

## La protection sociale complémentaire en France

Mise à jour : Janvier 2012

Reproduction sur d'autres sites interdite mais lien vers le document accepté :

<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/ProtectionSocialeComplementaire.pdf>

Introduction.....	1
Historique.....	2
1 - Les prémices des assurances sociales : 1800-1920.....	3
2 - L'instauration des assurances sociales : 1920-1944.....	5
3 - L'édification de la Sécurité sociale et des institutions de prévoyance : 1945-1946.....	5
4 - Généralisation du système de protection sociale : 1946-1986.....	6
5 - Régulation de la protection sociale complémentaire : 1987-2011.....	6
Le contenu de la couverture complémentaire.....	14
Les régimes de protection sociale d'assurance maladie complémentaire.....	15
Les régimes publics.....	15
Les organismes privés.....	17
Conclusion.....	19
Bibliographie.....	19
Protection complémentaire : Panorama d'ensemble.....	19
Publications Irdes.....	19
Autres publications.....	23
Protection complémentaire d'entreprise.....	29
Publications Irdes.....	29
Autres publications.....	30
Réglementation.....	32
Ressources électroniques.....	33
Quelques données chiffrées sur la couverture complémentaire en France.....	34

## Introduction

La naissance des systèmes de protection sociale complémentaire précède historiquement celle de la Sécurité sociale. Alors que les premières lois sur les assurances sociales sont votées en France entre 1928 et 1930 et que la Sécurité sociale naît en 1945, les premières formes de protection sociale reposant sur une collectivité apparaissent entre 1850 et 1900. Ce sont d'abord des assurances privées qui créent une caisse de retraite, puis assurent ensuite les entreprises pour le risque accident du travail à la suite de la loi de 1898 qui pose le principe de la responsabilité de l'employeur. Parallèlement, se développent les sociétés de secours mutuels, ancêtre de la Mutualité, qui interviennent de manière non lucrative et de façon limitée sur le risque maladie.

L'organisation institutionnelle de la Sécurité sociale mise en place en 1945 laisse un espace à d'autres modes de prise en charge des risques sociaux. En effet, à partir du moment où les régimes obligatoires de base ne couvrent pas l'intégralité de ces risques, des organismes ont assuré une protection sociale complémentaire à la Sécurité sociale de base. Ils représentent aujourd'hui un élément important du système social français : outre le caractère obligatoire de certains d'entre eux, le recours à une couverture sociale complémentaire est indispensable pour bénéficier de prestations à un niveau satisfaisant.

Les régimes de protection sociale complémentaire assurent tout un ensemble de prestations : santé, invalidité, arrêts de travail, retraite.

## Mais cette synthèse porte plus particulièrement sur le risque maladie...

### Les étapes-clefs :

- Ancien régime : Quelques exemples de protection sociale
- 1800-1920 : les prémices des assurances sociales avec le développement des sociétés de secours mutuels et des caisses d'épargne d'une part, et les initiatives paternalistes du patronat d'autre part.
- 1920-1944 : l'instauration des assurances sociales obligatoires avec l'essor du rôle social de l'entreprise.
- 1945-1946 : l'édification de la Sécurité sociale et des institutions de prévoyance.
- 1946-1986 : Le système de protection sociale se généralise avec la création des régimes spéciaux et des régimes complémentaires d'entreprise.
- 1987-2011 : Régulation par l'Etat de la protection sociale complémentaire, avec l'adaptation aux directives européennes relatives à l'assurance.

## Historique

Sous l'Ancien Régime, certaines formes de protection sociale existaient dans le cadre des corporations de métier, du compagnonnage, des regroupements de paysans ou de la charité religieuse.

On peut noter, en 1604, l'Arrêt d'Henri IV sur les Mines

« A l'ouverture de chaque Mine, prévoir un trentième de la recette pour le secours des mineurs : maladie, décès, culte religieux... »

Mais le plus souvent, l'assurance-maladie ne concerne que les militaires invalides.

- Louis IX fonde les Quinze-vingts pour les croisés devenus aveugles.
- Henri III établit la Charité chrétienne au faubourg Saint-Marceau.
- 19 avril 1670 : une ordonnance institue un secours viager pour les marins du Roi blessés
- Avril 1674 : un édit royal établit un édifice pour les invalides.

A l'approche de la Révolution, les idées commencent à se préciser sur l'utilité d'une action organisée dans le domaine de la Prévoyance sous l'influence des philosophes, comme en témoignent certains articles rédigés dans l'Encyclopédie. Condorcet lance l'idée des Caisses d'Épargne dans *l'Esquisse d'un tableau historique des progrès de l'esprit humain*. L'idée sera reprise dans une loi du 19 mars 1793

Divers comités travaillent sur des projets d'assistance ou de protection sociale pendant la période révolutionnaire (Projet Barère en 1794 sur les secours à accorder aux campagnes). L'Assistance tente de devenir un monopole d'Etat, avec la création des bureaux de bienfaisance dans chaque commune (Loi du 27 novembre 1796).

Mais il faut attendre le XIXe siècle pour qu'apparaissent les premières assurances sociales.

## 1 - Les prémices des assurances sociales : 1800-1920

Au cours du XIXe siècle et, plus particulièrement, dans sa seconde moitié, avec l'essor industriel, la question sociale trouve trois grands types de réponse :

- la conception facultative, volontaire et individuelle de la prévoyance avec le développement des sociétés de secours mutuels et des caisses d'épargne ;
- les initiatives paternalistes du patronat sur les grands sites industriels (métallurgie, mines...);
- les initiatives de l'Etat, avec l'assistance médicale et l'aide sociale.

► Les sociétés mutualistes ou de secours mutuels :

**Les lois du 2 et 17 mars 1791 (dites décret de Pierre d'Allarde) et la loi Le Chapelier du 17 juin 1791** avaient supprimé les confréries de métier. Certaines subsistaient dans la clandestinité.

Elles réapparaissent avec des statuts précisant leurs buts exclusifs de sociétés de prévoyance, afin de se distinguer des associations mutualistes de l'Ancien Régime.

Ces nouvelles sociétés de secours mutuels furent soumises au Code pénal du 12 février 1810 et doivent être agréées par le gouvernement.

A partir de 1806, elles ne doivent s'occuper que d'assistance.

Une circulaire de 1812 encourage leur développement pour mieux les surveiller.

Moyennant une cotisation, les mutualistes recevaient des prestations en cas de maladie, d'accidents du travail, parfois même lorsque l'âge les rendait inaptes à travailler.

A la fin de l'Empire, 120 sociétés de secours mutuels sont connues. Elles affilient environ 10 000 travailleurs mutualistes parisiens (chefs de famille) sur 67 000 ouvriers environ.

Sous la Restauration et la Monarchie de juillet, les corps de métier restent organisés et les sociétés de secours mutuels sont très nombreuses : 160 à Paris en 1823, 34 à Marseille en 1821, 113 à Lille en 1830.

Les sociétés de secours mutuels ne peuvent se former que sous le contrôle du gouvernement, mais beaucoup détournent la loi.

Plusieurs de ces associations étaient des foyers de la résistance ouvrière (émeutes ouvrières de Lyon et Paris, 1831 et 1834).

**10 avril 1834** : cette loi règle les associations pendant toute la Monarchie de juillet.

Les sociétés de secours mutuels sont fondées sur la prévoyance collective volontaire et limitée à quelques activités ou quelques entreprises.

Fondées sur le volontariat et l'aide sociale, droit à appréciation subjective et spécialisée, elles n'ont bénéficié qu'à une frange limitée de la population.

**22 janvier 1852** : l'Empereur Napoléon III octroie 10 millions pris sur les biens de la famille d'Orléans aux sociétés de secours mutuels.

**26 mars 1852** : décret créant les sociétés de secours mutuels approuvés sous tutelle administrative.

**1865** : Rapport à l'Empereur sur les sociétés de secours mutuels.

La Mutualité continue de se développer pendant les débuts de la IIIe République.

En 1898, elle compte 1 700 000 adhérents.

**1er avril 1898** : Loi qui constitue la Charte de la Mutualité

Elle définit les sociétés de secours mutuels en associations de prévoyance avec des fonctions d'assistance précise. Elles obtiennent une entière liberté de création et les encouragements des pouvoirs publics.

**1905** : la Mutualité compte 3 750 000 adhérents.

► Les caisses d'épargne :

- **Loi du 19 mars 1793** : un article prévoit la création de la caisse d'épargne
- **13 février 1800** : premiers statuts de la Banque de France

**22 mai 1818** : une vingtaine de banquiers et d'hommes d'affaires signent l'acte constitutif d'une société anonyme, la Caisse d'épargne et de prévoyance.

**29 juillet 1818** : une ordonnance royale en autorise l'existence.

Les Caisses d'épargne se développent considérablement grâce à l'action de Benjamin Delessert.

**5 juin 1835** : une loi fixe le système de manière précise.

► Les initiatives du patronat :

Sous le Premier Empire, sur l'initiative du baron de Nicard, une société de prévoyance est créée pour les mines de l'Ourte.

Première expérience de Sécurité sociale, elle consistait à réunir des fonds provenant du ministère de l'Intérieur, d'une retenue de 2 % sur le salaire des ouvriers et d'une somme payée par les propriétaires des exploitations correspondant à 0,5 % de la masse globale des salaires.

Ces fonds étaient ensuite répartis sous forme de secours et de pensions.

► Les initiatives de l'Etat :

**La loi du 18 juillet 1893** et celle du **14 juillet 1905** instituent l'assistance médicale gratuite, **la loi du 27 juin 1904** le service départemental d'aide sociale.

L'aide sociale intervient pour faire face à des besoins spécifiques appréciés selon des critères subjectifs par une commission composée en partie d'élus locaux ; le droit à l'aide sociale est subordonné à condition de ressources de l'individu ou de sa famille et les prestations, en nature ou en espèces, sont récupérables sur les débiteurs alimentaires et les successions ou les revenus de l'assisté à meilleure fortune.

Au début du XXe siècle, trois acteurs sont en place : l'Etat, le Patronat et les ouvriers.

Ces derniers ne sont pas encore très organisés, entre syndicalistes et mutualistes.

Le syndicalisme est reconnu en 1884 et la mutualité en 1898.

## 2 - L'instauration des assurances sociales : 1920-1944

Après la 1<sup>re</sup> guerre mondiale, différentes lois sociales sont votées : loi sur les 8 heures de travail journalier, loi sur les conventions collectives...

Les lois sur les assurances sociales n'aboutissent qu'à l'issue de dix années d'opposition dans les débats parlementaires :

- Opposition libérale : le patronat et la mutualité attachés à une notion de prévoyance « libre » et « éducative » s'opposent au législateur qui souhaite une prévoyance obligatoire ;
- Opposition économique : Petites et grandes entreprises voient dans le financement de la protection sociale par des cotisations sociales un frein à la production.

Les lois du 5 avril 1928 et du 30 avril 1930 instituent, pour les salariés titulaires d'un contrat de travail, une assurance pour les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse et décès et la loi du 30 avril 1928 instaure un régime spécial pour les agriculteurs.

Les assurances sociales de 1928 et 1930 sont obligatoires, mais la couverture est faible. La prévoyance tient la plus grande part en termes de protection sociale.

De même, pendant cette période, les assurances privées se développent pour les personnes non couvertes par les assurances sociales.

## 3 – L'édification de la Sécurité sociale et des institutions de prévoyance : 1945-1946

En 1945 les organisateurs du système français de Sécurité sociale poursuivent un triple objectif : unité de la Sécurité sociale, généralisation quant aux personnes, extension des risques couverts sous la double influence du rapport Beveridge de 1942 et du système bismarckien.

Le système qui se met en place soumet l'ouverture des droits à la protection sociale à l'exercice d'un travail salarié et aux versements de cotisations assises sur le salaire.

La gestion du système est corporatiste. La démocratie sociale remplace le paternalisme patronal ou étatique.

L'ordonnance du 4 octobre 1945 prévoit un réseau coordonné de caisses se substituant à de multiples organismes, l'unité administrative ne sera cependant pas réalisée.

Les professions agricoles vont conserver leurs institutions spécifiques dans le cadre de la mutualité sociale agricole.

Les salariés des régimes spéciaux vont refuser de s'intégrer dans le régime général et conserver dans un cadre " transitoire " qui dure encore, leurs régimes spécifiques (fonctionnaires, marins, cheminots, mineurs etc.).

L'ordonnance du 19 octobre 1945 concerne les risques maladie, maternité, invalidité, vieillesse, décès.

