuvent aussi être analysés en les rapportant au nombre d'assurés ou au nombre d'actes à traiter (encadré 6).

Graphique 4.9 – Part des frais de gestion des sinistres dans les cotisations en santé, par type d'organismes complémentaires, entre 2011 et 2024

En % des cotisations collectées



Lecture : En 2024, les mutuelles ont consacré 3,8 % des cotisations qu'elles ont collectées à leurs frais de gestion des sinistres.

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

Source : ACPR, calculs DREES.

Encadré 6 : Zoom sur les charges de gestion

Les coûts de gestion des organismes complémentaires ne sont pas directement comparables aux coûts des régimes de base. Les activités de ces deux catégories sont en effet à la fois différentes et imbriquées (Delecourt, Didier, et al. (2025), fiche 24). Certaines activités ne relèvent que des régimes de base obligatoires (par exemple délivrer des attestations de complémentaire santé solidaire, anciennement de couverture maladie universelle complémentaire - CMU-C - et d'aide au paiement d'une complémentaire santé - ACS). En revanche, les régimes de base obligatoires peuvent plus facilement réaliser des économies d'échelle ; le secteur de la complémentaire santé est beaucoup plus morcelé et la liberté de choix engendre des frais supplémentaires spécifiques aux organismes complémentaires. Enfin, les organismes complémentaires interviennent directement dans le cas de dépenses non prises en charge par la Sécurité sociale, traitent des feuilles de soins papier en l'absence de signature de la convention d'échange Noémie (voir glossaire), réalisent des actions ou offrent des services complémentaires au remboursement.

Les frais d'acquisition d'un organisme sont engagés pour attirer le souscripteur d'un contrat. En 2024, le coût d'acquisition médian a été de 78 € par an et par assuré en individuel et de 64 € en collectif (tableau 4.10). La médiane des frais d'acquisition par assuré a été la plus élevée pour les entreprises d'assurance par rapport aux autres types d'organismes, comme les années passées. Ainsi, la hiérarchie entre les trois familles d'organismes est inchangée par rapport à celle présentée en partie 4, lorsque les frais d'acquisition sont rapportés aux cotisations. Dans cet encadré, les charges de gestion sont étudiées en médiane plutôt qu'en moyenne, en raison du nombre d'organismes qui n'ont pas renseigné tous les montants nécessaires aux estimations ou ont renseigné des valeurs atypiques, la médiane étant moins sensible que la moyenne à ces valeurs atypiques.

Tableau 4.10 – Médiane des frais d'acquisition par assuré en 2024

	Individuel (en €)	Organismes répondants en individuel	Collectif (en €)	Organismes répondants en collectif
Mutuelles	64	124 sur 135	64	109 sur 125
Entreprises d'assurance	128	61 sur 68	88	51 sur 62
Institutions de prévoyance	74	12 sur 15	40	22 sur 24
Ensemble	78	197 sur 218	64	182 sur 211

Note : Les résultats doivent être considérés avec prudence en raison du nombre d'organismes ayant renseigné les données permettant ces estimations.

Lecture : En 2024, pour les contrats individuels des mutuelles, la médiane des frais d'acquisition par assuré s'est située à 64 €, ce qui signifie que pour la moitié des mutuelles, les frais d'acquisition par assuré ont été inférieurs à 64 €, et pour l'autre moitié ils ont été supérieurs à 64 €. 124 sur 135 mutuelles exerçant en santé individuelle ont renseigné les données permettant ces estimations.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières), contrôlés par l'ACPR au 31/12/2024 et ayant renseigné les données permettant ces estimations.

Source : ACPR, calculs DREES.

Les frais d'administration sont liés à la gestion courante des contrats et dépendent donc aussi du nombre d'assurés, ce qui reflète principalement le nombre de dossiers à gérer, en individuel comme en collectif. Ils sont légèrement inférieurs en collectif (tableau 4.11), probablement parce que les entreprises participent à la collecte des cotisations pour le compte de l'organisme assureur. Certains organismes, comme les mutuelles de fonctionnaires, gèrent en outre le régime obligatoire de certains groupes d'assurés en lieu et place de l'Assurance maladie. Cette gestion déléguée engendre des coûts pour les organismes en général supérieurs aux « remises de gestion » qu'ils se voient accorder en contrepartie de la part du régime général, ce qui viendrait augmenter les frais d'administration de ces organismes.

Tableau 4.11 – Médiane des frais d'administration par assuré en 2024

	Individuel (en €)	Organismes répondants en individuel	Collectif (en €)	Organismes répondants en collectif
Mutuelles	96	126 sur 135	94	110 sur 125
Entreprises d'assurance	73	60 sur 68	53	50 sur 62
Institutions de prévoyance	96	12 sur 15	64	21 sur 24
Ensemble	93	198 sur 218	78	181 sur 211

Note : Les résultats doivent être considérés avec prudence en raison du nombre d'organismes ayant renseigné les données permettant ces estimations.

Lecture : En 2024, pour les contrats individuels des mutuelles, la médiane des frais d'administration par assuré s'est située à 96 €, ce qui signifie que pour la moitié des mutuelles, les frais d'administration par assuré ont été inférieurs à 96 €, et pour l'autre moitié ils ont été supérieurs à 96 €. 126 sur 135 mutuelles exerçant en santé individuelle ont renseigné les données permettant ces estimations.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières), contrôlés par l'ACPR au 31/12/2024 et ayant renseigné les données permettant ces estimations.

Source : ACPR, calculs DREES.

Enfin, les frais de gestion des sinistres d'un organisme peuvent dépendre du nombre de feuilles de soins qu'il doit traiter, du nombre d'actes de soins inscrits sur ces feuilles et des modalités de présentation au remboursement de ces feuilles de soins, dans un contexte de dématérialisation avancée. Les organismes complémentaires prennent aussi en charge certaines prestations à la périphérie du système de soins (médecines douces, etc.) pour lesquelles ils ne peuvent bénéficier de la dématérialisation par l'assurance maladie et doivent traiter des factures au format papier. Le traitement des demandes de devis, en dentaire par exemple, est aussi spécifique aux organismes complémentaires et génère des frais de gestion des sinistres.

En individuel, en 2024, le coût de traitement d'une ligne d'acte par les organismes complémentaires s'est situé autour de 43 centimes d'euros en médiane (tableau 4.12), ce qui signifie que la moitié des organismes a eu un coût de traitement par ligne d'acte inférieur à ce seuil et l'autre moitié un coût supérieur. En collectif, cette médiane s'est élevée à 54 centimes d'euros. Ces estimations doivent cependant être interprétées avec prudence car, parmi les organismes étudiés, 135 sur 218 ont renseigné ces informations en individuel et 128 sur 211 en collectif. Le coût médian pour les contrats individuels est du même ordre de grandeur que celui pour les contrats collectifs, bien que légèrement inférieur, le traitement d'une ligne d'acte n'étant a priori pas différent entre ces deux types de contrats. Les résultats par type d'organisme ne peuvent être présentés dans le tableau 4.12 en raison d'effectifs trop faibles.

Tableau 4.12 – Médiane des frais de gestion des sinistres par ligne d'acte en 2024

	Individuel (en €)	Organismes répondants en individuel	Collectif (en €)	Organismes répondants en collectif
Ensemble	0,43	135 sur 218	0,54	128 sur 211

Note : Les résultats doivent être considérés avec prudence en raison du nombre d'organismes ayant renseigné les données permettant ces estimations.

Lecture : En 2024, pour les contrats individuels, la médiane des coûts de traitement par ligne d'acte s'est située à 0,43 €, ce qui signifie que pour la moitié des organismes, le traitement d'une ligne d'acte a coûté moins de 0,43 € et pour l'autre moitié il a coûté plus de 0,43 €. 135 sur 218 organismes exerçant en santé individuelle ont renseigné les données permettant ces estimations.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières), contrôlés par l'ACPR au 31/12/2024 et ayant renseigné les données permettant ces estimations.

Source : ACPR, calculs DREES.

5 En 2024, le résultat technique en santé s'est redressé et est redevenu positif

En 2024, le résultat technique en santé s'est redressé et est redevenu globalement positif : il s'est établi à 1,6 % des cotisations collectées hors taxe, après avoir été négatif en 2023 (-0,4 %). Le résultat technique des organismes complémentaires avait été quasiment nul en 2021 et 2022, après des résultats techniques supérieurs entre 2017 et 2020 (+1,3 % des cotisations en 2017, +1,2 % en 2018 et 2019 et +1,7 % en 2020).

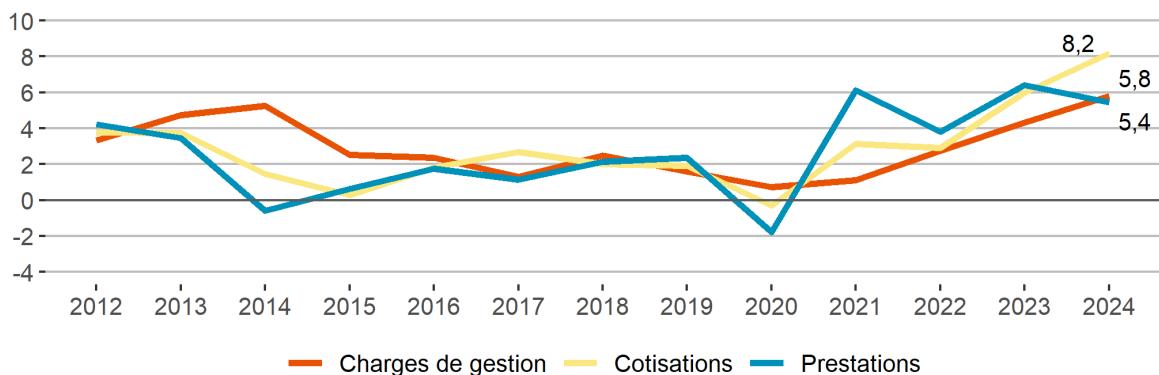
Les contrats collectifs se caractérisent par des résultats techniques globalement négatifs ; depuis 2011, leur déficit fluctue entre 1,9 % et 4,3 % des cotisations. Les contrats individuels dégagent un excédent technique, compris entre 2,7 % et 7,1 % depuis 2011.

5.1 Pour la première fois depuis 2020, les cotisations collectées ont augmenté davantage que les prestations versées en santé en 2024

En 2024, les prestations versées en santé par les organismes complémentaires ont augmenté de 5,4 %, soit moins que les cotisations collectées en santé, qui ont augmenté de 8,2 %. Depuis 2020, c'est la première année que les prestations versées augmentent moins que les cotisations collectées. Les charges de gestion des contrats en santé ont augmenté de 5,8 % en 2024, au rythme le plus élevé depuis 2012.

Graphique 5.1 – Évolution des déterminants du résultat technique en santé, entre 2011 et 2024

Évolution en %



Lecture : En 2024, les charges de gestion des organismes complémentaires ont augmenté de 5,8 %.

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

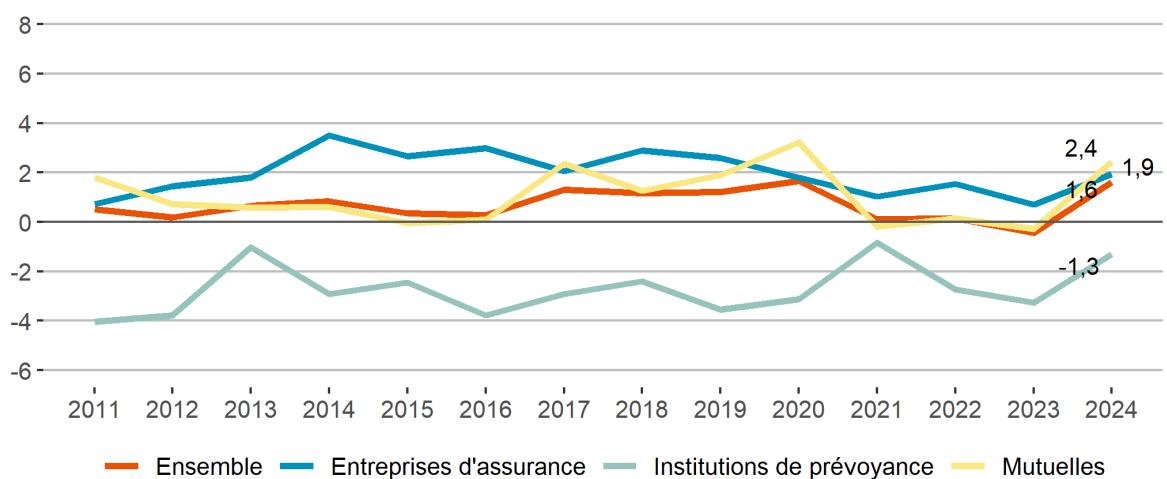
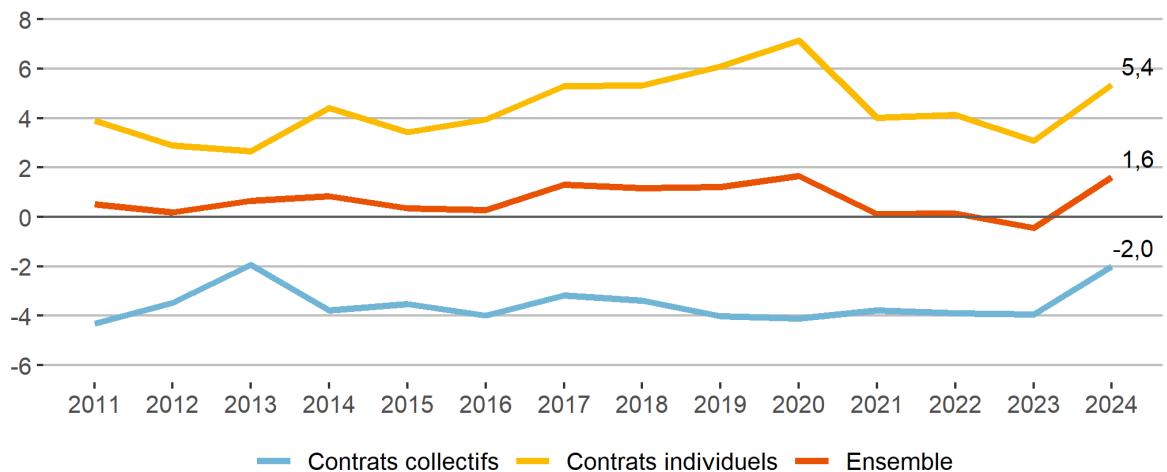
Source : ACPR, calculs DREES.

5.2 Les résultats techniques des contrats individuels comme des contrats collectifs se sont nettement améliorés en 2024 par rapport à 2023

Depuis 2011, les contrats collectifs sont globalement déficitaires, « ce qui contraint les organismes à compenser ce déficit technique par des produits financiers afin de maintenir leur rentabilité globale » (ACPR, 2016). En moyenne en 2024, leur résultat technique s'est établi à -2,0 % des cotisations, un niveau supérieur à celui de 2023 (-3,9 %) et proche de son plus haut depuis 2011 atteint en 2013 (-1,9 %). À l'inverse, les contrats individuels continuent de dégager en moyenne des excédents. En 2024, le résultat technique de ces contrats s'est élevé à +5,4 % de leurs cotisations, un niveau supérieur à celui de l'année 2023 (+3,1 %).

