

2016
RAPPORT

La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé



Liberté • Égalité • Fraternité
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE
DE L'ÉCONOMIE
ET DES FINANCES

MINISTÈRE
DES AFFAIRES SOCIALES
ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE
DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI,
DE LA FORMATION
PROFESSIONNELLE
ET DU DIALOGUE SOCIAL

RAPPORT 2016

Sur la situation financière des organismes
complémentaires assurant une couverture santé

Rédacteur : Alexis Montaut

Remerciements : La DREES tient à remercier :

- l'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 CMU, la CNAM-TS et le RSI dont les données sont également indispensables ;
- les personnes des organismes publics ou privés qui améliorent ce document grâce à leur relecture. Elle tient à remercier tout particulièrement les fédérations CTIP, FNMF et FFA pour leur collaboration et leur concours.

DREES

MINISTÈRE DE L'ÉCONOMIE ET DES FINANCES

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL

Sommaire

Avant-propos	4
Principaux enseignements	5
Chapitre 1 - Le marché de la complémentaire santé	7
Deux organismes d'assurance sur trois pratiquent une activité santé.....	7
20 organismes concentrent la moitié du marché de la complémentaire santé.....	8
La santé représente 15 % des cotisations collectées en assurance	10
Petits organismes : rares chez les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance.....	13
À la veille de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, les contrats collectifs représentent presque la moitié du marché.....	13
Chapitre 2 - 80 % des cotisations reversées sous forme de prestations en 2015.....	16
Des contrats collectifs dynamiques en 2015.....	17
Les contrats collectifs offrent un meilleur retour sur cotisation aux assurés.....	20
Un retour sur cotisations en recul ces dernières années.....	20
Contrats collectifs : plus de remboursements en optique et dentaire, moins en hospitalisation et en médicaments	21
Chapitre 3 - Les charges de gestion représentent au global 20 % des cotisations collectées... 23	23
Des charges de gestion plus faibles pour les contrats collectifs.....	23
Des frais d'acquisition plus élevés pour les sociétés d'assurance	24
Des frais d'administration plus élevés pour les mutuelles	25
Des charges de gestion en augmentation	25
Chapitre 4 - Des excédents en santé qui représentent 0,3 % des cotisations en 2015.....	28
De légers excédents dégagés en santé, tirés vers le bas par les contrats collectifs.....	28
Les sociétés d'assurance ont une meilleure rentabilité	28
Chapitre 5 - Des organismes solvables	31
Un résultat net positif ou nul pour toutes les catégories d'organismes en 2015	31
Des différences de structure de bilan entre organismes liées à leur profil d'activité	35
Un bilan comptable en hausse pour toutes les catégories d'organismes.....	38
Des règles prudentielles respectées	38
Annexes.....	43
Annexe 1 - Le champ du rapport et les redressements des données	45
Annexe 2 - Compte de résultat technique en santé - ensemble des organismes en 2014 et 2015 .	48
Glossaire	49

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, 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 2015 et les compare à ceux des années précédentes. Ceux-ci s'appuient principalement sur des données recueillies par l'autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) et par le fonds CMU.

Ce rapport comprend cinq chapitres. Le premier présente la structure et la démographie du marché de l'assurance complémentaire santé. Les suivants analysent tour à tour trois aspects de l'activité d'assurance santé : rentabilité, retour sur cotisations, charges de gestion. 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 de plus en plus concentré

En 2015, 534 organismes (411 mutuelles, 99 sociétés d'assurance et 24 institutions de prévoyance) exercent une activité de complémentaire santé. Leur nombre a été divisé par trois depuis 2001. En 2015, les 20 plus grands organismes concentrent la moitié du marché en termes de cotisations collectées et les 100 plus grands en concentrent presque 90 %. De nombreuses mutuelles de petite taille subsistent malgré la concentration du marché.

Les mutuelles restent prédominantes sur le marché de l'assurance santé (53 % des cotisations collectées) même si leurs parts de marché diminuent au profit des sociétés d'assurance. Les mutuelles sont spécialisées en santé (83 % de leur activité). La santé représente aussi la moitié de l'activité des institutions de prévoyance (50 %), mais seulement 5 % de celle des sociétés d'assurance.

À la veille de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, intervenue au 1^{er} janvier 2016, les contrats collectifs représentent 44 % des cotisations collectées en santé en 2015 d'après l'ACPR. Les mutuelles et les sociétés d'assurance non-vie proposent davantage des contrats santé individuels alors que les sociétés d'assurance mixtes et les institutions de prévoyance sont nettement positionnées sur les contrats santé collectifs. Depuis plusieurs années, les contrats collectifs gagnent du terrain sur les contrats individuels.

La masse totale des cotisations collectées en santé a augmenté de 0,3 % entre 2014 et 2015. Les cotisations collectées ont augmenté en collectif (+2,3 %) et reculé en individuel (-1,3 %). L'approche de la généralisation de la complémentaire d'entreprise (au 1^{er} janvier 2016) et la réforme de la couverture des travailleurs frontaliers suisses expliquent sans doute ces évolutions.

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

En 2015, les organismes reversent aux assurés 80 % de leurs cotisations sous forme de prestations¹. À cet égard, du point de vue des assurés, les contrats collectifs offrent un meilleur retour sur cotisation (85 %) que les contrats individuels (75 %), même si cet écart semble se réduire ces dernières années. Les institutions de prévoyance offrent le meilleur retour sur cotisations (86 %), devant les mutuelles (81 %), les sociétés d'assurance mixtes (79 %) et les sociétés d'assurance non-vie (71 %). Cette hiérarchie entre famille d'organismes s'explique avant tout par le poids du collectif dans l'activité.

En 2015, les charges de gestion représentent 20 % des cotisations des organismes d'assurance. Les charges de gestion sont plus faibles en collectif (18 %) qu'en individuel (22 %). Les institutions de prévoyance affichent les charges les plus faibles (15 %), devant les mutuelles (20 %) puis les sociétés d'assurance (23 %). Cette hiérarchie entre famille d'organismes s'explique avant tout là aussi par le poids du collectif dans l'activité. Toutefois, les mutuelles se caractérisent également par des frais d'administration plus élevés tandis que les sociétés d'assurance se distinguent par des frais d'acquisition plus importants.

L'assurance santé reste très légèrement excédentaire en 2015

En 2015, les organismes complémentaires ont dans leur ensemble dégagé de légers excédents sur leur activité santé (résultat technique global positif), qui représentent 0,3 % des cotisations collectées en 2015. L'activité santé est légèrement excédentaire depuis plusieurs années. Les institutions de prévoyance se caractérisent par un résultat technique de l'activité santé en moyenne négatif. Cela s'explique probablement par leur spécialisation sur les contrats collectifs, lesquels sont en moyenne

¹ Les années précédentes, le rapport présentait les charges de prestations (prestations versées + frais de gestion des sinistres), tandis que cette année, il présente les prestations versées seulement. Le ratio prestations sur cotisations est donc inférieur au ratio charges de prestations sur cotisations présenté les années passées mais il reflète plus précisément ce qui est reversé aux assurés.

déficitaires pour toutes les catégories d'organismes, contrairement aux contrats individuels, en moyenne excédentaires. Au-delà de la part du collectif dans le portefeuille de contrats, les sociétés d'assurance ont une rentabilité un peu meilleure que les mutuelles et les institutions de prévoyance.

Des organismes solvables

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 2015, les organismes exerçant une activité d'assurance santé ont dégagé des excédents représentant en moyenne 3,8 % de l'ensemble des cotisations collectées. Les institutions de prévoyance, déficitaires en santé, sont à l'équilibre en ce qui concerne l'intégralité de leur activité.

Les organismes qui exercent une activité santé sont solvables, c'est-à-dire financièrement solides et capables à tout moment d'honorer leurs engagements vis-à-vis des assurés. En moyenne, les deux ratios prudentiels imposés dans le cadre du régime Solvabilité 1 (couverture des engagements réglementés et couverture de la marge de solvabilité) sont largement respectés en 2015 comme depuis plusieurs années. L'année 2015 est la dernière pour laquelle le régime Solvabilité 1 est en vigueur (à compter de 2016, le régime Solvabilité 2 lui succède).

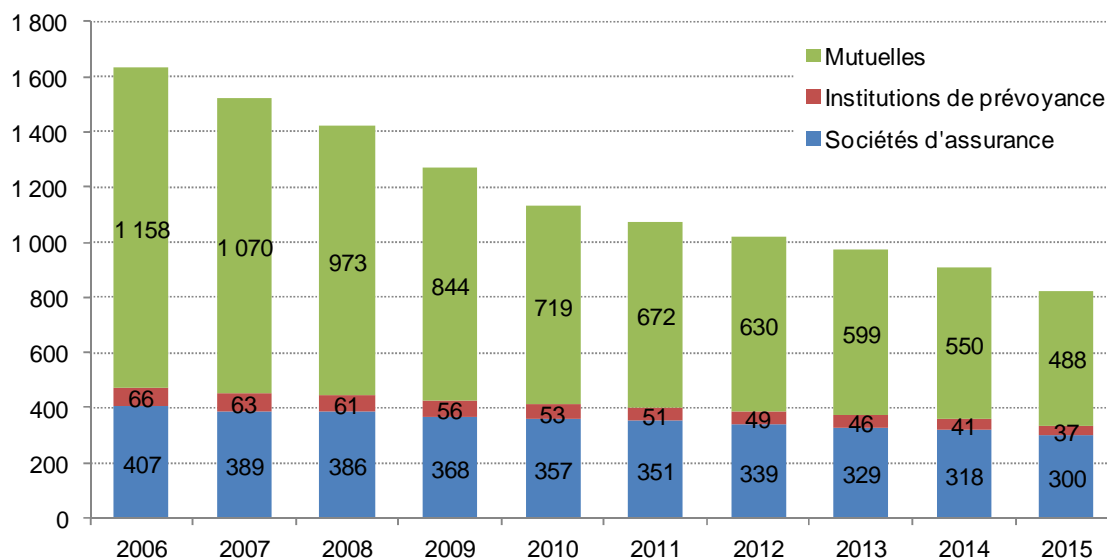
Chapitre 1 - Le marché de la complémentaire santé

En France, trois familles d'organismes sont présentes sur le marché de l'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, aussi appelée assurance « frais de soins » car les assureurs remboursent tout ou partie de leurs dépenses de santé aux assurés. L'assurance « frais de soins² » correspond principalement aux contrats de complémentaire et de surcomplémentaire santé, qui viennent compléter la prise en charge des dépenses de santé après intervention de l'Assurance maladie.

Deux organismes d'assurance sur trois pratiquent une activité santé

En 2015, 826 organismes pratiquent des **activités d'assurance** selon l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) : 488 mutuelles régies par le Code de la mutualité, 301 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 : 58 % des mutuelles, 44 % des institutions de prévoyance et 26 % des sociétés d'assurance ont disparu entre 2006 et 2015 selon l'ACPR, principalement par effet de concentration. Cette concentration s'est accélérée depuis 2013. Cela peut s'expliquer par l'approche du nouveau régime prudentiel Solvabilité 2, plus contraignant que le régime précédent. Il a notamment conduit les organismes d'assurance à rationaliser leurs structures (réintégrations de filiales au sein de la maison mère par exemple). La généralisation de la complémentaire santé collective au 1^{er} janvier 2016 peut aussi l'expliquer, la recherche d'alliances ou des partenariats sur le marché de la collective ayant pu déboucher sur des fusions d'organismes.

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 488 mutuelles contrôlées en 2015, 149 sont substituées.

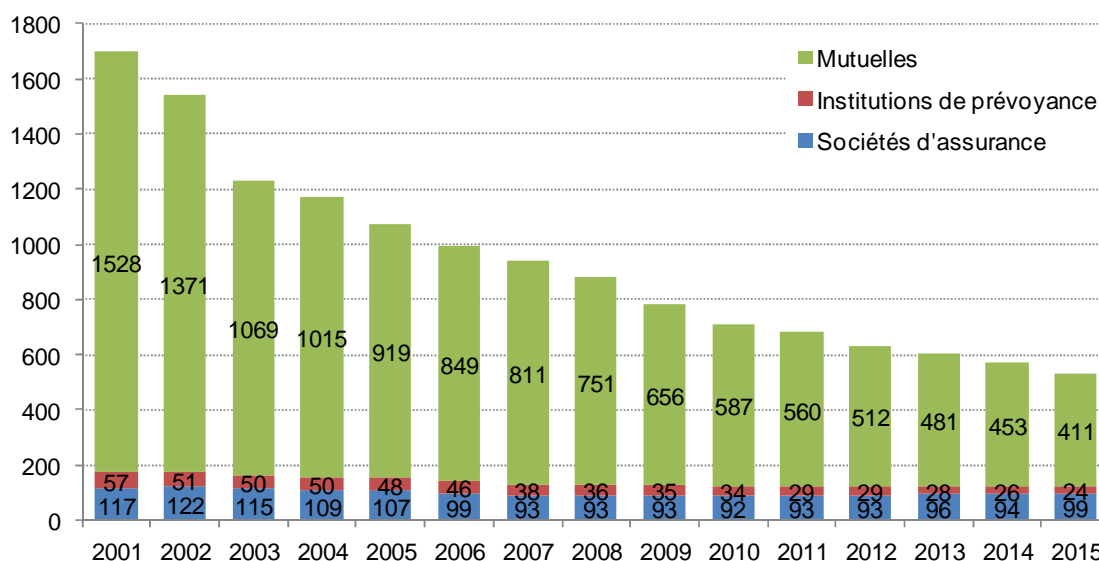
Source : Chiffres du marché français de la banque et de l'assurance, ACPR.

² Les garanties frais de soins incluent les garanties santé lorsqu'elles sont l'objet principal d'un contrat mais aussi lorsqu'elles sont des garanties accessoires à un contrat d'un autre type (contrat invalidité, accident...). Pour en savoir plus sur le périmètre précis des deux sources de données sur les frais de soins (source ACPR et source Fonds CMU), voir encadré 1

Le marché français de la **couverture complémentaire santé** regroupe l'ensemble des organismes exerçant ce type d'activité d'assurance et qui sont donc à ce titre assujettis à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, dite « taxe CMU ». Cette taxe est perçue 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). En 2015, 534 organismes exercent une activité de complémentaire santé sur le territoire français : 411 mutuelles, 99 sociétés d'assurance et 24 institutions de prévoyance (graphique 1.2). Environ 8 mutuelles sur 10 pratiquent une activité d'assurance santé tout comme 6 institutions de prévoyance sur 10 en moyenne. À l'inverse, seules 3 sociétés d'assurance sur 10 pratiquent ce type d'activité³.

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 3,7 depuis cette date et le nombre d'institutions de prévoyance par 2,4. En revanche, le nombre de sociétés d'assurance contribuant au fonds CMU a peu diminué.

Graphique 1.2 – Nombre d'organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle perçue au profit du fonds CMU entre 2001 et 2015



Champ : Établissements ayant versé une contribution au fonds CMU (période 2001-2010) ou une taxe au fonds CMU (période 2011-2015) au cours de l'année. Cette définition aboutit à des effectifs différents du dénombrement en fin d'année utilisé par l'ACPR. 81 mutuelles contrôlées par l'ACPR et contribuant au Fonds CMU sont substituées en 2015.

Source : Fonds CMU.

20 organismes concentrent la moitié du marché de la complémentaire santé

La masse des cotisations (ou « primes ») que l'ensemble des organismes d'assurance collectent au titre de leur activité de complémentaire santé s'élève à 34,4 milliards d'euros en 2015. Les mutuelles restent prédominantes sur le marché de la complémentaire santé, devant les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance. Le chiffre d'affaires en santé⁴ des mutuelles, correspondant aux cotisations collectées auprès des souscripteurs au titre des contrats de complémentaire santé, s'élève à 18,2 milliards d'euros soit 53 % du marché, contre 10,0 milliards d'euros pour les sociétés d'assurance (29 % du marché) et 6,2 milliards d'euros pour les institutions de prévoyance (18 %), d'après le fonds CMU (graphique 1.3 et encadré 1). Depuis 2001 les mutuelles, et dans une moindre mesure les institutions de prévoyance, ont globalement perdu des parts de marché face aux sociétés d'assurance. Cependant, les institutions de prévoyance ont regagné des parts ces dernières années

³ Les deux dénombrements d'organismes ne sont pas parfaitement comparables. En effet, les organismes contrôlés par l'ACPR sont les organismes référencés en France et toujours actifs en fin d'année, tandis que 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.

⁴ Dans ce rapport, le chiffre d'affaires est systématiquement assimilé aux cotisations collectées.

jusqu'en 2014. Avec la généralisation de la complémentaire santé au 1^{er} janvier 2016, les parts de marché des différentes catégories d'organismes pourraient être bousculées.

Tableau 1.3 – Cotisations collectées et parts de marché des différents types d'organismes entre 2001 et 2015

Montant (en millions d'euros)	2001*	2006*	2011	2012	2013	2014	2015
Mutuelles	10 596	15 319	17 248	17 589	17 846	18 045	18 167
Sociétés d'assurance	3 279	6 344	8 267	8 808	9 241	9 570	10 037
Institutions de prévoyance	3 692	4 379	5 160	5 746	5 806	6 291	6 150
Ensemble	17 567	26 042	30 676	32 142	32 893	33 906	34 353
Parts de marché (en %)							
Mutuelles	60%	59%	56%	55%	54%	53%	53%
Sociétés d'assurance	19%	24%	27%	27%	28%	28%	29%
Institutions de prévoyance	21%	17%	17%	18%	18%	19%	18%
Ensemble	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle perçue au profit du fonds CMU au cours de l'année. L'assiette du fonds CMU correspond aux cotisations collectées par les organismes au titre d'une activité de complémentaire santé. Elle sert de base au calcul de la taxe CMU.

* En 2011, la taxe CMU a remplacé la contribution CMU. Les cotisations collectées avant 2011 incluent donc la contribution, tandis que celles collectées à partir de 2011 excluent la taxe. Les données antérieures à 2011 sont plus fragiles.

Source : Fonds CMU.

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. 411 mutuelles gèrent 18,2 milliards d'euros de cotisations santé en 2015 d'après le fonds CMU, ce qui représente, en moyenne, 44 millions d'euros de cotisations santé par mutuelle. En comparaison, une société d'assurance qui a une activité santé gère en moyenne 101 millions d'euros de cotisations santé et une institution de prévoyance, 256 millions d'euros.

Les 20 plus grands organismes en termes de chiffre d'affaires santé représentent à eux seuls la moitié du marché français (tableau 1.4). Il s'agit de 8 mutuelles, de 8 sociétés d'assurance et de 4 institutions de prévoyance. En 2006, les 20 organismes qui dominaient le marché ne concentraient que le tiers de celui-ci. De plus, parmi les 534 organismes qui cotisent au fonds CMU, les 100 plus importants en termes de cotisations collectées, soit un cinquième des organismes, représentent à eux seuls presque 90 % du marché.