**La loi du 22 août 1946** étend les allocations familiales à pratiquement toute la population et **la loi du 30 octobre 1946** précise les modalités de fonctionnement du système de réparation des accidents du travail à la sécurité sociale.

**La loi du 22 mai 1946** pose le principe de la généralisation de la sécurité sociale à l'ensemble de la population mais les professions non salariées non agricoles s'y opposeront.

**Le décret du 8 juin 1946** définit les « dispositions communes aux régimes complémentaires des salariés » et ouvre des espaces pour les activités des mutuelles, institutions de prévoyance et compagnies d'assurance pour la couverture des risques sociaux.

- La Mutualité perd son pouvoir gestionnaire par **l'ordonnance du 14 octobre 1945**, réformant le statut de la Mutualité. Un lien privilégié s'instaure entre le comité d'entreprise et la mutuelle d'entreprise. La Mutualité est exclue des opérations collectives. « *C'est le rendez-vous manqué de la Sécurité sociale avec la Mutualité* ».
- Les sociétés d'assurance se voient retirer la gestion des accidents du travail par **l'ordonnance du 4 octobre 1945**. Elles deviennent des institutions de prévoyance (L14). Elles ont une gestion paritaire et la mise en place et la révision de la protection sociale complémentaire sont subordonnées au consensus de la collectivité concernée, soit par une convention collective, soit par un accord entre employeur et la majorité des travailleurs intéressés.

► *La protection sociale mutualiste ou privée ne vient donc plus qu'en complément de la protection sociale obligatoire.*

## 4 – Généralisation du système de protection sociale : 1946-1986

**14 mars 1947 et 8 décembre 1961** : Accords collectifs interprofessionnels créant les régimes de retraite complémentaire des cadres et des non cadres (Agirc et Arrco rendus obligatoires par la loi du 29 décembre 1972).

**Loi du 22 décembre 1966** : création d'un régime complémentaire obligatoire des exploitants agricoles contre les accidents du travail, maladies professionnelles et accidents de la vie privée, avec libre choix de l'assureur.

**Loi de mensualisation de 1978** : La mensualisation implique un certain nombre d'obligations de l'employeur :

- droit au congé : mariage, naissance, décès d'un proche ;
- indemnité de fin de carrière ou en cas de licenciement ;
- maintien du salaire partiel ou total à la charge de l'employeur en cas d'arrêt de travail pour maladie ou accident.

## 5 – Régulation de la protection sociale complémentaire : 1987-2011

En raison de la conjoncture économique et sociale (vieillesse de la population, croissance ralentie, dette sociale), la protection sociale obligatoire ne suffit plus à garantir une couverture suffisante. Le rôle de la protection sociale complémentaire devient cruciale et

doit donc se structurer dans un cadre politique et institutionnel qui la finance et lui assure des responsabilités élargies.

Parallèlement, elle doit s'adapter au contexte du droit communautaire européen. Au cours des années 70, les bases d'un marché européen de l'assurance sont jetées. Les assureurs sont concernés par les premières directives de 1973 et 1979, puis par celles de 1988 et 1990. Les premières introduisent la liberté d'établissement, les deuxièmes, la liberté de prestations pour les assureurs agréés par le pays d'accueil et satisfaisant aux règles de solvabilité.

► Adaptation aux règles communautaires de l'assurance :

**La loi du 10 juillet 1985** précise le cadre socio-fiscal de la Protection sociale d'entreprise (PSCE).

**La loi du 25 juillet 1985** réforme le Code de la Mutualité :

- Les spécificités de la Mutualité sont acquises par le label « mutuelles » qui ne peut être utilisé par les compagnies d'assurance ;
- Renforcement des moyens d'action, modernisation de ses règles de fonctionnement, allègement du contrôle administratif ;
- Abolition du *veto* du comité d'entreprise sur les mutuelles d'entreprise au profit d'un contrôle concerté ;
- Le champ d'intervention des mutuelles est élargi au champ de la prévoyance collective.

Mais les Mutuelles n'ont pas l'exclusivité de la complémentaire santé. Le marché santé s'ouvre à la concurrence.

**1989** : Création de la Commission de contrôle des assurances (CCA) et de la Commission de contrôle des mutuelles et institutions de prévoyance (CCMIP)

[Loi n°89-1009 du 31 décembre 1989](#) sur la prévoyance renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques (**Loi Evin**). Elle fixe les règles entre l'Etat, les assurés et les organismes complémentaires.

Cette loi revêt trois grands principes :

- Reconnaissance des droits propres des assurés dans le champ des assurances collectives, interdisant notamment la sélection médicale ;
- Reconnaissance du droit au maintien à titre individuel d'une couverture collective, par exemple, lorsque l'assuré tombe en incapacité ou invalidité, devient chômeur ou part en pré-retraite ou retraite ;
- Harmonisation des situations des différents organismes mettant en œuvre des couvertures prévoyance.

**Loi n° 94-678 du 10 août 1994** : elle intègre les mutuelles et les institutions de prévoyance dans le cadre des directives communautaires.

**2001** : Nouveau Code de la Mutualité

- Comme leurs concurrents, les mutuelles se voient imposer le respect des règles financières et prudentielles. Les premières amènent les mutuelles à constituer des provisions techniques correspondant à leurs engagements. Les deuxièmes les obligent à disposer de marges de solvabilité.

- Elles doivent disposer d'un agrément pour exercer leur activité. L'obtention de l'agrément est soumise à un ensemble de conditions, dont le respect du principe de spécialité. Les mutuelles, qui relèvent du livre II, exercent une activité d'assurance et de capitalisation, les mutuelles, qui relèvent du livre III, pratiquent la prévention, l'action sociale et la gestion des réalisations sanitaires et sociales.

► Adaptation à la conjoncture économique et sociale :

**La loi du 10 juillet 1985** précise le cadre socio-fiscal de la Protection sociale d'entreprise (PSCE).

**Loi n° 99-641 du 28 juillet 1999** : institution d'une couverture maladie universelle : protection de base sur le seul critère de résidence et protection complémentaire pour les plus démunis (Cmu – Cmuc). La loi entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> janvier 2000.

**L'article 2 de la loi Evin du 31 décembre 2002** pose le principe de la prise en charge des états pathologiques survenus antérieurement à la souscription du contrat lorsque la couverture est à adhésion obligatoire. L'organise assureur est donc placé devant cette alternative : soit il assure tout le groupe soit il refuse tout le monde. En revanche, pour les systèmes à adhésion facultative, la loi Evin autorise l'organisme assureur à ne pas prendre charge les suites des états pathologiques antérieurs à la souscription du contrat. De plus l'organisme assureur peut librement résilier le contrat pendant les deux premières années.

**2003** : une autorité de contrôle des assurances et des mutuelles (Acam) a été instituée pour vérifier le respect de la réglementation applicable à l'ensemble de ces organismes. Elle résulte de la fusion, en 2003, de la Commission de contrôle des assurances (CCA) et de la Commission de contrôle des mutuelles et institutions de prévoyance (CCMIP).

**Loi n° 2003-774 du 21 août 2003 portant réforme des retraites** (Loi Fillon)

Elle modifie le régime des cotisations de retraite et de prévoyance au regard de l'impôt sur le revenu. Les limites des déductions des cotisations sont précisées par la loi de finances pour 2004 (Loi n° 2003-1311 du 30 décembre 2003), ainsi que par la loi du 13 août 2003 relative à l'Assurance maladie.

Quatre grands changements sont apportés par ces nouvelles règles :

- Les régimes de prévoyance et de santé doivent dorénavant, pour bénéficier de l'exonération sociale, revêtir clairement un caractère collectif, c'est-à-dire concerner l'ensemble du personnel ou une catégorie objective ;
- L'avantage socio-fiscal n'est accordé qu'aux contrats obligatoires ;
- La participation de l'employeur doit être effective et uniforme pour l'ensemble des salariés relevant d'une même catégorie ;
- Le bénéfice socio-fiscal est conditionné au caractère responsable du contrat.

Ces nouvelles règles ont amené les entreprises à revoir leurs régimes de protection sociale complémentaire. Elles furent complètement effectives à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2008.

**[Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie](#)** :

► La coordination de la prise en charge des soins par les régimes obligatoires et complémentaires est indispensable. Un décret définira des contrats responsables, qui ne devront pas couvrir les dépenses induites par un non-respect du parcours de soins, sous peine de perdre le bénéfice des exonérations fiscales et sociales. L'entrée en vigueur du cahier des charges des contrats responsables est fixée au 1<sup>er</sup> juillet 2006.

► Création de l'Unocam : l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie regroupe l'ensemble des organismes complémentaires, quel que soit leur statut, y compris le régime d'Alsace-Moselle. L'objectif est de mieux les associer, à titre consultatif, au dispositif de régulation des dépenses d'assurance maladie. En effet, les décisions prises concernant les taux de remboursement ou les tarifs des actes médicaux ont des conséquences directes sur l'équilibre financier des organismes de protection sociale complémentaire. L'objectif est de créer une politique concertée de gestion du risque.

► Création d'une aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS) sous la forme d'un crédit d'impôt, dont l'entrée en vigueur est prévue pour le 1<sup>er</sup> janvier 2005. Elle concerne les personnes dont les revenus se situent au-dessus du plafond de la CMU, mais qui ne dépassent pas plus de 15 % dudit plafond.

### [Loi de financement de la Sécurité sociale pour 2006](#)

Loi n° 2005-1579 du 19 décembre 2005 et décision du Conseil constitutionnel n° 2005-528 DC du 15 décembre 2005, JO du 21/12/2005.

L'entrée en vigueur des contrats responsables, prévue au 1<sup>er</sup> janvier 2006, est aménagée. Ces contrats sont mis en place par l'article 57 de la loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie, pour s'assurer du respect par les assurés du parcours de soins coordonné. Pour bénéficier des incitations fiscales et/ou sociales réservées à ces nouveaux contrats, les contrats d'assurance complémentaire santé doivent être adaptés. Ils doivent, en effet, respecter un cahier des charges dont le contenu a été fixé par le [décret n° 2005-1226 du 29 septembre](#) publié le 30 septembre 2005.

Des reports d'entrée en vigueur sont prévus :

- Contrats liés à un accord collectif de branche : le report est fixé au 1<sup>er</sup> juillet 2006 ; entraîné par la publication tardive du décret fixant le cahier des charges des contrats responsables. L'octroi d'un délai supplémentaire de six mois vise ainsi à permettre aux partenaires sociaux de disposer du temps nécessaire à la renégociation des contrats complémentaires collectifs pour les mettre en conformité avec les nouvelles règles.
- Contrats offrant des garanties partielles : la loi reporte du 1<sup>er</sup> janvier 2006 au 1<sup>er</sup> janvier 2008 la date limite à laquelle les contrats, bulletin d'adhésion ou les règlements comportant exclusivement des garanties prenant en charge les dépenses occasionnées lors d'une hospitalisation ou ne prenant en charge que certains spécialités ou certains dispositifs médicaux, doivent se mettre en conformité avec la nouvelle réglementation relative aux contrats responsables.
- Actions de prévention : l'obligation d'inclure des actions de prévention dans les contrats responsables est reportée de six mois. Le décret du 29 septembre précité, relatif au cahier des charges, a prévu que, dans le cadre des contrats responsables, l'assuré doit bénéficier d'une prise en charge totale d'au moins deux prestations de prévention considérées comme prioritaires au regard d'objectifs de santé publique. La liste de ces prestations, qui doit être fixée par arrêté ministériel, est en cours d'élaboration sous l'égide de la Haute Autorité de santé. Dans la mesure où elle n'est

pas publiée avant le 1<sup>er</sup> janvier 2006, l'entrée en vigueur de la mesure est reportée au 1<sup>er</sup> juillet 2006.

- Cmu complémentaire : la loi soumet les contrats de couverture universelle complémentaire aux mêmes obligations que les contrats responsables.
- Contrats CMU-C : le panier de soins pris en charge au titre du dispositif de la CMU-C pourra désormais être limité par décret afin de respecter les dispositions relatives aux contrats responsables. Il pourra également être restreint pour prendre en compte les avis de la Haute Autorité de santé eu égard à l'insuffisance du service médical rendu des produits, actes ou prestations de santé.
- Contrats de sortie CMU-C : les bénéficiaires de la CMU-C disposent, à l'expiration de leurs droits à cette couverture, d'une prolongation d'un an de leur contrat de couverture complémentaire, lorsque leur contrat est géré par un organisme de protection sociale complémentaire. Le contrat maintenu doit offrir une couverture équivalente au contrat CMU-C. La loi crée une dérogation à cette règle en précisant que ce contrat doit respecter le cahier des charges des contrats responsables et ne pas prendre en charge les majorations applicables en cas de non-respect du parcours de soins coordonné. Cette mesure s'applique aux contrats et adhésions souscrits à partir du 1<sup>er</sup> janvier 2006 ; ceux en cours à cette date bénéficient jusqu'à leur terme en 2006 de l'exonération de taxe sur les conventions d'assurance.

