

2017
RAPPORT

La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DES SOLIDARITÉS
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU TRAVAIL

MINISTÈRE
DE L'ACTION ET DES
COMPTES PUBLICS

RAPPORT 2017

Sur la situation financière des organismes
complémentaires assurant une couverture santé

Rédacteur : Alexis Montaut

Remerciements : La DREES tient à remercier :

- l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR, direction des systèmes d'information, direction des études et direction du contrôle) pour la collecte des états statistiques, la livraison des données et son appui technique ;
- les organismes complémentaires qui fournissent la grande majorité des données nécessaires à la rédaction de ce rapport ;
- le Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture universelle du risque maladie (fonds CMU) dont les données et l'expertise sont également indispensables ;
- les personnes des organismes publics ou privés qui améliorent ce document grâce à leur relecture et tout particulièrement les fédérations Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP), Fédération nationale de la Mutualité française (FNMF) et Fédération française de l'assurance (FFA) pour leur collaboration et leur concours.

DREES

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU TRAVAIL

MINISTÈRE DE L'ACTION ET DES COMPTES PUBLICS

Sommaire

Avant-propos	4
Principaux enseignements	5
Chapitre 1 - Mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance : les trois acteurs de l'assurance santé	7
Un nombre d'organismes d'assurance qui recule chaque année	7
Sur le marché de l'assurance santé, un nombre de mutuelles divisé par quatre en quinze ans.....	8
20 organismes concentrent la moitié du marché de la complémentaire santé.....	9
L'assurance santé : principale activité des mutuelles et des institutions de prévoyance	10
Rareté des petits organismes parmi les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance	13
Les institutions de prévoyance sont spécialisées sur la couverture des entreprises	13
Chapitre 2 - Une hausse du marché en collectif modérée malgré la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise	16
Des cotisations en hausse de 900 millions d'euros pour les contrats collectifs en 2016	16
Des mutuelles prédominantes, mais qui perdent des parts de marché au profit des assureurs.....	18
Chapitre 3 - 80 % des cotisations reversées sous forme de prestations en 2016	20
Depuis 2014, les prestations versées par les organismes complémentaires ralentissent	20
Les contrats collectifs reversent aux assurés une plus grande part de leurs cotisations sous forme de prestations.....	20
Un retour sur cotisations en léger recul ces dernières années.....	21
Contrats collectifs : plus de remboursements en optique et dentaire, moins en hospitalisation et en médicaments	22
Chapitre 4 - 20 % des cotisations collectées consacrées aux charges de gestion	25
Des charges de gestion plus faibles pour les contrats collectifs.....	25
En individuel, des frais d'acquisition relativement plus élevés pour les sociétés d'assurance.....	26
Des frais d'administration plus élevés pour les mutuelles	26
Des charges de gestion en augmentation	27
Chapitre 5 - Des excédents en santé qui représentent 0,3 % des cotisations en 2016	30
Des contrats collectifs déficitaires compensés par les excédents des contrats individuels	30
Les sociétés d'assurance ont une meilleure rentabilité	30
Chapitre 6 - Des organismes solvables	33
Un résultat net positif ou nul pour toutes les catégories d'organismes en 2016	33
Des différences de structure de bilan entre organismes principalement liées à leur spécialisation « vie » ou « non-vie »	36
Un bilan comptable en hausse pour toutes les catégories d'organismes.....	39
Les nouvelles règles prudentielles du régime Solvabilité 2 sont respectées par les organismes	40
Pour en savoir plus	43
Annexes	45
Annexe 1 - Le champ du rapport et les redressements opérés sur les données	47
Annexe 2 – Compte de résultat technique en santé en 2015 et 2016.....	49
Glossaire	50
Liste des encadrés	
E1 – Les états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR	11
E2 – Le marché de l'assurance et sa double spécialisation juridique	12
E3 – Niveau de garanties des contrats santé	14
E4 – Généralisation de la complémentaire santé d'entreprise et réforme des contrats responsables	15
E5 – Analyser les évolutions et les mouvements de champ	19
E6 – Les taxes payées par les assurés sur les contrats de complémentaire santé	23
E7 – Zoom sur la gestion de la CMU-C et de l'ACS par les organismes complémentaires	24
E8 – Zoom sur les charges de gestion	28
E9 – Quid des organismes encore soumis au régime Solvabilité 1 ?	42

Avant-propos

Par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2009 (article 12 et article L.862-7 du Code de la Sécurité sociale) le Gouvernement a été chargé d'établir, chaque année, à destination du Parlement et rendu public, un rapport présentant la situation financière des organismes d'assurance complémentaire en santé.

Ce rapport, élaboré par la DREES, présente les résultats obtenus pour l'année 2016 et les compare à ceux des années précédentes. Ceux-ci s'appuient principalement sur des données recueillies par l'ACPR et par le fonds CMU.

Ce rapport comprend six chapitres. Le premier présente les organismes du marché de l'assurance complémentaire santé et leur démographie. Les quatre suivants analysent tour à tour les principaux aspects de l'activité d'assurance santé : cotisations collectées, prestations reversées, charges de gestion, rentabilité. Enfin, le dernier chapitre analyse, pour les organismes qui exercent une activité de complémentaire santé, leur solvabilité financière globale et leur respect des règles prudentielles.

Principaux enseignements

Un marché historiquement émietté qui se concentre progressivement

En 2016, d'après le Fonds CMU, 492 organismes (365 mutuelles, y compris mutuelles substituées, 102 sociétés d'assurance et 25 institutions de prévoyance) exercent une activité de complémentaire santé. Le nombre de mutuelles a été divisé par quatre depuis 2001 et le nombre d'institutions de prévoyance par deux. Le nombre de sociétés d'assurance a en revanche peu baissé sur cette période.

Entre 2015 et 2016, on compte 42 organismes en moins d'après le Fonds CMU. Depuis 2011, le nombre d'organismes présents sur le marché l'assurance santé diminue de 30 à 40 chaque année. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, intervenue au 1^{er} janvier 2016, ne semble pas avoir particulièrement accentué la concentration du secteur en 2016.

En 2016, les 20 plus grands organismes concentrent la moitié du marché en termes de cotisations collectées et les 100 plus grands (soit un cinquième des organismes) en concentrent presque 90 %. De nombreuses mutuelles de petite taille subsistent néanmoins. La santé représente 84 % de l'activité des mutuelles et 47 % de celle des institutions de prévoyance, mais seulement 5 % de celle des sociétés d'assurance.

Il n'y a pas de signe pour le moment d'une transformation forte du marché suite à la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise

Entre 2015 et 2016, la masse totale des cotisations collectées en santé a augmenté de 638 millions d'euros, soit 1,8 %, d'après les données de l'ACPR (cotisations hors taxe). Les cotisations collectées ont augmenté en collectif (+912 millions d'euros, soit +5,8 %) et reculé en individuel (-274 millions, soit -1,4 %).

En 2016, les contrats collectifs représentent 46 % des cotisations collectées en santé, contre 44 % des cotisations en 2015. Les contrats collectifs gagnaient du terrain sur les contrats individuels depuis plusieurs années déjà. Cette hausse de la part des contrats collectifs, certes la plus forte des dernières années, n'est toutefois pas signe d'une transformation massive du marché.

Les mutuelles sont davantage positionnées sur les contrats santé individuels alors que les institutions de prévoyance le sont nettement plus sur les contrats santé collectifs. Les sociétés d'assurance se situent dans un positionnement intermédiaire.

Les sociétés d'assurance et institutions de prévoyance ont accru leur activité en collectif mais ont perdu de l'activité en individuel. Les mutuelles quant à elles ont peu accru leur activité collective, mais ont relativement maintenu leur activité en individuel, car elles sont souvent positionnées sur des segments de marché qui n'entraient pas dans le périmètre de la réforme (fonctionnaires, retraités...).

Les mutuelles restent prédominantes sur le marché de l'assurance santé (52 % des cotisations collectées) même si leurs parts de marché diminuent depuis au moins 2001 au profit des sociétés d'assurance.

80 % des cotisations sont reversées en prestations et 20 % sont destinées à couvrir les charges de gestion des organismes

En 2016, les organismes reversent aux assurés 80 % de leurs cotisations (hors taxe) sous forme de prestations. Les contrats collectifs offrent un meilleur retour sur cotisation (86 %) que les contrats individuels (74 %). Les institutions de prévoyance offrent le meilleur retour sur cotisations (88 %), devant les mutuelles (80 %) et les sociétés d'assurance (75 %). Cette hiérarchie entre les trois familles d'organismes s'explique avant tout par le poids des contrats collectifs dans leur activité.

En 2016, les charges de gestion représentent 20 % des cotisations hors taxe des organismes d'assurance. Les charges de gestion sont plus faibles en collectif (18 %) qu'en individuel (21 %). Les institutions de prévoyance affichent les charges les plus faibles (15 %), devant les mutuelles (20 %) puis les sociétés d'assurance (23 %).

Ces différences entre familles d'organismes s'expliquent d'abord là aussi par le poids du collectif dans l'activité. Les mutuelles se caractérisent également par des frais liés à la gestion courante des contrats et des systèmes d'informations plus élevés tandis que les sociétés d'assurance se distinguent par des frais liés à la publicité, au marketing et à la rémunération des intermédiaires plus importants.

Les charges de gestion des organismes ont très légèrement augmenté en 2015 puis en 2016, probablement en lien avec la généralisation de la complémentaire d'entreprise, la réforme des contrats responsables et les réformes réglementaires (notamment le passage au nouveau régime prudentiel Solvabilité 2).

L'assurance santé reste très légèrement excédentaire en 2016

En 2016, les organismes complémentaires ont dans leur ensemble dégagé de légers excédents sur leur activité santé (résultat technique global positif). Ces excédents représentent au total 104 millions d'euros, soit 0,3 % des cotisations collectées hors taxes en 2016, soit du même ordre de grandeur qu'en 2015. Toutes familles d'organismes complémentaires confondues, l'activité santé est légèrement excédentaire depuis plusieurs années.

Une différence importante existe entre les contrats individuels et les contrats collectifs. En 2016, les contrats individuels ont dégagé 4,0 % d'excédents et les contrats collectifs 4,0 % de déficit. Ces excédents et déficits sont du même ordre de grandeur qu'en 2014 et 2015. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise ne semble donc pas avoir eu à ce stade d'effet sur la rentabilité des contrats.

Des organismes solvables au vu de l'ensemble de leur activité

Les excédents ou déficits de l'activité d'assurance santé peuvent être contrebalancés par les résultats des autres activités d'assurance. Sur l'intégralité de leur activité, en 2016, les organismes exerçant une activité d'assurance santé ont dégagé des excédents représentant en moyenne 3,4 % de l'ensemble des cotisations collectées. Depuis deux ans, les institutions de prévoyance, déficitaires en santé, sont à l'équilibre en ce qui concerne l'intégralité de leur activité.

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

Les organismes qui exercent une activité d'assurance santé sont financièrement solides. Les fonds propres dont ils disposent, et qui sont supposés leur permettre d'honorer leurs engagements vis-à-vis des assurés même en cas de pertes imprévues, couvrent en effet largement le MCR (479 %) et le SCR (215 %). La très grande majorité de ces fonds propres sont de plus de la meilleure qualité (fonds propres dits « de niveau 1 »).

Chapitre 1 - Mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance : les trois acteurs de l'assurance santé

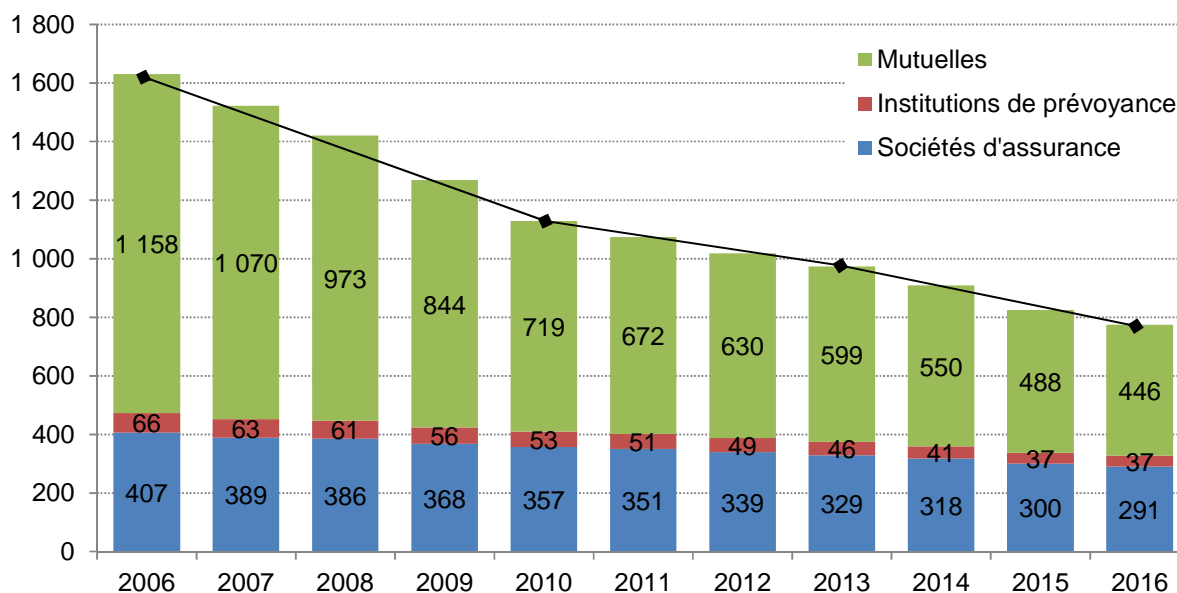
En France, trois familles d'organismes exercent une activité d'assurance : les mutuelles, les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance. Ces organismes sont en particulier présents sur le marché de l'assurance santé, dénommée assurance « frais de soins » dans la profession (remboursements de dépenses de santé en nature qui viennent compléter la prise en charge des dépenses de santé après intervention de l'Assurance maladie).

Un nombre d'organismes d'assurance qui recule chaque année

En 2016, 774 organismes pratiquent des **activités d'assurance** de toute nature selon l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR, encadré 1) : 446 mutuelles régies par le Code de la mutualité, 291 sociétés d'assurance ou de réassurance régies par le Code des assurances et 37 institutions de prévoyance régies par le Code de la Sécurité sociale (graphique 1.1).

Le nombre d'organismes habilités par l'ACPR à pratiquer de telles opérations diminue depuis le milieu des années 1990. La transposition aux mutuelles des directives européennes relatives aux assurances en 2002 (afin de mettre en place un marché unique européen, concurrentiel, de l'assurance privée), puis le relèvement en 2007 et 2008 du seuil du fonds minimum de garantie obligatoire pour toute mutuelle exerçant une activité d'assurance, ont contraint les mutuelles à se restructurer pour atteindre une taille critique. Le nombre d'organismes a ainsi fortement reculé : environ 60 % des mutuelles, 40 % des institutions de prévoyance et 30 % des sociétés d'assurance ont disparu entre 2006 et 2016 selon l'ACPR, principalement par effet de concentration. Cette concentration s'est légèrement accélérée depuis 2013, possiblement du fait de l'approche du nouveau régime prudentiel Solvabilité 2, plus contraignant que le régime précédent, et peut-être de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise au 1^{er} janvier 2016 (encadré 4). La recherche d'alliances ou des partenariats sur le marché du collectif a aussi pu déboucher sur des fusions d'organismes. Toutefois, l'année 2016 ne semble pas à cet égard se démarquer des précédentes.

Graphique 1.1 - Nombre d'organismes d'assurance contrôlés par l'ACPR au 31 décembre



Champ : Organismes contrôlés par l'ACPR au 31 décembre de chaque année. Parmi les 446 mutuelles contrôlées en 2016, 127 sont substituées.

Source : Chiffres du marché français de la banque et de l'assurance, ACPR.

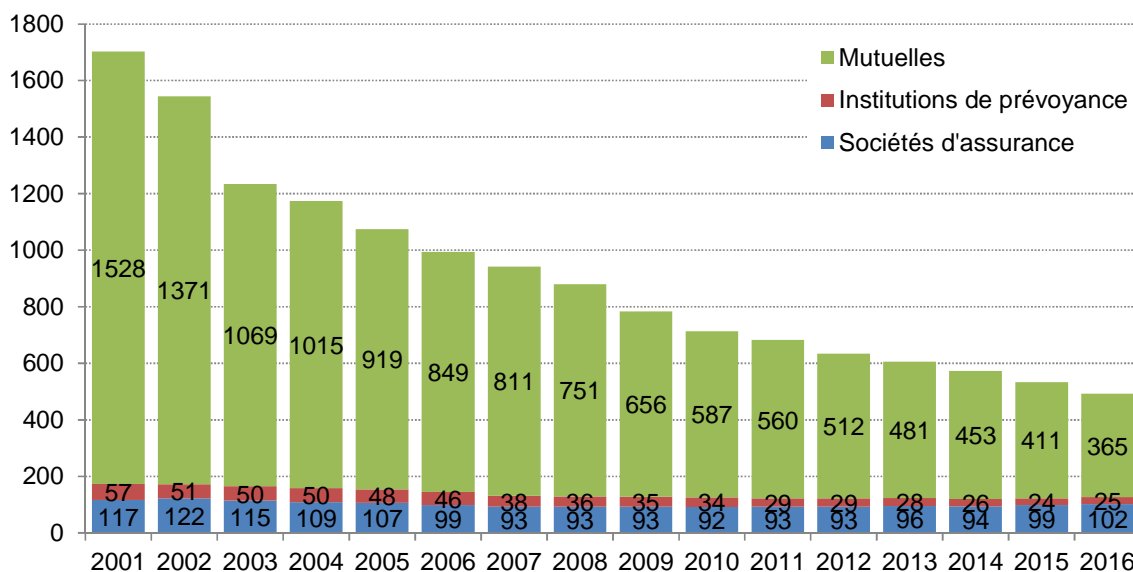
Sur le marché de l'assurance santé, un nombre de mutuelles divisé par quatre en quinze ans

Le marché de la couverture complémentaire santé est bien connu. L'ensemble des organismes exerçant ce type d'activité sont assujettis à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance (TSA). Cette taxe est perçue pour partie au profit du Fonds CMU afin de financer les dispositifs d'aides à la complémentaire santé que sont la Couverture maladie universelle Complémentaire (CMU-C) et l'Aide à la complémentaire santé (ACS), le solde étant attribué à la branche maladie du régime général. En 2016, 492 organismes exercent une activité de complémentaire santé sur le territoire français : 365 mutuelles, 102 sociétés d'assurance et 25 institutions de prévoyance d'après le Fonds CMU (graphique 1.2). Ainsi, les trois quarts environ des mutuelles et des institutions de prévoyance pratiquent une activité santé, contre seulement un tiers des sociétés d'assurance¹.

Depuis 2001, le nombre d'organismes présents sur le marché français de la complémentaire santé a été divisé par trois. En particulier, le nombre de mutuelles contribuant au Fonds CMU a été divisé par quatre depuis cette date et le nombre d'institutions de prévoyance par deux. Le nombre de sociétés d'assurance exerçant en santé a en revanche peu diminué depuis 2001 et s'est même mis à réaugmenter depuis 2010.

Le nombre d'organismes exerçant en santé a continué à reculer en 2016, au rythme des années précédentes, dans un contexte marqué par la mise en place du régime Solvabilité 2 et la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise. Les effets de ces deux réformes en termes de concentration du marché ont peut-être commencé avant 2016 et vont probablement s'étaler sur quelques années encore. Par rapport à nos voisins européens, la France se caractérise par un nombre d'organismes exerçant une activité d'assurance santé qui reste très élevé (Lafon, Montaut, 2017). Aux Pays-Bas ou au Royaume-Uni par exemple, une trentaine d'organismes seulement exercent une activité d'assurance santé.

Graphique 1.2 – Nombre d'organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle perçue au profit du Fonds CMU entre 2001 et 2016



Champ : Organismes ayant versé au Fonds CMU une contribution (période 2001-2010) ou une taxe (période 2011-2016) au cours de l'année. Cette définition aboutit à des effectifs différents du dénombrement en fin d'année utilisé par l'ACPR.

Source : Fonds CMU.

¹ Les deux dénombrements d'organismes (de l'ACPR et du Fonds CMU) ne sont toutefois pas parfaitement comparables. En effet, les organismes contrôlés par l'ACPR sont les organismes référencés en France et toujours actifs en fin d'année, tandis que le Fonds CMU comptabilise des organismes étrangers mais exerçant une activité d'assurance santé en France et des organismes ayant cessé leur activité en cours d'année.

20 organismes concentrent la moitié du marché de la complémentaire santé

En 2016, hors taxes, les organismes d'assurance ont collecté 34,8 milliards d'euros de cotisations (ou « primes² ») au titre de leur activité d'assurance santé d'après le Fonds CMU, et 35,9 milliards d'euros d'après les données de l'ACPR. L'écart entre ces deux sources de données s'explique notamment par des différences de champ, celui de l'ACPR étant plus large car il correspond à l'ensemble de l'activité d'assurance santé, tandis que celui du Fonds CMU se limite aux activités de complémentaire et de surcomplémentaire santé (encadré 1). Dans la suite de ce rapport, on s'appuiera sauf exception³ sur les données de source ACPR, qui sont les plus détaillées (distinction contrats individuels et collectifs, prestations versées en regard des cotisations, charges de fonctionnement des organismes, solidité financière...). Enfin, les cotisations collectées par les organismes sont assimilées dans ce rapport à leur chiffre d'affaires.

Par rapport aux mondes de l'assurance et de la prévoyance, celui de la mutualité est très morcelé : même si elles ont tendance à se regrouper et à grossir, les mutuelles restent nombreuses et souvent de petite taille. 365 mutuelles gèrent 18,2 milliards d'euros de cotisations santé en 2016, d'après le Fonds CMU, soit en moyenne 50 millions d'euros de cotisations santé par mutuelle. En comparaison, une société d'assurance qui a une activité santé gère en moyenne 100 millions d'euros de cotisations santé et une institution de prévoyance, 250 millions d'euros. Les 20 plus grands organismes en termes de chiffre d'affaires santé (8 mutuelles, 8 sociétés d'assurance et 4 institutions de prévoyance) représentent à eux seuls la moitié du marché français (tableau 1.3). En 2006, les 20 organismes qui dominaient le marché ne concentraient que le tiers de celui-ci. De plus, les 100 plus importants en termes de cotisations collectées, soit un cinquième des organismes, représentent à eux seuls presque 90 % du marché en 2016.

