

Études & Résultats

DIRECTION DE LA RECHERCHE, DES ÉTUDES, DE L'ÉVALUATION ET DES STATISTIQUES



JANVIER
2019
NUMÉRO
1101

Première estimation du nombre de personnes couvertes par les organismes privés d'assurances, par risque social

En 2016, les organismes complémentaires, mutuelles, sociétés d'assurances et institutions de prévoyance, ont perçu 70 milliards d'euros de cotisations au titre des risques sociaux. Ils ont versé 51 milliards d'euros de prestations à ce titre, ce qui représente plus d'un quart de leurs activités. Huit organismes sur dix gèrent des contrats couvrant des risques sociaux.

Si les masses de cotisations perçues et de prestations versées sont bien connues, le nombre de personnes couvertes et servies par type de risques l'est beaucoup moins, notamment pour des risques dont la couverture est plus récente comme la dépendance. La DREES en propose pour la première fois une estimation. Celle-ci met en évidence l'ampleur du phénomène de multicouverture pour certains risques, aboutissant à des estimations assez larges. Ainsi, en 2016, entre 23 et 30 millions de personnes seraient couvertes en cas d'invalidité pour 0,3 à 0,4 million de bénéficiaires servis.

Pour d'autres risques, la multicouverture est *a priori* plus rare, comme les risques retraite, décès par capitalisation ou dépendance. 10,4 millions de personnes seraient couvertes pour la retraite supplémentaire pour 2,2 millions de bénéficiaires servis. 4,8 millions de personnes seraient couvertes à titre principal contre le risque de dépendance.

Alexis Montaut, Raphaële Adjrad (DREES)

Les risques sociaux sont pris en charge en premier lieu par le système de protection sociale : les pouvoirs publics (Sécurité sociale, assurance chômage, État ou collectivités locales) et les organismes de retraite complémentaire obligatoire pour le risque retraite. Les organismes d'assurances interviennent ensuite en proposant une couverture complémentaire, ou supplémentaire (pour la retraite), facultative¹.

Le marché des organismes complémentaires intervenant dans le champ des risques sociaux est généralement analysé sous l'angle des grandes masses financières : cotisations, prestations, etc. Elles sont cependant insuffisantes pour apprécier la couverture réelle de la population par type de risques détaillé. Pour la première fois, une estimation du nombre de personnes couvertes, sans doubles comptes, est proposée pour chacun des différents risques sociaux, en intégrant leurs spécificités. Elles autorisent le calcul de montants moyens de cotisations versées et de prestations perçues, qui viennent enrichir l'approche macro-économique usuelle de ce marché et de son degré de maturité selon les risques.

La santé, premier risque social couvert en montants collectés

Les organismes privés d'assurances couvrent des risques variés, et les

...
1. Il convient de nuancer ce terme de « facultatif » pour les garanties santé dans la mesure où les contrats collectifs en santé sont obligatoires dans les entreprises françaises depuis le 1^{er} janvier 2016 (date d'entrée en vigueur de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, introduite à la suite de l'article 1 de l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013).

risques sociaux ne représentent souvent qu'une partie de leur activité. En 2016, sur les 239 milliards d'euros de cotisations (hors taxes) qu'ils ont collectées, 70 milliards concernent les risques

sociaux, soit 29 % de leur activité (tableau 1). Et sur 187 milliards de prestations versées aux assurés 51 milliards d'euros de prestations ont été servis au titre des risques sociaux, représentant

27 % de l'ensemble de leurs prestations² (encadré 1).

En 2016, 79 % des organismes exercent une activité d'assurance sur au moins l'un des risques sociaux. L'assurance santé est le principal risque social en matière de cotisations collectées (35,9 milliards d'euros hors taxes en 2016). Elle correspond, pour l'essentiel, à des garanties dites de « complémentaire santé » qui conduisent au remboursement des dépenses de santé en complément de la prise en charge des régimes de base d'assurance maladie. L'assurance santé est une activité très répandue puisque 67 % des organismes d'assurances exercent cette activité. Une part de la complémentaire santé est d'ailleurs à présent obligatoire. La loi n° 2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi qui fait suite à l'accord national interprofessionnel (ANI) du 11 janvier 2013 a généralisé la couverture complémentaire d'entreprise à l'ensemble des établissements employeurs de droit privé. Les établissements devaient s'y conformer à compter du 1^{er} janvier 2016.