Une modification du contrat est prévue : toute addition ou modification apportée à un contrat d'assurance primitif doit être constatée par un avenant signé des parties (article L.112-3 du code des assurances). Par dérogation, la modification proposée par l'assureur d'un contrat complémentaire santé, individuel ou collectif, visant à le mettre en conformité avec les règles relatives aux contrats responsables, est désormais réputée acceptée à défaut d'opposition du souscripteur. L'assureur doit toutefois informer ce dernier par écrit des nouvelles garanties proposées et des conséquences juridiques sociales, fiscales et tarifaires qui résulteront de sa décision. Le souscripteur dispose d'un délai de 30 jours pour refuser par écrit la proposition. Les modifications acceptées entrent en application au plus tôt un mois après l'expiration du délai de 30 jours, et dans un délai compatible avec les obligations légales et conventionnelles d'information des adhérents ou affiliés par le souscripteur. Cette mesure est entrée en vigueur le 21 décembre 2005.

Garanties minimales : la loi précise le champ des garanties minimales que doivent comporter les contrats responsables. Ces dernières ne couvrent pas les spécialités pharmaceutiques dont le service médical rendu est insuffisant au regard des autres médicaments ou thérapies disponibles.

#### ► Financement de la CMU-C

Le taux de participation des organismes complémentaires santé au Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture maladie universelle (CMU-C) est relevé de 1,75 % à 2,5 %. En contrepartie, le forfait attribué aux organismes complémentaires pour la prise en charge d'une personne en CMU complémentaire est relevé à 340 € par an (contre 304,52 € en 2005).

#### ► Revalorisation de l'aide à l'acquisition d'une complémentaire

L'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé permet aux personnes dont les ressources sont légèrement supérieures au plafond de la CMU-C (de 15 % au maximum) de bénéficier d'une aide pour souscrire une assurance complémentaire santé. Afin d'améliorer l'attractivité de ce dispositif qui n'a pas encore rencontré le succès espéré lors de sa mise en place, les montants annuels de l'aide sont relevés : de 75 € à 100 € pour les personnes de moins de 25 ans, de 150 € à 200 € pour celles âgées de 26 ans à 59 ans, de 250 à 400 € pour celles de plus de 60 ans. Ces nouveaux montants s'appliquent aux nouveaux droits effectifs à compter du 1<sup>er</sup> janvier 2006. A l'inverse, pour

les droits qui ont débuté en 2005, ce sont les anciens montants qui s'appliqueront jusqu'à l'extinction du droit.

### [Loi de financement de la Sécurité sociale 2007](#)

Loi n° 2006-1640 du 14 décembre 2006 de financement de la Sécurité sociale pour 2007, JO du 22/12/06 et rectificatif.

#### ► Adaptation des règles d'accès à une complémentaire santé

- Relèvement du plafond des ressources : afin d'étendre le champ des personnes couvertes par une complémentaire santé, le plafond de ressources ouvrant droit à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé est relevé au 1<sup>er</sup> janvier 2007 de 15 % à 20 % au-dessus de la base ressources de la CMUC. Ainsi, une personne seule, en métropole, pourra prétendre à une aide si ces revenus ne dépassent pas 8 614,54 € annuels au 1<sup>er</sup> janvier 2007. L'aide complémentaire santé est annuelle. Son montant est variable en fonction de l'âge des bénéficiaires au 1<sup>er</sup> janvier de l'année (et plafonné au montant de la cotisation ou de la prime due). Il demeure fixé à 100 € pour les personnes âgées de moins de 25 ans, 200 € pour celles âgées de 25 à 59 ans et 400 € pour celles âgées de 60 ans et plus. Nombre de personnes susceptibles d'avoir accès à ce dispositif : 2,9 millions, alors que fin décembre 2005, seulement 400 000 attestations avaient été délivrées par les Cnam.
- Règle d'arrondi : au 1<sup>er</sup> juillet 2007, le montant des plafonds de ressources pour ouvrir droit à la CMUC et à l'aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (crédit d'impôt) sera arrondi à l'euro le plus proche. La fraction d'euro égale à 0,50 sera comptée pour 1. La règle de l'arrondi entrera en vigueur le 1<sup>er</sup> juillet 2007, date à laquelle les plafonds de ressources ouvrant droit à la CMUC et au crédit d'impôt seront revalorisés.

**Accord interprofessionnel du 11 janvier 2008**, applicable au 1<sup>er</sup> juillet 2009 : l'article 14 concerne la portabilité des droits santé prévoyance (couverture complémentaire) aux chômeurs ([Avenant n° 3 du 18 mai 2009 sur la modernisation du marché du travail](#)):

Les personnes se retrouvant au chômage peuvent continuer à bénéficier de la complémentaire santé et du contrat de prévoyance de leur ancienne entreprise pour une période maximum de 9 mois. Quant au financement de ce droit, il peut se faire soit par un système de "mutualisation" (où salariés actifs d'une entreprise ou d'une branche professionnelle prennent en charge le maintien des garanties des anciens salariés), soit par un "cofinancement" entre employeur et ancien salariés.

## [Loi de financement de la Sécurité sociale 2009](#)

Loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la Sécurité sociale pour 2009, JO du 19/12/08.

### ► Participation de l'Unocam aux négociations conventionnelles

L'article 36 vise à mieux associer les organismes complémentaires aux négociations conventionnelles avec les professionnels de santé afin de réguler l'ensemble des dépenses de santé. Les conditions d'application de ces nouvelles dispositions seront précisées par décret. Elles n'entreront donc en vigueur qu'après parution de celui-ci.

- Entrée en négociation de l'Unocam : L'Union nationale des organismes d'assurance-maladie complémentaire est dorénavant autorisée à participer aux négociations avec les professionnels de santé. Pour cela, l'Unocam (Union nationale des caisses d'assurance-maladie) devra systématiquement informer l'Unocam de son intention d'ouvrir une négociation. L'Unocam lui fera ensuite part, dans un délai fixé par décret, de sa décision d'y participer. Dans ce cas, elle pourra demander à être auditionnée par le Conseil de l'Unocam. Lorsque l'Unocam participera aux négociations conventionnelles, l'Unocam n'aura pas à lui transmettre pour avis les mesures conventionnelles de revalorisation selon la procédure prévue à l'article L.162-15 dernier alinéa du Code de la Sécurité sociale.

- Signature de l'Unocam et validité de l'accord dans certains secteurs : dans les secteurs où la part des dépenses prises en charge par l'assurance-maladie est inférieure à 50 % du total des dépenses pour le patient (optique, dentaire, etc), la signature de l'Unocam devient obligatoire. L'accord, convention ou avenant ne sera valide qu'à cette condition (CSS, art. L.162-14-3 nouveau).

- Condition de signature de l'Unocam : la décision de signer un texte conventionnel sera prise par le Conseil de l'Unocam. Lorsqu'il s'agit d'un texte conventionnel négocié dans un secteur où la prise en charge par l'assurance-maladie est minoritaire, la décision sera prise à la majorité de 60 % des voix exprimées (CSS, art. L.182-3 modifié). L'Unocam est chargée de transmettre, chaque année avant le 15 juin, au Parlement et au ministre chargé de la Sécurité sociale, un bilan détaillé des négociations auxquelles elle a décidé de participer, ainsi que de la mise en œuvre des accords qu'elle a signés à l'issue de ces négociations (CSS art. L.182-3 nouveau).

- Conséquence du refus de l'Unocam : en cas de refus de l'Unocam de conclure un texte conventionnel, constaté dans des conditions fixées par décret, l'Unocam fera part aux ministres chargés de la Santé et de la Sécurité sociale du constat de désaccord. S'il s'agit d'un texte conventionnel négocié dans un secteur où la prise en charge par l'assurance-maladie est minoritaire, elle ne pourra alors leur transmettre ledit texte en vue de son approbation qu'après un délai minimal fixé par décret (CSS, art. L.162-14-3 nouveau).

### ► Forfait pour la prise en charge des bénéficiaires de la CMUC

Le forfait sur la base duquel les dépenses de Cmuc sont compensées par le Fonds Cmuc aux gestionnaires de la prestation est revalorisé de 7,5 € par bénéficiaire et par trimestre, pour passer de 85 € à 92,5 € à compter de 2009 (CSS, art. 862-4 modifié). Selon l'exposé des motifs du projet de loi, cette mesure permettra de mieux prendre en charge la dépense effective supportée par les gestionnaires. Le gouvernement en attend un gain de 100 millions par an pour l'assurance-maladie.

- Décret n° 2009-514 et arrêté du 5 mai 2009, JO du 7/05/09, portant application de l'article 36 de la loi n° 2008-1330 du 17 décembre 2008 de financement de la Sécurité sociale pour 2009 (participation de l'Unocam aux négociations conventionnelles)

### Loi de Financement de la Sécurité sociale 2010

Loi n° 2009-1646 du 24 décembre 2009, JO du 27/12/2009 et décision du Conseil constitutionnel n° 2009-596 du 22 décembre 2009.

► Contribution des complémentaires à la vaccination contre la grippe A  
Les organismes complémentaires de santé sont soumis, au titre de la seule année 2010, à une contribution exceptionnelle au financement de la vaccination collective contre la grippe A H1N1, contribution affectée aux régimes obligatoires d'assurance maladie, pour un montant d'environ 300 millions d'€. Cette contribution obéit aux mêmes règles que la contribution au financement de la CMUC en matière de détermination des redevables, d'assiette et de modalités de recouvrement. Son taux est fixé à 0,77 %.

► Décret n° 2010-1105 du 20 septembre 2010 relevant le plafond des ressources prises en compte pour l'attribution de la protection complémentaire en matière de santé, JO du 22/09/10

► Arrêté du 30 juillet 2010 fixant pour 2010 le montant du report à nouveau du fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie affecté à la Cnamts, JO du 18/09/10.

► Loi de finances rectificative n° 2011-1117 du 19 septembre 2011, JO du 20/09/11.  
La loi prévoit la suppression de l'exonération partielle de taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA) à 3,5 % pour les contrats santé « solidaires et responsables », à effet du 1er octobre 2011. Le taux de la taxe sur ces contrats passe à 7 % ; la hausse, à cette même date, de la TSCA appliquée sur les autres contrats d'assurance maladie (non responsables) de 7 % à 9 %.

L'instruction de la direction générale des finances publiques, concernant les modalités d'application aux contrats d'assurance complémentaire santé de la taxe spéciale sur les conventions d'assurance, est parue au bulletin officiel des impôts du 16 novembre. L'instruction fiscale sur la TSCA précise les conditions d'entrée en vigueur du taux de 3,5% à compter du 1er janvier 2011 pour les contrats dits responsables et solidaires ainsi que les nouveaux taux de 7% et 9% à compter du 1er octobre 2011.

La loi de financement pour la Sécurité sociale 2012 n'a pas supprimé cette disposition.

7 décembre 2011 : La commission des Finances du Sénat a adopté un amendement, dans le cadre de l'examen du dernier projet de loi de finances rectificative (PLFR) de l'année, visant à élargir le champ du futur rapport sur l'impact des modifications du régime fiscal des mutuelles et des institutions de prévoyance (IP). Ce rapport, qui sera rédigé par le gouvernement et qui devra être remis avant le 1er septembre 2012 au Parlement, vise à évaluer les conséquences de l'entrée des mutuelles et des IP dans le droit commun de l'impôt sur les sociétés (IS) et de la contribution économique territoriale (la CET qui a remplacé la taxe professionnelle), votée par les députés en première lecture du PLFR. Concrètement, ce document est destiné à mesurer l'incidence de cette fiscalisation sur les fonds propres des mutuelles et des IP, et donc sur leur capacité à respecter les normes de la directive Solvabilité 2. Parmi les informations complémentaires demandées, l'amendement

déposé par Nicole Bricq, la rapporteuse (PS) du Budget au Sénat, demande à ce que soient également évalués « *les effets concomitants de cette nouvelle taxation et du doublement de la taxe sur les conventions d'assurance (TSCA) sur le coût de l'accès aux soins.*

► [Décret n° 2011-1386 du 27 octobre 2011](#) relatif à la participation des mutuelles, institutions de prévoyance et entreprises régies par le code des assurances à la protection complémentaire en matière de santé, JO du 29/10/11.

