

# 2015

RAPPORT

## La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé



Liberté • Égalité • Fraternité  
RÉPUBLIQUE FRANÇAISE

MINISTÈRE  
DES FINANCES  
ET DES COMPTES PUBLICS

MINISTÈRE  
DES AFFAIRES SOCIALES  
ET DE LA SANTÉ

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

MINISTÈRE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS  
MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ  
MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI, DE LA FORMATION PROFESSIONNELLE ET DU DIALOGUE SOCIAL

## **RAPPORT 2015**

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 FFSA pour leur collaboration et leur concours.

## **DREES**

MINISTÈRE DES FINANCES ET DES COMPTES PUBLICS

MINISTÈRE DES AFFAIRES SOCIALES ET DE LA SANTÉ

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

## Sommaire

<b>Avant-propos .....</b>	<b>4</b>
<b>Principaux enseignements .....</b>	<b>5</b>
<b>Chapitre 1 : Un marché de la complémentaire santé dominé par les mutuelles .....</b>	<b>7</b>
Les organismes d'assurance : un secteur d'activité toujours plus concentré .....	7
Des acteurs très spécialisés .....	10
<b>Chapitre 2 : Un résultat en santé égal à 0,8 % des primes en 2014 .....</b>	<b>17</b>
De légers excédents dégagés en santé en 2014.....	21
Les contrats collectifs offrent un meilleur retour sur primes pour les assurés .....	25
Charges de gestion : plus faibles pour les contrats collectifs et plus élevées pour les sociétés d'assurance .....	29
Des résultats techniques et des charges de gestion plus homogènes pour les grands organismes	34
<b>Chapitre 3 : Des organismes solvables .....</b>	<b>35</b>
Un résultat net positif pour toutes les catégories d'organismes en 2014 .....	35
Des règles prudentielles respectées .....	39
<b>Chapitre 4 : Une incomplétude des données qui nuit à la mesure des coûts de gestion .....</b>	<b>47</b>
Des charges de gestion en part des prestations versées très variables selon les organismes .....	47
Délégation de gestion : un coût presque compensé par construction pour les organismes .....	50
Les conséquences de la gestion de la CMU-C/ACS sur les comptes des organismes ne peuvent être évaluées faute de remontées suffisantes .....	52
<b>Annexe.....</b>	<b>54</b>
Les redressements des données .....	55
Glossaire .....	57

## 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.

Par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012 (article 11), le Gouvernement a également été chargé de produire « un rapport analysant comparativement les coûts de gestion et le niveau des prestations servies comparées aux cotisations versées des organismes de sécurité sociale, d'une part, des mutuelles et des organismes privés d'assurance complémentaire d'autre part ».

Ce rapport, élaboré par la DREES, présente les résultats obtenus pour l'année 2014 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 quatre parties. La première présente la structure et la démographie du marché de l'assurance complémentaire santé. La deuxième partie présente la situation financière des organismes sur leur activité « Santé ». La troisième partie présente leur solvabilité financière globale et le respect des règles prudentielles. Enfin, la quatrième partie apporte des éclairages sur les coûts de gestion.

## Principaux enseignements

En 2014, le **nombre d'organismes** qui exercent des opérations d'assurance (sociétés d'assurance, mutuelles et institutions de prévoyance) a de nouveau diminué. Ce recul du nombre d'acteurs est tout aussi marqué sur le champ des organismes qui pratiquent une activité de complémentaire santé, c'est-à-dire ceux assujettis à la taxe de solidarité additionnelle perçue au profit du fonds CMU (dite « taxe CMU ») : depuis 2001, le nombre de mutuelles a notamment été divisé par trois et le nombre d'institutions de prévoyance par deux. Malgré ce mouvement de concentration, le secteur mutualiste reste très morcelé avec 453 mutuelles assujetties à la taxe CMU en 2014, contre 94 sociétés d'assurance et 26 institutions de prévoyance.

Les mutuelles restent prédominantes sur le **marché de la couverture santé complémentaire** (53 % des primes<sup>1</sup> collectées d'après le fonds CMU) même si leurs parts de marché diminuent au profit des sociétés d'assurances.

**Les mutuelles sont spécialisées en santé** (la santé représente en effet 84 % des primes collectées par les mutuelles dans leur ensemble). La santé représente aussi presque la moitié de l'activité des institutions de prévoyance (47 %), mais seulement 5 % de celle des sociétés d'assurance. En raison d'une activité plus large et diversifiée, les sociétés d'assurance sont très souvent des organismes de grande taille en termes de chiffre d'affaires total, mais pas forcément des acteurs dominants sur le marché plus spécifique de la complémentaire santé. Les institutions de prévoyance sont toutes de grands acteurs d'assurance et de grands acteurs sur le marché de la santé. Enfin, s'il existe de grandes mutuelles, les deux tiers d'entre elles sont des petites structures.

Les mutuelles et les sociétés d'assurance non-vie proposent essentiellement des contrats santé **individuels** (trois-quarts de leurs primes) alors que les sociétés d'assurance mixte et les institutions de prévoyance sont nettement positionnées sur les contrats santé **collectifs** (plus de trois-quarts de leurs primes). Depuis plusieurs années, les contrats collectifs gagnent des parts de marché sur les contrats individuels.

La masse des primes collectées en santé a augmenté de 2,3 % entre 2013 et 2014 pour les organismes présents ces deux années là. Si les contrats individuels s'érodent à moyen terme au profit des contrats collectifs, ils ont en revanche plutôt résisté en 2014, et ce malgré l'approche de la généralisation de la complémentaire santé prévue pour 2016 qui devrait pourtant accélérer cette érosion. La masse des sinistres a quant à elle augmenté moins vite que celle des primes (0,7 % contre 2,3 % sur le champ des organismes présents les deux années).

Les organismes complémentaires dans leur ensemble dégagent des excédents sur leur activité santé, en 2014. En effet, le **résultat technique en santé** (produits de l'activité santé nets des charges) représente 0,8 % des primes collectées en 2014. L'activité santé est légèrement excédentaire depuis plusieurs années. Les institutions de prévoyance se démarquent des autres catégories d'organisme par une activité santé en moyenne déficitaire. Le résultat technique en santé des sociétés d'assurances, excédentaire, s'améliore en 2014. Enfin, il reste légèrement excédentaire pour les mutuelles.

En moyenne, et pour toutes les catégories d'organismes, le **résultat technique en santé des contrats collectifs** est déficitaire alors que celui des contrats individuels est excédentaire. Ceci explique en partie pourquoi les institutions de prévoyance, spécialisées sur les contrats collectifs, sont globalement déficitaires sur leur activité santé.

Toutefois, ces chiffres doivent être considérés avec prudence, puisque la situation financière de l'activité santé ne peut s'apprécier réellement qu'à moyen terme. De plus, ces résultats moyens

---

<sup>1</sup> La notion de « prime », utilisée dans ce rapport et issue du code des assurances, est équivalente à celle de « cotisation » issue des codes de la mutualité et de la Sécurité sociale.

## Principaux enseignements

masquent une certaine **hétérogénéité** entre organismes, y compris au sein d'une catégorie donnée. Les organismes de grande taille ont généralement des résultats techniques plus homogènes.

Les **charges de prestations**, représentatives de l'activité d'indemnisation des assurés, sont en moyenne plus élevées pour les institutions de prévoyance : elles représentent 92 % des primes en 2014, contre 85 % pour les mutuelles, 82 % pour les sociétés d'assurance mixte et 76 % pour les sociétés d'assurance non-vie. Les institutions de prévoyance se caractérisent par des prestations en optique et en soins dentaire plus élevées.

Les mutuelles se caractérisent par des **frais d'administration** moyens plus élevés que les autres types d'organismes (9 % des cotisations collectées, contre 6% pour les sociétés d'assurance et 5 % pour les institutions de prévoyance). Les sociétés d'assurance se distinguent quant à elles par des **frais d'acquisition** moyens plus importants (13 % des cotisations, contre 6% pour les mutuelles et 5 % pour les institutions de prévoyance).

Enfin, pour les contrats collectifs, les charges de prestations, rapportées aux primes, sont en moyenne plus élevées et les charges de gestion plus faibles. Les écarts de charges de prestations et de gestion entre les différentes catégories d'organismes s'expliquent donc en grande partie par leur positionnement sur les contrats individuels ou collectifs.

Toutefois, l'évaluation de la solidité financière des organismes exerçant une activité santé nécessite d'analyser leur **résultat net** qui résulte de l'intégralité de leur activité. En 2014, les organismes exerçant une activité de complémentaire santé sont globalement excédentaires puisque le résultat net dégagé représente 3,1 % des cotisations collectées. Chacune des catégories d'organismes est en moyenne excédentaire, y compris les institutions de prévoyance pour lesquelles l'activité santé est déficitaire. Les déficits en santé des institutions de prévoyance sont en effets compensés par des excédents sur l'activité Vie.

D'un point de vue prudentiel, la situation des organismes qui exercent une activité santé n'appelle pas d'attention particulière, notamment s'agissant du respect des deux ratios prudentiels que sont la **couverture des engagements réglementés et la couverture de la marge de solvabilité**, imposés dans le cadre du régime Solvabilité 1. Les organismes qui se trouvent à la limite des seuils de couverture de la marge de solvabilité (pour l'essentiel des petites mutuelles) font l'objet d'un suivi spécifique par l'ACPR à l'aide d'outils quantitatifs et qualitatifs adaptés à leur situation. En moyenne, ces deux ratios prudentiels sont largement couverts en 2014 et ce, de manière assez stable depuis plusieurs années.

## Chapitre 1 : Un marché de la complémentaire santé dominé par les mutuelles

En 2014, 909 organismes pratiquent des **activités d'assurance** (mutuelles, sociétés d'assurance et institutions de prévoyance). Ils sont moins nombreux chaque année. Ce mouvement de concentration concerne plus particulièrement les mutuelles dont le nombre a été divisé par deux depuis 2006 suite à des fusions, absorptions ou liquidations. Les mutuelles restent toutefois encore nombreuses et souvent de petite taille.

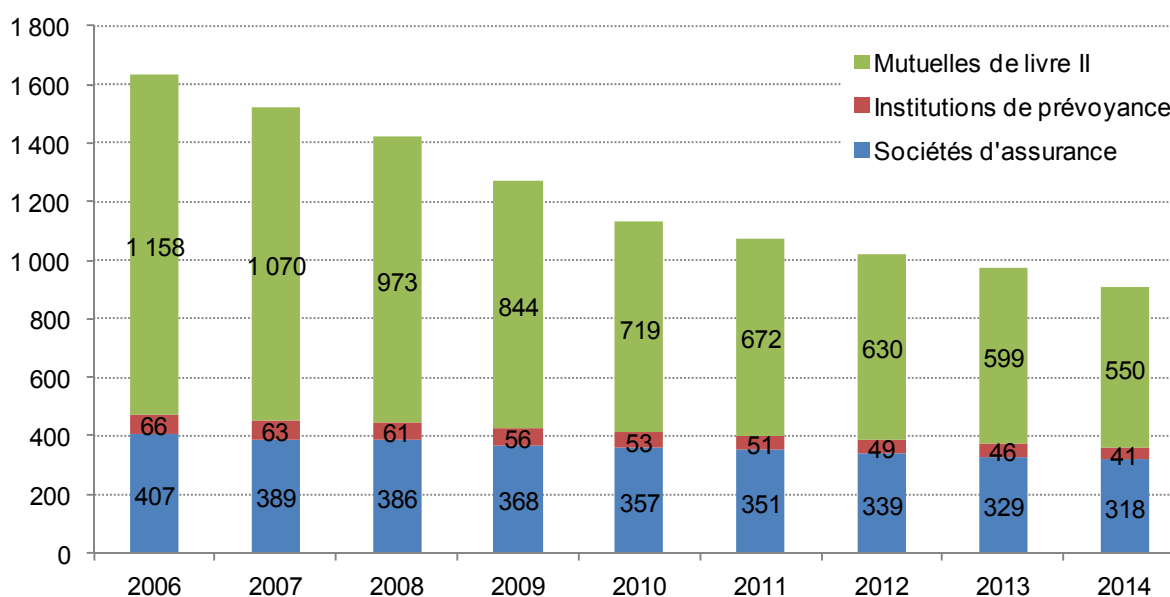
Sur le **marché de l'assurance complémentaire santé**, 573 organismes sont présents et les mutuelles en restent l'acteur principal, même si leurs parts de marché diminuent au profit des sociétés d'assurance. Le marché de la complémentaire santé est en effet en restructuration depuis plus d'une décennie. Ce chapitre 1 en dresse un état des lieux.

### Les organismes d'assurance : un secteur d'activité toujours plus concentré

#### Un nombre d'acteurs qui se réduit chaque année

En 2014, 909 organismes pratiquent des **activités d'assurance** selon l'Autorité de Contrôle Prudentiel et Résolution (ACPR) : 550 mutuelles régies par le code de la mutualité, 318 sociétés d'assurance régies par le code des assurances et 41 institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité sociale (cf. 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 : on dénombre deux fois moins de mutuelles en 2014 qu'en 2006 selon l'ACPR. De même, 40 % des institutions de prévoyance et 20 % des sociétés d'assurance ont disparu, principalement par effet de concentration, sur cette période.

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



Source : chiffres du marché français de la banque et de l'assurance, ACPR  
 Champ : organismes contrôlés par l'ACPR au 31 décembre de chaque année

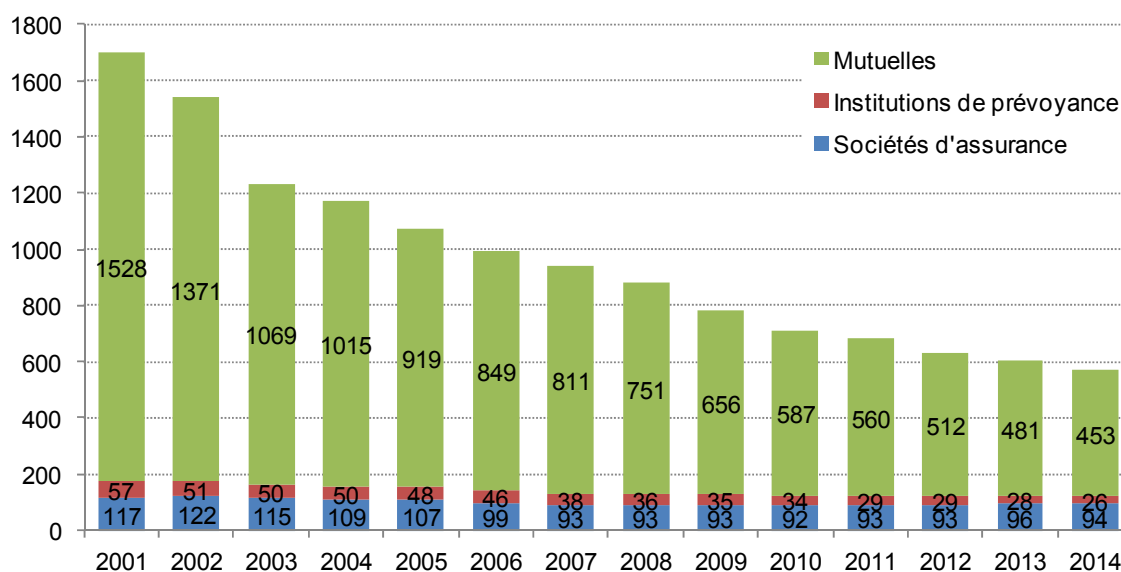
Le marché français de la **couverture complémentaire santé** regroupe l'ensemble des organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, dite « taxe CMU », qui est



perçue au profit du fonds CMU (cf. encadré 1). À ce titre, 573 organismes exercent une activité de complémentaire santé en 2014 sur le territoire français, répartis en 453 mutuelles, 94 sociétés d'assurance et 26 institutions de prévoyance (cf. graphique 1.2). L'ensemble des primes (ou « cotisations » dans les secteurs de la mutualité et de la prévoyance) que ces organismes collectent au titre de leur activité de complémentaire santé, dénommées aussi primes en « frais de soins »<sup>2</sup>, s'élève à 34 milliards d'euros. C'est sur cette base, ou *assiette*, qu'est calculé le montant de la taxe CMU.

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 a été divisé par 3,4 depuis cette date et le nombre d'institutions de prévoyance par 2,2. En revanche, le nombre de sociétés d'assurances contribuant au Fonds a peu diminué. Le mouvement de concentration s'observe donc majoritairement sur le champ de l'activité santé.

**Graphique 1.2 – Nombre d'organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle perçue au profit du fonds CMU entre 2001 et 2014**



*Champ : établissements ayant versé une contribution au fonds CMU (période 2001-2010) ou une taxe au fonds CMU (période 2011-2014) au cours de l'année. Cette définition aboutit à des effectifs différents du dénombrement en fin d'année utilisé par l'ACPR.*

*Source : fonds CMU.*

### La moitié du marché de la complémentaire santé est gérée par les mutuelles

En 2014, 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 santé<sup>3</sup> des mutuelles, correspondant aux primes en « frais de soins » collectées auprès des souscripteurs, s'élève en 2014 à 18,0 milliards d'euros soit 53 % du marché, contre 9,6 milliards d'euros pour les sociétés d'assurance (28 % du marché) et 6,3 milliards d'euros pour les institutions de prévoyance (19 %), d'après le fonds CMU (cf. graphique 1.3). Toutefois, depuis 2001, les mutuelles et, dans une moindre mesure (et malgré une tendance récente à la hausse), les institutions de prévoyance ont perdu des parts de marché face aux sociétés d'assurance.

<sup>2</sup> Les frais de soins recouvrent les frais médicaux, les frais d'hospitalisation, d'optique, de soins dentaires...

<sup>3</sup> Dans ce rapport, le chiffre d'affaires est systématiquement assimilé aux primes collectées.

**Tableau 1.3 – Assiette de la taxe de solidarité additionnelle perçue au profit du fonds CMU entre 2001 et 2014 et parts de marché des différents types d'organismes**

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

Source : fonds CMU.

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 primes 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 primes collectées pour les années 2001 et 2006 incluent donc la contribution, tandis que celles collectées à partir de 2011 excluent la taxe.

Par rapport aux mondes de l'assurance et de la prévoyance, celui de la mutualité est très morcelé : les mutuelles sont nombreuses et souvent de petite taille. 453 mutuelles gèrent 18,0 milliards d'euros de primes santé en 2014 d'après le fonds CMU, ce qui représente, en moyenne, 40 millions d'euros de primes santé par mutuelle. En comparaison, une société d'assurance qui a une activité santé gère en moyenne 100 millions d'euros de primes santé, et une institution de prévoyance 240 millions d'euros. Néanmoins, 9 mutuelles font partie des 20 plus gros organismes en termes de chiffre d'affaires santé, aux côtés de 7 sociétés d'assurance et de 4 institutions de prévoyance. Ces 20 plus grands organismes représentent à eux seuls la moitié du marché français (cf. tableau 1.4).

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

Plus grands organismes	Mutuelles	Sociétés d'assurance	Institutions de prévoyance	Parts de marché
Top 10	4	2	4	35 %
Top 20	9	7	4	50 %
Top 50	25	15	10	72 %
Top 100	59	27	14	87 %

Source : fonds CMU.