Graphique 5.2 – Résultat technique en santé entre 2011 et 2024

En % des cotisations collectées



Lecture : En 2024, le résultat technique en santé des mutuelles s'est établi à 2,4 % de leurs cotisations.

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

Source : ACPR, calculs DREES.

5.3 En 2024, le résultat technique sur l'activité santé est en hausse pour tous les types d'organisme

En 2024, les cotisations des mutuelles ont augmenté davantage que leurs prestations, à tel point que leur résultat technique, légèrement négatif en 2023 (-0,3 % des cotisations), est redevenu nettement positif (2,4 % des cotisations). Comme pour les entreprises d'assurance, la hausse du résultat technique des mutuelles provient tant de leurs contrats individuels, dont le résultat a progressé de 2,8 % en 2023 à 5,9 % en 2024 que des contrats collectifs (-4,5 % en 2024 après -6,3 % en 2023, graphique 5.3).

Les institutions de prévoyance restent déficitaires sur leur activité santé, avec des pertes de 1,3 % des cotisations collectées hors taxe en 2024. Ce résultat technique négatif l'est toutefois moins qu'en 2023 (-3,3 % des cotisations), notamment parce que les cotisations des institutions de prévoyance ont augmenté plus fortement que leurs prestations en 2024. Les institutions de prévoyance sont déficitaires depuis plusieurs années en raison de leur spécialisation sur l'activité collective. Les déficits en santé

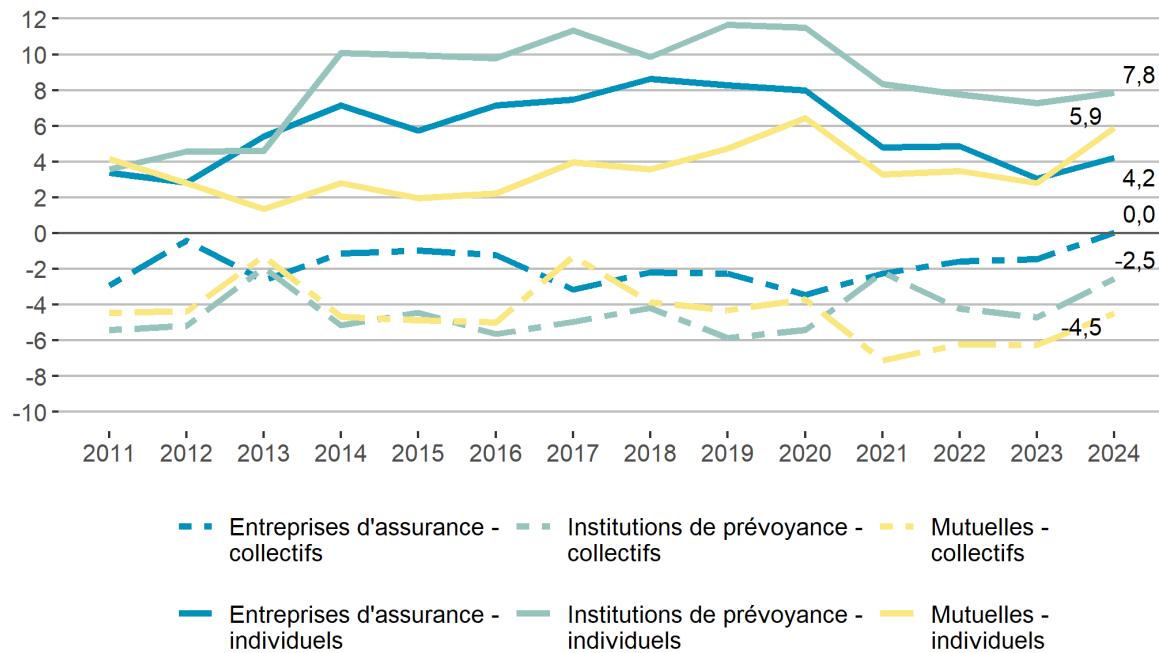
des institutions de prévoyance ont néanmoins été contrebalancés en 2024 par des excédents sur leurs activités d'assurance Vie (partie 6).

Enfin, le résultat technique en santé des entreprises d'assurance s'est établi à 1,9 % des cotisations, en progression après +0,7 % en 2023. Pour la première fois depuis 2011 (première année d'observation des données), les contrats collectifs des entreprises d'assurance sont à l'équilibre. Entre 2011 et 2023, les contrats collectifs des entreprises d'assurance avaient été déficitaires ³², bien que moins en moyenne que ceux des mutuelles et des institutions de prévoyance (graphique 5.3). Il semble y avoir un effet de structure des portefeuilles, les entreprises d'assurance vendant relativement plus de contrats haut de gamme, sur lesquels les frais d'acquisition et d'administration sont mieux amortis. À qualité comparable des contrats gérés, les entreprises d'assurance ne semblent pas significativement plus rentables que les mutuelles et les institutions de prévoyance (Leduc A., Montaut A., 2017).

En individuel, les contrats des entreprises d'assurance ont été en 2024 un peu moins rentables que ceux des mutuelles (ceux des institutions de prévoyance, peu nombreux et spécifiques, sont difficilement comparables). Or, entre 2013 et 2023, les contrats individuels des mutuelles étaient moins rentables que ceux des entreprises d'assurance. Cela pouvait s'expliquer par le fait que le résultat technique en individuel est généralement plus élevé pour les organismes ayant des chiffres d'affaires élevés et par le fait que les entreprises d'assurance ont, en moyenne, des chiffres d'affaires plus élevés que ceux des mutuelles. À chiffre d'affaires comparable, une entreprise d'assurance ne semble pas significativement plus rentable sur son activité santé individuelle qu'une mutuelle (Leduc A., Montaut A., 2017).

Au total, les compagnies d'assurance, qui sont des entreprises d'assurance à but lucratif appartenant à leurs actionnaires, ont tendance à générer des excédents supérieurs à ceux des sociétés d'assurance mutuelles, des mutuelles et des institutions de prévoyance, qui sont à but non lucratif, et qui doivent donc réinvestir leurs éventuels excédents dans l'organisme au bénéfice des adhérents. Cependant, en 2024, les mutuelles ont dégagé un résultat technique supérieur à celui des entreprises d'assurance et des institutions de prévoyance, pour la première fois depuis 2020.

³² Le caractère excédentaire ou déficitaire du résultat technique des entreprises d'assurance sur leurs contrats collectifs est sensible à la définition du champ étudié. Le champ de ce rapport couvre l'activité en santé en France des organismes complémentaires, activité qui est assujettie à la TSA, mais exclut l'activité en santé réalisée par des organismes complémentaires français à l'étranger (par exemple des contrats au 1er euro commercialisés auprès d'expatriés).

Graphique 5.3 – Résultat technique en santé selon le type d'organismes et de contrats*En % des cotisations collectées*

Lecture : En 2024, le résultat technique en santé des mutuelles en contrats individuels s'est établi à 5,9 % de leurs cotisations en contrats individuels.

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

Source : ACPR, calculs DREES.

Tableau 5.4 – Compte de résultat technique en santé en 2024

Mutuelles	Individuel (millions d'euros)	Collectif (millions d'euros)	Total (millions d'euros)	Individuel (% des cotisations)	Collectif (% des cotisations)	Total (% des cotisations)	Évolution 2024 (en %)	Contributions à l'évolution (en pp)
Produits	13 604	6 795	20 399	100,2	100,4	100,2	3,4	
Cotisations collectées	13 581	6 768	20 349	100,0	100,0	100,0		3,49
Autres produits	23	27	49	0,2	0,4	0,2		-0,10
Charges	12 804	7 098	19 902	94,3	104,9	97,8	0,6	
Prestations	10 010	5 793	15 804	73,7	85,6	77,7		-0,29
Frais de gestion des sinistres	502	267	769	3,7	3,9	3,8		-0,07
Frais d'acquisition	904	411	1 315	6,7	6,1	6,5		0,16
Frais d'administration	1 255	601	1 856	9,2	8,9	9,1		0,20
Autres charges	132	26	158	1,0	0,4	0,8		0,60
Résultat technique	800	-304	496	5,9	-4,5	2,4		

Entreprises d'assurance	Individuel (millions d'euros)	Collectif (millions d'euros)	Total (millions d'euros)	Individuel (% des cotisations)	Collectif (% des cotisations)	Total (% des cotisations)	Évolution 2024 (en %)	Contributions à l'évolution (en pp)
Produits	8 287	9 998	18 285	98,7	100,6	99,7	15,7	
Cotisations collectées	8 399	9 934	18 333	100,0	100,0	100,0		15,91
Autres produits	-112	64	-48	-1,3	0,6	-0,3		-0,21
Charges	7 934	9 994	17 928	94,5	100,6	97,8	14,2	
Prestations	5 912	8 241	14 154	70,4	83,0	77,2		11,91
Frais de gestion des sinistres	294	443	737	3,5	4,5	4,0		0,45
Frais d'acquisition	1 078	843	1 921	12,8	8,5	10,5		1,20
Frais d'administration	653	432	1 085	7,8	4,3	5,9		0,90
Autres charges	-4	35	31	-0,1	0,4	0,2		-0,22
Résultat technique	353	4	357	4,2	0,0	1,9		

Institutions de prévoyance	Individuel (millions d'euros)	Collectif (millions d'euros)	Total (millions d'euros)	Individuel (% des cotisations)	Collectif (% des cotisations)	Total (% des cotisations)	Évolution 2024 (en %)	Contributions à l'évolution (en pp)
Produits	930	6 908	7 839	100,5	100,5	100,5	4,2	
Cotisations collectées	926	6 876	7 802	100,0	100,0	100,0		4,11
Autres produits	4	33	37	0,5	0,5	0,5		0,08
Charges	858	7 083	7 941	92,6	103,0	101,8	2,2	
Prestations	809	6 009	6 818	87,4	87,4	87,4		1,09
Frais de gestion des sinistres	29	278	307	3,2	4,0	3,9		0,07
Frais d'acquisition	33	297	330	3,6	4,3	4,2		0,00
Frais d'administration	3	428	431	0,3	6,2	5,5		0,21
Autres charges	-17	72	55	-1,8	1,0	0,7		0,86
Résultat technique	73	-175	-102	7,8	-2,5	-1,3		

Ensemble des organismes	Individuel (millions d'euros)	Collectif (millions d'euros)	Total (millions d'euros)	Individuel (% des cotisations)	Collectif (% des cotisations)	Total (% des cotisations)	Évolution 2024 (en %)	Contributions à l'évolution (en pp)
Produits	22 821	23 702	46 523	99,6	100,5	100,1	8,0	
Cotisations collectées	22 906	23 578	46 484	100,0	100,0	100,0		8,16
Autres produits	-85	124	39	-0,4	0,5	0,1		-0,11
Charges	21 595	24 176	45 771	94,3	102,5	98,5	5,8	
Prestations	16 731	20 044	36 775	73,0	85,0	79,1		4,38
Frais de gestion des sinistres	826	988	1 814	3,6	4,2	3,9		0,14
Frais d'acquisition	2 015	1 551	3 566	8,8	6,6	7,7		0,51
Frais d'administration	1 912	1 460	3 372	8,3	6,2	7,3		0,45
Autres charges	111	133	244	0,5	0,6	0,5		0,35
Résultat technique	1 226	-474	752	5,4	-2,0	1,6		

Note : Un compte de résultat technique pour les années 2023 et 2024 est présenté en annexe 2. Les « cotisations collectées » sont les cotisations nettes (hors taxe). Les « autres produits » correspondent aux variations de provisions pour cotisations non acquises, aux subventions d'exploitation reçues et au solde financier. Les « prestations » sont les charges de prestations, hors frais de gestion des sinistres. Les « frais d'administration » correspondent aux frais d'administration et autres charges nettes de produits techniques. Les « autres charges » correspondent à la participation aux résultats et au solde de réassurance.

Lecture : En 2024, le résultat technique en santé des mutuelles s'est élevé à 496 millions d'euros, dont 800 millions au titre des contrats individuels et -304 millions au titre des contrats collectifs. Ce résultat technique a représenté 2,4 % des cotisations santé collectées en 2024. Entre 2023 et 2024, les charges des mutuelles ont globalement augmenté de 0,6 % : les prestations versées ont contribué pour -0,29 point de pourcentage à cette hausse des charges.

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.

6 Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé demeure sensiblement supérieur aux exigences réglementaires

Les excédents ou déficits d'un organisme sur son activité d'assurance santé peuvent être compensés par les résultats de ses autres activités d'assurance et les résultats de placements financiers. La situation financière des organismes pour une année donnée s'évalue donc à partir du résultat net total, qui reflète l'intégralité de leur activité, qu'elle soit assurantielle (résultats techniques, en santé mais aussi sur tous les autres risques Vie ou Non vie : retraite, décès, automobile, etc.), ou non assurantielle (résultat non technique : produits financiers et charges issus des placements des fonds propres, produits et charges exceptionnels, action sociale, impôt sur les sociétés, participation des salariés, etc.).

6.1 En 2024, le résultat net moyen des institutions de prévoyance s'améliore encore et dépasse son précédent point haut, établi en 2023

En 2024, sur l'ensemble de leurs activité (pas seulement l'assurance santé, comme dans les parties précédentes de ce rapport), le résultat net des mutuelles a été légèrement positif (0,2 % de leurs cotisations acquises³³), légèrement inférieur à celui de 2023 (0,7 % ; tableau 6.1). Le résultat technique moyen des mutuelles sur la période 2021-2024 est de 0,5 %, sensiblement moins que leur résultat technique moyen sur les années précédentes, de 1,4 % sur 2011-2020 (2011 marque le début de la période d'étude de ce rapport ; graphique 6.3). Leur résultat technique Vie ayant été quasi-nul (tableau 6.2), en 2024, et leur résultat non technique négatif, le résultat net des mutuelles a été tiré à la hausse par leur résultat technique Non Vie.

Les institutions de prévoyance ont dégagé un résultat net global en hausse en 2024 (3,3 % de leurs cotisations après 2,7 % en 2023) : il s'agit du résultat net le plus élevé pour cette catégorie d'organismes depuis 2011 (première année de la période étudiée dans ce rapport), surpassant le précédent point haut atteint en 2023. Leur résultat non technique a été négatif en 2024, mais a été nettement compensé par leur résultat technique Non Vie et Vie.

Les entreprises d'assurance dégagent les résultats nets globaux les plus élevés (3,8 % du total des cotisations collectées toutes activités d'assurance confondues en 2024). Ces excédents s'expliquent surtout par leurs activités d'assurance autres que la santé, notamment les activités Vie (assurance vie, retraite et décès). Les excédents dégagés par les entreprises d'assurance ont été identiques en 2024 et en 2023, exprimés en part des cotisations (3,8 % en 2024 comme en 2023).

³³ Dans cette partie, qui concerne l'ensemble des activités assurantielles des organismes, les cotisations considérées sont les cotisations acquises nettes, et non les cotisations émises nettes comme dans le reste du rapport (voir glossaire).

6 Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé demeure sensiblement supérieur aux exigences réglementaires

Tableau 6.1 – Évolution entre 2023 et 2024 du résultat net total des organismes actifs en santé, et mouvements de champ

En % des cotisations acquises chaque année, et en points de pourcentage pour la variation et les contributions

	Résultat net rapporté aux cotisations			Dont contributions		
	2023	2024	Variation 2023-2024	Pérennes	Entrées	Sorties
Mutuelles	0,7	0,2	-0,5	-0,5	0,0	-0,0
Entreprises d'assurance	3,8	3,8	-0,0	0,0	-0,0	0,0
Institutions de prévoyance	2,7	3,3	0,7	0,7	0,0	0,0
Ensemble	3,4	3,4	0,0	0,0	0,0	0,0

Note : Cotisations acquises = cotisations émises + variations des provisions pour cotisations non acquises.