Tableau 1.4 – Part de marché des plus grands acteurs de la complémentaire santé en 2015

Plus grands organismes	Mutuelles	Sociétés d'assurance	Institutions de prévoyance	Parts de marché	Parts de marché (2006)
Top 10	4	2	4	35%	25%
Top 20	8	8	4	51%	35%
Top 50	25	17	8	74%	54%
Top 100	58	29	13	88%	70%

Lecture : Les 10 plus grands organismes en termes de chiffre d'affaires en santé représentent 35 % des cotisations collectées en 2015. Ce top 10 est constitué de 4 mutuelles, de 4 institutions de prévoyance et de 2 sociétés d'assurance. En 2006, les 10 plus grands organismes concentraient 25 % des cotisations collectées.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle perçue au profit du fonds CMU au cours de l'année.

Source : Fonds CMU.

La catégorie des mutuelles se caractérise finalement par son caractère hétérogène en termes de taille, avec de nombreuses mutuelles très petites, mais aussi des très grandes structures (4 mutuelles parmi les 10 plus gros organismes).

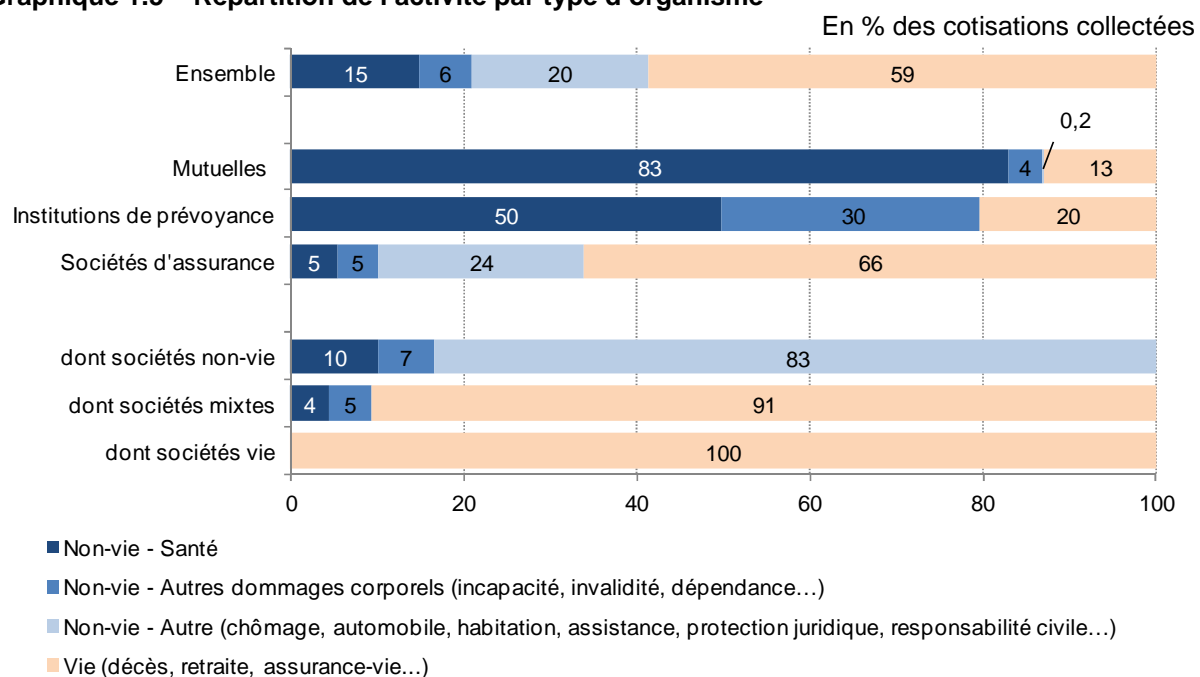
La santé représente 15 % des cotisations collectées en assurance

La santé représente 15 % de l'activité⁵ de l'ensemble des organismes d'assurance en 2015 d'après les données de l'ACPR (encadré 1). Le poids de la santé dans l'ensemble de l'activité d'assurance a légèrement augmenté ces dernières années puisque la santé représentait 13 % de l'activité en 2009.

En 2015, la santé représente 83 % du chiffre d'affaires de l'ensemble des mutuelles (graphique 1.5), lesquelles sont spécialisées sur ce risque. La santé est aussi l'activité principale des institutions de prévoyance dont elle représente en moyenne 50 % des cotisations collectées. Les institutions de prévoyance consacrent également 30 % de leur activité aux risques longs, comme l'invalidité, l'incapacité ou la dépendance (dits « autres dommages corporels »). Elles ont aussi une activité assurantielle vie (décès, retraite...) à hauteur de 20 % de leur activité.

L'activité santé est plus minoritaire pour les sociétés d'assurance (5 % de leur activité en 2015). Les sociétés d'assurance ont en effet une activité très diversifiée qui dépasse largement le cadre des risques sociaux : assurance automobile, dommages aux biens, responsabilité civile, etc. Cette diversification est cependant limitée par la double spécialisation du marché de l'assurance (encadré 2). En raison de la réglementation juridique de leur activité, les sociétés d'assurance non-vie ne peuvent exercer d'activité vie, et inversement. Néanmoins, des sociétés d'assurance spécialisées dans l'activité vie peuvent tout de même couvrir certains dommages corporels sous réserve d'en avoir reçu l'agrément de la part de l'ACPR ; elles sont alors appelées sociétés d'assurance mixtes. La santé représente 10 % de l'activité des sociétés d'assurance non-vie et 4 % de celle des sociétés d'assurance mixtes et n'est, par définition, pas exercée par les sociétés d'assurance vie.

Graphique 1.5 – Répartition de l'activité par type d'organisme



Lecture : Pour les mutuelles, les cotisations collectées en santé représentent 83 % de l'ensemble des cotisations collectées.

Note : On dénombre 488 mutuelles, 37 institutions de prévoyance et 285 sociétés d'assurance, dont 195 sociétés non-vie, 39 sociétés mixtes et 51 sociétés vie (les 4 succursales de pays tiers ont été classées en non-vie, au vu de leur activité). Enfin, les 16 sociétés de réassurance sont écartées afin d'éviter les doubles comptes.

Champ : Ensemble des organismes contrôlés par l'ACPR au 31/12/2015, hors sociétés de réassurance. Affaires directes.

Source : ACPR, état C4, calculs DREES.

⁵ Le poids de la santé dans l'ensemble de l'activité est calculé sur l'ensemble des organismes, et pas seulement sur les organismes ayant une activité santé.

Encadré 1

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

Afin d'assurer sa mission de contrôle prudentiel, l'ACPR collecte chaque année auprès des organismes complémentaires 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 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 :

- états bilantiels (BILA et BILP) : actifs et passifs du bilan des organismes ;
- comptes de résultat technique (CRTD, CRTV et CRNT) : produits, charges et résultat technique ;
- comptes de résultat technique par type de contrats (état C1) : produits, charges et résultat technique, par type de contrats ;
- primes émises par catégorie comptable (état C4) : cet état distingue l'activité santé de l'activité sur les autres dommages corporels (incapacité, invalidité, dépendance) ;
- engagements réglementés et marge de solvabilité (états C5 et C6) : éléments sur le respect des exigences de Solvabilité 1 ;
- nombre de personnes assurées, couvertes et de bénéficiaires par type de garanties (état E1) ;
- primes et prestations par type de garantie (état E2) ;
- prestations santé par type de soins (état E3) ;
- compte de résultat technique en frais de soins (état E4) ;
- frais de gestion des organismes complémentaires (état E5).

Sur le champ du rapport (annexe 1), 34,4 milliards d'euros de cotisations ont été collectés sur le marché de la complémentaire santé en 2015 d'après les données du fonds CMU, contre 35,3 milliards d'après les données des états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR (tableau E1). L'écart entre les deux sources, très faible (1 %) pour les mutuelles et les institutions de prévoyance, est plus important pour les sociétés d'assurances (6 %). Il s'explique notamment par des différences dans la définition du chiffre d'affaires en santé entre ces deux sources. En effet, les données de l'ACPR correspondent à l'ensemble du risque « santé » mais excluent toutefois les garanties santé accessoires à un contrat autre que dommages corporels ou vie (automobile par exemple). La taxe CMU est quant à elle calculée sur l'activité de complémentaire et de surcomplémentaire santé et exclut donc 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. Elle intègre en revanche en théorie les garanties santé accessoires à d'autres contrats. 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 ou unions de mutuelles, une ou plusieurs sociétés peuvent s'acquitter de la taxe CMU au titre d'autres organismes du groupe, alors que les comptes sont envoyés pour chaque organisme à l'ACPR.

Tableau E1 : Montant de cotisations collectées en santé en 2015

	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'assurances	10,0	10,6	6%
Institutions de prévoyance	6,1	6,2	1%
Ensemble	34,4	35,3	3%

Source : Fonds CMU, ACPR, calculs DREES.

Encadré 2

Le marché de l'assurance et sa double spécialisation

Trois acteurs peuvent exercer une activité d'assurance. Les mutuelles, régies par le code de la mutualité, sont des organismes à but non lucratif. Les institutions de prévoyance, à but non lucratif également, sont soumises au code de la Sécurité sociale. Ces dernières sont des organismes paritaires : leurs conseils d'administration comportent, à égalité, des représentants des salariés et des employeurs. Enfin, les sociétés d'assurance sont régies par le Code des assurances. En leur sein, les mutuelles d'assurance (ou sociétés d'assurance mutuelle) sont des organismes à but non lucratif qui appartiennent à leurs adhérents, nommés « sociétaires », et ont ainsi un fonctionnement proche de celui des mutuelles.

Encadrée par des règles juridiques spécifiques, une entreprise ayant des activités d'assurance ne peut exercer aucune autre activité. Les mutuelles ayant des activités d'assurance santé proprement dites (mutuelles du Livre II du code de la mutualité) ne peuvent donc 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...), sauf si ces dernières sont accessoires (L. 111-1 du Code de la mutualité).

Sur le plan juridique, il existe 26 branches, correspondant à toutes les opérations pouvant être exercées par des 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 ». Certaines branches ne peuvent être exercées que par des sociétés d'assurance : il s'agit par exemple de celles qui couvrent les dommages aux biens, ou encore la responsabilité civile.

Enfin, une société d'assurance pratiquant des opérations dépendant de la durée de la vie humaine (assurance dite « vie » : retraite, décès, ...) ne peut exercer simultanément d'autres opérations d'assurance dites « non vie » (complémentaire santé, incendie, automobile, ...), afin que « les promesses de longue durée faites aux assurés vie ne puissent être compromises par la survenance de sinistres incendie ou automobile » (*Assurance, Comptabilité – Réglementation – Actuariat, Economica, 2011*). Une exception : un assureur vie, appelé alors assureur mixte, peut demander un agrément pour couvrir des risques de dommages corporels (complémentaire santé, incapacité-invalidité-dépendance notamment). « 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 » (*Assurance, Comptabilité – Réglementation – Actuariat, Economica, 2011*).

Petits organismes : rares chez 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 26 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 26 millions d'euros sont qualifiés de « grands ». De même, la moitié des organismes ont un chiffre d'affaires en santé inférieur à 13 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 1.6). Les sociétés d'assurance sont généralement des organismes de grande taille, mais un tiers d'entre elles, principalement des sociétés non-vie, peuvent être considérés comme de petits acteurs en santé. Enfin, les deux tiers des mutuelles sont de petits organismes d'assurance.

Tableau 1.6 – Répartition des organismes exerçant une activité santé selon leur chiffre d'affaires total et en santé en 2015

Chiffre d'affaires total	Chiffre d'affaires en santé	Sociétés d'assurance mixtes	Sociétés d'assurance non-vie	Institutions de prévoyance	Mutuelles	Ensemble
Grand	Grand	14	38	21	98	171
Grand	Petit	5	19	0	3	27
Petit	Grand	0	0	0	27	27
Petit	Petit	2	5	1	163	171
Ensemble		21	62	22	291	396

Note : « Grand » chiffre d'affaires total = supérieur à 26 millions d'euros, « Petit » chiffre d'affaires total = inférieur à 26 millions d'euros. « Grand » chiffre d'affaires en santé = supérieur à 13 millions d'euros, « Petit » chiffre d'affaires en santé = inférieur à 13 millions d'euros.

Lecture : Sur les 291 mutuelles assujetties à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlées par l'ACPR au 31/12/2015, 98 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 31/12/2015. Contrairement aux analyses présentées dans le reste du rapport, cette répartition des organismes est non pondérée et calculée uniquement sur les 396 organismes ayant fourni leurs comptes.

Sources : ACPR et fonds CMU.

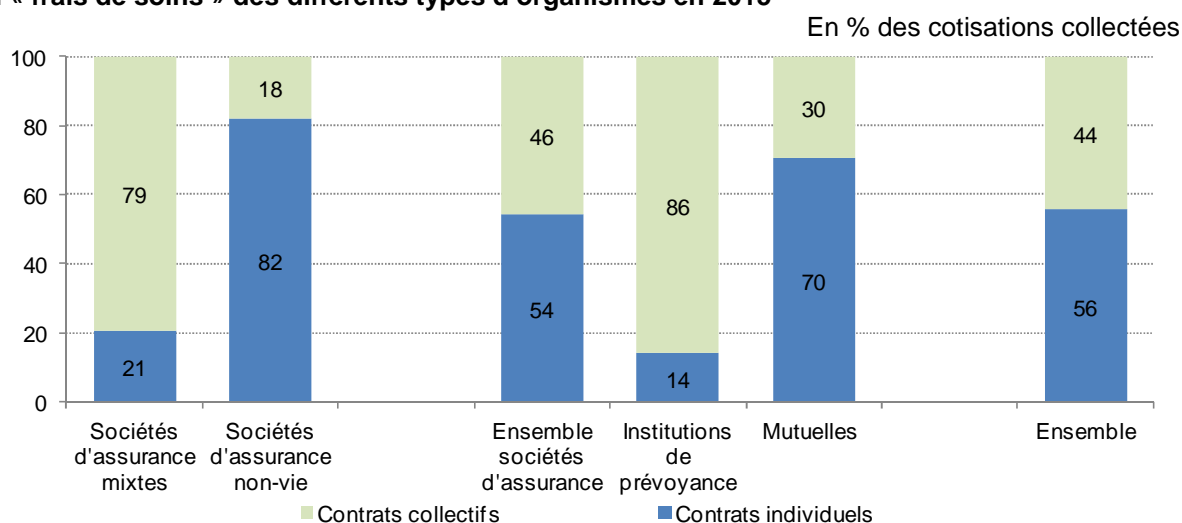
À la veille de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, les contrats collectifs représentent presque la moitié du marché

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 salariés⁶. Les contrats collectifs offrent en général une meilleure couverture que les contrats individuels d'après l'enquête de la DREES sur les contrats les plus souscrits (encadré 3). Ils représentent 44 % des cotisations collectées en santé en 2015 (graphique 1.7). Les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance mixtes proposent essentiellement des contrats santé collectifs. En 2015, 86 % des cotisations en « frais de soins » des institutions de prévoyance et 79 % de celles des sociétés d'assurance mixtes correspondent à des contrats collectifs. Les sociétés d'assurance non-vie et les mutuelles proposent quant à elles surtout des contrats individuels (respectivement 82 % et 70 % des cotisations qu'elles collectent).

Les institutions de prévoyance sont spécialisées sur la couverture des entreprises (leurs contrats individuels sont spécifiques puisque destinés aux anciens salariés chômeurs et surtout retraités des entreprises couvertes en collectif, ainsi qu'à leurs ayant-droit). De même, les sociétés d'assurance mixtes, dont l'activité principale est l'assurance vie, retraite, décès, sont souvent en relation avec les entreprises, d'où une importante activité en santé collective. À l'inverse, les sociétés d'assurance non-vie, et notamment celles qui proposent de l'assurance automobile ou habitation, s'adressent en général aux particuliers, d'où une activité plus importante en assurance santé individuelle, tout comme les mutuelles.

⁶ 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 1.7 – Part des contrats collectifs et individuels dans l'ensemble des cotisations en « frais de soins » des différents types d'organismes en 2015



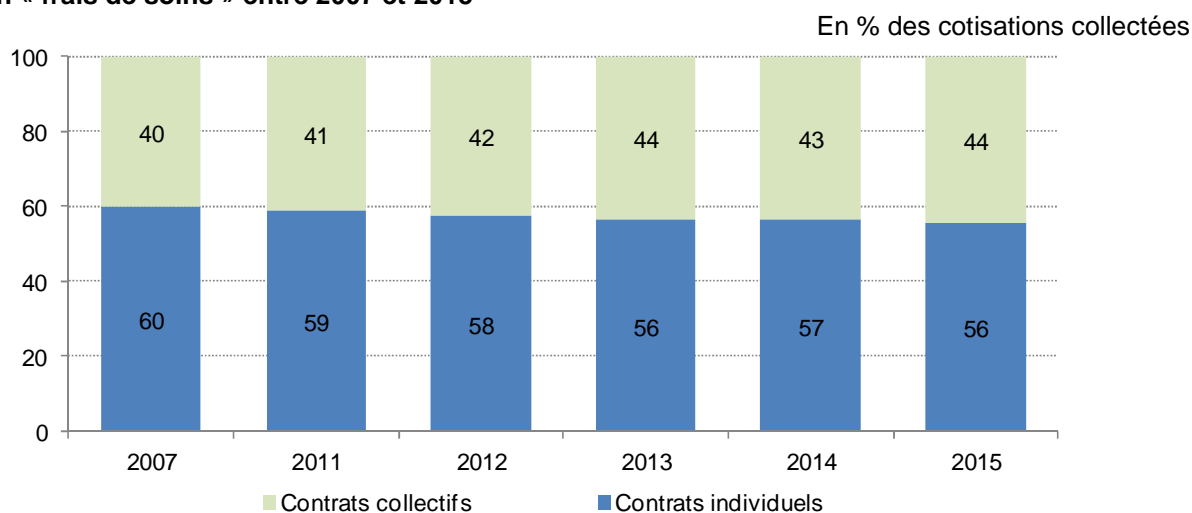
Note : Le transfert de la société d'assurance non-vie CNP IAM, important acteur en contrats collectifs, vers la société d'assurance mixtes CNP ASSURANCES explique l'importante variation de la répartition entre contrats individuels et contrats collectifs chez ces deux catégories de sociétés d'assurance depuis l'édition précédente du rapport.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2015.

Source : ACPR, calculs DREES.