Tableau 1.3 – Part de marché, en % des cotisations collectées, des plus grands acteurs de la complémentaire santé en 2016

Plus grands organismes	Mutuelles	Sociétés d'assurance	Institutions de prévoyance	Parts de marché	Parts de marché (2006)
Top 10 (2 %)	3	3	4	35%	25%
Top 20 (4 %)	8	8	4	51%	35%
Top 50 (10 %)	26	15	9	74%	54%
Top 100 (20 %)	53	32	15	89%	70%

Lecture : Les 10 plus grands organismes en termes de chiffre d'affaires en santé (3 mutuelles, 4 institutions de prévoyance et 3 sociétés d'assurance en 2016, soit 2 % de l'ensemble des organismes) représentent 35 % des cotisations collectées en 2016. En 2006, les 10 plus grands organismes concentraient 25 % des cotisations collectées.

Champ : Organismes assujettis à la taxe CMU et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : Fonds CMU, ACPR.

² Dans ce rapport, les cotisations sont celles collectées au cours de l'année, même si une fraction de ces cotisations collectée, notamment dans le cas où elles sont payées annuellement, peut couvrir le risque sur l'année suivante (par exemple pour un contrat dont la cotisation annuelle est payée au 1er mai 2016, l'ensemble des cotisations collectées sont ici attribuées à l'année 2016, même si en réalité, une fraction d'entre elles couvre l'assuré pour la période du 1er janvier 2017 au 30 avril 2017). En assurance, on fait ainsi référence à la notion de « primes émises ».

³ Les données de source Fonds CMU ne fournissent que le montant annuel total de cotisations santé collectées par chaque organisme, mais elles peuvent être ponctuellement mobilisées car elles offrent une plus grande profondeur historique que les données ACPR (elles sont en effet disponibles depuis 2001, tandis que les données ACPR dont nous disposons remontent, dans le meilleur des cas, à 2007).

L'assurance santé : principale activité des mutuelles et des institutions de prévoyance

Les risques sociaux sont des événements qui affectent les conditions de vie des ménages en augmentant leurs besoins ou en diminuant leurs revenus (maladie, handicap, accident du travail et maladie professionnelle, vieillesse, survie, famille, emploi, logement, pauvreté et exclusion sociale). Ces risques sont d'abord pris en charge via le système de protection sociale, et les organismes d'assurance peuvent intervenir en proposant une couverture de second niveau. En 2016, la couverture des risques sociaux représente 29 % de l'activité de l'ensemble des organismes d'assurance (ensemble des organismes, et pas seulement ceux exerçant une activité santé).

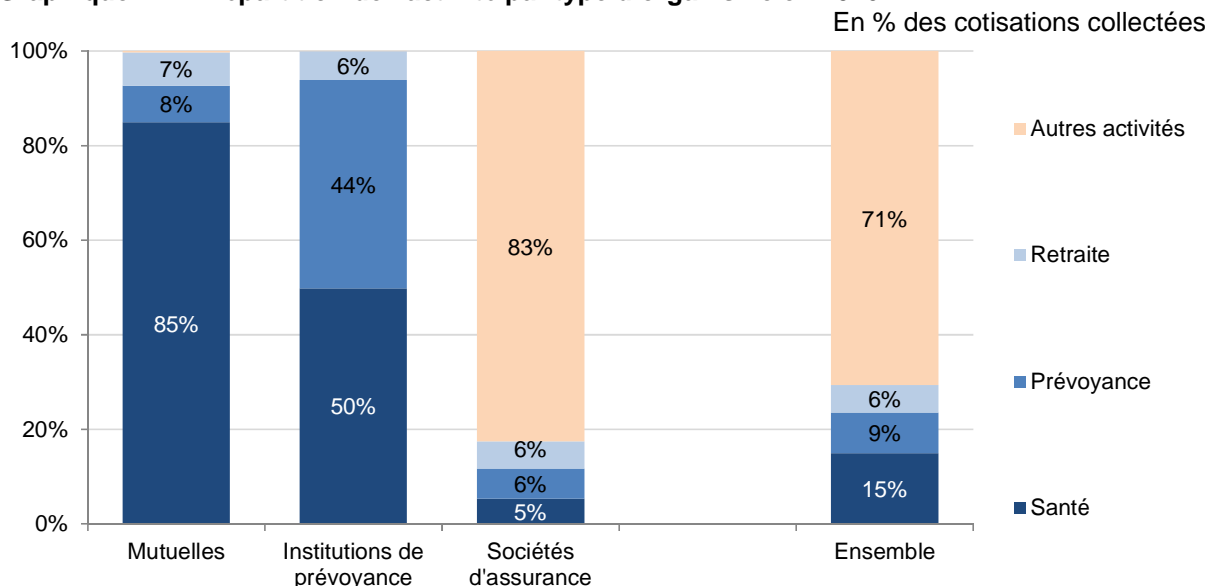
La santé en est l'activité principale, représentant 15 % de l'ensemble des cotisations collectées en 2016 (graphique 1.4). Le poids de la santé dans l'ensemble de l'activité d'assurance a légèrement augmenté entre 2009 et 2013 (de 13 % à 15 % des cotisations collectées) et est stable depuis. La couverture des autres risques sociaux, à savoir la prévoyance (assurance incapacité de travail, invalidité, dépendance et décès) et l'assurance retraite représentent quant à elles respectivement 9 % et 6 % de l'activité des organismes d'assurance.

Les mutuelles sont spécialisées sur la couverture des risques sociaux. L'assurance santé représente 85 % de leur chiffre d'affaires, devant la prévoyance (8 %) et la retraite (7 %). Le Code de la mutualité autorise les mutuelles à exercer d'autres activités telles que la caution, la protection juridique ou l'assistance (encadré 2), mais celles-ci restent marginales.

La santé est aussi l'activité principale des institutions de prévoyance (50 % des cotisations collectées) avec la prévoyance (44 %), loin devant la retraite (6 %). Ces chiffres n'intègrent pas l'activité de gestion des régimes ARRCO-AGIRC qui sont des régimes obligatoires de retraite. Le Code de la Sécurité sociale, auquel sont soumises les institutions de prévoyance, ne leur permet pas d'exercer d'autres activités.

Enfin, l'activité de couverture des risques sociaux est plus minoritaire pour les sociétés d'assurance (17 % de leur activité en 2016, dont 5 % pour la santé). Le Code des assurances les autorise en effet à exercer une grande variété d'activités d'assurance qui dépasse largement le cadre des risques sociaux : assurance automobile, habitation, responsabilité civile, assurance vie, etc.

Graphique 1.4 – Répartition de l'activité par type d'organisme en 2016



Lecture : Pour les mutuelles, les cotisations collectées en santé représentent 84 % de l'ensemble des cotisations collectées en 2015.

Champ : Ensemble des organismes contrôlés par l'ACPR au 31/12/2016, hors sociétés de réassurance. Affaires directes.

Source : ACPR, calculs DREES.

La réglementation juridique impose enfin aux mutuelles et sociétés d'assurance de se spécialiser (encadré 2), soit dans les activités d'assurance dites « Vie » (assurance vie, retraite, décès, capitalisation) soit dans les autres activités d'assurance, dites « non-vie » (santé, invalidité, automobile, habitation, caution, etc.).

Encadré 1

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

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

Afin d'assurer sa mission, l'ACPR collecte chaque année auprès des organismes d'assurance divers éléments comptables et financiers, appelés états comptables et prudentiels. L'ACPR collecte également, pour le compte de la DREES, cinq états supplémentaires, appelés « états statistiques », qui permettent d'alimenter le présent rapport ainsi que les comptes nationaux de la Santé et ceux de la Protection sociale dont la DREES a la charge.

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

- bilans (FR0201 et S0201) : actifs et passifs du bilan des organismes ;
- comptes de résultat technique (FR0301, FR0302 et FR0303) : produits, charges et résultat technique ;
- comptes de résultat technique par type de contrats (états FR1301, FR1302 et FR1303) : produits, charges et résultat technique, par type de contrats ;
- états Solvabilité 2 (S2301) pour les organismes soumis à Solvabilité 2, engagements réglementés et marge de solvabilité (états C5 et C6) pour ceux qui restent soumis à Solvabilité 1 ;
- nombre de personnes assurées, couvertes et de bénéficiaires par type de garanties (état FR1401) ;
- primes et prestations par type de garantie (état FR1402) ;
- prestations santé par type de soins (état FR1403) ;
- frais de gestion des organismes complémentaires (état FR1404).

Sur le champ du rapport (annexe 1), 34,8 milliards d'euros de cotisations ont été collectées sur le marché de la complémentaire santé en 2016 d'après les données du fonds CMU, contre 35,9 milliards d'après les données des états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR (tableau). L'écart entre les deux sources, faible pour les mutuelles et les institutions de prévoyance (1 à 3 %), est plus important pour les sociétés d'assurance (6 %). Il s'explique notamment par des différences dans la définition du chiffre d'affaires en santé entre ces deux sources. En effet, la fraction de la taxe TSA reversée au Fonds CMU en 2016 est calculée sur les activités de complémentaire et de surcomplémentaire santé. Quant aux données de l'ACPR, elles correspondent à l'ensemble du risque « santé », et incluent donc aussi, par rapport au Fonds CMU, les contrats dits au « 1^{er} euro » à destination des personnes, travailleurs frontaliers ou expatriés par exemple, qui ne sont pas affiliés à l'assurance maladie. Mais elles excluent toutefois les garanties surcomplémentaires santé accessoires à un contrat autre que dommages corporels ou vie (automobile par exemple). Les écarts entre ces deux sources peuvent aussi s'expliquer par des décalages comptables d'enregistrement (la taxe est liquidée chaque trimestre, et au plus tard un mois après la fin de celui-ci). Enfin, dans certains groupes de protection sociale, d'assurance ou unions de mutuelles, une ou plusieurs sociétés peuvent s'acquitter de la taxe TSA au titre d'autres organismes du groupe, alors que les comptes sont envoyés pour chaque organisme à l'ACPR.

Tableau – Montant de cotisations collectées en santé en 2016

	Données du Fonds CMU	Données des états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR	<i>Exprimé en milliards d'euros</i> Écart ACPR par rapport au Fonds CMU (en %)
Mutuelles	18,2	18,4	1%
Sociétés d'assurance	10,3	11,0	6%
Institutions de prévoyance	6,3	6,5	3%
Ensemble	34,8	35,9	3%

Source : Fonds CMU, ACPR, calculs DREES.

Encadré 2

Le marché de l'assurance et sa double spécialisation juridique

Les acteurs du marché de l'assurance

En France, trois types d'acteurs peuvent exercer des activités d'assurance. Les **mutuelles**, régies par le Code de la mutualité, sont des organismes à but non lucratif, c'est-à-dire qu'elles appartiennent à leurs assurés et que les bénéfices qu'elles peuvent réaliser sont réinvestis à leur profit. Le Code de la mutualité autorise les mutuelles à exercer essentiellement sur le champ des risques sociaux (santé, incapacité, invalidité, dépendance, décès, retraite, emploi, famille). Elles peuvent exercer quelques activités hors de ce champ (caution, assistance, protection juridique et capitalisation) mais celles-ci restent très marginales. Les **institutions de prévoyance**, à but non lucratif également, sont soumises au Code de la Sécurité sociale, qui ne leur permet d'exercer que des activités sur le champ des risques sociaux. Les institutions de prévoyance sont spécialisées sur la couverture des entreprises ou des branches professionnelles (contrats collectifs) et sont des organismes dits « paritaires » : leurs conseils d'administration comportent, à égalité, des représentants des salariés et des employeurs des entreprises ou branches souscriptrices. Enfin, les **sociétés d'assurance** sont régies par le Code des assurances, qui leur permet d'exercer une plus grande variété d'activités d'assurance (assurance automobile, habitation, responsabilité civile, catastrophes naturelles, dommages aux biens, capitalisation et assurance vie...). Au sein des sociétés d'assurance, on distingue les mutuelles d'assurance (ou sociétés d'assurance mutuelle) et les compagnies d'assurance. Les mutuelles d'assurance sont des organismes à but non lucratif qui appartiennent à leurs adhérents, nommés « sociétaires », et ont ainsi un fonctionnement proche de celui des mutuelles. Les compagnies d'assurance sont des entreprises à but lucratif, qui appartiennent à leurs actionnaires. Certains organismes d'assurance sont spécialisés sur des segments de marchés, qui peuvent être professionnels (spécialisés sur une entreprise, une administration, un secteur d'activité ou une profession) ou géographiques (une région, un département ...). D'autres organismes sont dits « généralistes » car ils s'adressent au grand public, c'est-à-dire à l'ensemble des particuliers ou à l'ensemble des entreprises (Montaut A., 2018a).

La double spécialisation juridique

Sur le plan juridique, il existe 26 branches, qui recensent toutes les opérations pouvant être exercées par des organismes assureurs : maladie, incendie, responsabilité civile générale, autres dommages aux biens, vie-décès, etc. Pour pratiquer une activité dans une branche donnée, l'organisme assureur doit au préalable avoir reçu une autorisation spécifique, dénommée « agrément », de la part de l'ACPR.

Un organisme d'assurance qui pratique des opérations dépendant de la durée de la vie humaine (assurance dite « **Vie** » : retraite, décès, capitalisation et assurance vie) ne peut exercer simultanément les autres opérations d'assurance, dites « **Non vie** » (assurance santé, habitation, automobile, etc.), afin que « les promesses de longue durée faites aux assurés vie ne puissent être compromises par la survenance de sinistres incendie ou automobile » (Tosetti, 2011). Une exception : un organisme d'assurance Vie, qui peut être appelé alors organisme Mixte, peut demander un agrément pour couvrir des risques de dommages corporels (santé, incapacité, invalidité, dépendance et accidents) afin de pouvoir proposer à ses clients toute la panoplie des assurances de personnes. « La plupart des grandes sociétés d'assurance européennes comportent à la fois une société Vie (ou Mixte) et une société Non-vie, dont les patrimoines et les garanties de solvabilité sont distincts » (Tosetti, 2011). La faillite éventuelle de la filiale Vie par exemple ne doit ainsi pas pouvoir entraîner la faillite de la filiale Non-vie, et réciproquement. En 2016, sur les 82 sociétés d'assurance exerçant en santé et ayant renvoyé leurs comptes à l'ACPR (annexe 1), on dénombre 21 sociétés d'assurance Vie/Mixtes (exerçant une activité d'assurance vie d'après le compte de résultat technique vie FR0301) et 61 sociétés d'assurance Non-vie. Parmi les 224 mutuelles ayant renvoyé leurs comptes, on dénombre 78 mutuelles Vie (lesquelles représentent environ 85 % des cotisations collectées en santé par les mutuelles, ce sont donc plutôt de grandes mutuelles) et 146 mutuelles Non-vie (en moyenne plus petites, représentant 15 % des cotisations collectées par les mutuelles). Quant aux 25 institutions de prévoyance exerçant en santé et ayant fourni leurs comptes, elles exercent aussi une activité vie et sont donc considérées ici comme des organismes Vie.

Enfin, au-delà de cette spécialisation Vie/Non-vie, un organisme d'assurance **ne peut exercer aucune autre activité** hors du champ de l'assurance. Les mutuelles exerçant une activité d'assurance (appelées « mutuelles du Livre II » du Code de la mutualité) ne peuvent donc par exemple pas gérer des structures et des services sociaux ou sanitaires (mutuelles du Livre III du Code de la mutualité : centres de santé, cliniques, magasins d'optique, etc.), sauf si ces dernières sont accessoires (L. 111-1 du Code de la mutualité).

Rareté des petits organismes parmi les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance

La moitié des organismes qui exercent une activité santé ont un chiffre d'affaires total, *i.e.* toutes activités confondues, inférieur à 40 millions d'euros. Ces organismes sont ici conventionnellement qualifiés de « petits organismes d'assurance », tandis que ceux dont le chiffre d'affaires total est supérieur à 40 millions d'euros sont qualifiés de « grands ». De même, la moitié des organismes ont un chiffre d'affaires en santé inférieur à 19 millions d'euros, et sont ici qualifiés de « petits acteurs en santé », tandis que l'autre moitié, dont le chiffre d'affaires en santé est supérieur à ce seuil, sont qualifiés de « grands acteurs en santé ».

Selon cette grille de lecture, les institutions de prévoyance sont quasiment toutes de grands organismes d'assurance et de grands acteurs en santé (tableau 1.5). Les sociétés d'assurance sont généralement des organismes de grande taille, mais un tiers d'entre elles peuvent néanmoins être considérés comme de petits acteurs en santé. Enfin, les mutuelles sont une catégorie hétérogène, comportant de très grandes et de très petites structures.

Tableau 1.5 – Répartition des organismes exerçant une activité santé selon leur chiffre d'affaires total et en santé en 2016

Chiffre d'affaires total	Chiffre d'affaires en santé	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Sociétés d'assurance	Ensemble
Grand	Grand	69	19	47	135
Grand	Petit	2	2	26	30
Petit	Grand	30	0	1	31
Petit	Petit	123	4	8	135
Ensemble		224	25	82	331

Note : « Grand » chiffre d'affaires total = supérieur à 40 millions d'euros, « Petit » chiffre d'affaires total = inférieur à 40 millions d'euros. « Grand » chiffre d'affaires en santé = supérieur à 19 millions d'euros, « Petit » chiffre d'affaires en santé = inférieur à 19 millions d'euros.

Lecture : Sur les 224 mutuelles assujetties à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlées par l'ACPR au 31/12/2016, 69 peuvent être qualifiées d'organismes de grande taille en termes de chiffre d'affaires total et de grands acteurs en santé.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2016. Contrairement aux analyses présentées dans le reste du rapport, cette répartition des organismes est non pondérée et calculée uniquement sur les 331 organismes exerçant en santé et ayant fourni leurs comptes.

Sources : ACPR et Fonds CMU.

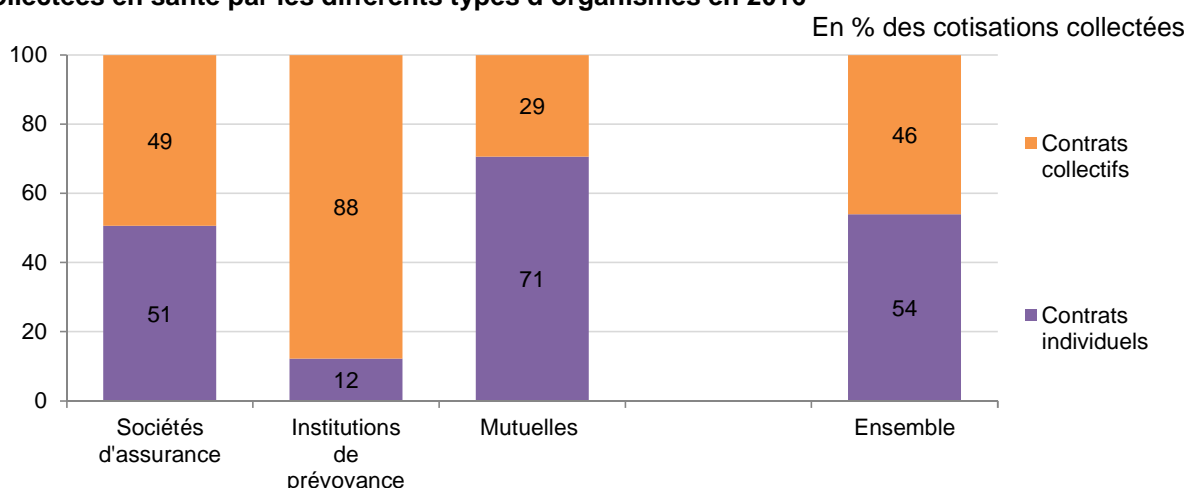
Les institutions de prévoyance sont spécialisées sur la couverture des entreprises

Les contrats individuels sont souscrits par des particuliers, tandis que les contrats collectifs sont souscrits dans la plupart des cas par des employeurs, au profit d'un ou plusieurs groupes de salariés⁴. Les institutions de prévoyance sont spécialisées sur les contrats santé collectifs, lesquels représentent 88 % des cotisations qu'elles ont collectées en 2016 (leurs contrats individuels sont spécifiques puisque destinés aux anciens salariés chômeurs et surtout retraités des entreprises couvertes en collectif, et éventuellement à leurs ayants droit). Les mutuelles sont quant à elles largement positionnées sur les contrats santé individuels (71 % de leur activité). Les sociétés d'assurance sont dans une position intermédiaire, avec 49 % des cotisations collectées au titre de contrats collectifs (graphique 1.6).

Les contrats individuels et collectifs se distinguent aussi en terme de niveaux de garanties, les contrats collectifs offrant en général une meilleure couverture que les contrats individuels d'après l'enquête de la DREES sur les contrats les plus souscrits (encadré 3). Depuis le 1^{er} janvier 2016, toutes les entreprises sont tenues de proposer à leurs salariés une couverture complémentaire collective (« généralisation de la complémentaire santé d'entreprise », encadré 4).

⁴ Il existe également des contrats collectifs facultatifs, non souscrits par des employeurs. Dans les données de l'ACPR, ces contrats collectifs facultatifs sont toutefois généralement comptabilisés avec les contrats individuels. Les contrats collectifs présentés ici correspondraient donc majoritairement à de la couverture santé en entreprise.

Graphique 1.6 – Part des contrats collectifs et individuels dans l'ensemble des cotisations collectées en santé par les différents types d'organismes en 2016



Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2016.

Source : ACPR, calculs DREES.

Encadré 3 Niveau de garanties des contrats santé

La DREES mène une enquête auprès des mutuelles, des sociétés d'assurance et des institutions de prévoyance afin de mieux connaître l'offre en matière de couverture complémentaire santé. Cette enquête porte sur les caractéristiques et les niveaux de garantie des trois contrats individuels et des trois contrats collectifs les plus souscrits au sein de chaque organisme, appelés « contrats modaux », ce qui représente 57 % de l'ensemble des bénéficiaires de contrats individuels et 27 % de l'ensemble des bénéficiaires de contrats collectifs en 2013. La prochaine vague de cette enquête (qui portera sur l'année 2016), désormais biennale, recensera auprès des organismes les 3 contrats individuels, les 3 contrats collectifs et les 3 surcomplémentaires les plus souscrits.