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

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

## Des acteurs très spécialisés

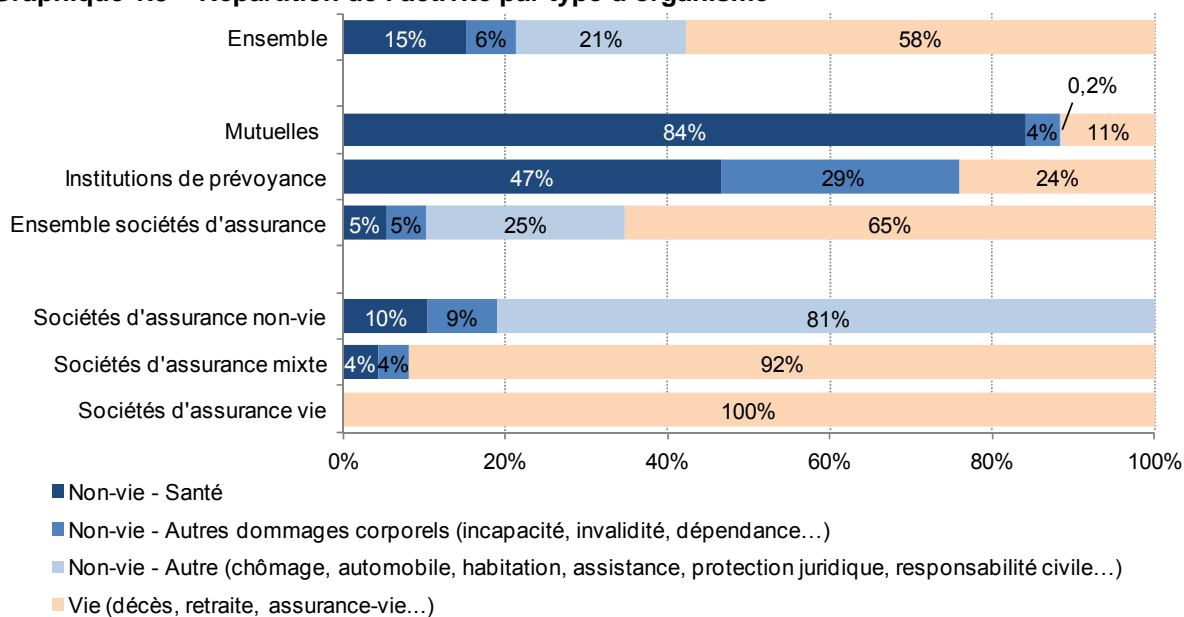
### Des mutuelles spécialisées en santé

La santé représente 15 % de l'activité de l'ensemble des organismes d'assurance en 2014. 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. À noter : le poids de la santé dans l'ensemble de l'activité est calculé sur l'ensemble des organismes, et non pas comme dans la précédente édition du rapport sur les seuls organismes ayant une activité santé.

En 2014, la santé représente 84 % du chiffre d'affaires de l'ensemble des mutuelles (cf. 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 47 % des primes collectées. Les institutions de prévoyance consacrent également 29 % 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 24 % de leur activité.

L'activité santé est plus minoritaire pour les sociétés d'assurance (5 % de leur activité en 2014). 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 (cf. encadré 1). 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 mixte. La santé représente 10 % de l'activité des sociétés d'assurance non-vie et 4 % de celle des sociétés d'assurance mixte, 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 primes collectées en santé représentent 84 % de l'ensemble des primes collectées (affaires directes).

Champ : ensemble des organismes contrôlés par l'ACPR au 31/12/2014.

Source : ACPR, calculs DREES.

### **Encadré 1**

#### **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. Ce 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 » (assurance dite « 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 – Règlementation – Actuariat, Economica, 2011*). Ce second niveau de spécialisation comporte 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 – Règlementation – Actuariat, Economica, 2011*).

Le tableau E1 présente les catégories d'opérations au sens de l'ACPR. Pour plus de détail sur les montants de primes collectées pour ces différentes catégories, et notamment celles qui couvrent des risques sociaux (retraite, décès, nuptialité, natalité, dommages corporels et perte d'emploi), cf. la protection sociale en France et en Europe en 2013, DREES, 2015.

**Tableau E1 –catégories d'opérations de l'ACPR**

<b>VIE</b>	Assurance vie et retraite
	Décès
	Capitalisation et contrats diversifiés
	Nuptialité et natalité
<b>NON-VIE</b>	Dommages corporels, dont
	- Frais de soins
	- Autres dommages corporels (incapacité, invalidité, dépendance)
	Pertes pécuniaires diverses (notamment perte d'emploi)
	Autres catégories non-vie (automobile, dommages aux biens, responsabilité civile générale...)

## Le champ du rapport : les organismes contrôlés par l'ACPR exerçant une activité de complémentaire santé

Ce rapport s'intéresse aux 425 **organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et ayant fourni leurs comptes à l'ACPR au 31 décembre 2014, hors mutuelles substituées** (cf. encadré 2). Ce champ est en effet le seul pour lequel on peut disposer des données collectées par l'ACPR (cf. encadré 3), mais il offre une très bonne représentativité du marché de la complémentaire santé en France. En effet, les établissements qui ne sont pas contrôlés par l'ACPR (essentiellement des sociétés d'assurance étrangères) ne représentent que 33 millions de primes d'assurance santé sur les 34 milliards d'euros collectés à ce titre en France en 2014.

Enfin, les rapprochements, fusions, absorptions et transferts de portefeuilles peuvent avoir des conséquences non négligeables sur le champ de la complémentaire santé. L'ensemble de ceux-ci sont décrits dans le rapport annuel d'activité de l'ACPR. Quelques événements sont listés ci-dessous :

- le transfert d'une grande partie du portefeuille, notamment prévoyance et santé, des sociétés d'assurance Allianz IARD et Allianz Vie vers leur filiale Allianz Worldwide Care ;
- la mutuelle Viasanté a fusionné avec une autre mutuelle de grande taille, Primamut ;
- L'institution de prévoyance Humanis Prévoyance accroît son activité en santé et autres dommages corporels suite à l'absorption de Cria Prévoyance et Carcel Prévoyance. Cria exerce une activité de complémentaire santé ce qui n'est pas le cas de Carcel ;
- L'institution de prévoyance AG2R Prévoyance fait de même suite à l'absorption d'Isica Prévoyance (comportant une activité santé) et de l'Institution Nationale de Prévoyance du Commerce et de l'Artisanat (INPCA, ne comportant pas d'activité santé) ;
- Enfin les sociétés d'assurance mixte Apicil et Arial cèdent leur activité santé et sortent donc du champ du rapport.

### Sociétés d'assurance : des organismes de grande taille, parfois petits « acteurs » en santé

La moitié des organismes qui exercent une activité santé ont un chiffre d'affaires total, i.e. toutes activités confondues, inférieur à 24 millions d'euros. Ces organismes sont conventionnellement qualifiés de « petits organismes d'assurance », tandis que ceux dont le chiffre d'affaire total est supérieur à 24 millions d'euros sont qualifiés de « grands ». De même, la moitié des organismes ont un chiffre d'affaires en santé inférieur à 14 millions d'euros, et sont 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 ».

Les institutions de prévoyance sont quasiment toutes de grands organismes d'assurance et de grands acteurs en santé (cf. 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, sont 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 2014**

Chiffre d'affaire total	Chiffre d'affaire en santé	Sociétés d'assurance mixte	Sociétés d'assurance non-vie	Institutions de prévoyance	Mutuelles	Ensemble
Grand	Grand	11	41	23	112	187
Grand	Petit	3	18	0	4	25
Petit	Grand	0	0	0	26	26
Petit	Petit	3	7	1	176	187
Ensemble		17	66	24	318	425

Note : « Grand » chiffre d'affaire total = supérieur à 24 millions d'euros, « Petit » chiffre d'affaire total = inférieur à 24 millions d'euros. « Grand » chiffre d'affaire en santé = supérieur à 14 millions d'euros, « Petit » chiffre d'affaire en santé = inférieur à 14 millions d'euros.

Lecture : sur les 24 institutions de prévoyance assujetties à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlées par l'ACPR au 31/12/2014, 23 peuvent être qualifiés 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 31/12/2014. Contrairement aux analyses présentées dans le reste du rapport, cette répartition des organismes est non pondérée. Les 425 organismes ne représentent qu'eux-mêmes, et non les 435 organismes du champ.

Sources : ACPR et fonds CMU.

### Encadré 2 – Champ du rapport : les organismes assujettis à la taxe CMU et contrôlés par l'ACPR

Le champ de la « complémentaire santé » en France est défini par l'ensemble des organismes assujettis en 2014 à la taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance, dite « taxe CMU » - voir tableau E2, 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 primes que ces organismes collectent dans l'année au titre de leur activité de complémentaire santé, complémentaire souscrite par des personnes physiques ou morales résidant en France. En revanche sont exclues de l'assiette :

- les primes de couverture santé pour les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire français d'assurance maladie (ce sont des couvertures dites « au 1<sup>er</sup> euro » car elles prennent en charge les dépenses santé de leurs assurés dès le 1<sup>er</sup> euro) ;
- les primes qui couvrent une garantie ayant un lien avec la santé mais qui est accessoire par rapport à l'objet même du contrat auquel elle se rapporte (ce sont par exemple les activités de « surcomplémentaire santé », ou bien les garanties « individuelle accident » des conducteurs dans les contrats d'assurance automobile).

**Tableau E2 – Nombre d'organismes ayant une activité de complémentaire santé en 2014, avant repondération**

	Assujettis à la taxe CMU au cours de 2014 (1)	Assujettis à la taxe CMU et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2014 (2)	Champ du rapport (3)	Dont ayant renseigné les états prudentiels et comptables (4)	Taux de couverture du champ en termes de primes (5)
<b>Sociétés d'assurance</b>	<b>94</b>	<b>87</b>	<b>87</b>	<b>83</b>	<b>100,0%</b>
Sociétés d'assurance mixte		17	17	17	100,0%
Sociétés d'assurance non-vie		70	70	66	99,9%
<b>Institutions de prévoyance</b>	<b>26</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>24</b>	<b>100,0%</b>
<b>Mutuelles de livre II</b>	<b>453</b>	<b>413</b>	<b>324</b>	<b>318</b>	<b>99,8%</b>
<b>Total</b>	<b>573</b>	<b>524</b>	<b>435</b>	<b>425</b>	<b>99,9%</b>

(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 31/12/2014, i.e. hors organismes étrangers ou en cessation et après prise en compte des fusions et absorptions ayant eu lieu en 2014.

(3) Organismes assujettis à la taxe CMU et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2014, 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.

Le champ des organismes assujettis à la taxe CMU et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2014 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 E2, colonne (2). Ce champ restreint est très proche de celui des seuls organismes assujettis à la taxe CMU - tableau E2, colonne (1). L'écart entre les deux s'explique surtout par des fusions et absorptions ayant eu lieu courant 2014, 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 extrêmement mineure : elle représente seulement 33 millions sur les 34 milliards d'euros de primes collectées en complémentaire santé en 2014 (soit moins de 0,1 % du total).

Enfin, le champ du rapport - tableau E2, colonne (3) - exclut également les mutuelles substituées : en effet, les primes et prestations en frais de soins d'une mutuelle substituée sont déjà comptabilisées *via* sa substituant dans les données de l'ACPR. La mutuelle substituée doit alors être écartée afin d'éviter des doubles comptes.

Parmi les 435 organismes du champ du rapport, 425 ont fourni à l'ACPR leurs états comptables et prudentiels - tableau E2, 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 30 juillet 2014.

Les 10 organismes qui n'ont pas renseigné leurs états sont généralement des organismes de faible chiffre d'affaires en santé. Les organismes qui peuvent être exploités pour l'analyse représentent donc la quasi totalité des primes du champ du rapport - tableau E2, colonne (5). Le taux de réponse se maintient à un très bon niveau pour les trois types d'organismes, proche du taux de réponse de l'an dernier. Les corrections et redressements effectués sur les états prudentiels et comptables ont ainsi été très limités, mais ils ont été plus importants pour les états statistiques (cf. annexe 4). Une fois les redressements effectués, les 425 organismes exploitables sont repondérés de façon à être représentatifs de l'assiette du fonds CMU des 435 organismes du champ. La repondération est effectuée par type d'organisme et, pour les mutuelles, également en fonction de leur taille.

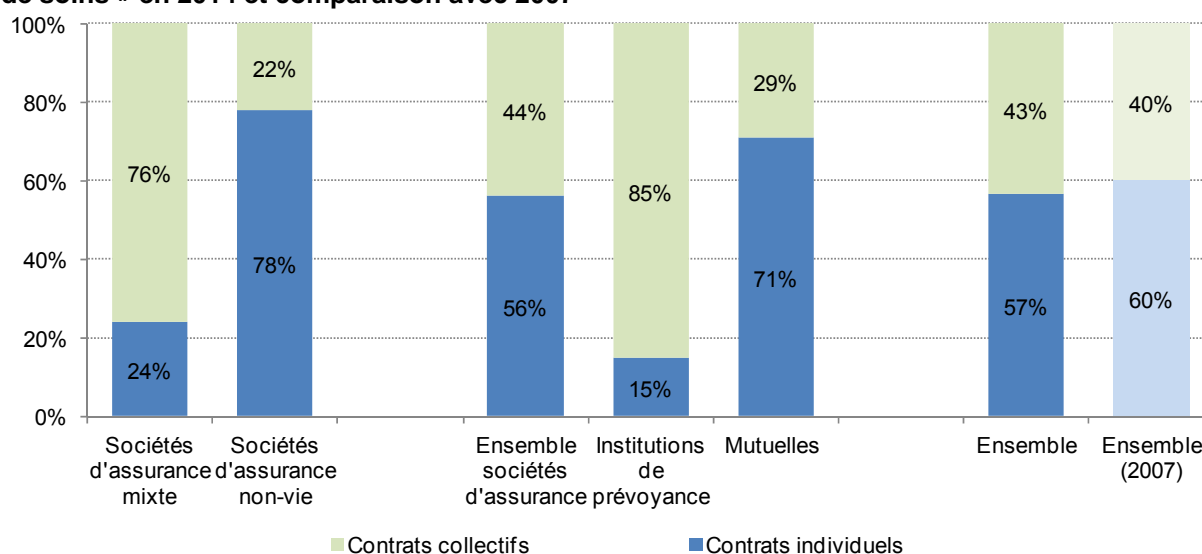
### Des institutions de prévoyance spécialisées sur les contrats collectifs

Les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance mixte proposent essentiellement des contrats santé collectifs, tandis que les sociétés d'assurance non-vie et les mutuelles proposent surtout des contrats individuels. Ainsi, en 2014, 85 % des primes en « frais de soins » des institutions de prévoyance et 76 % de celles des sociétés d'assurance mixte correspondent à des contrats collectifs, contre respectivement 29 % et 22 % pour les mutuelles et les sociétés d'assurance non-vie (cf. graphique 1.7).

Par symétrie, 15 % des primes collectées par les institutions de prévoyance le sont au titre de contrats individuels. Cela correspond à des contrats destinés aux salariés ou anciens salariés chômeurs ou retraités des entreprises affiliées et à leurs ayant-droit.

Au global, les contrats collectifs représentent presque la moitié des primes en santé. À moyen terme, les contrats collectifs gagnent un peu de terrain sur les contrats individuels puisqu'ils représentent 43 % des primes collectées en 2014 contre 40 % en 2007. Avec la future généralisation de la complémentaire santé d'entreprise en 2016, la part des contrats collectifs devrait encore s'accroître.

**Graphique 1.7 – Part des contrats collectifs et individuels dans l'ensemble des primes « frais de soins » en 2014 et comparaison avec 2007**



*Note : la part des contrats collectifs des sociétés d'assurance recule légèrement par rapport à 2013 en raison du transfert d'activité, essentiellement des contrats collectifs, d'Allianz Vie et Allianz IARD vers la filiale internationale du groupe Allianz Worldwide Care, hors du champ de ce rapport. Cependant, sur plus longue période, la part des contrats collectifs s'accroît.*

*Champ : organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2014 et au 31/12/2007.*

*Source : ACPR, calculs DREES.*

### Encadré 3 – 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, 34 milliards d'euros de primes ont été collectées sur le marché de la complémentaire santé en 2014 d'après les données du fonds CMU, contre 35 milliards d'après les données des états comptables, prudentiels et statistiques collectés par l'ACPR (cf. tableau E3). L'écart entre les deux sources est plus important pour les sociétés d'assurance, les primes émises comptabilisées par l'ACPR étant supérieures de 9 % à celles retenues pour le calcul de la taxe collectée au profit du fonds CMU en 2014.

Cet écart 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 au risque « santé », tandis que l'assiette de la taxe CMU se limite à l'activité de complémentaire santé et exclut donc :

- les primes ou cotisations afférentes aux non-résidents (qui couvrent les personnes qui ne sont pas à la charge d'un régime obligatoire d'assurance maladie français : « couverture au 1<sup>er</sup> euro ») ;
- les primes ou cotisations qui couvrent une garantie santé accessoire par rapport à l'objet principal du contrat (sont ainsi exclues les cotisations et primes afférentes à un contrat d'assurance automobile ou à une assurance accident contenant une garantie accessoire d'assistance médicale, par exemple les frais de transport en cas d'hospitalisation) ;
- les primes ou cotisations afférentes à la couverture de frais d'obsèques, d'allocations décès, de naissance ou de mariage car elles ne couvrent pas des frais relatifs à des soins de santé (cf. circulaire n° DSS/5D/2011/133 du 8 avril 2011) ;
- les primes de contrats couvrant des garanties frais de soins pour des fonctionnaires – de la fonction publique hospitalière et territoriale notamment – en cas de maladie professionnelle (cf. circulaire Fonction publique du 30 janvier 1989).

Des écarts 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, 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 E3 : Montant de primes collectées en santé en 2014**

	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	18,0	18,5	3%
Sociétés d'assurance	9,6	10,4	9%
Institutions de prévoyance	6,3	6,2	-1%
Ensemble	33,9	35,2	4%

Source : fonds CMU, ACPR, calculs DREES.

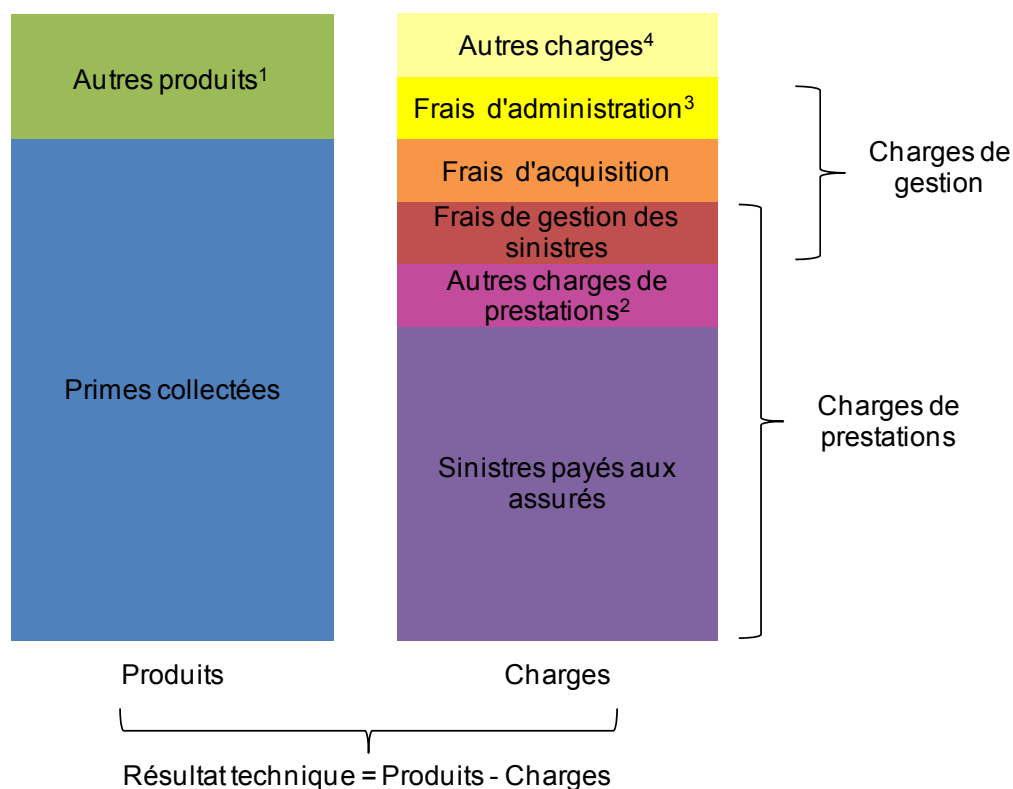




## Chapitre 2 : Un résultat en santé égal à 0,8 % des primes en 2014

Le **résultat technique en santé** représente la différence entre les produits et les charges liés à l'activité santé pour une année donnée. Les **produits** de l'activité assurantielle correspondent principalement aux primes collectées hors taxes (cf. graphique 2.1). Les **charges** sont notamment constituées des charges de prestations, issues de l'activité d'indemnisation des assurés (remboursement des dépenses de santé, réception et traitement des feuilles de soins...), des frais d'acquisition, engagés pour attirer de nouveaux clients (frais de réseaux, de publicité...), et des frais d'administration, liés à la gestion des contrats (placement des cotisations, frais liés à la réassurance...).