Sur longue période, les contrats collectifs gagnent du terrain puisqu'ils représentent 44 % des cotisations collectées en 2015 contre 40 % en 2007 (graphique 1.8). Avec la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise en 2016 (encadré 4), la part des contrats collectifs devrait encore s'accroître. La réforme portant sur la couverture sociale des travailleurs frontaliers suisses (article L.380-3-1 du Code de la Sécurité sociale), en réduisant le chiffre d'affaires des contrats individuels (voir page 17), a aussi mécaniquement augmenté la proportion des contrats collectifs.

Graphique 1.8 – Part des contrats collectifs et individuels dans l'ensemble des cotisations en « frais de soins » entre 2007 et 2015



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.

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 DREES réalise une typologie des contrats les plus souscrits en classant les contrats en 5 groupes homogènes selon les remboursements offerts pour plusieurs prestations (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 E4). Ces deux classes ne représentent en revanche que 9 % des contrats souscrits en individuel. Pour plus de détails, voir Garnero M. et Le Palud V., « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2010 », *Études et Résultats* n°837, DREES, avril 2013.

Tableau E4 – Répartition en % selon la typologie des bénéficiaires de contrats individuels et collectifs

Type de contrat	A	B	C	D	E	Ensemble
Individuels	3	6	47	22	22	100
Collectifs	53	13	24	3	8	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 - année 2013.

Encadré 4 La généralisation de la complémentaire santé d'entreprise

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. La généralisation est effective depuis le 1^{er} janvier 2016.

L'employeur est obligé de garantir un panier de soins minimal à ses salariés 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.

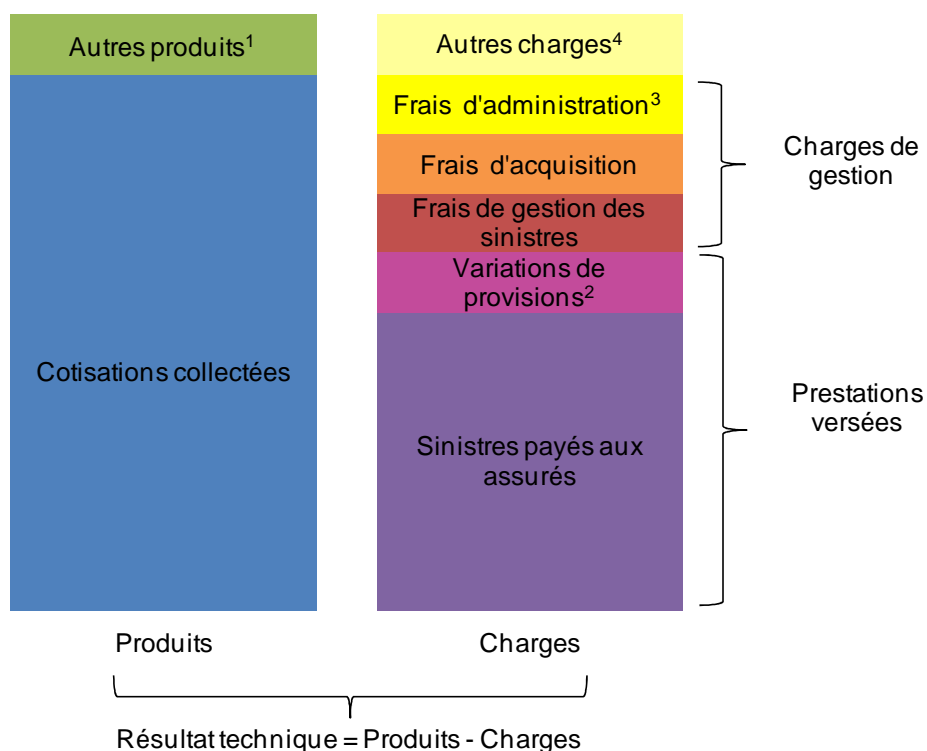
Lorsque la négociation se tenait au niveau d'une branche professionnelle, la loi prévoyait jusqu'en 2013 la possibilité d'instituer une clause de désignation (obligation pour toutes les entreprises de la branche de souscrire le contrat auprès de l'organisme assureur désigné par celle-ci, avec ou sans 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 peuvent recommander un ou plusieurs organismes 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 libre de choisir l'organisme qui assurera la couverture de ses salariés.

Chapitre 2 - 80 % des cotisations reversées sous forme de prestations en 2015

Les produits de l'activité assurantielle correspondent principalement aux **cotisations** collectées hors taxes (graphique 2.1). Les charges comprennent les **prestations** versées, c'est-à-dire les sinistres payés aux assurés (remboursement des frais de soins) ainsi que les 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...), et les frais d'administration, liés à la gestion des contrats (placement des cotisations, frais liés à la réassurance...). 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.

Par rapport aux années précédentes, la distinction entre sociétés d'assurance mixtes et sociétés d'assurance non-vie n'est plus présentée ici, cela afin de préserver le secret statistique : les mouvements de champ entre ces deux catégories auraient rendu en effet certaines sociétés identifiables.

Graphique 2.1 - Représentation simplifiée des produits et des charges techniques



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

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 ;

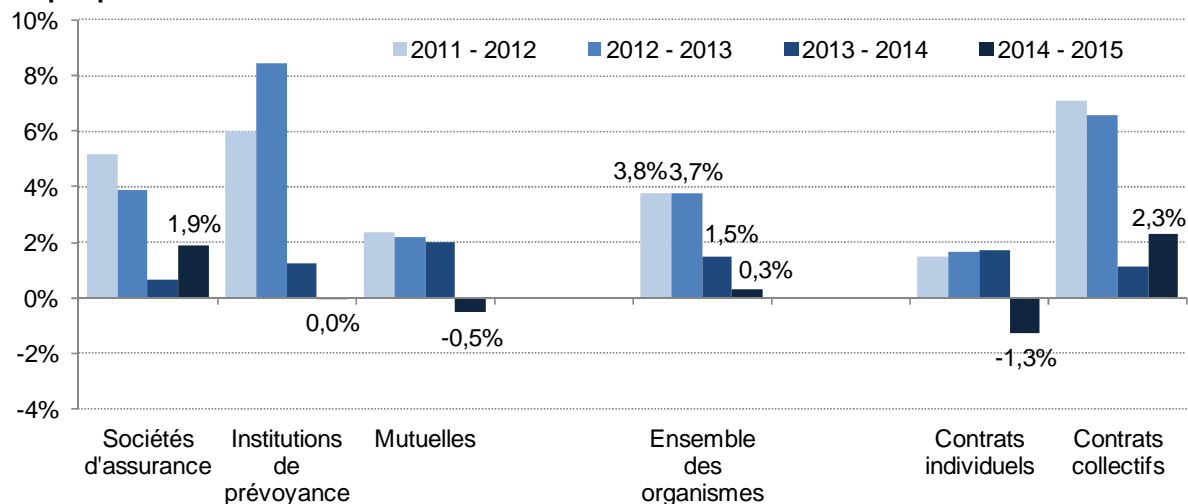
3 : Frais d'administration et autres charges techniques nets des autres produits techniques ;

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

Des contrats collectifs dynamiques en 2015

La masse totale des cotisations collectées en santé a augmenté de 0,3 % entre 2014 et 2015, contre 1,5 % entre 2013 et 2014 et presque 4 % par an les deux années précédentes (graphique 2.2). Ces variations résultent des évolutions du volume d'activité et de celles des tarifs.

Graphique 2.2 – Évolution de la masse des cotisations en santé entre 2011 et 2015



Lecture : Entre 2014 et 2015, les cotisations collectées par les sociétés d'assurance ont augmenté de 1,9 %.

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

Source : ACPR, calculs Drees.

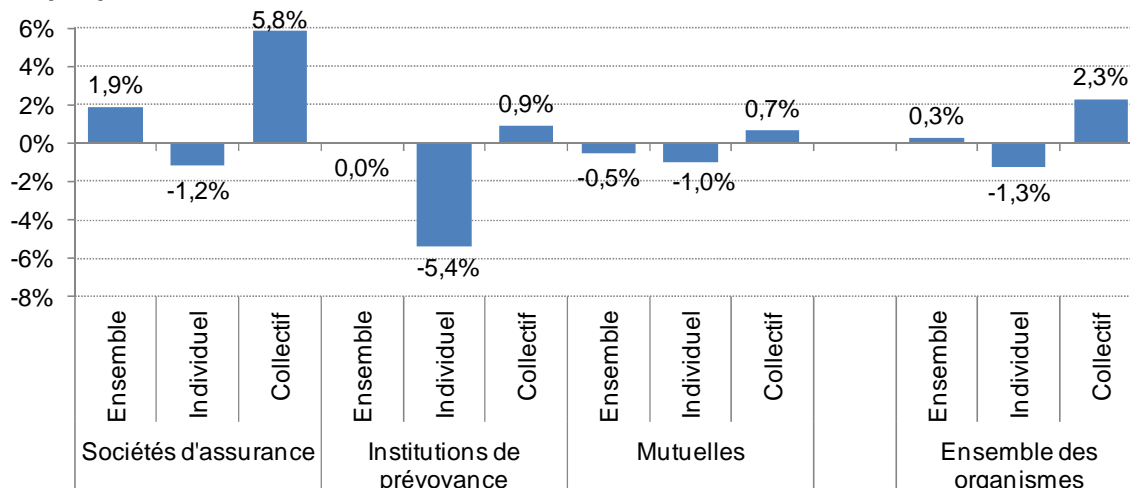
La masse des cotisations santé collectées en collectif a augmenté en 2015 (+2,3 %) tandis qu'elle a reculé en individuel (-1,3%). La hausse du collectif et le recul de l'individuel s'observent pour toutes les familles d'organismes complémentaires (graphique 2.3). L'anticipation de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise (entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016) pourrait expliquer en partie ces évolutions opposées en individuel et en collectif, des entreprises ayant pu mettre en place une couverture collective dès 2015, voire dès 2014. C'est pour les sociétés d'assurance que la hausse du collectif est la plus élevée.

La masse des cotisations en individuel recule aussi en raison de la réforme de la couverture des travailleurs frontaliers suisses. En effet, les salariés résidant en France et travaillant en Suisse relèvent normalement de l'assurance maladie suisse mais peuvent opter pour l'assurance maladie française. Or, jusqu'en 2014, ceux qui avaient opté pour une couverture maladie en France pouvaient également choisir soit d'être affiliés au régime général soit d'être couverts intégralement par une assurance santé individuelle souscrite auprès d'un organisme d'assurance (contrat dit « au 1er euro »). Cette sous-option pour une couverture de base privée ayant été supprimée, les frontaliers ont « basculé » sur le régime général en 2015⁷.

Chaque année, des organismes entrent ou sortent du marché de la complémentaire santé ou sont transférés d'un secteur à l'autre (encadré 5). Ces mouvements de champ peuvent expliquer une partie des évolutions. Toutefois, ils ont été très faibles en 2015. Les évolutions des cotisations collectées s'expliquent donc principalement par celles des organismes présents à la fois en 2014 et en 2015 et dénommés « pérennes », les entrées et sorties n'ayant eu qu'un effet négligeable.

⁷ Les assurés ont généralement basculé d'un contrat au premier euro, couvrant l'ensemble des dépenses de santé, à un contrat de complémentaire santé, qui couvre en moyenne 13 % de ces dépenses (« Les dépenses de santé en 2015 », Panoramas de la DREES). Cette baisse de chiffre d'affaires serait de l'ordre de 200 à 300 millions d'euros et représente moins de 1% du chiffre d'affaires des contrats individuels. Environ 180 000 frontaliers seraient concernés (https://www.legifrance.gouv.fr/content/download/5552/81618/version/2/file/fi_AFSS1405562D_20_03_2014.pdf).

Graphique 2.3 – Évolution de la masse des cotisations en santé entre 2014 et 2015



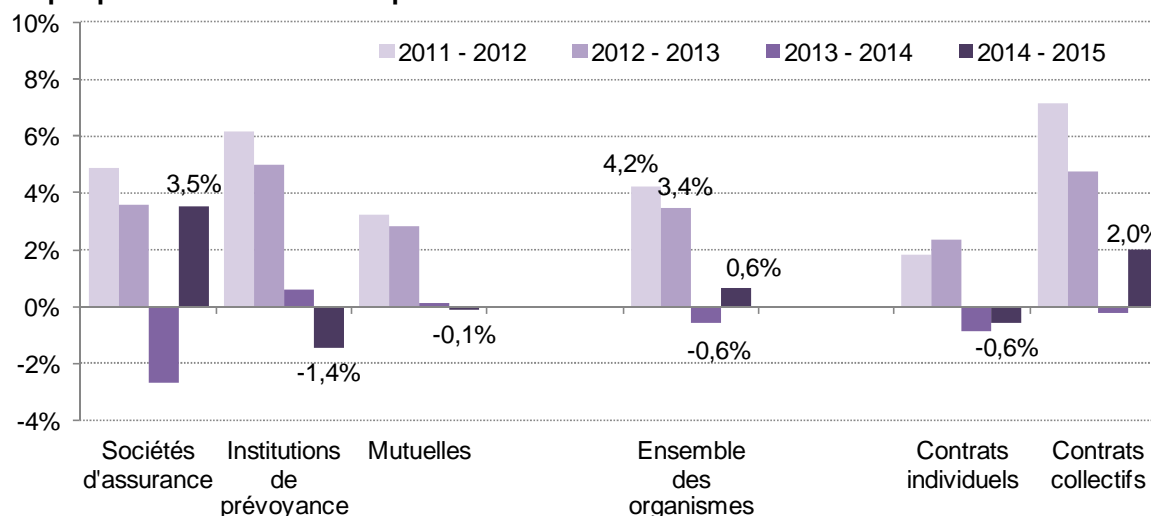
Lecture : Entre 2014 et 2015, la masse des cotisations collectées par les sociétés d'assurance a augmenté de 1,9 %.

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

Source : ACPR, calculs Drees.

Entre 2014 et 2015, les prestations santé versées aux assurés ont augmenté de 0,6 % (graphique 2.4), soit un peu plus vite que les cotisations (0,3 %). La hausse des prestations en 2015 s'explique par la croissance continue des dépenses de santé (« Les dépenses de santé en 2015 – édition 2016 », les Panoramas de la DREES). Toutefois, la dynamique des prestations versées par les organismes complémentaires ralentit depuis quelques années. D'une part, ces derniers bénéficient des mesures d'économie et de régulation qui ont été prises par les pouvoirs publics, en particulier dans le cadre de l'ONDAM. D'autre part, certains organismes complémentaires ont mis en place des actions afin de modérer leurs dépenses, notamment en optique : limitation des garanties les plus élevées, réseaux de soins aux tarifs négociés, remboursements améliorés (« bonus ») en cas de non-consommation sur les deux ou trois dernières années pour inciter les assurés à une moindre consommation, etc. La réforme des contrats responsables, entrée en vigueur le 1^{er} avril 2015, impose une limitation à la prise en charge par les organismes d'assurance (prise en charge des lunettes une année sur deux sauf en cas d'évolution de la vue ou pour les mineurs, plafonds de remboursements en optique, prise en charge différenciée des dépassements d'honoraires en fonction de l'adhésion ou non des médecins au « contrat d'accès aux soins », même si, a contrario, le contrat responsable impose désormais la prise en charge des hospitalisations sans limite de durée). Au global, cette réforme modère donc les prestations versées par les organismes complémentaires (« Les dépenses de santé en 2015 – édition 2016 », les Panoramas de la DREES).

Graphique 2.4 – Évolution des prestations versées en santé entre 2011 et 2015



Lecture : Pour les sociétés d'assurance, les prestations versées ont augmenté de 3,5 % entre 2014 et 2015.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2015.

Source : ACPR, calculs Drees.

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 grande partie des évolutions, au niveau agrégé ou par famille d'organisme (mutuelles, sociétés d'assurances ou institutions de prévoyance). L'évolution des indicateurs financiers entre 2014 et 2015 peut alors s'exprimer comme la somme de trois contributions : la contribution des organismes présents à la fois en 2014 et 2015 (organismes dits « pérennes »), celle des organismes qui entrent dans le champ ou le secteur en 2015 (« entrées »), et celle des organismes qui en sortent en 2014 (« sorties »).

Ainsi, l'agrégat en 2015 se calcule comme la somme de cet agrégat en 2015 sur les organismes pérennes et sur les entrants. L'agrégat en 2014, se calcule comme la somme de cet agrégat en 2014 pour les organismes pérennes et sur les sortants. Par exemple, le montant total des cotisations en 2014 et en 2015 peut s'exprimer ainsi :

$$Cotis(14) = Cotis^{péren.}(14) + Cotis^{sort.}(14)$$

$$Cotis(15) = Cotis^{péren.}(15) + Cotis^{entr.}(15)$$

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

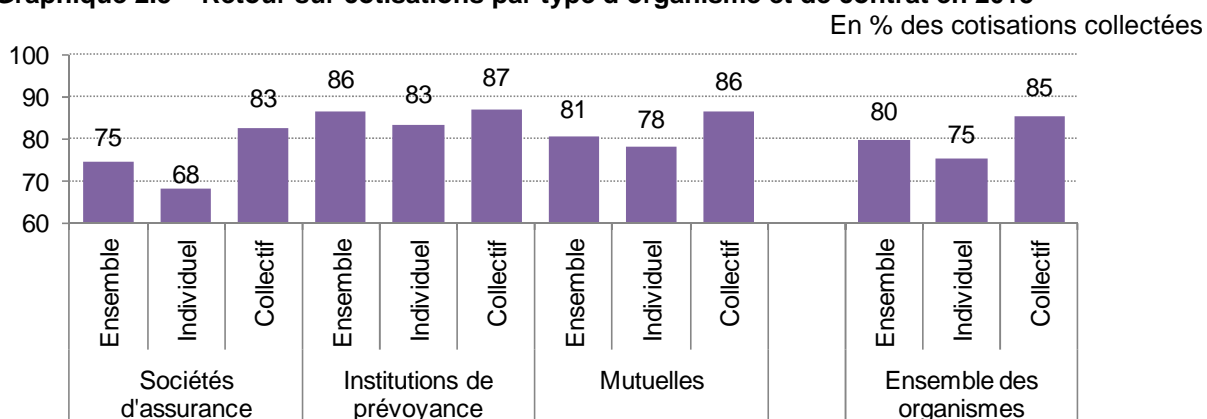
$$\frac{Cotis(15)}{Cotis(14)} - 1 = \underbrace{\frac{Cotis^{entr.}(15)}{Cotis(14)}}_{\text{contribution des entrées}} - \underbrace{\frac{Cotis^{sort.}(14)}{Cotis(14)}}_{\text{contribution des sorties}} + \underbrace{\frac{Cotis^{péren.}(14)}{Cotis(14)}}_{\text{contribution des pérennes}} * \left(\frac{Cotis^{péren.}(15)}{Cotis^{péren.}(14)} - 1 \right)$$

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 de 2012 à 2015. 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.