-
- 2. Les données présentées ici s'appuient sur 528 organismes d'assurance immatriculés à l'ACPR et qui ont fourni leur comptabilité détaillée pour l'année 2016, hors mutuelles substituées.
- 3. Hors contrats incapacité, invalidité et décès souscrits dans le cadre d'emprunts immobiliers.

TABLEAU 1
Cotisations, prestations et nombre d'organismes exerçant sur le marché de l'assurance en 2016

	Cotisations collectées (en milliards d'euros)	Prestations versées (en milliards d'euros)	Proportion d'organismes exerçant cette activité (en %)
Ensemble de l'activité assurantielle	239,4	187,1	100
Ensemble des risques sociaux	70,3	51,2	79
Santé	35,9	28,3	67
Prévoyance, dont	18,8	12,6	43
Indemnités journalières-Incapacité	6,3	5,1	28
Invalidité	3,4	2,6	23
Dépendance	1,1	0,4	12
Accidents, assurance scolaire, sportive, etc.	1,4	0,5	17
Décès accidentel (temporaire décès)	6,6	4,1	34
Retraite	14,0	9,3	13
Décès par capitalisation	1,5	0,9	15
Perte d'emploi	0,1	0,1	3
Famille	0,0	0,0	3
Ensemble hors risques sociaux	169,1	135,9	56

Note • L'assurance santé correspond, en langage assurantiel, aux « frais de soins » (complémentaire santé, etc.). Prévoyance : indemnités journalières, invalidité, dépendance, décès accidentel, etc. Retraite : retraite supplémentaire, préretraites et indemnités de fin de carrière. Pour l'année 2016, des améliorations méthodologiques ont conduit à réviser le partage entre les activités incapacité et invalidité. L'activité invalidité a été revue à la hausse et l'incapacité à la baisse, par rapport aux chiffres publiés précédemment.

Champ • Affaires directes réalisées par les organismes d'assurances contrôlés par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), ayant fourni leurs comptes et hors mutuelles substituées. Cotisations hors taxes.

Sources • ACPR (états FR13 et FR1402), calculs DREES.

ENCADRÉ 1
Champ des données de l'étude et dénombrement des organismes

En 2016, 774 organismes privés d'assurances sont immatriculés à l'ACPR, dont 446 mutuelles relevant du livre II du Code de la mutualité, 291 sociétés d'assurances relevant du Code des assurances et 37 institutions de prévoyance relevant du Code de la sécurité sociale. 127 mutuelles, dites « substituées », sont écartées dans cette analyse car elles ne gèrent pas elles-mêmes le risque. Elles ont, en effet, transféré leurs engagements à une autre mutuelle, dénommée « substituante ». Comme les mutuelles substituantes doivent intégrer dans leurs comptes l'activité prise en substitution, les mutuelles substituées sont écartées afin d'éviter les doubles comptes. De plus, une vingtaine d'organismes, unions de mutuelles ou sociétés de réassurance, sont aussi exclus car ils pratiquent uniquement une activité de réassurance (c'est-à-dire que leurs clients sont eux-mêmes des assureurs). Enfin, une centaine d'organismes, essentiellement de très petites mutuelles soumises à l'ancien régime Solvabilité I¹, n'avaient pas encore transmis leurs comptes à l'ACPR fin octobre 2017, date à laquelle ont été figés les chiffres sur lesquels repose cette étude. Cette étude s'appuie donc sur les 528 organismes exerçant sur le marché de l'assurance, immatriculés à l'ACPR, ayant fourni leurs comptes à fin octobre 2017 et hors mutuelles substituées et organismes spécialisés en réassurance. Ces 528 organismes représentent toutefois la quasi-totalité du marché de l'assurance privée en matière d'affaires directes.

1. Le régime Solvabilité II est entré en application le 1^{er} janvier 2016 et se substitue au régime Solvabilité I pour une majorité des organismes du secteur. Il s'agit du cadre prudentiel en vigueur pour les organismes d'assurances. Certains organismes d'assurances restent néanmoins soumis à Solvabilité I.