La DREES réalise une typologie des contrats les plus souscrits en classant les contrats en 5 groupes homogènes selon les remboursements offerts pour plusieurs prestations (groupes A, B, C, D et E). Les contrats de type A sont ceux offrant la meilleure couverture et les contrats de type E la moins bonne. Les deux tiers des bénéficiaires de contrats collectifs sont couverts par des contrats de classe A ou B (tableau E). Ces deux classes ne représentent en revanche que 9 % des contrats souscrits en individuel (Barlet, Befy et Raynaud, 2016).

Tableau – Répartition en % selon la typologie des bénéficiaires de contrats individuels et collectifs

Type de contrat	A	B	C	D	E	Ensemble
Individuels	3	6	43	26	22	100
Collectifs	53	13	26	3	6	100

Lecture : 3 % des bénéficiaires de contrats individuels sont couverts par un contrat de type A, c'est-à-dire offrant la meilleure couverture complémentaire santé.

Source : DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé, 2013.

Encadré 4

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise et la réforme des contrats responsables

La réforme des contrats responsables (1^{er} avril 2015)

La réforme des contrats responsables est entrée en vigueur en avril 2015. D'après le décret n° 2014-1374 du 18 novembre 2014, les contrats responsables doivent couvrir l'intégralité de la participation de l'assuré sur les tarifs de prise en charge par l'assurance maladie obligatoire pour l'ensemble des dépenses de santé, sauf pour les frais de cure thermique et les médicaments dont le service médical rendu a été classé faible ou modéré, ainsi que pour l'homéopathie. Ils doivent également couvrir l'intégralité du forfait journalier hospitalier. Le décret fixe également des plafonds de prise en charge pour certaines dépenses de soins afin de limiter la solvabilisation par les organismes complémentaires des pratiques tarifaires excessives de certains professionnels. Ainsi, la prise en charge des dépassements d'honoraires des médecins qui n'adhèrent pas à l'un des dispositifs de pratique tarifaire maîtrisée prévus par la convention nationale mentionnée à l'article L. 162-5 du Code de la Sécurité sociale (option pratique tarifaire maîtrisée – OPTAM - et l'option pratique tarifaire maîtrisée chirurgie et obstétrique - OPTAM-CO – depuis la convention médicale du 25 août 2016) est limitée à 100 % du tarif de la Sécurité sociale et doit nécessairement être au moins inférieure de 20 points à celle des dépassements d'honoraires de médecins qui adhèrent à ces dispositifs. Dans la même logique, la prise en charge des dépenses d'optique est encadrée par des plafonds et des planchers différents en fonction du niveau de correction nécessaire. Elle est par ailleurs limitée à un équipement tous les deux ans sauf pour les mineurs ou en cas d'évolution du besoin de correction où un équipement peut être remboursé tous les ans.

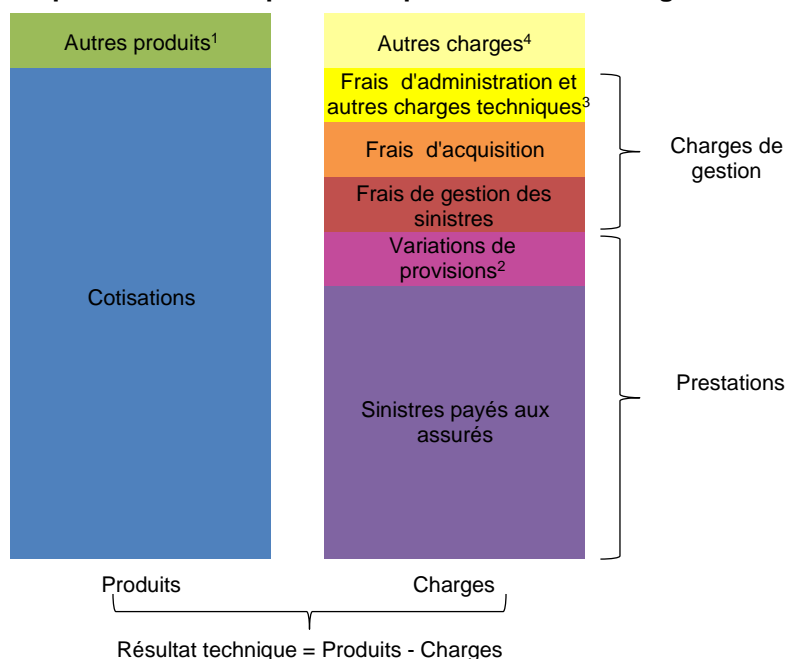
La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise (1^{er} janvier 2016)

La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a été introduite par l'article 1 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013. La loi de sécurisation de l'emploi nécessaire à sa mise en œuvre a été promulguée le 14 juin 2013. Elle prévoit une mise en application au 1^{er} janvier 2016. L'employeur est tenu de garantir un panier de soins minimal à ses salariés (Décret n° 2014-1025 du 8 septembre 2014) mais peut proposer des garanties plus couvrantes que les garanties minimales. Il participe au financement de la couverture collective mise en place à hauteur d'au moins 50 % de la cotisation (Article L911-7 du Code de la Sécurité sociale). Lorsque la négociation se tenait au niveau d'une branche professionnelle, la loi prévoyait jusqu'en 2013 la possibilité d'instituer une clause de désignation (obligation pour toutes les entreprises de la branche de souscrire le contrat auprès de l'organisme assureur désigné par celle-ci, avec ou sans clause de migration). Cependant, le Conseil constitutionnel a censuré les clauses de désignation dans sa décision du 13 juin 2013, les jugeant contraire à la liberté contractuelle et à la liberté d'entreprendre. Désormais, la loi prévoit que les accords de branche peuvent recommander un ou plusieurs organismes (article L. 912-1 du Code de la Sécurité sociale) si les garanties collectives présentent un haut degré de solidarité, le choix du ou des organismes recommandés devant également être précédé d'une procédure de mise en concurrence au niveau de la branche. L'entreprise demeure *in fine* libre de choisir l'organisme qui assurera la couverture de ses salariés. Certains salariés peuvent bénéficier de dispenses d'affiliation (afin de leur permettre de bénéficier de dispositifs sociaux ou d'éviter une double couverture). Par ailleurs, les partenaires sociaux peuvent choisir de substituer, pour certaines catégories de salariés à contrat court ou faible quotité travaillée, un « versement santé » destiné au financement d'une couverture individuelle, en remplacement de l'adhésion au contrat collectif d'entreprise.

Chapitre 2 - Une hausse du marché en collectif modérée malgré la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise

Les produits de l'activité assurantielle correspondent principalement aux **cotisations** collectées hors taxes (graphique 2.1). Les charges comprennent les **prestations**, c'est-à-dire la somme des sinistres payés aux assurés (remboursement des frais de soins) et des variations des provisions pour sinistres à payer (l'organisme assureur provisionne pour régler les sinistres futurs dont il n'a pas encore connaissance mais statistiquement prévisibles, ceux déclarés mais non encore indemnisés...). Les charges comprennent aussi l'ensemble des **charges de gestion** des organismes, qui comprennent les frais de gestion des sinistres (traitement des feuilles de soins, des contentieux...), les frais d'acquisition engagés pour attirer de nouveaux clients (frais de réseaux, de publicité...), les frais d'administration, liés à la gestion des contrats (modifications dans les contrats des assurés, gestion des réseaux de soins...), et enfin les autres charges techniques (évolution des systèmes d'informations, des exigences réglementaires...). Enfin, le **résultat technique en santé** représente la différence entre l'ensemble des produits et l'ensemble des charges liés à l'activité santé pour une année donnée. Un résultat technique positif est donc synonyme d'excédents. Dans ce rapport, on se place du point de vue des organismes d'assurance dont on cherche à évaluer la situation financière. Les cotisations et les différents ratios (prestations, charges, résultat technique rapportés aux cotisations) sont systématiquement présentés hors taxes, car c'est sur ces cotisations hors taxes que les organismes exercent leur métier d'assureur, engagent des frais de gestion, reversent des prestations, réalisent le cas échéant des profits, etc.

Graphique 2.1 – Représentation simplifiée des produits et des charges techniques



Note : Les proportions présentées dans ce schéma ne correspondent pas à la réalité. Cotisations hors taxes.

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

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

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

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

Source : DREES.

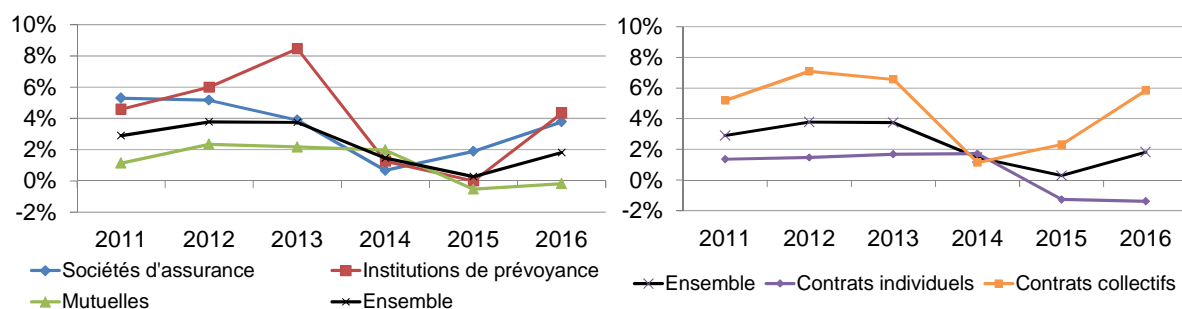
Des cotisations en hausse de 900 millions d'euros pour les contrats collectifs en 2016

Depuis le 1^{er} janvier 2016, toutes les entreprises sont tenues de proposer à leurs salariés une couverture complémentaire collective en santé. La masse totale des cotisations collectées en santé, hors taxe, a augmenté de 600 millions d'euros entre 2015 et 2016, soit +1,8 % d'après les données de

l'ACPR (graphique 2.2). En collectif, elle a augmenté de 900 millions d'euros en 2016, soit +5,8 %. À titre de comparaison, les contrats collectifs avaient déjà progressé de l'ordre de 900 millions d'euros par an entre 2011 et 2013, avant de croître plus faiblement entre 2013 et 2015. La masse des cotisations a en revanche reculé en individuel (-300 millions, soit -1,4 %) et ce, pour la deuxième année consécutive.

Les variations, en individuel comme en collectif, peuvent résulter des évolutions du nombre de personnes couvertes mais aussi de revalorisations tarifaires ou de changement dans les niveaux de garanties des contrats souscrits. Toutefois, sous certaines hypothèses conventionnelles, ces variations de cotisations entre 2015 et 2016 pourraient représenter +1,5 million de personnes couvertes en collectif et -1,0 million en individuel (Montaut A., 2018).

Graphique 2.2 – Évolution de la masse des cotisations en santé entre 2011 et 2016



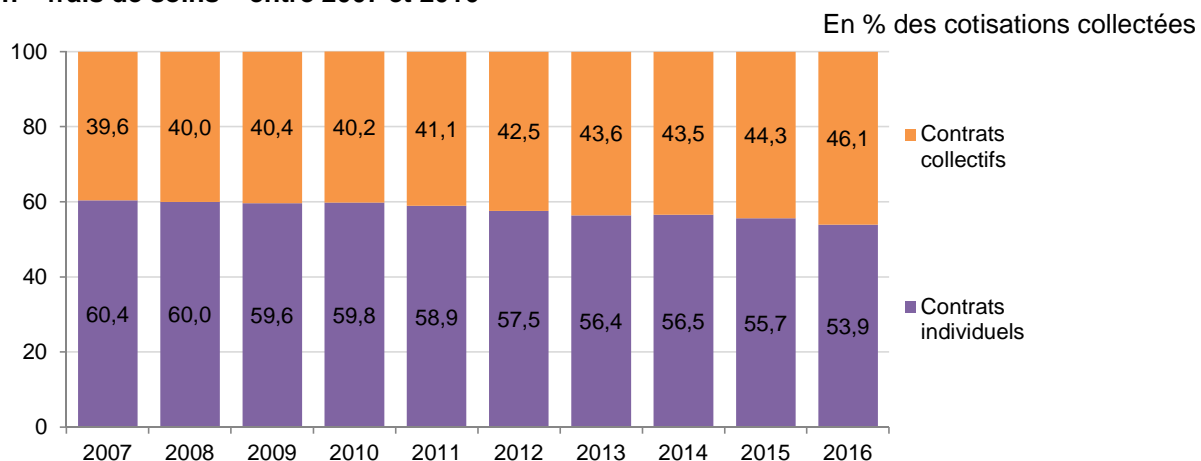
Lecture : Entre 2015 et 2016, les cotisations collectées par les sociétés d'assurance ont augmenté de 3,8 %.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

Les contrats collectifs représentent désormais 46 % des cotisations collectées en santé en 2016 (hors taxes), contre 44 % en 2015 (graphique 2.3). En raison d'une hausse de l'activité en collectif couplée à une baisse en individuel, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise a donc accru la part des contrats collectifs en 2016, au vu des années antérieures. Il ne s'agit toutefois pas à ce stade d'une transformation massive du marché. En effet, de nombreuses entreprises couvraient déjà leurs salariés *via* des contrats collectifs avant le 1^{er} janvier 2016. De plus, de nombreuses dispenses d'adhésion aux contrats collectifs sont permises par la loi (bénéficiaires de la CMU-C ou de l'ACS, salariés ou conjoints déjà couverts à titre collectif). Les salariés préalablement couverts par un contrat individuel ont aussi la possibilité d'attendre l'échéance de ce dernier avant de basculer sur le contrat collectif de leur employeur, afin de ne pas se retrouver avec une double couverture. Enfin, certaines entreprises se seraient mises en conformité avec cette nouvelle obligation en cours d'année 2016. Cette année 2016 pourrait donc être encore une année de montée en charge de la généralisation.

Graphique 2.3 – Part des contrats collectifs et individuels dans l'ensemble des cotisations en « frais de soins » entre 2007 et 2016



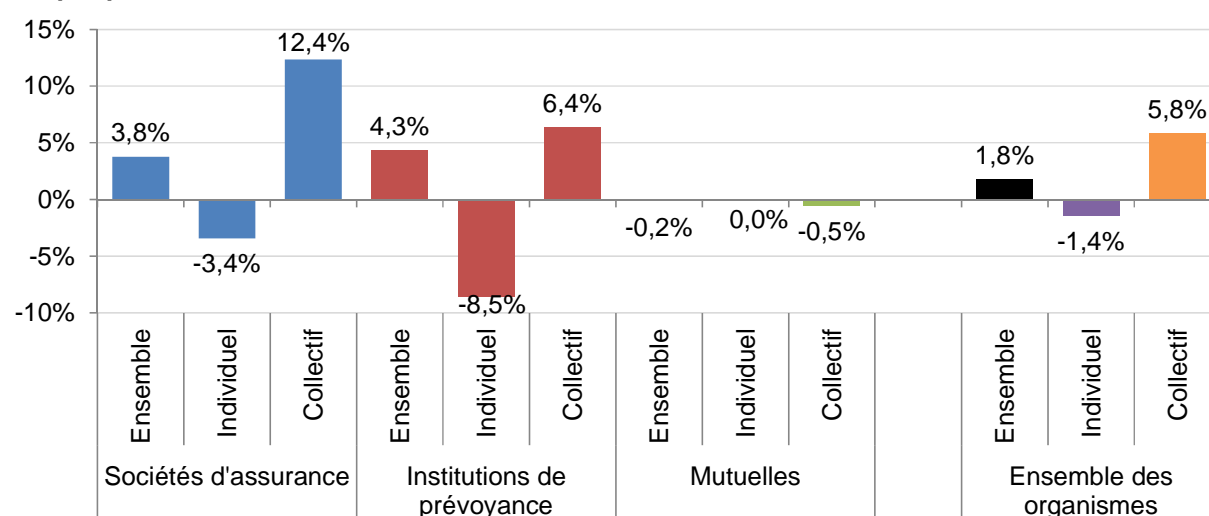
Champ : Organismes assujettis à la contribution ou à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

Des mutuelles prédominantes, mais qui perdent des parts de marché au profit des assureurs

Les cotisations collectées par les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance se sont accrues de 4 % (soit respectivement +400 et +300 millions d'euros, hors taxes). Pour ces deux familles d'organismes, l'activité a reculé en individuel et augmenté en collectif (graphique 2.4). Pour les mutuelles, les cotisations sont restées stables en individuel 2015 et 2016, et ont légèrement reculé en collectif. En individuel, les mutuelles ont bénéficié de leur positionnement sur certains segments de marchés non concernés par la généralisation de la complémentaire d'entreprise (fonctionnaires, retraités...), qui leur a permis de mieux résister que leurs concurrents mais, en collectif, elles ont moins accru leur activité. En collectif, 9 organismes ont particulièrement tiré leur épingle du jeu : il s'agit d'organismes appartenant à des groupes d'assurance ou de protection sociale (Montaut A., 2018b).

Graphique 2.4 – Évolution de la masse des cotisations en santé entre 2015 et 2016



Lecture : Entre 2015 et 2016, la masse des cotisations collectées par les sociétés d'assurance a augmenté de 3,8 %.
Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.
Source : ACPR, calculs DREES.

Au global, les mutuelles détiennent 52 % du marché (tableau 2.5), contre 30 % pour les sociétés d'assurance et 18 % pour les institutions de prévoyance d'après le Fonds CMU. La part de marché des sociétés d'assurance s'est accrue en 2016 comme au cours des années précédentes. Depuis 2001, les sociétés d'assurance ont gagné des parts de marché, notamment sur les mutuelles

Tableau 2.5 – Parts de marché en santé des trois catégories d'organismes entre 2001 et 2016

	2001	2006	2012	2013	2014	2015	2016
Mutuelles	60%	59%	55%	54%	53%	53%	52%
Sociétés d'assurance	19%	24%	27%	28%	28%	29%	30%
Institutions de prévoyance	21%	17%	18%	18%	19%	18%	18%

Note : Les parts de marché présentées ici, de source Fonds CMU, peuvent légèrement différer de celles qui peuvent se déduire du tableau 5.3, de source ACPR. La source Fonds CMU est ici privilégiée pour sa plus grande profondeur historique.
Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (à partir de 2011) ou à la contribution CMU (avant 2011) perçue au profit du Fonds CMU. Parts de marché en termes de cotisations collectées.
Source : Fonds CMU.

Chaque année, des organismes entrent ou sortent du périmètre de surveillance de l'ACPR (transfert à l'étranger, etc.) ou sont transférés d'une catégorie d'organismes à une autre (encadré 5). Ces mouvements de champ peuvent expliquer une partie des évolutions des cotisations et des parts de marché des trois catégories. Toutefois, ils ont été très faibles en 2016. Les évolutions des cotisations collectées s'expliquent donc principalement par celles des organismes présents à la fois en 2015 et en 2016 et dénommés « pérennes », les entrées et sorties n'ayant eu qu'un effet négligeable.

Encadré 5 Analyser les évolutions et les mouvements de champ

Chaque année, des sociétés entrent ou sortent du champ du secteur de la complémentaire santé ou sont transférées d'un secteur à l'autre :

- certaines sociétés entrent sur le marché de la complémentaire santé, ou absorbent tout ou partie du portefeuille d'un organisme d'un autre secteur ;
- certaines sociétés interrompent ou cèdent tout ou partie de leur activité santé ;
- d'autres sociétés peuvent être rachetées ou cédées par une société étrangère qui ne fournit donc pas ses comptes à l'ACPR.

Ces mouvements de champ peuvent expliquer une partie des évolutions, au niveau le plus agrégé ou par famille d'organisme (mutuelles, sociétés d'assurance ou institutions de prévoyance). L'évolution des indicateurs financiers entre 2015 et 2016 peut alors s'exprimer comme la somme de trois contributions : la contribution des organismes présents à la fois en 2015 et 2016 (organismes dits « pérennes »), celle des organismes qui entrent dans le champ ou le secteur en 2016 (« entrées »), et celle des organismes qui en sortent en 2015 (« sorties »).

Ainsi, l'agrégat en 2016 se calcule comme la somme de cet agrégat en 2016 sur les organismes pérennes et sur les entrants. L'agrégat en 2015 se calcule comme la somme de cet agrégat en 2015 pour les organismes pérennes et sur les sortants. Par exemple, le montant total des cotisations en 2015 et en 2016 peut s'exprimer ainsi :

$$\begin{aligned} Cotis(15) &= Cotis^{péren.}(15) + Cotis^{sort.}(15) \\ Cotis(16) &= Cotis^{péren.}(16) + Cotis^{entr.}(16) \end{aligned}$$

L'évolution du montant total des cotisations entre 2014 et 2015 s'exprime comme la somme de trois facteurs :

$$\frac{Cotis(16)}{Cotis(15)} - 1 = \underbrace{\frac{Cotis^{entr.}(16)}{Cotis(15)}}_{\text{contribution des entrées}} - \underbrace{\frac{Cotis^{sort.}(15)}{Cotis(15)}}_{\text{contribution des sorties}} + \underbrace{\frac{Cotis^{péren.}(15)}{Cotis(15)}}_{\text{contribution des pérennes}} * \left(\frac{Cotis^{péren.}(16)}{Cotis^{péren.}(15)} - 1 \right)$$

En 2011, la taxe de solidarité additionnelle a remplacé la contribution CMU. Jusqu'en 2010, les cotisations déclarées dans les états incluait la contribution tandis que, depuis 2011, elles excluent la taxe. En pratique, la transition de la contribution CMU vers la taxe de solidarité additionnelle perçue au profit du fonds CMU s'est quasiment achevée dès 2011 (moins de 5 % des cotisations étaient encore concernées par la contribution en 2011). Les données de 2011 sont exprimées ici hors taxe, de manière à pouvoir être comparées à celles des années suivantes. Ce rapport présente ainsi systématiquement des séries de l'année 2011 à l'année en cours. En revanche, comme l'année 2010 et les années antérieures nécessiteraient des retraitements plus lourds pour être comparables aux années post-2011, il a été décidé de ne pas les présenter dans ce rapport.