Les contrats collectifs offrent un meilleur retour sur cotisation aux assurés

Le retour sur cotisations représente la part des cotisations reversée aux assurés sous forme de prestations. En 2015, les institutions de prévoyance offrent le retour sur cotisations santé le plus élevé (86 %), devant les mutuelles (81 %) et les sociétés d'assurance (75 %, graphique 2.5). Les contrats collectifs offrent un meilleur retour sur cotisations que les contrats individuels (85 % contre 75 % en 2015). Ce retour sur cotisations plus favorable pour les contrats collectifs santé se vérifie pour chaque catégorie d'organismes assureurs. Il s'explique d'abord par des charges de gestion plus faibles en collectif (chapitre 3). Mais les entreprises, qui souscrivent ces contrats collectifs au profit de leurs salariés, sont aussi davantage en position de négocier des garanties au meilleur prix que des personnes seules dans le cas des contrats individuels. Les contrats collectifs ont tendance à être en moyenne déficitaires (chapitre 4). Enfin, les organismes plus ou moins spécialisés sur certaines professions ou branches professionnelles ont tendance à offrir un meilleur retour sur cotisations aux assurés car ils présentent des charges de gestion plus faibles. En individuel, à structure par âge et familiale des assurés, qualité des contrats souscrits, taille d'organismes comparables, etc., ce sont ainsi les mutuelles d'entreprises ou corporatistes qui offrent le meilleur retour sur cotisations aux assurés. En collectif, ce sont les institutions de prévoyance (Leduc A., Montaut A., « Complémentaire santé – Les charges réduites des organismes spécialisés bénéficient aux assurés », *Études et Résultats*, n°992, janvier 2017).

Graphique 2.5 – Retour sur cotisations par type d'organisme et de contrat en 2015



Lecture : En 2015, les sociétés d'assurance reversent 75 % des cotisations sous forme de prestations aux assurés.

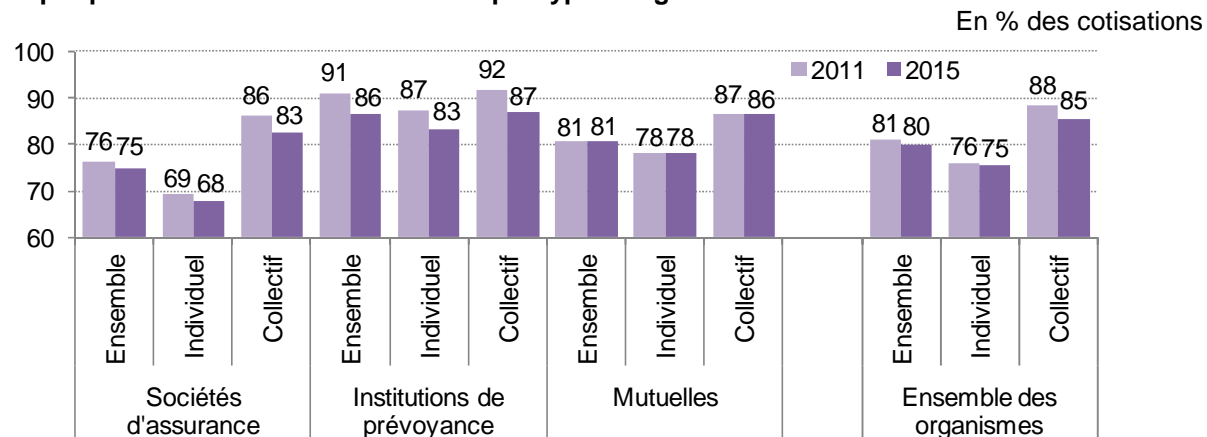
Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2015.

Source : ACPR, calculs Drees.

Un retour sur cotisations en recul ces dernières années

Le retour sur cotisations de l'assurance santé a légèrement reculé entre 2011 et 2015, passant de 81 % à 80 % (graphique 2.6). Il a plus reculé pour les institutions de prévoyance (-5 points) que pour les sociétés d'assurance (-1 point). Il est resté stable pour les mutuelles.

Graphique 2.6 – Retour sur cotisations par type d'organisme et de contrat en 2011 et en 2015



Lecture : En 2011, les sociétés d'assurance reversent 76 % 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 de chaque année.

Source : ACPR, calculs Drees.

Ce recul a été plus important pour les contrats collectifs que pour les contrats individuels, et ce pour les trois familles d'organismes. Cela peut s'expliquer par le fait que les dispositifs de maîtrise des dépenses (limitation des garanties les plus généreuses, réseaux de soins, bonus...) sont plus efficaces sur des contrats dont les garanties sont élevées. Cette baisse peut aussi s'expliquer par des charges de gestion qui ont augmenté ces dernières années (chapitre 3). Au final, l'écart entre les contrats individuels et collectifs tend à se réduire sur la période récente.

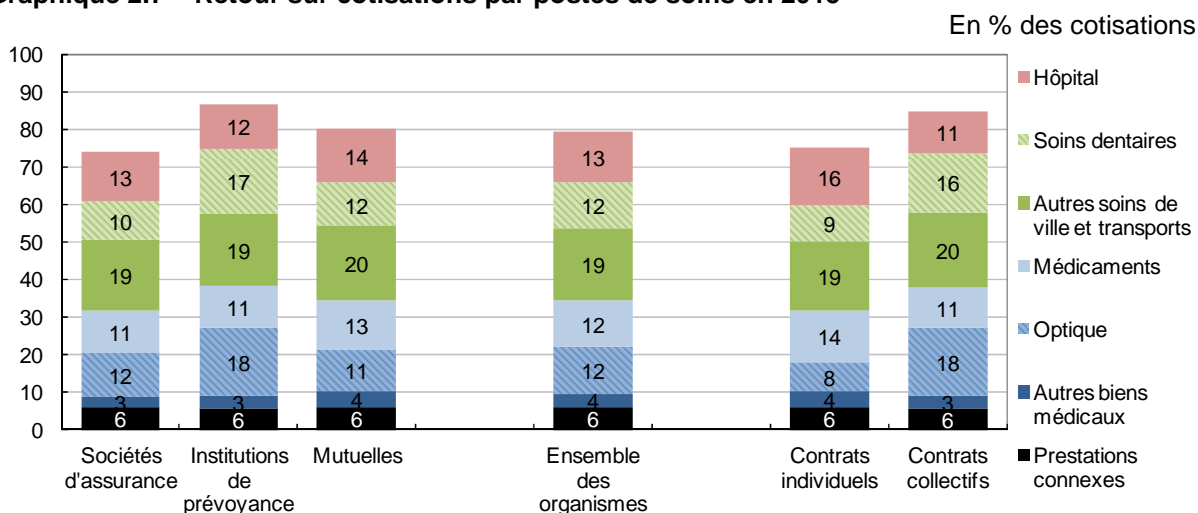
Enfin, les nouveaux contrats ACS (encadré 6) pourraient avoir des répercussions sur le retour sur cotisations global, mais les données ne permettent pas de les estimer.

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 2015, les institutions de prévoyance reversent en moyenne 18 € en optique contre 12 € pour les sociétés d'assurance et 11 € pour les mutuelles (graphique 2.7) et elles reversent 17 € en dentaire, contre 12 € pour les mutuelles et 10 € pour les sociétés d'assurance. Les institutions de prévoyance reversent en revanche proportionnellement moins de prestations en soins hospitaliers que les mutuelles et les sociétés d'assurance. Elles reversent aussi moins de prestations en médicaments que les mutuelles.

Ces hiérarchies entre types d'organismes s'expliquent surtout par la part des contrats collectifs dans leur portefeuille. 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, avec un état de santé en moyenne moins bon.

Graphique 2.7 – Retour sur cotisations par postes de soins en 2015



Note : Les prestations connexes à la santé comportent des prestations de médecine alternative (ostéopathe, psychologue...), de prévention (patchs anti-tabac, vaccinations internationales...), des prestations de confort à l'hôpital ou en cures thermales (chambre particulière, lit accompagnant, télévision...).

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2015. Sinistres payés aux assurés rapportés aux cotisations collectées (les variations de provisions ne peuvent être incluses car elles ne peuvent être ventilées par postes de soins).

Source : ACPR, calculs Drees.

Encadré 6

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 2015, 12 % des bénéficiaires de la CMU-C ont choisi un organisme complémentaire pour la gestion de leurs droits d'après le fonds CMU. À partir des produits de la taxe de solidarité additionnelle aux contrats d'assurance complémentaire santé (6,27 % des cotisations), 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 (408 € par bénéficiaire pour l'année 2015). Ces remboursements de la part du fonds CMU sont nommés « participation légale » et peuvent être interprétés, du point de vue des 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 103 % des participations légales reçues en 2015 (pour les organismes ayant renseigné l'ensemble des montants demandés).

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 annuel par personne de cette aide varie selon l'âge de l'assuré. En 2015, il variait de 100 € 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 2015, l'ACS a permis de réduire⁸ la cotisation annuelle des bénéficiaires de 240 € en moyenne et de 275 € en médiane.

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, au même titre que ceux de la CMU-C, exonérés du paiement des franchises médicales et des participations forfaitaires sur les consultations médicales et les actes de biologie.

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. Les nouveaux contrats ACS choisis par les bénéficiaires sont en moyenne de meilleure qualité que les anciens (40 % 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 10 % depuis la réforme. Enfin, les nouveaux contrats ACS seraient en moyenne excédentaires sur les 6 premiers mois de la réforme, de juillet à décembre 2015 (Fonds CMU, novembre 2016, « Rapport 2015 - 2016 relatif à l'ACS : bénéficiaires, contenu et prix des contrats ayant ouvert droit à l'aide, Fonds CMU »). Ces résultats doivent toutefois être pris avec prudence en raison de la montée en charge du dispositif.

⁸ Cette estimation est basée sur les organismes ayant renseigné les montants nécessaires dans l'état E5, soit environ 60% du marché en termes de cotisations (taux de réponse en baisse par rapport à l'an dernier). Le fonds CMU estime de son côté à 317€ la réduction de cotisation par an et par personne permise par l'ACS, mais cette estimation porte sur les « nouveaux » contrats ACS, souscrits entre juillet 2015 et le 31 janvier 2016, et qui ne sont donc pas totalement comparables.

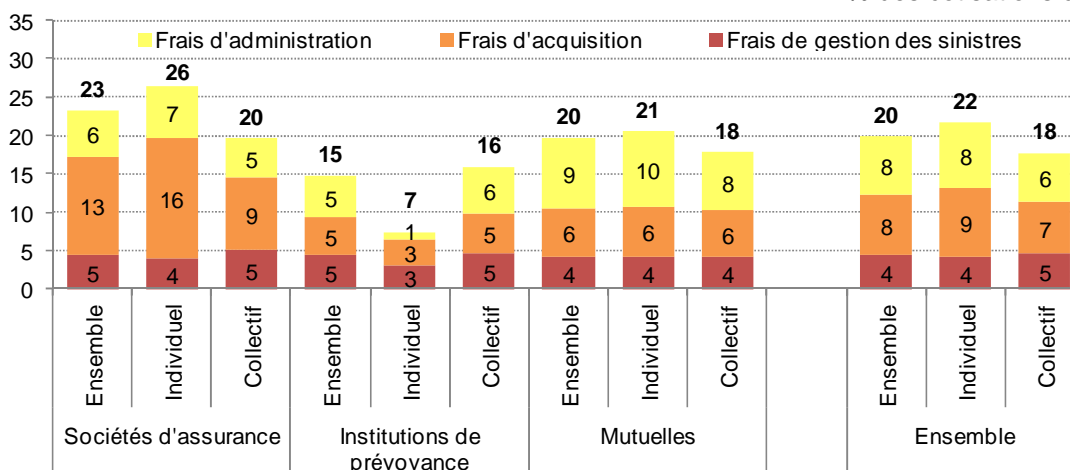
Chapitre 3 - Les charges de gestion représentent au global 20 % des cotisations collectées

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...). Enfin, la gestion courante est retracée dans les frais d'administration (recouvrement des cotisations, changement d'adresse ou de compte bancaire de l'assuré, administration du portefeuille...). L'ensemble de ces frais constituent les charges de gestion.

Des charges de gestion plus faibles pour les contrats collectifs

En 2015, l'ensemble des charges de gestion représente 20% des cotisations collectées (graphique 3.1). Les sociétés d'assurance ont les charges de gestion les plus élevées (23 % des cotisations), devant les mutuelles (20 %) et les institutions de prévoyance (15 %).

Graphique 3.1 – Part des charges de gestion dans les cotisations en santé en 2015
En % des cotisations collectées



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

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 5 % pour les frais d'administration.

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

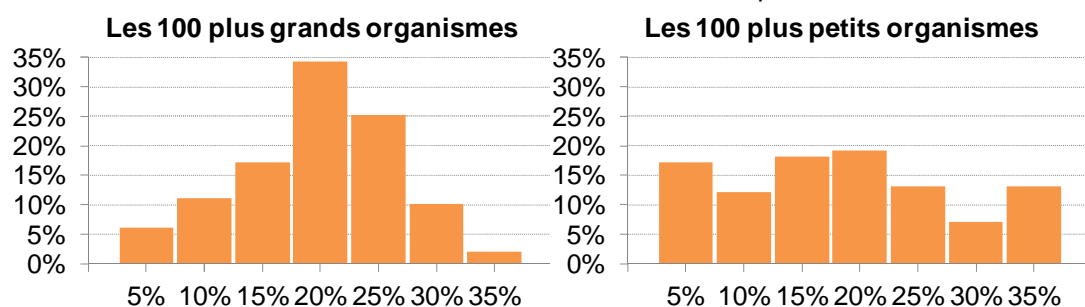
Source : ACPR, calculs Drees.

Cette hiérarchie s'explique avant tout 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. 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 qu'en individuel car les cotisations peuvent être prélevées par les entreprises et reversées globalement aux 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 très spécifiques.

Enfin, les charges de gestion sont plus dispersées parmi les petits organismes (graphique 3.2). Les cotisations servent essentiellement à payer les prestations, les charges de gestion et à dégager un résultat technique. Il s'agit donc d'un jeu de « vases communicants ». Les moindres charges peuvent s'accompagner d'un meilleur retour sur cotisations pour les assurés et/ou d'un meilleur résultat technique pour les organismes.

Graphique 3.2 – 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, 35 % 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 31/12/2015.

Source : ACPR, calculs Drees.

Des frais d'acquisition plus élevés pour les sociétés d'assurance

En individuel, les sociétés d'assurance présentent des frais d'acquisition plus élevés que les mutuelles. D'une part, 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., « Complémentaire santé – Les charges réduites des organismes spécialisés bénéficient aux assurés », *Études et Résultats*, n°992, janvier 2017). D'autre part, les sociétés d'assurance présentent des frais d'acquisition plus élevés que les mutuelles à recrutement général, 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. Enfin, les contrats individuels des institutions de prévoyance sont très spécifiques. 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., « Tarification des complémentaires santé : déclin des solidarités dans les contrats individuels », *Études et Résultats*, n°972, septembre 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 contrats de meilleure qualité.

En collectif, les institutions de prévoyance, avec les mutuelles d'entreprises, présentent les frais d'acquisition les plus faibles. En effet, ce sont elles qui bénéficiaient par le passé le plus souvent des « clauses de désignation », ce qui leur permettait d'amortir les frais d'acquisition (rapport de D. Libault sur la solidarité et la protection sociale complémentaire collective, septembre 2015). En collectif, les frais d'acquisition réduits des mutuelles par rapport aux sociétés d'assurance s'expliquent aussi, comme en individuel, pour partie par le fait que certaines mutuelles spécialisées (mutuelles d'entreprise ou corporatistes) bénéficient de populations bien identifiées et moins volatiles. Par rapport aux mutuelles à recrutement général, 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 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 parallèles. 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...).

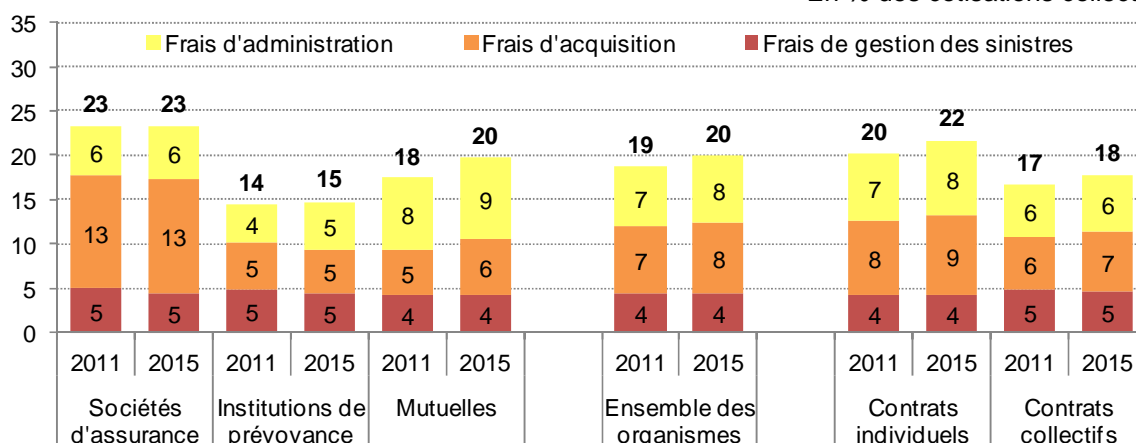
Enfin, les frais de gestion des sinistres sont très homogènes d'un type d'organisme à l'autre. En 2015, ils représentent à peu près 4,5 % des cotisations, quelle que soit la catégorie d'organisme et le type de contrat.

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 7).

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 2015 (graphique 3.3) 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. Cela s'expliquerait par une concurrence accrue sur le marché de l'assurance santé et par l'approche de la généralisation de la complémentaire santé. Certains organismes principalement positionnés sur l'individuel ont par exemple engagé des dépenses pour développer et promouvoir une offre en collectif (conception de contrats, recrutement de courtiers spécialisés, partenariats avec d'autres organismes implantés en collectif, etc.). La réforme des contrats responsables a aussi engendré des coûts pour les organismes en 2015 (refonte des contrats, communication auprès des assurés, évolution des systèmes d'informations...). Les frais de gestion des sinistres sont en revanche restés stables sur cette période.

Graphique 3.3 - Part des charges de gestion dans les cotisations en santé en 2011 et 2015
En % des cotisations collectées



Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2015.
Source : ACPR, calculs Drees.