Lecture : En 2024, le résultat net des mutuelles a représenté 0,2 % de leurs cotisations, contre 0,7 % en 2023, soit une variation de -0,5 point de pourcentage. En 2024, les entrées et sorties d'organismes soumis au régime Solvabilité 2, vis-à-vis du champ des mutuelles exerçant une activité en santé, n'ont pas contribué à cette variation.

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

Source : ACPR, calculs DREES.

Au total, les organismes du secteur de l'assurance santé ont dégagé des excédents en 2024 sur l'ensemble de leur activité (en moyenne 3,4 % de l'ensemble des cotisations collectées ; tableau 6.1). Les évolutions du résultat net de l'ensemble des organismes sont proches des évolutions du résultat net des entreprises d'assurance, ces dernières ayant un poids largement dominant lorsque l'on considère l'ensemble des activités d'assurance (et non uniquement la santé).

Tableau 6.2 – Résultat technique et résultat net total des organismes actifs en santé en 2024

En millions d'euros

Résultat technique	dont			Résultat non technique	Résultat net
	Santé	Autre Non vie	Vie		
Mutuelles	525	496	-4	33	-475 50
Entreprises d'assurance	7 954	357	1 787	5 810	-754 7 200
Institutions de prévoyance	735	-102	547	290	-150 585
Ensemble	9 214	752	2 329	6 134	-1 379 7 836

Lecture : En 2024, les mutuelles ont eu un résultat technique de 525 millions d'euros et un résultat non technique de -475 millions d'euros, pour un résultat net de 50 millions d'euros.

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.

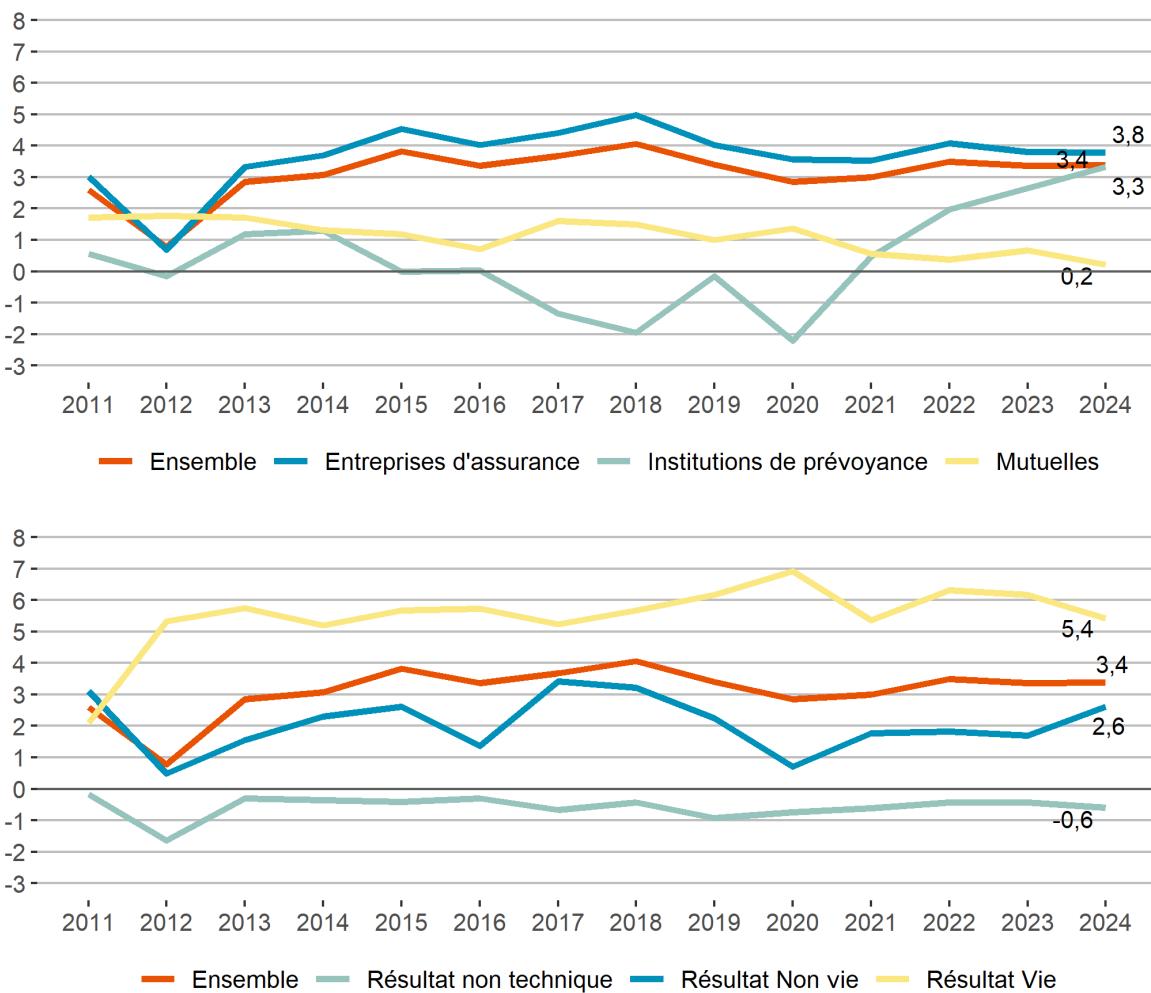
Depuis 2011, les différentes catégories d'organismes du secteur de la complémentaire santé ont généralement été excédentaires ou à l'équilibre sur l'ensemble de leur activité (graphique 6.3). Ainsi, les entreprises d'assurance ont toujours dégagé un résultat net supérieur à 3 % de leurs cotisations, sauf en 2012. Cependant, durant les années 2012, puis 2017 à 2020, les institutions de prévoyance ont connu un résultat net négatif.

6 Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé demeure sensiblement supérieur aux exigences réglementaires

Les excédents ont souvent été portés par les activités d'assurance Vie et dans une moindre mesure Non vie, tandis que le solde non technique a plutôt tiré à la baisse le résultat net global chaque année. Le tableau 6.4 présente un compte de résultat 2024 technique et non technique plus détaillé par type d'organismes.

Graphique 6.3 – Résultat net (toutes activités confondues) entre 2011 et 2024

En % des cotisations acquises



Note : Cotisations acquises = cotisations émises + variations des provisions pour cotisations non acquises.

Lecture : En 2024, les organismes ont dégagé des excédents représentant 3,4 % de l'ensemble des cotisations. Les excédents des activités Vie ont représenté 5,4 % des cotisations Vie, les excédents des activités Non vie ont représenté 2,6 % des cotisations Non vie et enfin l'activité non technique a accusé un déficit égal à -0,6 % de l'ensemble des cotisations.

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

Source : ACPR, calculs DREES.

6 Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé demeure sensiblement supérieur aux exigences réglementaires

Tableau 6.4 – Comptes de résultat détaillés en 2024 des organismes exerçant en santé

En millions d'euros

Mutuelles	Vie	Non vie	dont Santé	Total
Cotisations acquises*	1 024	22 567	20 328	23 591
Prestations** (-)	771	18 570	16 658	19 341
Produits financiers	59	121	64	181
Frais d'acquisition et d'administration*** (-)	237	3 539	3 164	3 777
Solde réassurance (-)	43	87	73	129
Résultat technique	33	492	496	525
Produits financiers du résultat non technique				327
Autres éléments non techniques				-802
Résultat net				50

Entreprises d'assurance	Vie	Non vie	dont Santé	Total
Cotisations acquises*	109 262	81 030	18 161	190 291
Prestations** (-)	135 433	62 830	14 902	198 263
Produits financiers	43 791	2 975	123	46 766
Frais d'acquisition et d'administration*** (-)	12 073	17 538	3 005	29 611
Solde réassurance (-)	-264	1 493	20	1 229
Résultat technique	5 810	2 144	357	7 954
Produits financiers du résultat non technique				1 658
Autres éléments non techniques				-2 412
Résultat net				7 200

6 Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé demeure sensiblement supérieur aux exigences réglementaires

Institutions de prévoyance	Vie	Non vie	dont Santé	Total
Cotisations acquises*	3 065	14 546	7 801	17 611
Prestations** (-)	2 701	12 859	7 108	15 560
Produits financiers	321	475	37	795
Frais d'acquisition et d'administration*** (-)	306	1 474	761	1 780
Solde réassurance (-)	88	243	72	331
Résultat technique	290	445	-102	735
Produits financiers du résultat non technique				301
Autres éléments non techniques				-451
Résultat net				585

Ensemble des organismes	Vie	Non vie	dont Santé	Total
Cotisations acquises*	113 351	118 143	46 290	231 494
Prestations** (-)	138 905	94 259	38 668	233 164
Produits financiers	44 171	3 570	225	47 742
Frais d'acquisition et d'administration*** (-)	12 616	22 551	6 930	35 168
Solde réassurance (-)	-133	1 823	165	1 690
Résultat technique	6 134	3 081	752	9 214
Produits financiers du résultat non technique				2 286
Autres éléments non techniques				-3 665
Résultat net				7 836

*Cotisations acquises = cotisations émises + variations de provisions pour cotisations non acquises.

**Prestations : prestations y compris frais de gestion des sinistres.

***Frais d'acquisition et d'administration : frais d'acquisition, d'administration et autres charges nets des autres produits et subventions.

Note : Ce tableau étant établi à partir des comptes publics des organismes dont le niveau de détail est moindre que celui utilisé pour étudier la partie « Santé », les regroupements de produits et de charges présentés en ligne dans ce tableau diffèrent légèrement des concepts plus fins utilisés dans les précédentes parties de ce rapport. Notamment, ici, les prestations incluent les frais de gestion des sinistres.

Lecture : En 2024, les mutuelles ont réalisé un résultat technique de 33 millions d'euros dans leur activité Vie.

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.

6.2 Les différences de structure de bilan entre organismes s'expliquent principalement par la spécialisation de leur activité

Le résultat net comptable mesure la performance de l'activité pour une année donnée. Pour juger de la solidité financière des organismes sur la durée, c'est le bilan, qui mesure la richesse et les engagements, qui doit être étudié. La solidité des organismes s'évalue aussi à partir des fonds propres dont ils disposent. Les fonds propres sont des ressources qui appartiennent aux propriétaires ou sociétaires d'un organisme. Inscrits au passif du bilan, ils sont constitués du capital apporté à la création de celle-ci et du cumul des éventuels excédents ou pertes mis en réserve au fil des années. Les fonds propres constituent un filet de sécurité en cas de pertes imprévues.

La solidité financière ne porte donc pas uniquement sur un risque spécifique, comme le risque santé. Elle s'évalue à partir de l'ensemble de l'activité d'un organisme, à partir de son bilan et du niveau de ses fonds propres. Les différences entre organismes s'expliquent donc aussi, en partie, par les risques qu'ils couvrent et par leur éventuelle spécialisation sur certains de ces risques, en particulier par la spécialisation des organismes en Vie ou en Non vie.

Dans le bilan, l'actif représente ce que l'organisme d'assurance possède et le passif la façon dont cet actif est financé (fonds propres, provisions techniques, etc.). Par construction, un bilan est équilibré : la valeur des actifs est nécessairement exactement égale à la valeur du passif. En raison de la nature des activités, ce sont les organismes Vie qui possèdent les bilans les plus importants, 1 584,1 milliards d'euros en 2024 soit 9,2 fois plus que leur chiffre d'affaires global (tableau 6.5). À titre de comparaison, en 2024, les organismes Non vie ont présenté un bilan 3,0 fois plus élevé que leur chiffre d'affaires global. La hiérarchie entre les trois familles d'organismes en matière de bilans s'explique donc avant tout par l'importance de leur activité Vie (tableau 6.1).

Les provisions sont les engagements de l'organisme assureur envers les assurés (évaluation du coût futur des prestations à verser à ces derniers), inscrites au passif. En assurance Non vie et Vie, les provisions sont nommées « provisions techniques ». En assurance Non Vie, elles représentent essentiellement la valeur estimée des sinistres que l'organisme assureur s'est engagé à payer et les frais de gestion de ces sinistres. En assurance Vie, les provisions sont principalement constituées des « provisions d'assurance Vie » ou « provisions mathématiques ». Une partie de l'assurance Vie se rapproche d'une activité de gestion d'épargne : les organismes assureurs font fructifier le capital accumulé au fil des cotisations versées pour le compte des assurés, sans qu'il y ait à proprement parler de sinistre déclencheur (l'assuré rachète fréquemment son contrat au bout de quelques années afin d'en récupérer le capital fructifié). Une autre partie de l'assurance Vie correspond davantage à la gestion d'un risque : l'assuré paie des cotisations et la survenance du risque (départ à la retraite, décès, etc.) déclenche le versement d'un capital ou d'une rente à l'assuré ou à ses ayants droit. Pour l'assurance vie par exemple, le rôle de l'organisme assureur est donc, à partir de tables de mortalité notamment, de bien estimer la durée de vie des assurés afin qu'il y ait adéquation entre les cotisations collectées et le capital ou les rentes promises.

Les organismes « Vie » provisionnent le plus : en 2024, les provisions enregistrées à leur passif (provisions d'assurance Vie et autres provisions techniques) représentaient 7,6 fois le montant de l'ensemble des cotisations collectées par ces organismes cette année-là (tableau 6.5) ; il s'agit majoritairement de provisions d'assurance Vie. Les provisions au bilan des organismes Non vie représentaient quant à elles 2,0 fois le montant de leurs cotisations annuelles. Enfin, les mutuelles se démarquent en n'ayant en provision qu'un montant équivalent à 47 % de leurs cotisations en 2024. La singularité des mutuelles s'explique notamment par leur spécialisation dans l'activité santé dont le règlement rapide des prestations ne nécessite pas la détention de placements importants. En 2024, les provisions techniques (provisions d'assurance Vie et autres provisions techniques) ont donc représenté 31 % du passif pour les mutuelles (graphique 6.6), contre 83 % pour les entreprises d'assurance et 62 % pour les institutions de prévoyance, qui assurent davantage de risques longs.

6 Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé demeure sensiblement supérieur aux exigences réglementaires

Tableau 6.5 – Bilan des organismes exerçant une activité santé en 2024

En milliards d'euros

Ensemble des organismes	dont			dont		
	Mutuelles	Entreprises d'assurance	Institutions de prévoyance	Organismes Vie	Organismes Non vie	
Total chiffre d'affaires	231,5	23,6	190,3	17,6	172,1	59,4
Fonds propres	104,1	16,4	74,6	13,0	69,9	34,2
Provisions d'assurance vie	1 159,5	1,8	1 148,4	9,3	1 159,5	0,0
Autres provisions techniques	264,7	9,2	224,3	31,1	147,6	117,1
Autres passifs	231,8	8,5	211,8	11,5	207,1	24,6
Total passif	1 760,1	35,9	1 659,2	64,9	1 584,1	176,0
Provisions techniques réassurées	84,8	2,4	68,6	13,8	56,9	27,9
Placements	1 555,4	26,9	1 486,4	42,2	1 437,9	117,5
Autres actifs	119,9	6,7	104,3	8,9	89,3	30,5
Total actif	1 760,1	35,9	1 659,2	64,9	1 584,1	176,0
Bilan comptable	1 760,1	35,9	1 659,2	64,9	1 584,1	176,0
Plus-values latentes	-1,3	2,4	-4,8	1,1	-13,5	12,2
Bilan en valeur de marché	1 758,8	38,3	1 654,4	66,0	1 570,6	188,1

Note : Le total du chiffre d'affaires correspond aux cotisations collectées pour l'ensemble de l'activité. Le bilan en valeur de marché correspond à la somme du bilan comptable et des plus-values latentes (plus-values ou moins-values qui auraient été réalisées par l'organisme s'il avait revendu ses actifs à leur valeur de marché l'année considérée, soit ici celle de 2024). La valeur de l'actif correspond à celle du passif.