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 et autres produits techniques ;

2 : Autres charges de prestations = 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

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

Cette partie vise à évaluer si les organismes sont excédentaires ou déficitaires sur leur activité santé. Le compte de résultat technique en santé recense ainsi l'ensemble des produits et des charges liés à l'activité santé pour l'année 2014 (cf. tableau 2.2)

Si les produits (notamment les primes et cotisations collectées) sont plutôt réguliers chaque année, les charges (notamment les prestations versées) sont en revanche beaucoup plus volatiles. Ainsi, la situation financière du secteur de la complémentaire santé doit être observée sur la durée. Les résultats techniques sont donc présentés depuis 2011 ; les organismes présents en 2013 et en 2014 sont dénommés « pérennes ». Pour rendre les comparaisons possibles entre ces quatre années, quelques traitements sont parfois nécessaires (cf. encadré 4).

**Tableau 2.2 – Compte de résultat technique en santé en 2014**

*exprimé en millions d'euros*

Sociétés d'assurance mixte	En euros			En % des primes			Total produits et charges		Organismes pérennes	
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total	Évolution 2013-2014	Contributions à l'évolution	Évolution 2013-2014	Contributions à l'évolution
<b>Produits</b>	<b>1 028</b>	<b>3 241</b>	<b>4 268</b>	<b>101%</b>	<b>101%</b>	<b>101%</b>	<b>0,5%</b>		<b>3,8%</b>	
Primes collectées	1 019	3 211	4 230	100%	100%	100%		0,7%		4,0%
Autres produits <sup>1</sup>	9	30	38	1%	1%	1%		-0,2%		-0,2%
<b>Charges</b>	<b>952</b>	<b>3 244</b>	<b>4 196</b>	<b>93%</b>	<b>101%</b>	<b>99%</b>	<b>-2,3%</b>		<b>1,6%</b>	
Charges de prestations, dont	653	2 801	3 454	64%	87%	82%				
- Sinistres payés aux assurés	589	2 640	3 229	58%	82%	76%		-1,4%		0,1%
- Frais de gestion des sinistres	38	174	212	4%	5%	5%		0,5%		0,5%
- Autres charges de prestations <sup>2</sup>	25	-13	12	2%	0%	0%		-2,0%		-0,1%
Frais d'acquisition	200	266	466	20%	8%	11%		-0,4%		-0,4%
Frais d'administration <sup>3</sup>	88	168	256	9%	5%	6%		0,3%		0,3%
Autres charges <sup>4</sup>	12	9	21	1%	0%	0%		0,8%		1,1%
<b>Résultat technique</b>	<b>75</b>	<b>-3</b>	<b>72</b>	<b>7,4%</b>	<b>-0,1%</b>	<b>1,7%</b>				

Sociétés d'assurance non-vie	En euros			En % des primes			Total produits et charges		Organismes pérennes	
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total	Évolution 2013-2014	Contributions à l'évolution	Évolution 2013-2014	Contributions à l'évolution
<b>Produits</b>	<b>4 868</b>	<b>1 394</b>	<b>6 263</b>	<b>101%</b>	<b>102%</b>	<b>101%</b>	<b>1,2%</b>		<b>3,3%</b>	
Primes collectées	4 813	1 362	6 175	100%	100%	100%		0,6%		2,4%
Autres produits <sup>1</sup>	56	32	88	1%	2%	1%		0,6%		0,8%
<b>Charges</b>	<b>4 525</b>	<b>1 444</b>	<b>5 969</b>	<b>94%</b>	<b>106%</b>	<b>97%</b>	<b>0,2%</b>		<b>2,1%</b>	
Charges de prestations, dont	3 504	1 168	4 672	73%	86%	76%				
- Sinistres payés aux assurés	3 306	1 066	4 373	69%	78%	71%		-1,8%		1,0%
- Frais de gestion des sinistres	207	60	267	4%	4%	4%		0,1%		0,1%
- Autres charges de prestations <sup>2</sup>	-9	41	32	0%	3%	1%		0,8%		-0,2%
Frais d'acquisition	690	217	908	14%	16%	15%		1,2%		1,3%
Frais d'administration <sup>3</sup>	270	59	329	6%	4%	5%		0,0%		0,0%
Autres charges <sup>4</sup>	61	0	60	1%	0%	1%		-0,1%		-0,1%
<b>Résultat technique</b>	<b>342</b>	<b>-49</b>	<b>293</b>	<b>7,1%</b>	<b>-3,6%</b>	<b>4,7%</b>				

Ensemble des sociétés d'assurance	En euros			En % des primes			Total produits et charges		Organismes pérennes	
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total	Évolution 2013-2014	Contributions à l'évolution	Évolution 2013-2014	Contributions à l'évolution
<b>Produits</b>	<b>5 896</b>	<b>4 635</b>	<b>10 531</b>	<b>101%</b>	<b>101%</b>	<b>101%</b>	<b>0,9%</b>		<b>3,5%</b>	
Primes collectées	5 832	4 574	10 405	100%	100%	100%		0,7%		3,1%
Autres produits <sup>1</sup>	64	62	126	1%	1%	1%		0,2%		0,4%
<b>Charges</b>	<b>5 478</b>	<b>4 688</b>	<b>10 165</b>	<b>94%</b>	<b>102%</b>	<b>98%</b>	<b>-0,8%</b>		<b>1,9%</b>	
Charges de prestations, dont	4 157	3 969	8 125	71%	87%	78%				
- Sinistres payés aux assurés	3 896	3 706	7 602	67%	81%	73%		-1,6%		0,6%
- Frais de gestion des sinistres	245	234	479	4%	5%	5%		0,3%		0,3%
- Autres charges de prestations <sup>2</sup>	16	28	44	0%	1%	0%		-0,4%		-0,1%
Frais d'acquisition	890	483	1 373	15%	11%	13%		0,6%		0,6%
Frais d'administration <sup>3</sup>	358	227	585	6%	5%	6%		0,1%		0,1%
Autres charges <sup>4</sup>	72	9	81	1%	0%	1%		0,3%		0,4%
<b>Résultat technique</b>	<b>418</b>	<b>-52</b>	<b>365</b>	<b>7,2%</b>	<b>-1,1%</b>	<b>3,5%</b>				

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

2 : Autres charges de prestations = 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

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

Lecture : en 2014, les frais d'acquisition des sociétés d'assurance mixte s'élèvent à 466 millions d'euros, dont 266 millions au titre des contrats collectifs et 200 millions au titre des contrats individuels. Ces frais d'acquisition représentent 11 % des primes collectées en 2014. Entre 2013 et 2014, les charges des sociétés d'assurance mixte ont globalement baissé de 2,3 %. Les frais d'acquisition ont contribué pour -0,4 points de pourcentage à cette baisse des charges.

Champ : organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2014.

Source : ACPR, calculs DREES.

Chapitre 2 : Un résultat en santé égal à 0,8 % des primes en 2014

Institutions de prévoyance	En euros			En % des primes			Total produits et charges		Organismes pérennes	
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total	Évolution 2013-2014	Contributions à l'évolution	Évolution 2013-2014	Contributions à l'évolution
<b>Produits</b>	<b>919</b>	<b>5 319</b>	<b>6 239</b>	<b>101%</b>	<b>100%</b>	<b>100%</b>	<b>1,1%</b>		<b>1,1%</b>	
Primes collectées	914	5 296	6 210	100%	100%	100%		1,3%		1,3%
Autres produits <sup>1</sup>	5	24	29	1%	0%	0%		-0,1%		-0,1%
<b>Charges</b>	<b>827</b>	<b>5 592</b>	<b>6 419</b>	<b>90%</b>	<b>106%</b>	<b>103%</b>	<b>3,0%</b>		<b>3,6%</b>	
Charges de prestations, dont	786	4 946	5 732	86%	93%	92%				
- Sinistres payés aux assurés	731	4 512	5 243	80%	85%	84%		0,8%		0,8%
- Frais de gestion des sinistres	34	250	284	4%	5%	5%		0,2%		0,2%
- Autres charges de prestations <sup>2</sup>	21	184	206	2%	3%	3%		-0,3%		-0,3%
Frais d'acquisition	34	256	290	4%	5%	5%		-0,2%		-0,2%
Frais d'administration <sup>3</sup>	8	293	301	1%	6%	5%		1,4%		2,0%
Autres charges <sup>4</sup>	-1	97	96	0%	2%	2%		1,1%		1,1%
<b>Résultat technique</b>	<b>92</b>	<b>-273</b>	<b>-181</b>	<b>10,1%</b>	<b>-5,2%</b>	<b>-2,9%</b>				

Mutuelles	En euros			En % des primes			Total produits et charges		Organismes pérennes	
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total	Évolution 2013-2014	Contributions à l'évolution	Évolution 2013-2014	Contributions à l'évolution
<b>Produits</b>	<b>13 244</b>	<b>5 440</b>	<b>18 683</b>	<b>101%</b>	<b>101%</b>	<b>101%</b>	<b>1,2%</b>		<b>1,4%</b>	
Primes collectées	13 126	5 411	18 537	100%	100%	100%		1,9%		2,2%
Autres produits <sup>1</sup>	117	29	147	1%	1%	1%		-0,8%		-0,8%
<b>Charges</b>	<b>12 878</b>	<b>5 694</b>	<b>18 572</b>	<b>98%</b>	<b>105%</b>	<b>100%</b>	<b>1,1%</b>		<b>1,4%</b>	
Charges de prestations, dont	10 757	4 909	15 665	82%	91%	85%				
- Sinistres payés aux assurés	10 190	4 487	14 677	78%	83%	79%		0,4%		0,5%
- Frais de gestion des sinistres	548	244	792	4%	5%	4%		0,1%		0,1%
- Autres charges de prestations <sup>2</sup>	19	178	197	0%	3%	1%		-0,3%		-0,2%
Frais d'acquisition	786	301	1 087	6%	6%	6%		0,2%		0,2%
Frais d'administration <sup>3</sup>	1 251	406	1 657	10%	7%	9%		0,6%		0,6%
Autres charges <sup>4</sup>	85	78	163	1%	1%	1%		0,2%		0,2%
<b>Résultat technique</b>	<b>366</b>	<b>-254</b>	<b>112</b>	<b>2,8%</b>	<b>-4,7%</b>	<b>0,6%</b>				

Ensemble des organismes	En euros			En % des primes			Total produits et charges		Organismes pérennes	
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total	Évolution 2013-2014	Contributions à l'évolution	Évolution 2013-2014	Contributions à l'évolution
<b>Produits</b>	<b>20 059</b>	<b>15 394</b>	<b>35 453</b>	<b>101%</b>	<b>101%</b>	<b>101%</b>	<b>1,1%</b>		<b>1,9%</b>	
Primes collectées	19 872	15 280	35 152	100%	100%	100%		1,4%		2,3%
Autres produits <sup>1</sup>	187	115	301	1%	1%	1%		-0,4%		-0,3%
<b>Charges</b>	<b>19 183</b>	<b>15 973</b>	<b>35 157</b>	<b>97%</b>	<b>105%</b>	<b>100%</b>	<b>0,9%</b>		<b>1,9%</b>	
Charges de prestations, dont	15 699	13 824	29 523	79%	90%	84%				
- Sinistres payés aux assurés	14 816	12 705	27 521	75%	83%	78%		-0,1%		0,6%
- Frais de gestion des sinistres	827	728	1 555	4%	5%	4%		0,2%		0,2%
- Autres charges de prestations <sup>2</sup>	56	391	447	0%	3%	1%		-0,3%		-0,2%
Frais d'acquisition	1 711	1 040	2 751	9%	7%	8%		0,2%		0,3%
Frais d'administration <sup>3</sup>	1 617	926	2 543	8%	6%	7%		0,6%		0,7%
Autres charges <sup>4</sup>	156	184	340	1%	1%	1%		0,4%		0,4%
<b>Résultat technique</b>	<b>875</b>	<b>-579</b>	<b>296</b>	<b>4,4%</b>	<b>-3,8%</b>	<b>0,8%</b>				

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

2 : Autres charges de prestations = 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

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

Champ : organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2014.

Source : ACPR, calculs DREES.

#### Encadré 4 Analyser les évolutions et les mouvements de champ

Chaque année, des sociétés entrent ou sortent du champ du rapport (organismes finançant le fonds CMU et contrôlés par l'ACPR) 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 de l'évolution des primes, du résultat technique ou du total du bilan entre une année et la suivante, au niveau agrégé ou par secteur (mutuelles, sociétés d'assurances ou institutions de prévoyance). Il est donc important, dans l'analyse, de pouvoir séparer les effets de champ des effets de structure.

L'évolution des indicateurs financiers entre 2013 et 2014 peut s'exprimer comme la somme de trois contributions : la contribution des organismes ou de l'activité présents à la fois en 2013 et 2014 (organismes dits « pérennes »), celle des organismes ou de l'activité qui entrent dans le champ ou le secteur (« entrées »), et celle des organismes ou de l'activité qui en sortent (« sorties »).

Par exemple, le montant total des primes en 2013 et en 2014 peut s'exprimer ainsi :

$$\begin{aligned} Primes(13) &= Primes^{péren.}(13) + Primes^{sort.}(13) \\ Primes(14) &= Primes^{péren.}(14) + Primes^{entr.}(14) \end{aligned}$$

L'évolution du montant total des primes entre 2013 et 2014 s'exprime comme la somme de trois facteurs :

$$\frac{Primes(14)}{Primes(13)} - 1 = \underbrace{\frac{Primes^{entr.}(14)}{Primes(13)}}_{\text{contribution des entrées}} - \underbrace{\frac{Primes^{sort.}(13)}{Primes(13)}}_{\text{contribution des sorties}} + \underbrace{\frac{Primes^{péren.}(13)}{Primes(13)}}_{\text{contribution des pérennes}} * \left( \frac{Primes^{péren.}(14)}{Primes^{péren.}(13)} - 1 \right)$$

En 2011, la taxe de solidarité additionnelle a remplacé la contribution CMU. Jusqu'en 2010, les primes 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 et primes étaient encore concernées par la contribution en 2011). Les données de 2011 sont exprimées ici hors taxe, de manière à pouvoir aisément être comparées à celles de 2012 à 2014. 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.

## De légers excédents dégagés en santé en 2014

### Des contrats individuels qui semblent résister

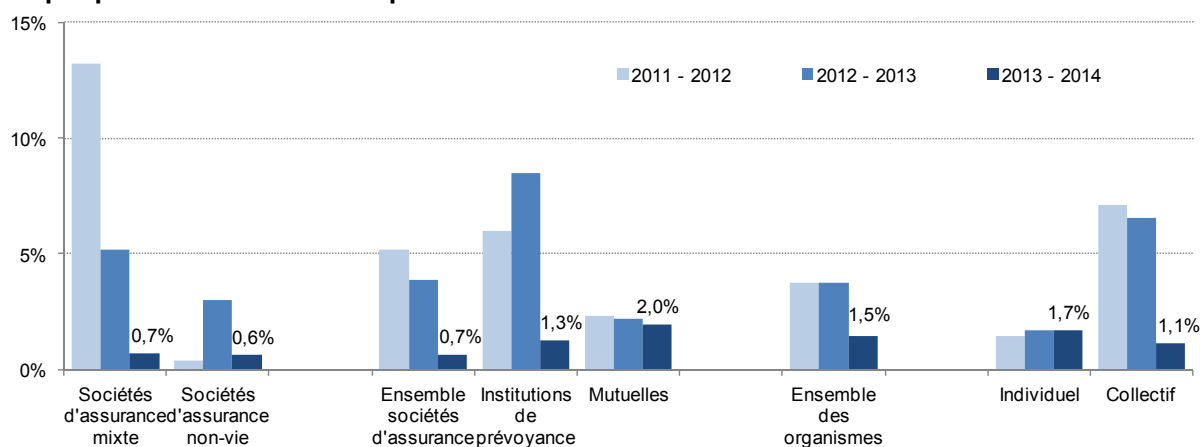
Les **primes collectées en santé** ont augmenté de 1,5 % entre 2013 et 2014, contre 4 % par an les deux années précédentes (cf. graphique 2.3). Cela s'explique en partie par des sorties de champ<sup>4</sup>. Sans ces sorties de champ, les primes en santé se seraient accrues de 2,3 % entre 2013 et 2014.

Si, sur l'ensemble des organismes, la masse totale des primes des contrats individuels a été plus dynamique en 2014 que celle des contrats collectifs, il s'agit là encore de cet effet de sorties de champ. Pour les organismes présents les deux années, les primes des contrats collectifs ont en effet augmenté plus vite (+3,1 %) que celles des contrats individuels (+1,7 %, cf. tableau 2.4). Malgré la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise prévue pour le 1<sup>er</sup> janvier 2016, l'évolution des contrats individuels se maintient entre 2013 et 2014. Beaucoup d'entreprises qui ne proposent pas encore de contrats collectifs à leurs salariés attendent peut-être courant 2015 pour se mettre en accord avec cette nouvelle législation. De plus, certaines dispenses dans les accords d'entreprise peuvent permettre aux salariés de maintenir une couverture par un contrat individuel.

Enfin, les évolutions par type de contrat semblent ne pas se faire au même rythme selon le type d'organisme considéré : pour les sociétés d'assurance et les mutuelles présentes à la fois en 2013 et en 2014, la masse des primes des contrats collectifs progresse plus vite que celle des contrats individuels tandis que c'est l'inverse pour les institutions de prévoyance.

Toutefois, les variations de la masse des primes, sur le marché individuel comme sur celui du collectif, ne reflètent pas uniquement les variations du volume d'activité, mais intègrent également les évolutions des tarifs.

**Graphique 2.3 – Évolution des primes en santé entre 2011 et 2014**



Lecture : entre 2013 et 2014, les primes collectées par les sociétés d'assurance mixte ont augmenté de 0,7 %.

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.

<sup>4</sup> Les sociétés d'assurance Allianz Vie et Allianz IARD ont en effet cédé leur activité de couverture santé « internationale » (principalement des contrats collectifs à l'étranger, donc hors du champ du présent rapport) à une autre filiale du groupe Allianz.