Encadré 7 Zoom sur les charges de gestion

Les **frais d'acquisition** d'un organisme sont engagés pour attirer le souscripteur d'un contrat. En individuel, il s'agit d'un assuré tandis qu'en collectif, il s'agit d'une entreprise. En individuel, le coût d'acquisition d'un assuré reste plus faible pour les mutuelles et les institutions de prévoyance que pour les sociétés d'assurance (tableau E1). En collectif aussi, les institutions de prévoyance et, dans une moindre mesure, les mutuelles restent les catégories d'organismes qui ont les coûts d'acquisition par entreprise les plus faibles. Dans cet encadré, les charges de gestion sont étudiées en médiane plutôt qu'en moyenne, car un certain nombre d'organismes n'ont pas renseigné tous les montants nécessaires aux estimations (la médiane peut alors être plus robuste que la moyenne). Les écarts entre les statistiques en médiane et en moyenne peuvent s'expliquer par le fait que les grands organismes ont plus d'influence sur la moyenne que sur la médiane.

Tableau E1 : Médiane des frais d'acquisition par assuré pour les contrats individuels et par entreprise souscriptrice pour les contrats collectifs en 2015

	Organismes ayant renseigné		Collectif	Organismes ayant renseigné	
	Individuel	le nombre d'assurés (et leur part de marché)		le nombre d'entreprises (et leur part de marché)	
Ensemble	42 €	268 sur 356 (85 %)	850 €	196 sur 294 (72%)	
Institutions de prévoyance	55 €	14 sur 15 (99 %)	392 €	21 sur 22 (99 %)	
Mutuelles	34 €	218 sur 271 (87 %)	857 €	155 sur 210 (80%)	
Sociétés d'assurance	120 €	36 sur 70 (73 %)	1 092 €	20 sur 62 (41 %)	

Lecture : Pour les contrats individuels des mutuelles, la médiane des frais d'acquisition par assuré se situe à 34 €, ce qui signifie que les frais d'acquisition par assuré sont inférieurs à 34 € pour la moitié des mutuelles et supérieurs à 34 € pour l'autre moitié. Sur les 291 mutuelles, 218 d'entre elles (représentant 87% des cotisations collectées en individuel) ont renseigné le nombre de personnes assurées en individuel en 2015, permettant d'estimer les frais d'acquisition par assuré pour les contrats individuels.

Note : Pour les sociétés d'assurance, les résultats doivent être considérés avec prudence en raison du petit nombre d'organismes ayant renseigné les effectifs de personnes couvertes et d'entreprises souscriptrices.

Source : ACPR, états E4, E5 et E1, calculs DREES.

Les **frais d'administration** sont liés à la gestion courante des contrats et dépendent donc aussi du nombre d'assurés, ce qui reflète principalement le nombre de dossiers à gérer, en individuel comme en collectif. Ils sont légèrement inférieurs en collectif (tableau 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, 22 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 80 % des charges de cette gestion déléguée et pour l'autre moitié, elles couvrent moins de 80 %. La différence entre charges de gestion déléguée de l'Assurance maladie obligatoire et remises de gestions viendrait donc augmenter les frais d'administration de ces organismes. La Cour des comptes⁹ 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.

⁹ 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 2015

	Individuel	Collectif	Ensemble des contrats	Organismes ayant renseigné le nombre d'assurés (et leur part de marché)
Ensemble	72 €	55 €	60 €	301 sur 396 (84 %)
Institutions de prévoyance	69 €	57 €	57 €	21 sur 22 (99%)
Mutuelles	76 €	59 €	72 €	237 sur 291 (87 %)
Sociétés d'assurance	44 €	34 €	38 €	43 sur 83 (69 %)

Lecture : Pour les contrats collectifs des mutuelles, la médiane des frais d'administration par assuré se situe à 59 €, ce qui signifie que pour la moitié des mutuelles, les frais d'administration par assuré sont inférieurs à 59 € et pour l'autre moitié ils sont supérieurs à 59 €. Sur les 291 mutuelles, 237 d'entre elles (représentant 87 % des cotisations collectées) ont renseigné les effectifs d'assurés permettant ces estimations.

Source : ACPR, états E4, E5 et E1, calculs DREES.

Enfin, les **frais de gestion des sinistres** d'un organisme peuvent dépendre du nombre de feuilles de soins qu'il doit traiter, du nombre d'actes de soins inscrits sur ces feuilles et des modalités de présentation au remboursement de ces feuilles de soins, dans un contexte de forte dématérialisation. 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 en raison du nombre parfois faible d'organismes ayant 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 donc présenter des frais de gestion des sinistres proches, compris entre 40 et 60 centimes par ligne d'actes.

Tableau E3 : Médiane des frais de gestion des sinistres par ligne d'acte en 2015

	Individuel	Collectif	Ensemble des contrats	Organismes ayant renseigné le nombre de lignes d'actes (et leur part de marché)
Ensemble	0,45 €	0,53 €	0,48 €	108 sur 396 (48 %)
Institutions de prévoyance	0,43 €	0,47 €	0,47 €	8 sur 22 (49 %)
Mutuelles	0,44 €	0,53 €	0,47 €	87 sur 291 (58 %)
Sociétés d'assurance	0,59 €	0,55 €	0,59 €	13 sur 83 (32%)

Lecture : Pour les contrats collectifs des mutuelles, la médiane des coûts de traitement par ligne d'acte se situe à 0,53 €, ce qui signifie que pour la moitié des organismes, le traitement d'une ligne d'acte coûte moins de 0,53 € et pour l'autre moitié il coûte plus de 0,53 €. Sur les 291 mutuelles, 87 d'entre elles (représentant 58 % des cotisations collectées) ont renseigné le nombre total de lignes d'actes traités en 2015, permettant d'estimer les frais de gestion des sinistres par ligne d'acte pour les contrats individuels et collectifs.

Note : Les résultats doivent être considérés avec prudence en raison du petit nombre d'organismes ayant renseigné les nombres de lignes d'actes traités.

Source : ACPR, états E4 et E5, calculs DREES.

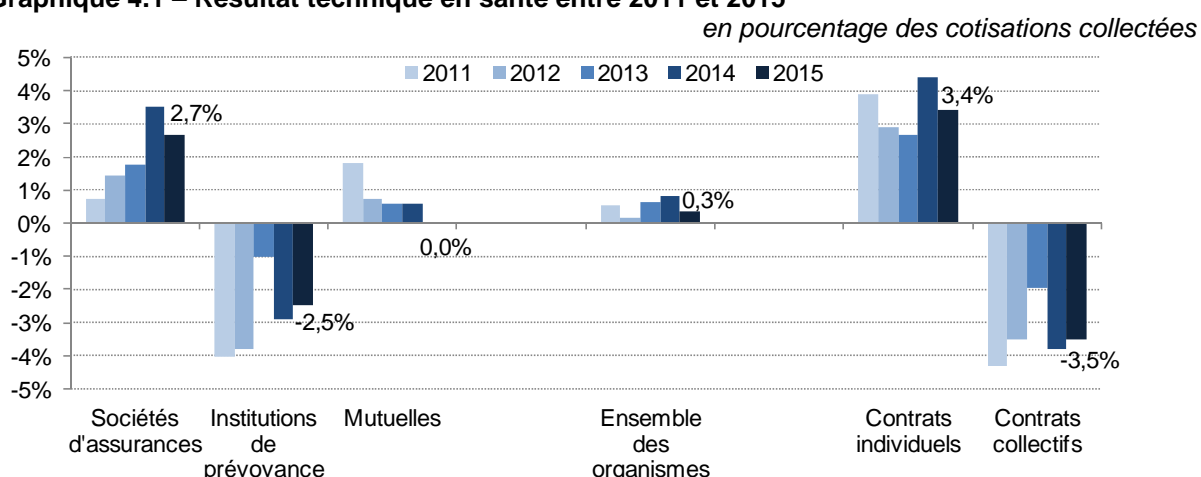
Chapitre 4 - Des excédents en santé qui représentent 0,3 % des cotisations en 2015

De légers excédents dégagés en santé, tirés vers le bas par les contrats collectifs

Le résultat technique en santé est au global très légèrement excédentaire en 2015. Il s'élève à +121 millions d'euros, soit 0,3 % des cotisations collectées en 2015 (graphique 4.1). Il reste donc légèrement positif, mais l'assurance santé dégage moins d'excédents que les années précédentes : le résultat technique représentait en effet 0,7 % à 0,8 % des cotisations en 2013 et 2014. Cette baisse de la rentabilité s'explique par le fait que les prestations versées ont augmenté un peu plus vite que les cotisations. Toutefois, si les produits de l'assurance santé (notamment les cotisations collectées) sont plutôt réguliers chaque année, les charges (notamment les prestations versées) sont en revanche plus volatiles. Ainsi, chaque année, pour un organisme sur cinq, le résultat technique change de signe par rapport à l'année précédente. La situation financière de l'assurance santé doit donc être observée sur la durée.

Depuis 2011, l'activité santé est légèrement excédentaire, avec des résultats techniques inférieurs à 1 % des cotisations. Les contrats collectifs sont en moyenne déficitaires car les prestations versées aux assurés et les charges de gestion dépassent sensiblement les cotisations, « *ce qui contraint les organismes à compenser ce déficit technique par des produits financiers afin de maintenir leur rentabilité globale* » (chiffres du marché français de la banque et de l'assurance, ACPR, 2016). À l'inverse, les contrats individuels sont en moyenne excédentaires : en 2015, 70 % des organismes sont excédentaires en individuel contre 43 % des organismes en collectif.

Graphique 4.1 – Résultat technique en santé entre 2011 et 2015



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 2015, les institutions de prévoyance sont déficitaires sur leur activité santé (-153 millions d'euros, soit -2,5 % des cotisations collectées). Les institutions de prévoyance sont déficitaires depuis plusieurs années en raison de leur spécialisation sur l'activité collective. Selon les fédérations des organismes assureurs¹⁰, la complémentaire santé collective d'entreprise est une activité marquée par l'alternance de périodes déficitaires et excédentaires et la situation financière des organismes ne peut être appréciée que dans la durée, les réajustements tarifaires ne pouvant avoir d'effet immédiat sur l'équilibre du rapport « prestations sur cotisations ». Les mutuelles sont quasiment à l'équilibre en 2015 (-9 millions d'euros de déficit, soit 0,0 % des cotisations) après avoir été très légèrement excédentaires ces dernières années. Enfin, les sociétés d'assurance sont excédentaires en 2015 (+283 millions d'euros, soit 2,7 % des cotisations) et depuis plusieurs années également.

¹⁰ Les fédérations en question sont le CTIP (Centre technique des institutions de prévoyance), la FNMF (Fédération nationale de la mutualité Française) et la FFA (Fédération française de l'assurance).

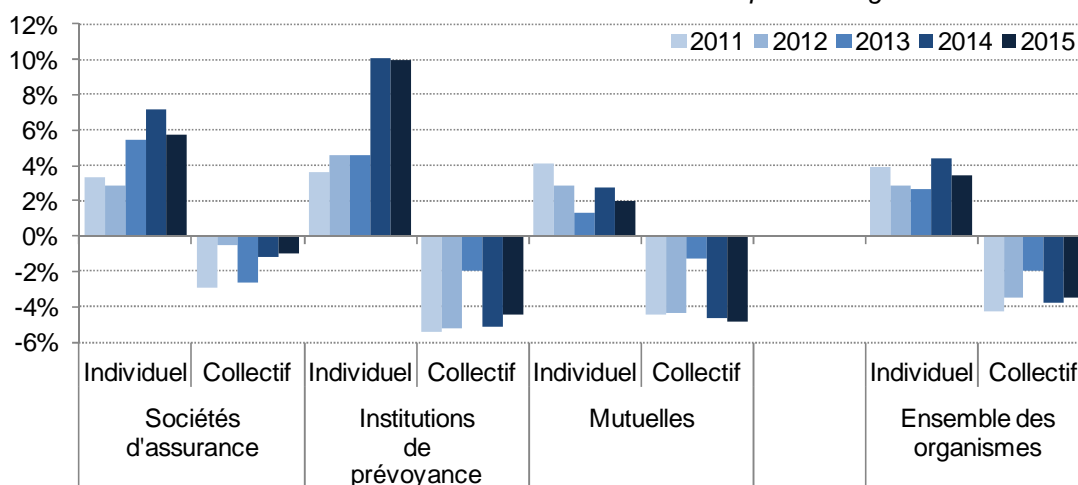
Entre 2011 à 2015, les contrats collectifs des sociétés d'assurance ont été en moyenne déficitaires, mais moins que ceux des mutuelles et des institutions de prévoyance (graphique 4.2). Cela s'explique par le fait qu'en collectif, les sociétés d'assurance gèrent des contrats qui comprennent en moyenne des garanties plus élevées, donc plus chers, et leurs frais d'acquisition et d'administration sont alors mieux amortis, leur permettant de dégager un peu plus de marges. À qualité des contrats gérés comparables, les sociétés d'assurance ne semblent pas significativement plus rentables que les mutuelles et les institutions de prévoyance (Leduc A., Montaut A., « Complémentaire santé – Les charges réduites des organismes spécialisés bénéficient aux assurés », *Études et Résultats*, n°992, janvier 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., « Complémentaire santé – Les charges réduites des organismes spécialisés bénéficient aux assurés », *Études et Résultats*, n°992, janvier 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 4.2 - Résultat technique en santé selon le type 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 4.3 – Compte de résultat technique en santé en 2015

Sociétés d'assurances	En millions d'euros			En % des primes			Total produits et charges		Organismes pérennes	
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total	Évolution 2014-2015	Contributions à l'évolution	Évolution 2014-2015	Contributions à l'évolution
Produits	5 829	4 907	10 736	101%	101%	101%	1,9%		1,8%	
Primes collectées	5 762	4 840	10 602	100%	100%	100%		1,9%		1,7%
Autres produits	67	67	134	1%	1%	1%		0,1%		0,1%
Charges	5 499	4 953	10 452	91%	97%	94%	2,8%		2,6%	
Prestations versées	3 917	3 999	7 917	68%	83%	75%		2,7%		2,5%
Frais de gestion des sinistres	234	244	478	4%	5%	5%		0,0%		0,0%
Frais d'acquisition	901	457	1 359	16%	9%	13%		-0,1%		-0,2%
Frais d'administration	385	249	634	7%	5%	6%		0,5%		0,5%
Autres charges	61	4	65	1%	0%	1%		-0,2%		-0,2%
Résultat technique	330	-47	283	5,7%	-1,0%	2,7%				

Institutions de prévoyance	En millions d'euros			En % des primes			Total produits et charges		Organismes pérennes	
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total	Évolution 2014-2015	Contributions à l'évolution	Évolution 2014-2015	Contributions à l'évolution
Produits	870	5 367	6 237	101%	100%	100%	0,0%		0,0%	
Primes collectées	865	5 345	6 210	100%	100%	100%		0,0%		0,0%
Autres produits	6	22	27	1%	0%	0%		0,0%		0,0%
Charges	784	5 606	6 390	87%	100%	98%	-0,5%		-0,5%	
Prestations versées	720	4 650	5 371	83%	87%	86%		-1,2%		-1,2%
Frais de gestion des sinistres	28	253	280	3%	5%	5%		0,0%		0,0%
Frais d'acquisition	29	274	302	3%	5%	5%		0,2%		0,2%
Frais d'administration	7	327	333	1%	6%	5%		0,5%		0,5%
Autres charges	0	102	103	0%	2%	2%		0,1%		0,1%
Résultat technique	86	-239	-153	10,0%	-4,5%	-2,5%				

Mutuelles	En millions d'euros			En % des primes			Total produits et charges		Organismes pérennes	
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total	Évolution 2014-2015	Contributions à l'évolution	Évolution 2014-2015	Contributions à l'évolution
Produits	13 148	5 487	18 635	101%	101%	101%	-0,3%		-0,3%	
Primes collectées	12 992	5 447	18 438	100%	100%	100%		-0,5%		-0,5%
Autres produits	157	40	197	1%	1%	1%		0,3%		0,3%
Charges	12 893	5 751	18 644	95%	101%	97%	0,4%		0,4%	
Prestations versées	10 152	4 707	14 860	78%	86%	81%		-0,1%		-0,1%
Frais de gestion des sinistres	561	232	793	4%	4%	4%		0,0%		0,0%
Frais d'acquisition	836	323	1 159	6%	6%	6%		0,4%		0,4%
Frais d'administration	1 268	414	1 683	10%	8%	9%		0,1%		0,1%
Autres charges	75	75	150	1%	1%	1%		-0,1%		-0,1%
Résultat technique	256	-265	-9	2,0%	-4,9%	0,0%				

Ensemble des organismes	En millions d'euros			En % des primes			Total produits et charges		Organismes pérennes	
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total	Évolution 2014-2015	Contributions à l'évolution	Évolution 2014-2015	Contributions à l'évolution
Produits	19 848	15 761	35 609	101%	101%	101%	0,4%		0,4%	
Primes collectées	19 618	15 632	35 250	100%	100%	100%		0,3%		0,2%
Autres produits	230	129	359	1%	1%	1%		0,2%		0,2%
Charges	19 175	16 310	35 486	94%	100%	96%	0,9%		0,9%	
Prestations versées	14 790	13 357	28 147	75%	85%	80%		0,5%		0,5%
Frais de gestion des sinistres	823	728	1 551	4%	5%	4%		0,0%		0,0%
Frais d'acquisition	1 766	1 054	2 820	9%	7%	8%		0,2%		0,2%
Frais d'administration	1 661	990	2 651	8%	6%	8%		0,3%		0,3%
Autres charges	136	181	317	1%	1%	1%		-0,1%		-0,1%
Résultat technique	672	-551	121	3,4%	-3,5%	0,3%				

Note : 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. Un compte de résultat technique pour les années 2014 et 2015 est présenté en annexe 2.

Lecture : En 2015, le résultat technique en santé des sociétés d'assurance s'élève à 283 millions d'euros, dont 330 millions au titre des contrats individuels et -47 millions au titre des contrats collectifs. Ce résultat technique représente 2,7 % des cotisations santé collectées en 2015. Entre 2014 et 2015, les charges des sociétés d'assurance ont globalement augmenté de 2,8 %. Les prestations versées ont contribué pour 2,7 points de pourcentage à cette hausse des charges. Pour les sociétés d'assurance présentes les deux années, les charges ont augmenté de 2,6 %.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2015.

Source : ACPR, calculs DREES.

Chapitre 5 - 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. 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...), 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...).

Un résultat net positif ou nul pour toutes les catégories d'organismes en 2015

Tous les types d'organismes pratiquant une activité santé dégagent au global un résultat net positif ou nul en 2015, y compris ceux dont l'activité santé est en moyenne déficitaire (tableau 5.1).