Prévoyance et retraite en deuxième et troisième positions

L'assurance prévoyance (hors contrats emprunteurs³) vient en deuxième position, avec 18,8 milliards d'euros de cotisations collectées en 2016. La prévoyance regroupe la couverture de plusieurs risques : l'incapacité temporaire de travail (versement d'indemnités journalières pour maintien de la rémunération en cas de maladie, maternité ou accident du travail), l'invalidité (rentes en cas d'invalidité définitive), la dépendance (capital ou rente versés à des personnes ne pouvant plus réaliser seules les activités essentielles du quotidien) et, enfin, le décès accidentel, également appelé « temporaire décès » (capital ou rente versés aux enfants ou au conjoint d'un assuré qui décède accidentellement dans une période définie). En 2016, 43 % des organismes d'assurances proposent une assurance prévoyance. Toutefois, le nombre d'organismes exerçant par sous-catégorie du risque prévoyance varie, de 12 % pour le risque dépendance à environ un tiers pour le risque de décès accidentel.

Avec 14,0 milliards d'euros de cotisations collectées en 2016, l'assurance retraite (comprenant la retraite supplémentaire, les préretraites et les indemnités de fin de carrière) représente la troisième grande activité sur le champ de l'assurance des risques sociaux. Les assurances retraite supplémentaire, ou surcomplémentaire, sont des dispositifs par capitalisation réglementés (plan épargne retraite populaire, contrats Madelin et exploitants agricoles, Préfon à destination des fonctionnaires, retraite mutualiste du combattant, retraites « chapeau », etc.). L'assurance retraite est proposée par 13 % des organismes.

Assurance décès vie entière, perte d'emploi, famille : des activités plus marginales au vu des cotisations collectées

L'assurance décès par capitalisation, également appelée « décès vie entière » (1,5 milliard d'euros de cotisations collectées en 2016) est elle aussi moins répandue, avec 15 % des organismes qui exercent cette activité.

Enfin, 3 % des organismes déclarent exercer une activité d'assurance perte d'emploi (indemnisation en cas de rupture du contrat de travail, hors garantie souscrite dans le cadre d'emprunts), et 3 % d'organismes également gèrent des garanties famille (prime en cas de mariage ou de naissance d'un enfant, etc.) ; ces garanties sont en général adossées à un contrat d'assurance santé. Les montants collectés au titre de ces garanties perte d'emploi et famille sont marginaux.

60 % des mutuelles couvrent uniquement le domaine de la santé

Trois catégories d'organismes proposent des contrats d'assurance en France : les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurances. Les Codes de la mutualité et de la sécurité sociale imposent aux mutuelles et institutions de prévoyance de n'exercer que sur le champ des risques sociaux. En 2016, 60 % des mutuelles n'exercent qu'en assurance santé et 35 % couvrent les champs de la santé et de la prévoyance. Les autres mutuelles (5 %) sont spécialisées dans des activités d'épargne, par exemple la retraite mutualiste du combattant, ou dans le domaine

de la protection juridique ou caution⁴. Les institutions de prévoyance exercent très majoritairement en santé et en prévoyance. Environ 15 % d'entre elles ont toutefois comme activité principale l'épargne, car elles ont été créées pour porter les engagements de retraite supplémentaire de quelques grandes entreprises.

Assurance santé et prévoyance, un marché très concentré

Les sociétés d'assurances, soumises au Code des assurances, peuvent en revanche exercer leurs activités assurantielles dans de multiples domaines : couverture des risques sociaux, mais aussi assurances automobile, habitation, dommages aux biens, assistance et protection juridique, crédit et caution, assurance construction et transport, épargne, etc. Un tiers des sociétés d'assurances ont pour activité principale l'assurance automobile et des dommages aux biens des particuliers (dont habitation). Ces sociétés, positionnées sur la couverture des particuliers, proposent aussi très souvent une assurance santé ou prévoyance. Un tiers des sociétés d'assurances ont pour activité principale l'épargne et gèrent aussi fréquemment des assurances retraite et prévoyance. Enfin, le dernier tiers est constitué de sociétés d'assurances dont la principale activité est plus spécifique (assistance, crédit, assurances à destination des professionnels, etc.) et qui proposent rarement une offre pour la couverture de risques sociaux. Les grandes compagnies d'assurances sont souvent composées de plusieurs filiales : une qui pratique les assurances automobile, habitation, santé, prévoyance à destination des particuliers ; une spécialisée sur les activités d'épargne gérant aussi souvent des contrats collectifs à destination des entreprises ; et enfin une ou plusieurs spécialisées sur les autres activités (assistance, solutions crédit, activités internationales, etc.)⁵.