Afin de renforcer les moyens d'action du fonds CMU pour assurer sa mission de financement et de contrôle de la protection complémentaire en matière de santé, le présent décret lui confie la compétence d'établir et de diffuser la liste des organismes de protection complémentaire de santé volontaires pour participer au financement de la CMU C jusqu'à présent établie par la Mission nationale de contrôle et d'audit des organismes de sécurité sociale.

► [Arrêté du 27 octobre 2011](#) modifiant la déclaration figurant à l'annexe de l'arrêté du 20 octobre 2010 fixant le modèle de la déclaration de participation à la protection complémentaire en matière de santé.

► [Décret n° 2012-25 du 9 janvier 2012](#) relatif au caractère collectif et obligatoire des garanties de protection sociale complémentaire : ce texte, attendu depuis près d'un an, précise dans quelles conditions les contrats collectifs de prévoyance, de santé et de retraite peuvent couvrir qu'une ou plusieurs catégories de salariés sans remettre en cause le bénéfice des exonérations sociales dont bénéficient les employeurs et salariés. Le décret, qui définit ces catégories objectives, entre en vigueur le « *lendemain du jour de sa publication* », à savoir le 12 janvier. Mais les régimes de protection sociale complémentaire ont jusqu'au 31 décembre 2013 pour se mettre en conformité avec ces nouvelles dispositions.

## Le contenu de la couverture complémentaire

La protection complémentaire est assurée, soit par des régimes complémentaires (pour la plupart obligatoires), soit par le secteur de la mutualité, de la prévoyance et de l'assurance, soit directement par l'employeur.

Tous les risques sociaux sont concernés :

- décès (versement d'un capital ou d'une rente au conjoint survivant) ;
- invalidité, arrêt de travail pour cause de maladie ou d'accident (maintien temporaire du salaire ou complément des indemnités journalières servies par la Sécurité sociale ;
- charges de famille (supplément familial de traitement versé aux fonctionnaires, allocations de vacances).

Deux risques majeurs, la vieillesse et la maladie, sont plus particulièrement concernés et mobilisent les sommes les plus importantes ainsi que les dispositifs les plus nombreux.

L'ensemble des dépenses prises en charge au titre de la Sécurité sociale, de l'aide sociale et de la protection sociale complémentaire est comptabilisé dans les comptes de la protection sociale. Néanmoins, on n'y retrouve pas les versements assurés par les sociétés d'assurance.

L'existence d'un ticket modérateur, c'est-à-dire d'une part des dépenses de soins non remboursée par les régimes de base de l'assurance maladie, variable selon les types de prestations ou de produits de santé (30 % pour les honoraires en médecine ambulatoire, 20 % pour les frais d'hospitalisation, 15 %, 35 % ou 65 % pour les médicaments par exemple), nécessite de bénéficier d'une protection complémentaire pour faire face aux risques liés à la santé. L'absence d'une telle complémentaire entraîne souvent un renoncement aux soins, notamment pour les appareillages coûteux (optique, dentaire).

Absence de complémentaire et renoncement aux soins sont inversement proportionnels au niveau de revenu : plus le revenu est faible, moins les ménages sont couverts par une complémentaire, plus le renoncement aux soins est important. Le recours aux soins est ainsi fonction du reste à charge des assurés ; soit la charge qu'ils doivent acquitter directement par leur revenu.

Les facteurs de difficultés d'accès aux soins ont toutefois été sensiblement réduits avec la mise en place de la couverture maladie universelle complémentaire (Cmuc) en 2000. Aujourd'hui, 92 % de la population française est couverte par une complémentaire. Le reste à charge reste stable, mais il risque d'augmenter à l'avenir avec la multiplication des dispositifs de franchises non remboursables, y compris par les organismes complémentaires, et la volonté des pouvoirs publics de limiter les prises en charge à 100 % par la Sécurité sociale au titre des affections longue durée (ALD).

## Les régimes de protection sociale d'assurance maladie complémentaire

### Les régimes publics

#### ► La CMU

La loi CMU du 27 juillet 1999 a substitué à l'aide médicale gratuite départementale un régime d'assurance maladie complémentaire, pour toute les personnes dont les revenus ne dépassent pas un certain seuil (voir [site du Fonds CMU](#)).

Ces personnes ont droit gratuitement, avec dispense d'avance de frais (c'est-à-dire avec tiers payant) à la prise en charge d'un panier de soins estimée à une certaine valeur par an, qui comprend la prise en charge du ticket modérateur, du forfait hospitalier et de dépassements limités à des tarifs de base pour les prothèses dentaires et l'optique. Les franchises médicales ne sont pas dues par ces personnes en raison du principe constitutionnel d'accès aux soins des plus démunis.

Pour obtenir les prestations complémentaires prévues par ce régime, les bénéficiaires de la CMUC peuvent s'adresser librement à un organisme d'assurance maladie de base, à une mutuelle, à une institution de prévoyance ou à une société d'assurance.

Un Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie rembourse, de manière forfaitaire, les dépenses engagées à ce titre par les organismes. Il est financé par une contribution assise sur le chiffre d'affaires des organismes de protection sociale complémentaire maladie, une dotation de la Cnamts, une subvention budgétaire de l'Etat et des cotisations sur la consommation d'alcool et de tabac.

La Cmuc provoquant un effet de seuil, différents dispositifs ont été mis en place pour pallier à ces effets : [l'aide au paiement d'une complémentaire santé \(ACS\)](#) en 2005.

► [L'Aide médicale d'Etat \(AME\)](#)

L'Aide Médicale de l'Etat (AME) vise à permettre l'accès aux soins des personnes étrangères résidant en France de manière ininterrompue depuis plus de trois mois, mais qui sont en situation irrégulière (absence de titre de séjour ou de récépissé de demande).

A titre exceptionnel, l'aide médicale peut être accordée à des personnes de passage sur le territoire français dont l'état de santé le justifie (maladie ou accident survenu de manière inopinée), sur décision individuelle du ministre chargé de l'action sociale.

La demande d'aide médicale est instruite par les caisses d'assurance maladie du régime général.

L'aide médicale est accordée pour un an sous les mêmes conditions de ressources que la CMU complémentaire.

Les soins de maladie et de maternité sont pris en charge à 100 % pour les bénéficiaires de l'AME, de même que le forfait hospitalier.

**L'Aide médicale d'Etat a été réformée** dans le cadre de la Loi de finances pour 2011.

Elle instaure des conditions restrictives pour pouvoir bénéficier de l'AME. Les quelque 215 000 étrangers en situation irrégulière et aux ressources inférieure à 634 euros mensuel pourront être pris en charge par l'AME sous réserve de s'acquitter d'un droit d'entrée annuel de 30 euros pour en bénéficier, sous forme d'un timbre fiscal.

Seuls leurs conjoints et enfants garderont la qualité d'ayant-droits, jusqu'alors également reconnus aux ascendants et aux collatéraux.

Autre restriction adoptée : les soins "pour lesquels le service médical est faible" ou qui ne traitent pas une maladie seront exclus du panier de soins pris en charge à 100 %. Un "agrément préalable" de l'assurance maladie sera nécessaire pour les hospitalisations coûteuses programmées. Cet agrément sera "accordé dès lors que la condition de stabilité de la résidence est respectée, que la condition de ressources est remplie et que les soins revêtent un caractère fondé et indispensable". Les directeurs de caisses pourront récupérer les sommes indûment versées, prérogative actuellement réservée aux préfets.

Les restrictions à l'AME ont donné lieu à des discussions au Sénat le 4 décembre 2010. Les sénateurs ont annulé deux dispositions prises par les députés : exclusion du panier de soins pris en charge à 100 % des bénéficiaires de l'AME de certains actes, produits ou prestations dont le service médical rendu est "faible" ou qui ne sont pas destinés directement au traitement d'une maladie et institution d'une contribution forfaitaire des bénéficiaires - adultes - de l'AME de 30 euros par an sous la forme d'un timbre fiscal. *Ces derniers* ont également adopté un amendement modifiant une autre disposition votée par l'Assemblée nationale : celle qui soumettait à un agrément préalable la prise en charge pour les soins hospitaliers.

Voir à ce sujet :

> [L'évaluation de l'aide médicale d'Etat](#) : rapport d'information de l'Assemblée nationale

> [L'avis d'Alain Milon](#) fait au nom de la commission des affaires sociales:

> [L'avis de Jean-Jacques Jegou](#) fait au nom de la commission des finances

> Le rapport Igas : [Analyse des dépenses au titre de l'aide médicale d'état](#)

Finalement, le Conseil constitutionnel valide le budget 2011 avec les restrictions de l'AME, le 29 décembre 2010 : Les griefs exposés à l'encontre des articles relatifs aux conditions d'octroi de l'AME (droit annuel de 30 euros à la charge des sans-papiers aux faibles ressources et agrément préalable avant la prise en charge de certains soins onéreux programmés) ont été rejetés. D'une part, "le paiement du droit de timbre (...) ne conditionne pas l'accès gratuit aux soins urgents" et du fait de son "faible montant", ce forfait "ne remet pas en cause les exigences constitutionnelles" de protection de la santé. D'autre part, imposer une demande de prise en charge n'aurait pas nécessairement pour effet de retarder les soins, et ce d'autant plus que cette disposition ne vise que les soins programmés.

> Séance du Conseil constitutionnel du 28 décembre - les deux décisions :

<http://www.conseil-constitutionnel.fr/conseil-constitutionnel/francais/actualites/seance-du-28-decembre-2010.51786.html>

> Décision du Conseil constitutionnel [n° 2010-622 DC du 28 décembre 2010 \(partiellement conforme\)](#)

> Loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 parue au [JO n° 0302 du 30 décembre 2010](#)

- [Décret n° 2011-273 du 15 mars 2011](#) pris pour l'application de l'article 968 E du code général des impôts relatif à l'aide médicale de l'Etat.  
Ce décret précise les modalités d'acquittement du droit annuel de 30 euros dû pour l'admission à l'aide médicale de l'État (AME), destinée aux étrangers en situation irrégulière dont les revenus ne dépassent pas 634 euros par mois. Ce droit d'entrée annuel prend la forme d'un timbre fiscal remis au directeur de la caisse d'assurance maladie qui prend la décision. Voté dans la loi de finances pour 2011, le droit d'entrée est entré en vigueur le 1<sup>er</sup> mars. Il a été critiqué par de nombreuses associations et par la Conférence nationale de santé mais aussi dans un rapport des inspections IGF et IGAS, qui jugeait notamment la mesure dérisoire par rapport à l'accroissement des dépenses générées par les retards de prise en charge médicale. Médecins du Monde a lancé une enquête sur l'impact de cette réforme de l'AME à travers l'activité de ses centres de soins.
- [Décret n° 2011-1314 du 17 octobre 2011](#) relatif à la prise en charge des frais de santé de l'AME.  
Ce décret définit les catégories de prestations exclus de l'AME comme les frais liés à des cures thermales ou à une assistance médicale à la procréation. Le décret fixe aussi les cas dans lesquels la prise en charge de certains soins hospitaliers est soumise à un agrément préalable de la part des caisses d'assurance maladie. Il s'agit de soins dont le coût dépasse 15 000 euros et dont la réalisation peut attendre un délai de 15 jours suivant la date de leur prescription. Lorsqu'un agrément est requis, l'absence de réponse dans les 15 jours suivant la réception de la demande d'agrément vaut accord.
- [Arrêté du 14 décembre 2011](#) fixant le mode de calcul des ressources des établissements de santé pour la prise en charge des patients bénéficiant de l'aide médicale de l'Etat.

## Les organismes privés

En principe, les organismes privés prennent en charge intégralement le ticket modérateur et le forfait hospitalier. En revanche, ils ne couvrent pas toujours les dépassements d'honoraires pratiqués par les médecins. Et ils sont incités par l'Etat à ne pas prendre en charge le montant des franchises non remboursables instituées par la loi du 13 août 2004 (1 € pour chaque consultation) et par la Loi de financement de la Sécurité sociale 2008 (0,50 € par boîte de médicament...)

En s'engageant au travers de contrats solidaires et responsables à ne pas prendre en charge ces franchises, ni les dépenses des patients qui consultent hors du parcours de soins coordonné, ils bénéficient d'exonérations fiscales et sociales.

L'adhésion aux régimes complémentaires d'assurance maladie peut être, soit facultative sur une base individuelle, soit obligatoire ou facultative sur une base collective.