Tableau 5.1 – Résultat technique et résultat net total des organismes actifs en santé en 2015

en millions d'euros

	Résultat technique	dont			Résultat non technique	Résultat net
		Santé	Autre non-vie	Vie		
Sociétés d'assurance mixtes	5 323	-43	38	5 328	-682	4 640
Sociétés d'assurance non-vie	2 736	326	2 410	0	-556	2 179
Ensemble sociétés d'assurance	8 059	283	2 448	5 328	-1 239	6 820
Institutions de prévoyance	-300	-153	-349	202	299	0
Mutuelles	68	-9	28	48	174	241
Ensemble des organismes	7 827	121	2 127	5 578	-766	7 060

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2015.

Source : ACPR, calculs Drees.

Rapporté à l'ensemble des cotisations, ce sont les sociétés d'assurance, non-vie et mixtes, qui dégagent le plus d'excédents en 2015 (respectivement 5,3 % et 4,2 % du total des cotisations collectées toutes activités d'assurance confondues, tableau 5.2). Ces excédents s'expliquent surtout par leurs autres activités d'assurance (pour les sociétés mixtes, il s'agit d'activités d'assurance vie, retraite et décès, tandis que pour les sociétés non-vie, il s'agit d'assurance automobile, habitation, responsabilité civile, catastrophes naturelles, dommages aux biens, etc.). Les excédents dégagés par les sociétés d'assurance sont plus élevés en 2015 qu'en 2014 (4,5 % contre 3,7 %). Ces sociétés ont donc amélioré leur rentabilité même si cette hausse s'explique aussi par des effets de champs. Quelques sociétés d'assurance mixtes de grande taille et plutôt excédentaires sur l'ensemble de leur activité sont notamment entrées sur le marché de la complémentaire santé, tirant le résultat net total du secteur à la hausse.

Tableau 5.2 – Évolution du résultat net total de 2014 à 2015 et mouvements de champ

exprimé en pourcentage de l'ensemble des cotisations acquises

	Résultat net rapporté aux cotisations		Variation 2014-2015	Dont contributions		
	2014	2015		Pérennes	Entrées	Sorties
	Sociétés d'assurance mixtes	3,4%	4,2%	0,8	0,5	0,3
Sociétés d'assurance non-vie	4,2%	5,3%	1,1	0,7	0,0	0,4
Ensemble sociétés d'assurance	3,7%	4,5%	0,8	0,6	0,2	0,0
Institutions de prévoyance	1,3%	0,0%	-1,3	-1,3	0,0	0,0
Mutuelles	1,3%	1,2%	-0,1	-0,1	0,0	0,0
Ensemble des organismes	3,1%	3,8%	0,8	0,4	0,4	0,0

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

Lecture : En 2015, pour les sociétés d'assurance mixtes, le résultat net représente 4,2 % des cotisations, contre 3,4 % l'année précédente. Cette variation (de +0,8 point de pourcentage) s'explique par l'évolution du résultat net des sociétés présentes les deux années (dites « pérennes » et qui contribuent pour 0,5 point de pourcentage à cette variation), mais aussi par des entrées de champ (qui contribuent pour 0,3 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.

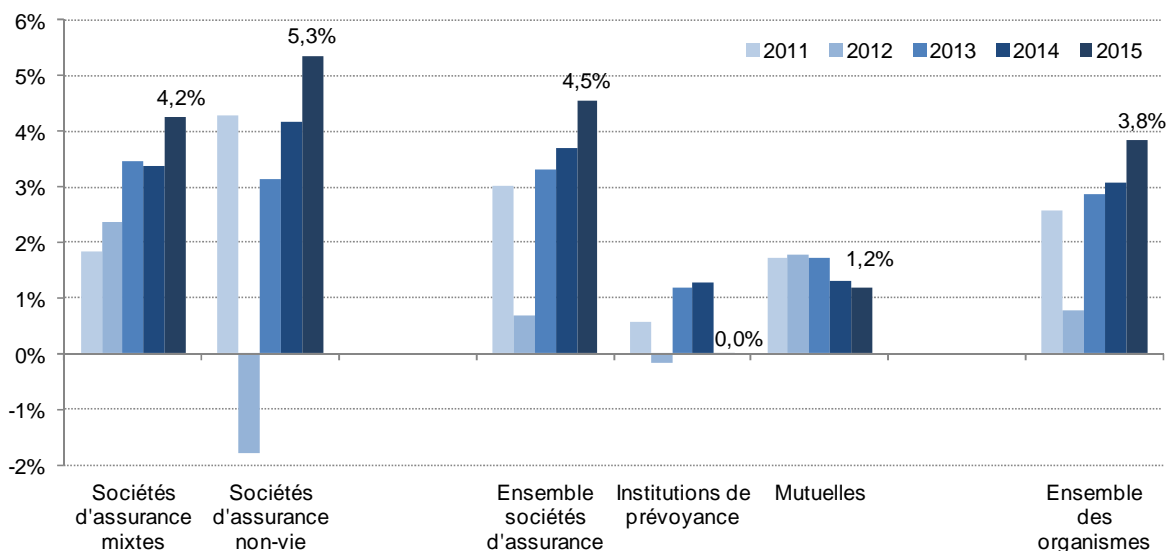
Pour les mutuelles, l'activité santé, qui est leur activité principale, est quasiment à l'équilibre en 2015. Les autres activités sont excédentaires mais assez marginales. Ce sont donc surtout les excédents non-techniques qui expliquent que le résultat net dégagé par les mutuelles représente 1,2 % des cotisations collectées en 2015. Ce résultat net se maintient à un niveau proche de celui de 2014.

Pour les institutions de prévoyance, les déficits des activités « santé » et « autre non-vie » sont tout juste compensés par les excédents dans les activités « vie » et non techniques en 2015. Les institutions de prévoyance n'ont donc au global pas dégagé de marge cette année (0,0 % des cotisations). Cette moindre rentabilité des institutions de prévoyance en 2015 par rapport à 2014 (1,3 %) ne s'explique pas par des entrées ou sorties de champ. Elle est le fait de deux ou trois organismes de grande taille.

Au total, les organismes qui exercent une activité de complémentaire santé dégagent des excédents en 2015 sur l'ensemble de leur activité (en moyenne 3,8 % de l'ensemble des cotisations collectées). Depuis 2011, les différentes catégories d'organismes du secteur de la complémentaire santé ont généralement été excédentaires sur l'ensemble de leur activité (graphique 5.3). Seule l'année 2012 a été un peu moins favorable, notamment pour les sociétés d'assurance non-vie et les institutions de prévoyance. Un compte de résultat 2015 technique et non technique plus détaillé par type d'organisme est également présenté en tableau 5.4.

Graphique 5.3 – Résultat net (toutes activités confondues) entre 2011 et 2015

exprimé en pourcentage de l'ensemble des cotisations acquises



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

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 5.4 – Comptes de résultat détaillés en 2015

en millions d'euros

Sociétés d'assurance mixtes	Vie	Non-vie	dont Santé	TOTAL
Cotisations acquises*	94 664	14 636	4 794	109 300
Prestations (-)	118 483	12 693	4 039	131 177
Produits financiers	39 018	884	39	39 902
Frais d'acquisition et d'administration** (-)	10 090	2 975	827	13 065
Solde réassurance (-)	-220	-143	9	-363
Résultat technique	5 328	-5	-43	5 323
Produits financiers du résultat non-technique				1 038
Autres éléments non techniques				-1 720
Résultat net				4 640

Sociétés d'assurance non-vie	Vie	Non-vie	dont Santé	TOTAL
Cotisations acquises*	0	40 771	5 816	40 771
Prestations (-)	0	28 888	4 360	28 888
Produits financiers	0	2 127	87	2 127
Frais d'acquisition et d'administration** (-)	0	9 767	1 165	9 767
Solde réassurance (-)	0	1 508	51	1 508
Résultat technique	0	2 736	326	2 736
Produits financiers du résultat non-technique				688
Autres éléments non techniques				-1 244
Résultat net				2 179

Ensemble sociétés d'assurance	Vie	Non-vie	dont Santé	TOTAL
Cotisations acquises*	94 664	55 407	10 610	150 071
Prestations (-)	118 483	41 582	8 400	160 065
Produits financiers	39 018	3 011	126	42 029
Frais d'acquisition et d'administration** (-)	10 090	12 742	1 992	22 832
Solde réassurance (-)	-220	1 365	60	1 145
Résultat technique	5 328	2 731	283	8 059
Produits financiers du résultat non-technique				1 726
Autres éléments non techniques				-2 964
Résultat net				6 820

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

** : 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 le chapitre 2 de ce rapport.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2015.

Source : ACPR, calculs DREES.

Institutions de prévoyance	Vie	Non-vie	dont Santé	TOTAL
Cotisations acquises*	2 926	11 015	6 207	13 940
Prestations (-)	2 889	10 983	5 657	13 872
Produits financiers	494	442	31	936
Frais d'acquisition et d'administration** (-)	259	1 220	636	1 479
Solde réassurance (-)	69	-244	98	-175
Résultat technique	202	-502	-153	-300
Produits financiers du résultat non-technique				321
Autres éléments non techniques				-22
Résultat net				0

Mutuelles	Vie	Non-vie	dont Santé	TOTAL
Cotisations acquises*	770	19 699	18 506	20 469
Prestations (-)	639	16 764	15 659	17 403
Produits financiers	60	177	78	237
Frais d'acquisition et d'administration** (-)	139	3 003	2 789	3 142
Solde réassurance (-)	4	89	144	92
Résultat technique	48	19	-9	68
Produits financiers du résultat non-technique				462
Autres éléments non techniques				-288
Résultat net				241

Ensemble des organismes	Vie	Non-vie	dont Santé	TOTAL
Cotisations acquises*	98 360	86 121	35 323	184 481
Prestations (-)	122 011	69 329	29 716	191 340
Produits financiers	39 572	3 630	235	43 201
Frais d'acquisition et d'administration** (-)	10 488	16 964	5 417	27 452
Solde réassurance (-)	-147	1 209	303	1 062
Résultat technique	5 578	2 248	121	7 827
Produits financiers du résultat non-technique				2 508
Autres éléments non techniques				-3 274
Résultat net				7 060

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

** : 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 le chapitre 2 de ce rapport.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2015.

Source : ACPR, calculs DREES.

Le résultat net comptable mesure la situation financière pour une année donnée. Pour juger de la solidité financière des organismes sur la durée c'est le **bilan**, qui mesure la richesse et le patrimoine des entreprises, qui doit être étudié.

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...). Les **fonds propres** sont les ressources qui appartiennent à l'entreprise (capital apporté à la création de celle-ci et excédents mis en réserve certaines années) et sont inscrits au passif. Les **provisions techniques** sont les principaux engagements de l'organisme assureur, inscrites au passif également. Elles représentent pour les organismes une évaluation du coût futur des prestations à verser aux assurés. Ces engagements doivent être garantis par des investissements inscrits à l'actif et 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...) mais ces investissements doivent être de bonne qualité car les organismes doivent légalement être capables d'honorer à tout moment leurs engagements vis-à-vis des assurés. Les placements peuvent transitoirement 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 2015).

La solidité financière ne porte donc pas uniquement sur un risque spécifique, comme le risque santé. Elle se juge à partir de l'ensemble de l'activité d'un organisme. Les différences entre types d'organismes s'expliquent donc aussi, en partie, par les risques qu'ils couvrent et par leur éventuelle spécialisation sur certains de ces risques.

Des différences de structure de bilan entre organismes liées à leur profil d'activité

Parmi les organismes exerçant une activité santé, les sociétés d'assurance mixtes représentent la plus grande part de marché en termes de bilan comptable (1 318 milliards d'euros, soit 12 fois leur chiffre d'affaires, tableau 5.5) devant les sociétés d'assurance non-vie (125 milliards, soit 3 fois leur chiffre d'affaires), les institutions de prévoyance (54 milliards, soit 4 fois le chiffre d'affaires) et enfin les mutuelles (30 milliards, soit 1,5 fois leur chiffre d'affaires).

Tableau 5.5 – Passif, actif et bilan en valeur de marché des organismes exerçant une activité santé en 2015

en milliards d'euros

	Ensemble des organismes	dont			
		Sociétés d'assurance mixtes	Sociétés d'assurance non-vie	Institutions de prévoyance	Mutuelles
Total chiffre d'affaires	184	109	41	14	20
Fonds propres	93	42	25	12	15
Provisions d'assurance vie	886	871	0	13	1
Provisions des contrats en UC*	192	192	0	0	0
Autres provisions techniques	183	72	82	22	8
Autres passifs	172	142	18	6	6
Total passif	1 527	1 318	125	54	30
Provisions techniques réassurées	65	41	14	8	2
Placements hors UC*	1 174	1 024	90	38	22
Placements en UC*	191	191	0	0	0
Autres actifs	96	63	20	7	6
Total actif	1 527	1 318	125	54	30
Bilan comptable	1 527	1 318	125	54	30
Plus-values latentes	155	133	15	4	3
Bilan en valeur de marché	1 682	1 452	139	58	32

* : UC = Unité de comptes

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 CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2015.

Source : ACPR, calculs Drees.

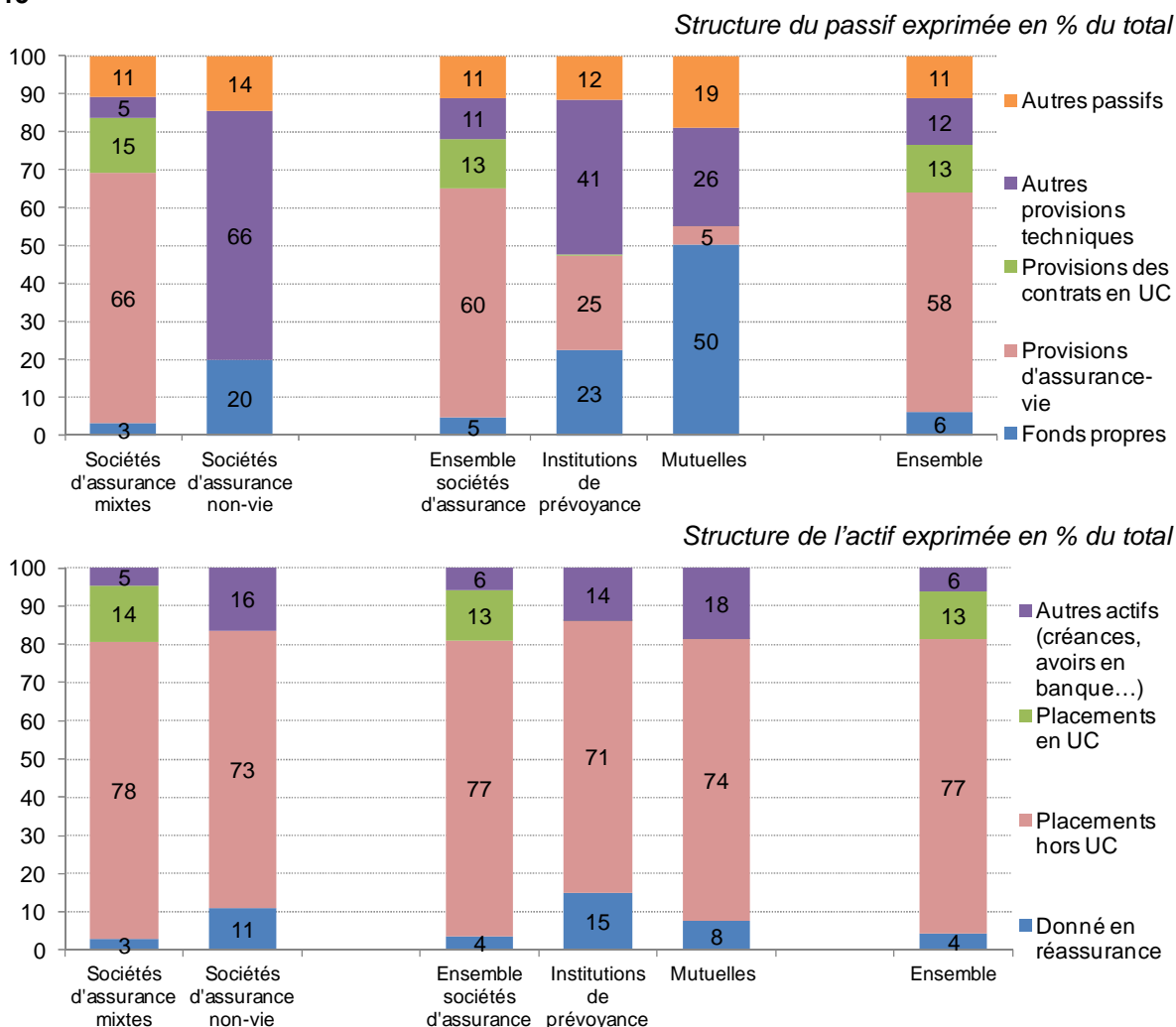
Les **provisions techniques** représentent pour les organismes une évaluation du coût futur des prestations à verser aux assurés. En assurance non-vie, les provisions techniques représentent essentiellement la valeur estimée des sinistres que l'assureur s'est engagé à payer et les frais de gestion de ces sinistres. En assurance-vie, il s'agit surtout des provisions mathématiques, c'est-à-dire de la partie épargnée et capitalisée des cotisations payées par les souscripteurs, ainsi que des provisions pour contrats en unités de compte (UC) qui sont des contrats dont le risque financier est porté par l'assuré et non par l'assureur (l'assureur garantit au terme du contrat un nombre d'unités de compte, par exemple un nombre d'actions d'entreprises, et non la valeur de ces unités). Les sociétés d'assurance mixtes sont quasiment les seules à proposer des contrats en unités de compte même si, en théorie, les mutuelles et les institutions de prévoyance ont aussi la capacité juridique de le faire. Les provisions en assurance-vie sont donc beaucoup plus importantes qu'en assurance non-vie.

Même si l'on exclut les provisions pour contrats en UC, ce sont les sociétés d'assurance mixtes qui provisionnent le plus : les provisions hors UC (c'est-à-dire la somme des « autres provisions techniques » et des « provisions d'assurance vie ») représentent presque 9 fois le montant de l'ensemble des cotisations collectées en 2015 (tableau 5.5) ; il s'agit essentiellement de provisions d'assurance-vie. Les sociétés d'assurance non-vie et les institutions de prévoyance provisionnent quant à elles 2 à 3 fois le montant de leurs cotisations. Enfin, les mutuelles provisionnent seulement 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* » (Chiffres du marché français de la banque et de l'assurance, ACPR, 2010). Les provisions techniques (provisions d'assurance vie, hors UC, et autres provisions techniques) représentent donc un tiers du passif pour les mutuelles (graphique 5.6), 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* » (Les grands principes de Solvabilité 2, l'Argus de l'assurance, 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 de leur chiffre d'affaires, les sociétés d'assurance disposent d'un peu moins de fonds propres que les autres catégories d'organismes : les fonds propres équivalent à 38 % des cotisations collectées pour les sociétés d'assurance mixtes et à 61 % des cotisations collectées pour les sociétés d'assurance non-vie, alors qu'ils représentent 73 % des cotisations pour les mutuelles et 87 % des cotisations pour les institutions de prévoyance (tableau 5.5). Compte tenu du montant élevé des provisions techniques des sociétés d'assurance mixtes, les fonds propres représentent 3 % du passif de ces organismes, alors qu'ils représentent 20 à 23 % du passif des institutions de prévoyance et des sociétés d'assurance non-vie, et 50 % du passif des mutuelles (graphique 5.6).