**Tableau 2.4 – Contribution des mouvements de champ à l'évolution des primes en santé**

Primes en santé	Nature contrat	Croissance des primes	dont contribution			Croissance des primes des organismes pérennes
			Pérennes	Entrées	Sorties	
Sociétés d'assurance mixte	Ensemble	0,7%	3,9	0,0	-3,2	4,0%
	Individuel	3,8%	3,8	0,0	0,0	3,8%
	Collectif	-0,2%	3,9	0,0	-4,1	4,1%
Sociétés d'assurance non-vie	Ensemble	0,6%	2,4	0,0	-1,8	2,4%
	Individuel	2,2%	1,5	0,0	0,6	1,5%
	Collectif	-4,4%	5,3	0,0	-9,7	5,9%
Ensemble sociétés d'assurance	Ensemble	0,7%	3,0	0,0	-2,3	3,1%
	Individuel	2,4%	1,9	0,0	0,5	1,9%
	Collectif	-1,5%	4,4	0,0	-5,9	4,6%
Institutions de prévoyance	Ensemble	1,3%	1,3	0,0	0,0	1,3%
	Individuel	5,6%	5,6	0,0	0,0	5,6%
	Collectif	0,6%	0,6	0,0	0,0	0,6%
Mutuelles	Ensemble	2,0%	2,2	0,0	-0,2	2,2%
	Individuel	1,1%	1,3	0,0	-0,2	1,3%
	Collectif	4,1%	4,3	0,0	-0,2	4,3%
Ensemble des organismes	Ensemble	1,5%	2,3	0,0	-0,8	2,3%
	Individuel	1,7%	1,7	0,0	0,0	1,7%
	Collectif	1,1%	3,0	0,0	-1,9	3,1%

Lecture : les primes collectées par les sociétés d'assurance mixte exerçant une activité santé ont augmenté de 0,7 % entre 2013 et 2014. Cette hausse s'explique par la hausse des primes des sociétés d'assurance présentes les deux années (dites « pérennes » et qui y contribuent pour 3,9 points de pourcentage) mais aussi, en sens inverse, par des sorties du champ de la complémentaire santé d'une partie de l'activité (qui contribuent pour -3,2 points de pourcentage). Les primes des sociétés d'assurance mixte présentes en 2013 et en 2014 ont augmenté de 4,0 %.

Champ : organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2014

Source : ACPR, calculs Drees.

Entre 2013 et 2014, les primes collectées ont augmenté plus vite que les sinistres payés, et ce pour toutes les catégories d'organisme (cf. tableau 2.5). Les primes collectées sur le champ des organismes présents les deux années ont en effet crû de 2,3 % tandis que les sinistres payés sur ce même champ n'ont augmenté que de 0,7 %. C'était déjà le cas l'année précédente puisque les primes collectées par les organismes présents à la fois en 2012 et 2013 avaient augmenté de 3,6 % contre 2,4 % pour les sinistres payés.

**Tableau 2.5 –Évolution des sinistres payés et des primes collectées en santé par les organismes présents à la fois en 2013 et en 2014**

Sinistres payés en santé	Croissance des sinistres des organismes pérennes	Croissance des primes des organismes pérennes
Sociétés d'assurance mixte	0,1%	4,0%
Sociétés d'assurance non-vie	1,3%	2,4%
Ensemble sociétés d'assurance	0,8%	3,1%
Institutions de prévoyance	0,9%	1,3%
Mutuelles	0,6%	2,2%
Ensemble des organismes	0,7%	2,3%

Lecture : les sinistres payés par les sociétés d'assurance non-vie présentes en 2013 et en 2014 ont augmenté de 1,3 % et les primes collectées par ces mêmes organismes pérennes ont augmenté de 2,4 %.

Champ : organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2014.

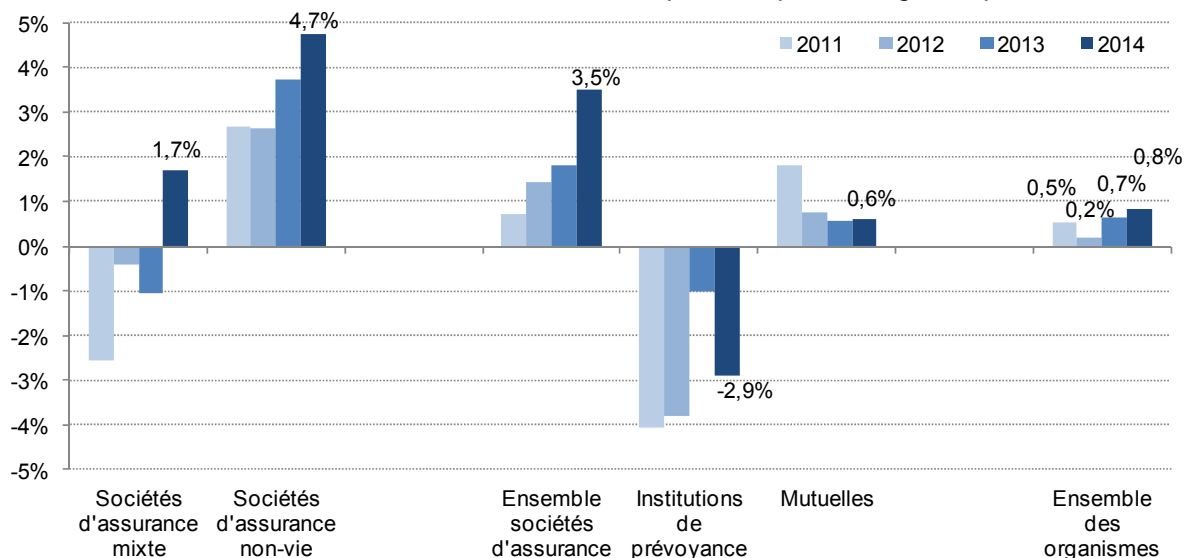
Source : ACPR, calculs Drees.

## Des excédents en santé qui représentent 0,8 % des primes collectées en 2014

Le **résultat technique en santé** est globalement excédentaire en 2014. Il s'élève à +296 millions d'euros, soit 0,8 % des primes collectées en 2014, et reste donc légèrement positif, après avoir représenté 0,5 % des primes en 2011, 0,2 % des primes en 2012 et 0,7 % des primes en 2013 (cf. graphique 2.6).

**Graphique 2.6 – Résultat technique en santé entre 2011 et 2014**

*exprimé en pourcentage des primes 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.

Le résultat technique en santé des **sociétés d'assurance mixte** est excédentaire en 2014 (+72 millions d'euros, soit +1,7 % des primes collectées en santé sur l'année) alors qu'il était déficitaire depuis 2011. D'une part, les entreprises sorties du champ tiraient à la baisse le résultat technique en santé en 2013. D'autre part, sur les entreprises présentes les deux années, le résultat technique en santé s'améliore de -0,4 % à +1,7 %. Cela s'explique notamment par le fait que les sinistres payés aux assurés ont progressé nettement moins vite que les primes collectées : les sinistres payés par les organismes présents les deux années ont stagné, tandis que les primes ont augmenté de 4,0 %. Enfin, les « autres charges » tirent le résultat technique à la baisse : en effet, la réassurance représente au global une charge pour les sociétés d'assurance mixte en 2014, contrairement à 2013, où les recettes de l'activité de réassurance étaient supérieures aux coûts.

Le résultat technique en santé des **sociétés d'assurance non-vie** augmente encore et atteint +293 millions d'euros, ce qui représente 4,7 % des primes collectées en santé en 2014 par ces organismes. Les sociétés non-vie ont un résultat en santé excédentaire depuis quatre ans. Entre 2013 et 2014, les primes collectées ont augmenté nettement plus vite que les sinistres payés. Les frais d'acquisition des sociétés d'assurance non-vie ont également augmenté sensiblement entre 2013 et 2014, notamment pour les contrats collectifs. Les sociétés d'assurance non-vie, qui sont principalement positionnées sur les contrats individuels, semblent s'être préparées à la généralisation prochaine de la complémentaire santé d'entreprise.

Le résultat technique en santé dégagé par les **mutuelles** en 2014 (+112 millions d'euros, soit 0,6 % des primes) se maintient à peu près au même niveau que celui réalisé en 2012 et 2013. Il est excédentaire depuis 2009 (première année où le résultat technique en santé est disponible). En 2014, le résultat technique en santé est, d'une part, tiré à la hausse par des primes qui croissent plus vite que les prestations et, d'autre part, tiré à la baisse par les « autres produits » (qui comprennent notamment les produits financiers issus des placements) qui sont nettement plus faibles en 2014 qu'en 2013.

Le résultat technique en santé des **institutions de prévoyance** reste déficitaire en 2014 (-181 millions d'euros). Celui-ci représente -2,9 % des primes collectées en 2014, du même ordre de grandeur que celui des années 2011 et 2012. Le résultat technique des institutions de prévoyance se



dégrade notamment en raison de primes qui augmentent peu (+1,3 %). Cette dégradation s'explique aussi par une hausse des frais d'administration en 2014, probablement en partie liée aux importantes opérations de fusions et absorptions ayant eu lieu sur le secteur.

Selon des fédérations des organismes assureurs<sup>5</sup>, 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 « primes sur prestations ».

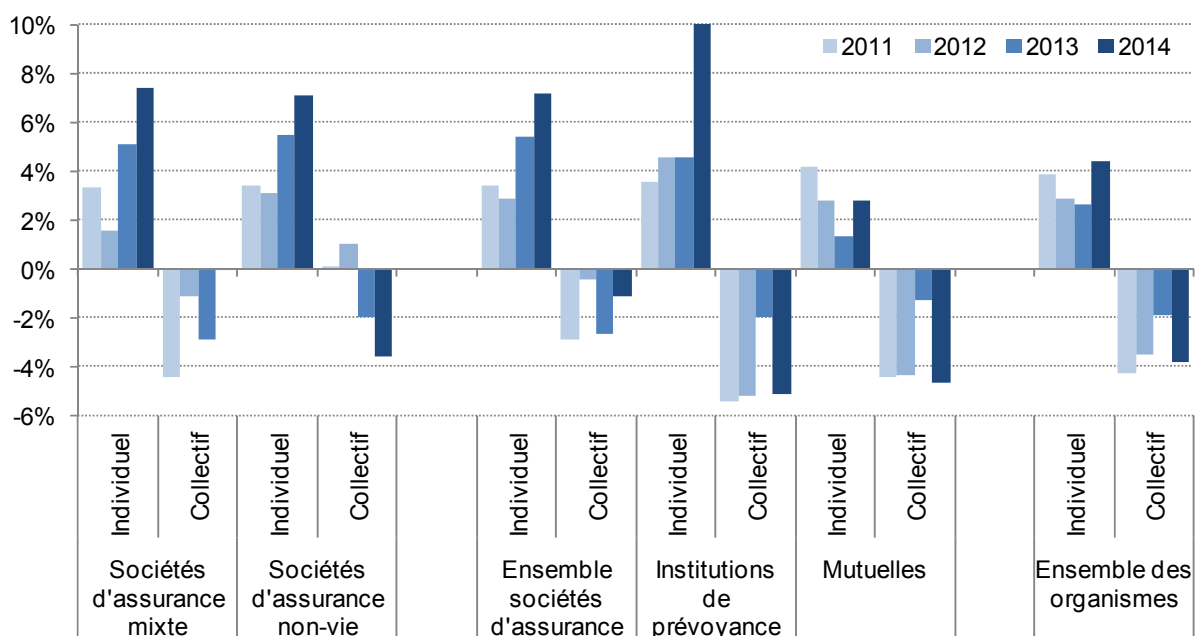
La hiérarchie des catégories d'organismes en termes de résultat technique est légèrement modifiée par rapport à 2013. Les sociétés d'assurance non-vie restent la catégorie qui dégage le plus d'excédents (rapportés aux primes) mais devant les sociétés d'assurance mixtes, puis les mutuelles. Les institutions de prévoyance sont les seules à demeurer globalement déficitaires en 2014. Si tous les organismes sont tenus de réaliser des excédents sur longue période, afin de rester solvables et de satisfaire les exigences réglementaires, les sociétés d'assurance, notamment celles à but lucratif, sont peut-être davantage soucieuses de rentabilité.

### Un résultat technique tiré vers le bas par les contrats collectifs

De 2011 à 2014, les résultats techniques en santé des contrats collectifs sont systématiquement inférieurs à ceux des contrats individuels, pour chaque catégorie d'organismes (cf. graphique 2.7). Les contrats collectifs sont de plus très rarement équilibrés ou excédentaires sur cette période, à l'inverse des contrats individuels qui le sont systématiquement. Seules les sociétés d'assurance non vie se caractérisaient en 2011 et 2012 par des résultats techniques en santé des contrats collectifs proches de l'équilibre, ainsi que les sociétés d'assurance mixte en 2014. Si le résultat technique des institutions de prévoyance est négatif, c'est en grande partie en raison de leur spécialisation sur les contrats collectifs.

**Graphique 2.7 - Résultat technique en santé selon le type de contrats**

*exprimé en pourcentage des primes collectées*



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.

<sup>5</sup> Les fédérations en question sont le CTIP (Centre Technique des Institutions de Prévoyance), la FNMF (Fédération Nationale de la Mutualité Française) et la FFSA (Fédération Française des Sociétés d'Assurance).

## Les contrats collectifs offrent un meilleur retour sur primes pour les assurés

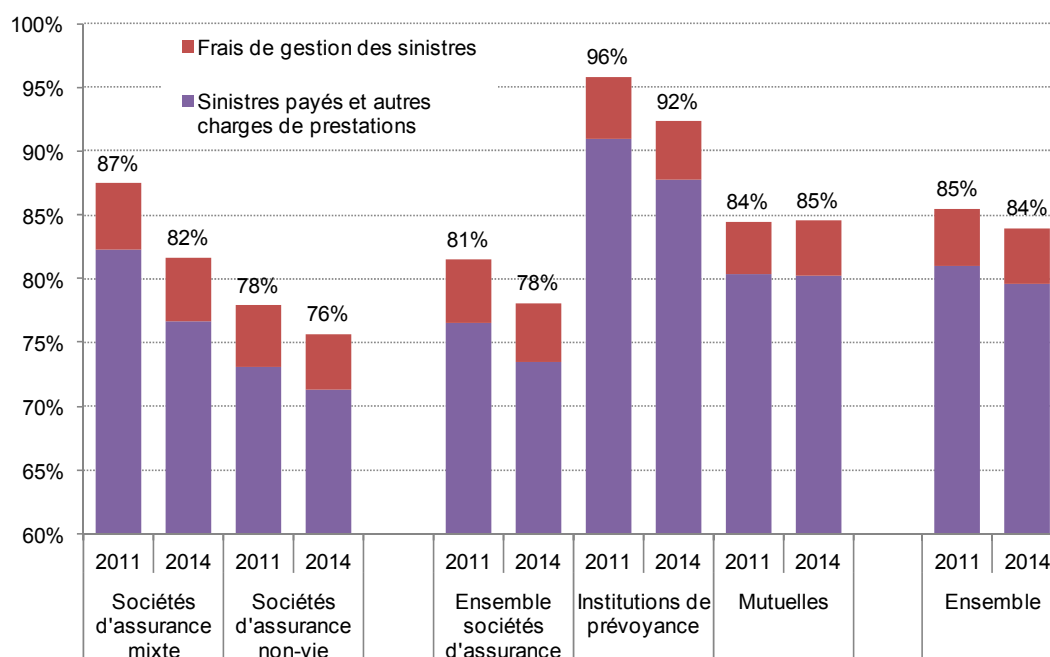
### Des charges de prestations plus élevées pour les institutions de prévoyance

Les **charges de prestations** représentent l'activité d'indemnisation des assurés. Elles sont principalement constituées des **sinistres payés** aux assurés (en santé, il s'agit du remboursement des frais de soins, par exemple 6,70 € pour une consultation de généraliste au tarif conventionné), mais elles incluent aussi les **frais de gestion de ces sinistres** (traitement des feuilles de soins et des contentieux) ainsi que d'autres charges de prestations, notamment les variations de provisions techniques (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, etc.).

En 2014, c'est pour les institutions de prévoyance que les charges de prestations représentent la plus grande part des primes (92 %), devant les mutuelles (85 %) et les sociétés d'assurance (78 %, dont 82 % pour les sociétés d'assurance mixte et 76 % pour les sociétés non-vie, cf. graphique 2.8). Parmi ces charges de prestations, les frais de gestion des sinistres sont très homogènes d'un type d'organisme à l'autre. En 2014, ils représentent à peu près 4,5 % des primes quelle que soit la catégorie d'organismes et fluctuent selon les années entre 4 % et 6 %.

La part des charges de prestations dans les primes a reculé entre 2011 et 2014 pour les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance. Ceci s'explique par un rythme d'évolution des prestations inférieur à celui des primes. Depuis quelques années, les organismes complémentaires bénéficient en effet du ralentissement des dépenses de santé en raison des mesures d'économie et de régulation qui ont été prises par les pouvoirs publics, en particulier dans le cadre de l'ONDAM (« Les dépenses de santé en 2014 », résultats des comptes de la santé, édition 2015, DREES). En outre, certains organismes complémentaires ont mis en place des actions afin de modérer leurs dépenses, notamment en optique : limitation des garanties les plus généreuses, 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. Ces actions pourraient permettre aux organismes d'améliorer le résultat de leur activité santé. Elles expliquent en partie le fait que les excédents dégagés par les sociétés d'assurance se sont accrus entre 2011 et 2014 et que le déficit des institutions de prévoyance s'est réduit.

**Graphique 2.8 – Part des charges de prestations dans les primes pour l'activité santé en 2011 et en 2014**

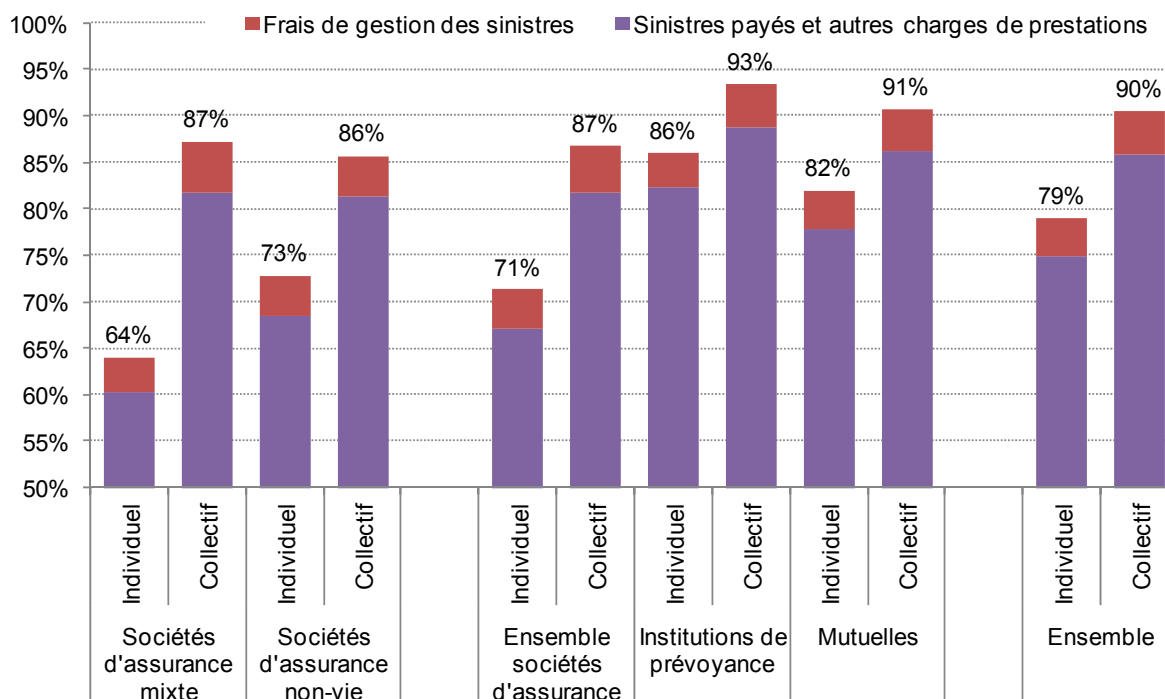


Champ : organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.  
Source : ACPR, calculs Drees.