Chapitre 3 - 80 % des cotisations reversées sous forme de prestations en 2016

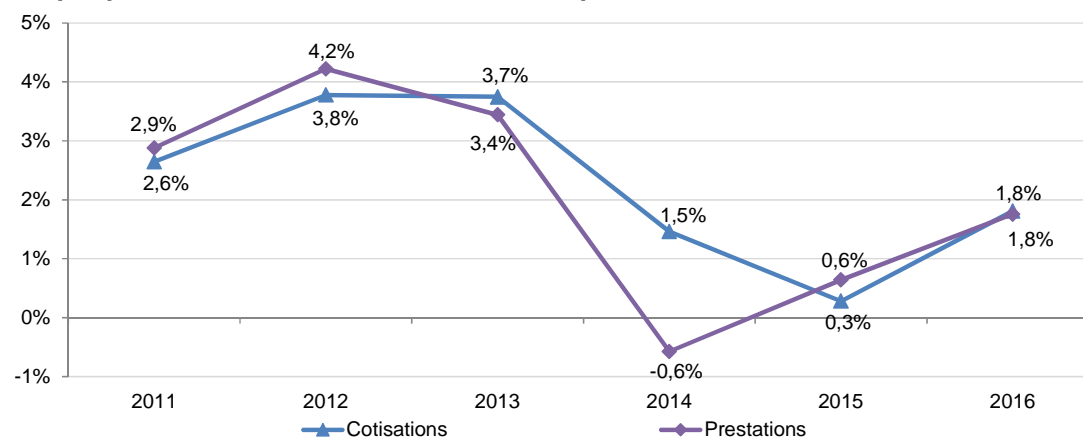
Depuis 2014, les prestations versées par les organismes complémentaires ralentissent

Entre 2015 et 2016, les prestations santé versées aux assurés ont augmenté de 1,8 % (graphique 3.1). Les prestations versées par les organismes complémentaires continuent à augmenter mais, depuis 2014, moins vite que la dépense totale de frais de santé. Les organismes complémentaires financent ainsi 13,3 % de la consommation de soins et biens médicaux en 2016, contre 13,7 % en 2013, année de leur point haut (Befy et al., 2017).

Le ralentissement des prestations à partir de 2014 s'explique d'abord par le fait que les organismes complémentaires bénéficient de certaines mesures d'économie et de régulation qui ont été prises par les pouvoirs publics, en particulier dans le cadre de l'ONDAM. Il s'explique aussi par le fait que les dépenses les mieux prises en charge par la Sécurité sociale augmentent (hôpital notamment) et par la progression des effectifs de personnes en ALD.

Enfin, certains organismes complémentaires ont également mis en place des actions depuis plusieurs années afin de modérer leurs dépenses, notamment en optique : limitation des garanties les plus élevées, réseaux de soins aux tarifs négociés, remboursements « bonus » en cas de non-consommation sur les deux ou trois dernières années, etc. La réforme des contrats responsables entrée en vigueur le 1^{er} avril 2015 (encadré 4) a accompagné ce mouvement, en limitant la prise en charge des lunettes par les organismes complémentaires à une année sur deux sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs, en plafonnant les remboursements en optique et la prise en charge des dépassements d'honoraires (a contrario, elle impose toutefois désormais la prise en charge du forfait journalier hospitalier sans limite de durée). Sur les trois dernières années, les prestations ont donc crû moins vite que lors des 3 années antérieures. Les cotisations collectées par les organismes pour faire face à ces prestations ont donc également ralenti sur les trois dernières années par rapport à la période précédente (graphique 3.1).

Graphique 3.1 – Évolution des cotisations et prestations en santé entre 2011 et 2016



Lecture : Les prestations versées, tout comme les cotisations, ont augmenté de 1,8 % entre 2015 et 2016.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

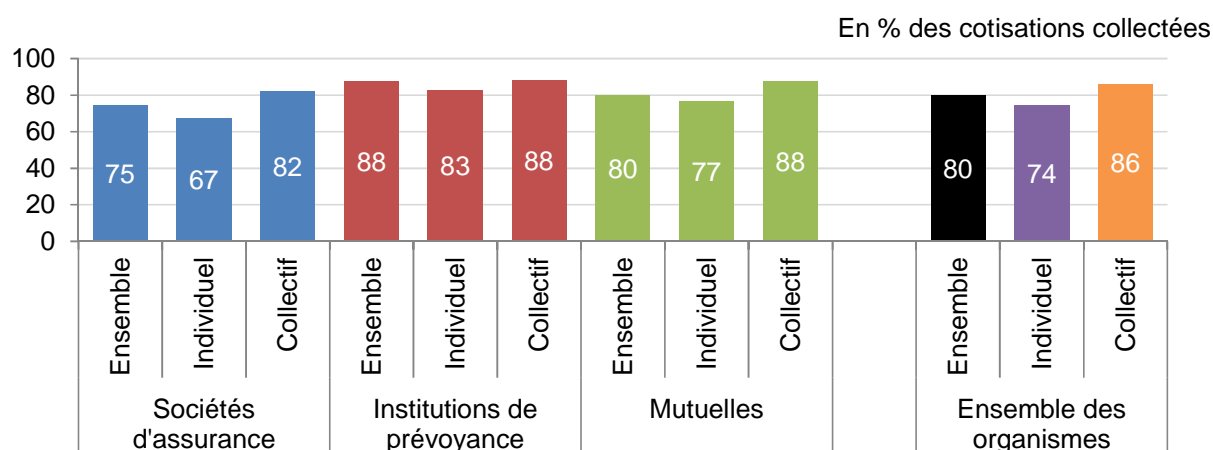
Source : ACPR, calculs DREES.

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

Les organismes reversent aux assurés 80 % de leurs cotisations hors taxes sous forme de prestations. Les contrats collectifs apparaissent toutefois plus avantageux (86 % des cotisations reversées en prestations en 2016 contre 74 % en individuel, graphique 3.2). Cela s'explique d'abord par des contrats collectifs déficitaires (chapitre 5). Les entreprises, qui souscrivent ces contrats collectifs au profit de leurs salariés, sont en effet davantage en position de négocier des garanties au meilleur prix que des personnes seules dans le cas des contrats individuels. De plus, les charges de gestion sont plus faibles en collectif (chapitre 4), probablement en raison d'économies d'échelles.

En 2016, les institutions de prévoyance reversent la part la plus élevée de cotisations sous forme de prestations (88 %), devant les mutuelles (80 %) et les sociétés d'assurance (75 %). Cette hiérarchie entre les trois familles s'explique d'abord par le poids du collectif au sein de leur activité, mais aussi par la spécialisation de certaines mutuelles et institutions de prévoyance sur des professions ou des branches professionnelles. Ces dernières ont en effet tendance à offrir un meilleur retour sur cotisations aux assurés car elles présentent des charges de gestion plus faibles. En individuel, ce sont ainsi les mutuelles d'entreprises qui offrent le meilleur retour sur cotisations aux assurés et en collectif, ce sont les institutions de prévoyance (Leduc A., Montaut A., 2017). Cela peut s'expliquer notamment par le fait que certaines mutuelles et institutions de prévoyance bénéficient de populations cibles plus ou moins « captives » et bénéficient donc de charges plus faibles (chapitre 4). Les ratios prestations sur cotisations sont ici présentés hors taxes. Du point de vue des assurés, en raison des taxes sur les contrats d'assurance santé, les ratios prestations sur cotisations peuvent être inférieurs à ceux qui sont ici présentés (encadré 6).

Graphique 3.2 – Prestations sur cotisations par type d'organisme et de contrat en 2016



Lecture : En 2016, les sociétés d'assurance reversent 75 % des cotisations sous forme de prestations aux assurés.

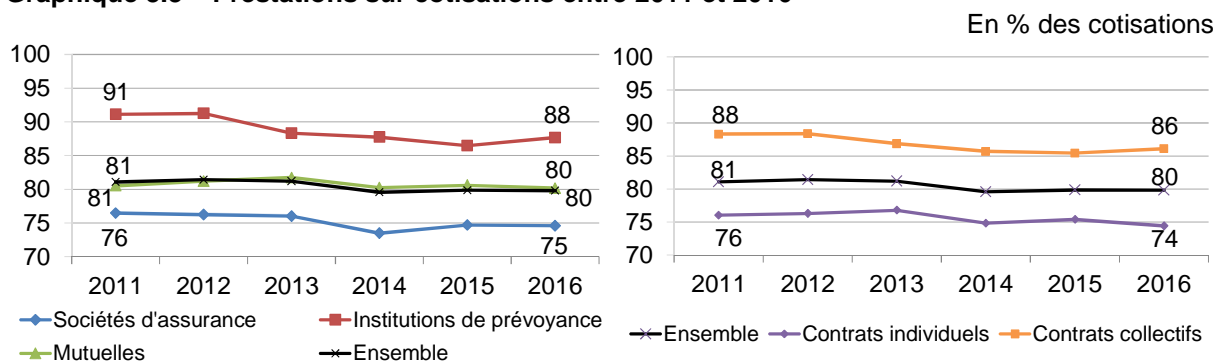
Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2016.

Source : ACPR, calculs DREES.

Un retour sur cotisations en léger recul ces dernières années

Le retour sur cotisations (hors taxes) de l'assurance santé a peu évolué en 2016 (graphique 3.3). Sur plus longue période, il a très légèrement reculé, passant de 81 % entre 2011 et 2013 à 80 % depuis 2014.

Graphique 3.3 – Prestations sur cotisations entre 2011 et 2016



Lecture : En 2011, les contrats individuels reversent aux assurés 76 % de leurs cotisations sous forme de prestations.

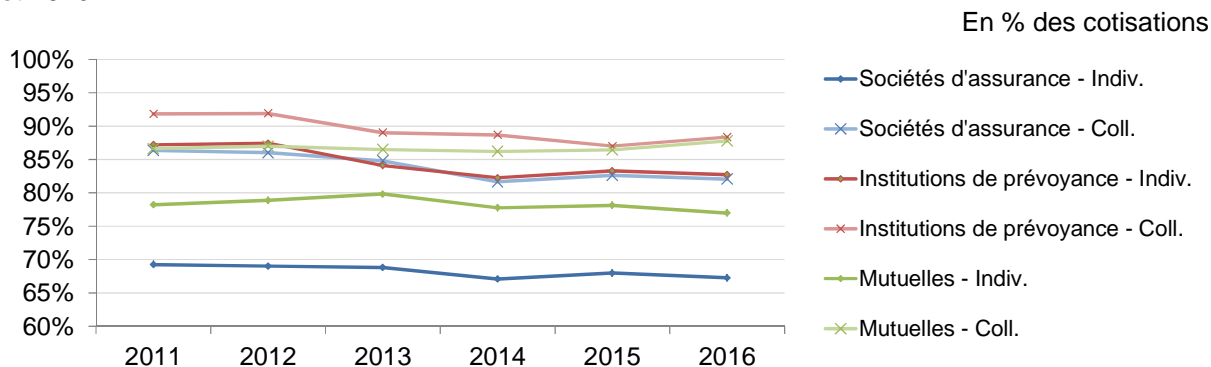
Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

Les évolutions sont assez similaires pour les trois familles d'organismes, en individuel comme en collectif (graphique 3.4). Cette légère baisse peut s'expliquer par des charges de gestion qui ont augmenté en proportion ces dernières années (chapitre 4), mais également par les réformes et dispositifs de maîtrise des dépenses (réforme des contrats responsables, limitation des garanties les plus généreuses, réseaux de soins, bonus, etc.). Enfin, les nouveaux contrats spécifiques ACS

(encadré 7) pourraient avoir des répercussions sur le retour sur cotisations global, mais les données ne permettent pas de les évaluer.

Graphique 3.4 – Prestations sur cotisations par type d'organisme et de contrat entre 2011 et 2016



Lecture : En 2011, les contrats individuels des mutuelles reversent aux assurés 78 % de leurs cotisations sous forme de prestations.

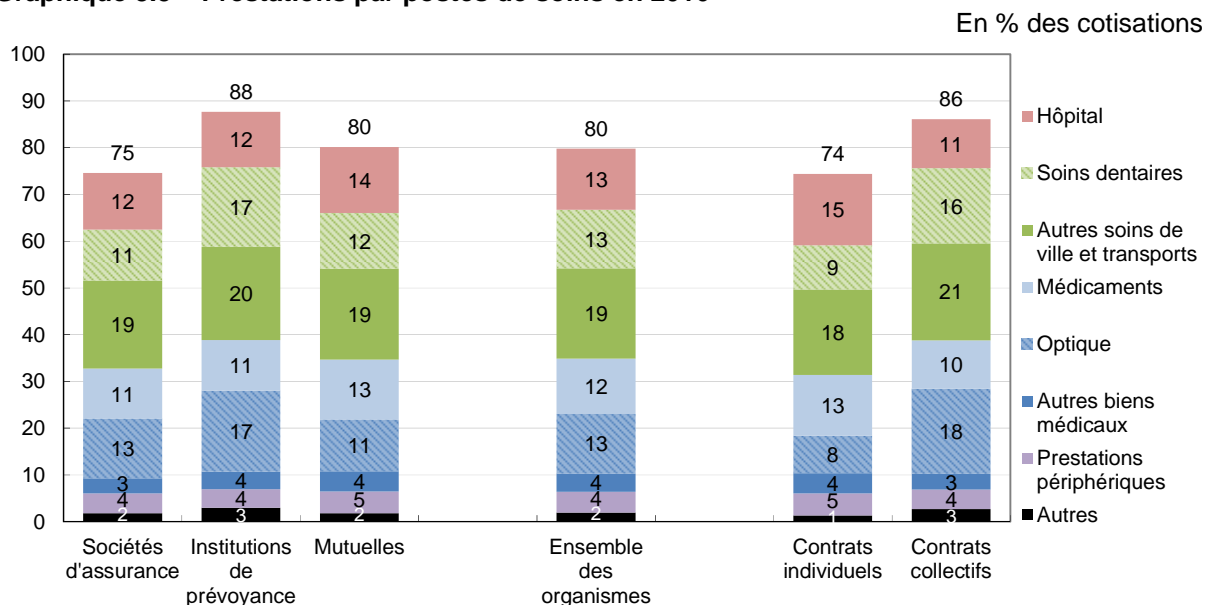
Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

Contrats collectifs : plus de remboursements en optique et dentaire, moins en hospitalisation et en médicaments

Les institutions de prévoyance se distinguent des mutuelles et des sociétés d'assurance car elles offrent une prise en charge proportionnellement plus élevée des soins dentaires et de l'optique. À titre d'exemple, pour 100 € de cotisations en 2016, les institutions de prévoyance reversent en moyenne 17 € en optique contre 13 € pour les sociétés d'assurance et 11 € pour les mutuelles (graphique 3.5) et elles reversent 17 € en dentaire, contre 12 € pour les mutuelles et 11 € pour les sociétés d'assurance. Les institutions de prévoyance reversent en revanche proportionnellement moins de prestations en soins hospitaliers et en médicaments que les mutuelles.

Graphique 3.5 – Prestations par postes de soins en 2016



Note : Les « prestations périphériques » sont les prestations à la périphérie du système de soins. Elles comportent des prestations de médecine alternative (ostéopathe, psychologue, etc.), de prévention (patchs anti-tabac, vaccinations internationales, etc.), des prestations de confort à l'hôpital ou en cures thermales (chambre particulière, lit accompagnant, télévision, etc.). Les prestations « Autres » comportent les variations de provisions pour sinistres restant à payer (qui ne peuvent être ventilées par poste de soins) ainsi que des prestations accessoires à la santé (prime de naissance, garde d'enfant, aide-ménagère, décès, etc.)

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2016.

Source : ACPR, calculs DREES.

Ces hiérarchies entre types d'organismes s'expliquent surtout par la part des contrats collectifs dans leur portefeuille. En effet, pour l'optique et les soins dentaires, les contrats collectifs offrent en général des garanties plus avantageuses pour les assurés (encadré 3), ce qui explique leur plus forte part dans les prestations. Pour les soins hospitaliers et les médicaments, les différences entre contrats individuels et contrats collectifs s'expliquent plutôt par les caractéristiques sociodémographiques des personnes couvertes. En effet, malgré des garanties généralement plus avantageuses, les bénéficiaires des contrats collectifs, couverts *via* leur entreprise, sont donc en moyenne plus jeunes et plus souvent en emploi, et consomment donc moins ces deux types de soins que les bénéficiaires des contrats individuels, plus fréquemment retraités ou sans emploi et dont l'état de santé est moins bon en moyenne.

Encadré 6

Les taxes payées par les assurés sur les contrats de complémentaire santé

Les assurés couverts par un contrat de complémentaire santé paient, en plus des cotisations du contrat, une taxe dite de solidarité additionnelle (TSA), qui s'élève en 2016, dans le cas général (contrats solidaires et responsables « classiques », c'est-à-dire à destination du grand public), à 13,27 % des cotisations collectées en santé. Une partie du produit de cette taxe (6,27 % des cotisations, dans le cas des contrats responsables classiques) permet de financer la CMU-C et l'ACS *via* le Fonds CMU (encadré 7). L'autre partie (7,0 %) est en revanche affectée à la CNAM-TS et à la CNAF. Cette taxe est prélevée par les organismes d'assurance car ceux-ci sont les mieux placés pour le faire, mais elle est ensuite intégralement reversée aux URSSAF.

Dans ce rapport, le point de vue adopté est celui des organismes d'assurance dont on examine la situation financière. Les cotisations sont donc exprimées hors taxes, de façon à refléter le montant de cotisations sur lequel les organismes exercent leur métier d'assureur, engagent des frais de gestion, reversent des prestations aux assurés, réalisent d'éventuels profits, etc. De ce point de vue, en 2016, les organismes reversent ainsi aux assurés 80 % de leurs cotisations en santé sous forme de prestations.

Les assurés, en revanche, paient la taxe TSA. De leur point de vue, le rapport prestations sur cotisations TTC apparaît donc différent, dans un sens ou dans l'autre selon les cas.

→ Les assurés qui ont les moyens de payer eux-mêmes leur contrat de complémentaire santé ont un ratio prestations sur cotisations TTC moindre, qui avoisine 70 % en moyenne (80 € de prestations reçues pour 100 € de cotisations payés à l'organisme assureur, auxquels s'ajoutent 13,27 € de taxes environ).

→ Les assurés qui bénéficient de l'aide à la complémentaire santé (ACS) ont un rapport prestations sur cotisations TTC plus élevé, puisqu'ils bénéficient du chèque santé qui leur permet de réduire le coût de leur contrat. Ce chèque prendrait en charge en moyenne 63 % de la cotisation TTC d'un assuré en 2016 d'après le « rapport 2016-2017 du Fonds CMU sur les bénéficiaires, le contenu et le prix des contrats ayant ouvert droit à l'ACS ». Sous l'hypothèse que les bénéficiaires de l'ACS se situent dans la moyenne de la population, leur ratio prestations sur cotisations TTC moyen serait proche de 190 %.

→ Quant aux personnes couvertes par la CMU-C, elles reçoivent des prestations sans devoir régler de cotisations en contrepartie.

Au global, les Français ont perçu 28,6 milliards d'euros de prestations en 2016 (y compris bénéficiaires de l'ACS et de la CMU-C lorsque leur couverture est gérée par un organisme complémentaire) auxquels s'ajoutent 2,0 milliards de prestations de la part du régime général pour les personnes à la CMU-C ayant choisi leur régime de base comme gestionnaire (comptes 2016 du Fonds CMU). Les Français ont par ailleurs versé 35,9 milliards d'euros de cotisations hors taxes aux organismes complémentaires, auxquels s'ajoutent 4,8 milliards de taxe TSA. Le ratio prestations sur cotisations de l'ensemble des Français s'élève donc, si l'on prend en compte la taxation, à 75 %, contre 80 % hors taxes.

Encadré 7

Zoom sur la gestion de la CMU-C et de l'ACS par les organismes complémentaires

La **couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C)** est une complémentaire santé individuelle gratuite accordée aux plus modestes. La CMU-C peut être gérée, au choix du bénéficiaire, soit par son organisme d'assurance maladie d'affiliation soit par un organisme complémentaire inscrit sur la liste nationale des organismes volontaires pour la gérer. En 2016, 11 % des bénéficiaires de la CMU-C ont choisi un organisme complémentaire pour la gestion de leurs droits d'après le Fonds CMU. À partir d'une fraction des produits de la taxe de solidarité additionnelle aux contrats d'assurance complémentaire santé (6,27 % des cotisations dans le cas des contrats solidaires et responsables « classiques »), le Fonds CMU rembourse aux organismes les prestations qu'ils ont versées aux bénéficiaires de la CMU-C, dans la limite d'un plafond indexé sur l'inflation (412 € par bénéficiaire pour l'année 2016). Ces remboursements de la part du Fonds CMU sont nommés « participation légale » et peuvent être interprétés, du point de vue des organismes assureurs, comme les « cotisations » des contrats CMU-C.

Les participations légales reçues ou à recevoir de la part du Fonds CMU compensent à peu près les prestations versées par les organismes à leurs bénéficiaires de la CMU-C. Les prestations versées par les organismes au titre de la CMU-C représentent en effet en moyenne 102 % des participations légales reçues en 2016 (sur 126 organismes, représentant 58 % de parts de marché, ayant renseigné l'ensemble des montants nécessaires à cette estimation).

L'**aide à la complémentaire Santé (ACS)** est une aide qui s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le seuil d'attribution de la CMU-C et ce même seuil majoré de 35 %. Elle vise à les aider à financer un contrat d'assurance complémentaire santé individuel. Le montant de cette aide par personne varie selon l'âge de l'assuré. En 2016, il variait de 100 € annuels pour les moins de 16 ans à 550 € pour les 60 ans ou plus. Les montants d'ACS sont attribués dans la limite de la cotisation à la complémentaire santé, et l'assuré s'acquitte du reste de la cotisation. En 2016, l'ACS a permis de réduire la cotisation annuelle des bénéficiaires de 310 € en moyenne d'après le Fonds CMU.

Depuis le 1^{er} juillet 2015, pour pouvoir bénéficier de l'ACS, les contrats souscrits ou renouvelés doivent faire partie des 11 offres homologuées par les pouvoirs publics suite à un appel à concurrence. L'objectif de cet appel d'offres est d'améliorer le recours à l'ACS et de faire baisser les prix des contrats pour les bénéficiaires grâce à la mise en concurrence des organismes sur des garanties comparables. Certaines offres sont co-assurées par plusieurs organismes complémentaires. Depuis juillet 2015, les bénéficiaires de l'ACS sont également exonérés du paiement des franchises médicales et des participations forfaitaires sur les consultations médicales et les actes de biologie, au même titre que ceux de la CMU-C.