72 % des salariés travaillent en effet dans des entreprises qui souscrivent des contrats pour leur compte. Pour 44 % d'entre eux, travaillant plutôt dans les grandes entreprises, le contrat collectif est obligatoire. Les contrats collectifs obligatoires fournissent généralement de plus hauts niveaux de garanties, en raison de la participation de l'employeur et de coûts de gestion plus faibles. Ils sont souvent proposés par des institutions de prévoyance ou des sociétés d'assurance, alors que les contrats facultatifs sont plutôt souscrits auprès des mutuelles.

#### ► Les mutuelles et groupements mutualistes

Elles relèvent du code de la Mutualité.

Représentant 86 % des organismes complémentaires santé mais seulement 59 % du marché correspondant, en raison du morcellement du secteur, les mutuelles et groupements mutualistes qui relevaient à l'origine de la charte de la mutualité de 1898 et continuent de fonctionner en vertu de l'autogestion, sont des organismes privés à but non lucratif qui ne peuvent pas pratiquer de discrimination en fonction de l'état de santé de la personne.

Ces organismes financent une couverture sociale complémentaire de la Sécurité sociale ainsi que des actions de prévoyance, de solidarité et d'entraide, au moyen de cotisations dont le montant est indépendant des caractéristiques individuelles des adhérents.

Les remboursements maladie représentent les deux tiers de l'activité des mutuelles, mais celles-ci peuvent aussi gérer des risques longs (vieillesse, invalidité, décès) et effectuer des opérations de prévoyance d'entreprise.

*Voir : Le classement des trente premières mutuelles est en date de 2007 - Top 30 de la santé : tous sur le pied de guerre. Argus de l'assurance, 6 juin 2008.*

#### ► Les institutions de prévoyance

Elles relèvent du code de la Sécurité sociale.

Ce sont généralement de grandes institutions : elles représentent 17 % du marché de la complémentaire santé, alors qu'elles ne constituent qu'un peu plus de 4 % du nombre des organismes complémentaires. Parmi ces institutions, 12 ont un chiffre d'affaires santé supérieur à 100 M €.

Organismes de droit privé à but non lucratif, elles assurent une couverture complémentaire, et sont gérées de manière paritaire par les représentants des salariés adhérents, d'une part, et des entreprises employeurs, d'autre part.

Elles sont nécessairement constituées sur la base d'un accord collectif d'entreprise, mais l'adhésion des salariés n'est pas toujours obligatoire.

Elles interviennent aussi sur les autres champs de l'assurance : retraite, décès, incapacité, invalidité.

#### ► Les sociétés d'assurance

Elles relèvent du code des Assurances.

Ce sont des organismes complémentaires à but lucratif, qui n'ont pas de mission sociale comme les précédents. Elles sont donc exclues des comptes de la protection sociale. Pourtant, les mêmes règles prudentielles sont applicables à l'ensemble des régimes complémentaires.

Représentant près de 10 % des organismes complémentaires santé et 25 % du marché, les sociétés d'assurance sont très diverses : si 20 d'entre elles ont un chiffre d'affaire santé supérieur à 100 M €, il existe un grand nombre de structures dont l'activité santé est marginale.

## Conclusion

*Extrait de : Matt J.L. (2008). La protection sociale complémentaire. In M. Montalembert (Ed.), La protection sociale en France : les notices : mise à jour 2008 (pp. 48-55). Paris : La Documentation Française*

La protection sociale complémentaire s'est développée dans une double perspective : d'une part, améliorer la couverture offerte (en termes de qualité des soins ou du niveau de prestations) et, d'autre part, diminuer le reste à charge des assurés eu égard aux faibles montants remboursés par la Sécurité sociale obligatoire (exemple, en maladie, frais dentaires et optique).

Elle occupe désormais une place importante dans le fonctionnement du système de santé français au plan institutionnel comme au plan des prestations offertes.

La protection sociale complémentaire facultative est mise en œuvre par des acteurs privés dans un cadre concurrentiel. Ceux-ci tendent à développer leurs actions, notamment en proposant des couvertures contre des risques qui ne sont pas encore pleinement pris en charge par la Sécurité sociale (par exemple : la prise en charge de la dépendance...)

Ce qui peut aller à l'encontre de la logique de la solidarité, qui avait présidé à la création du système français de protection sociale...

## Bibliographie

### Protection complémentaire : Panorama d'ensemble

#### Publications Irdes

Despres C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F. (2011). Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (170) : -6p. <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>

Despres C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F. (2011). Le renoncement aux soins : une approche socio-anthropologique. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (169) : -7p. <http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes169.pdf>

Afrite A., Bourgueil Y., Dufournet M., Mousques J. (2011). Les personnes recourant aux 21 centres de santé de l'étude Epidaure-CDS sont-elles plus précaires ? *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (165) : -8p.

<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes165.pdf>

Dourgnon P., Despres C., Fantin R., Jusot F. (2011). Dépense de santé et accès financier aux services de santé : une étude du renoncement aux soins. In : Comptes nationaux de la santé 2010. *Serie Statistiques - Document de Travail - Drees*, (161) : 85-96.

<http://www.sante.gouv.fr/comptes-nationaux-de-la-sante-2010,9442.html>

Despres C., Dourgnon P., Fantin R., Jusot F. (2011). Le renoncement aux soins pour raisons financières : une approche économétrique. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (170) : -6p.

<http://www.irdes.fr/Publications/2011/Qes170.pdf>

Guthmuller S., Jusot F., Wittwer J., Despres C. (2011). [Le recours à l'Aide complémentaire santé : les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille](#). *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (162) : -8p.

Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2011). [La complémentaire santé en France en 2008 : une large diffusion mais des inégalités d'accès](#). *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (161) : -4p.

Debrand T., Dourgnon P. (2010). [Building bridges between health economics research and public policy evaluation](#). *Expert Review of Pharmacoeconomics & Outcomes Research*, 10 (6) : 627-640.

Debrand T., Sorasith C. (2010). [Apports du modèle de microsimulation Arammis : une analyse des effets redistributifs du plafonnement des restes à charge en ambulatoire](#).

*Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (159) : 1-8.

Debrand T., Sorasith C. (2010). [Out-of-pocket maximum rules under a compulsory health care insurance scheme : a choice between equality and equity](#) : Paris : Irdes. Document de travail (Irdes) ; 34

Franc C., Perronnin M., PIERRE A. (2010). [Subscribing to supplemental health insurance in France : a dynamic analysis of adverse selection](#) : Paris : Irdes. Document de travail (Irdes) ; 35

Guillaume S., Rochereau T. (2010). La [protection](#) sociale complémentaire collective : des situations diverses selon les entreprises. *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (155) : -4p.

Guthmuller S., Jusot F., Wittwer J., Despres C. (2010). [Le recours à l'Aide complémentaire santé : les enseignements d'une expérimentation sociale à Lille](#) : Paris : Irdes. Document de travail (Irdes) ; 36

Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. (2010), [Rapport Irdes n° 1800 « Enquête sur la santé et la protection sociale 2008 »](#). Paris : Irdes

Debrand T., Sorasith C. (2010). [Bouclier sanitaire : choisir entre égalité et équité ? Une analyse à partir du modèle Arammis](#) : Paris : Irdes. Document de travail ; 32

Franc C., Perronnin M., Pierre A. (2010). [Qui a souscrit une surcomplémentaire ? Une analyse dynamique de l'auto-sélection](#). *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (150) : 1-6.

- Grignon M., Kambia-Chopin B. (2010). [Quelle subvention optimale pour l'achat d'une complémentaire santé](#). *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (153) : 6p.
- Cases C., Franc K., Perronnin M., Pierre A. (2009). Analyse des consommations de soins des bénéficiaires de la MGET+ ; rapport final : Paris : MGET ; Paris : Irdes.
- Grignon M., Kambia Chopin.B. (2009). [Income and the demand for complementary health insurance in France](#) : Paris : Irdes
- Or Z., Cases C. (2009). [France : rising taxes on private health insurers](#). *Health Policy Developments*, (12) : 38-40.
- Perronnin M. (2009). La couverture complémentaire santé en France. In G.de.Pouvourville (Ed.), *Traité d'économie et de gestion de la santé* (pp. 387-392). Paris : Editions de Santé ; Paris : SciencesPo Les Presses
- Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. (2008). [Enquête sur la Santé et la Protection Sociale 2006](#). Rapport Irdes ; 1701. Paris : IRDES.
- Cases C. (2008). L'accès à la complémentaire santé pour les plus défavorisés : quel bilan ? In : Les assurances complémentaires. *Lettre du Collège (La)*, (2) : 5-6.  
[http://www.ces-asso.org/docs/Let\\_CES\\_2-2008.pdf](http://www.ces-asso.org/docs/Let_CES_2-2008.pdf)
- Franc C., Couffinhal A. (2008). Analyse économique du secteur de l'assurance maladie complémentaire pour la France. *Lettre du Collège (La)*, 19 (2) : 2-4.  
[http://www.ces-asso.org/docs/Let\\_CES\\_2-2008.pdf](http://www.ces-asso.org/docs/Let_CES_2-2008.pdf)
- Franc C., Perronnin M., Pierre A. (2008). [Private supplementary health insurance : retirees' demand](#) : Paris : Irdes
- Kambia- Chopin.B., Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2008). Les contrats individuels de complémentaire santé : quel poids dans le budget des ménages ?, *Enquête Santé et Protection Sociale 2006* (pp. 45-55). Paris : Irdes
- Franc C., Perronnin M. (2007). [Aide à l'acquisition d'une assurance maladie complémentaire : une première évaluation du dispositif ACS](#). *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (121) : 1-6.
- Grignon M., Perronnin M., Lavis J.N. (2007). Does free complementary health insurance help the poor to access health care ? Evidence from France. *Health Economics*, 17.
- Perronnin M. (2007). [Analyse de la variabilité de la dépense en part complémentaire des bénéficiaires de la CMU-C](#) : rapport final : Paris : Fonds CMU.
- Allonier C., Dourgnon P., Rochereau T. (2006). [L'Enquête Santé Protection Sociale 2004, un outil d'analyse pluridisciplinaire de l'accès aux soins, de la couverture maladie et de l'état de santé des Français](#). *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (105) : 4p.
- Cases C. (2006). Impact des complémentaires santé dans l'économie de la santé, Une identité mutualiste forte pour de nouveaux défis. Marseille, 28-3-2006. Montreuil : Viva
- Franc C., Perronnin M. (2006). [Note de l'Irdes sur la classification des contrats de couverture complémentaire](#) : Annexe 3, *Evolution du prix et du contenu des contrats ouvrant droit au crédit d'impôt (en application de l'article L863-5 du Code de la Sécurité Sociale)* (pp. 39-53). Paris : Fonds CMU

Grignon M., Perronnin M., Lavis J.N. (2006). [Does free supplementary health insurance help the poor to access health care ? Evidence from France](#) : Hamilton : McMaster University

Franc C. (2005). Quelles perspectives pour l'assurance maladie complémentaire ? In : Les nouvelles frontières de la santé. Sève : *les Tribunes de la Santé*, (6) : 43-48.

Lengagne P., Perronnin M. (2005). [Impact des niveaux de garantie des complémentaires santé sur les consommations de soins peu remboursées par l'Assurance maladie : le cas des lunettes et des prothèses dentaires](#). *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (100) : 6p.

Couffinal A., Perronnin M. (2004). Accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursement. Enquête ESPS 2000 et 2002. Rapport Credes. Paris : Credes.

Couffinal A., Perronnin M. (2004). [Accès à la couverture complémentaire maladie en France : une comparaison des niveaux de remboursement](#). Enquête ESPS 2000 et 2002. *Questions d'Economie de la Santé (Credes)*, (80) : 6p.

Grignon M., Perronnin M. (2004). [Mesure empirique de la valeur économique de la couverture complémentaire maladie universelle pour ses bénéficiaires, à partir des données de l'assurance maladie et d'une enquête auprès des ménages](#). Rapport Irdes. Paris : Fonds CMU.

Perronnin M. (2004). [Les primes de contrats individuels des couvertures complémentaires en 1998](#). *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (90) : 8p.

Grignon M. (2003). [Impact de la couverture maladie universelle complémentaire sur les consommations de soins](#). *Questions d'Economie de la Santé (Credes)*, (74) : 6p.

Grignon M. (2003). [Qui change de couverture complémentaire maladie et pourquoi ? Une étude longitudinale réalisée à partir de l'enquête ESPS 1988-1998](#). *Questions d'Economie de la Santé (64)* : 6p.