Lecture : En 2024, les fonds propres des mutuelles se sont élevés à 16,4 milliards d'euros.

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.

Les fonds propres sont des « ressources financières pouvant servir de tampon face aux aléas et absorber d'éventuelles pertes financières » (Dreyfuss M.-L., 2013). Ils sont principalement constitués du capital apporté à la création de l'entreprise (ou du fonds d'établissement pour les mutuelles), ainsi que d'une partie des excédents mis en réserve certaines années. Au regard des cotisations collectées, les entreprises d'assurance disposent d'un peu moins de fonds propres que les autres catégories d'organismes : en 2024 les fonds propres se sont élevés à 39 % des cotisations collectées annuellement pour les entreprises d'assurance alors qu'ils ont représenté 70 % des cotisations pour les mutuelles et 74 % des cotisations pour les institutions de prévoyance (tableau 6.5). Ces fonds propres ont ainsi représenté 4 % du passif des entreprises d'assurance, contre 20 % du passif des institutions de prévoyance et 46 % du passif des mutuelles (graphique 6.6).

Les provisions doivent être garanties par des actifs pouvant être liquidés afin de payer les prestations. En effet, une spécificité du secteur de l'assurance réside dans le fait que les cotisations sont collectées avant la matérialisation du risque, i.e. l'organisme assureur encaisse avant d'avoir à supporter les coûts du service qu'il vend. Il peut ainsi placer les cotisations perçues par les organismes (sous forme d'actions, d'obligations, de placements immobiliers, de prêts et dépôts, etc.) afin de les faire fructifier et de générer des produits financiers. La réglementation impose que ces investissements soient de bonne qualité car les assurés doivent être confiants dans le fait que les organismes pourront honorer à tout moment leurs engagements, c'est-à-dire payer les prestations. Les fonds propres des organismes peuvent également être placés afin de les faire fructifier.

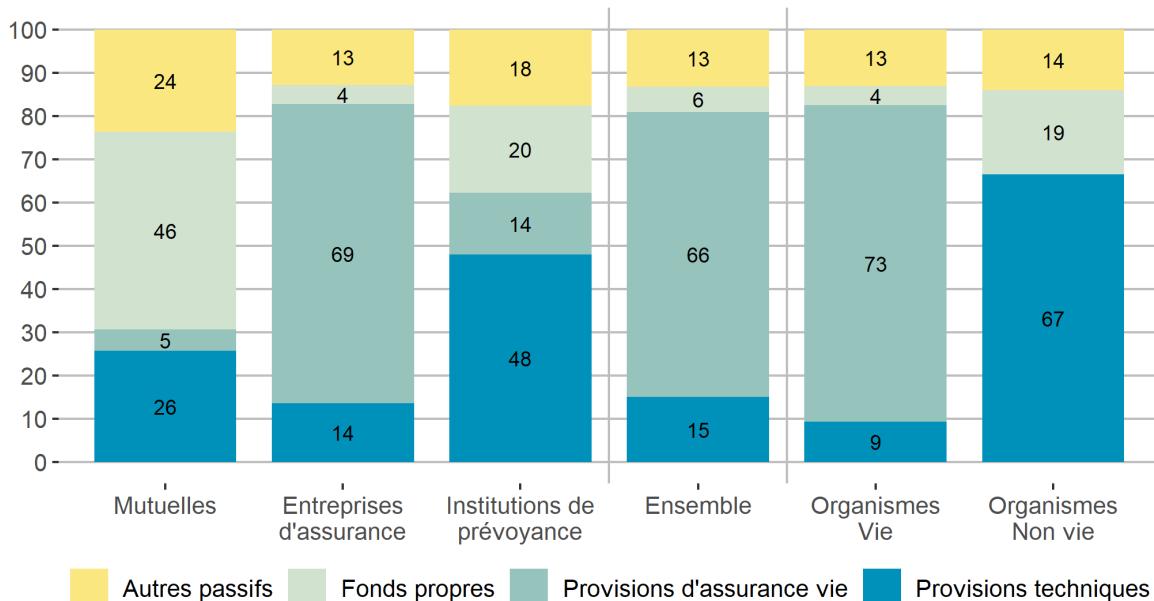
6 Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé demeure sensiblement supérieur aux exigences réglementaires

Fin 2024, 88 % des ressources à l'actif étaient placées (sous forme d'actions, d'obligations, de placements immobiliers, de prêts et de dépôts). De plus, 5 % des ressources étaient données en réassurance et le reste (7 %) représentait des avoirs en banque, d'autres créances, des intérêts acquis non échus, etc. Enfin, les placements peuvent être en situation de plus-value ou de moins-value latente (plus-values ou moins-values qui auraient été réalisées par l'organisme assureur s'il avait revendu ses actifs à leur valeur de marché l'année considérée, soit ici en 2024). Le bilan d'un organisme en valeur de marché est ainsi supérieur (respectivement inférieur) à son bilan comptable si l'organisme détient des placements en situation de plus-value latente (respectivement de moins-value latente). En 2024, les organismes ont eu en moyenne des moins-values latentes équivalentes à -0,1 % de leur bilan comptable (graphique 6.7). En 2024, les mutuelles ont eu des plus-values latentes d'ampleur modérée (6,7 % de leur bilan comptable), et les institutions de prévoyance ont eu des plus-values latentes très légèrement positives (1,6 % de leur bilan comptable). Au contraire, les entreprises d'assurance constatent des légères moins-values (-0,3 % de leur bilan comptable)

Le bilan en valeur de marché des organismes se replie donc et redevient inférieur à sa valeur comptable, après l'avoir déjà été en 2022, première année pour laquelle les organismes complémentaires avaient eu des moins-values latentes depuis 2011 (première année de la période étudiée dans ce rapport). Sa dégradation en 2022, son rétablissement en 2023 puis son nouveau repli en 2024 s'expliquent essentiellement par l'évolution de la valorisation des placements obligataires, liée à la hausse puis à la stabilisation et enfin à la reprise des taux d'intérêt : « L'année 2022 est marquée par une forte remontée des taux d'intérêt, mettant fin à une longue période de taux bas [...]. Jusqu'au 1^{er} trimestre 2022, les portefeuilles obligataires des assureurs vie étaient en plus-values latentes, dans la continuité des années précédentes. À partir du 2^e trimestre 2022, l'accélération de la hausse des taux a pesé sur les placements obligataires des organismes d'assurance-vie et mixte, enregistrant ainsi des moins-values latentes » (ACPR, 2023).

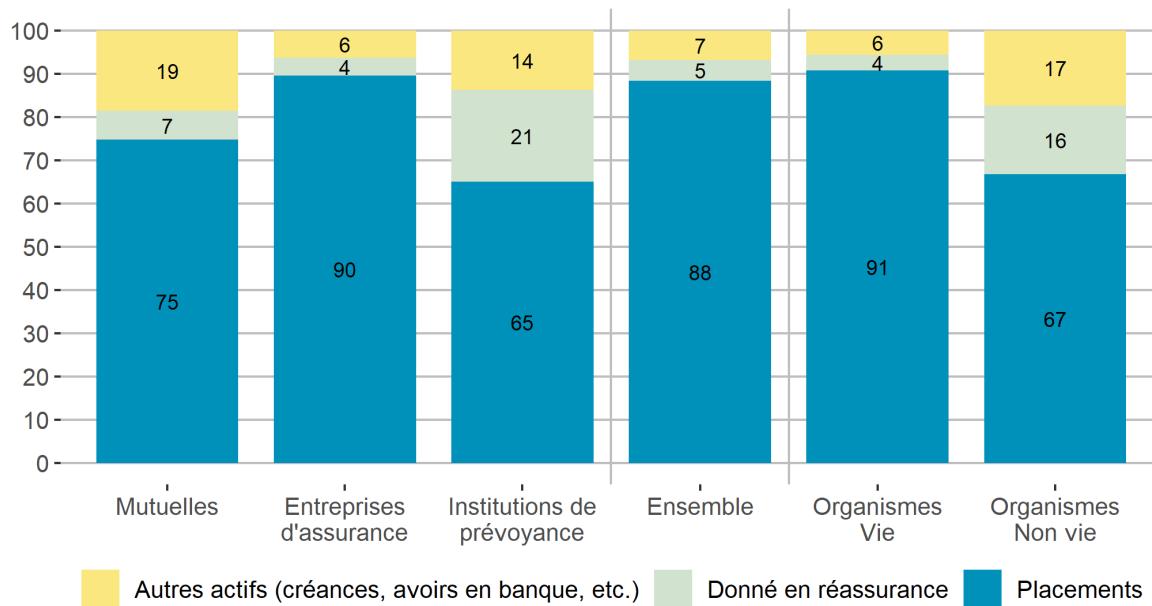
Graphique 6.6 – Structures du passif et de l'actif des organismes actifs en santé fin 2024

Structure du passif exprimée en % du total



6 Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé demeure sensiblement supérieur aux exigences réglementaires

Structure de l'actif exprimée en % du total



Note : Dans la structure du passif, les provisions techniques désignent les provisions techniques brutes moins les provisions d'assurance vie.

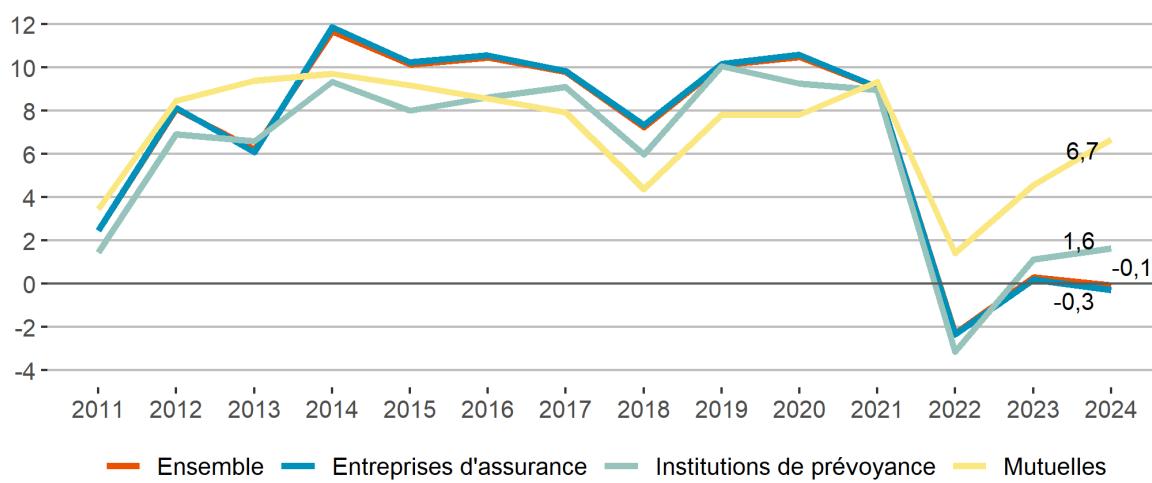
Lecture : Par définition comptable, le bilan est égal au passif et à l'actif. En 2024, les fonds propres ont représenté 4 % du passif des entreprises d'assurance et les placements ont représenté 90 % de leur actif.

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.

Graphique 6.7 – Plus-values latentes par catégorie d'organismes exerçant une activité santé

En % du bilan comptable



Note : En raison de la part prépondérante des plus-values latentes des entreprises d'assurance dans le total, les courbes « Ensemble » et « Entreprises d'assurance » sont quasiment confondues.

Lecture : Les plus-values latentes des mutuelles se sont élevées à 6,7 % de leur bilan comptable en 2024.

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

Source : ACPR, calculs DREES.

6 Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé demeure sensiblement supérieur aux exigences réglementaires

6.3 En 2024, le bilan comptable global a cru à un rythme supérieur à celui de 2023

Globalement, le bilan comptable (hors plus-values latentes) des organismes assurant une couverture santé a augmenté de 2,8 % entre 2023 et 2024 (tableau 6.8). La taille du bilan des entreprises d'assurance a nettement augmenté (+3,0 %), de même que le bilan des institutions de prévoyance (2,7 %). En revanche, celui des mutuelles a nettement décrû (-2,1 %).

Le transfert de portefeuille en 2024 de la mutuelle La Mutuelle Générale vers l'entreprise d'assurance LMG Assurances s'est accompagné du transfert d'éléments du bilan de La Mutuelle Générale. Sans ce transfert, le bilan total des mutuelles aurait augmenté de 2,9 % en 2024, et celui des entreprises d'assurance aurait progressé de 2,8 %. Ce transfert de portefeuille de contrats et d'éléments du bilan ne provoque pas de sortie du champ total des organismes complémentaires ni du champ des mutuelles, car La Mutuelle Générale n'a pas interrompu son activité en santé et a conservé son statut de mutuelle. Ce transfert ne provoque pas non plus d'entrée dans le champ total des organismes complémentaires, car la nouvelle activité de LMG Assurances était déjà comptée en 2023 dans le champ total des organismes complémentaires au titre de l'activité de La Mutuelle Générale. Ainsi, en 2024, les entrées et sorties d'organismes soumis au régime Solvabilité 2, vis-à-vis du champ de l'ensemble des organismes exerçant une activité en santé, n'ont pas contribué aux variations de bilan. En revanche, ce transfert apparaît comme une entrée dans le champ des entreprises d'assurance exerçant une activité en santé, dans la mesure où LMG Assurances ne relevait pas de ce champ en 2023.

L'année 2022 avait vu la création de 12 nouveaux organismes de retraite professionnelle supplémentaire (ORPS, voir glossaire), qui étaient ainsi sortis du champ des complémentaires santé, induisant une forte baisse du bilan comptable sur ce champ. En 2023, seul un ORPS avait été créé et cette création n'avait pas eu d'effet vis-à-vis du champ des complémentaires santé, étant donné qu'elle émanait de l'institution de prévoyance CARCO qui n'avait pas d'activité santé soumise à la TSA et ne faisait donc pas partie du champ de ce rapport. En 2024, aucun ORPS n'a été créé.

Tableau 6.8 – Évolution entre 2023 et 2024 du bilan total des organismes actifs en santé, et mouvements de champ

Évolution en %, et contributions en points de pourcentage

	Croissance du bilan	dont contributions		
		Pérennes	Entrées	Sorties
Mutuelles	-2,1	-1,9	0,0	-0,2
Entreprises d'assurance	3,0	2,8	0,1	0,0
Institutions de prévoyance	2,7	2,7	0,0	0,0
Ensemble	2,8	2,8	0,0	0,0

Lecture : Le total du bilan des mutuelles exerçant une activité santé a varié de -2,1 % entre 2023 et 2024. En 2024, les entrées et sorties d'organismes soumis au régime Solvabilité 2, vis-à-vis du champ des mutuelles exerçant une activité en santé, n'ont pas contribué à cette variation.