Avant la réforme, la gestion de l'ACS n'avait pas d'effet notable sur le retour sur cotisations ou la rentabilité des organismes complémentaires. En effet, les anciens contrats ACS étaient des contrats classiques, que les assurés pouvaient choisir librement et dont une partie de la cotisation était simplement prise en charge par le Fonds CMU. Les nouveaux contrats ACS, issus des 11 offres sélectionnées, sont plus spécifiques. Ceux qui ont été choisis par les bénéficiaires sont en moyenne de meilleure qualité que les anciens (41 % des nouveaux contrats ACS sont de qualité C au sens de la typologie de la DREES, contre 9 % avant la réforme, d'après le Fonds CMU). Le prix moyen d'un contrat ACS a de plus diminué de 11 % depuis la réforme. Enfin, les nouveaux contrats ACS auraient été en moyenne déficitaires en 2016 (Fonds CMU, octobre 2017, « Rapport annuel sur l'aide au paiement d'une complémentaire santé : bénéficiaires, prix et contenu des contrats ayant ouvert droit à l'aide »). Ces résultats doivent toutefois être pris avec prudence en raison de la montée en charge du dispositif.

Chapitre 4 - 20 % des cotisations collectées consacrées aux charges de gestion

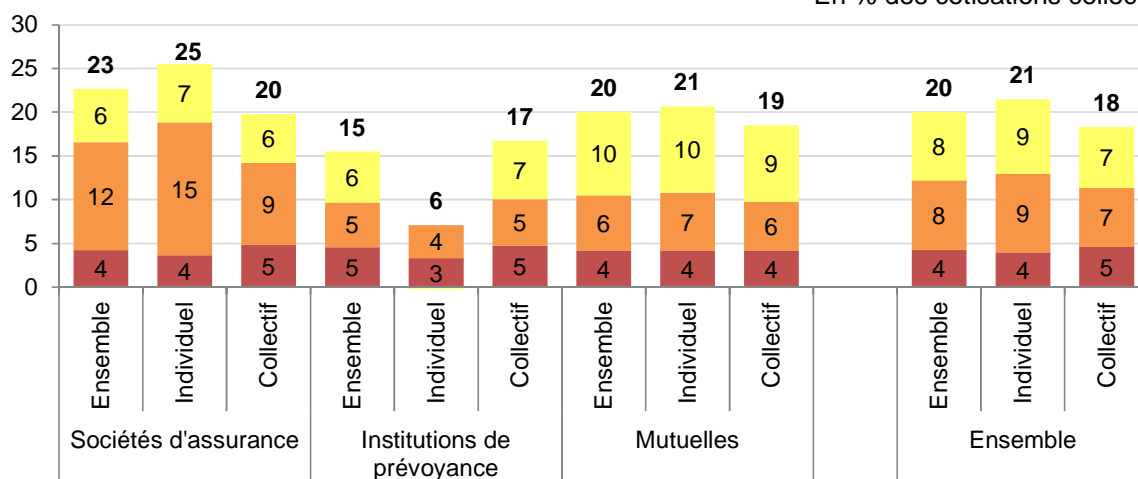
Dans les comptes de l'activité d'assurance santé, les frais de gestion des sinistres correspondent au traitement des feuilles de soins. Les charges liées à l'obtention de nouveaux contrats sont les frais d'acquisition (publicité, réseau commercial, frais d'ouverture de dossiers, etc.). Enfin, les frais d'administration et autres charges techniques nettes, parfois nommés par la suite par souci de simplicité « frais d'administration », retracent la gestion courante des contrats (recouvrement des cotisations, contractualisation avec des professionnels de santé ou avec des réseaux de soins, changement d'adresse ou de compte bancaire de l'assuré, administration du portefeuille, etc.) ainsi que d'autres charges techniques liées à l'activité d'assurance et à la réglementation (évolution des systèmes d'informations, conséquences des réformes réglementaires, etc.). L'ensemble de ces frais constituent les charges de gestion.

Des charges de gestion plus faibles pour les contrats collectifs

En 2016, l'ensemble des charges de gestion représente 20 % des cotisations collectées hors taxes (graphique 4.1). Les sociétés d'assurance ont les charges de gestion relatives les plus élevées (23 % des cotisations), devant les mutuelles (20 %) et les institutions de prévoyance (15 %).

Graphique 4.1 – Part des charges de gestion dans les cotisations en santé en 2016

En % des cotisations collectées



■ Frais d'administration et autres charges techniques ■ Frais d'acquisition ■ Frais de gestion des sinistres

Note : Les contrats individuels des institutions de prévoyance, principalement destinés aux anciens salariés retraités ou chômeurs des entreprises couvertes en collectif, sont très spécifiques.

Lecture : Les charges de gestion des contrats collectifs des sociétés d'assurance représentent 20 % des cotisations collectées, dont 5 % au titre des frais de gestion des sinistres, 9 % pour les frais d'acquisition et 6 % pour les frais d'administration.

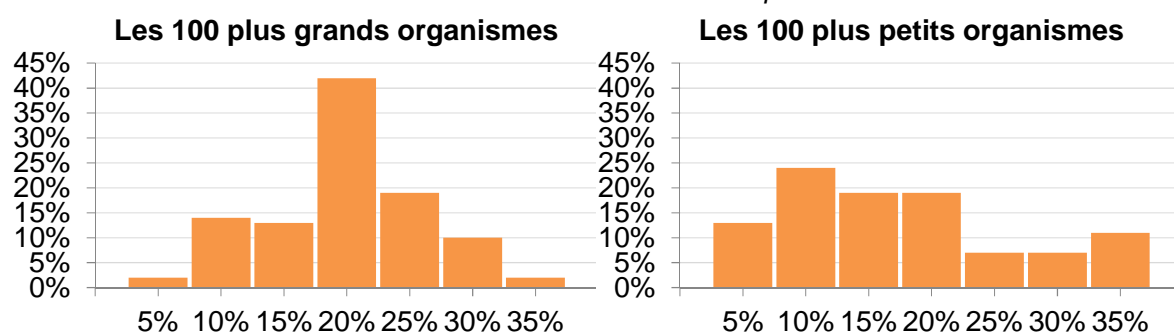
Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2016.

Source : ACPR, calculs DREES.

Cette hiérarchie s'explique d'abord par le poids du collectif dans le portefeuille des organismes. En effet, les charges de gestion des contrats collectifs sont en moyenne plus faibles que celles des contrats individuels (respectivement 18 % contre 21 %). Les frais d'acquisition sont plus faibles en collectif car faire de la publicité et vendre des contrats auprès des entreprises est moins coûteux qu'auprès du grand public (nombre d'interlocuteurs réduits), les dossiers sont par ailleurs ouverts en partenariat avec les ressources humaines de ces entreprises et non auprès de chaque individu couvert. De même, les frais d'administration sont systématiquement un peu plus faibles en collectif car les cotisations peuvent être prélevées par les entreprises et reversées globalement aux organismes assureurs.

Seules les institutions de prévoyance se caractérisent par des charges de gestion en individuel plus faibles qu'en collectif mais leurs contrats individuels sont destinés aux anciens salariés des entreprises couvertes en collectif (L. 932-14 du Code de la Sécurité sociale) et sont donc spécifiques. Enfin, les charges de gestion sont plus dispersées parmi les petits organismes (graphique 4.2).

Graphique 4.2 – Dispersion des charges de gestion en santé selon la taille de l'organisme
Exprimées en % des cotisations en santé



Note : Il s'agit des 100 plus grands et des 100 plus petits organismes en termes de cotisations collectées en santé.

Lecture : Parmi les 100 plus grands organismes, 42 % d'entre eux ont des charges de gestion qui représentent environ 20 % des cotisations en santé (entre 17,5 % et 22,5 % des cotisations).

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2016.

Source : ACPR, calculs DREES.

En individuel, des frais d'acquisition relativement plus élevés pour les sociétés d'assurance

En individuel, les sociétés d'assurance présentent des frais d'acquisition plus élevés que les mutuelles. Tout d'abord, un grand nombre de mutuelles sont spécialisées sur certaines professions (mutuelles de fonctionnaires, mutuelles d'entreprises ou de régimes spéciaux). Ces mutuelles spécialisées engagent moins de frais pour attirer les clients car elles bénéficient de clientèles bien identifiées et plus ou moins captives (Leduc A., Montaut A., 2017). Mais, de plus, les sociétés d'assurance présentent des frais d'acquisition plus élevés que les mutuelles non spécialisées, avec qui elles sont en concurrence auprès du grand public. Ces frais plus élevés s'expliquent en partie par un plus grand recours à des intermédiaires, agents d'assurance ou courtiers, rémunérés par des commissions. Ces intermédiaires peuvent gérer la relation avec les clients, ce qui permet aux sociétés d'assurance de bénéficier en contrepartie de frais d'administration réduits ; mais, au global, en individuel, les charges des sociétés d'assurance restent plus importantes que celles des mutuelles. Le recours à des intermédiaires représente un coût pour les assurés, mais qui peut toutefois aussi s'accompagner d'une meilleure qualité de service. Enfin, les contrats individuels des institutions de prévoyance sont spécifiques, comme déjà mentionné. Ils couvrent en grande majorité d'anciens salariés retraités des entreprises couvertes en collectif, qui basculent vers un contrat individuel lorsqu'ils partent à la retraite. Leurs frais d'acquisition sont donc difficilement comparables à ceux des autres organismes.

En individuel, les frais d'acquisition, engagés pour attirer un client, sont aussi davantage amortis lorsque le prix du contrat qu'il souscrit est élevé (Leduc A., Montaut A., 2016). Les frais d'acquisition, rapportés aux cotisations, sont donc davantage amortis chez les organismes dont la clientèle est plus âgée ou a opté en moyenne pour des garanties plus couvrantes puisque les cotisations sont globalement plus élevées.

En collectif, les institutions de prévoyance, avec les mutuelles d'entreprises, présentent les frais d'acquisition les plus faibles. Comme en individuel, certains de ces organismes sont spécialisés (sur une entreprise, une profession, une branche) et bénéficient de populations bien identifiées et moins volatiles. Le fait que les institutions de prévoyance bénéficiaient par le passé le plus souvent des « clauses de désignation » pourrait aussi expliquer ces frais d'acquisition plus faibles (Libault D., 2015). En 2016, ces clauses ont disparu mais sans toutefois s'accompagner à ce stade d'une hausse des frais d'acquisition pour les institutions de prévoyance. Enfin, par rapport aux mutuelles généralistes (non spécialisées sur une profession), les sociétés d'assurance affichent des frais d'acquisition plus élevés, mais intégralement compensés par des frais d'administration plus faibles, si bien qu'elles s'en distinguent finalement peu en termes de charges totales.

Des frais d'administration plus élevés pour les mutuelles

De leur côté, les mutuelles se caractérisent par des frais d'administration et autres charges techniques plus élevés que les sociétés d'assurance, aussi bien en individuel qu'en collectif. Cela peut s'expliquer dans certains cas par la plus forte restructuration au sein du secteur mutualiste, qui engendre des

coûts durant la phase de transition. Lorsqu'un organisme en absorbe un autre, il doit en effet intégrer le portefeuille de contrats de ce dernier dans son propre système d'information, ou garder deux systèmes d'information en parallèle. En individuel, les organismes de grande taille ont tendance à réaliser des économies d'échelle sur l'administration des contrats. Ceux dont les assurés sont en moyenne plus âgés réalisent également des économies sur ces frais, probablement parce que les situations personnelles des seniors sont moins changeantes que celles des plus jeunes (moins de changement de domicile, de compte bancaire, de régime obligatoire, de situation familiale, etc.). Enfin, les frais de gestion des sinistres sont très homogènes d'un type d'organisme à l'autre. En 2016, ils représentent à peu près 4,5 % des cotisations, quelle que soit la catégorie d'organisme et le type de contrat. Frais de gestion, d'administration et d'acquisition peuvent aussi être analysés en les rapportant au nombre d'assurés ou au nombre d'actes à traiter (encadré 8).

Des charges de gestion en augmentation

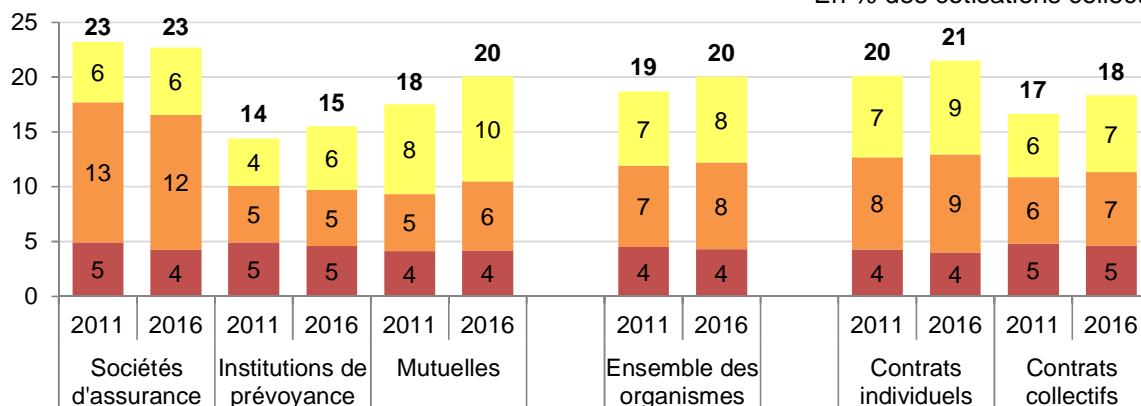
La part des charges de gestion dans les cotisations a légèrement augmenté ces dernières années, passant de 19 % en 2011 à 20 % en 2016 (graphique 4.3) et ce malgré la hausse des contrats collectifs dont les charges de gestion sont plus faibles. Les frais d'acquisition et d'administration ont augmenté en individuel comme en collectif ces dernières années.

Pour les frais d'acquisition, cela pourrait s'expliquer par le fait que le marché de l'assurance santé est un marché « mature ». En effet, la quasi-totalité de la population française est couverte depuis de nombreuses années (95 % des personnes ont une complémentaire santé, Enquêtes Santé et protection sociale 2010 à 2014, IRDES). Pour gagner des parts de marché, les organismes doivent donc en général attirer des clients déjà couverts par des concurrents. La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise pourrait expliquer aussi une partie de la hausse de ces frais, même si les nouveaux acteurs sur le marché de la complémentaire collective en 2016 ont été peu nombreux (Montaut A, 2018b) et que les frais d'acquisition sont plutôt stables depuis 2014.

La réforme des contrats responsables en 2015 ainsi que les réformes réglementaires (Solvabilité 2 en 2016, mais aussi le règlement européen sur la protection des données personnelles ou la directive sur la distribution d'assurances, etc.) ont aussi engendré des frais d'administration et autres charges techniques pour les organismes (modification des garanties et communication auprès des assurés pour les contrats responsables, évolution des systèmes d'informations et honoraires de conseils pour les réformes réglementaires, etc.). Le développement des réseaux de soins depuis plusieurs années (Durand N, et Emmanuelli J., 2017) explique aussi probablement une partie de la hausse de ces frais sur la période récente. La gestion de ces réseaux représente un coût pour les assurés en termes de frais d'administration, mais ils pourraient aussi s'accompagner d'économies, via une baisse des prix négociés par les réseaux.

Graphique 4.3 – Part des charges de gestion dans les cotisations en santé en 2011 et 2016

En % des cotisations collectées



■ Frais d'administration et autres charges techniques ■ Frais d'acquisition ■ Frais de gestion des sinistres

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

Les frais de gestion des sinistres sont en revanche restés stables sur cette période. Au global, les charges de gestion ont légèrement augmenté en 2015, puis en 2016. Les conséquences des réformes

(contrats responsables, solvabilité 2) et de la généralisation de la complémentaire santé en termes de charges de gestion ont pu être lissées par les organismes sur plusieurs années.

Encadré 8 Zoom sur les charges de gestion

Les **frais d'acquisition** d'un organisme sont engagés pour attirer le souscripteur d'un contrat. Le coût d'acquisition est de 55 € par an et par assuré en individuel et de 50 € en collectif (tableau E1). La hiérarchie entre les trois familles d'organismes est inchangée par rapport à celle présentée en chapitre 4, lorsque les frais d'acquisition sont rapportés aux cotisations. Dans cet encadré, les charges de gestion sont étudiées en médiane plutôt qu'en moyenne, en raison du nombre d'organismes qui n'ont pas renseigné tous les montants nécessaires aux estimations ou ont renseigné des valeurs atypiques (la médiane peut alors être plus robuste que la moyenne).

Tableau E1 – Médiane des frais d'acquisition par assuré pour les contrats individuels et collectifs en 2016

	Individuel	Organismes ayant renseigné le nombre d'assurés	Collectif	Organismes ayant renseigné le nombre d'assurés
Ensemble	55 €	227 sur 300	50 €	209 sur 283
Institutions de prévoyance	34 €	13 sur 20	30 €	23 sur 25
Mutuelles	47 €	158 sur 203	40 €	135 sur 185
Sociétés d'assurance	90 €	56 sur 77	70 €	51 sur 73

Lecture : Pour les contrats individuels des mutuelles, la médiane des frais d'acquisition par assuré se situe à 47 €, ce qui signifie que les frais d'acquisition par assuré sont inférieurs à 47 € pour la moitié des mutuelles et supérieurs à 47 € pour l'autre moitié. Sur les 203 mutuelles exerçant en santé individuelle, 158 d'entre elles ont renseigné le nombre de personnes assurées en individuel en 2016, permettant d'estimer les frais d'acquisition par assuré pour les contrats individuels.

Note : Les résultats doivent être considérés avec prudence en raison du nombre d'organismes ayant renseigné les effectifs de personnes assurées et d'entreprises souscriptrices.

Source : ACPR, états FR1401, FR1404 et FR1303, calculs DREES.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle, contrôlés par l'ACPR au 31/12/2016 et ayant renseigné les nombres de personnes assurées ou d'entreprises souscriptrices.

Les **frais d'administration** sont liés à la gestion courante des contrats et dépendent donc aussi du nombre d'assurés, ce qui reflète principalement le nombre de dossiers à gérer, en individuel comme en collectif. Ils sont légèrement inférieurs en collectif (tableau E2), probablement parce que les entreprises participent à la collecte des cotisations pour le compte de l'assureur.

Certains organismes, principalement des mutuelles de fonctionnaires ou d'étudiants, gèrent le régime obligatoire de certains groupes d'assurés en lieu et place de l'Assurance maladie. Cette gestion déléguée engendre des coûts pour les organismes en général supérieurs aux « remises de gestion » qu'ils se voient accorder en contrepartie de la part du régime général. En effet, 24 organismes ont renseigné les charges et les remises de la gestion déléguée de l'Assurance maladie obligatoire. Pour la moitié de ces organismes, les remises couvrent au moins 75 % des charges de cette gestion déléguée en 2016 et pour l'autre moitié, elles couvrent moins de 75 %. La différence entre charges de gestion déléguée de l'Assurance maladie obligatoire et remises de gestion viendrait donc augmenter les frais d'administration de ces organismes ; ces frais étant globalement supérieurs à ceux de l'Assurance maladie. En ce sens, la Cour des comptes⁵ a souligné « l'importance des efforts de productivité à accomplir [par les mutuelles de fonctionnaires], dès lors que les remises de gestion encore généreuses dont elles bénéficient ne pourront qu'évoluer très fortement à la baisse ». La Cour avait de même considéré que les coûts de gestion des mutuelles étudiantes étaient élevés. Le projet de loi « orientation et réussite des étudiants » en cours d'adoption met fin à cette gestion de la Sécurité sociale des étudiants par les mutuelles étudiantes, en les rattachant au régime général.

⁵ Rapport de septembre 2013 sur l'application des lois de financement de la sécurité sociale (Cinquième partie : la gestion de l'assurance maladie déléguée à des tiers).

Tableau E2 – Médiane des frais d'administration par assuré en 2016

	Individuel	Organismes ayant renseigné le nombre d'assurés	Collectif	Organismes ayant renseigné le nombre d'assurés
Ensemble	80 €	225 sur 300	64 €	205 sur 300
Institutions de prévoyance	67 €	12 sur 20	63 €	22 sur 25
Mutuelles	88 €	160 sur 203	76 €	136 sur 185
Sociétés d'assurance	44 €	53 sur 77	38 €	47 sur 73

Lecture : Pour les contrats collectifs des mutuelles, la médiane des frais d'administration par assuré se situe à 76 €, ce qui signifie que pour la moitié des mutuelles, les frais d'administration par assuré sont inférieurs à 76 € et pour l'autre moitié ils sont supérieurs à 76 €. Sur les 185 mutuelles exerçant en collectif, 136 d'entre elles ont renseigné les effectifs d'assurés permettant ces estimations.

Note : Les résultats doivent être considérés avec prudence en raison du nombre d'organismes ayant renseigné les effectifs de personnes assurées.

Source : ACPR, états FR1401, FR1404 et FR1303, calculs DREES.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle, contrôlés par l'ACPR au 31/12/2016 et ayant renseigné les nombres de personnes assurées.

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

Au global, le coût de traitement d'une ligne d'acte par les organismes complémentaires se situe autour de 50 centimes d'euros en médiane (tableau E3), ce qui signifie que la moitié des organismes ont un coût de traitement par ligne d'acte inférieur à ce seuil et l'autre moitié ont un coût supérieur à ce seuil. Ces estimations doivent cependant être interprétées avec prudence car seul un organisme sur trois a renseigné les nombres de lignes d'actes traitées au cours de l'année. Le coût médian pour les contrats individuels est à peu près le même que celui pour les contrats collectifs, le traitement d'une ligne d'acte n'étant *a priori* pas différent entre ces deux types de contrats. Les trois familles d'organismes semblent présenter des frais de gestion des sinistres proches, autour de 50 centimes par ligne d'actes, même si les résultats par famille ne peuvent être présentés en tableau 3 en raison d'effectifs trop faibles.

Tableau E3 – Médiane des frais de gestion des sinistres par ligne d'acte en 2016

	Individuel	Organismes ayant renseigné le nombre de lignes d'actes	Collectif	Organismes ayant renseigné le nombre de lignes d'actes
Ensemble organismes	0,44 €	114 sur 300	0,52 €	102 sur 300

Lecture : Pour les contrats collectifs, la médiane des coûts de traitement par ligne d'acte se situe à 0,52 €, ce qui signifie que pour la moitié des organismes, le traitement d'une ligne d'acte coûte moins de 0,52 € et pour l'autre moitié il coûte plus de 0,52 €. Sur les 300 organismes exerçant en collectif, 102 ont renseigné le nombre total de lignes d'actes traités en 2016, permettant d'estimer les frais de gestion des sinistres par ligne d'acte pour les contrats collectifs.