Buchmueller T.C., Couffinal A., Grignon M., Perronnin M., Szwarcenstein K. (2002). [Consulter un généraliste ou un spécialiste : influence des couvertures complémentaires sur le recours aux soins](#). *Questions d'Economie de la Santé (Credes)*, (47) : 8p.

Dourgnon P., Sermet C. (2002). [La consommation de médicaments varie-t-elle selon l'assurance complémentaire ?](#) *Questions d'Economie de la Santé (Credes)*, (52) : 4p.

Dourgnon P., Sermet C. (2002). [La consommation de médicaments varie-t-elle selon l'assurance complémentaire ?](#) Rapport Credes. Paris : Credes.

Perronnin M. (2001). Généralistes versus spécialistes : une étude de l'influence des couvertures complémentaires santé sur les comportements de consommation à partir de l'enquête Santé et Protection Sociale 1998. Mémoire fin 3ème année Ensae : 2000-2001. Paris : Ensae.

Couffinal A. (1994). L'assurance complémentaire en France : une approche économique. DEA d'Economie Appliquée ; Economie et Finances Internationales. Paris : leps.

Bocognano A. (1993). Qui bénéficie d'un bon niveau de protection sociale face au risque maladie en France ?, De l'analyse économique aux politiques de santé : actes de l'atelier 3 Paris, 16-12-1993. Paris : Credes

Bocognano A. (1992). Evolution de la protection sociale entre 1980 et 1990. Rapport Credes. Paris : Credes.

## Autres publications

(2011). L'activité des institutions de prévoyance en 2010 : Paris : CTIP.  
[http://www.ctip.asso.fr/bib/img/pages/Chiffres\\_activite\\_IP\\_2010\\_Vdef.pdf](http://www.ctip.asso.fr/bib/img/pages/Chiffres_activite_IP_2010_Vdef.pdf) -  
<http://www.ctip.asso.fr/presse/communiqués-de-presse/2656.html>

(2011). Rapport d'activité 2010 du Fonds de financement de la protection complément- aire de la couverture universelle du risque maladie : Paris : Fonds CMU ; Paris : La documentation française.  
<http://lesrapports.ladocumentationfrancaise.fr/BRP/114000350/0000.pdf>

(2011). Rapport du Fonds CMU au Gouvernement sur l'évolution du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide pour une complémentaire santé (ACS) en 2010 : Paris : Fonds CMU.  
[http://www.cmu.fr/userdocs/Rapport%20prix\\_contenu\\_2010.pdf](http://www.cmu.fr/userdocs/Rapport%20prix_contenu_2010.pdf)

(2011). La hausse de la taxe sur les conventions d'assurances. *Références Cmu : Lettre du Fonds de Financement de la Couverture Maladie*, (45) : 1.

(2011). Coût de la santé pour les ménages : Vers la démutualisation des populations fragiles ? Paris : UFC-Que Choisir ?  
<http://www.quechoisir.org/sante-bien-etre/systeme-de-sante/assurance-maladie/etude-cout-de-la-sante-pour-les-menages-vers-la-demutualisation-des-populations-fragiles>

Ewald F., Lorenzi J.H., Lequoy J.F. (2011). Assurance et santé. *Sève : les Tribunes de la Santé*, (31) : 23-83.

Fromenteau M., Ruol V., Esloüs L. (2011). Sélection des risques : où en est-on ? In : Assurance et santé. *Sève : les Tribunes de la Santé*, (31) : 63-71.

Crie D. (2011). Le marketing des complémentaires santé. In : Assurance et santé. *Sève : les Tribunes de la Santé*, (31) : 73-83.

Duval J., Lardellier R., Legal R. (2011). La redistribution opérée par l'assurance maladie obligatoire et par les assurances complémentaires selon l'âge. In : Comptes nationaux de la santé 2010. *Série Statistiques - Document de Travail - Drees*, (161) : 31-50.  
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat161\\_dossier-redistribution-2.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriestat161_dossier-redistribution-2.pdf)

Garnero M., Zaidman C. (2011). La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé : Paris : Ministère chargé de la santé.  
[http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport\\_oc\\_2011.pdf](http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/rapport_oc_2011.pdf)

Mizrahi A., Mizrahi A. (2011). Le financement individuel des dépenses médicales : un indicateur de participation individuelle aux dépenses médicales. *Bibliographie Argès*, (50) : 1-6.  
[http://argès.free.fr/textes/50\\_financement\\_individuel\\_depenses\\_medicales.pdf](http://argès.free.fr/textes/50_financement_individuel_depenses_medicales.pdf)

Tuppin P., Drouin J., Mazza M., Ricordeau P., Weill A., al A.e. (2011). Hospitalization admission rates for low-income subjects with full health insurance coverage in France. *European Journal of Health Economics (The)*, 21 (5) : 560-566.

Arnoult M.L. (2008). Les cotisations des contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2006. *Série Sources et Méthodes - Document de Travail - Drees*, (3) : -44p.  
<http://www.sante.gouv.fr/IMG/pdf/seriesource-method03.pdf>

(2011). [Un net ralentissement dans la progression du chiffre d'affaires santé des organismes complémentaires](#). *Références Cmu : Lettre du Fonds de Financement de la Couverture Maladie Universelle (La)*, (42) : -4p.

(2011). [L'accessibilité financière des soins : comment la mesurer ?](#) Avis : Paris : HCAAM.

Arnero M., Rattier M. (2011). [Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2007](#). *Série Statistiques - Document de Travail - Drees*, (151) : -62p.

Caicedo E., Koubi M., Yanat-Irfane A. (2011). [Les comptes de la protection sociale en 2009](#). *Série Statistiques - Document de Travail - Drees*, (153) : -119p.

Domin J.P. (2011). L'accès à une bonne couverture complémentaire santé : un nouveau privilège ? *Cahiers de Santé Publique et de Protection Sociale (Les)*, 48-53.

Garnero M., Rattier M. (2011). [Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2008](#). *Etudes et Résultats (Drees)*, (752) : -8p.

Prieur C. (2011). Financer nos dépenses de santé : Que faire ? Paris : L'Harmattan

(2010). [Le coût de la couverture santé pour les ménages : enquête et propositions de l'UFC-Que Choisir](#) : Paris : UFC-Que Choisir ?

Ctip (2010). [Bien comprendre et bien choisir votre complémentaire santé](#)

Unocam (2010). [Glossaire de l'assurance complémentaire santé](#)

Fonds Cmu (2010). [La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire en 2008 et 2009](#) : Paris : Fonds Cmu

Cnamts (2010). Les chiffres de la Couverture Maladie Universelle dans le régime général au 30 juin 2010. -4p.

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Tableaux\\_departements\\_3-0062010.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Tableaux_departements_3-0062010.pdf)

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Tableaux\\_France\\_entiere-30062010.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Tableaux_France_entiere-30062010.pdf)

[http://www.ameli.fr/fileadmin/user\\_upload/documents/Tableaux\\_France\\_metropolitaine\\_30062010.pdf](http://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/Tableaux_France_metropolitaine_30062010.pdf)

Batifoulier P., Domin J.P., Abecassis P. (2010). [Marchandisation et politique incitative : l'exemple de l'assurance maladie complémentaire](#) : Paris : AFS

Domin J.P. (2010). [L'assurance maladie complémentaire. Vecteur de la reproduction des inégalités dans l'emploi](#). (14) : -4p.

Dormont B. (2010). Liberté ou solidarité : le dilemme des complémentaires. In : La privatisation de la santé. *Sève : les Tribunes de la Santé*, (28) : 65-74.

Elbaum M. (2010). L'évolution des dépenses de santé depuis vingt ans : quelques éléments d'analyse. In : Les vingt ans des économistes de la santé. *Sève : les Tribunes de la Santé*, 15-29.

Garnero M., Zaidman C. (2010). [La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé](#) : Paris : Ministère chargé de la santé.

Garros B. (2010). *Actualité et Dossier en Santé Publique*, 50-52.

Grignon M. (2010). Le financement du système de santé et le partage obligatoire-volontaire : un point des connaissances. *Revue Française des Affaires Sociales*, (4) : 53-73.

Le Pen.C. (2010). [Assurance-maladie : le modèle de 45 est-il mort ?](#) *Débat (Le)*, (161) : 116-128

Legal R., Raynaud D., Vidal G. (2010). [La prise en charge des dépenses maladie des assurés sociaux en fonction du risque constaté : quelle contribution de l'assurance maladie et des organismes complémentaires ?](#) *Série Statistiques - Document de Travail - Drees*, (149) : 57-72.

Legal R., Raynaud D., Vidal G. (2010). [Financement des dépenses de santé et reste à charge des ménages : une approche par micro-simulation.](#) *Série Statistiques - Document de Travail - Drees*, (149) : 73-93.

Tabuteau D. (2010). Du plan Seguin à la loi HPST : les évolutions de la politique de santé. In : Les vingt ans des économistes de la santé. *Sève : les Tribunes de la Santé*, 37-51.

Tabuteau D. (2010). L'avenir de l'assurance maladie. Un enjeu politique majeur pour la France. *Futuribles*, (368) : 5-22.

Frehaut P., Klein T., Laffon P. (2009). [Comparaison internationale sur les choix effectués en matière de couverture complémentaire santé](#) : Paris : CAS.

Viez M.C. (2010). [Les complémentaires santé](#) : Paris : FHP

(2010). Baromètre santé Mercer : climat perturbé pour les contrats collectifs complémentaires santé 2009 : Paris : Mercer  
<http://www.mercer.fr/summary.htm?idContent=1376460> - <http://www.wk-rh.fr/actualites/detail/25896/les-ald-pesent-sur-les-complementaires.html>

(2010). [Rapport d'activité 2009 du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie](#) : Paris : Fonds CMU.

(2010). [Sauver l'assurance maladie universelle.](#) Pistes de réflexion et de réformes pour les prochaines années : Paris : Institut Montaigne

(2010). [La dépense de CMU complémentaire par bénéficiaire en 2008 et 2009](#) : Paris : Fonds CMU.

(2010). Les Français et leur mutuelle de santé : Paris : Ifop.  
[http://www.ifop.com/media/poll/1069-1-study\\_file.pdf](http://www.ifop.com/media/poll/1069-1-study_file.pdf), [http://www.ifop.com/media/poll/1069-1-annexe\\_file.pdf](http://www.ifop.com/media/poll/1069-1-annexe_file.pdf)

(2010). Le chiffre d'affaires des complémentaires santé en 2009. *Références CMU : Lettre du Fonds de financement de la couverture maladie universelle (La)*, (39) : 6p.

Domin J.P. (2010). [L'assurance maladie complémentaire.](#) Vecteur de la reproduction des inégalités dans l'emploi. Notes de l'les(14) : 4p.

Le Pen.C. (2010). [Assurance-maladie : le modèle de 45 est-il mort ?](#) Notes du Club Hippocrate

Tabuteau D. (2010). La métamorphose silencieuse des assurances maladie. *Droit Social*, (1) : 85-92.

(2009). Lorsque la dépense remboursée par le régime obligatoire augmente, le reste à charge des assurés diminue-t-il ? Une étude de la Mutualité contredit les idées reçues. *Revue de Presse de L'AFIM*, (3515) : 2-4.

(2009). Les dix ans de la CMU (1999-2009). Verbatim Santé. Paris : Editions santé ; Paris : Les Presses SciencesPo

(2009). [La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé](#) : Paris : Ministère chargé de la Santé.

(2009). [Rapport d'activité 2008 de l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles](#) : Paris : Acam.

Boisguerin B. (2009). [Quelles caractéristiques sociales et quel recours aux soins pour les bénéficiaires de la CMUC en 2006 ?](#) *Etudes et Résultats (Drees)*, (675) : 6p.

Cases C., Franc K., Perronnin M., Pierre A. (2009). Analyse des consommations de soins des bénéficiaires de la MGET+ ; rapport final : Paris : Mget ; Paris : Irdes.

Klein T. (2009). [Choisir une couverture complémentaire santé](#) : comment font les pays de l'OCDE ? *Note de Veille (La)*, (146) : 1-8.

Legal R. (2009). L'influence de l'offre de soins et du niveau des primes sur la demande d'assurance complémentaire santé en France. In : Le marché de la santé : efficacité, équité et gouvernance. *Revue Economique*, 60 (2) : 441-453.

Matallah M. (2009). Quel avenir pour la mutualisation en assurance santé. *Sève : les Tribunes de la Santé*, (24) : 47-52.

Vasselle A. (2008). [Rapport d'information sur la répartition du financement de l'assurance maladie depuis 1996 et sur les transferts de charges entre l'assurance maladie obligatoire, les assurances complémentaires et les ménages](#). Rapport d'information ; 385. Paris : Sénat.