Le marché de l'assurance est très concentré puisque 20 % des organismes ont réalisé 90 % du chiffre d'affaires (mesuré en part des cotisations collectées hors taxes) en 2016. La santé et la prévoyance restent des activités également très concentrées avec 30 % des acteurs qui détiennent 90 % du marché (tableau complémentaire A)⁶. Le marché de la retraite est le moins concentré, puisque 40 % des organismes d'assu-

rances occupent 90 % du marché. Enfin, l'épargne et les activités non-vie sont très concentrées : 20 % des acteurs possèdent 90 % du chiffre d'affaires.

Une multicoverture fréquente pour certains risques

Une exploitation originale des états DREES-ACPR⁷ permet de produire un effectif de personnes couvertes et de bénéficiaires servis par type de garanties, de façon plus fine qu'une répartition en fonction de la garantie principale du contrat. En effet, les données ACPR permettent par exemple de rattacher au risque prévoyance une garantie accessoire invalidité d'un contrat santé (et non au risque santé).

Les déterminants de la souscription d'une assurance complémentaire sont complexes. On peut cependant noter l'influence de la composition des contrats offerts sur le nombre de personnes couvertes, avec en particulier l'existence de garanties accessoires associées à la garantie principale du contrat, ces garanties accessoires n'étant pas toujours aussi bien identifiées que la garantie principale par le souscripteur.

De ce fait, pour certains risques, il n'est possible de produire qu'une fourchette (encadré 2). En effet, certaines garanties sont souscrites plusieurs fois pour une même personne. Par exemple, une personne peut être couverte plusieurs fois pour le risque d'invalidité, dans un contrat en tant que garantie principale et dans un autre comme garantie accessoire à un contrat santé. L'estimation haute correspond à l'hypothèse d'absence de multicoverture tandis qu'on ne retient dans l'estimation basse que les personnes couvertes via leur emploi. Il faut donc considérer ces estimations d'effectifs avec une certaine prudence. Pour estimer une cotisation (ou une prestation) moyenne, la masse des cotisations collectées hors taxes par les organismes d'assurances (ou des prestations versées) est ensuite rapportée à l'effectif d'assurés ou de personnes couvertes (c'est-à-dire y compris les ayants droit), en fonction de ce qui est le plus pertinent pour chaque risque et en évitant les doubles comptes. Il convient de noter que ces moyennes ne permettent pas de saisir l'hétérogénéité des situations individuelles. Par ailleurs, l'analyse doit tenir compte du mode de gestion du risque, par répar-

•••

4. Assurance et caution dans le cas d'emprunts.

5. Ce découpage des grands groupes en filiale est en partie imposé par la législation qui oblige les organismes d'assurance à séparer au sein de filiales distinctes leurs activités qui dépendent de la durée de la vie humaine (activités dites « vie ») et les autres activités (dites « non-vie »).

6. Les tableaux complémentaires sont disponibles dans les données associées à l'étude, sur le site internet de la DREES.

7. Autorité de contrôle prudentiel et de résolution.

tion ou par capitalisation. L'assurance en répartition consiste en effet à mutualiser les risques entre assurés : au cours d'un exercice, l'organisme d'assurances répartit la masse des cotisations collectées entre les assurés sinistrés. C'est le cas par exemple pour les contrats de complé-

mentaire santé, qui visent à rembourser à l'assuré ses dépenses de santé après prise en charge par l'assurance maladie de base. L'assurance par capitalisation, comme la retraite supplémentaire, consiste en une redistribution intertemporelle pour un même assuré : les cotisations collec-

tées auprès d'un assuré sont capitalisées au cours du temps et lui sont reversées à l'occurrence du sinistre.

En 2016, 64,1 millions de personnes disposeraient d'une couverture complémentaire santé, selon une estimation de la DREES à partir de l'enquête Santé et Protection sociale de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes), soit 96 % de la population (*encadré 2*). La cotisation moyenne par personne couverte s'établirait à 560 euros par an. 91 % des personnes couvertes (soit 58,3 millions) auraient bénéficié de remboursements de soins dans l'année de la part de leur organisme complémentaire, pour un montant moyen de 500 euros par an (*tableau 2*).