Pour tous les types d'organismes, en 2015, les trois quarts des ressources à l'actif sont placées (sous forme d'actions, d'obligations, de placements immobiliers, de prêts et de dépôts). Les provisions techniques des contrats en unités de compte sont, elles, placées en unités de compte. Enfin, 4 % des ressources sont données en réassurance et le reste (6 %) représente des avoirs en banque, d'autres créances, des intérêts acquis non échus... Enfin, les **plus-values latentes** viendraient augmenter le bilan comptable de 8 % à 12 % selon la catégorie d'organisme (graphique 5.7). Elles sont du même ordre de grandeur qu'en 2014.

Graphique 5.6 – Structures du passif et de l'actif des organismes exerçant une activité santé en 2015

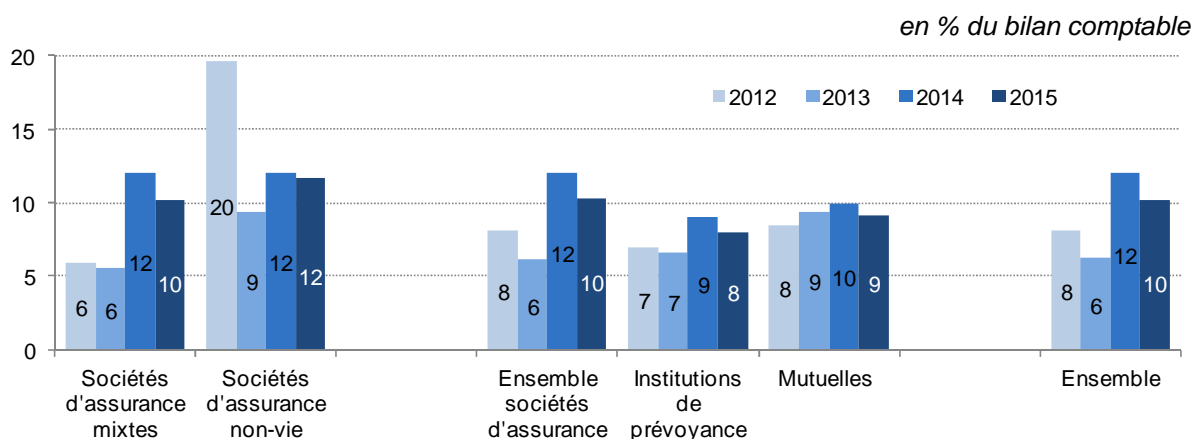


Lecture : Par définition comptable, le bilan est égal au passif et à l'actif. Les fonds propres représentent 3 % du passif des sociétés d'assurance mixtes et les placements en Unités de Compte (UC) représentent 14 % de leur actif.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2015.

Source : ACPR, calculs Drees.

Graphique 5.7 – Plus-values latentes par catégorie d'organismes exerçant une activité santé



Lecture : La prise en compte des plus-values latentes augmenterait le bilan comptable des mutuelles de 9 % en 2015.

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 sociétés d'assurance mixtes exerçant une activité santé a quasiment doublé entre 2014 et 2015 (tableau 5.8). Cela s'explique par l'entrée sur le marché de l'assurance santé d'une société de très grande taille. Le bilan des sociétés d'assurance mixtes présentes les deux années a toutefois également augmenté, de 3,9 %. Pour les sociétés d'assurance non-vie, les institutions de prévoyance et dans une moindre mesure les mutuelles, le bilan des organismes « pérennes » a également augmenté entre 2014 et 2015 (respectivement 14,3 %, 7,1 % et 1,6 %). Au total, le bilan de chaque catégorie d'organisme s'accroît.

Tableau 5.8 – Évolution du bilan total entre 2014 et 2015 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 mixtes	96,9%	3,9	93,0	0,0	3,9%
Sociétés d'assurance non-vie	5,8%	13,2	0,0	-7,5	14,3%
Ensemble sociétés d'assurance	83,2%	5,3	78,0	0,0	5,3%
Institutions de prévoyance	7,1%	7,1	0,0	0,0	7,1%
Mutuelles	2,4%	1,6	0,9	-0,1	1,6%
Ensemble des organismes	76,1%	5,3	70,9	0,0	5,3%

Lecture : Le total du bilan des mutuelles exerçant une activité santé a augmenté de 2,4 % entre 2014 et 2015. Cette hausse peut se décomposer en trois facteurs : le bilan des mutuelles présentes les deux années (dites « pérennes ») a augmenté de 1,6 %, contribuant donc à hauteur de 1,6 points de pourcentage à la hausse du secteur. L'entrée de nouvelles mutuelles sur le marché de l'assurance santé contribue aussi à la croissance du bilan total, à hauteur de 0,9 point de pourcentage. Enfin, le fait que quelques mutuelles soient sorties du marché de l'assurance santé contribue 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.

Des règles prudentielles respectées

Dans l'intérêt des assurés, le contrôle prudentiel impose aux organismes de respecter certaines règles, nommées « règles prudentielles » (encadré 8). Afin que les organismes d'assurance soient capables à tout moment d'honorer leurs engagements envers les assurés, ces règles imposent que les placements en regard des provisions techniques, dits « en **couverture des engagements réglementés** », soient suffisamment sûrs, liquides, diversifiés et rentables. Les provisions techniques peuvent néanmoins se révéler insuffisantes pour couvrir les engagements (risques mal tarifés, sinistres exceptionnels, réassurance inefficace...). Les règles prudentielles imposent donc aussi aux organismes de respecter une **marge de solvabilité** supplémentaire en disposant de suffisamment de fonds propres en cas d'imprévu. La majorité des organismes respectent ces deux principaux ratios prudentiels qui leur sont imposés dans le cadre de Solvabilité 1. Ces ratios, fondés sur le bilan des organismes, portent sur l'ensemble de leurs activités et pas uniquement sur l'activité santé. Ils sont jugés respectés lorsqu'ils dépassent la valeur de 100 %.

Parmi les organismes qui pratiquent une activité d'assurance santé, ce sont les mutuelles qui en moyenne couvrent le plus largement les **engagements réglementés** (178 % en 2015), devant les institutions de prévoyance (116 %) puis les sociétés d'assurance (110 % pour les sociétés non-vie et 104 % pour les sociétés mixtes). Cette plus importante couverture des engagements par les mutuelles est liée à des engagements plus faibles : les mutuelles ont moins de provisions techniques rapportées aux cotisations. Elles couvrent en effet majoritairement des risques courts ne nécessitant pas la détention de placements importants. Cette hiérarchie et ces ordres de grandeurs sont plutôt stables depuis 2011 (tableau 5.9).

C'est également au sein des mutuelles que s'observe la plus forte dispersion du taux de couverture des engagements (graphique 5.10). Un petit nombre de mutuelles et de sociétés d'assurance non-vie présentent des ratios inférieurs aux normes requises. Ces organismes, qui se situent souvent à la limite des seuils de couverture des engagements, correspondent à des situations économiques spécifiques, qui sont identifiées et suivies par l'ACPR à l'aide de moyens adaptés à leurs particularités. Les organismes dont le taux de couverture est inférieur à la norme représentent moins de 1 % des cotisations collectées en santé en 2015.

Tableau 5.9 – Couverture moyenne des engagements réglementés entre 2011 et 2015
en % des engagements réglementés

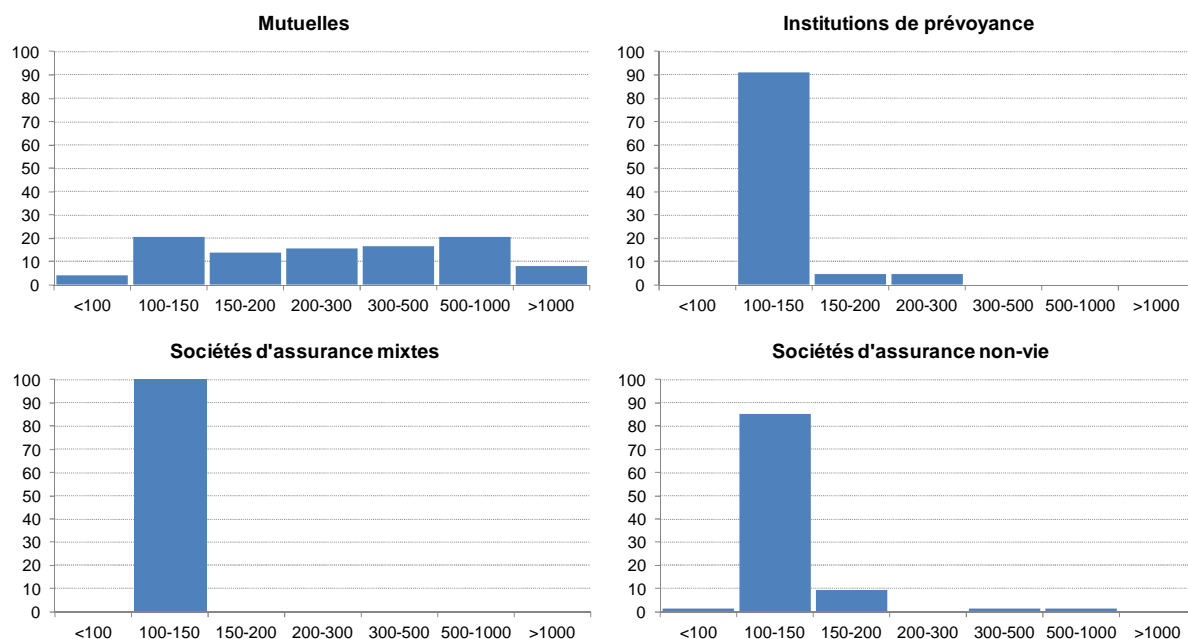
	Couverture moyenne				
	2011	2012	2013	2014	2015
Sociétés d'assurance mixtes	104	104	103	104	104
Sociétés d'assurance non-vie	109	110	108	102	110
Institutions de prévoyance	127	120	117	117	116
Mutuelles	225	193	192	182	178

Lecture : En 2015, pour les mutuelles, les actifs admis couvrent en moyenne 178 % des engagements réglementés.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU), contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année et ayant déclaré un taux de couverture des engagements réglementés au moins égal à 5 % dans l'état prudentiel C5.

Source : ACPR, calculs Drees.

Graphique 5.10 – Dispersion de la couverture des engagements réglementés en 2015



Lecture : En 2015, pour 14 % des mutuelles les actifs admis couvrent entre 150 et 200 % des engagements réglementés.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU), contrôlés par l'ACPR au 31/12/2015 et ayant déclaré un taux de couverture des engagements réglementés au moins égal à 5 % dans l'état prudentiel C5.

Source : ACPR, calculs Drees.

Parmi les organismes qui pratiquent une activité d'assurance santé, ce sont les sociétés d'assurance non-vie qui couvrent le plus largement leur **marge minimale de solvabilité**, y compris plus-values latentes : leurs fonds propres, y compris plus-values latentes, représentent en effet 592 % de cette marge (tableau 5.11). Elles se classent ainsi devant les institutions de prévoyance (576 %), les mutuelles (481 %) et les sociétés d'assurance mixtes (437 %). Pour tous les types d'organismes, les plus-values latentes améliorent en moyenne nettement la couverture de la marge de solvabilité. Toutefois l'effet des plus-values latentes sur la solvabilité des organismes est « positif mais réversible » (Chiffres 2015 du marché français de la banque et de l'assurance, ACPR, 2016). Lorsque l'on ne prend pas en compte les plus-values latentes, les sociétés d'assurance mixtes couvrent nettement moins la marge de solvabilité que les autres catégories d'organismes, mais cette couverture reste néanmoins au-dessus de la norme requise.

La couverture de la marge, notamment hors plus-values latentes, est beaucoup plus concentrée et proche de la norme minimale de 100 % pour les sociétés d'assurance mixtes que pour les autres types d'organismes (graphique 5.12) : « l'aléa est beaucoup moins important en vie qu'en non-vie car, en vie, le versement de la prestation dépend en général de la survie de l'assuré, événement qui a une forte probabilité, contrairement à l'assurance non-vie où les sinistres ont de faibles probabilités » (Assurance, Comptabilité – Réglementation – Actuariat, Economica, 2011). Enfin, les très rares mutuelles qui se situent sous les seuils requis sont de petits organismes puisqu'elles ne représentent que 0,2 % des cotisations collectées en santé en 2015.

Tableau 5.11 – Couverture moyenne de la marge de solvabilité entre 2011 et 2015

en % de la marge minimale de solvabilité

Hors plus-values latentes	2011	2012	2013	2014	2015
Sociétés d'assurance mixtes	123	124	127	129	125
Sociétés d'assurance non-vie	349	371	337	341	365
Institutions de prévoyance	469	450	448	427	430
Mutuelles	402	401	402	405	407
Y compris plus-values latentes	2011	2012	2013	2014	2015
Sociétés d'assurance mixtes	118	311	306	514	437
Sociétés d'assurance non-vie	453	551	526	578	592
Institutions de prévoyance	472	554	566	590	576
Mutuelles	435	468	474	483	481

Lecture : En 2015, les fonds propres hors plus values latentes représentent en moyenne 407 % de la marge minimale de solvabilité des mutuelles et ils représentent en moyenne 481 % de cette marge si l'on prend en compte les plus-values latentes.

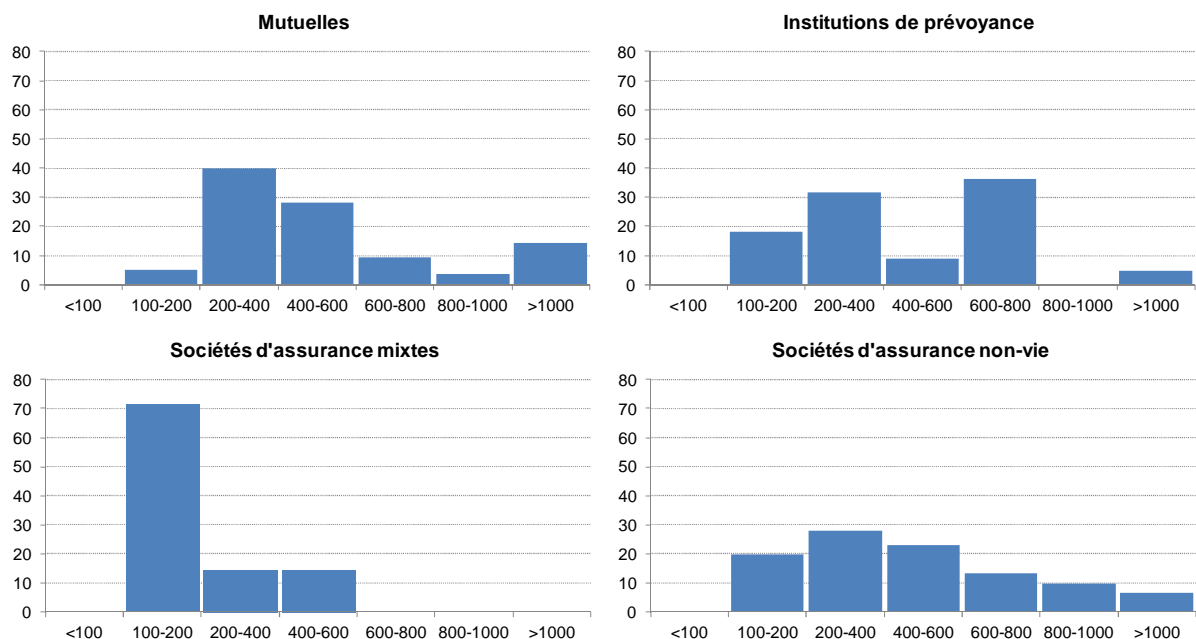
Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU), contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année et ayant déclaré un taux de couverture de la marge de solvabilité au moins égal à 5 % dans l'état prudentiel C6.

Source : ACPR, calculs Drees.

Si ces deux ratios prudentiels que sont la couverture des engagements réglementés et la couverture de la marge de solvabilité sont particulièrement suivis en raison de leur caractère synthétique, ils ne résument toutefois pas la totalité de l'information disponible, et ne sont pas toujours totalement pertinents dans le cas de petits organismes spécialisés sur des risques courts comme la santé, le contrôle prudentiel pouvant alors s'appuyer sur d'autres indicateurs. « *L'ACPR veille au respect de ces deux principaux piliers quantitatifs que sont l'exigence de marge de solvabilité et la couverture des engagements réglementés, et ce avec une égale attention. Or, la seconde est souvent plus difficile à respecter que la première, voire enfreinte alors que la marge de solvabilité est respectée.* » (Chiffres du marché français de la banque et de l'assurance, ACPR, 2014). Enfin, la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, notamment *via* son impact sur l'intensité de la concurrence dans le secteur, pourrait aussi avoir des effets sur la solvabilité des organismes. L'ACPR va donc exercer sa « *vigilance face au développement de cette activité au détriment de sa rentabilité* » (chiffres du marché français de la banque et de l'assurance, ACPR 2016).