Note : Les résultats doivent être considérés avec prudence en raison du nombre d'organismes ayant renseigné les nombres de lignes d'actes traitées au cours de l'année.

Source : ACPR, états FR1401, FR1404 et FR1303, calculs DREES.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle, contrôlés par l'ACPR au 31/12/2016 et ayant renseigné les nombres de lignes d'actes.

Chapitre 5 - Des excédents en santé qui représentent 0,3 % des cotisations en 2016

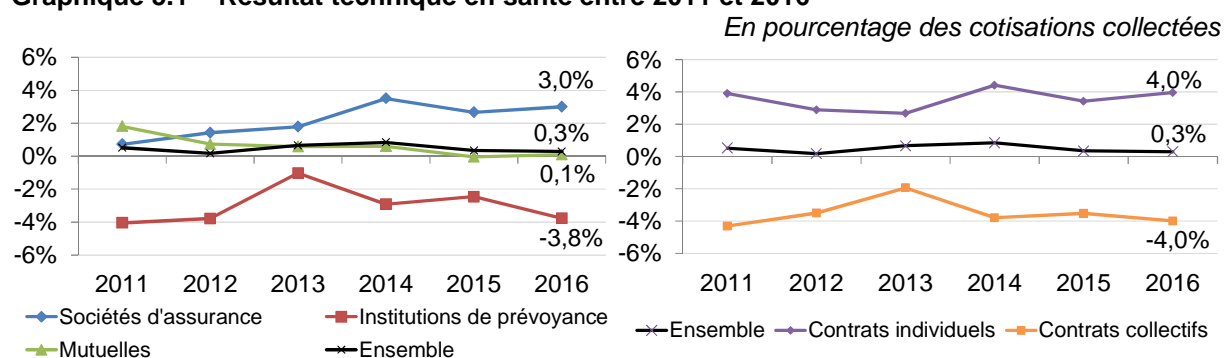
Des contrats collectifs déficitaires compensés par les excédents des contrats individuels

Le résultat technique en santé est au global légèrement excédentaire en 2016. Il s'élève à 104 millions d'euros, soit 0,3 % des cotisations collectées hors taxes (graphique 5.1). Il reste donc très légèrement positif, comme en 2015 (0,3 % également) mais inférieur à celui des années précédentes (0,7 % à 0,8 % des cotisations en 2013 et 2014).

Depuis 2011, les contrats collectifs sont techniquement en moyenne déficitaires, « ce qui contraint les organismes à compenser ce déficit technique par des produits financiers afin de maintenir leur rentabilité globale » (ACPR, 2016).

Les contrats collectifs sont déficitaires de l'ordre de -4,0 % des cotisations tandis qu'à l'inverse, les contrats individuels continuent à dégager en moyenne des excédents de l'ordre de 4,0 % des cotisations.

Graphique 5.1 – Résultat technique en santé entre 2011 et 2016



Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

Les sociétés d'assurance ont une meilleure rentabilité

En 2016, les institutions de prévoyance sont déficitaires sur leur activité santé (244 millions d'euros de pertes, soit 3,8 % des cotisations collectées hors taxes). Les institutions de prévoyance sont déficitaires depuis plusieurs années en raison de leur spécialisation sur l'activité collective. Toutefois, leurs déficits en santé peuvent être contrebalancés par des excédents sur d'autres activités d'assurance (chapitre 6).

Les mutuelles sont en léger excédent en 2016 (18 millions d'euros, soit 0,1 % des cotisations). Elles sont très proches de l'équilibre depuis plusieurs années. Enfin, les sociétés d'assurance sont excédentaires en 2016 (+330 millions d'euros, soit 3,0 % des cotisations) et ce depuis plusieurs années également.

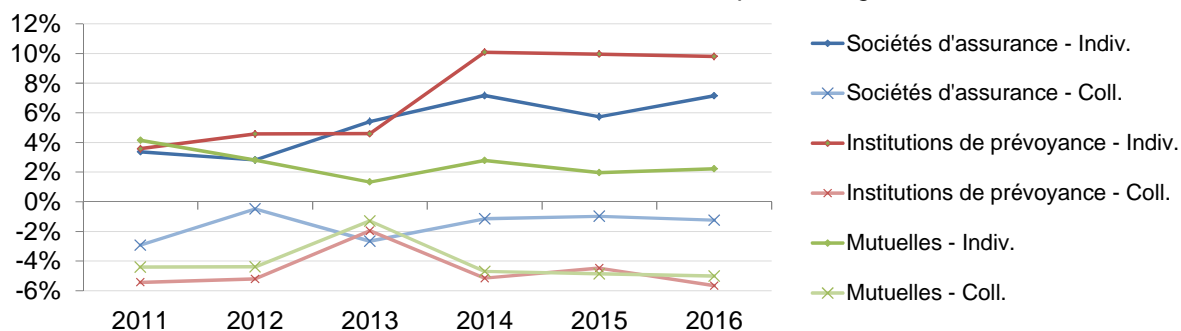
Entre 2011 à 2016, les contrats collectifs des sociétés d'assurance ont été en moyenne déficitaires, mais moins que ceux des mutuelles et des institutions de prévoyance (graphique 5.2). Il semble y avoir un effet de structure des portefeuilles, les sociétés d'assurance vendant relativement plus de contrat haut de gamme, sur lesquels les frais d'acquisition et d'administration sont mieux amortis. À qualité comparable des contrats gérés, les sociétés d'assurance ne semblent pas significativement plus rentables que les mutuelles et les institutions de prévoyance (Leduc A., Montaut A., 2017).

En individuel, les contrats des sociétés d'assurance ont été eux aussi en moyenne plus rentables que ceux des mutuelles (ceux des institutions de prévoyance, peu nombreux et spécifiques, sont difficilement comparables). Cela s'explique par le fait que les sociétés d'assurance sont majoritairement des organismes de grande taille tandis que les mutuelles sont majoritairement de petite taille, les grands organismes ayant tendance à dégager en moyenne un meilleur résultat technique en individuel que les petits. À taille d'organisme comparable, une société d'assurance ne

semble pas significativement plus rentable sur son activité santé individuelle qu'une mutuelle ou une institution de prévoyance (Leduc A., Montaut A., 2017).

Enfin, les compagnies d'assurance sont des sociétés d'assurance à but lucratif qui appartiennent à leurs actionnaires, tandis que les sociétés d'assurance mutuelles, les mutuelles et les institutions de prévoyance, à but non lucratif, doivent réinvestir leurs excédents dans l'organisme au bénéfice des adhérents. Les organismes à but lucratif ne semblent toutefois pas dégager un meilleur résultat technique en santé que leurs concurrents à but non lucratif.

Graphique 5.2 – Résultat technique en santé selon le type d'organisme et de contrats
En pourcentage des cotisations collectées



Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.
Source : ACPR, calculs DREES.

Tableau 5.3 – Compte de résultat technique en santé en 2016

Sociétés d'assurance	En millions d'euros			En % des cotisations			Total produits et charges		Organismes pérennes	
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total	Évolution 2015-2016	Contributions à l'évolution	Évolution 2015-2016	Contributions à l'évolution
Produits	5 619	5 492	11 111	101%	101%	101%	3,5%		3,5%	
Cotisations collectées	5 565	5 438	11 003	100%	100%	100%		3,7%		3,7%
Autres produits	54	54	108	1%	1%	1%		-0,2%		-0,2%
Charges	5 221	5 560	10 781	94%	102%	98%	3,1%		3,1%	
Prestations	3 743	4 463	8 206	67%	82%	75%		2,8%		2,8%
Frais de gestion des sinistres	203	263	467	4%	5%	4%		-0,1%		-0,1%
Frais d'acquisition	846	510	1 355	15%	9%	12%		0,0%		0,0%
Frais d'administration	370	303	673	7%	6%	6%		0,4%		0,4%
Autres charges	60	20	80	1%	0%	1%		0,1%		0,1%
Résultat technique	398	-68	330	7,1%	-1,2%	3,0%				

Institutions de prévoyance	En millions d'euros			En % des cotisations			Total produits et charges		Organismes pérennes	
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total	Évolution 2015-2016	Contributions à l'évolution	Évolution 2015-2016	Contributions à l'évolution
Produits	796	5 714	6 510	101%	100%	100%	4,4%		4,4%	
Cotisations collectées	791	5 688	6 479	100%	100%	100%		4,3%		4,3%
Autres produits	6	26	31	1%	0%	0%		0,1%		0,1%
Charges	719	6 036	6 754	91%	106%	104%	5,7%		5,7%	
Prestations	654	5 025	5 680	83%	88%	88%		4,8%		4,8%
Frais de gestion des sinistres	26	270	296	3%	5%	5%		0,2%		0,2%
Frais d'acquisition	30	302	332	4%	5%	5%		0,5%		0,5%
Frais d'administration	-5	381	376	-1%	7%	6%		0,7%		0,7%
Autres charges	14	57	71	2%	1%	1%		-0,5%		-0,5%
Résultat technique	78	-322	-244	9,8%	-5,7%	-3,8%				

Mutuelles	En millions d'euros			En % des cotisations			Total produits et charges		Organismes pérennes	
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total	Évolution 2015-2016	Contributions à l'évolution	Évolution 2015-2016	Contributions à l'évolution
Produits	13 048	5 441	18 489	100%	100%	100%	-0,8%		-0,8%	
Cotisations collectées	12 988	5 418	18 406	100%	100%	100%		-0,2%		-0,2%
Autres produits	60	23	83	0%	0%	0%		-0,6%		-0,6%
Charges	12 759	5 712	18 471	98%	105%	100%	-0,9%		-0,9%	
Prestations	9 999	4 757	14 756	77%	88%	80%		-0,6%		-0,6%
Frais de gestion des sinistres	544	228	772	4%	4%	4%		-0,1%		-0,1%
Frais d'acquisition	854	303	1 157	7%	6%	6%		0,0%		0,0%
Frais d'administration	1 288	473	1 762	10%	9%	10%		0,4%		0,4%
Autres charges	73	-48	26	1%	-1%	0%		-0,7%		-0,7%
Résultat technique	289	-271	18	2,2%	-5,0%	0,1%				

Ensemble des organismes	En millions d'euros			En % des cotisations			Total produits et charges		Organismes pérennes	
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total	Évolution 2015-2016	Contributions à l'évolution	Évolution 2015-2016	Contributions à l'évolution
Produits	19 464	16 647	36 110	101%	101%	101%	1,4%		1,4%	
Cotisations collectées	19 344	16 544	35 888	100%	100%	100%		1,8%		1,8%
Autres produits	120	103	223	1%	1%	1%		-0,4%		-0,4%
Charges	18 699	17 307	36 007	97%	105%	100%	1,5%		1,5%	
Prestations	14 397	14 245	28 642	74%	86%	80%		1,4%		1,4%
Frais de gestion des sinistres	774	761	1 535	4%	5%	4%		0,0%		0,0%
Frais d'acquisition	1 729	1 114	2 844	9%	7%	8%		0,1%		0,1%
Frais d'administration	1 653	1 157	2 810	9%	7%	8%		0,5%		0,5%
Autres charges	146	30	176	1%	0%	0%		-0,4%		-0,4%
Résultat technique	765	-661	104	4,0%	-4,0%	0,3%				

Note : Cotisations hors taxes. Autres produits = produits financiers nets, variations de provisions pour cotisations non acquises, subventions d'exploitation. Frais d'administration et autres charges techniques nets des autres produits techniques. Autres charges = participation aux excédents, charges de réassurance nettes des produits de réassurance. Un compte de résultat technique pour les années 2015 et 2016 est présenté en annexe 2.

Lecture : En 2016, le résultat technique en santé des sociétés d'assurance s'élève à 330 millions d'euros, dont 398 millions au titre des contrats individuels et -68 millions au titre des contrats collectifs. Ce résultat technique représente 3,0 % des cotisations santé collectées en 2016. Entre 2015 et 2016, les charges des sociétés d'assurance ont globalement augmenté de 3,1 %. Les prestations versées ont contribué pour 2,8 points de pourcentage à cette hausse des charges. Pour les sociétés d'assurance présentes les deux années, les charges ont augmenté de 3,1 % également.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2016.

Source : ACPR, calculs DREES.

Chapitre 6 - Des organismes solvables

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

Un résultat net positif ou nul pour toutes les catégories d'organismes en 2016

Les trois familles d'organismes pratiquant une activité santé dégagent au global un résultat net positif ou nul en 2016, y compris les institutions de prévoyance dont l'activité santé est en moyenne techniquement déficitaire (tableau 6.1).

Tableau 6.1 – Résultat technique et résultat net total des organismes actifs en santé en 2016

En millions d'euros

	Résultat technique	dont			Résultat non technique	Résultat net
		Santé	Autre non-vie	Vie		
Sociétés d'assurance	6 892	330	1 172	5 391	-823	6 069
Institutions de prévoyance	-213	-244	-118	149	216	3
Mutuelles	85	18	48	19	58	143
Ensemble des organismes	6 764	104	1 101	5 559	-549	6 215

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2016.

Source : ACPR, calculs DREES.

Rapporté à l'ensemble des cotisations, ce sont les sociétés d'assurance qui dégagent le plus d'excédents en 2016 (4,0 % du total des cotisations collectées toutes activités d'assurance confondues, tableau 6.2). Ces excédents s'expliquent surtout par leurs autres activités d'assurance, notamment les activités « vie » (assurance vie, retraite et décès). Les excédents dégagés par les sociétés d'assurance sont du même ordre de grandeur en 2016 qu'en 2015 (4,0 % contre 4,5 %).

Tableau 6.2 – Évolution du résultat net total de 2015 à 2016 et mouvements de champ

Exprimé en pourcentage de l'ensemble des cotisations acquises

	Résultat net rapporté aux cotisations		Variation 2015-2016	Dont contributions		
	2015	2016		Pérennes	Entrées	Sorties
	Sociétés d'assurance	4,5%	4,0%	-0,5	-0,5	0,0
Institutions de prévoyance	0,0%	0,0%	0,0	0,0	0,0	0,0
Mutuelles	1,2%	0,7%	-0,5	-0,6	0,0	0,1
Ensemble des organismes	3,8%	3,4%	-0,5	-0,5	0,0	0,0

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

Lecture : En 2016, pour les mutuelles, le résultat net représente 0,7 % des cotisations, contre 1,2 % l'année précédente. Cette variation (de -0,5 point de pourcentage) s'explique par l'évolution du résultat net des sociétés présentes les deux années (dites « pérennes » et qui contribuent pour -0,6 point de pourcentage à cette variation), mais aussi par le fait que des organismes ont cessé d'exercer une activité en santé (sorties de champ, qui contribuent pour 0,1 point de pourcentage).

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

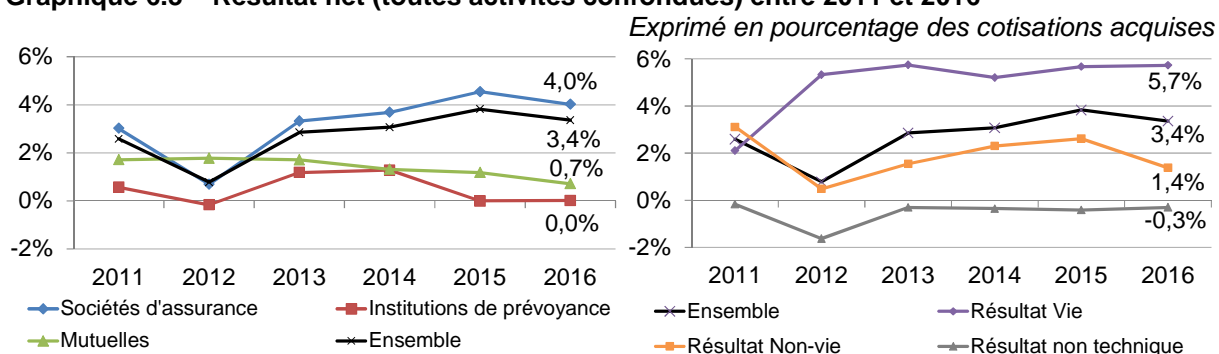
Pour les mutuelles, l'activité santé, qui constitue leur activité principale, ainsi que les autres activités, non-vie, vie et non-technique, sont tout juste excédentaires en 2016. Le résultat net dégagé par les mutuelles représente 0,7 % de l'ensemble des cotisations collectées en 2016, soit le même ordre de grandeur que celui réalisé en 2015 (1,2 %).

Pour les institutions de prévoyance, les déficits des activités « santé » et « autre non-vie » sont tout juste contrebalancées par les excédents réalisés dans les activités « vie » et non techniques en 2016. Les institutions de prévoyance n'ont donc au global pas dégagé de marge cette année (0,0 % des cotisations), tout comme l'an dernier.

Au total, les organismes du secteur de l'assurance santé dégagent des excédents en 2016 sur l'ensemble de leur activité (en moyenne 3,4 % de l'ensemble des cotisations collectées). Depuis 2011, les différentes catégories d'organismes du secteur de la complémentaire santé ont généralement été excédentaires ou à l'équilibre sur l'ensemble de leur activité (graphique 6.3). Seule l'année 2012 a été un peu moins favorable pour les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance.

Les excédents ont souvent été portés par les activités d'assurance vie et dans une moindre mesure non-vie, tandis que les activités non techniques ont plutôt tiré à la baisse le résultat net global chaque année. Un compte de résultat 2016 technique et non technique plus détaillé par type d'organisme est également présenté au tableau 6.4.

Graphique 6.3 – Résultat net (toutes activités confondues) entre 2011 et 2016



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

Lecture : En 2016, les organismes ont dégagé des excédents représentant 3,4 % de l'ensemble des cotisations. Les excédents des activités « vie » représentent 5,7 % des cotisations « vie », les excédents des activités non-vie représentent 1,4 % des cotisations « non-vie » et enfin l'activité non-technique accuse un déficit égal à -0,3 % de l'ensemble des cotisations.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

Tableau 6.4 – Comptes de résultat détaillés en 2016 des organismes exerçant en santé

En millions d'euros

Sociétés d'assurance	Vie	Non-vie	dont Santé	TOTAL
Cotisations acquises*	93 644	57 360	11 016	151 004
Prestations** (-)	113 021	44 576	8 704	157 597
Produits financiers	34 698	2 570	95	37 268
Frais d'acquisition et d'administration*** (-)	10 075	13 310	2 028	23 385
Solde réassurance (-)	-145	542	49	397
Résultat technique	5 391	1 502	330	6 892
Produits financiers du résultat non-technique				1 489
Autres éléments non techniques				-2 312
Résultat net				6 069

Institutions de prévoyance	Vie	Non-vie	dont Santé	TOTAL
Cotisations acquises*	2 708	11 218	6 479	13 927
Prestations** (-)	2 637	10 847	5 995	13 484
Produits financiers	382	364	31	746
Frais d'acquisition et d'administration*** (-)	254	1 246	707	1 501
Solde réassurance (-)	50	-149	53	-98
Résultat technique	149	-362	-244	-213
Produits financiers du résultat non-technique				231
Autres éléments non techniques				-15
Résultat net				3

Mutuelles	Vie	Non-vie	dont Santé	TOTAL
Cotisations acquises*	738	19 416	18 414	20 154
Prestations** (-)	634	16 498	15 527	17 132
Produits financiers	54	150	68	205
Frais d'acquisition et d'administration*** (-)	143	2 961	2 910	3 104
Solde réassurance (-)	-4	41	26	37
Résultat technique	19	66	18	85
Produits financiers du résultat non-technique				364
Autres éléments non techniques				-306
Résultat net				143

Ensemble des organismes	Vie	Non-vie	dont Santé	TOTAL
Cotisations acquises*	97 090	87 994	35 909	185 084
Prestations** (-)	116 292	71 921	30 225	188 213
Produits financiers	35 135	3 084	194	38 219
Frais d'acquisition et d'administration*** (-)	10 472	17 517	5 646	27 990
Solde réassurance (-)	-98	435	127	336
Résultat technique	5 559	1 205	104	6 764
Produits financiers du résultat non-technique				2 084
Autres éléments non techniques				-2 633
Résultat net				6 215

* : cotisations acquises = cotisations collectées hors taxes + variations de provisions pour cotisations non acquises.

** : prestations y compris frais de gestion des sinistres

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

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

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2016.

Source : ACPR, calculs DREES.

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

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

Des différences de structure de bilan entre organismes principalement liées à leur spécialisation « vie » ou « non-vie »

Dans le bilan, l'actif représente ce que l'organisme d'assurance possède, et le passif la façon dont cet actif est financé (fonds propres, provisions techniques, etc.). Par construction, un bilan est équilibré : la valeur des actifs est égale à la valeur du passif. En raison de la nature des activités, ce sont les organismes « Vie » qui possèdent les bilans les plus importants, 1 442 milliards d'euros soit dix fois leur chiffre d'affaires global (tableau 6.5). À titre de comparaison, les organismes « Non-vie » possèdent un bilan équivalent à trois fois leur chiffre d'affaires global. La hiérarchie entre les trois familles d'organismes en termes de bilans s'explique donc avant tout par l'importance de leur activité Vie.

Tableau 6.5 – Bilan des organismes exerçant une activité santé en 2016

En milliards d'euros

	Ensemble des organismes	dont			dont	
		Sociétés d'assurance	Institutions de prévoyance	Mutuelles	Organismes Vie	Organismes Non-vie
Total chiffre d'affaires	185	151	14	20	140	45
Fonds propres	95	68	13	14	67	28
Provisions d'assurance vie	1 110	1 095	14	2	1 110	0
Provisions techniques	197	165	24	8	109	87
Autres passifs	176	162	7	6	156	20
Total passif	1 577	1 490	57	30	1 442	136
Provisions techniques réassurées	63	51	10	2	46	16
Placements	1 415	1 353	40	22	1 317	98
Autres actifs	100	86	8	6	79	21
Total actif	1 577	1 490	57	30	1 442	136
Bilan comptable	1 577	1 490	57	30	1 442	136
Plus-values latentes	165	157	5	3	148	17
Bilan en valeur de marché	1 742	1 648	62	33	1 590	153

Note : Le total du chiffre d'affaires correspond aux cotisations collectées pour l'ensemble de l'activité. Le bilan en valeur de marché correspond au total du bilan comptable et des plus-values latentes. La valeur de l'actif correspond à celle du passif.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe TSA) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2016.