Invalidité et décès : des risques à forte multicouverture

En 2016, le coût d'une garantie invalidité (hors contrats emprunteurs) auprès d'un organisme d'assurances est estimé entre 110 et 150 euros par personne et par an en moyenne. Une personne pouvant être couverte contre l'invalidité simultanément *via* son emploi, une assurance accidents de la vie, une carte bancaire, etc. (situation de multicouverture), le nombre de personnes couvertes pour ce risque est donc plus difficile à estimer. Il pourrait être compris entre 23 et 30 millions (*encadré 2*). La rente reçue pour une garantie invalidité s'élèverait en moyenne entre 6 700 et 8 000 euros par an. En 2016, entre 300 000 et 400 000 personnes auraient donc bénéficié de rentes d'invalidité.

Pour le risque décès, deux types de produits d'assurances coexistent. L'assurance décès accidentel (ou temporaire décès) couvre une personne contre le décès sur une année donnée en indemnisant, généralement sous forme d'un capital, l'ayant-droit désigné au contrat. L'assurance décès par capitalisation (ou décès vie entière) est un contrat par capitalisation liquidé lorsque l'assuré décède. En 2016, le coût d'une garantie décès accidentel, souscrite auprès d'un organisme complémentaire et hors contrats emprunteurs, est en moyenne de 115 euros par an et par personne ; le capital servi, si le décès survient, atteint 14 300 euros en moyenne. En décès accidentel, comme en invalidité, de nombreuses personnes sont couvertes plusieurs

ENCADRÉ 2

Les effectifs de personnes couvertes estimés à partir de différentes sources

Pour le risque santé, deux sources de données sur les effectifs de personnes couvertes sont mobilisées : les données de l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) et de la DREES sur les effectifs de personnes assurées, couvertes et bénéficiaires par types de garanties (état FR1401) et le taux de couverture de la population *via* l'enquête Santé et Protection sociale (ESPS) 2014 de l'Institut de recherche et de documentation en économie de la santé (Irdes). Cette dernière source est privilégiée ici pour les effectifs de personnes couvertes. En 2016, on considère que sur les 66,9 millions de Français, 95 % sont couverts par une complémentaire santé y compris CMU-C (proportion issue d'ESPS 2014), auxquels s'ajouteraient 0,5 million de personnes couvertes supplémentaires en 2016 au titre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise (Montaut, 2018).

Pour le risque retraite, les effectifs de l'enquête retraite supplémentaire (DREES) sont exploités. Cette source est privilégiée par rapport aux effectifs ACPR-DREES (état FR1401). En effet, dans les données ACPR-DREES, les effectifs de personnes couvertes par des produits de retraite supplémentaire n'ont été intégrés à l'état FR1401 que depuis deux ans, et le taux de réponse, bien qu'en progrès, reste encore nettement inférieur à celui de l'enquête retraite supplémentaire. Néanmoins, cette dernière enquête ne porte que sur le champ de la retraite supplémentaire et exclut donc les personnes couvertes par des indemnités de fin de carrière et des préretraites, contrairement aux montants de cotisations et de prestations présentés au tableau 1. Par rapport au nombre de personnes publié dans l'ouvrage *Les retraités et les retraites, édition 2018* (12,7 millions, fiche 28, tableau 1), les 2,3 millions de souscripteurs de PERCO sont ici écartés, car hors champ. En effet, ce produit est géré par des organismes d'épargne salariale et non des organismes d'assurances. Le nombre de cotisants exclut aussi les personnes couvertes par des articles 39 du CGI (contrats retraite collectifs), tandis que le nombre de bénéficiaires servis inclut les bénéficiaires des articles 39 du CGI. En effet, l'enquête retraite ne permet pas de dénombrer ces cotisants, car cette forme de couverture collective est, par nature, difficilement individualisable par les organismes (cotisations versées par les entreprises souscriptrices). En revanche, les bénéficiaires sont plus simples à identifier puisque les organismes leur versent des rentes individuelles.