### Contrats collectifs : plus avantageux pour les souscripteurs, moins rentables pour les organismes assureurs

Les contrats collectifs offrent un meilleur retour sur primes (charges de prestations rapportées aux primes collectées) que les contrats individuels pour les bénéficiaires. En effet, en 2014, les charges de prestations représentent 90 % des primes pour les contrats collectifs, contre 79 % pour les contrats individuels. Ce retour sur primes plus favorable pour les contrats collectifs se vérifie quel que soit le type d'organismes assureurs (cf. graphiques 2.7 et 2.9). Les entreprises, qui souscrivent ces contrats collectifs au profit de leurs salariés, sont en effet davantage en position de négocier des garanties au meilleur prix que des personnes seules dans le cas des contrats individuels. De plus, les garanties offertes par les contrats collectifs sont généralement plus élevées (enquête Drees sur les contrats les plus souscrits, dits contrats modaux - cf. encadré 5). Cela contribue à expliquer pourquoi les contrats collectifs sont en moyenne déficitaires contrairement aux contrats individuels.

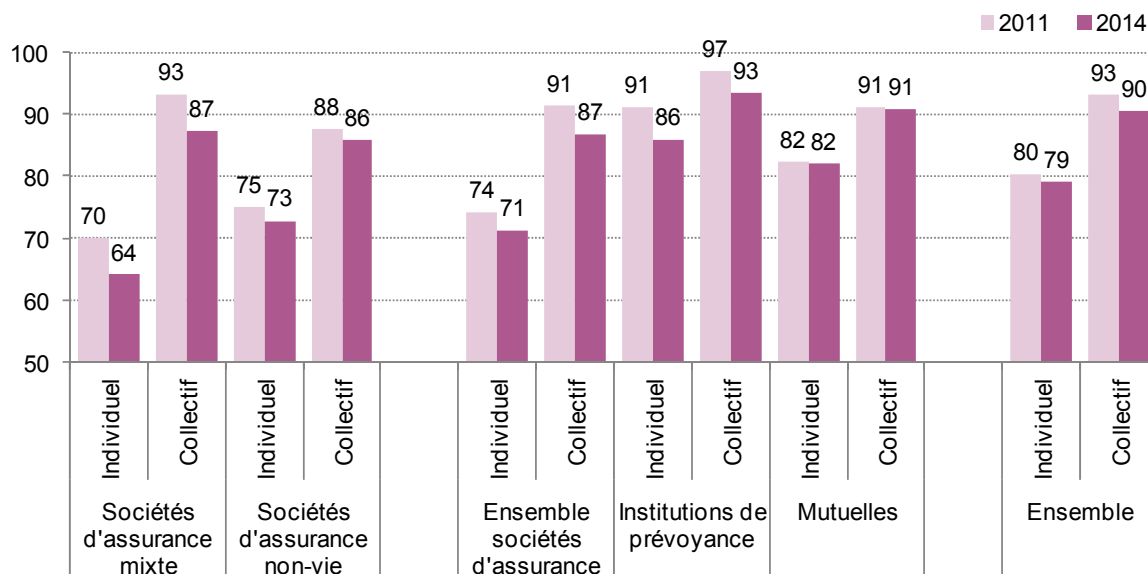
**Graphique 2.9 - Part des charges de prestations dans les primes pour les contrats santé individuels et collectifs en 2014**



Champ : organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2014.  
Source : ACPR, calculs Drees.

Toutefois, l'écart entre les contrats individuels et collectifs semble se réduire sur la période récente. Le retour sur primes des contrats a globalement diminué entre 2011 et 2014 (cf. graphique 2.10), et cette baisse est plus importante pour les contrats collectifs, les dispositifs de maîtrise des dépenses (limitation des garanties les plus généreuses, réseaux de soins, bonus...) étant notamment plus efficaces sur des contrats dont les garanties sont élevées. La baisse du retour sur primes concerne toutes les catégories d'organismes et tous les types de contrats, sauf ceux des mutuelles où le retour sur primes est plutôt stable.

**Graphique 2.10 - Part des charges de prestations dans les primes pour les contrats santé individuels et collectifs en 2011 et 2014**



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.

### Encadré 5

#### L'enquête sur les « contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé » réalisée par la Drees

En 2012, 95 % des Français sont couverts par une assurance maladie complémentaire ; 6 % de la population l'est au titre de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et 89 % l'est par une complémentaire privée (hors CMU-C) d'après l'enquête Santé et Protection Sociale de l'IRDES. La DREES mène chaque année une enquête auprès des mutuelles, des sociétés d'assurances 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.

En 2013, 42 % des bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé privée sont couverts par un contrat collectif (à adhésion obligatoire ou facultative) et 58 % par un contrat individuel. 69 % des personnes couvertes par un contrat individuel le sont par une mutuelle, 27 % par une société d'assurance et 4 % par une institution de prévoyance. Ces dernières sont spécialisées dans les contrats collectifs d'assurance complémentaire santé : elles couvrent 48 % des bénéficiaires sur ce marché, devant les mutuelles (38 %) et les sociétés d'assurance (14 %).

La DREES établit une typologie des contrats les plus souscrits qui consiste à classer les contrats en groupes homogènes selon les remboursements offerts pour plusieurs prestations. On distingue ainsi 5 classes, les contrats de type A étant 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 offrant les garanties les plus élevées (par exemple, remboursement intégral des frais de santé choisis en référence) qui figurent dans les classes A (53 %) ou B (13 %) tandis que ces deux classes ne représentent que 9 % des contrats souscrits en individuel (cf. tableau E5).

**Tableau E5 – 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.

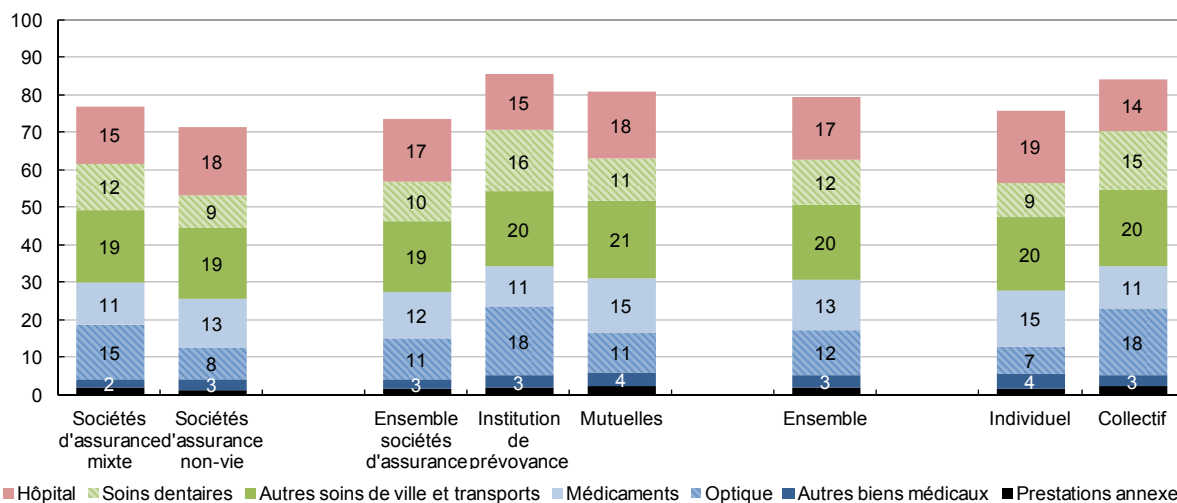
Source : DREES, enquête statistique auprès des organismes complémentaires santé - année 2013.

### Contrats collectifs : plus de dépenses de prestations en optique et dentaire, moins en hospitalisation et en médicaments

Les institutions de prévoyance et, dans une moindre mesure, les sociétés d'assurance mixte se distinguent des mutuelles et des sociétés d'assurance non-vie car elles offrent une prise en charge proportionnellement plus élevée des soins dentaires et de l'optique. Ainsi, pour 100 € de primes en 2014, les institutions de prévoyance reversent en moyenne 18 € de prestations en optique contre 15 € pour les sociétés d'assurance mixte, 11 € pour les mutuelles et 8 € pour les sociétés d'assurance non-vie (graphique 2.11). De même, les institutions de prévoyance reversent en moyenne 16 € de prestations pour les soins dentaires contre 12 € pour les sociétés mixtes, 11 € pour les mutuelles et 9 € pour les sociétés non-vie. Cette hiérarchie entre types d'organismes s'explique surtout par la part des contrats collectifs dans leur portefeuille, ces contrats offrant en général des garanties plus avantageuses pour les assurés, surtout en optique et en soins dentaires. Les caractéristiques sociodémographiques des personnes couvertes par les contrats collectifs sont aussi susceptibles de différer de celles des personnes couvertes par les contrats individuels ce qui peut expliquer aussi une partie des écarts.

En revanche, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance mixte reversent relativement moins de prestations en médicaments et en soins hospitaliers que les deux autres catégories d'OC, et ce en raison des caractéristiques de leurs bénéficiaires, principalement couverts par des complémentaires d'entreprise. En effet, malgré des garanties généralement plus avantageuses, les bénéficiaires des institutions de prévoyance et des sociétés d'assurance mixte sont 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.

**Graphique 2.11 – Montants moyens de prestations versées pour les différents postes de soins, pour 100 € de primes en santé en 2014**



Note : les prestations annexes à la santé comportent des prestations de médecine alternative (remboursements de soins d'ostéopathe, de psychologue...), de prévention (patches anti-tabac, vaccins...) ainsi que des garanties accessoires à des contrats santé (garanties incapacité, invalidité, dépendance, famille...). Les soins hospitaliers comprennent les suppléments pour chambre particulière ou lit accompagnant et les autres soins de ville comprennent les frais d'hébergement en cures thermales.

Champ : organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2014.

Source : ACPR, calculs Drees.

## Charges de gestion : plus faibles pour les contrats collectifs et plus élevées pour les sociétés d'assurance

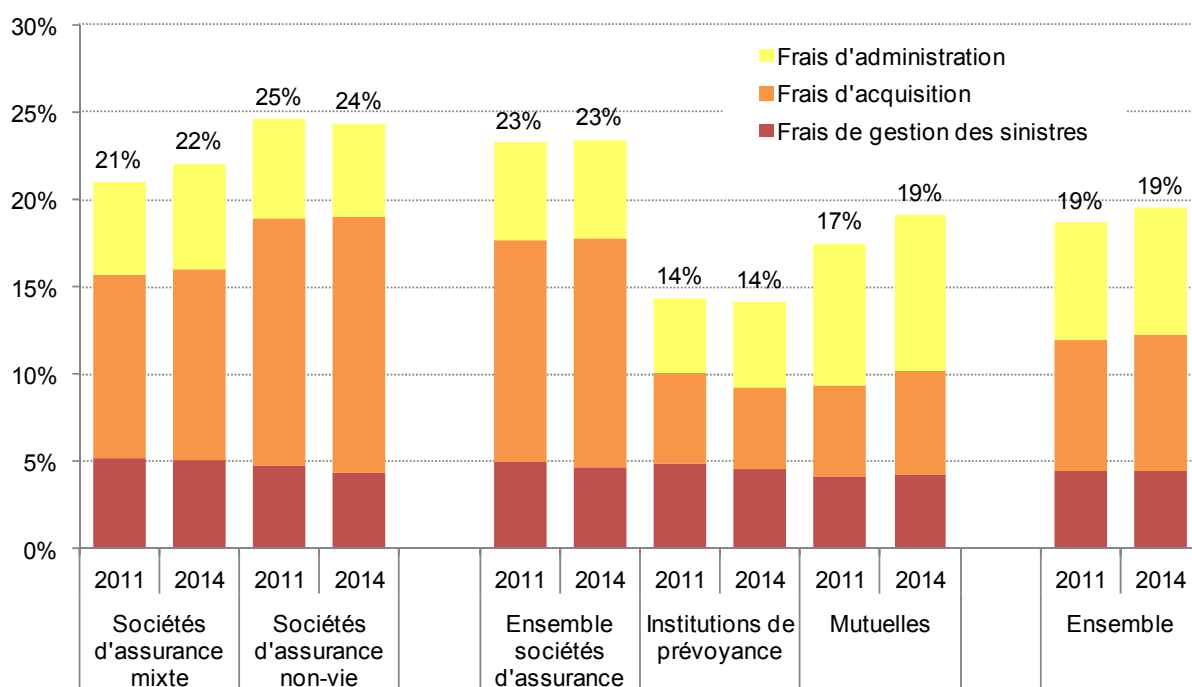
### Des frais d'acquisition plus élevés pour les sociétés d'assurance et des frais d'administration plus importants pour les mutuelles

Dans les comptes des organismes d'assurance, les **charges de gestion** sont distinguées selon leur finalité : obtention de nouveaux contrats, gestion courante des contrats, traitement des sinistres. Les charges liées à l'obtention des nouveaux contrats sont les **frais d'acquisition** (publicité, réseau commercial, frais d'ouverture de dossiers...). La gestion courante est retracée dans les **frais d'administration et autres charges techniques** (encaissement des primes, administration du portefeuille, frais de réassurance...). Enfin, les frais de gestion des sinistres ont été décrits précédemment (traitement des demandes d'indemnisation et des contentieux, page 25). Si les frais de gestion des sinistres sont proches entre organismes, oscillant entre 4 et 6% des primes, ce n'est pas le cas des frais d'acquisition et d'administration.

C'est pour les sociétés d'assurance que les frais d'acquisition sont les plus élevés en 2014 (13 % des primes, dont 15 % pour les sociétés non-vie et 11 % pour les sociétés d'assurance mixte) alors qu'ils avoisinent 5 % pour les mutuelles et les institutions de prévoyance (cf. graphique 2.12). Ces frais d'acquisition plus importants pour les sociétés d'assurance s'expliquent notamment par la présence d'intermédiaires, agents d'assurance ou courtiers, rémunérés par des commissions. De leur côté, les mutuelles se caractérisent par des frais d'administration plus élevés que les autres organismes, puisqu'ils représentent 9 % des primes en 2014, contre 6 % pour les sociétés d'assurance et 5 % pour les institutions de prévoyance. Ce surcroît de frais d'administration peut s'expliquer notamment par la plus forte restructuration au sein du secteur mutualiste : absorber des portefeuilles de contrats et les intégrer dans les systèmes d'informations engendre des coûts. Cette spécificité des frais d'acquisition des sociétés d'assurance et des frais d'administration des mutuelles perdure depuis plusieurs années.

Au total, l'ensemble de ces charges de gestion représente 23 % des primes pour les sociétés d'assurance (24 % pour les sociétés non-vie et 22 % pour les sociétés d'assurance mixte), 19 % pour les mutuelles et 14 % pour les institutions de prévoyance en 2014. La part des charges de gestion dans les primes a au global légèrement augmenté depuis 2011.

**Graphique 2.12 – Part des charges de gestion dans les primes pour l'activité santé en 2011 et 2014**



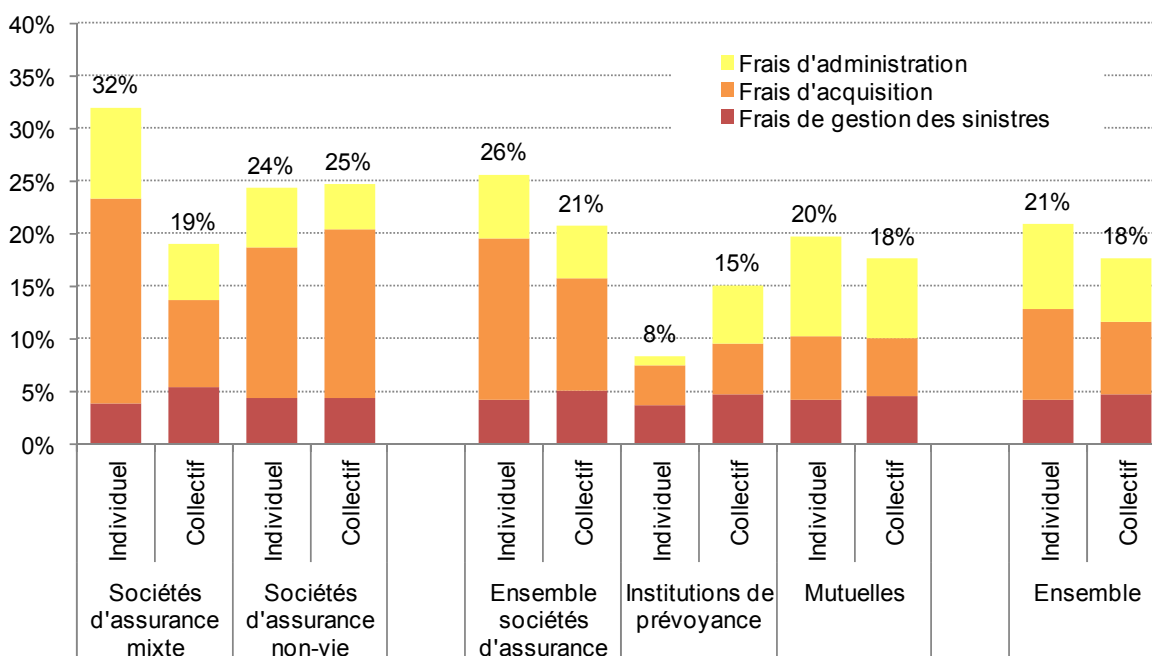
Champ : organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année.

Source : ACPR, calculs Drees.

### Des charges de gestion plus faibles pour les contrats collectifs

À l'inverse des charges de prestations, les charges de gestion sont plus faibles pour les contrats collectifs. Les frais d'acquisition sont systématiquement plus faibles en collectif qu'en individuel (cf. graphique 2.13) : 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 primes sont 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 couvrent des ayants-droit de salariés ou d'anciens salariés (L. 932-14 du code de la Sécurité sociale), donc concernent la complémentaire d'entreprise et sont très spécifiques. Les frais de gestion des sinistres, en revanche, sont très proches en individuel et en collectif puisque la gestion des sinistres est semblable dans les deux cas.

**Graphique 2.13 - Part des charges de gestion dans les primes pour les contrats santé individuels et collectifs en 2014**



*Note : les « frais d'administration » faibles pour les contrats individuels des institutions de prévoyance s'expliquent par le fait qu'ils incluent également les « autres charges techniques » nettes des « autres produits techniques », ces derniers pouvant être très volatils ainsi que par le fait que ces contrats individuels, principalement destinés aux anciens salariés retraités ou chômeurs des entreprises couvertes, sont très spécifiques.*

*Champ : organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2014.*

*Source : ACPR, calculs Drees.*

## Les déterminants des charges de gestion, de prestations et du résultat technique

Le résultat technique, les charges de prestations et les charges de gestion varient selon le type d'organisme et la part des contrats collectifs dans l'activité, mais aussi selon la taille de l'organisme en termes de primes collectées au titre de l'activité santé, selon la structure par âge des assurés, selon le nombre d'ayants-droit (conjoint, enfants) bénéficiant de ces contrats ou encore selon le nombre de salariés par entreprise couverte dans le cas des contrats collectifs. Une analyse toutes choses égales par ailleurs permet de préciser les résultats décrits précédemment en distinguant les effets propres à chacun de ces déterminants, souvent entremêlés (cf. encadré 6).