Kerleau M., Durand F., Fretel A., Hirtzlin I. (2008). Pratiques et enjeux autour de la protection sociale complémentaire d'entreprise ; Tome 1 : rapport final. Paris : Université Paris 1 – Centre d'Economie de la Sorbonne.

Marical F., Saint Pol T.de. (2007). [La complémentaire santé : une généralisation qui n'efface pas les inégalités](#). *Insee Première*, (1142) : 4p.

(2006). [Evolution du prix et du contenu des contrats ouvrant droit au crédit d'impôt \(en application de l'article L863-5 du Code de la Sécurité Sociale\)](#) : Paris : Fonds CMU.

Barthélémy J. (2006). Protection sociale complémentaire : champ de la règle de neutralité fiscale et sociale des contributions. *Droit Social*, (11) : 1026-1031.

Dufour-Kippelen S., Legal A., Wittwer J. (2006). [Comprendre les causes du non-recours à la CMUC](#) : rapport final : Paris : Fonds cmu.

Segouin C., Brechat P.H., Bertrand D. (2006). Les rôles des assurances maladie obligatoires et complémentaires dans la loi portant réforme de l'assurance maladie du 13.08.2004. In : Événements de l'année 2006 en Économie Médicale - Paris, 13 janvier 2006. *Journal D'Economie Médicale*, 24 (5) : 241-247.

Simon M.O. (2006). [Les Français, la réforme de l'assurance maladie et la complémentaire santé](#) : Paris : Credoc.

(2005). Complémentaires santé, ce qui va changer pour vous en 2006. *Particulier (Le)*, (995) : 62-69.

(2005). Les couvertures complémentaires maladie : Paris : HCAAM

Comité d'histoire de la Sécurité sociale (2005), La Sécurité sociale : son histoire à travers les textes (4 tomes : 1780-2005) / Laroque M. (dir.), Paris : Association pour l'étude de l'histoire de la Sécurité sociale

Raynaud D. (2005). [Les déterminants individuels des dépenses de santé](#) : l'influence de la catégorie sociale et de l'assurance maladie complémentaire. *Etudes et Résultats*, (378) : 12p.

Hatzfeld H (2004)., Du paupérisme à la Sécurité sociale : 1850-1940, essai sur les origines de la Sécurité sociale en France, Nancy : PUN

(2004). [L'assurance française en 2007](#) : Paris : FFSA.

(2004). [Couverture santé solidaire ; suivi de : Assurance maladie](#) : les pistes de l'Institut Montaigne : Paris : Institut Montaigne.

Delvallée C., Ventelou B. (2004). Assurance maladie : Redéfinir le partage entre couverture obligatoire et complémentaire ? *Revue de L'Ofce : Observations et Diagnostics Economiques*, (91) : 333-348.

Roussel P. (2004). Les mutuelles en France : un panorama économique en 2001. *Etudes et Résultats*, (299) : 8p.

<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er299.pdf>

Roussel P. (2004). [Les institutions de prévoyance en France : un panorama économique en 2001](#). *Etudes et Résultats*, (329) : 8p.

Buchmueller T.C., Couffinhal A. (2003). [Private health insurance in France](#) : Paris : OCDE

(2002). La Mutualité en France : Paris : Fédération Nationale de la Mutualité Française.

Buchmueller T.C., Couffinhal A., Grignon M., Perronnin M. (2002). [Access to physician services : does supplemental insurance matter ? Evidence from France](#). *Nber Working Paper Series*, (9238) : 33p.

Roussel P. (2002). [L'activité des groupements mutualistes, une rétrospective de 1991 à 1999](#). *Etudes et Résultats*, (170) : 8p.

Barthélémy J. (2001). Protection sociale complémentaire : contribution salariale non prélevée et assiette des cotisations de Sécurité sociale (après l'arrêt Société Picoty, Cass. soc. 31 octobre 2000). *Droit Social*, (2) : 175-177.

Chabaud S., Collombet C. (2001). Le panier de biens et services médicaux remboursés par l'assurance maladie obligatoire et complémentaire : d'une réalité implicite à une redéfinition explicite. 39e promotion du Cnesss. Saint-Etienne : Cnesss.

Join-Lambert M.T., Attias-Donfut C., Langlois P., Polton D., Claveranne J.P., Friot B., Prieur C., Hassenteufel P., Vincent G., Matillon Y., Delande G., Euzéby C. et al. (2000). Encyclopédie protection sociale : quelle refondation ? Paris : Economica

Aladame C., Colin L., Garreau C., Pujo J.B. (1999). La couverture maladie universelle et la protection complémentaire des exclus. Mémoire de fin d'études, Cnsss, 38e promotion. Saint-Etienne : Cnsss.

Commaret N. (1999). La révision d'un régime de protection sociale complémentaire : parallélisme ou altérité des formes. *Droit Social*, (4) : 384-390.

Moreau I., Le Gall J.Y., Beau P. (1999). Dossier : Directives européennes sur l'assurance. L'exception française. *Espace Social Européen*, (458) : 14-19.

Aproberts L., Reynaud E. (1998). Un panorama de la protection sociale complémentaire : Paris : MIRE.

Berger B., Manceau D., Nauleau M., Poulet-Mathis P. (1998). Faut-il créer un étage complémentaire obligatoire en assurance maladie ? Mémoire Cnsss, 37ème promotion. Saint-Etienne : Cnsss.

Boulard J.C. (1998). Pour une couverture maladie universelle de base et complémentaire : Paris : Ministère chargé de la Santé.

Laurent D., Kessler D. (1998). Le rôle des assurances dans la couverture maladie, Séminaire sur la protection sociale. Paris, 1998.

Serizay B. (1998). Droit du travail et protection sociale complémentaire. *Droit Social*, (12) : 1023-1033.

Blanpain N., Pankeshon J.L. (1997). L'assurance complémentaire maladie : une diffusion encore inégale. *Insee Première*, (523) : 4p.

Maurel D. (1997). Consommation médicale et assurance complémentaire. Mémoire pour le DESS de Gestion des services de Santé. Paris : Université Paris IX.

Rey J.P. (1997). Etendre à la couverture complémentaire la vocation des caisses d'assurance. *Droit Social*, (1) : 60-67.

Boisselot P. (1996). Exonération du ticket modérateur et protection complémentaire. *Solidarité Sante - Etudes Statistiques*, (3) : 82-91.

Mauroy H. (1996). La mutualité en mutation. Les pratiques solidaristes en question. Logiques Sociales. Paris : L'Harmattan

Barat-Payraud F., Blond C., Deghine J.M. (1995). La mutualité face à un environnement évolutif. Mémoire de fin d'études. Saint-Etienne : CNESS.

Boisselot P., Remond M.C. (1994). [La protection complémentaire des assurés sociaux](#). *Informations Rapides*, (53) : 4p.

Dumont J.P. (1994). L'avenir de la protection sociale complémentaire en France. *Revue Française des Affaires Sociales*, 48 (3) : 31-48.

Galbois Y. (1994). Les perspectives d'avenir de la mutualité : le développement des systèmes solidaires. *Revue Française des Affaires Sociales*, 48 (3) : 19-30.

Reynaud E., Galbois Y., Dumont J.P. (1994). A propos des systèmes de protection sociale complémentaire. *Revue Française des Affaires Sociales*, 48 (3) : 3-48.

Soubie R., Portos J.L., Prieur C. (1994). Livre blanc sur le système de santé et d'assurance maladie. Collection des rapports officiels. Paris : La Documentation française

Bucheton M., Rotman M. (1993). [Groupe de travail sur la participation des institutions de prévoyance et des entreprises d'assurance aux dépenses de santé \(1992-1993\)](#) : rapport d'étape.

Coudreau D. (1991). La protection maladie complémentaire en France (mutualité, assurances) est-elle un obstacle à la maîtrise de la dépense ? Paris : Ena.

## Protection complémentaire d'entreprise

### Publications Irdes

Guillaume S., Rochereau T., [La protection sociale complémentaire collective : des situations diverses selon les entreprises](#) : premiers résultats de la nouvelle enquête Protection sociale complémentaire d'entreprise (PSCE) 2009 ; Questions d'économie de la santé n° 155, juin 2010 :

Kambia- Chopin.B., Perronnin M., Pierre A., Rochereau T. (2008). [La complémentaire santé en France en 2006 : un accès qui reste inégalitaire : résultats de l'Enquête Santé Protection Sociale 2006 \(ESPS 2006\)](#). *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (132) : 4p.

Grignon M., Perronnin M., Lavis J. (2008). Does free complementary health insurance help the poor to access health care? Evidence from France. *Health Econ.*, 17 (2) : 203-219.

Franc C., Perronnin M., Pierre A. (2007). [Changer de complémentaire santé à l'âge de la retraite : un comportement plus fréquent chez les titulaires de contrats d'entreprise](#). *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (126) : 1-6.

Francesconi C., Perronnin M., Rochereau T. (2006). [La complémentaire maladie d'entreprise : contrats obligatoires ou facultatifs, lutte contre l'antisélection et conséquences pour les salariés](#). *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (115) : 4p.

Francesconi C., Perronnin M., Rochereau T. (2006). [La complémentaire maladie d'entreprise : niveaux de garanties des contrats selon les catégories de salariés et le secteur d'activité](#). *Questions d'économie de la Santé (Irdes)*, (112) : 6p.

Couffinal A., Grandfils N., Grignon M., Rochereau T. (2004). [Enquête sur la protection sociale complémentaire d'entreprise en France. Méthodologie et premiers résultats](#). Rapport Irdes. Paris : Irdes.

Couffinal A., Grandfils N., Grignon M., Rochereau T. (2004). [La complémentaire maladie d'entreprise. Premiers résultats nationaux d'une enquête menée fin 2003 auprès de 1 700 établissements](#). *Questions d'Economie de la Santé (Irdes)*, (83) : 4p.

Couffinal A., Dumesnil S., Grignon M. (2002). [Les inégalités sur le marché de la complémentaire maladie](#), Séminaire MIRE. 20-3-2002. Grignon M. (2002). Complémentaire santé. Quel contenu, quel rôle, quel contexte ?, Euroforum. Paris, 15-11-2001.

Bocognano A., Couffinal A., Dumesnil S., Grignon M. (2000). [La complémentaire maladie en France : qui bénéficie de quels remboursements ?](#) Résultats de l'enquête Santé Protection Sociale 1998. *Questions d'Economie de la Santé (Credes)*, (32) : 4p.

Bocognano A., Couffinhal A., Dumesnil S., Grignon M. (2000). La complémentaire maladie en France : qui bénéficie de quels remboursements ? *Chirurgien Dentiste de France (Le)*, (1007) : 90-96.

Bocognano A., Couffinhal A., Dumesnil S., Grignon M. (2000). La complémentaire maladie en France : qui bénéficie de quels remboursements ? Résultats de l'enquête Santé Protection Sociale 1998. Rapport Credes. Paris : Credes.

Bocognano A., Grignon M. (1998). Aperçu du contenu des couvertures de frais de soins de santé dans les entreprises: Paris : Credes.

### Autres publications

(2011). L'activité des institutions de prévoyance en 2010 : Paris : CTIP.  
[http://www.ctip.asso.fr/bib/img/pages/Chiffres\\_activite\\_IP\\_2010\\_Vdef.pdf](http://www.ctip.asso.fr/bib/img/pages/Chiffres_activite_IP_2010_Vdef.pdf) -  
<http://www.ctip.asso.fr/presse/communiqués-de-presse/2656.html>

Crie D. (2011). Le marketing des complémentaires santé. In : Assurance et santé. *Sève : les Tribunes de la Santé*, (31) : 73-83.

(2011). La complémentaire santé d'entreprise. Les [guides pratiques de la prévoyance collective](#). Paris : CTIP

Garnero M., Rattier M. (2011). [Les contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2007](#). *Série Statistiques - Document de Travail - Drees*, (151) : - 62p.

Garner M., Rattier M. (2011). [Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2008](#). *Etudes et Résultats (Drees)*, (752) : -8p.

(2010). [Rapport annuel 2009 du CTIP](#) : Paris : CTIP.

(2009). Droit de l'assurance maladie complémentaire. Garanties complémentaires santé : Paris : CTIP

Arnoult M.L. (2008). [Les cotisations des contrats les plus souscrits auprès des organismes complémentaires santé en 2006](#). *Série Sources et Méthodes - Document de Travail - Drees*, (3) : -44p.

(2009). La complémentaire santé d'entreprise obligatoire. *Lettre de l'Observatoire (La)*, (26) : 16p.