Pour les risques incapacité, invalidité, dépendance et décès, seuls les effectifs des états FR1401 ACPR-DREES sont disponibles. Chaque organisme renseigne de son côté le nombre de personnes couvertes pour chaque risque, mais une même personne peut être couverte deux fois, chez deux organismes distincts, ce qui engendre un risque de doubles comptes. Les effectifs obtenus à partir des états FR1401 se rapprochent donc davantage du nombre de garanties souscrites que du nombre de personnes couvertes, mais, il est parfois possible d'en inférer des nombres de personnes couvertes et de bénéficiaires servis.

Pour les risques dépendance et décès par capitalisation, l'hypothèse d'absence de couverture multiple semble acceptable. Ainsi, les personnes ayant souscrit deux couvertures incapacité par exemple, ou deux couvertures dépendance, chez deux organismes distincts sont conventionnellement supposées assez rares. Le nombre de garanties souscrites peut donc être assimilé à un nombre de personnes couvertes, même si ces estimations doivent être considérées avec prudence.

Cette hypothèse d'absence de multicouverture ne peut toutefois pas être considérée comme valide pour les risques décès accidentel et invalidité car de nombreux contrats – santé, accident de la vie, automobile, etc. – incluent des garanties décès ou invalidité accessoires, de sorte qu'un assuré peut être simultanément couvert pour la même garantie auprès de plusieurs organismes distincts. Aussi, pour le risque invalidité, une fourchette a-t-elle été estimée. La borne haute de la fourchette (30 millions de personnes couvertes) est obtenue selon l'hypothèse d'absence de multicouverture. La borne basse (23 millions) est obtenue selon l'hypothèse suivante : les personnes en emploi n'ont en général qu'un seul emploi, et sur ce périmètre de la couverture *via* l'emploi, le nombre de garanties souscrites peut être assimilé à un nombre de personnes couvertes. Le périmètre de couverture *via* l'emploi est ici défini comme les contrats collectifs auxquels on ajoute les contrats individuels gérés par les mutuelles de fonctionnaires ou d'entreprises. Pour le risque incapacité, une estimation est fournie en supposant l'absence de multicouverture, et une autre, en ne considérant que le périmètre de couverture *via* l'emploi. Quant au risque décès accidentel, les estimations obtenues à partir de cette même méthodologie ne paraissent pas suffisamment fiables pour être présentées.

TABLEAU 2

Effectifs, montants moyens de cotisations et de rentes pour les bénéficiaires des principaux risques sociaux en 2016

	Nombre de personnes couvertes ¹ (en millions)	Cotisation annuelle moyenne (en euros)	Nombre de bénéficiaires servis (en millions)	Prestation annuelle moyenne par bénéficiaire (en euros)
Santé	64,1	560	58,3	500
Retraite	10,4	890	2,2	2 270
Incapacité	28 à 32	195 à 230	1,9 à 2,2	2 270 à 2 600
Invalidité	23 à 30	110 à 150	0,3 à 0,4	6 700 à 8 000
Dépendance, dont	7,5	150	0,1	5 060
Dépendance principale	4,8	215	0,1	5 680
Dépendance accessoire	2,7	30	0	1 180
Décès accidentel	nd	115	nd	14 300
Décès par capitalisation	5,7	270	0,3	3 500

1. Pour les risques incapacité, invalidité et retraite, nous estimons le nombre de personnes couvertes par le nombre d'assurés. Pour les risques santé, dépendance et décès vie entière, nous considérons le nombre de personnes couvertes dans les données (ACPR, état FR1401).

Note • Retraite supplémentaire uniquement (hors préretraites et indemnités de fin de carrière). De plus, les contrats de retraite supplémentaire dits « article 39 du CGI » sont inclus dans l'estimation de la rente annuelle moyenne par bénéficiaire, mais pas dans la cotisation annuelle moyenne par adhérent. Pour la cotisation moyenne, il s'agit de la moyenne sur l'ensemble des adhérents, et non uniquement sur ceux ayant alimenté leur plan retraite au cours de l'année. Les prestations par bénéficiaire sont ici présentées sous forme de rente annuelle (perçue au cours de l'année 2016). En effet, pour l'assurance temporaire décès, la liquidation se présente principalement sous forme de capital, et pour l'assurance incapacité, les bénéficiaires perçoivent rarement des indemnités journalières durant 12 mois consécutifs. Par souci d'harmonisation, nous présentons toutes les prestations et les cotisations sur une base annuelle.