Toutes choses égales par ailleurs, dans le cas des contrats collectifs, les frais d'acquisition des institutions de prévoyance sont plus faibles que ceux de leurs concurrents. Les institutions de prévoyance peuvent en effet bénéficier de leur spécialisation sur les contrats collectifs et du fait que les entreprises peuvent être obligées de s'affilier à l'organisme assureur sélectionné à l'issue de la négociation collective de la branche (« clause de désignation<sup>6</sup> »). Les frais d'acquisition, engagés lors de cette négociation, sont alors amortis (cf. rapport de D. Libault sur la solidarité et la protection sociale complémentaire collective, septembre 2015).

Toutes choses égales par ailleurs, les organismes dont le **chiffre d'affaires en santé est important** ont tendance à avoir des frais d'acquisition plus élevés, mais des frais d'administration plus faibles (cf. tableau 2.14) : ils engagent davantage de dépenses pour gagner des parts de marché, mais réalisent ensuite des économies d'échelle sur l'administration des contrats.

### Les frais d'acquisition et d'administration :

- ont tendance à être plus élevés pour les organismes dont la population couverte comporte une grande proportion de personnes **jeunes** (définis ici comme les moins de 24 ans). Le surcroît de frais d'acquisition peut s'interpréter par des dépenses plus importantes pour attirer des jeunes, qui sont des « bons risques » - au sens assurantiel du terme - ou des familles avec enfants. Les jeunes assurés entraînent un surcroît de frais d'administration, peut-être en raison de situations personnelles plus changeantes (changement de domicile, de régime obligatoire, de compte en banque, de situation familiale...).
- sont amortis par le **nombre d'ayants-droit** : les frais d'acquisition sont engagés pour attirer le souscripteur du contrat. Ces frais sont alors amortis lorsque des ayants-droit (conjoint, enfants) viennent s'affilier au contrat. De même, ajouter un ayant-droit au contrat ne se traduit généralement que par un supplément de cotisation payée par le souscripteur : les frais d'administration sont alors amortis eux aussi (plusieurs personnes sont alors couvertes mais seule une cotisation est à recouvrer).
- sont amortis à mesure que le **nombre moyen de salariés couverts par entreprise** s'accroît dans le cas des contrats collectifs, puisque les frais d'acquisition et d'administration sont engagés pour contractualiser avec une entreprise.

L'ensemble de ces déterminants n'influe en revanche pas sur les **frais de gestion des sinistres**.

L'étude, toutes choses égales par ailleurs, des **charges de prestations** et du **résultat technique en santé** font apparaître des effets analogues : en individuel, les charges de prestations augmentent lorsqu'un ayant-droit vient s'ajouter au contrat. En collectif, le résultat technique en santé s'améliore au fur et à mesure que le nombre de salariés couverts par les entreprises souscriptrices augmente.

Ces déterminants n'expliquent toutefois qu'une faible part des différences entre les organismes. La majeure partie des écarts de charges de gestion et de prestations s'expliquent donc soit par d'autres déterminants (par exemple, localisation géographique des assurés, part des personnes très âgées...) soit par des spécificités propres à chaque organisme (présence sur les branches professionnelles, caractère plus ou moins interprofessionnel...) qui ne peuvent être captées via cette spécification.

---

<sup>6</sup> Dans le cadre de la généralisation de la complémentaire santé d'entreprise, les dernières clauses de désignation devraient disparaître d'ici 2018.



**Tableau 2.14 - Déterminants des charges de gestion, de prestations et du résultat technique médians**

	Frais de gestion des sinistres		Frais d'acquisition		Frais d'administration	
	Individuel	Collectif	Individuel	Collectif	Individuel	Collectif
Organisme de référence	4%	4%	5%	5%	6%	9%
Sociétés d'assurance	-	-	8 ***	-	-3 ***	-3 **
Institutions de prévoyance	-	-	-	-2 ***	-	-2 ***
Mutuelles	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Part de personnes couvertes âgées de 0 à 24 ans	-	-	8 ***	7 **	12 ***	-
Part de personnes couvertes âgées de 60 ans ou plus	-	-	-	-	-	-
Chiffre d'affaire santé : petit	-	-	-2 ***	-	2 **	-
Chiffre d'affaire santé : moyen	-	-	-1 *	-	2 **	2 **
Chiffre d'affaire santé : grand	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Ayant-droit supplémentaire	-	-	-2,6 ***	-1,9 **	-	-2 ***
Nb salariés par entreprise x10	-	-	-	-1,6 ***	-	-0,9 ***
« Variance expliquée » <sup>o</sup>	0%	0%	40%	14%	10%	5%

	Charges de prestations		Résultat technique	
	Individuel	Collectif	Individuel	Collectif
Organisme de référence	77%	92%	2%	-4%
Sociétés d'assurance	-11 ***	-	-	5 *
Institutions de prévoyance	6 ***	-	-	-
Mutuelles	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Part de personnes couvertes âgées de 0 à 24 ans	-	-	-	-
Part de personnes couvertes âgées de 60 ans ou plus	-	-	-	-
Chiffre d'affaire santé : petit	-	-	-	-
Chiffre d'affaire santé : moyen	-	-	-	-
Chiffre d'affaire santé : grand	Réf.	Réf.	Réf.	Réf.
Ayant-droit supplémentaire	11 ***	-	-	-
Nb salariés par entreprise x10	-	-	-	2,4 ***
« Variance expliquée » <sup>o</sup>	13%	0%	0%	3%

Note : Une régression quantile est effectuée pour chacun des ratios (frais de gestion, d'acquisition et d'administration, charges de prestations et résultat technique, en distinguant les contrats individuels et collectifs) exprimés en pourcentage des primes collectées en santé. Le chiffre d'affaires en santé correspond aux primes collectées au titre de l'activité santé. Ces régressions sont effectuées sur un échantillon au sein duquel les données de l'ACPR de 2011 à 2013 (en cumulant ces trois années pour plus de robustesse) ont été appariées avec celles des enquêtes Contrats modaux de la DREES (2011 à 2013 également), celles-ci fournissant la structure par âge des assurés au sein de chaque organisme et par nature de contrat (individuel ou collectif). L'enquête contrats modaux couvrant peu d'organismes de petite taille, une pondération permet à cet échantillon de rester représentatif. Le regroupement des trois années n'est pas préjudiciable aux résultats ici présentés car les écarts entre ces « millésimes » ne sont pas statistiquement significatifs.

<sup>o</sup> Contrairement aux régressions linéaires, les régressions quantiles ne présentent pas d'indicateur synthétique de la qualité de l'interpolation. Afin d'indiquer approximativement le pouvoir explicatif des déterminants introduits, est présenté ici un ratio, appelé « variance expliquée », calculé comme le rapport entre la variance des résidus après régression quantile (dispersion autour de la médiane) et la variance initiale des données.

Réf. : Catégorie de référence. - : non significatif au seuil de 10 %.

\* : significatif au seuil de 10 %, \*\* : significatif au seuil de 5 %, \*\*\* : significatif au seuil de 1 %.

Lecture de la 5<sup>ème</sup> colonne (frais d'acquisition des contrats collectifs) : Pour les organismes de référence (les mutuelles, dont tous les assurés ont entre 25 et 59 ans, avec un important chiffre d'affaires en santé, c'est-à-dire >35 millions d'euros, où seul l'ouvrant-droit est assuré et où les entreprises couvertes par les contrats collectifs comptent en moyenne 50 salariés) les frais d'acquisition représentent en médiane 5 % des primes, ce qui signifie que la moitié de ces organismes ont des frais d'acquisition inférieurs à 5 % tandis que les frais d'acquisition de l'autre moitié des organismes sont supérieurs à 5 %. À autres caractéristiques identiques, la médiane des frais d'acquisition des institutions de prévoyance est inférieure en moyenne de 2 points de pourcentage à celle des mutuelles. Pour les organismes dont le chiffre d'affaires en santé est petit (< 5 millions d'euros) ou de taille moyenne (entre 5 et 35 millions), la médiane des frais d'acquisition n'est pas différente de celle des organismes de grande taille (>35 millions d'euros). Lorsqu'un ayant-droit vient s'ajouter au contrat, la médiane des frais d'acquisition est diminuée (-1,9 point de pourcentage des primes collectées). Enfin, lorsque le nombre moyen de salariés couverts par entreprise souscriptrice est multiplié par 10, la médiane des frais d'acquisition est réduite (-1,6 point de pourcentage des primes). L'ensemble de ces déterminants explique 14 % des écarts entre les organismes pour les frais d'acquisition de leurs contrats collectifs.

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.

### Encadré 6

#### Les déterminants des charges de gestion : une estimation par régression quantile

Les **déterminants** des charges de gestion, de prestations et du résultat technique sont les facteurs qui expliquent pourquoi certains organismes ou catégories d'organismes ont des charges ou un résultat technique plus ou moins élevés que d'autres.

Plusieurs de ces facteurs jouent parfois **dans le même sens**. Par exemple, par rapport aux deux autres catégories d'organismes, les mutuelles sont plus fréquemment des organismes de petite taille et comportent des assurés en moyenne plus âgés. Il peut donc être difficile d'interpréter les résultats obtenus à l'aide de simples statistiques descriptives. Celles-ci ne permettent pas par exemple de déterminer si le surcroît de frais d'administration des mutuelles est une caractéristique spécifique à ce type d'organisme ou la conséquence du fait qu'il s'agit plus fréquemment d'entités de petite taille ou dont la population est en moyenne plus âgée. **L'économétrie** permet de démêler ces déterminants et d'estimer l'effet propre à chacun d'entre eux.

Pour analyser comment les charges de gestion, les charges de prestations et le résultat technique évoluent avec les différents déterminants, l'étude de la **médiane** peut être préférée à celle de la moyenne. La médiane est le seuil qui partage la population en deux : par exemple, un résultat technique médian égal à 1 % signifie qu'une moitié des organismes a un résultat technique inférieur à 1 % tandis que l'autre moitié a un résultat technique supérieur à 1%. Lorsque les variables d'intérêt (charges de gestion, résultat technique...) comportent un grand nombre de **valeurs extrêmes ou atypiques**, comme c'est le cas ici, la référence à la moyenne peut poser problème. En effet, la moyenne est alors largement influencée par ces valeurs extrêmes tandis que la médiane reste, à l'inverse, un indicateur synthétique robuste.

L'outil économétrique pertinent pour comprendre les déterminants de la médiane est la « **régression quantile** ». Un exemple théorique emprunté au champ de l'étude des salaires par genre permet de comprendre son fonctionnement. Sur l'ensemble de la population masculine, prise en référence, le salaire médian est de 1700 € net par mois, ce qui signifie que la moitié des hommes gagnent plus de 1700 € tandis que l'autre moitié gagne moins que ce seuil. La régression quantile permet de déterminer de combien cette médiane se déplace lorsqu'on considère la population des femmes. Un paramètre « fait d'être une femme plutôt qu'un homme » estimé à -200 € signifie que le salaire médian des femmes est de 1500 € par mois, soit que la moitié des femmes gagnent plus que ce seuil, tandis que l'autre moitié gagne moins.

## Des résultats techniques et des charges de gestion plus homogènes pour les grands organismes

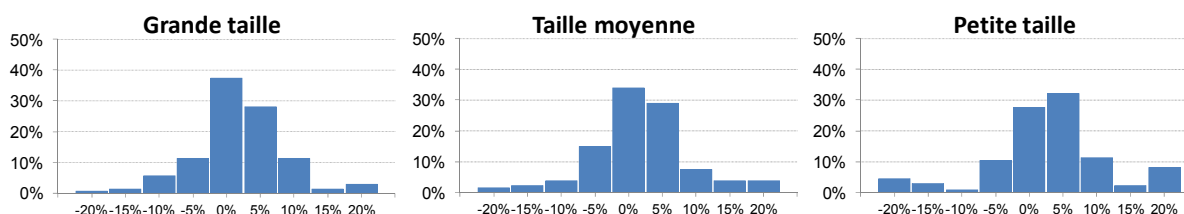
Le résultat technique moyen discuté précédemment masque une forte variabilité d'un organisme à l'autre. Plus l'activité santé est importante, plus l'organisme assureur a des charges de prestations stables d'une année sur l'autre. D'une part, sur un grand nombre d'assurés, l'aléa (ici la survenue de sinistres) est mieux maîtrisé, plus prévisible, donc également plus aisé à tarifer. D'autre part, il est également possible que le réajustement des primes en fonction de la sinistralité intervienne moins souvent pour les organismes de petite taille.

Plus les organismes ont un chiffre d'affaires en santé élevé, plus leurs résultats techniques en santé sont homogènes, puisque pour la quasi-totalité des organismes de grande taille (par convention ceux dont le chiffre d'affaires est supérieur à 35 millions d'euros, soit le premier tiers des organismes), le résultat technique s'écarte peu de l'équilibre (entre -7,5 % et +7,5 % des primes) alors que pour les organismes de petite taille (par convention ceux dont le chiffre d'affaires est inférieur à 5 millions d'euros soit le dernier tiers des organismes) les résultats techniques sont plus dispersés (cf. graphique 2.15). Pour 30 % des organismes de petite taille, le résultat technique a changé de signe entre 2013 et 2014. C'est le cas de seulement 15 % des organismes de taille moyenne ou de grande taille.

Enfin, les charges de gestion (notamment les frais d'acquisition et d'administration) sont également plus dispersées parmi les petits organismes (cf. graphique 2.16).

**Graphique 2.15 – Dispersion des résultats techniques en santé en 2014**

Exprimés en % des primes en santé



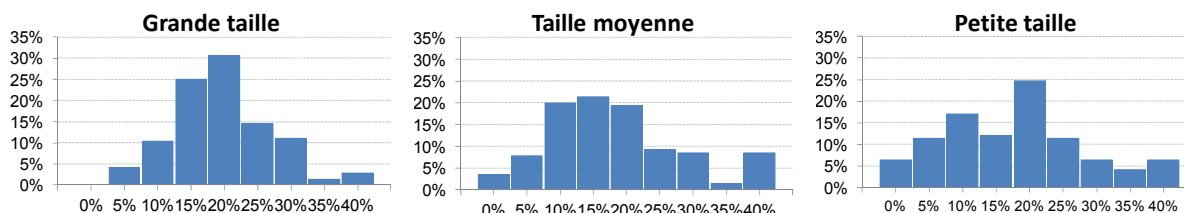
*Lecture : pour 37 % des organismes de grande taille, le résultat technique est à peu près équilibré (classe 0 %, c'est-à-dire compris entre -2,5 % et +2,5 %) et pour 28 % d'entre eux il représente à peu près 5 % des primes en santé (il est compris entre 2,5 % et 7,5 % des primes). Les organismes dont le chiffre d'affaire en santé est supérieur à 35 millions d'euros, soit un tiers des organismes, sont considérés ici, par convention, comme des organismes de grande taille. Ceux dont le chiffre d'affaire est compris entre 5 et 35 millions d'euros (un tiers des organismes) sont considérés comme étant de taille moyenne et ceux dont le chiffre d'affaire est inférieur à 5 millions (le dernier tiers des organismes) sont considérés comme étant de petite taille.*

*Champ : organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2014.*

*Source : ACPR, calculs Drees.*

**Graphique 2.16 – Dispersion des charges de gestion en santé en 2014**

Exprimées en % des primes en santé



*Lecture : pour 30 % des organismes de grande taille, les charges de gestion représentent environ 20 % des primes en santé (entre 17,5 % et 22,5 % des primes) et pour 25 % d'entre elles elles représentent à peu près 15 % des primes en santé (entre 12,5 % et 17,5 % des primes).*

*Champ : organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2014.*

*Source : ACPR, calculs Drees.*

## Chapitre 3 : Des organismes solvables

### Un résultat net positif pour toutes les catégories d'organismes en 2014

La solidité financière des organismes s'évalue à partir du **résultat net comptable** annuel. Cet agrégat reflète l'intégralité de l'activité des organismes, puisqu'il comprend les **résultats techniques** (résultats de l'activité assurantielle, en santé, mais aussi sur tous les autres risques vie ou non-vie : retraite, décès, automobile...), ainsi que le **résultat non-technique** (résultats de l'activité non assurantielle : produits financiers et charges issus des placements des fonds propres, produits et charges exceptionnels, action sociale, impôt sur les sociétés, participation des salariés...).

Tous les types d'organismes pratiquant une activité santé dégagent au global un résultat net positif en 2014, y compris les institutions de prévoyance pour lesquelles le résultat technique en santé est pourtant déficitaire (cf. tableau 3.1). Un compte de résultat technique et non technique plus détaillé par type d'organisme est également présenté en tableau 3.4.

**Tableau 3.1 – Du résultat technique au résultat net en 2014**

*exprimé en millions d'euros*

	Résultat technique	dont			Résultat non technique	Résultat net
		Santé	Autre non-vie	Vie		
Sociétés d'assurance mixte	2 424	72	15	2 337	-424	2 000
Sociétés d'assurance non-vie	2 031	293	1 738	0	-404	1 628
Ensemble sociétés d'assurance	4 455	365	1 753	2 337	-828	3 627
Institutions de prévoyance	-27	-181	-224	378	207	180
Mutuelles	120	112	48	-40	148	268
Ensemble des organismes	4 548	296	1 577	2 674	-473	4 075

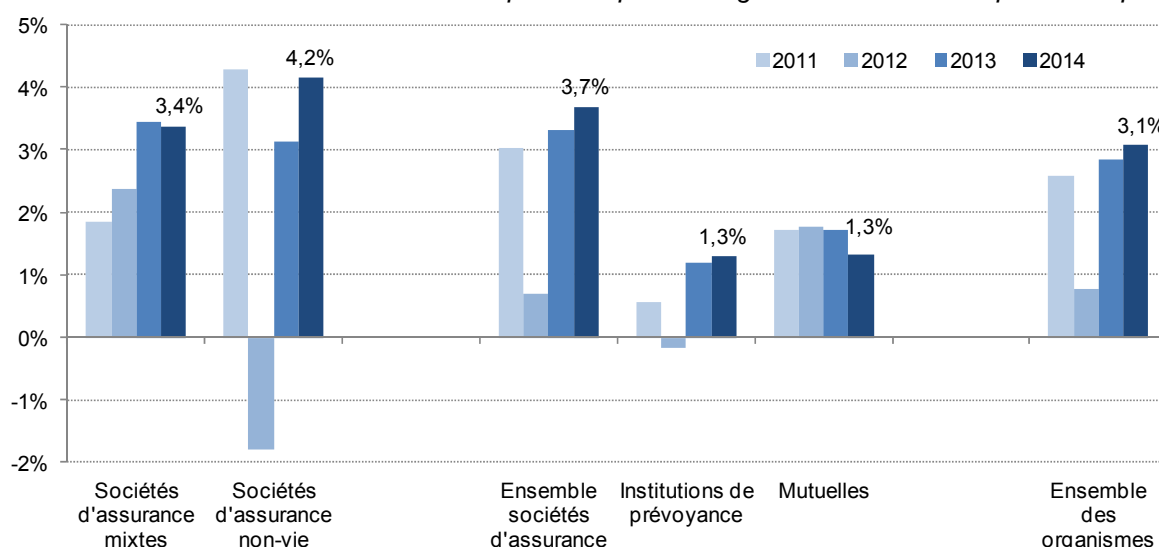
Champ : organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2014.

Source : ACPR, calculs Drees.