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

Source : ACPR, calculs DREES.

6.4 Les organismes respectent les règles prudentielles du régime Solvabilité 2

Pour protéger les intérêts des assurés, le contrôle prudentiel impose aux organismes de respecter des règles dites « prudentielles ». Depuis le 1^{er} janvier 2016, c'est le régime « Solvabilité 2 » qui s'applique à la grande majorité des organismes d'assurance, même si quelques rares organismes, de très petite taille, restent soumis à l'ancien régime « Solvabilité 1 ».

Dans le cadre du régime Solvabilité 2, les règles prudentielles imposent aux organismes de disposer de suffisamment de fonds propres, afin de faire face aux différents types de risques auxquels ils sont

6 Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé demeure sensiblement supérieur aux exigences réglementaires

exposés : risque de défaut ou de contrepartie (faillite d'une entreprise dont l'organisme possède des obligations ou actions, du réassureur, ou d'autres contreparties auxquelles l'assureur est exposé), risque de marché (par exemple si les actions détenues perdent de leur valeur), risque de concentration (trop d'actifs du même émetteur, État ou entreprise, dans le portefeuille de l'organisme, ce qui l'expose fortement à la faillite de ce seul émetteur), risque de liquidité, risque de longévité et d'espérance de vie (lorsque les assurés vivent plus longtemps que prévu), risque de souscription (lorsque les assurés ayant souscrit le contrat d'assurance n'ont pas les caractéristiques auxquelles l'organisme s'attendait), risque opérationnel (conséquences de défaillances ou de négligences au sein de l'organisme, de fraudes de la part des assurés), etc.

Deux indicateurs quantifient la résilience d'un organisme à ces risques et le minimum de fonds propres nécessaires pour maintenir la probabilité de faillite sous un seuil acceptable : le Minimum de Capital Requis (*Minimum Capital Requirement*, MCR) et le Capital de Solvabilité Requis (*Solvability Capital Requirement*, SCR). Le MCR correspond au minimum de fonds propres nécessaires à un organisme pour exercer, en deçà duquel les autorités prudentielles interviennent et peuvent lui retirer l'agrément. Le SCR, en général supérieur au MCR, correspond au montant de fonds propres dont un organisme d'assurance a besoin pour limiter la probabilité de faillite à 0,5 % sur un an. C'est donc le montant de fonds propres qui permet d'exercer une activité d'assurance dans la durée. La couverture du MCR et du SCR est jugée respectée lorsque les ratios de fonds propres sur le MCR et sur le SCR dépassent la valeur de 100 %.

De plus, les fonds propres que les organismes peuvent mobiliser pour couvrir ces deux seuils (MCR et SCR) n'offrent pas tous la même qualité et la même sécurité et doivent être classés en trois niveaux : les fonds propres de niveau 1 sont ceux de la meilleure qualité (immédiatement mobilisables, ils correspondent majoritairement aux capitaux propres comptables) tandis que ceux de niveau 3 sont ceux de la moins bonne qualité (ils correspondent principalement à des titres de dettes non-prioritaires en cas de défaut de l'organisme assureur)³⁴.

Parmi les organismes qui pratiquent une activité d'assurance santé, ce sont les mutuelles qui en moyenne couvrent le plus largement le SCR (leurs fonds propres ont représenté 269 % du SCR en 2024, tableau 6.9), devant les institutions de prévoyance (244 %) et les entreprises d'assurance (225 %). Les trois familles d'organismes respectent de plus en moyenne largement les contraintes imposées sur la qualité des fonds propres admissibles. Les mutuelles se distinguent à nouveau, avec un SCR couvert à 99 % par des fonds de la meilleure qualité (niveau 1), contre 94 % pour les institutions de prévoyance et 90 % pour les entreprises d'assurance en 2024.

La grande majorité des organismes couvrent à plus de 200 % le SCR. Les entreprises d'assurance se distinguent par une plus forte proportion d'organismes couvrant entre 100 % et 200 % le SCR (graphique 6.10). Enfin, aucun organisme ne couvrait insuffisamment le SCR en 2024 (ratio inférieur à 100 %).

³⁴ Le MCR doit être couvert par au moins 80 % de fonds propres de niveau 1 et les fonds propres de niveau 3 ne sont pas autorisés. Le SCR, quant à lui, doit être couvert par au moins un tiers de fonds propres de niveau 1 et au plus un tiers de fonds propres de niveau 3.

6 Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé demeure sensiblement supérieur aux exigences réglementaires

Tableau 6.9 – Couverture moyenne du SCR en 2024 et qualité des fonds propres

Couverture SCR (en %)	par des fonds propres de			
	Niveau 1 (en %)	Niveau 2 (en %)	Niveau 3 (en %)	
Mutuelles	269	99	1	0
Entreprises d'assurance	225	90	9	1
Institutions de prévoyance	244	94	5	1
Ensemble	230	91	8	1

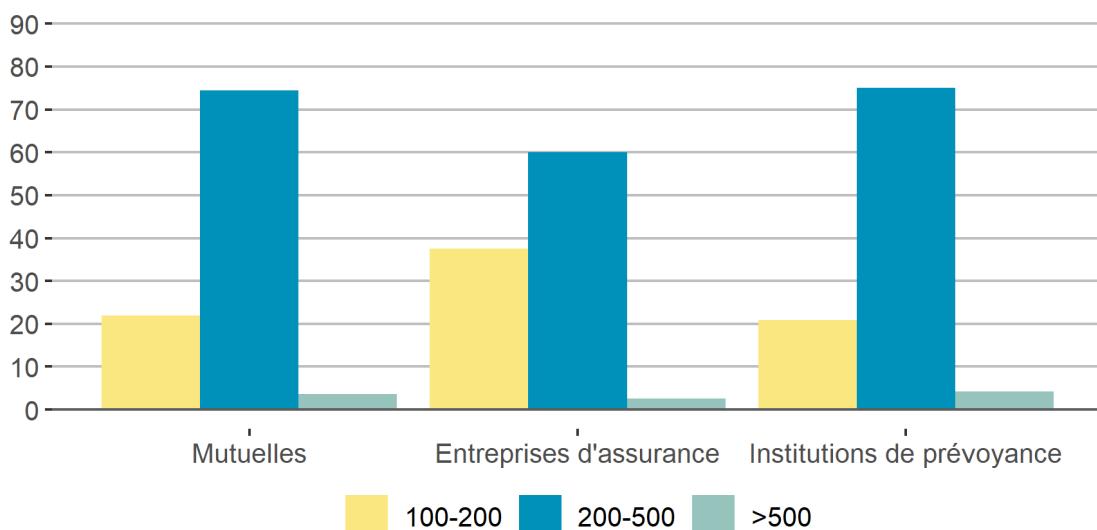
Lecture : En 2024, les fonds propres des mutuelles couvraient en moyenne pondérée 269 % du capital de solvabilité requis (SCR) et étaient composés à 99 % de fonds propres de niveau 1, c'est-à-dire de la meilleure qualité.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières), contrôlés par l'ACPR au 31/12/2024 et soumis au régime Solvabilité 2.

Source : ACPR, calculs DREES.

Graphique 6.10 – Distribution de la couverture du SCR en 2024

Proportion d'organismes dans chaque catégorie de couverture par type d'organismes



Lecture : En 2024, pour 22 % des mutuelles les fonds propres couvraient entre 100 % et 200 % du SCR.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières), contrôlés par l'ACPR au 31/12/2024 et soumis au régime Solvabilité 2.

Source : ACPR, calculs DREES.

Parmi les organismes qui pratiquent une activité d'assurance santé, ce sont à nouveau les mutuelles qui en moyenne couvrent le plus largement le MCR (leurs fonds propres ont représenté 987 % du MCR en 2024, tableau 6.11), devant les institutions de prévoyance (756 %) et les entreprises d'assurance (505 %). Les trois familles d'organismes respectent de plus en moyenne largement les contraintes imposées sur la qualité des fonds propres admissibles. Le MCR des mutuelles est couvert à 100 % par des fonds propres de niveau 1, celui des institutions de prévoyance à 99 % et celui des entreprises d'assurance à 98 % en 2024.

La grande majorité des organismes couvrent à plus de 500 % le MCR (graphique 6.12). La proportion d'organismes couvrant entre 100 % et 200 % le MCR est très faible.

6 Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé demeure sensiblement supérieur aux exigences réglementaires

Tableau 6.11 – Couverture moyenne du MCR en 2024 et qualité des fonds propres

Couverture MCR (en %)	par des fonds propres de	
	Niveau 1 (en %)	Niveau 2 (en %)
Mutuelles	987	100 0
Entreprises d'assurance	505	98 2
Institutions de prévoyance	756	99 1
Ensemble	548	98 2

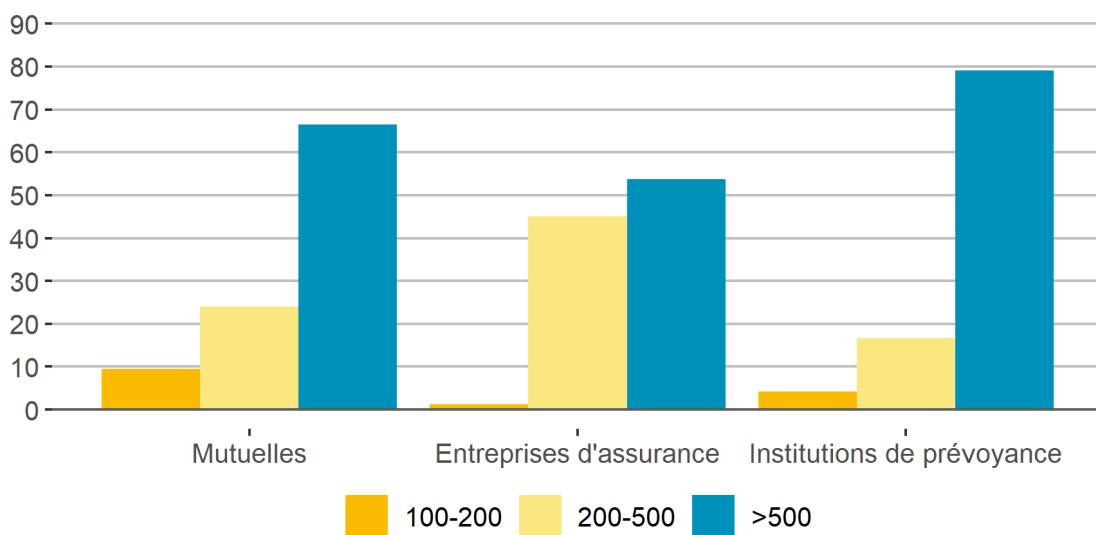
Lecture : En 2024, les fonds propres des mutuelles couvraient en moyenne pondérée 987 % du minimum de capital requis (MCR) et étaient composés à 100 % de fonds propres de niveau 1, c'est-à-dire de la meilleure qualité.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières), contrôlés par l'ACPR au 31/12/2024 et soumis au régime Solvabilité 2.

Source : ACPR, calculs DREES.

Graphique 6.12 – Distribution de la couverture du MCR en 2024

Proportion d'organismes dans chaque catégorie de couverture par type d'organismes



Lecture : En 2024, pour 9 % des mutuelles les fonds propres couvraient entre 100 % et 200 % du MCR.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières), contrôlés par l'ACPR au 31/12/2024 et soumis au régime Solvabilité 2.

Source : ACPR, calculs DREES.

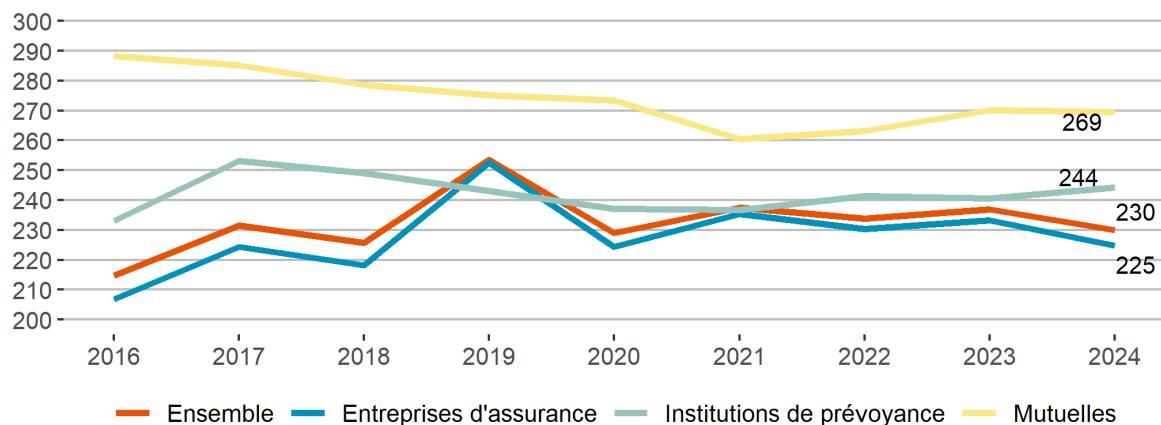
Depuis la mise en œuvre du régime Solvabilité 2 au 1^{er} janvier 2016, les SCR et MCR ont tendance à être de mieux en mieux couverts en moyenne pour l'ensemble des organismes (graphiques 6.13 et 6.14). Ces taux de couverture moyens sont essentiellement tirés par ceux des entreprises d'assurance, dont le bilan est nettement supérieur à celui des mutuelles et des institutions de prévoyance. Les taux de couverture des entreprises d'assurance ont augmenté en 2019 grâce à l'arrêté relatif aux fonds excédentaires en assurance vie, qui autorise sous certaines conditions à prendre en compte une partie de la provision pour participation aux bénéfices dans les fonds propres éligibles en couverture des exigences de capital. Ces taux ont ensuite diminué en 2020 sous l'effet de la crise sanitaire. Les taux de couverture des mutuelles sont à des niveaux plus élevés que ceux des autres types d'organismes, et ont tendance à s'améliorer depuis 2022 après avoir diminué entre 2016 et 2021.

6 Le niveau de solvabilité moyen des organismes complémentaires actifs en santé demeure sensiblement supérieur aux exigences réglementaires

Si ces deux ratios prudentiels que sont le SCR et le MCR sont particulièrement suivis en raison de leur caractère synthétique, ils ne résument toutefois pas la totalité de l'information disponible, le contrôle prudentiel pouvant s'appuyer sur d'autres indicateurs.