Source : ACPR, calculs DREES.

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

partir de tables de mortalité notamment, de bien estimer la durée de vie des assurés afin qu'il y ait adéquation entre les cotisations collectées et le capital ou les rentes promises.

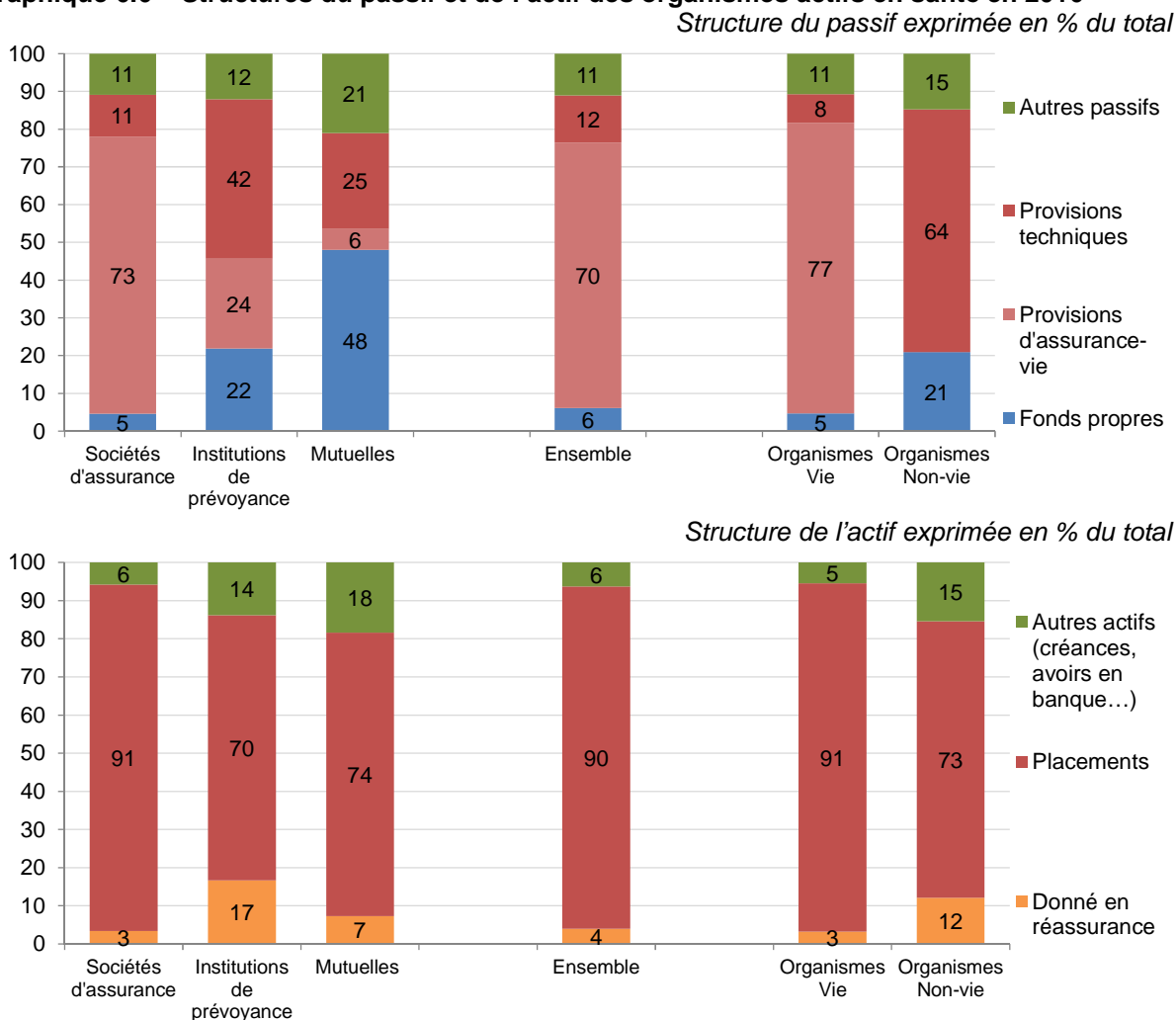
Les organismes « Vie » provisionnent le plus : leurs provisions (techniques et d'assurance vie) représentent neuf fois le montant de l'ensemble des cotisations collectées par ces organismes en 2016 (tableau 6.5) ; il s'agit majoritairement de provisions d'assurance-vie. Les organismes Non-vie provisionnent quant à eux deux fois le montant de leurs cotisations. Enfin, les mutuelles se démarquent, ne provisionnant qu'un montant équivalent à 45 % de leurs cotisations. La singularité des mutuelles s'explique notamment par leur spécialisation dans l'activité Santé dont « *le règlement rapide des prestations n'impose pas la détention de placements importants* » (ACPR, 2010). Les provisions techniques (provisions d'assurance vie et autres provisions techniques) représentent donc un tiers du passif pour les mutuelles (graphique 6.6), contre les deux tiers pour les autres organismes qui assurent davantage de risques longs.

Les **fonds propres** sont des « *ressources financières pouvant servir de tampon face aux aléas et absorber d'éventuelles pertes financières* » (Dreyfuss M.-L., 2013). Ils sont principalement constitués du capital apporté à la création de l'entreprise, ainsi que d'une partie des excédents mis en réserve certaines années. Au regard des cotisations collectées, les sociétés d'assurance disposent d'un peu moins de fonds propres que les autres catégories d'organismes : les fonds propres équivalent à 45 % des cotisations collectées pour les sociétés d'assurance alors qu'ils représentent 70 % des cotisations pour les mutuelles et 90 % des cotisations pour les institutions de prévoyance (tableau 6.5). Ces fonds propres représentent ainsi 5 % du passif des sociétés d'assurance, contre 22 % du passif des institutions de prévoyance et 48 % du passif des mutuelles (graphique 6.6).

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

En 2016, 90 % des ressources à l'actif sont placées (sous forme d'actions, d'obligations, de placements immobiliers, de prêts et de dépôts). De plus, 4 % des ressources sont données en réassurance et le reste (6 %) représente des avoirs en banque, d'autres créances, des intérêts acquis non échus, etc. Enfin, les placements peuvent générer des **plus-values latentes** (plus-value ou moins-value qui aurait été réalisée par l'organisme assureur s'il avait revendu ses actifs à leur valeur de marché l'année considérée, soit ici en 2016). Les **plus-values latentes** viendraient augmenter le bilan comptable des organismes de 10 % en moyenne (graphique 6.7). Elles sont de cet ordre de grandeur depuis deux ou trois ans.

Graphique 6.6 – Structures du passif et de l'actif des organismes actifs en santé en 2016

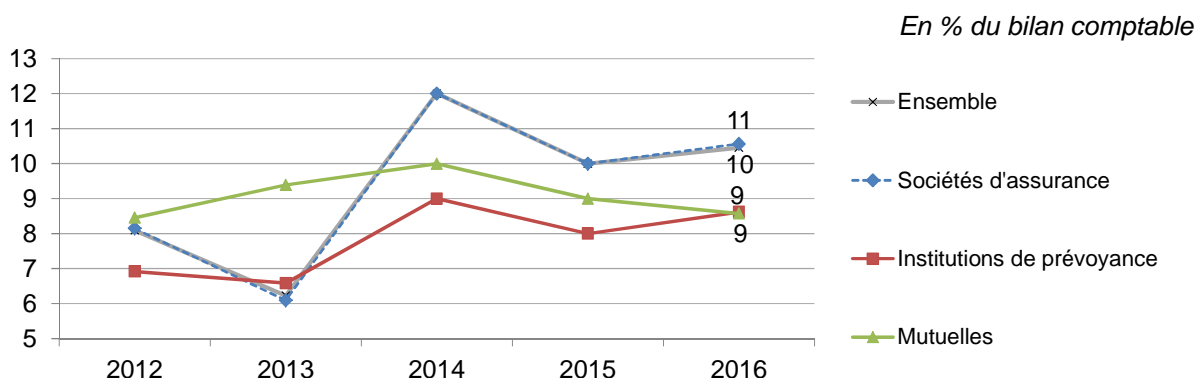


Lecture : Par définition comptable, le bilan est égal au passif et à l'actif. Les fonds propres représentent 5 % du passif des sociétés d'assurance et les placements représentent 91 % de leur actif.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2016.

Source : ACPR, calculs DREES.

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



Note : En raison de la prépondérance des sociétés d'assurance dans les plus-values latentes, les courbes « Ensemble » et « Sociétés d'assurance » sont quasiment confondues.

Lecture : La prise en compte des plus-values latentes augmenterait le bilan comptable des mutuelles de 9 % en 2016.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

Un bilan comptable en hausse pour toutes les catégories d'organismes

Le bilan comptable (hors plus-values latentes) des organismes a augmenté de 3,3 % entre 2015 et 2016 (tableau 6.8). Le bilan des institutions de prévoyance a augmenté de 6,7 % entre 2015 et 2016. Cette hausse s'explique d'une part par la hausse du bilan des institutions présentes les deux années (dites « pérennes ») mais aussi par l'entrée sur le marché de l'assurance santé de nouvelles institutions de prévoyance qui n'exerçaient pas cette activité jusqu'alors. Le bilan des sociétés d'assurance et celui des mutuelles a augmenté entre 2015 et 2016. Pour ces deux familles d'organismes, il y a eu peu d'entrées ou sorties de champ en 2016, et ces évolutions reflètent surtout celles des organismes pérennes.

Tableau 6.8 – Évolution du bilan total entre 2015 et 2016 des organismes actifs en santé

Total du bilan	Croissance du bilan	dont contribution			Croissance du bilan des organismes pérennes
		Pérennes	Entrées	Sorties	
Sociétés d'assurance	3,3%	3,2	0,1	0,0	3,2%
Institutions de prévoyance	6,7%	3,7	3,0	0,0	3,7%
Mutuelles	0,7%	1,0	0,0	-0,3	1,0%
Ensemble des organismes	3,3%	3,2	0,2	0,0	3,2%

Lecture : Le total du bilan des institutions de prévoyance exerçant une activité santé a augmenté de 6,7 % entre 2015 et 2016. Cette hausse peut se décomposer en trois facteurs : le bilan des institutions présentes les deux années (dites « pérennes ») a augmenté de 3,7 %, contribuant donc à hauteur de 3,7 points de pourcentage à la hausse du secteur. L'entrée de nouvelles institutions de prévoyance sur le marché de l'assurance santé contribue aussi à la croissance du bilan total, à hauteur de 3,0 points de pourcentage. Enfin, aucune institution de prévoyance n'est sortie du marché de l'assurance santé en 2016, d'où une contribution des sorties nulle cette année.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs DREES.

Les nouvelles règles prudentielles du régime Solvabilité 2 sont respectées par les organismes

Pour protéger les intérêts des assurés, le contrôle prudentiel impose aux organismes de respecter certaines règles, nommées « règles prudentielles ». Depuis le 1^{er} janvier 2016, c'est le nouveau régime « Solvabilité 2 » qui s'applique à la grande majorité des organismes d'assurance, même si certains, de très petite taille, restent soumis à l'ancien régime « Solvabilité 1 » (encadré 9).

Dans le cadre du régime Solvabilité 2, les règles prudentielles imposent aux organismes de disposer de suffisamment de fonds propres, afin de faire face aux différents types de risques auxquels ils sont exposés : risque de défaut ou de contrepartie (faillite d'un État ou d'une entreprise dont l'organisme possède des obligations ou actions), risque de marché (les actions détenues perdent de leur valeur), risque de concentration (trop d'actifs du même émetteur, État ou entreprise, dans le portefeuille de l'organisme, ce qui l'expose fortement à la faillite de ce seul émetteur), risque de liquidité (posséder des actifs pour lesquels trouver un acheteur prend plus de temps), risque de mortalité et d'espérance de vie (lorsque les assurés vivent plus longtemps que prévu), risque de souscription (lorsque les assurés ayant souscrit le contrat d'assurance n'ont pas les caractéristiques auxquelles l'organisme s'attendait), risque opérationnel (conséquences de défaillances ou de négligences au sein de l'organisme, de fraudes de la part des assurés), etc.

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

De plus, les fonds propres que les organismes peuvent mobiliser pour couvrir ces deux seuils (MCR et SCR) n'offrent pas tous la même qualité et la même sécurité et doivent être classés en trois niveaux : les fonds propres de niveau 1 sont ceux de la meilleure qualité (immédiatement mobilisables, ils correspondent majoritairement aux capitaux propres comptables) tandis que ceux de niveau 3 sont ceux de la moins bonne qualité (correspondent principalement à des titres de dettes non-prioritaire en cas de défaut de l'organisme assureur). Le MCR doit être couvert par au moins 80 % de fonds propres de niveau 1 et les fonds propres de niveau 3 ne sont pas autorisés. Le SCR, quant à lui, doit être couvert par au moins un tiers de fonds propres de niveau 1 et au plus un tiers de fonds propres de niveau 3.

Parmi les organismes qui pratiquent une activité d'assurance santé, ce sont les mutuelles qui en moyenne couvrent le plus largement le SCR (leurs fonds propres représentent 288 % du SCR en 2016, tableau 6.9), devant les institutions de prévoyance (233 %) et les sociétés d'assurance (207 %). Les trois familles d'organismes respectent de plus en moyenne largement les contraintes imposées sur la qualité des fonds propres admissibles. Les mutuelles se distinguent à nouveau, avec un SCR couvert à 98 % par des fonds de la meilleure qualité (niveau 1), contre 93 % pour les institutions de prévoyance et 87 % pour les sociétés d'assurance.

Tableau 6.9 – Couverture moyenne du SCR en 2016 et qualité des fonds propres

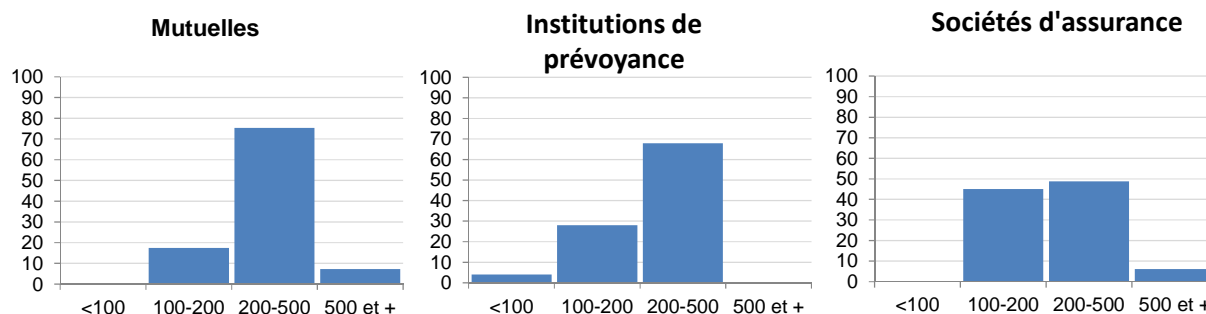
	Couverture du SCR	par des fonds propres de		
		Niveau 1	Niveau 2	Niveau 3
Ensemble des organismes	215%	89%	10%	1%
Mutuelles	288%	98%	1%	1%
Institutions de prévoyance	233%	93%	5%	2%
Sociétés d'assurance	207%	87%	12%	1%

Lecture : En 2016, les fonds propres des mutuelles couvrent en moyenne 288 % du capital de solvabilité requis (SCR) et sont composés à 98 % de fonds propres de niveau 1, c'est-à-dire de la meilleure qualité.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle, contrôlés par l'ACPR au 31/12/2016 et soumis au régime Solvabilité 2.

Source : ACPR, calculs DREES.

Graphique 6.10 – Dispersion de la couverture du SCR en 2016



Lecture : En 2016, pour 17 % des mutuelles les fonds propres couvrent entre 100 et 200 % du SCR.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle, contrôlés par l'ACPR au 31/12/2016 et soumis au régime Solvabilité 2.

Source : ACPR, calculs DREES.

Tableau 6.11 – Couverture moyenne du MCR en 2016 et qualité des fonds propres

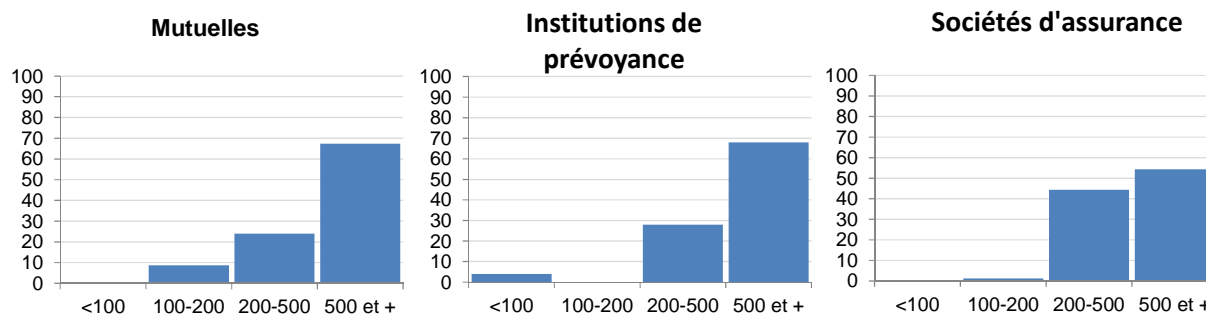
	Couverture du MCR	par des fonds propres de	
		Niveau 1	Niveau 2
Ensemble des organismes	479%	98%	2%
Mutuelles	1013%	100%	0%
Institutions de prévoyance	638%	99%	1%
Sociétés d'assurance	437%	97%	3%

Lecture : En 2016, les fonds propres des mutuelles couvrent en moyenne 1013 % du minimum de capital requis (MCR) et sont composés à 100 % de fonds propres de niveau 1, c'est-à-dire de la meilleure qualité.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle, contrôlés par l'ACPR au 31/12/2016 et soumis au régime Solvabilité 2.

Source : ACPR, calculs DREES.

Graphique 6.12 – Dispersion de la couverture du MCR en 2016



Lecture : En 2016, pour 9 % des mutuelles les fonds propres couvrent entre 100 et 200 % du MCR.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle, contrôlés par l'ACPR au 31/12/2016 et soumis au régime Solvabilité 2.

Source : ACPR, calculs DREES.

La très grande majorité des organismes couvrent à plus de 200 % le SCR. Les sociétés d'assurance se distinguent par une plus forte proportion d'organismes couvrant entre 100 % et 200 % le SCR (graphique 6.10). Enfin, seule une institution de prévoyance exerçant une activité santé et soumise au régime Solvabilité 2 couvrait insuffisamment le SCR en 2016 (ratio inférieur à 100 %) mais sa situation a été régularisée depuis.

Parmi les organismes qui pratiquent une activité d'assurance santé, ce sont à nouveau les mutuelles qui en moyenne couvrent le plus largement le MCR (leurs fonds propres représentent 1013 % du MCR en 2016, tableau 6.11), devant les institutions de prévoyance (638 %) et les sociétés d'assurance (437 %). Les trois familles d'organismes respectent de plus en moyenne largement les contraintes imposées sur la qualité des fonds propres admissibles. Le MCR des mutuelles est intégralement couvert par des fonds propres de niveau 1, celui des institutions de prévoyance l'est à 99 % et celui des sociétés d'assurance à 97 %. La très grande majorité des organismes couvrent à plus de 500 % le MCR (graphique 6.12). La proportion d'organismes couvrant entre 100 % et 200 % le MCR est très faible (graphique 6.10). Enfin, une institution de prévoyance exerçant en santé et

soumise au régime Solvabilité 2 couvrait insuffisamment le MCR en 2016, mais sa situation a été régularisée depuis. Si ces deux ratios prudentiels que sont le SCR et le MCR sont particulièrement suivis en raison de leur caractère synthétique, ils ne résument toutefois pas la totalité de l'information disponible, le contrôle prudentiel pouvant alors s'appuyer sur d'autres indicateurs.

Encadré 9 Quid des organismes encore soumis au régime Solvabilité 1 ?

Dans le cadre de **Solvabilité 1**, les organismes doivent disposer :

- de suffisamment de provisions pour couvrir leurs engagements et d'actifs suffisamment sûrs, liquides, rentables et diversifiés, en regard de ces provisions ;
- d'un montant minimal de fonds propres pour pouvoir faire face à des pertes imprévues.

Deux ratios permettent de vérifier que les organismes respectent ces règles : le ratio de couverture des engagements réglementés et le ratio de couverture de la marge de solvabilité. Ces ratios sont jugés respectés lorsqu'ils sont supérieurs à 100 %.

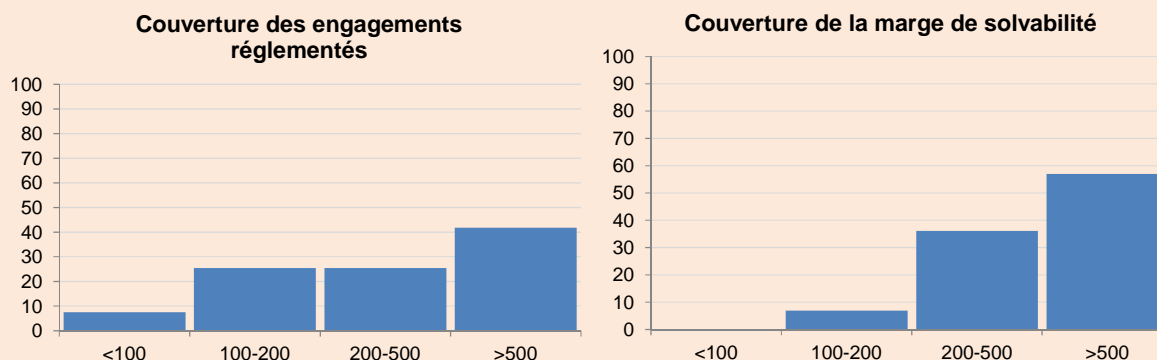
Les **engagements réglementés** correspondent aux provisions techniques et aux autres dettes qui seraient prioritaires sur ces provisions techniques en cas de faillite (hypothèques, dépôts reçus à restituer, complément retraite des salariés, dettes fiscales et sociales). Ces engagements réglementés doivent être couverts par une liste d'actifs admissibles, suffisamment sûrs, liquides, diversifiés et rentables (obligations d'état, actions d'entreprises, placements immobiliers, prêts et dépôts) pouvant être liquidés pour payer les prestations. La **marge minimale de solvabilité** est calculée proportionnellement à l'activité de chaque organisme. Cette marge doit être couverte par suffisamment de fonds propres, augmentés des plus ou moins-values latentes sur les actifs, pouvant être mobilisés en cas de difficulté (voir les rapports des années précédentes pour en savoir plus sur les ratios de couverture des engagements réglementés et de la marge de solvabilité).