Rapporté à l'ensemble des primes, ce sont les sociétés d'assurance, non-vie et mixte, qui dégagent le plus d'excédents en 2014 (respectivement 4,2 % et 3,4 % du total des primes), devant les mutuelles et les institutions de prévoyance (1,3 % des primes, cf. graphique 3.2).

**Graphique 3.2 – Résultat net entre 2011 et 2014**

*exprimé en pourcentage de l'ensemble des primes acquises*



Note : primes acquises = primes émises (collectées) + variations des provisions pour primes 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.

Pour les institutions de prévoyance, en 2014, les déficits des activités « santé » et « autre non-vie » sont plus que compensés par les excédents dans les activités « vie » et non techniques (effet des produits financiers notamment). Rapporté aux primes, leur résultat net se maintient en 2014 (1,3 % des primes, contre 1,2 % en 2013).

Les sociétés d'assurance mixte dégagent de larges excédents grâce à leur activité « vie ». Rapporté aux primes, le résultat net des sociétés d'assurance mixte se maintient également en 2014 (3,4 % des primes contre 3,5 % des primes en 2013).

Le résultat net comptable des sociétés d'assurance non-vie progresse encore en 2014 (4,2 % des primes contre 3,1 % en 2013, cf. tableau 3.3). Cette amélioration est encore un peu plus forte sur l'activité des sociétés non-vie présentes les deux années (activité dite « pérenne », dont le résultat rapporté aux primes s'établit à 4,9 %).

Malgré une activité vie déficitaire, les mutuelles dégagent des excédents en 2014. Leur résultat net diminue légèrement par rapport à l'année précédente (1,3 % contre 1,7 % en 2013).

Au total, l'ensemble des catégories d'organismes qui exercent une activité de complémentaire santé dégagent des excédents en 2014, et ces excédents représentent en moyenne 3,1 % des primes collectées. Depuis 2011, les différentes catégories d'organismes du secteur de la complémentaire santé ont généralement été excédentaires. Seule l'année 2012 a été un peu moins favorable, notamment pour les sociétés d'assurance non-vie et les institutions de prévoyance.

**Tableau 3.3 – Évolution du résultat net de 2013 à 2014 et mouvements de champ**

*exprimé en pourcentage de l'ensemble des primes acquises*

	Résultat net rapporté aux primes		Variation 2013-2014	Dont contributions		
	2013	2014		Pérennes	Entrées	Sorties
Sociétés d'assurance mixte	3,5%	3,4%	-0,1	-0,1	0,0	0,2
Sociétés d'assurance non-vie	3,1%	4,2%	1,0	1,7	0,0	-0,7
Ensemble sociétés d'assurance	3,3%	3,7%	0,4	0,6	0,0	-0,2
Institutions de prévoyance	1,2%	1,3%	0,1	0,1	0,0	0,0
Mutuelles	1,7%	1,3%	-0,4	-0,4	0,0	0,0
Ensemble des organismes	2,9%	3,1%	0,2	0,4	0,0	-0,1

*Note : primes acquises = primes émises (collectées) + variations des provisions pour primes non acquises.*

*Lecture : en 2014, pour les sociétés d'assurance non-vie, le résultat net représente 4,2 % des primes, contre 3,1 % l'année précédente. Cette variation (de +1,0 point de pourcentage) s'explique par l'évolution du résultat net des sociétés présentes les deux années (dites « pérennes » et qui contribuent pour 1,7 points de pourcentage à cette variation), mais aussi par des sorties de champ (qui contribuent pour -0,7 point de pourcentage). Sans ces mouvements de champ, le résultat net aurait été plus élevé en 2014.*

*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 3.4 – Comptes de résultat détaillés en 2014

exprimés en millions d'euros

<b>Sociétés d'assurance mixte</b>	<b>Vie</b>	<b>Non-vie</b>	<b>dont Santé</b>	<b>TOTAL</b>
Primes acquises*	47 848	11 347	4 232	59 195
Prestations (-)	62 242	9 789	3 474	72 031
Produits financiers	22 194	649	37	22 843
Frais d'acquisition et d'administration** (-)	5 757	2 231	722	7 988
Solde réassurance (-)	-293	-111	1	-405
<b>Résultat technique</b>	<b>2 337</b>	<b>87</b>	<b>72</b>	<b>2 424</b>
Produits financiers du résultat non-technique				609
Autres éléments non techniques				-1 033
<b>Résultat net</b>				<b>2 000</b>

<b>Sociétés d'assurance non-vie</b>	<b>Vie</b>	<b>Non-vie</b>	<b>dont Santé</b>	<b>TOTAL</b>
Primes acquises*	0	39 176	6 173	39 176
Prestations (-)	0	28 694	4 674	28 694
Produits financiers	0	2 101	89	2 101
Frais d'acquisition et d'administration** (-)	0	9 326	1 236	9 326
Solde réassurance (-)	0	1 225	58	1 225
<b>Résultat technique</b>	<b>0</b>	<b>2 031</b>	<b>293</b>	<b>2 031</b>
Produits financiers du résultat non-technique				608
Autres éléments non techniques				-1 012
<b>Résultat net</b>				<b>1 628</b>

<b>Ensemble sociétés d'assurance</b>	<b>Vie</b>	<b>Non-vie</b>	<b>dont Santé</b>	<b>TOTAL</b>
Primes acquises*	47 848	50 523	10 405	98 371
Prestations (-)	62 242	38 483	8 149	100 725
Produits financiers	22 194	2 749	126	24 944
Frais d'acquisition et d'administration** (-)	5 757	11 557	1 958	17 314
Solde réassurance (-)	-293	1 114	58	820
<b>Résultat technique</b>	<b>2 337</b>	<b>2 118</b>	<b>365</b>	<b>4 455</b>
Produits financiers du résultat non-technique				1 217
Autres éléments non techniques				-2 045
<b>Résultat net</b>				<b>3 627</b>

\* : primes acquises = primes collectées (émises) + variations de provisions pour primes 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 (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2014.

Source : ACPR, calculs DREES.

<b>Institutions de prévoyance</b>	<b>Vie</b>	<b>Non-vie</b>	<b>dont Santé</b>	<b>TOTAL</b>
Primes acquises*	2 803	11 185	6 209	13 988
Prestations (-)	2 559	11 032	5 744	13 591
Produits financiers	457	446	32	903
Frais d'acquisition et d'administration** (-)	248	1 110	591	1 358
Solde réassurance (-)	-18	-105	87	-123
<b>Résultat technique</b>	<b>378</b>	<b>-405</b>	<b>-181</b>	<b>-27</b>
Produits financiers du résultat non-technique				313
Autres éléments non techniques				-106
<b>Résultat net</b>				<b>180</b>

<b>Mutuelles</b>	<b>Vie</b>	<b>Non-vie</b>	<b>dont Santé</b>	<b>TOTAL</b>
Primes acquises*	729	19 711	18 538	20 440
Prestations (-)	698	16 764	15 698	17 462
Produits financiers	53	185	84	238
Frais d'acquisition et d'administration** (-)	133	2 867	2 680	3 000
Solde réassurance (-)	-9	106	132	97
<b>Résultat technique</b>	<b>-40</b>	<b>160</b>	<b>112</b>	<b>120</b>
Produits financiers du résultat non-technique				490
Autres éléments non techniques				-342
<b>Résultat net</b>				<b>268</b>

<b>Ensemble des organismes</b>	<b>Vie</b>	<b>Non-vie</b>	<b>dont Santé</b>	<b>TOTAL</b>
Primes acquises*	51 380	81 419	35 152	132 799
Prestations (-)	65 499	66 278	29 591	131 778
Produits financiers	22 704	3 381	242	26 084
Frais d'acquisition et d'administration** (-)	6 138	15 534	5 229	21 672
Solde réassurance (-)	-320	1 114	277	794
<b>Résultat technique</b>	<b>2 674</b>	<b>1 873</b>	<b>296</b>	<b>4 548</b>
Produits financiers du résultat non-technique				2 020
Autres éléments non techniques				-2 493
<b>Résultat net</b>				<b>4 075</b>

\* : primes acquises = primes collectées (émises) + variations de provisions pour primes 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 (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2014.

Source : ACPR, calculs DREES.

## Des règles prudentielles respectées

Légalement, les organismes d'assurance doivent être capables d'honorer à tout moment leurs engagements vis-à-vis des assurés et des bénéficiaires. Les **provisions techniques** représentent pour les organismes une évaluation du coût futur des prestations à verser aux assurés. 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. Toutefois, les règles prudentielles (cf. encadré 7), qui visent à protéger les intérêts des assurés, imposent que ces placements 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 aux organismes de respecter une **marge de solvabilité** supplémentaire en disposant de suffisamment de **fonds propres** en cas d'imprévu.

Dans le **bilan** des organismes d'assurance, l'actif représente ce que l'entreprise possède et le passif la façon dont cet actif est financé (fonds propres, provisions techniques...). Les provisions techniques sont les principaux engagements de l'organisme assureur, inscrits au passif. Dans le régime prudentiel Solvabilité I, ces engagements doivent être garantis par des investissements de bonne qualité (placements, réassurance...) inscrits à l'actif. 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 2014).

La situation prudentielle s'apprécie du point de vue des organismes et ne porte pas uniquement sur un risque spécifique, comme le risque santé. Les différences entre types d'organismes s'expliquent donc aussi, en partie, par le caractère plus ou moins spécialisé et par la nature des risques couverts.

## 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 mixte représentent la plus grande part de marché en termes de bilan agrégé (670 milliards d'euros, c'est-à-dire plus de 11 fois leur chiffre d'affaires) devant les sociétés d'assurance non-vie (118 milliards, soit 3 fois leur chiffre d'affaires), les institutions de prévoyance (50 milliards, soit 3,6 fois le chiffre d'affaires) et enfin les mutuelles (29 milliards, c'est-à-dire 1,4 fois leur chiffre d'affaires - cf. tableau 3.5).

**Tableau 3.5 – Passif, actif et bilan en valeur de marché en 2014**

	<i>exprimé en millions d'euros</i>				
	Ensemble des organismes	dont			
		Sociétés d'assurance mixte	Sociétés d'assurance non-vie	Institutions de prévoyance	Mutuelles
<b>Total chiffre d'affaires</b>	<b>132 799</b>	<b>59 195</b>	<b>39 176</b>	<b>13 988</b>	<b>20 440</b>
Fonds propres	70 896	22 284	21 817	12 057	14 738
Provisions d'assurance vie	426 423	412 597	0	12 544	1 282
Provisions des contrats en UC*	108 799	108 670	0	111	18
Autres provisions techniques	145 301	39 688	78 035	20 273	7 305
Autres passifs	115 296	86 414	18 061	5 115	5 705
<b>Total passif</b>	<b>866 715</b>	<b>669 653</b>	<b>117 914</b>	<b>50 101</b>	<b>29 047</b>
Provisions techniques réassurées	58 716	35 292	14 175	7 070	2 180
Placements hors UC*	634 152	492 301	84 554	35 904	21 393
Placements en UC*	107 808	107 716	0	89	3
Autres actifs	66 039	34 345	19 185	7 037	5 471
<b>Total actif</b>	<b>866 715</b>	<b>669 653</b>	<b>117 914</b>	<b>50 101</b>	<b>29 047</b>
<b>Bilan comptable</b>	<b>866 715</b>	<b>669 653</b>	<b>117 914</b>	<b>50 101</b>	<b>29 047</b>
Plus-values latentes	100 993	79 096	14 390	4 683	2 823
<b>Bilan en valeur de marché</b>	<b>967 707</b>	<b>748 750</b>	<b>132 304</b>	<b>54 784</b>	<b>31 870</b>

\* : UC = Unité de comptes

Note : le total du chiffre d'affaires correspond aux primes 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 31/12/2014.

Source : ACPR, calculs Drees.



## Encadré 7 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. Il s'agit d'une part du ratio de couverture des engagements réglementés 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 de valeurs mobilières et autres titres admis 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. Par ailleurs, afin de répartir au mieux les risques, certains types de placements ne peuvent excéder un plafond : 65 % des engagements réglementés pour les actions, 40 % pour les placements immobiliers et 10 % pour les prêts. En outre, toujours pour des raisons de diversification du risque, et sauf exceptions, il n'est 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 ne puisse à elle seule compromettre la solvabilité d'un organisme.

Il s'agit d'autre part du ratio de couverture de la marge de solvabilité tel que calculé ci-dessous :

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

- 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).

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 régime prudentiel des organismes d'assurance va être modifié en profondeur par l'entrée en vigueur de Solvabilité 2 au premier janvier 2016. En particulier, ce nouveau régime reposera 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 sera complété par un « minimum de capital requis », en deçà duquel l'intervention des autorités prudentielles sera déclenchée. Ces deux critères devront 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 permettra de mieux prendre en compte les groupes dans le contrôle prudentiel. Toutefois, la directive cadre Solvabilité 2 définit différents critères d'exclusion du champ du nouveau régime prudentiel. Sont en particulier exclus les organismes n'appartenant pas à des groupes et qui, sur base individuelle, ont un montant de primes brutes émises inférieur à 5 millions d'euros et un montant de provisions techniques brutes de réassurance inférieur à 25 millions d'euros. Sont également exclues les mutuelles totalement substituées. Ainsi, un grand nombre d'organismes de petite taille (principalement des mutuelles) resteront soumis au régime Solvabilité 1.

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 primes 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 mixte sont quasiment les seules à proposer des contrats en unité 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.

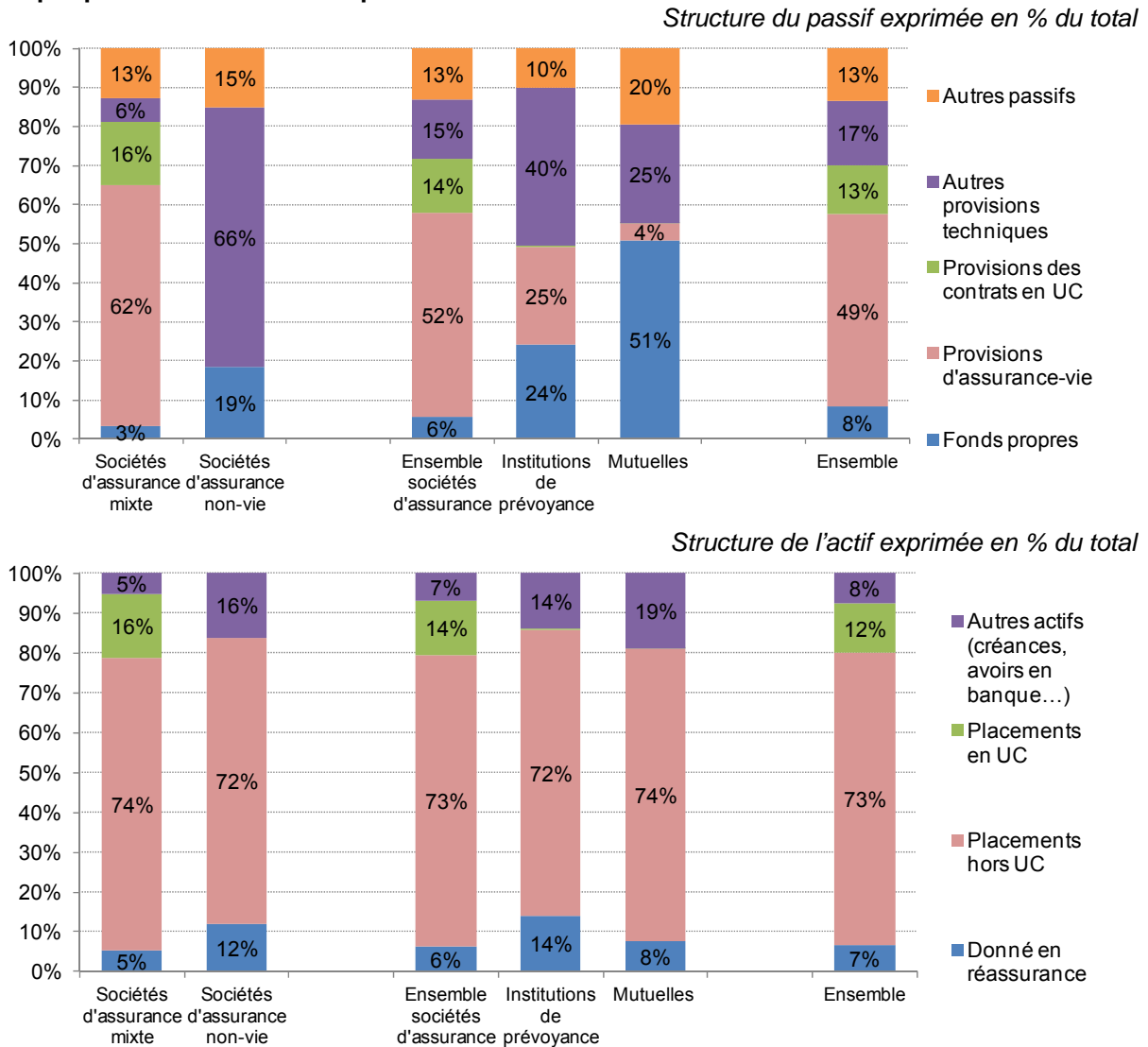
Même si l'on exclut les provisions pour contrats en UC, ce sont les sociétés d'assurance mixte qui provisionnent le plus : les provisions hors UC (c'est-à-dire la somme des « autres provisions techniques » et des « provisions d'assurance vie ») représentent 8 fois le montant de leurs primes collectées en 2014 (cf. tableau 3.5) ; il s'agit essentiellement de provisions d'assurance-vie. Les sociétés d'assurance non-vie et les institutions de prévoyance provisionnent quant à elles environ le double du montant de leurs primes. Enfin, les mutuelles provisionnent seulement un montant équivalent à quatre dixièmes de leurs primes. 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 (cf. graphique 3.6), 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 primes collectées pour les sociétés d'assurance mixte et à 56 % des primes collectées pour les sociétés d'assurance non-vie, alors qu'ils représentent 72 % des primes pour les mutuelles et 86 % des primes pour les institutions de prévoyance (cf. tableau 3.5). Compte tenu du montant élevé des provisions techniques des sociétés d'assurance mixte, les fonds propres représentent 3 % du passif de ces organismes, alors qu'ils représentent 19 à 24 % du passif des institutions de prévoyance et des sociétés d'assurance non-vie, et un peu plus de 50 % du passif des mutuelles (cf. graphique 3.6).

Pour tous les types d'organismes, en 2014, 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 comptes sont, elles, placées en unités de comptes. Enfin, 7 % des ressources sont données en réassurance et le reste (8 %) représente d'autres créances, des avoirs en banque, des intérêts acquis non échus...