Graphique 6.13 – Couverture moyenne du SCR entre 2016 et 2024

En %



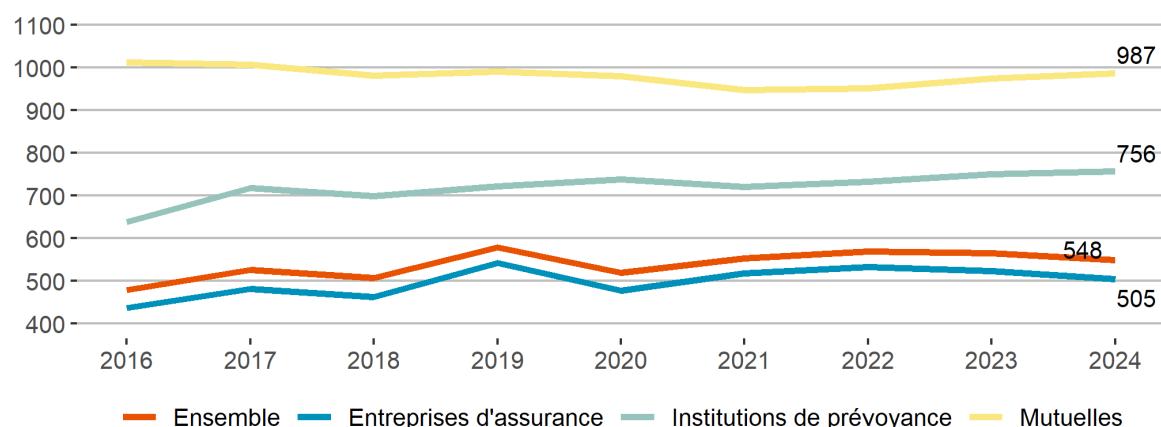
Lecture : En 2024, les fonds propres des mutuelles couvraient en moyenne pondérée 269 % du capital de solvabilité requis (SCR).

Champ : Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières), contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année et soumis au régime Solvabilité 2.

Source : ACPR, calculs DREES.

Graphique 6.14 – Couverture moyenne du MCR entre 2016 et 2024

En %



Lecture : En 2024, les fonds propres des mutuelles couvraient en moyenne pondérée 987 % du minimum de capital requis (MCR).

Champ : Organismes d'assurance assujettis à la taxe de solidarité additionnelle au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières), contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année et soumis au régime Solvabilité 2.

Source : ACPR, calculs DREES.

Pour en savoir plus

Adjerad, R., Montaut, A. (2019). « Première estimation du nombre de personnes couvertes par les organismes privés d'assurances, par risque social », DREES, Études et Résultats, 1101.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/premiere-estimation-du-nombre-de-personnes-couvertes-par-les>

Adjerad, R. (2019). « Complémentaire santé : la hausse modérée de la part des contrats collectifs se poursuit en 2017 », DREES, Études et Résultats, 1112.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/complementaire-sante-la-hausse-moderee-de-la-part-des-contrats>

ACPR (2025). « Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance 2024 ».

<https://acpr.banque-france.fr/les-chiffres-du-marche-francais-de-la-banque-et-de-l-assurance-2023>

ACPR (2021). « Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance 2020 ».

<https://acpr.banque-france.fr/les-chiffres-du-marche-francais-de-la-banque-et-de-l-assurance-2020>

ACPR (2016). « Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance 2015 ».

<https://acpr.banque-france.fr/les-chiffres-du-marche-francais-de-la-banque-et-de-l-assurance-2015>

Barlet, M., et al. (2019). « La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – édition 2019 ». Paris, France : DREES, col. Panoramas de la DREES-santé.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-documents-de-referenc/panoramas-de-la-drees/la-complementaire-sante-acteurs>

Cour des comptes (2021, juin). « Les complémentaires santé : un système très protecteur mais peu efficient ».

<https://www.ccomptes.fr/sites/default/files/2021-07/20210721-132-3-1-rapport-complementaires-sante.pdf>

Delecourt, C., Didier, M., et al. (2025). « Les dépenses de santé en 2024 ». Paris, France : DREES, col. Panoramas de la DREES-santé.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/sites/default/files/2024-11/CNS24.pdf>

Dreyfuss, M.-L. (2013). « Les grands principes de Solvabilité 2 ». Éditions l'Argus de l'assurance.

<https://www.argusdelassurance.com/les-editions-de-l-argus-de-l-assurance/les-grands-principes-de-solvabilite-2.156039>

Durand, N., Emmanuelli, J. (2017, juin). « Les réseaux de soins », Rapport de l'Inspection générale des affaires sociales.

<https://www.igas.gouv.fr/IMG/pdf/2016-107R.pdf>

Fonds de la complémentaire santé solidaire (2020), Rapport d'activité 2019.

https://www.complementaire-sante-solidaire.gouv.fr/fichier-utilisateur/fichiers/RA_2019_VF.pdf

Fouquet, M. (2020). « Une hausse modérée de la couverture de la population suite à la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise », DREES, Études et Résultats, 1166.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/une-hausse-moderee-de-la-couverture-de-la-population-apres-la>

Fouquet, M., Pollack, C. (2022). « Impact des assurances complémentaires santé et des aides socio-fiscales à leur souscription sur les inégalités de niveau de vie », DREES, Les dossiers de la DREES, 101.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/les-dossiers-de-la-drees/impact-des-assurances-complementaires>

Lafon, A., Montaut, A. (2017, juin). « La place de l'assurance maladie privée dans six pays européens », DREES, Les dossiers de la DREES, 19.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/les-dossiers-de-la-drees/la-place-de-l-assurance-maladie-privee-dans-six-pays-europeens>

Pour en savoir plus

Lapinte, A., et al. (2024). « La complémentaire santé : acteurs, bénéficiaires, garanties – édition 2024 ». Paris, France : DREES, col. Panoramas de la DREES-santé.

https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications-communique-de-presse/panoramas-de-la-drees/240710_Panorama_ComplementaireSante2024

Leduc, A., Montaut, A. (2017, janvier). « Complémentaire santé – Les charges réduites des organismes spécialisés bénéficient aux assurés », DREES, Études et Résultats, 992.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/complementaire-sante-les-charges-reduites-des-organismes>

Libault, D. (2015). « Rapport sur la solidarité et la protection sociale complémentaire collective ».

<https://en3s.fr/articles-regards/Intervention-DL/PS-complementaire-solidarite.pdf>

Montaut, A. (2018a, janvier). « Tarifs et prestations : que révèle le nom des organismes de complémentaire santé », DREES, Études et Résultats, 1047.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/tarifs-et-prestations-que-revele-le-nom-des-organismes-de>

Montaut, A. (2018b). « La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a peu fait évoluer le marché en 2016 ». DREES, Études et Résultats, 1064.

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/publications/etudes-et-resultats/la-generalisation-de-la-complementaire-sante-dentreprise-peu-fait>

Rapport annuel de la complémentaire santé solidaire, Édition 2024 (2025).

Tosetti, A., avec Béhar, T., Fromenteau, M. et Ménart, S. (2011). « Assurance, Comptabilité, Réglementation, Actuarial ». Paris, France : Economica.

<https://www.economica.fr/livre-assurance-comptabilite-reglementation-actuarial-tosetti-alain-thomas-behar-michel-fromenteau-s-c2x32210748>

Annexes

Annexe 1 : Le champ du rapport et les redressements opérés sur les données

Le champ de la « complémentaire santé » en France est défini par l'ensemble des organismes assujettis en à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, dite « TSA », au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières³⁵) : en 2024, ce champ recouvre 373 organismes (tableau A1.1, colonne (1)). Le produit de cette taxe finance notamment la complémentaire santé solidaire. La taxe porte sur l'ensemble des cotisations que les organismes collectent dans l'année au titre de leur activité d'assurance santé, souscrite par des personnes physiques ou morales résidant en France. Les complémentaires obligatoires indivisibles du régime de base (Alsace-Moselle, industries électriques et gazières, etc.) sont en revanche hors du champ de la taxe. Le taux de cette taxe peut varier selon les types de contrats mais dans le cas général (contrats de complémentaire santé responsables « classiques », c'est-à-dire à destination du grand public), son taux s'élève à 13,27 % (encadré 4).

Le champ des organismes assujettis à la TSA et contrôlés par l'ACPR au 31 décembre 2024 est un peu plus réduit que celui de la complémentaire santé. C'est le seul champ sur lequel des données détaillées de l'ACPR sur l'activité assurantile sont disponibles, soit 355 organismes en 2024 (tableau A1.1, colonne (2)). Ce champ est très proche de celui des seuls organismes assujettis à la TSA – tableau A1.1, colonne (1). L'écart entre les deux s'explique surtout par des fusions, absorptions et scissions ayant eu lieu courant 2024, ainsi que, pour les entreprises d'assurance, par la présence de quelques sociétés étrangères qui ne sont pas contrôlées par l'ACPR mais par l'autorité de contrôle du pays dont elles dépendent. L'activité santé de ces organismes hors champ est toutefois mineure : elle représente seulement 39 millions sur les 46,5 milliards d'euros de cotisations collectées en complémentaire santé en 2024 (soit 0,08 % des cotisations). Les rapprochements, fusions, absorptions, transferts de portefeuilles et scissions doivent être traités pour mettre en cohérence les deux sources de données, ACPR et Urssaf Caisse nationale.

Le champ du rapport – tableau A1.1, colonne (3) – exclut également les mutuelles substituées : en effet, les cotisations et prestations d'une mutuelle substituée sont déjà comptabilisées dans les comptes de la mutuelle substituante dans les données de l'ACPR. Les mutuelles substituées doivent donc être écartées afin d'éviter des doubles comptes.

Parmi les 327 organismes du champ du rapport, 241 (dits « organismes répondants ») ont fourni à l'ACPR leurs états comptables et prudentiels à la date du 20 octobre 2025 – tableau A1.1, colonne (4). Sont considérés comme ayant fourni leurs comptes les organismes ayant renseigné au minimum les états comptables et le compte de résultat technique par type de contrats (états prudentiels « FR.13 », ex « C1 », voir encadré 2).

Les résultats présentés dans ce rapport sont donc calculés à partir des comptes des 241 organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (TSA) au titre de leurs contrats santé (hors indemnités journalières) et ayant fourni à l'ACPR leurs comptes pour l'année 2024, hors mutuelles substituées. Ce champ est en effet le seul pour lequel on peut disposer des données comptables de l'ACPR (cotisations, prestations, charges de gestion, etc.). Il présente une très bonne représentativité du marché de la complémentaire santé en France (99,4 % du marché en matière de cotisations collectées – tableau A1.1, colonne (5)). Les organismes qui n'ont pas encore, au moment de l'élaboration de ce rapport, renseigné leurs comptes ACPR sont en général de petites structures dont la non-réponse peut être compensée par un jeu de pondération approprié. La repondération est effectuée par type d'organismes et, pour les mutuelles, également en fonction de leur taille.

³⁵ Plus précisément, parmi les huit sous-assiettes concernées par la TSA, seules les six suivantes constituent le champ de la « complémentaire santé » dans ce rapport : (i) contrats classiques responsables, (ii) contrats classiques non responsables, (iii) contrats agriculteurs responsables, (iv) contrats agriculteurs non responsables, (v) contrats relevant de l'article 998-1 du code général des impôts et (vi) contrats au premier euro. Les deux autres sous-assiettes, à savoir (i) les contrats indemnités journalières solidaires et (ii) les contrats indemnités journalières non solidaires, sont exclues du champ dans la mesure où elles ne relèvent pas d'une garantie « frais de soins » mais d'une garantie « autres dommages corporels ». Les indemnités journalières représentent une faible part de l'assiette de la TSA (2,6 % en 2024).

Tableau A1.1 – Nombre d'organismes ayant une activité de complémentaire santé en 2024, avant répondération

	Assujettis à la TSA en 2024 (1)	Assujettis à la TSA en 2024 et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2024 (2)	Champ du rapport (3)	dont ayant renseigné les états ACPR (4)	dont ayant renseigné les états ACPR, en % des cotisations (5)
Mutuelles	249	241	214	137	98,8
Entreprises d'assurance	99	90	89	80	99,8
Institutions de prévoyance	25	24	24	24	100,0
Ensemble	373	355	327	241	99,4

1 : Organismes assujettis à la TSA au cours de l'année 2024 (définition différente du dénombrement en fin d'année).

2 : Organismes assujettis à la TSA au cours de l'année 2024 et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2024, i.e. hors organismes étrangers ou en cessation et après prise en compte des fusions et scissions ayant eu lieu en 2024.

3 : Organismes assujettis à la TSA au cours de l'année 2024 et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2024, hors mutuelles substituées. Ce champ est celui décrit dans ce rapport.

4 : Organismes utilisés pour l'analyse, c'est-à-dire ayant renseigné au minimum les comptes et les états prudentiels FR.13.

5 : Assiette de TSA des organismes ayant renseigné les états - colonne (4) - sur l'assiette de TSA des organismes du champ du rapport - colonne (3) - avant répondération.

Lecture : 214 mutuelles font partie du champ de ce rapport, i.e. ont été assujetties à la TSA au cours de l'année 2024 et contrôlées par l'ACPR au 31/12/2024, hors mutuelles substituées.

Source : Urssaf Caisse nationale, ACPR, calculs DREES.

La correction de la non-réponse totale

Les organismes conservés pour l'analyse sont ceux ayant renseigné les comptes de résultats publics et les états FR.13 (organismes dits « répondants » ; les autres formant la non-réponse dite « totale »). Afin de garantir la représentativité des résultats, une répondération est nécessaire : les organismes n'ayant pas transmis leurs comptes et les états FR.13 en 2024 (non-réponse totale) sont donc compensés en attribuant une pondération aux organismes de même type ayant transmis l'ensemble des données requises (répondants). Cette pondération est calculée sur la base de l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, qui est fournie par l'Urssaf Caisse nationale pour tous les organismes, qu'ils aient transmis ou non leurs comptes à l'ACPR. Cette correction de la non-réponse totale peut expliquer des écarts avec certains chiffres publiés par l'ACPR.

La correction de la non-réponse partielle

En 2024, parmi les 241 organismes « répondants », certains de ces organismes n'ont pas renseigné l'ensemble des états FR.14, indispensables eux aussi à l'estimation de certains résultats présentés dans ce rapport (tableau A1.2). En particulier, l'état FR.14.03 ventile les prestations versées par types de soins et biens médicaux (soins hospitaliers, médicaments, etc.). Lorsqu'il est non renseigné, incomplet ou manifestement erroné, celui-ci est imputé partiellement ou totalement sur la base du total des prestations renseigné dans l'état FR.13.03 auquel est appliquée la structure moyenne des organismes ayant renseigné l'état FR.14.03, ou le cas échéant la structure de l'organisme l'année précédente lorsque celle-ci était renseignée. Les autres états statistiques (FR.14.01, FR.14.02, FR.14.04), moins bien renseignés, ne sont en revanche pas imputés.

Au cours du temps, les taux de remplissage des différents états sont demeurés relativement stables. Ces taux de remplissage varient non seulement d'un organisme à l'autre mais également, à un niveau plus fin, d'une variable à l'autre. Ainsi, au sein d'un état donné (par exemple le FR.14.03), les taux de remplissage peuvent varier d'une variable (par exemple les prestations d'audioprothèses) à l'autre.

Tableau A1.2 – Taux de réponse par état en 2024

	Nombre d'organismes	% des cotisations en santé
ayant renseigné les comptes publics et bilans	241	99,4
ayant renseigné les états FR.13	241	99,4
ayant renseigné l'état FR.14.01	223	98,7
ayant renseigné l'état FR.14.02	227	99,0
ayant renseigné l'état FR.14.03	236	99,3
ayant renseigné l'état FR.14.04	169	86,9

Note : Un état est indiqué ici comme ayant été renseigné lorsque les principales cases de totaux ou de sous-totaux ont été renseignées. Toutefois, pour certains organismes, seuls les totaux sont renseignés, mais pas les ventilations plus fines, ce qui constitue également une forme de non-réponse partielle.

Lecture : 241 organismes, représentant 99,4 % des cotisations en santé du champ de ce rapport, ont renseigné leurs états ACPR FR.13.