Champ • Personnes couvertes et bénéficiaires servis auprès d'organismes d'assurances, au titre d'affaires directes.

Sources • ACPR (états FR1401 et FR1402) ; ESPS 2014 ; DREES, enquête retraite supplémentaire 2016, calculs DREES.

fois par des organismes différents (via une complémentaire santé, une assurance automobile ou accidents, une carte de crédit, etc.), de sorte qu'il est difficile d'en déduire un nombre précis de souscripteurs ou de bénéficiaires servis. Enfin, en décès par capitalisation, dans l'hypothèse d'une absence de multicouverture, 5,7 millions d'adhérents auraient versé en moyenne 270 euros par an et 250 000 bénéficiaires auraient perçu une rente de 3 500 euros par an en moyenne.

10,4 millions d'adhérents à une retraite supplémentaire

Pour la retraite, les assureurs proposent des contrats gérés par capitalisation. Moyennant des cotisations pendant sa carrière, l'assuré peut bénéficier d'une rente qui lui octroie un complément de retraite lorsqu'il cesse son activité professionnelle. Les produits de retraite proposés par les organismes complémentaires sont donc appelés des produits de retraite supplémentaire, ou surcomplémentaire, car ils sont de troisième niveau. En 2016,

10,4 millions de personnes seraient adhérentes à un produit de retraite supplémentaire souscrit auprès d'un organisme privé d'assurances et 2,2 millions bénéficieraient de rentes⁸. Sur ce même champ restreint de la retraite supplémentaire (hors indemnités de fin de carrière et préretraite), cela représente une cotisation moyenne de 890 euros par an et par adhérent et une rente moyenne de 2 270 euros par an par bénéficiaire. Les montants moyens de cotisations et de prestations servies par personne peuvent toutefois être très disparates selon les contrats de retraite : PERP, contrats Madelin, etc. (Arnaud et Solard, 2018).

32 millions de personnes couvertes pour l'incapacité

Selon l'hypothèse qu'une personne n'est couverte qu'une seule fois par une garantie incapacité de travail (encadré 2), alors 32 millions de personnes au plus auraient souscrit une protection contre l'incapacité de travail auprès d'un organisme d'assurances. Si l'on ne considère que les per-

sonnes couvertes via leur emploi, 28 millions de personnes seraient alors couvertes. En 2016, une garantie incapacité de travail (hors contrats emprunteurs) souscrite auprès d'un organisme d'assurances coûterait en moyenne environ 195 euros par an et par personne⁹. En 2016, environ 2,2 millions de personnes auraient bénéficié d'indemnités journalières de la part des organismes d'assurances, soit 6,9 % des cotisants à ces organismes, pour un montant moyen de 2 270 euros par an d'indemnités journalières¹⁰, toujours selon l'hypothèse d'une absence de multicouverture. Si l'on ne considère que les bénéficiaires de ces garanties via leur emploi, alors 1,9 million de personnes auraient bénéficié d'indemnités journalières. Certains contrats incapacité complètent les indemnités journalières versées par la Sécurité sociale tandis que d'autres couvrent des catégories de non-salariés pour lesquelles la couverture de base est très faible, voire inexistante. Ces derniers contrats sont alors plus chers mais offrent en contrepartie des rentes plus élevées.

4,8 millions de personnes couvertes à titre principal contre le risque de dépendance

En 2016, en supposant l'absence de multicouverture, 7,5 millions de personnes seraient couvertes pour le risque de dépendance. 80 000 personnes auraient ainsi bénéficié d'une rente dépendance par un organisme privé d'assurances en 2016. La couverture dépendance peut prendre deux formes : soit à travers des contrats dépendance (garantie principale du contrat), soit par des garanties dépendance accessoires à d'autres contrats (souvent adossées à des contrats santé). La garantie dépendance peut également être annuelle : elle ne couvre que le risque de l'année en cours, ou bien être viagère : dans ce cas, l'assuré est couvert pour le risque de dépendance jusqu'à son décès. Les garanties annuelles seraient majoritairement des garanties accessoires à d'autres contrats, santé ou prévoyance (Bonnet, Fontaine, 2017). En moyenne en 2016, les garanties dépendance principale coûteraient 215 euros par an. Leurs bénéficiaires auraient reçu 5 680 euros de rente annuelle. Tous organismes confondus, environ 4,8 millions de personnes seraient

8. D'après les résultats de l'enquête retraite supplémentaire de la DREES (Arnaud, 2018).

9. Sur la base de l'hypothèse haute de 32 millions de personnes. La cotisation annuelle moyenne par personne couverte serait de 230 euros pour 28 millions de personnes couvertes (hypothèse basse).

