

¹Mutuelles, 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 » (249 mutuelles non substituées et 72 mutuelles substituées²), les entreprises d'assurance (254 organismes) et les institutions de prévoyance (33 organismes), soit au total 608 organismes sur l'ensemble des 660 organismes d'assurance agréés en 2023 (tableau 1.2). Parmi ces trois catégories (mutuelles, entreprises d'assurance et institutions de prévoyance) se trouvent les organismes exerçant des affaires directes³ 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 2022, dernière année disponible pour ces données, la couverture des risques sociaux a représenté 31 % des cotisations de l'ensemble des organismes d'assurance⁴.

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 2022 (hors réassurance et hors ORPS ; graphique 1.3). Le poids de la santé dans l'ensemble de l'activité d'assurance avait légèrement augmenté entre 2009 et 2013 (de 13 % à 15 % des cotisations collectées) et est demeuré stable depuis, à l'exception notable de 2020. Cette année a en effet été marquée par une hausse exceptionnelle de cette part à 17 % liée à la chute de l'activité assurantielle hors risques sociaux, sous l'effet conjugué de la crise de Covid-19 et d'un environnement de taux bas (ACPR, 2021). Cette part est retournée à son niveau pré-crise dès 2021. La prévoyance et la retraite ont représenté quant à elles respectivement 10 % et 7 % des cotisations des organismes d'assurance (hors ORPS) en 2022.

Les mutuelles et les institutions de prévoyance sont spécialisées dans la couverture des risques sociaux. Les mutuelles sont plus particulièrement spécialisées en assurance santé, qui représente 83 % de leur chiffre d'affaires, devant la prévoyance (10 %) et la retraite (6 %). Le code de la mutualité autorise les mutuelles à exercer d'autres activités telles que la caution immobilière, la protection

² Voir glossaire.

³ Voir glossaire.

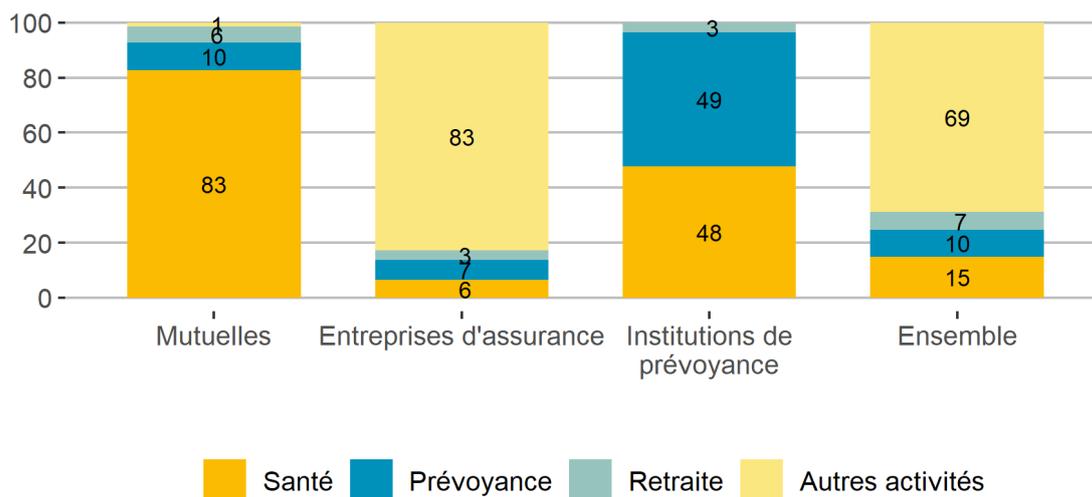
⁴ Hors ORPS. Ces chiffres n'intègrent pas non plus l'activité de gestion des régimes Agirc-Arrco, Ircantec et RAFP, qui sont des régimes obligatoires de retraite.

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

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 48 % 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, l'activité de couverture des risques sociaux est plus minoritaire pour les entreprises d'assurance (17 % de leurs cotisations en 2022, dont 6 % pour la santé). 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 2022

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, 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 83 % de l'ensemble des cotisations hors taxe collectées en 2022.

Champ : Affaires directes (i.e. hors réassurance, voir glossaire) de l'ensemble des organismes contrôlés par l'ACPR au 31/12/2022, 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 :

- (i) 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.
- (ii) 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

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

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 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 2023, sur les 79 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 58 entreprises d'assurance Non vie. Parmi les 144 mutuelles ayant renseigné leurs comptes, il y avait 77 mutuelles Mixtes (lesquelles ont représenté environ 89 % des cotisations collectées en santé par les mutuelles, ce sont donc plutôt de grandes mutuelles) et 67 mutuelles Non vie (en moyenne plus petites, représentant 11 % des cotisations collectées en santé par les mutuelles). Quant aux 25 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).

1Mutuelles, 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 presque 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 2023, 388 organismes ont versé de la TSA, et ont donc exercé une activité de complémentaire santé sur le territoire français : 263 mutuelles, 100 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 70 % de ceux relevant du code de la sécurité sociale pratiquent une activité santé, contre seulement 30 % des organismes relevant du code des assurances⁵.

Depuis 2001, le nombre d'organismes présents sur le marché français de la complémentaire santé a été divisé par quatre. En particulier, le nombre de mutuelles assujetties à la TSA a été divisé par presque 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 à reculer en 2023. 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.

⁵ 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).