Source : Urssaf Caisse nationale, ACPR, calculs DREES.

Annexe 2 : Compte de résultat technique en santé en 2023 et 2024

Tableau A2.1 – Compte de résultat technique en santé en 2023 et 2024

En millions d'euros

Mutuelles	Individuel 2023	Collectif 2023	Total 2023	Individuel 2024	Collectif 2024	Total 2024
Produits	12 981	6 747	19 729	13 604	6 795	20 399
Cotisations collectées	12 949	6 711	19 660	13 581	6 768	20 349
Autres produits	33	36	69	23	27	49
Charges	12 618	7 167	19 785	12 804	7 098	19 902
Prestations	9 928	5 934	15 861	10 010	5 793	15 804
Frais de gestion des sinistres	515	269	784	502	267	769
Frais d'acquisition	872	412	1 284	904	411	1 315
Frais d'administration	1 235	582	1 817	1 255	601	1 856
Autres charges	68	-29	39	132	26	158
Résultat technique	364	-420	-57	800	-304	496

Entreprises d'assurance	Individuel 2023	Collectif 2023	Total 2023	Individuel 2024	Collectif 2024	Total 2024
Produits	7 534	8 271	15 805	8 287	9 998	18 285
Cotisations collectées	7 598	8 221	15 819	8 399	9 934	18 333
Autres produits	-64	50	-14	-112	64	-48
Charges	7 301	8 391	15 692	7 934	9 994	17 928
Prestations	5 377	6 907	12 284	5 912	8 241	14 154
Frais de gestion des sinistres	272	394	666	294	443	737
Frais d'acquisition	1 057	676	1 733	1 078	843	1 921
Frais d'administration	536	407	943	653	432	1 085
Autres charges	58	8	66	-4	35	31
Résultat technique	232	-120	112	353	4	357

Annexes

Institutions de prévoyance	Individuel 2023	Collectif 2023	Total 2023	Individuel 2024	Collectif 2024	Total 2024
Produits	906	6 617	7 523	930	6 908	7 839
Cotisations collectées	901	6 591	7 492	926	6 876	7 802
Autres produits	5	26	31	4	33	37
Charges	841	6 927	7 768	858	7 083	7 941
Prestations	766	5 967	6 733	809	6 009	6 818
Frais de gestion des sinistres	31	271	302	29	278	307
Frais d'acquisition	31	298	329	33	297	330
Frais d'administration	-5	420	415	3	428	431
Autres charges	18	-30	-12	-17	72	55
Résultat technique	65	-310	-244	73	-175	-102

Ensemble des organismes	Individuel 2023	Collectif 2023	Total 2023	Individuel 2024	Collectif 2024	Total 2024
Produits	21 421	21 636	43 057	22 821	23 702	46 523
Cotisations collectées	21 448	21 523	42 971	22 906	23 578	46 484
Autres produits	-27	113	86	-85	124	39
Charges	20 760	22 486	43 245	21 595	24 176	45 771
Prestations	16 071	18 808	34 879	16 731	20 044	36 775
Frais de gestion des sinistres	818	934	1 752	826	988	1 814
Frais d'acquisition	1 960	1 386	3 346	2 015	1 551	3 566
Frais d'administration	1 766	1 409	3 175	1 912	1 460	3 372
Autres charges	144	-51	93	111	133	244
Résultat technique	661	-850	-189	1 226	-474	752

Note : Les « cotisations collectées » sont les cotisations nettes (hors taxe). Les « autres produits » correspondent aux variations de provisions pour cotisations non acquises, aux subventions d'exploitation reçues et au solde financier. Les « prestations » sont les charges de prestations, hors frais de gestion des sinistres. Les « frais d'administration » correspondent aux frais d'administration et autres charges nettes de produits techniques. Les « autres charges » correspondent à la participation aux résultats et au solde de réassurance.

Lecture : En 2024, le résultat technique en santé des mutuelles s'est établi à 496 millions d'euros, dont 800 millions au titre des contrats individuels et -304 millions au titre des contrats collectifs.

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

Source : ACPR, calculs DREES.

Glossaire

ACS (Aide à la complémentaire santé) : Aide créée par la loi du 13 août 2004 et mise en place en 2005, destinée aux personnes dont les revenus se situaient entre le seuil d'attribution de la CMU-C (voir CMU-C) et ce même seuil majoré de 35 %. Elle visait à les aider à financer un contrat d'assurance complémentaire santé individuel. La CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la complémentaire santé solidaire depuis le 1^{er} novembre 2019. Les contrats ACS en cours à cette date pouvaient aller jusqu'à leur terme. Le dispositif ACS a été définitivement clôturé au 31 octobre 2020.

Affaires directes : Cotisations collectées, hors cotisations collectées au titre de la prise en réassurance, mais incluant les cotisations prises en substitution (voir substitution). Le concept d'affaires directes permet d'éviter les doubles comptes dus à la réassurance (voir réassurance).

Agrement : Les entreprises qui souhaitent exercer une activité d'assurance doivent être agréées par l'ACPR avant de pouvoir la pratiquer. À chaque branche d'activité assurantielle correspond un agrément.

Apériteur : En coassurance, désigne l'organisme qui gère pour le compte de tous les coassureurs.

Autorité de Contrôle Prudentiel et de Résolution : L'ACPR est une autorité administrative chargée du contrôle des banques et des assurances. Elle veille à la préservation de la stabilité du système financier et à la protection des clients, assurés, adhérents et bénéficiaires des personnes soumises à son contrôle. Elle assure également la mission de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme. Le code monétaire et financier établit son indépendance pour l'exercice de ses missions et l'autonomie financière. Pour son fonctionnement, l'ACPR est adossée à la Banque de France, qui lui procure ses moyens, notamment humains et informatiques. L'ACPR supervise le secteur des assurances dans le cadre d'une harmonisation de la réglementation européenne promue par l'autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles (EIOPA, ou AEAPP) et à laquelle l'ACPR participe activement.

Autres charges techniques : Partie des charges d'un organisme assureur incluant les autres charges liées à l'évolution des systèmes d'information, des exigences réglementaires, etc.

Branches : Il existe 25 branches d'assurance, correspondant à toutes les opérations qui peuvent être exercées par des organismes assureurs : maladie, incendie, responsabilité civile générale, vie-décès, etc. Pour pouvoir pratiquer dans une branche, un organisme assureur doit au préalable avoir reçu une autorisation spécifique, dénommée agrément, de la part de l'ACPR. Les activités de certaines branches (dommages aux biens, responsabilité civile par exemple) ne peuvent être exercées que par des entreprises d'assurance.

Charges de gestion : Charges liées au fonctionnement des organismes pour leur activité d'assurance. Elles comprennent les « frais de gestion des sinistres », les « frais d'acquisition » et les « frais d'administration et autres charges techniques nettes de produits techniques ».

Charges de prestations : Charges liées à l'indemnisation des assurés. Elles comprennent les « sinistres payés », les « variations de provisions » (estimation des sinistres qui restent à payer) et les « frais de gestion des sinistres ».

CMU-C (Couverture maladie universelle complémentaire) : Il s'agissait d'une complémentaire santé individuelle gratuite accordée aux plus modestes. La CMU-C pouvait être gérée, au choix du bénéficiaire, soit par son organisme d'Assurance maladie d'affiliation soit par un organisme complémentaire inscrit sur la liste nationale des organismes volontaires pour la gérer. Depuis le 1^{er} novembre 2019, la CMU-C (couverture maladie universelle complémentaire) et l'ACS (aide au paiement d'une complémentaire santé) ont été remplacées par la complémentaire santé solidaire.

Coassurance : Contrat permettant à plusieurs organismes d'assurance de s'associer pour couvrir un risque important soit en raison de l'importance des capitaux à assurer, soit en raison de la gravité des risques. C'est une technique de dispersion des risques, au même titre que la réassurance (voir réassurance).

Complémentaire santé : Activité d'assurance qui permet à l'assuré de se voir rembourser tout ou partie de ses frais de santé en complément des remboursements effectués par le régime obligatoire d'assurance maladie.

Complémentaire santé solidaire : Dispositif permettant la prise en charge, à titre gratuit ou moyennant une contribution financière modeste (selon le niveau de ressources de l'assuré), de la part complémentaire de ses frais de santé. La complémentaire santé solidaire a remplacé la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS) depuis le 1^{er} novembre 2019. La complémentaire santé solidaire permet d'avoir accès au tiers payant intégral et donc, à une dispense d'avance de frais médicaux et de bénéficier de tarifs sans dépassements d'honoraires, quel que soit le secteur (1 ou 2), sur un large panier de soins (consultations médicales, hospitalisations, médicaments, etc.).

Contrats au premier euro : Les contrats dits « au premier euro » sont destinés aux personnes qui ne sont pas affiliées à l'assurance maladie (travailleurs frontaliers ou expatriés par exemple). Pour ce type de contrats, l'organisme d'assurance en santé rembourse l'assuré dès le premier euro dépensé, et non en complément d'un premier système d'assurance.

Contrats relevant du 1^o de l'article 998 du code général des impôts (CGI) : L'article 998-1^o du CGI prévoit une exonération de taxe pour les assurances de groupe et opérations collectives souscrites par une entreprise ou un groupe d'entreprises au profit de leurs salariés ou par un groupement professionnel représentatif d'entreprises au profit de ses salariés ou par une organisation représentative d'une profession non salariée ou d'agents des collectivités publiques au profit de ses membres, et dont 80 % au moins de la prime ou de la cotisation globale sont affectés à des garanties liées à la durée de la vie humaine, à l'invalidité, à l'incapacité de travail ou au décès par accident, à l'exclusion des remboursements des frais médicaux, chirurgicaux, pharmaceutiques ou dentaires.

Contrats responsables et solidaires : Un contrat santé est dit « responsable » lorsqu'il encourage le respect du parcours de soins coordonné, qu'il ne prend pas en charge les différentes franchises et participations forfaitaires mises en place par l'Assurance maladie afin de modérer la dépense de santé en responsabilisant l'assuré et respecte des minima et maxima de prise en charge (encadré 3). Un contrat santé est dit « solidaire » si l'organisme ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts, et, pour les adhésions ou souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale. Les contrats à la fois responsables et solidaires bénéficient d'avantages sociaux et fiscaux.

Cotisation : Également appelée indistinctement « prime », il s'agit de la somme payée par l'assuré en contrepartie des garanties accordées par l'assureur. Il existe différentes notions techniques de cotisations détaillées ci-dessous.

Cotisation « acquise » : Lorsque la cotisation due ou payée par le client (ou estimée) correspond à une période de garantie qui dépasse le 31 décembre de l'exercice, la cotisation acquise est la fraction de la cotisation qui couvre les risques de la période qui se termine le 31 décembre de l'exercice. Dans ce cas, l'excédent de la cotisation est reporté, en comptabilité, sous forme de provision. Il constituera la provision pour cotisations non acquises à la clôture, en vue de l'exercice comptable suivant. De même, la provision de l'exercice précédent reportée afin de couvrir l'exercice courant est appelée provision pour cotisations non acquises à l'ouverture. Par exemple, pour un contrat dont la cotisation est annuelle et est émise au 1^{er} mai 2024, la cotisation acquise est la part de cette cotisation qui couvre la période comprise entre le 1^{er} mai 2024 et le 31 décembre 2024, tandis que la cotisation non acquise est la part de cette cotisation qui couvre la période comprise entre le 1^{er} janvier 2025 et le 30 avril 2025. Ainsi, le concept des cotisations acquises en comptabilité des assurances concorde avec le principe d'enregistrement sur la base des droits constatés dans les comptes nationaux, tandis que les cotisations émises correspondent à des dates de versements.

Cotisation « émise » : Cotisation demandée à la date d'anniversaire du contrat ou à la date d'échéance (contrats collectifs et contrats à cotisation fractionnée). La cotisation est considérée comme émise, dès que l'échéance est atteinte. L'émission de la cotisation entraîne sa mise en recouvrement. Dans ce rapport, les cotisations nettes émises s'entendent comme la somme des cotisations et accessoires émis et de la variation des cotisations à émettre nettes (cotisations à émettre nettes à la clôture moins cotisations à émettre nettes à l'ouverture), diminuée des charges d'annulations et des ristournes.

Cotisation « nette » : Une cotisation est qualifiée de « nette » lorsqu'elle ne tient pas compte des taxes (TSA ou TSCA, encadré 4). La cotisation totale, payée par le souscripteur, correspond à la somme de la cotisation nette et des taxes (TSA ou TSCA).

CTIP (Centre technique des institutions de prévoyance) : Le CTIP est une organisation professionnelle qui représente et défend les intérêts de l'ensemble des institutions de prévoyance.

Délégation de gestion d'un régime obligatoire : Certains organismes complémentaires (notamment des mutuelles de fonctionnaires) gèrent aussi les remboursements de certains groupes d'assurés au titre de l'Assurance maladie obligatoire. Ces organismes se voient alors accorder par le régime général des « remises de gestion » en contrepartie de cette gestion déléguée par l'Assurance maladie obligatoire.

Dettes privilégiées : Dans le passif d'une entreprise, les dettes privilégiées sont celles qui seront payées en priorité en cas de faillite. Il s'agit des dettes envers les salariés, les cotisations patronales et les impôts. Les autres dettes (dites subordonnées, principalement celles contractées auprès des fournisseurs) seront payées après les dettes privilégiées, dans la limite des actifs restant à liquider.

EIOPA (en français AEAPP, Autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles) : Dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme de la structure de la supervision financière européenne, cette autorité européenne a remplacé depuis le 1^{er} janvier 2011 le Comité européen des contrôleurs d'assurance et de pensions professionnelles (CECAPP). Les missions confiées à l'EIOPA visent notamment à améliorer la protection des consommateurs et des assurés, à harmoniser les règles de contrôle à travers l'Union européenne, à renforcer la surveillance des groupes transfrontaliers et à soutenir la stabilité du système financier.

Engagements réglementés : La législation impose aux organismes d'être capables à tout moment d'acquitter les dettes qu'ils ont envers leurs assurés, c'est-à-dire à indemniser tous les sinistres des assurés qui en ont acquis le droit. L'ACPR veille donc à ce que les actifs détenus par les organismes d'assurance soient suffisamment sûrs, diversifiés, rentables et liquides pour permettre à tout moment (et notamment en cas de faillite) de rembourser les engagements réglementés, c'est-à-dire à verser les prestations mais aussi les dettes privilégiées (salaire, cotisations, impôts) qui sont prioritaires sur les prestations.

Entreprises d'assurance : Sociétés soumises au code des assurances. Deux grands types d'entreprises d'assurance existent :

- Les compagnies d'assurance sont des sociétés commerciales à but lucratif. Le financement de ces sociétés s'effectue d'abord par les actionnaires qui reçoivent ensuite les bénéfices sous forme de dividendes.
- Les sociétés d'assurance mutuelles (ou mutuelles d'assurance) sont des sociétés civiles à but non lucratif. Le financement de la société se fait par les cotisations mensuelles des assurés, alors dénommés sociétaires. Les bénéfices sont réinvestis au service de l'activité d'assurance, dans les cotisations, les prestations, les niveaux des garanties, l'action sociale, etc.