10. Sur la base de l'hypothèse haute de 2,2 millions de bénéficiaires. La rente annuelle moyenne serait d'environ 2 600 euros pour 1,9 million de bénéficiaires (hypothèse basse).

couvertes via une garantie principale, pour 70 000 bénéficiaires en 2016. En dépendance accessoire, la garantie coûterait 30 euros par an en 2016, pour une rente annuelle moyenne de 1 180 euros. 2,7 millions de personnes seraient ainsi couvertes, pour 10 000 bénéficiaires en 2016. Enfin, en dépendance (principale et accessoire), 40 % des cotisations sont reversées sous forme de prestations, contre 76 % en invalidité et 80 % en incapacité et en santé. Néanmoins, il faut traiter cette comparai-

son avec prudence dans la mesure où une partie de l'assurance dépendance fonctionne par capitalisation, c'est-à-dire que les prestations découlent des cotisations versées durant plusieurs années. C'est aussi un marché encore en développement, contrairement au risque santé par exemple, pour lequel les cotisations collectées sont calibrées sur les prestations versées annuellement, au sein d'un marché mature. Les effectifs de personnes entrants dans les contrats dépendance sont chaque

année plus importants que les bénéficiaires de rentes, pour l'instant relativement peu nombreux. À cet égard, les organismes d'assurances disposent d'un historique limité de ces contrats pour réaliser leurs calculs actuariels. Cela pourrait expliquer une certaine marge de précaution sur les cotisations, pour tenir compte de cette incertitude. De plus, une part importante de ces cotisations est mise de côté, sous forme de provisions, pour pouvoir verser les rentes futures¹¹. ■

• • •
11. Les données ne permettent toutefois pas d'estimer la part des cotisations qui est placée sous forme de provisions, car il n'est pas possible de distinguer les provisions au titre du risque dépendance de celles mises de côté au titre de l'invalidité ou de l'incapacité.

➔ POUR EN SAVOIR PLUS

- **Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR)**, Les chiffres du marché français de la banque et de l'assurance, édition 2015.
- **Bonnet, C., Fontaine, R.** (2017). Rapport annexe de la Commission de travail sur le recours aux financements privés dans la couverture de la perte d'autonomie, Rapport du HCFEA.
- **Gonzalez, L., Roussel, R., Héam, J-C., Mikou, M., Ferretti, C. (dir.)** (2018). La protection sociale en France et en Europe en 2016-édition 2018. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social.
- **Arnaud, F., Solard, G. (dir.)** (2018). Les retraités et les retraites, édition 2018. Paris, France : DREES, coll. Panoramas de la DREES-social.
- **Montaut, A.** (2018, mai). La généralisation de la complémentaire santé a peu fait évoluer le marché en 2016. DREES, *Études et résultats*, 1064.
- **Montaut, A.** (2017, juillet). Organismes complémentaires : les sociétés d'assurances dominent la couverture des risques sociaux, sauf en santé. DREES, *Études et Résultats*, 1016.

LA DREES SUR INTERNET

Retrouvez toutes nos publications sur notre site

drees.solidarites-sante.gouv.fr

Retrouvez toutes nos données sur

www.data.drees.sante.gouv.fr

Pour recevoir nos avis de parution

drees.solidarites-sante.gouv.fr/etudes-et-statistiques/publications/avis-de-parution

Directeur de la publication : Jean-Marc Aubert

Responsable d'édition : Souphaphone Douangdara

Rédactrice en chef technique : Sabine Boulanger

Secrétaire de rédaction : Fabienne Brifault

Composition et mise en pages : T. B.

Conception graphique : Julie Hiet et Philippe Brulin

Pour toute information : drees-infos@sante.gouv.fr

Reproduction autorisée sous réserve de la mention des sources •

ISSN électronique 1146-9129 • AIP 0001384