Graphique 5.12 – Dispersion de la couverture de la marge de solvabilité en 2015

Couverture hors plus-values latentes exprimée en % de la marge de solvabilité

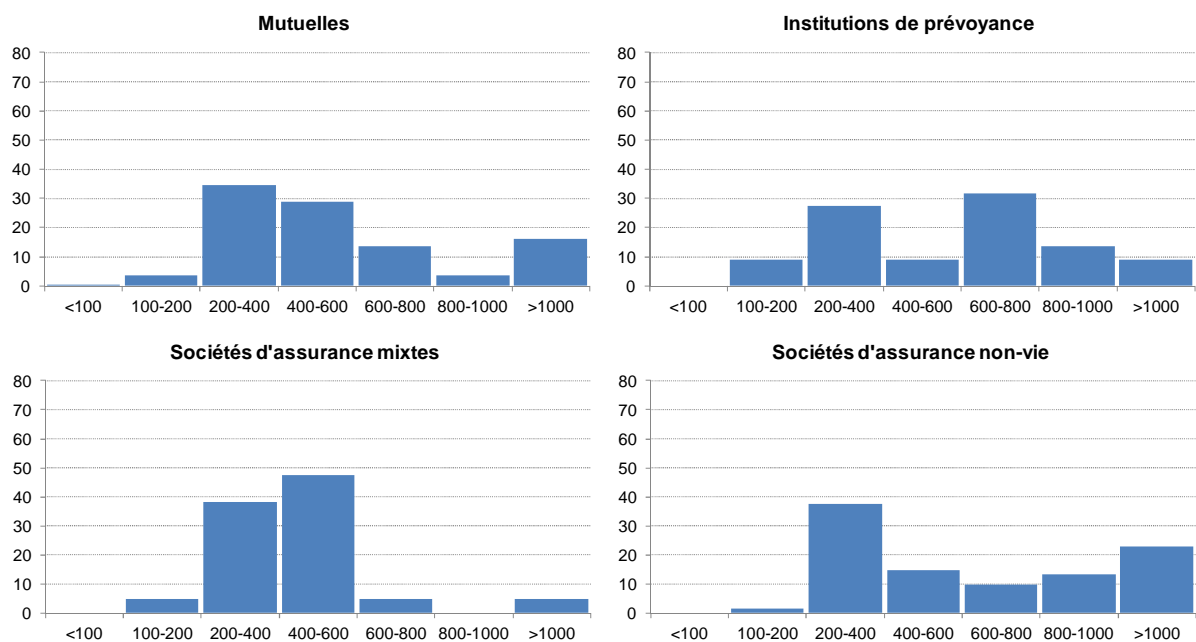


Lecture : En 2015, pour 5 % des mutuelles, les fonds propres hors plus-values latentes couvrent entre 100 et 200 % de la marge minimale de solvabilité.

Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU), contrôlés par l'ACPR au 31/12/2015 et ayant déclaré un taux de couverture de la marge de solvabilité au moins égal à 5 % dans l'état prudentiel C6.

Source : ACPR, calculs Drees.

Couverture y compris plus-values latentes exprimée en % de la marge de solvabilité



Champ : Organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU), contrôlés par l'ACPR au 31/12/2015 et ayant déclaré un taux de couverture de la marge de solvabilité au moins égal à 5 % dans l'état prudentiel C6.

Source : ACPR, calculs Drees.

Encadré 8 Les règles prudentielles

Dans le cadre de **Solvabilité 1**, les directives européennes et la réglementation française imposent aux organismes assurantiels de respecter un certain nombre de règles :

- disposer de provisions, y compris une marge de prudence, telles qu'ils puissent couvrir leurs engagements avec une probabilité suffisante ;
- disposer d'actifs suffisamment sûrs, liquides, rentables et diversifiés, à mettre en regard des provisions techniques ;
- disposer d'un montant minimal de fonds propres, s'ajoutant aux provisions, pour pouvoir faire face à des pertes imprévues.

En particulier, deux principaux ratios, appelés *ratios prudentiels*, sont calculés afin de vérifier que les organismes respectent ces règles. Ces ratios sont jugés respectés lorsqu'ils sont supérieurs à 100 %. Du fait de leur caractère synthétique, ils sont particulièrement regardés même si le contrôle prudentiel s'appuie aussi sur d'autres indicateurs. Le ratio de couverture des engagements réglementés est défini comme :

$$\text{Ratio de couverture des engagements réglementés} = \frac{\text{Actifs retenus en couverture des engagements}}{\text{Engagements réglementés}}$$

- Les **engagements réglementés** correspondent aux provisions techniques (i.e. aux engagements des assureurs envers les assurés) et aux autres dettes privilégiées (dettes prioritaires sur les provisions techniques : hypothèques, dépôts reçus à restituer, complément retraite des salariés, dettes fiscales et sociales) ;
- Les codes des assurances, de la mutualité et de la Sécurité sociale fixent une liste d'actifs admissibles en **couverture des engagements** réglementés : les obligations d'état, les actions d'entreprises, les placements immobiliers, les prêts et les dépôts sont autorisés. En revanche, l'or, les tableaux et le mobilier sont exclus. Afin de répartir au mieux les risques, les placements les moins sûrs ne peuvent excéder un plafond : 65 % des engagements réglementés pour les actions, 40 % pour les placements immobiliers et 10 % pour les prêts. Sauf exceptions, il n'est également pas possible de dépasser 5 % des engagements réglementés en valeur émise par une même société (actions d'une même entreprise, appartements d'un même immeuble, ...), afin que la faillite d'une entreprise ou l'incendie d'un immeuble par exemple ne puissent à eux seuls compromettre la solvabilité d'un organisme.

Le ratio de couverture de la marge de solvabilité est défini comme :

$$\text{Ratio de couverture de la marge de solvabilité} = \frac{\text{Fonds propres}}{\text{Marge minimale de solvabilité}}$$

- Les **fonds propres** sont augmentés des **plus ou moins-values latentes** sur les actifs. Ces plus ou moins-values latentes sont estimées comme la différence entre la « valeur de marché » des actifs (estimation de la valeur à laquelle l'actif s'échangerait sur les marchés à la date du bilan) et la « valeur nette » des actifs (valeur d'achat nette de l'amortissement) ;
- La **marge minimale de solvabilité** est proportionnelle à l'activité de chaque organisme et tient compte de la réassurance. En assurance non-vie, elle correspond au maximum entre 16 % des primes et 23 % des sinistres. En assurance vie, elle est la somme d'une marge calculée sur l'activité décès (0,1 % des capitaux garantis en cas de décès) et d'une fraction calculée sur les autres risques (4 % des provisions mathématiques, ramenée à 1 % en cas de contrats en unités de compte).

Le régime prudentiel des organismes d'assurances est modifié en profondeur par l'entrée en vigueur de **Solvabilité 2** au 1er janvier 2016. En particulier, ce régime repose sur de nouveaux critères quantitatifs, notamment le « capital de solvabilité requis », c'est-à-dire le capital économique dont a besoin une entreprise d'assurance pour limiter la probabilité de ruine à 0,5 % sur un an. Ce critère est complété par un « minimum de capital requis », en deçà duquel l'intervention des autorités prudentielles est déclenchée. Ces deux critères doivent être couverts par un montant équivalent de fonds propres de qualité suffisante (la qualité étant la capacité du fonds propre à absorber les pertes). Enfin, le régime Solvabilité 2 permet de mieux prendre en compte les groupes dans le contrôle prudentiel. Les organismes de très petite taille (montant de primes brutes émises inférieur à 5 millions d'euros et montant de provisions techniques brutes de réassurance inférieur à 25 millions d'euros) sont exemptés du régime Solvabilité 2, mais restent soumis au régime Solvabilité 1.

Annexes

Annexe 1 - Le champ du rapport et les redressements des données

Le champ de la « complémentaire santé » en France est défini par l'ensemble des organismes assujettis en 2015 à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, dite « taxe CMU », tableau A1, colonne (1). Cette taxe permet au fonds CMU de financer la Couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et l'aide à la complémentaire santé (ACS). Elle porte sur l'ensemble des cotisations que les organismes collectent dans l'année au titre de leur activité de complémentaire santé, ou de surcomplémentaire santé pour laquelle la santé est la garantie principale, souscrite par des personnes physiques ou morales résidant en France.

En revanche les autres cotisations collectées au titre de contrats frais de soins sont exclues de cette assiette. Il peut s'agir de couvertures dites « au 1^{er} euro » car elles prennent en charge les dépenses santé de leurs assurés dès le 1er euro : il s'agit de couvertures santé intégrales pour des personnes, par exemple des travailleurs frontaliers qui sont affiliés à l'Assurance maladie française mais avaient opté jusqu'en 2015 pour une assurance privée, ou encore des expatriés qui, bien que non affiliés en France, peuvent souhaiter conserver une couverture santé en France (pour leurs séjours temporaires par exemple). Les surcomplémentaires santé accessoires à des contrats sans lien avec la santé (automobile par exemple) sont également exclues. Enfin, les complémentaires obligatoires indivisibles du régime de base (Alsace-Moselle, industries électriques et gazières...), sont également hors du champ de la taxe.

Le champ des organismes assujettis à la taxe CMU et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2015 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 CMU – tableau A1, colonne (1). L'écart entre les deux s'explique surtout par des fusions et absorptions ayant eu lieu courant 2015, 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 50 millions sur les 34,4 milliards d'euros de cotisations collectées en complémentaire santé en 2015 (soit 0,16 % 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. L'ensemble de ceux-ci sont décrits dans le rapport annuel d'activité de l'ACPR.

Le champ du rapport - tableau A1, colonne (3) – exclut également les mutuelles substituées : en effet, les cotisations et prestations en frais de soins d'une mutuelle substituée sont déjà comptabilisées *via* sa substituante dans les données de l'ACPR. La mutuelle substituée doit alors être écartée afin d'éviter des doubles comptes.

Parmi les 410 organismes du champ du rapport, 396 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 C1, *cf.* encadré 2) à la date du 2 septembre 2015.

Ce rapport s'intéresse donc aux 396 organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et ayant fourni à l'ACPR leurs comptes pour l'année 2015, 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 offre une très bonne représentativité du marché de la complémentaire santé en France. De plus, 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. Les organismes qui peuvent être exploités pour l'analyse représentent donc la quasi totalité des cotisations du champ du rapport – tableau A1, colonne (5).

Tableau A1 – Nombre d’organismes ayant une activité de complémentaire santé en 2015, avant repondération

	Assujettis à la taxe CMU au cours de 2015 (1)	Assujettis à la taxe CMU et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2015 (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	99	91	91	83	100,0%
Sociétés d’assurance mixtes		21	21	21	100,0%
Sociétés d’assurance non-vie		70	70	62	99,9%
Institutions de prévoyance	24	22	22	22	100,0%
Mutuelles de livre II	411	373	297	291	99,9%
Total	534	486	410	396	99,9%

(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 31/12/2015, i.e. hors organismes étrangers ou en cessation et après prise en compte des fusions et absorptions ayant eu lieu en 2015.

(3) Organismes assujettis à la taxe CMU et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2015, 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 C1.

(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.

Pour utiliser les états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR, des redressements sont effectués. Les organismes conservés pour l'analyse sont ceux ayant renseigné les comptes de résultats publics et l'état C1 ; les autres forment la non-réponse dite « totale ».

La correction de la non-réponse totale

Afin de garantir la représentativité des résultats, une repondération est nécessaire : les 14 organismes n'ayant pas transmis leurs comptes et l'état C1 en 2015 sont 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 2015, 396 organismes sont « répondants », c'est-à-dire qu'ils ont renseigné leurs comptes de résultats publics et l'état C1. Certains de ces organismes n'ont pas renseigné les états C4 et E4, indispensables à la rédaction de ce rapport. Leurs données sont donc imputées.

La comparaison des états permet de corriger certaines données incohérentes et d'en inférer d'autres absentes. L'état C1 est en général considéré comme le plus fiable, devant l'état C4 et enfin l'état E4. Les organismes n'ayant pas renseigné l'état C4 sont rares en raison des relances et contrôles de l'ACPR. Il s'agit plutôt d'incohérences ou d'erreurs, un organisme déclarant dans l'état C4 ne pas avoir d'activité santé alors qu'il en déclare une au fonds CMU. Dans ce cas, un montant plausible de cotisations en santé peut être imputé en C4 en s'appuyant sur le montant déclaré au fonds CMU. Les organismes sont un peu plus nombreux à ne pas avoir renseigné l'état E4. Cet état est construit sur le même modèle que l'état C1 (compte de résultat technique), mais se focalise sur l'activité santé. On distingue 3 cas pour l'imputation de l'état E4 :

- Si l'organisme ne fait que de la santé, alors le compte de résultat technique en dommages corporels n'est autre qu'un compte de résultat technique en santé. C'est le cas d'un grand nombre de mutuelles pour lesquelles la couverture complémentaire santé est la seule activité assurantielle. L'état E4 est alors imputé de façon exacte à partir du C1.
- Si l'organisme fait essentiellement de la santé (cotisations en santé = plus de 75 % des cotisations en dommages corporels), le compte de résultat technique en dommages corporels offre une bonne idée de ce que serait le compte de résultat technique en santé. Dans ce cas, l'état E4 est imputé sur la base des cotisations en santé de l'état C4, auxquelles on applique la structure du compte de résultat technique en dommages corporels issue de l'état C1.
- Si la santé ne représente pas une grande partie de l'activité de dommages corporels de l'organisme (moins de 75 %), alors l'état E4 est imputé sur la base des cotisations en santé de l'état C4, auxquelles on applique la structure moyenne du compte de résultat technique des organismes de la même catégorie ayant renseigné l'état E4.

Enfin l'état E3 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 E4 auxquelles on applique la structure moyenne des organismes de même catégorie ayant renseigné l'état E3. Les autres états statistiques (E1, E2, E5), moins bien renseignés, ne sont en revanche pas imputés.

Le tableau A2 dresse le bilan du taux de réponse pour les états C1, C4 ainsi que pour les 5 états statistiques E1 à E5, ainsi que le nombre d'organismes imputés et la part représentée par ces organismes imputés dans l'ensemble des cotisations collectées en santé.

Tableau A2 : Taux de réponse par état et imputation en 2015

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance	
	nombre	% cotisations en santé	nombre	% cotisations en santé	nombre	% cotisations en santé
ayant renseigné les comptes et l'état C1	291	100,0%	22	100,0%	83	100,0%
état C4 exploitable après imputation, dont	291	100,0%	22	100,0%	83	100,0%
- C4 renseigné et sans incohérence	291	100,0%	22	100,0%	82	100,0%
- C4 imputé	0	0,0%	0	0,0%	1	0,001%
état E4 exploitable après imputation, dont	291	100,0%	22	100,0%	83	100,0%
- E4 renseigné	288	94,4%	22	100,0%	76	99,7%
- E4 imputé (santé principalement)	2	5,6%	0	0,0%	1	0,0%
- E4 imputé (par structure moyenne du E4)	1	0,008%	0	0,0%	6	0,3%
état E3 exploitable après imputation, dont	291	100,0%	22	100,0%	83	100,0%
- E3 renseigné	260	91,7%	22	100,0%	72	99,2%
- E3 imputé	31	8,3%	0	0,0%	11	0,8%

Source : Fonds CMU, ACPR, calculs DREES.

Annexe 2 - Compte de résultat technique en santé - ensemble des organismes en 2014 et 2015

Sociétés d'assurances	2014			2015		
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total
Produits	5 896	4 635	10 531	5 829	4 907	10 736
Primes collectées	5 832	4 574	10 405	5 762	4 840	10 602
Autres produits	64	62	126	67	67	134
Charges	5 478	4 688	10 165	5 499	4 953	10 452
Prestations versées	3 911	3 735	7 646	3 917	3 999	7 917
Frais de gestion des sinistres	245	234	479	234	244	478
Frais d'acquisition	890	483	1 373	901	457	1 359
Frais d'administration	358	227	585	385	249	634
Autres charges	72	9	81	61	4	65
Résultat technique	418	-52	365	330	-47	283

Institutions de prévoyance	2014			2015		
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total
Produits	919	5 319	6 239	870	5 367	6 237
Primes collectées	914	5 296	6 210	865	5 345	6 210
Autres produits	5	24	29	6	22	27
Charges	827	5 592	6 419	784	5 606	6 390
Prestations versées	752	4 696	5 448	720	4 650	5 371
Frais de gestion des sinistres	34	250	284	28	253	280
Frais d'acquisition	34	256	290	29	274	302
Frais d'administration	8	293	301	7	327	333
Autres charges	-1	97	96	0	102	103
Résultat technique	92	-273	-181	86	-239	-153

Mutuelles	2014			2015		
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total
Produits	13 244	5 440	18 683	13 148	5 487	18 635
Primes collectées	13 126	5 411	18 537	12 992	5 447	18 438
Autres produits	117	29	147	157	40	197
Charges	12 878	5 694	18 572	12 893	5 751	18 644
Prestations versées	10 209	4 665	14 873	10 152	4 707	14 860
Frais de gestion des sinistres	548	244	792	561	232	793
Frais d'acquisition	786	301	1 087	836	323	1 159
Frais d'administration	1 251	406	1 657	1 268	414	1 683
Autres charges	85	78	163	75	75	150
Résultat technique	366	-254	112	256	-265	-9

Ensemble des organismes	2014			2015		
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total
Produits	20 059	15 394	35 453	19 848	15 761	35 609
Primes collectées	19 872	15 280	35 152	19 618	15 632	35 250
Autres produits	187	115	301	230	129	359
Charges	19 183	15 973	35 157	19 175	16 310	35 486
Prestations versées	14 872	13 096	27 968	14 790	13 357	28 147
Frais de gestion des sinistres	827	728	1 555	823	728	1 551
Frais d'acquisition	1 711	1 040	2 751	1 766	1 054	2 820
Frais d'administration	1 617	926	2 543	1 661	990	2 651
Autres charges	156	184	340	136	181	317
Résultat technique	875	-579	296	672	-551	121

Note : 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.

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 indépendante qui 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. « L'Autorité contrôle le respect par ces personnes des dispositions du code monétaire et financier ainsi que des dispositions réglementaires prévues pour son application, du code des assurances, du livre IX du code de la sécurité sociale, du code de la mutualité, du livre III du code de la consommation, des codes de conduite homologués ainsi que de toute autre disposition législative et réglementaire dont la méconnaissance entraîne celle des dispositions précitées ».

Branches : il existe 26 branches d'assurance, correspondant à toutes les opérations qui peuvent être exercées par des assureurs : maladie, incendie, responsabilité civile générale, vie-décès, etc. Pour pouvoir pratiquer dans une branche, un assureur doit au préalable avoir reçu une autorisation spécifique, dénommée agrément, de la part de l'ACPR. 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 responsables et solidaires : 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/responsabiliser la dépense de santé. 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, pour autant qu'il reste des actifs 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 1er janvier 2011 le Comité européen des contrôleurs d'assurance et de pensions professionnelles (CECAPP). Quelques-unes des 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 période de crise. Ils peuvent être constitués par de la trésorerie ou par des placements rapidement disponibles.

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 JO.

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 I) : 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 II) : minimum de capital requis dans le cadre de la réglementation européenne Solvabilité II. 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 le 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 II) : capital cible requis dans le cadre de la réglementation européenne Solvabilité II. 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 Sociétés anonymes d'assurance (SAA) sont des sociétés commerciales à but lucratif. On les nomme aussi Compagnies d'assurance. 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 (SAM) sont des sociétés civiles à but non lucratif. On les nomme aussi Mutuelles d'assurance. Le financement de la société se fait par les cotisations mensuelles des adhérents, nommés aussi sociétaires. Les bénéfices sont réinvestis au service de l'activité d'assurance, dans les cotisations ou les niveaux des garanties.

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 de transférer tout ou partie de son risque assurantiel à un autre organisme, 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 de plein droit. 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 garante doit obligatoirement être agréée pour les branches prises en substitution - et sur le plan comptable (les opérations réalisées en application de cette convention sont considérées comme des opérations directes de la mutuelle garante).

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 CMU : 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, 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.