Exigence de marge de solvabilité : Minimum de fonds propres qu'un organisme d'assurance doit détenir réglementairement. Les actifs détenus par l'assureur doivent être supérieurs à ses engagements ; l'écart constitue un matelas de sécurité qui doit être supérieur aux exigences réglementaires. En assurance Vie, elle sera fonction des provisions mathématiques des contrats en euros et des contrats en unités de compte, et des capitaux sous risques. En assurance Non vie, elle dépendra du montant des cotisations ou des sinistres. La réassurance peut également être prise en compte. Notons que le vocabulaire évolue : avec Solvabilité 2, les notions d'« exigences de fonds propres » ou de « capital requis » sont utilisées.

FNMF (Fédération nationale de la Mutualité Française) : La FNMF est une organisation professionnelle qui représente et défend les intérêts de 443 mutuelles.

Fonds C2S : Fonds qui finançait la complémentaire santé solidaire entre le 1^{er} novembre 2019 et le 1^{er} janvier 2021, et qui avait succédé au Fonds CMU qui finançait la CMU-C et l'ACS. Le Fonds C2S était un établissement public national à caractère administratif, comme le Fonds CMU qui avait été créé par la loi du 27 juillet 1999. Ses trois missions principales étaient (1) financer la complémentaire santé solidaire, (2) suivre et analyser le fonctionnement des dispositifs et à ce titre formuler des propositions

d'amélioration et (3) élaborer et publier la liste nationale des organismes complémentaires habilités à gérer la complémentaire santé solidaire. Le Fonds C2S a été dissous le 1^{er} janvier 2021, et ses missions ont été réaffectées à la Caisse nationale d'assurance maladie (CNAM), à l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), désormais renommée Urssaf Caisse nationale, et aux ministères chargés des solidarités et de la santé, au titre de leurs compétences respectives. En particulier, un fonds comptable de financement de la complémentaire santé solidaire a été créé auprès de la CNAM.

Fonds CMU : Voir « Fonds C2S ».

Fonds de retraite professionnelle supplémentaire (FRPS) : Voir « Organisme de retraite professionnelle supplémentaire (ORPS) ».

Fonds propres : Les fonds propres d'un organisme assureur sont la différence entre l'expression comptable du total de ses actifs et l'expression comptable du total de son passif. Ils sont parfois désignés comme actif net. Les fonds propres sont les capitaux ou réserves dont dispose l'organisme. Ils ont été soit apportés par les actionnaires, soit acquis par l'activité économique. Plus un organisme possède de fonds propres, moins il a recours à l'endettement et plus il est résistant en cas de difficultés.

Frais d'acquisition : Partie des charges des organismes assureurs qui inclut les commissions d'acquisition, les frais des réseaux commerciaux et des services chargés de l'établissement des contrats, de la publicité, du marketing, ou exposés à leur profit.

Frais d'administration : Partie des charges des organismes assureurs qui inclut les commissions d'apérition (voir apériteur), de gestion et d'encaissement, les frais des services chargés de la surveillance du portefeuille de contrats, de la réassurance et du contentieux lié aux cotisations.

Frais de gestion des sinistres : Partie des charges des organismes assureurs qui inclut les frais occasionnés par le traitement des dossiers sinistres (ouverture des dossiers, règlement, etc.), les commissions versées au titre de la gestion des sinistres ainsi que les frais de contentieux liés aux sinistres. Dans le code des assurances, le terme utilisé est « Frais de règlement des sinistres ».

France Assureurs : France Assureurs, anciennement appelée Fédération française de l'assurance (FFA), est une organisation professionnelle qui représente et défend les intérêts de 253 entreprises d'assurance et de réassurance opérant en France. Depuis juillet 2016, France Assureurs réunit la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) et le Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA) au sein d'une seule organisation.

Fusion (transfert/absorption) : Les organismes peuvent fusionner avec d'autres entités en transférant leur portefeuille de contrats avec les droits et obligations qui s'y rattachent. Les organismes considérés comme absorbés sont dès lors intégralement dissous. Cette procédure est validée par l'ACPR et fait l'objet d'une publication au Journal Officiel.

Garantie : Couverture d'un risque par l'organisme assureur en contrepartie d'une cotisation.

Institutions de prévoyance : Personnes morales de droit privé à but non lucratif régies par le code de la sécurité sociale. Elles ont été créées par la loi d'août 1994 obligeant la séparation des activités retraite et prévoyance-santé au sein des caisses de retraite complémentaire. Les institutions de prévoyance sont dirigées paritairement par les représentants des employeurs et des salariés. Les risques qui peuvent être couverts par une institution de prévoyance sont l'assurance Vie, la santé, les autres dommages corporels (incapacité, invalidité, dépendance) et le chômage.

Institution de retraite professionnelle supplémentaire (IRPS) : Voir « Organisme de retraite professionnelle supplémentaire (ORPS) ».

Intermédiaire : En assurance, les intermédiaires sont des personnes physiques ou morales qui, contre rémunération, proposent ou aident à conclure des contrats d'assurance ou de réassurance. Les activités consistant uniquement à gérer, estimer ou liquider des sinistres ne sont pas considérées comme de l'intermédiation.

Marge de solvabilité (Solvabilité 1) : Voir « Exigence de marge de solvabilité ».

MCR (minimum capital requirement, Solvabilité 2) : Minimum de capital requis dans le cadre de la réglementation européenne Solvabilité 2. Le MCR correspond au montant minimum de fonds propres réglementaire, dont le non-respect constitue le seuil déclencheur du retrait d'agrément.

Mutuelles : Personnes morales de droit privé à but non lucratif relevant du code de la mutualité. Les mutuelles sont financées par les cotisations de leurs adhérents. Les mutuelles ne peuvent assurer que certains risques comme la santé, le chômage, l'invalidité suite à un accident du travail, l'assurance Vie, la protection juridique et la caution immobilière. Certaines mutuelles, dites « du livre II », pratiquent des opérations d'assurance, de réassurance et de capitalisation, tandis que d'autres, dites « du livre III » pratiquent la prévention, l'action sociale et la gestion de réalisations sanitaires et sociales. L'article L111-1 du code de la mutualité précise les activités que peuvent avoir les mutuelles, et indique en particulier qu'elles doivent choisir de façon exclusive entre les activités du livre II et celles du livre III. Une exception est que les mutuelles du livre II (assurance) peuvent exercer des activités du livre III mais uniquement de façon accessoire.

Mutuelle de retraite professionnelle supplémentaire (MRPS) : Voir « Organisme de retraite professionnelle supplémentaire (ORPS) ».

Noémie (Norme ouverte d'échange entre la maladie et les intervenants extérieurs) : Application qui permet le transfert dématérialisé des décomptes de remboursement de la Sécurité sociale vers les assureurs complémentaire santé. Cette application simplifie les démarches pour l'assuré et accélère le processus de remboursement complémentaire des frais médicaux.

Organisme de retraite professionnelle supplémentaire (ORPS) : Depuis le 1^{er} janvier 2018, les contrats de retraite professionnelle supplémentaire peuvent être gérés par ce nouveau type d'organismes. Créés par la loi relative à la transparence, à la lutte contre la corruption et à la modernisation de la vie économique du 9 décembre 2016, dite « loi Sapin II », ils bénéficient d'une contrainte de fonds propres moins élevée que celle en vigueur auparavant. Les organismes d'assurance ont eu la possibilité de transférer leurs portefeuilles de retraite existants vers des ORPS jusqu'à la date limite du 31 décembre 2022. Un ORPS peut être soit un fonds de retraite professionnelle supplémentaire (FRPS), s'il est régi par le code des assurances, soit une institution de retraite professionnelle supplémentaire (IRPS), s'il est régi par le code de la sécurité sociale, soit une mutuelle de retraite professionnelle supplémentaire (MRPS), s'il est régi par le code de la mutualité.

Participations légales : Financements qui étaient reçus, avant la mise en place de la complémentaire santé solidaire, par les organismes d'assurance de la part du Fonds CMU en échange de la prise en charge d'assurés bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) ou de l'aide à la complémentaire santé (ACS).

Plus-value (ou moins-value) latente : Écart, positif ou négatif, entre la valeur de réalisation d'un actif (valeur de marché, c'est-à-dire la valeur que cet actif aurait s'il était vendu sur le marché à la date de l'inventaire) et sa valeur au bilan (valeur d'achat nette de l'amortissement).

Prévoyance : Couverture des risques « autres dommages corporels » (incapacité de travail – indemnités journalières, invalidité, dépendance, etc.), décès (vie entière, temporaire), perte d'emploi et famille. La prévoyance permet, selon les garanties souscrites, d'assurer un maintien partiel ou total des revenus, de bénéficier d'un complément financier ou de percevoir un capital ou une rente. Elle complète les prestations des régimes obligatoires de sécurité sociale.

Produits financiers : Les cotisations perçues par les organismes avant la matérialisation du risque et le paiement des prestations peuvent être investies, sous forme d'actions, d'obligations, de placements immobiliers ou encore de prêts et dépôts afin de les faire fructifier (respectivement dividendes, coupons, loyers ou intérêts). Les produits financiers issus de ces placements viennent alors s'ajouter aux ressources des organismes d'assurance. Ces produits financiers peuvent aussi inclure des honoraires et commissions sur activité de gestions d'actifs, des reprises de provisions pour dépréciations, des profits sur réalisation (vente d'actifs) et réévaluation des placements, etc.

Provisions mathématiques (assurance Vie) : Les organismes assureurs contractent des engagements auprès de leurs assurés en échange du paiement d'une cotisation. Pour les opérations d'assurance sur la vie, la provision mathématique prend ainsi en compte l'écart entre la valeur actuelle de l'engagement pris par l'organisme assureur et celle de l'engagement résiduel éventuel de l'assuré. Cela s'apparente donc à l'engagement « net » de l'organisme assureur vis-à-vis de l'assuré.

Provisions pour sinistres à payer : Provisions lorsque le sinistre a eu lieu mais n'a pas encore été réglé, soit parce que le sinistre a été déclaré à l'organisme assureur mais non encore indemnisé (dossier non finalisé), soit parce que le sinistre n'a pas encore été déclaré mais qu'il est statistiquement prévisible.

Provisions techniques : Elles représentent pour les organismes une évaluation du coût futur des prestations à verser aux assurés. En assurance Non vie, elles représentent les dépenses à prévoir pour faire face à la sinistralité déclarée mais non encore réglée ou à la sinistralité non déclarée mais statistiquement prévisible des contrats en cours (provisions pour sinistres à payer). En assurance Vie, il s'agit des provisions mathématiques.

Réassurance : La réassurance correspond à un contrat par lequel une société spécialisée (le réassureur ou le cessionnaire) prend en charge une partie (il s'agit d'« acceptations ») des risques souscrits par un organisme assureur (la cédante) auprès de ses assurés. Par cette opération, le réassureur s'engage à rembourser à l'organisme assureur en cas de réalisation du risque, une partie des sommes versées au titre des sinistres et perçoit en contrepartie une cotisation ou une portion des cotisations originales versées par le ou les assurés. La réassurance permet de mieux disperser les risques.

Remises de gestion : Montants versés par l'Assurance maladie obligatoire à certains organismes complémentaires, telles que les mutuelles de fonctionnaires, en contrepartie de leur gestion du régime obligatoire de certains groupes d'assurés en lieu et place de l'Assurance maladie (voir « Délégation de gestion d'un régime obligatoire »).

Résultat net : Bénéfice ou perte de l'exercice. Différence entre l'ensemble des ressources et l'ensemble des charges, que ces ressources et charges soient techniques, c'est-à-dire liées à l'activité assurantielle, ou non techniques, comme les produits financiers issus des placements des fonds propres, la fiscalité, etc.

Résultat technique : Différence entre les ressources (cotisations et produits financiers) et les charges (indemnisation des sinistres, charges de gestion, etc.) liées à un périmètre d'activité assurantielle.

SCR (Solvency Capital Requirement, Solvabilité 2) : Capital cible requis dans le cadre de la réglementation européenne Solvabilité 2. Le SCR correspond au montant de fonds propres estimé comme nécessaire pour absorber le choc provoqué par une sinistralité exceptionnelle et limiter le risque de ruine à un an à 0,5 %. Son calcul est basé sur l'exposition aux risques liés à l'activité des organismes d'assurance, c'est-à-dire principalement le risque de souscription, le risque de crédit, le risque opérationnel, le risque de liquidité et le risque de marché. Les compagnies peuvent choisir entre deux modèles de calcul du SCR : une approche standard ou un modèle interne.

Sinistre : Survenance du risque prévu par le contrat d'assurance ; il entraîne la mise en jeu de la garantie.

Solvabilité 2 : Nom donné à la directive 2009/138/CE du Parlement européen et du Conseil du 25 novembre 2009 ainsi qu'aux règles qu'elle met en place en matière de régulation des organismes d'assurance (mutuelles et institutions de prévoyance incluses). Les exigences de Solvabilité 2 sont réparties en trois piliers. Le premier pilier porte sur les règles de valorisation des actifs et des passifs, ainsi que les exigences de capital, le deuxième pilier regroupe les exigences qualitatives telles que les règles de gouvernance et de gestion des risques, enfin le troisième harmonise au niveau européen les informations publiées par les organismes d'assurance ainsi que celles remises aux superviseurs.

Souscripteur : Entité (personne physique ou morale) qui signe le contrat d'assurance et paie la cotisation, et qui peut être différent de l'assuré (entité qui court le risque). En assurance décès collective par exemple, l'entreprise souscrit, le salarié est l'assuré, et les ayant-droits sont les bénéficiaires.

Substitution : Une convention de substitution permet à une mutuelle (dite « substituée ») de transférer son risque assurantiel à une autre mutuelle (dénommée « substituante »), tout en conservant une autonomie juridique et la relation avec ses adhérents. La conclusion d'une telle convention n'entraîne pas la disparition de l'entité substituée, contrairement à la fusion, opération au terme de laquelle la mutuelle absorbée est dissoute. La substitution diffère de la réassurance principalement sur le plan juridique : les mutuelles substituées ne sont pas soumises aux dispositions fixant les règles prudentielles et n'ont donc pas besoin d'un agrément pour exercer leur activité. En revanche, la substituante doit obligatoirement être agréée pour les branches prises en substitution. Pour une

mutuelle substituante, les opérations prises en substitution sont considérées comme des opérations directes et doivent être intégrées dans les comptes de l'organisme.

Surcomplémentaire santé : Assurance santé qui vient étendre la couverture de la complémentaire santé classique (appelée aussi couverture de troisième niveau). Elle s'adresse notamment aux salariés qui souhaitent une meilleure couverture que celle offerte par la complémentaire santé imposée par leur entreprise.

TSA : Taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, prélevée en France sur tous les contrats de complémentaire santé (y compris sur les contrats d'indemnités journalières), et finançant la complémentaire santé solidaire (encadré 4).

Union de mutuelles : Entité regroupant plusieurs mutuelles. Il peut s'agir soit d'une plateforme comme « MFP services » qui n'est pas un organisme d'assurance en tant que tel mais permet de mettre en commun des moyens techniques, soit d'une véritable mutuelle du livre II prenant en substitution un ensemble d'autres mutuelles.

Unités de compte (contrats en) : Contrat sur lequel l'assureur garantit non pas la valeur d'un capital, mais un nombre d'unités de compte (exemple : nombre d'actions d'une entreprise, et non la valeur de ces actions). Dans les contrats en unités de compte, c'est l'assuré, et non l'assureur, qui porte le risque financier lié à l'évolution des marchés.