En 2016, sur les 345 organismes du champ de ce rapport et ayant renvoyé leurs comptes à l'ACPR, 251 ont basculé vers le régime Solvabilité 2 et 94 sont restés soumis au régime Solvabilité 1 précédemment en vigueur. Ces 94 organismes sont toutefois de très petite taille, et ne représentent que 0,7 % du marché de l'assurance santé en termes de cotisations collectées. De plus, sur ces 94 organismes, seuls 83 d'entre eux, toutes des mutuelles, ont renvoyé leurs états prudentiels C5 et C6 permettant de calculer leurs taux de couverture des engagements réglementés et de la marge de solvabilité.

Les 83 organismes soumis à Solvabilité 1 et ayant renvoyé leurs états C5 et C6 respectent globalement les règles qui leur sont imposées. Ces organismes possèdent en effet des actifs admissibles qui représentent en moyenne 655 % de leurs engagements réglementés et des fonds propres représentant 840 % de leur marge de solvabilité. Ces 83 organismes couvrent tous suffisamment leur marge de solvabilité, mais un petit nombre d'entre eux couvrent insuffisamment leurs engagements réglementés (graphique). Ces organismes qui se situent à la limite des seuils de couverture correspondent à des situations économiques spécifiques, identifiées et suivies par l'ACPR à l'aide de moyens adaptés à leurs particularités.

Graphique – Distribution des ratios de couverture des engagements réglementés et de couverture de la marge de solvabilité pour les organismes soumis au régime Solvabilité 1

En % des engagements réglementés et de la marge de solvabilité



Lecture : En 2016, pour 25 % des organismes, les actifs admissibles représentent entre 100 % et 200 % des engagements réglementés.

Champ : Organismes assujettis à la taxe CMU, contrôlés par l'ACPR au 31/12/2016, soumis au régime Solvabilité 1 et ayant renvoyé leurs états C5 et C6.

Source : ACPR, états C5 et C6, calculs DREES.

Pour en savoir plus

ACPR. (2017). « Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance en 2016 ».

ACPR. (2010). « Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance ».

Beffy, M., *et al.* (2017). *Les dépenses de santé en 2016*. Paris, France : DREES, col. Panoramas de la DREES-santé.

Barlet, M., Beffy, M. et Raynaud, D. (2016). *La complémentaire santé, acteurs, bénéficiaires, garanties – édition 2016*. Paris, France : DREES, col. Panoramas de la DREES-santé.

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

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

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

Leduc, A., Montaut, A. (2016, septembre). « Tarification des complémentaires santé : déclin des solidarités dans les contrats individuels », DREES, *Études et Résultats*, 972.

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

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

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

Montaut, A. (2018b, à paraître). « La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise n'a pas transformé le marché en 2016 ». DREES, *Études et Résultats*, à paraître.

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

Pour en savoir plus

Annexes

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

Le champ de la « complémentaire santé » en France est défini par l'ensemble des organismes assujettis en 2016 à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, dite « taxe TSA », tableau A1, colonne (1). Le produit de cette taxe permet notamment au Fonds CMU de financer la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS). La taxe porte sur l'ensemble des cotisations que les organismes collectent dans l'année au titre de leur activité d'assurance santé, souscrite par des personnes physiques ou morales résidant en France. Les complémentaires obligatoires indivisibles du régime de base (Alsace-Moselle, industries électriques et gazières...) sont en revanche hors du champ de la taxe. Le taux de cette taxe peut varier selon les types de contrats, de 6,27 % à 20,27 % des cotisations collectées, mais dans le cas général (contrats de complémentaire santé responsables « classiques », c'est-à-dire à destination du grand public), son taux s'élève à 13,27 %.

Le champ des organismes assujettis à la taxe TSA et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2016 est un peu plus réduit que celui de la complémentaire santé. C'est le seul champ sur lequel des données détaillées de l'ACPR sur l'activité assurantielle sont disponibles – tableau A1, colonne (2). Ce champ est très proche de celui des seuls organismes assujettis à la taxe TSA – tableau A1, colonne (1). L'écart entre les deux s'explique surtout par des fusions et absorptions ayant eu lieu courant 2016, ainsi que, pour les sociétés d'assurance, par la présence de quelques sociétés étrangères qui ne sont pas contrôlées par l'ACPR mais par l'autorité de contrôle du pays dont elles dépendent. L'activité santé de ces organismes hors champ est toutefois mineure : elle représente seulement 30 millions sur les 34,8 milliards d'euros de cotisations collectées en complémentaire santé en 2016 (soit 0,09 % de l'activité). Les rapprochements, fusions, absorptions et transferts de portefeuilles doivent être traités pour mettre en cohérence les deux sources de données, ACPR et Fonds CMU.

Tableau A1 – Nombre d'organismes ayant une activité de complémentaire santé en 2016, avant repondération

	Assujettis à la taxe TSA au cours de 2016 (1)	Assujettis à la taxe TSA et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2016 (2)	Champ du rapport (3)	Dont ayant renseigné les états prudentiels et comptables (4)	Taux de couverture du champ en termes de cotisations (5)
Sociétés d'assurance	102	95	94	82	99,9%
- Mixtes			22	21	100,0%
- Non-vie			72	61	99,8%
Institutions de prévoyance	25	25	25	25	100,0%
Mutuelles de livre II	365	344	282	224	96,5%
Total	492	464	401	331	98,1%

(1) Organismes ayant versé une taxe au Fonds CMU au cours de l'année (définition différente du dénombrement en fin d'année).

(2) Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2016, i.e. hors organismes étrangers ou en cessation et après prise en compte des fusions et absorptions ayant eu lieu en 2016.

(3) Organismes assujettis à la taxe CMU et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2016, après avoir intégré les unions de mutuelles et exclu les mutuelles substituées.

(4) Organismes utilisés pour l'analyse, c'est-à-dire ayant renseigné au minimum les comptes et l'état prudentiel FR13.

(5) Assiette du Fonds CMU des organismes ayant renseigné les états sur l'assiette totale du Fonds CMU des organismes du champ du rapport, avant repondération.

Sources : ACPR et Fonds CMU, calculs DREES.

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

Parmi les 401 organismes du champ du rapport, 331 ont fourni à l'ACPR leurs états comptables et prudentiels – tableau A1, colonne (4). Sont considérés comme ayant fourni leurs comptes les organismes ayant renseigné au minimum les états comptables et le compte de résultat technique par contrats (état prudentiel « FR13 », ex « C1 », cf. encadré 2) à la date du 20 octobre 2016.

Ce rapport s'intéresse donc aux 331 organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe TSA) et ayant fourni à l'ACPR leurs comptes pour l'année 2016, hors mutuelles substituées. Ce champ est en effet le seul pour lequel on peut disposer des données comptables de l'ACPR (cotisations, prestations, charges de gestion...), mais il présente une très bonne représentativité du marché de la complémentaire santé en France (98,1 % du marché en termes de cotisations collectées – tableau A1, colonne [5]). Les organismes qui n'ont pas encore, au moment de l'élaboration de ce rapport, renvoyé leurs comptes à l'ACPR sont en général de petites structures dont la non-réponse peut être compensée par un jeu de pondération approprié. La repondération est effectuée par type d'organisme et, pour les mutuelles, également en fonction de leur taille.

La correction de la non-réponse totale

Les organismes conservés pour l'analyse sont ceux ayant renseigné les comptes de résultats publics et l'état FR13 (organismes dits « répondants » ; les autres formant la non-réponse dite « totale »). Afin de garantir la représentativité des résultats, une repondération est nécessaire : les 70 organismes n'ayant pas transmis leurs comptes et l'état FR13 en 2016 (non-réponse totale) sont donc compensés en attribuant une pondération aux organismes de même type ayant transmis l'ensemble des données requises (répondants). Cette pondération est calculée sur la base de l'assiette de la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance perçue au profit du Fonds CMU, qui est disponible pour tous les organismes, qu'ils aient transmis ou non leurs comptes à l'ACPR.

La correction de la non-réponse partielle

En 2016, 331 organismes sont « répondants », c'est-à-dire qu'ils ont renseigné leurs comptes de résultats publics et l'état FR13. Certains de ces organismes n'ont pas renseigné les états FR14, indispensables eux aussi à la rédaction de ce rapport. Leurs données en FR14 sont donc imputées. La comparaison des états permet de corriger certaines données incohérentes et d'en inférer d'autres absentes. Les états FR13 peuvent ainsi être corrigés ou complétés à partir des données des comptes publics issus des états FR03. Pour 3 organismes, les états FR13 ont été ainsi corrigés ou complétés (tableau A2). Enfin l'état FR1403 permet de ventiler les prestations versées par types de soins et bien médicaux (soins hospitaliers, médicaments...). Lorsqu'il n'est pas renseigné ou manifestement faux, celui-ci est imputé sur la base du total des prestations renseignée dans l'état FR1303 auxquelles on applique la structure moyenne des organismes de même catégorie ayant renseigné l'état FR1403. Les autres états statistiques (FR1401, FR1402, FR1404), moins bien renseignés, ne sont en revanche pas imputés.

Tableau A2 – Taux de réponse par état et imputation en 2016

	Nombre d'organismes	% cotisations en santé
ayant renseigné les comptes publics et bilans	331	100,0%
ayant renseigné les états FR13, dont	331	100,0%
- FR13 corrigé/complété	3	0,2%
état FR1403 exploitable, dont	331	100,0%
- FR1403 imputé	52	3,4%
ayant renseigné l'état FR1401	122	45,5%
ayant renseigné l'état FR1402	226	90,5%
ayant renseigné l'état FR1404	170	61,9%

Source : Fonds CMU, ACPR, calculs DREES.

Annexe 2 – Compte de résultat technique en santé en 2015 et 2016

Sociétés d'assurance	2015			2016		
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total
Produits	5 829	4 907	10 736	5 619	5 492	11 111
Cotisations collectées	5 762	4 840	10 602	5 565	5 438	11 003
Autres produits	67	67	134	54	54	108
Charges	5 499	4 953	10 452	5 221	5 560	10 781
Prestations	3 917	3 999	7 917	3 743	4 463	8 206
Frais de gestion des sinistres	234	244	478	203	263	467
Frais d'acquisition	901	457	1 359	846	510	1 355
Frais d'administration	385	249	634	370	303	673
Autres charges	61	4	65	60	20	80
Résultat technique	330	-47	283	398	-68	330

Institutions de prévoyance	2015			2016		
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total
Produits	870	5 367	6 237	796	5 714	6 510
Cotisations collectées	865	5 345	6 210	791	5 688	6 479
Autres produits	6	22	27	6	26	31
Charges	784	5 606	6 390	719	6 036	6 754
Prestations	720	4 650	5 371	654	5 025	5 680
Frais de gestion des sinistres	28	253	280	26	270	296
Frais d'acquisition	29	274	302	30	302	332
Frais d'administration	7	327	333	-5	381	376
Autres charges	0	102	103	14	57	71
Résultat technique	86	-239	-153	78	-322	-244

Mutuelles	2015			2016		
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total
Produits	13 148	5 487	18 635	13 048	5 441	18 489
Cotisations collectées	12 992	5 447	18 438	12 988	5 418	18 406
Autres produits	157	40	197	60	23	83
Charges	12 893	5 751	18 644	12 759	5 712	18 471
Prestations	10 152	4 707	14 860	9 999	4 757	14 756
Frais de gestion des sinistres	561	232	793	544	228	772
Frais d'acquisition	836	323	1 159	854	303	1 157
Frais d'administration	1 268	414	1 683	1 288	473	1 762
Autres charges	75	75	150	73	-48	26
Résultat technique	256	-265	-9	289	-271	18

Ensemble des organismes	2015			2016		
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total
Produits	19 848	15 761	35 609	19 464	16 647	36 110
Cotisations collectées	19 618	15 632	35 250	19 344	16 544	35 888
Autres produits	230	129	359	120	103	223
Charges	19 175	16 310	35 486	18 699	17 307	36 007
Prestations	14 790	13 357	28 147	14 397	14 245	28 642
Frais de gestion des sinistres	823	728	1 551	774	761	1 535
Frais d'acquisition	1 766	1 054	2 820	1 729	1 114	2 844
Frais d'administration	1 661	990	2 651	1 653	1 157	2 810
Autres charges	136	181	317	146	30	176
Résultat technique	672	-551	121	765	-661	104

Note : Cotisations hors taxes. Autres produits = produits financiers nets, variations de provisions pour cotisations non acquises, subventions d'exploitation. Autres charges de prestations = variations des provisions techniques et participation aux excédents incorporée. Frais d'administration et autres charges techniques nets des autres produits techniques. Autres charges = participation aux excédents, charges de réassurance nettes des produits de réassurance.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de l'année considérée.

Source : ACPR, calculs DREES.

Glossaire

ACS (Aide à la complémentaire santé) : Il s'agit d'une aide qui s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le seuil d'attribution de la CMU-C (voir CMU-C) et ce même seuil majoré de 35 %. Elle vise à les aider à financer un contrat d'assurance complémentaire santé individuel.

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

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

Apériteur : En co-assurance, désigne l'organisme qui gère pour le compte de tous les co-assureurs.

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

Branches : Il existe 26 branches d'assurance, correspondant à toutes les opérations qui peuvent être exercées par des organismes assureurs : maladie, incendie, responsabilité civile générale, vie-décès, etc. Pour pouvoir pratiquer dans une branche, un organisme assureur doit au préalable avoir reçu une autorisation spécifique, dénommée agrément, de la part de l'ACPR. Les activités de certaines branches (dommages aux biens, responsabilité civile par exemple) ne peuvent être exercées que par des sociétés d'assurance.

Charges de gestion : Charges liées au fonctionnement des organismes pour leur activité d'assurance = frais de gestion des sinistres + frais d'acquisition + frais d'administration et autres charges techniques nettes.

Charges de prestation : Charges liées à l'indemnisation des assurés = sinistres payés + variation de provisions (estimation des sinistres qui restent à payer) + frais de gestion des sinistres.

CMU-C (Couverture maladie universelle complémentaire) : Il s'agit d'une complémentaire santé individuelle gratuite accordée aux plus modestes. La CMU-C peut être gérée, au choix du bénéficiaire, soit par son organisme d'Assurance maladie d'affiliation soit par un organisme complémentaire inscrit sur la liste nationale des organismes volontaires pour la gérer.

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

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

Contrats solidaires et responsables : Un contrat santé est dit « responsable » lorsqu'il encourage le respect du parcours de soins coordonné et qu'il ne prend pas en charge les différentes franchises et participations forfaitaires mises en place par l'Assurance maladie afin de modérer la dépense de santé en responsabilisant l'assuré. Un contrat santé est dit « solidaire » si l'organisme ne fixe pas les cotisations en fonction de l'état de santé des individus couverts, et, pour les adhésions ou

souscriptions individuelles, ne recueille aucune information médicale. Les contrats à la fois solidaires et responsables bénéficient d'avantages sociaux et fiscaux.

Cotisation : Voir « prime ».

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

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

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

EIOPA (en français AEAPP, Autorité européenne des assurances et des pensions professionnelles) : Dans le cadre de la mise en œuvre de la réforme de la structure de la supervision financière européenne, cette autorité européenne a remplacé depuis le 1^{er} janvier 2011 le Comité européen des contrôleurs d'assurance et de pensions professionnelles (CECAPP). Parmi les missions de l'EIOPA :

- améliorer la protection des consommateurs et des assurés,
- harmoniser les règles de contrôle à travers l'Union européenne,
- renforcer la surveillance des groupes transfrontaliers,
- soutenir la stabilité du système financier, ...

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

Exigence de marge de solvabilité : Dans la réglementation actuelle, l'exigence de marge est le minimum de fonds propres qu'une entreprise d'assurance doit détenir. En assurance-vie, elle sera fonction des provisions mathématiques des contrats en euros et des contrats en unités de compte, et des capitaux sous risques. En assurance non-vie, elle dépendra du montant des cotisations ou des sinistres. La réassurance peut également être prise en compte. Notons que le vocabulaire évolue : avec Solvabilité II, on fait référence à des « exigences de fonds propres » ou à un « capital requis ».

FFA (Fédération française de l'assurance) : La FFA est une organisation professionnelle qui représente et défend les intérêts de 280 entreprises d'assurance et de réassurance opérant en France. Depuis juillet 2016, la FFA réunit la Fédération française des sociétés d'assurance (FFSA) et le Groupement des entreprises mutuelles d'assurance (GEMA) au sein d'une seule organisation.

FNMF (Fédération nationale de la Mutualité Française) : La FNMF est une organisation professionnelle qui représente et défend les intérêts de 426 mutuelles et unions mutualistes.

Fonds propres : Les fonds propres d'un organisme assureur sont la différence entre l'expression comptable du total de ses actifs et l'expression comptable du total de son passif. On parle aussi parfois d'*actif net*. Plus généralement, les fonds propres sont les capitaux dont dispose l'organisme. Ils ont été soit apportés par les actionnaires, soit acquis par l'activité économique. Les années d'excédents, des bénéfices peuvent être versés aux actionnaires, ou conservés pour accroître les fonds propres. Plus un organisme possède de fonds propres, moins il a recours à l'endettement et plus il est résistant en cas de difficultés.

Fonds CMU : Fonds de financement de la CMU-C et de l'ACS. Le Fonds CMU est un établissement public national à caractère administratif créé par la loi du 27 juillet 1999. Ses trois missions principales sont (1) financer la CMU complémentaire et l'Aide pour une Complémentaire Santé, (2) suivre et analyser le fonctionnement des dispositifs et à ce titre formuler des propositions d'amélioration et (3) élaborer et publier la liste nationale des organismes complémentaires habilités à gérer la CMU complémentaire.

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

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

Frais de gestion des sinistres : Partie des charges des organismes assureurs qui inclut les frais des services règlements ou exposés à leur profit, les commissions versées au titre de la gestion des sinistres, les frais de contentieux liés aux sinistres. Dans le Code des assurances, le terme utilisé est "Frais de règlement des sinistres".

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

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

Institutions de Prévoyance : Créées par la loi d'août 1994 obligeant la séparation des activités retraite et prévoyance-santé au sein des caisses de retraite complémentaire, une institution de prévoyance est une personne morale de droit privé à but non lucratif, régie par le Code de la Sécurité sociale. Elle est dirigée paritairement par les représentants des employeurs et des salariés. Les risques qui peuvent être couverts par une institution de prévoyance sont l'assurance-vie, la santé, les autres dommages corporels (incapacité, invalidité, dépendance) et le chômage.

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

Marge de solvabilité (Solvabilité 1) : Les actifs doivent être supérieurs aux engagements des assureurs ; l'écart constitue un matelas de sécurité qui doit être suffisamment épais et doit être supérieur à une exigence minimale (voir exigence de marge de solvabilité).

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

Mutuelles : Personnes morales de droit privé à but non lucratif relevant du Code de la mutualité. Les mutuelles sont financées par les cotisations de leurs adhérents. Les mutuelles ne peuvent assurer que certains risques comme la santé, le chômage, l'invalidité suite à un accident du travail, l'assurance-vie, la protection juridique et la caution.

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

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

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

Prévoyance : Couverture de risques liés à la personne (comme la maladie ou l'accident), ou à la durée de la vie (comme le décès, la retraite ou la dépendance). La prévoyance permet, selon les garanties souscrites, de faciliter l'accès aux soins, d'assurer un maintien partiel ou total des revenus, de bénéficier d'un complément financier, ou enfin de percevoir un capital ou une rente. Elle complète les prestations des régimes obligatoires de sécurité sociale.

Prime (ou cotisation) : Somme payée par l'assuré en contrepartie des garanties accordées par l'assureur. On nomme :

- prime pure : la prime qui permet statistiquement de régler les sinistres
- prime nette (ou prime commerciale) : la prime pure + les chargements et accessoires qui permettent de couvrir les frais de gestion des organismes assureurs
- prime totale (payée par le souscripteur) : prime nette + les taxes.

Primes nettes émises : Somme demandée au payeur de prime, à échéance, pour le paiement de sa prime périodique à la date d'anniversaire du contrat ou à la date d'échéance (contrats collectifs et contrats à prime fractionnée). La prime est considérée comme émise, dès que l'échéance est atteinte. L'émission de la prime entraîne sa mise en recouvrement. La prime émise correspond à la prime collectée par l'assureur.

Primes acquises : Fraction de la prime couvrant les risques assurés jusqu'à la fin d'un exercice comptable. Lorsque la prime due ou payée par le client (ou estimée) correspond à une période de garantie qui déborde le 31 décembre de l'exercice, la prime acquise est la fraction de la prime qui couvre les risques de la période qui se termine le 31 décembre de l'exercice. Dans ce cas, l'excédent de la prime est reporté, en comptabilité, sous forme de provision. Il constituera la provision pour primes non acquises à la clôture, en vue de l'exercice comptable suivant. De même, la provision de l'exercice précédent reportée afin de couvrir l'exercice courant est appelée provision pour primes non acquise à l'ouverture.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sociétés d'assurance : Elles sont soumises au Code des assurances. On distingue deux grands types de sociétés d'assurance :

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

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

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

Surcomplémentaire santé : Assurance santé qui vient étendre la couverture de la complémentaire santé classique (appelée aussi couverture de troisième niveau). Elle s'adresse notamment aux salariés qui souhaitent une meilleure couverture que celle offerte par la complémentaire santé imposée par leur entreprise. On nomme aussi surcomplémentaire santé la prise en charge de frais médicaux dans des contrats qui ne sont pas des complémentaires santé (assurance automobile, assurance scolaire...).

Taxe TSA : Taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, elle est prélevée en France sur tous les contrats de complémentaire santé au profit du Fonds CMU et permet de financer la CMU-C et l'aide à la complémentaire santé (ACS).

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

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