Garnero M., Rattier M. (2009). [Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2007](#). *Etudes et Résultats (Drees)*, (698) : 8p.

Kerleau M., Fretel A., Hirtzlin I. (2009). [Regulating Private Health Insurance in France : New Challenges for Employer-Based Complementary Health Insurance](#) : Paris : Centre d'économie de la Sorbonne

Loones A. (2009). [Garanties et services : les attentes des salariés et des entreprises](#) : synthèse des résultats de la huitième vague d'enquête réalisée pour : Paris : Credoc.

Loones A. (2009). Ce qu'attendent les employeurs et les salariés de la complémentaire santé d'entreprise. Etude Santé Ctip/Credoc réalisée en décembre 2008 : Paris : Credoc.  
[http://www.ctip.asso.fr/bib\\_res/pages/1576C\\_0.pdf](http://www.ctip.asso.fr/bib_res/pages/1576C_0.pdf), [http://www.ctip.asso.fr/bib\\_res/pages/1576C\\_1.pdf](http://www.ctip.asso.fr/bib_res/pages/1576C_1.pdf), [http://www.ctip.asso.fr/bib\\_res/pages/1576C\\_2.pdf](http://www.ctip.asso.fr/bib_res/pages/1576C_2.pdf)

(2008). [Rapport annuel 2007 du CTIP](#) : Paris : Ctip.

Arnould M.L., Rattier M.O., Raynaud D., Vidal G. (2008). Comparaisons des contrats d'assurance complémentaire individuels et collectifs, Paris : Drees

Arnould M., VIDAL G. (2008). [Typologie des contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2006](#). *Etudes et Résultats (Drees)*, (663) : 8p.

Matt J.L. (2008). La protection sociale complémentaire. In M.Montalembert (Ed.), *La protection sociale en France : les notices : mise à jour 2008* (pp. 48-55). Paris : La Documentation française

Loones A. (2008). [L'opinion des salariés et des employeurs sur la complémentaire santé et son évolution dans le cadre des réformes de l'assurance maladie](#). Synthèse des résultats : Paris : Credoc.

Simon M.O. (2007). [Garanties et services : les attentes des salariés et des entreprises](#) : Paris : CREDOC.

Saliba B., Ventelou B. (2007). Complementary health insurance in France : who pays? Why? Who will suffer from public disengagement? *Health Policy*, 81 (2-3) : 166-182.

Turquet P. (2006). L'obtention d'une couverture complémentaire maladie dans le cadre de l'entreprise. In : Déterminants psychosociaux des inégalités de la santé. *Sciences Sociales et Santé*, 24 (3) : 95-119.

(2005). Les couvertures complémentaires en assurance maladie : Paris : Hcaam  
[http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/hcaam/avis\\_271005b.htm](http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/hcaam/avis_271005b.htm) - [http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/hcaam/note\\_271005b.htm](http://www.sante.gouv.fr/html/dossiers/hcaam/note_271005b.htm)

Turquet P. (2004). [L'obtention d'une couverture complémentaire maladie dans le cadre de l'entreprise : de fortes inégalités malgré l'existence d'une réglementation plus favorable, 27es journées des Economistes français de la santé](#) : Approches économiques des inégalités de santé. Paris, 17-6-2004. Paris : Irdes

Turquet P. (2004). Vers un renforcement de l'assurance privée dans la couverture maladie en France ? *Revue Internationale de Sécurité Sociale (Aiss)*, 57 (4) : 77-103.

Caniard E. (2003). Le crédit d'impôt, outil d'organisation de la protection sociale complémentaire. *Droit Social*, (5) : 518-526.

Chadelat J.F. (2003). [La répartition des interventions entre les assurances maladie obligatoires et complémentaires en matière de dépenses de santé](#) : Paris : MSSPS, Paris : La documentation française.

Simon M.O. (2003). [Les salariés apprécient la complémentaire santé d'entreprise](#). *Consommation et Modes de Vie*, (166) : 4p.

Turquet P. Del Sol M. (2001). Les spécificités mutualistes à l'épreuve de la protection sociale d'entreprise. Rapport Mire : Paris : Ministère chargé de la Santé

Huteau G., Poulet A. (2000). La privatisation de la Sécurité sociale : Paris : Ires.

(2000). La protection sociale d'entreprise : entre le marché et la sécurité - Approche juridique et comparative : Paris : MIRE.

Aproberts L. (1999). La protection sociale d'entreprise ou la solidarité fragmentée. *Revue de L'Ires (La)*, (30) : 93-120

Laurent D., Kessler D. (1998). Le rôle des assurances dans la couverture maladie, Séminaire sur la protection sociale. Paris, 1998.

Bousquet F., Couffinal A., Meyer C. (1996). La prise en charge du risque dentaire en assurance de groupe et en assurance individuelle. Rapport de synthèse : Boulogne-Billancourt : Sanesco.

Bousquet F., Couffinal A., Meyer C. (1996). La prise en charge du risque dentaire en assurance de groupe et en assurance individuelle. Annexes au rapport de synthèse : Boulogne-Billancourt : Sanesco.

Gibaud B. (1992). L'assurance privée et le développement de la prévoyance collective d'entreprise en France (1850-1914) : Canteleu : IRTS

Jours Y. (1992). La protection sociale complémentaire d'entreprise. In : Protection sociale : grands problèmes. *Droit Social*, (2) : 141-149.

## Réglementation

(2011). La complémentaire santé d'entreprise. Les [guides pratiques de la prévoyance collective](#). Paris : CTIP

TABUTEAU D. (2011). Santé et assurance-maladie : l'inquiétante dilution des services publics. *Droit Social*, (12) : 1277-1282.

(2009). Droit de l'assurance maladie complémentaire. Garanties complémentaires santé : Paris : Ctip

Rigaud D., Baron P., Pignaud X. (2009). La prévoyance collective des salariés et la loi Evin. *Droit Social*, (4) : 465-474.

Kessler F. (2008). Comité d'entreprise et protection sociale complémentaire : retour sur un vieux couple. *Droit Social*, (2) : 174-181

(2007). Retraites et prévoyance d'entreprise : juridique, fiscal, social, comptable. Mémento pratique Francis Lefebvre. Paris : Editions Francis Lefebvre

Millot R., Rudelle W.A. (2006). Assurance de santé : acteurs et garanties. Les Fondamentaux de l'assurance. Paris : Editions l'Argus de l'assurance

Belloq G. (2004). La protection sociale dans l'entreprise. Collection Les Fondamentaux de l'Assurance : vie, prévoyance, retraite. Paris : Editions Argus de l'assurance

Boumediene M. (2003). La place de la loi et du contrat dans la garantie du droit à la protection sociale de 1945 à nos jours. 2 tomes. Droits & Sciences-Politiques. Paris : Publibook

Dupeyroux J.J, Borgetto M., Lafore R., Ruellan R., Droit de la Sécurité sociale, Paris : Dalloz, 2010 et années antérieures

Jours Y. (1992). La protection sociale complémentaire d'entreprise. In : Protection sociale : grands problèmes. *Droit Social*, (2) : 141-149.

► Voir aussi sur le site de l'Irdes : bibliographie, [Congrès Protection sociale d'entreprise, Paris, 25-26 mars 2010](#)

## Ressources électroniques

[Acam – Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles](#)

[CTIP – Centre Technique des Institutions de Prévoyance](#)

[FFSA – Fédération Française des Sociétés d'Assurance](#)

[FNMF – Fédération Nationale de la Mutualité Française](#)

[Fonds CMU](#)

[Sécurité sociale en France : historique et organisation](#)  
<http://www.securite-sociale.fr/-Histoire-?type=part>

[Assurance maladie](#)  
<http://www.sante.gouv.fr/assurance-maladie.html>

**Portail de l'annuaire sécu : sites internet et références**  
<http://www.annuaire-secu.com/>

|

⇒ Consulter aussi l'annuaire des sites thématiques de l'Irdes :  
<http://www.irdes.fr/EspaceDoc/DossiersBiblios/EntreesThema.pdf>

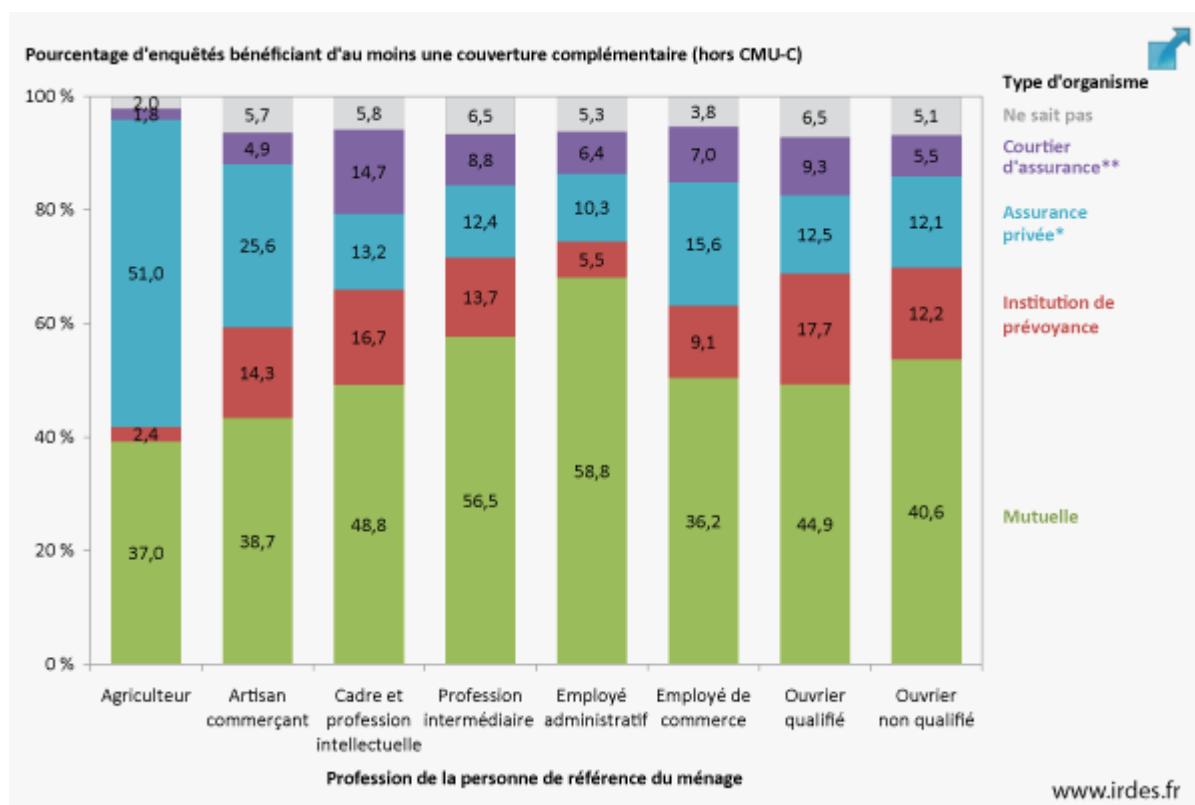
Voir les rubriques : Protection sociale et systèmes de santé en France

## Quelques données chiffrées sur la couverture complémentaire en France

[A partir de l'Enquête « Santé et protection sociale 2008 »](#)

La couverture complémentaire en France en 2008	NOUVEAU MAJ janv 2011
<a href="#">Données générales sur la couverture complémentaire (CC) en 2008</a>	
<a href="#">Données sur les personnes protégées par une couverture complémentaire (CC) en 2008 (hors CMUC)</a>	
<a href="#">Données sur les personnes protégées par la CMUC en 2008</a>	
<a href="#">Mode d'obtention de la couverture complémentaire (CC)</a>	
<a href="#">Appréciation du niveau de remboursement de la couverture complémentaire (CC)</a>	
<a href="#">Motifs déclarés d'absence et de perte de couverture complémentaire (CC)</a>	

Nature de la complémentaire santé privée selon le milieu social (hors Cmu-c)



\* Les sociétés d'assurance mutuelle ou « mutuelles d'assurance » sont prises en compte dans la catégorie « Assurance privée » car elles sont régies par le code des assurances contrairement aux mutuelles qui sont régies par le code de la mutualité.

\*\* Les courtiers d'assurance sont des organismes qui souscrivent des contrats de complémentaire santé au bénéfice d'organismes assureurs (mutuelle, institut de prévoyance, assurance privée). Ne sont classés dans la catégorie « courtiers d'assurance » que les contrats pour lesquels l'assureur n'a pas pu être identifié.

❖ **Source** : Chiffres et graphiques sur [l'espace Enseignement de l'Irdes](#).