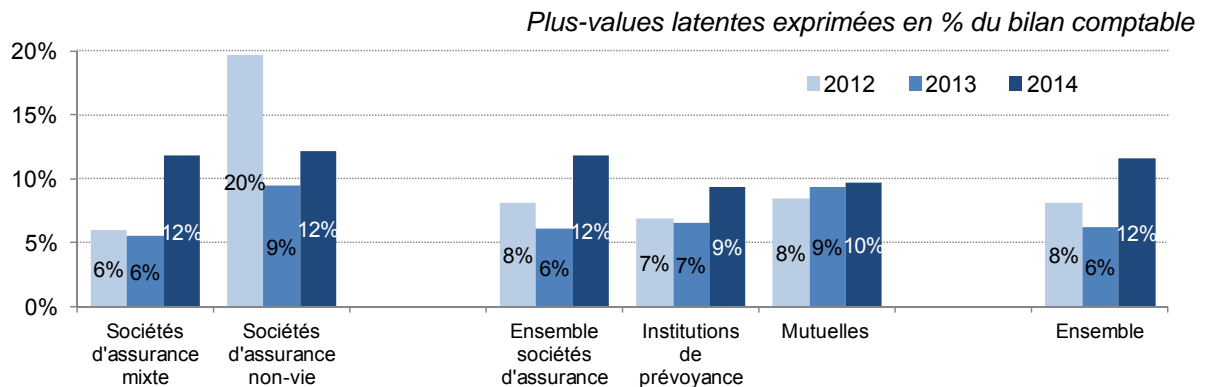
Les **plus-values latentes** viendraient augmenter le bilan comptable de 9 % à 12 % selon la catégorie d'organisme (cf. graphique 3.7) du fait notamment « *de la baisse des taux d'intérêts qui se poursuit en 2014, ce qui a pour effet d'accroître la valeur des portefeuilles obligataires à l'actif des organismes* » (Chiffres 2014 du marché français de la banque et de l'assurance, ACPR, 2015). Ces plus-values latentes augmentent nettement pour les sociétés d'assurance et cette hausse est le fait des organismes pérennes et non la conséquence d'entrées ou sorties de champ. Pour les institutions de prévoyance et les mutuelles, les plus-values latentes, rapportées au bilan, augmentent aussi entre 2013 et 2014.

**Graphique 3.6 – Structures du passif et de l'actif**



*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 mixte et les placements en Unité de Compte (UC) représentent 16 % de l'actif.  
 Champ : organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2014.  
 Source : ACPR, calculs Drees.*

**Graphique 3.7 – Plus-values latentes par catégorie d'organismes**



*Lecture : la prise en compte des plus-values latentes augmenterait le bilan comptable des mutuelles de 10 % en 2014.  
 Champ : organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2014.  
 Source : ACPR, calculs Drees.*

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

Le bilan comptable (hors plus-values latentes) a augmenté entre 2013 et 2014 pour toutes les catégories d'organismes, mais davantage pour les institutions de prévoyance et les mutuelles (respectivement +5,4 % et +6,1 %) que pour les sociétés d'assurance (+2,8 % - cf. tableau 3.8).

Toutefois, pour les sociétés d'assurance, cette évolution plus modérée s'explique notamment par des sorties d'organismes du champ de la complémentaire santé, qui ont tiré à la baisse le bilan de ce secteur. Le bilan des sociétés d'assurance présentes à la fois en 2013 et en 2014 a en effet progressé de 4,1 %. Celui des institutions de prévoyance présentes à la fois en 2013 et en 2014 a crû de 4,9 %, celui des mutuelles pérennes de 6,3 %.

**Tableau 3.8 – Évolution du bilan total entre 2013 et 2014**

Total du bilan	Croissance du bilan	dont contribution			Croissance du bilan des organismes pérennes
		Pérennes	Entrées	Sorties	
Sociétés d'assurance mixte	2,8%	4,1	0,0	-1,3	4,1%
Sociétés d'assurance non-vie	2,9%	3,8	0,0	-0,8	3,8%
Ensemble sociétés d'assurance	2,8%	4,0	0,0	-1,2	4,1%
Institutions de prévoyance	5,4%	4,9	0,4	0,0	4,9%
Mutuelles	6,1%	6,3	0,0	-0,2	6,3%
Ensemble des organismes	3,0%	4,1	0,0	-1,1	4,2%

*Lecture : le total du bilan des institutions de prévoyance exerçant une activité santé a augmenté de 5,4 % entre 2013 et 2014. Cette hausse peut se décomposer en trois facteurs : le bilan des institutions de prévoyance présentes les deux années (dites « pérennes ») a augmenté de 4,9 %, contribuant donc à hauteur de 4,9 points de pourcentage à la hausse du secteur. L'entrée de nouvelles institutions de prévoyance dans le champ du rapport contribue aussi à la croissance du bilan total, à hauteur de 0,4 point de pourcentage. Enfin, aucune institution de prévoyance n'est sortie du champ entre 2013 et 2014.*

*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.*

### Des organismes solvables

La majorité des organismes respectent les deux principaux ratios prudentiels qui leur sont imposés dans le cadre de Solvabilité 1 (cf. encadré 7). Ces ratios, fondés sur le bilan des organismes, portent sur l'ensemble de leur activité. Ils sont jugés respectés lorsqu'ils dépassent la valeur de 100 %.

Lorsqu'elles pratiquent une activité santé, ce sont les mutuelles qui en moyenne couvrent le plus largement les **engagements réglementés** (182 % en 2014), devant les institutions de prévoyance (117 %) puis les sociétés d'assurance (104 % pour les mixtes et 102 % pour les non-vie). 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 primes. 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 (cf. tableau 3.9).

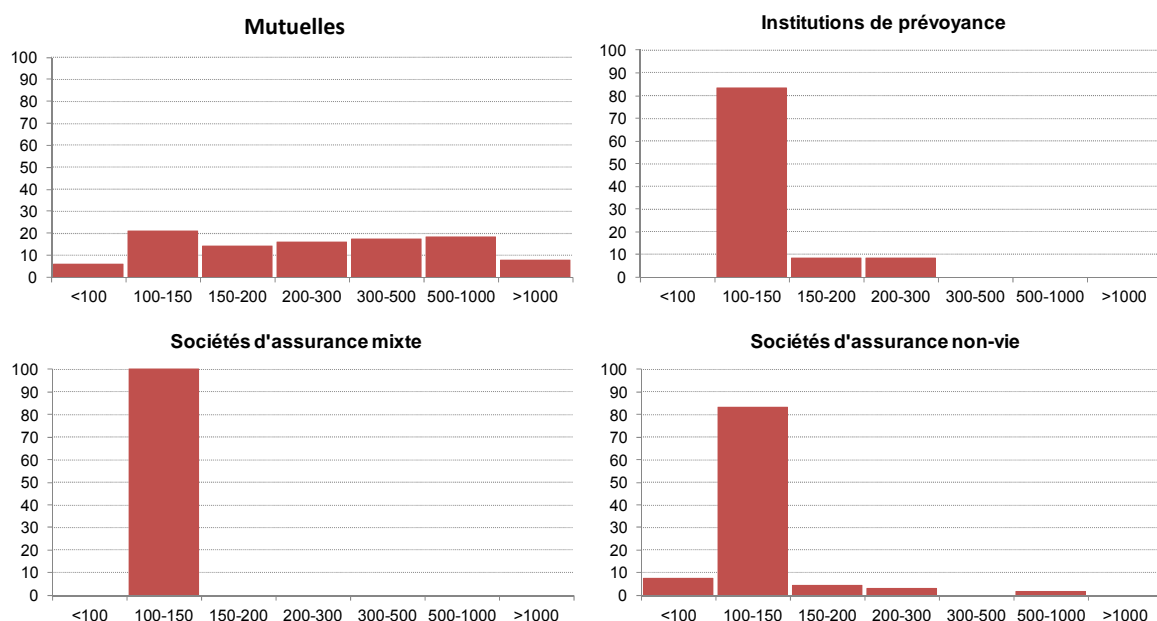
C'est également au sein des mutuelles que s'observe la plus forte dispersion du taux de couverture des engagements. Un petit nombre de mutuelles et de sociétés d'assurance non-vie présentent des ratios inférieurs aux normes requises (cf. graphique 3.10). Ces organismes, qui se situent souvent à la limite 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 ne représentent que 1 % des primes collectées en santé en 2014.

**Tableau 3.9 – Couverture moyenne des engagements réglementés entre 2011 et 2014**  
*exprimé en % des engagements réglementés*

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

*Lecture : En 2014, pour les mutuelles, les actifs admis couvrent en moyenne 182 % 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 3.10 – Dispersion de la couverture des engagements réglementés en 2014**



*Lecture : En 2014, 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 31/12/2014 et ayant déclaré un taux de couverture des engagements réglementés au moins égal à 5 % dans l'état prudentiel C5.*  
*Source : ACPR, calculs Drees.*

Lorsqu'elles pratiquent une activité santé, ce sont les institutions de prévoyance 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 590 % de cette marge. Elles se classent ainsi devant les sociétés d'assurance non-vie (578 %), les sociétés d'assurance mixte (514 %) et les mutuelles (483 %, cf. tableau 3.11). Pour tous les types d'organismes, les plus-values latentes améliorent en moyenne nettement la couverture de la marge de solvabilité. En particulier, les plus-values latentes ont nettement augmenté entre 2013 et 2014 pour les sociétés d'assurance mixte et elles accroissent nettement la couverture de la marge de solvabilité. Toutefois, « la prise en compte des plus-values latentes amène pour l'année 2014 à une vision sans doute très optimiste de la solvabilité des organismes qu'une remontée des taux amènerait à reconsidérer » (Chiffres 2014 du marché français de la banque et de l'assurance, ACPR, 2015). Lorsque l'on ne prend pas en compte les plus-values latentes, la hiérarchie est légèrement modifiée : les sociétés d'assurance mixte couvrent nettement moins la marge de solvabilité que les autres catégories d'organismes, mais cette couverture reste 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 mixte que pour les autres types d'organismes (cf. graphique 3.12) : « *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, évènement qui a une forte probabilité, contrairement à l'assurance non-vie où les sinistres ont de faibles probabilités* » (Assurance, Comptabilité – Règlementation – Actuariat, Economica, 2011). Enfin, les quelques mutuelles qui se situent sous les seuils requis ne représentent que 0,004 % des primes collectées.

**Tableau 3.11 – Couverture moyenne de la marge de solvabilité entre 2011 et 2014**

*exprimé en % de la marge minimale de solvabilité*

<b>Hors plus-values latentes</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Sociétés d'assurance mixte	123	124	127	129
Sociétés d'assurance non-vie	349	371	337	341
Institutions de prévoyance	469	450	448	427
Mutuelles	402	401	402	405
<b>Y compris plus-values latentes</b>	<b>2011</b>	<b>2012</b>	<b>2013</b>	<b>2014</b>
Sociétés d'assurance mixte	118	311	306	514
Sociétés d'assurance non-vie	453	551	526	578
Institutions de prévoyance	472	554	566	590
Mutuelles	435	468	474	483

*Lecture : en 2014, les fonds propres hors plus values latentes représentent en moyenne 405 % de la marge minimale de solvabilité des mutuelles et ils représentent en moyenne 483 % de cette marge si l'on prend en compte les plus-values latentes.*

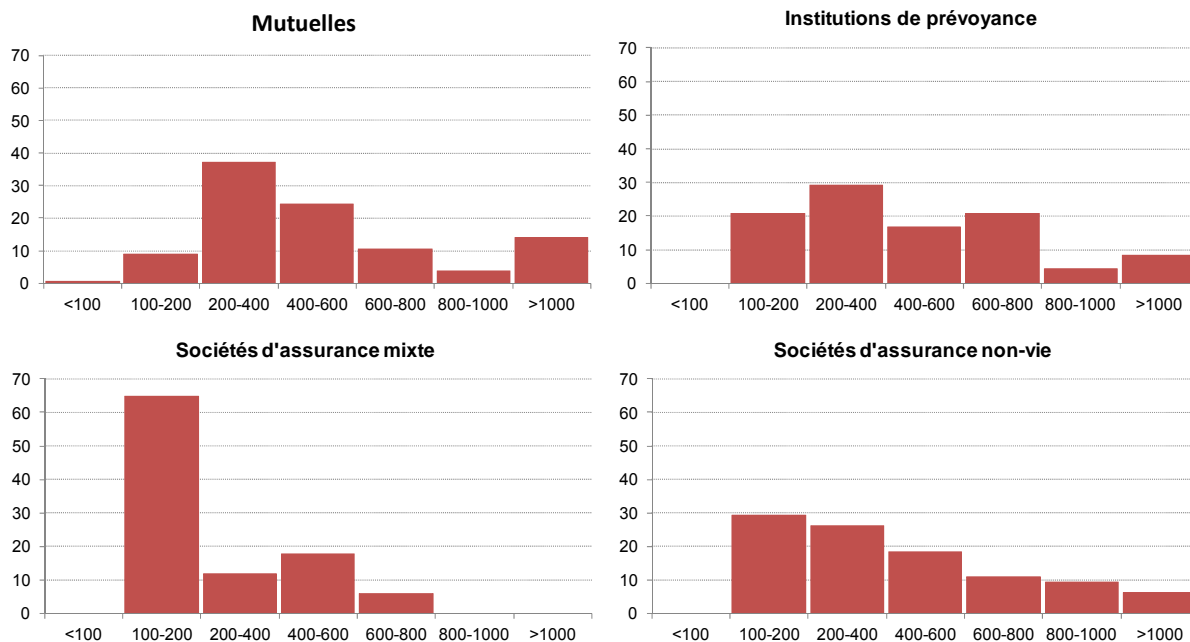
*Champ : organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU), contrôlés par l'ACPR au 31/12 de chaque année et ayant déclaré un taux de couverture de la marge de solvabilité au moins égal à 5 % dans l'état prudentiel C6.*

*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 regardés 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)

**Graphique 3.12 – Dispersion de la couverture de la marge de solvabilité en 2014**

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

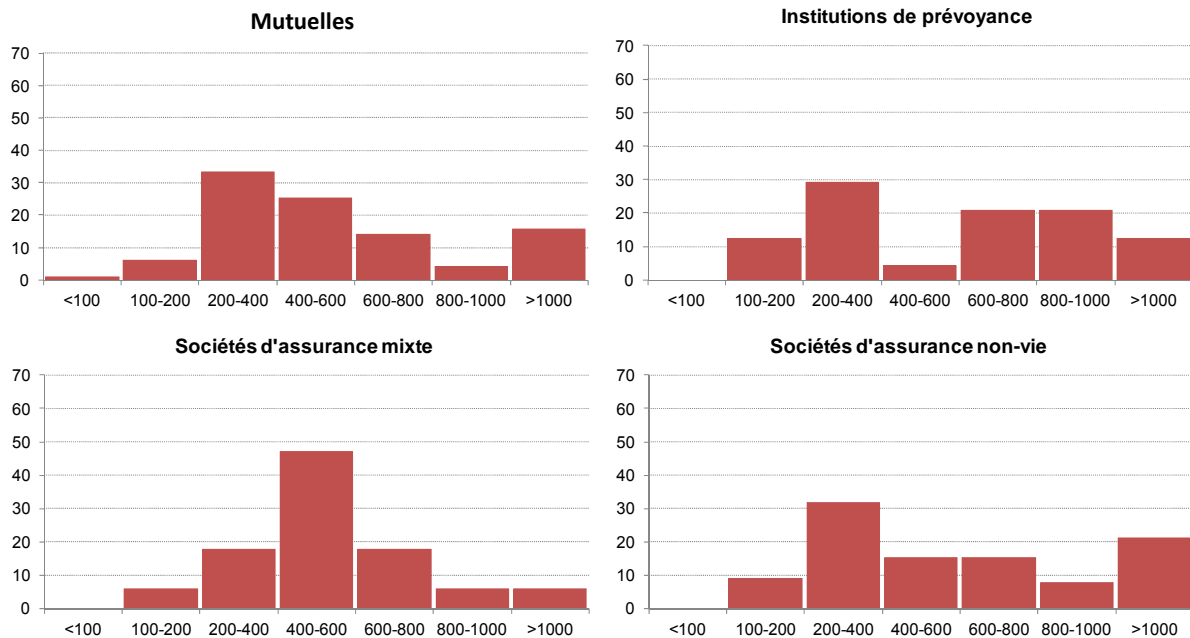


*Lecture : en 2014, pour 9 % des mutuelles, les fonds propres hors plus-values latentes couvrent entre 100 et 200 % de la marge minimale de solvabilité.*

*Champ : organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU), contrôlés par l'ACPR au 31/12/2014 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 31/12/2014 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.*

## Chapitre 4 : Une incomplétude des données qui nuit à la mesure des coûts de gestion

Par la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2012, il a été demandé au Gouvernement d'établir, pour le 31 août 2012, un rapport comparant les coûts de gestion des complémentaires santé d'une part, et des organismes de base de l'assurance maladie d'autre part. Des premières analyses ont été produites dans le rapport de 2012 et elles ont montré la difficulté d'un tel exercice : les activités des organismes complémentaires et des organismes de base sont par nature différentes mais imbriquées. Ce travail de comparaison n'a pas été reconduit dans ce rapport, mais sera approfondi dans un rapport ultérieur. Quelques indicateurs ont toutefois été mis à jour avec les données de l'année 2014.

Ce quatrième et dernier chapitre se concentre donc essentiellement sur les comparaisons des charges de gestion entre les différents organismes complémentaires. Il cherche aussi à mettre en lumière l'impact de deux dispositifs particuliers sur ces charges : la gestion déléguée d'un régime obligatoire de santé d'une part, et la gestion de la CMU-C / ACS d'autre part. Le faible taux de réponse à l'état statistique E5 limite toutefois les analyses qui ont pu être menées.

### Des charges de gestion en part des prestations versées très variables selon les organismes

Rappelons que les charges de gestion comprennent les frais d'administration et d'acquisition ainsi que les frais de gestion des sinistres. Afin d'approcher un indicateur de coût comparable à celui de la CNAM, ces charges de gestion peuvent être rapportées aux prestations versées et non aux primes reçues.

Les institutions de prévoyance ont en moyenne des charges de gestion en santé qui représentent 17 % de leurs prestations versées en santé. C'est moins que pour les mutuelles (24 %) et les sociétés d'assurance (32 %, cf. tableau 4.1). Comme présenté au chapitre 2, cette hiérarchie s'explique notamment par des frais d'acquisition plus élevés pour les sociétés d'assurance et des frais d'administration plus élevés pour les mutuelles.

**Tableau 4.1 : Part des charges de gestion dans les prestations en santé en 2014**

	Moyenne	Médiane	Organismes exploitables	
			Nombre	Parts de marché
Mutuelles	24%	21%	318	100%
Sociétés d'assurance	32%	34%	83	100%
Institutions de prévoyance	17%	17%	24	100%

*Lecture : En 2014, pour les mutuelles, les charges de gestion représentent en moyenne 24 % des prestations versées. 318 mutuelles ont renseigné les éléments nécessaires au calcul de ce ratio, et représentent 100 % des prestations versées par les mutuelles du champ du rapport tel que précisé à l'encadré 1.*

*Champ : organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2014.*

*Source : ACPR, état statistique E4, calculs Drees.*

Le coût de traitement d'une feuille de soins, au format papier par exemple, est supposé être le même quel que soit le montant remboursé. Comme les organismes complémentaires prennent en charge en moyenne 14 % de la dépense de santé contre 77 % pour l'assurance maladie, les frais de gestion des sinistres vont apparaître mécaniquement plus élevés pour les organismes complémentaires s'ils sont rapportés aux prestations versées. De plus, l'assurance maladie prend en charge la majorité des feuilles de soins papiers et les transfère ensuite au format électronique aux organismes complémentaires qui ont signé la convention d'échange NOEMIE et traitent donc principalement des feuilles de soins électroniques, moins coûteuses en gestion (les organismes complémentaires traitent parfois eux aussi des feuilles de soins papier, lorsqu'ils n'ont pas signé cette convention d'échange ou dans le cas de soins non pris en charge par l'assurance maladie : implants dentaires, ostéopathie, prévention...). Pour ces différentes raisons, cet indicateur s'avère donc rapidement limité pour établir des comparaisons entre les deux régimes.



Les états statistiques E1 et E5 renseignent sur le nombre de personnes couvertes et le nombre de bénéficiaires servis au moins une fois dans l'année par les organismes. Cette information s'affranchit des limites de l'indicateur précédant en rapportant les charges de gestion au nombre de personnes couvertes, ou au nombre de personnes remboursées dans l'année.

Cependant, en raison de la non-réponse parfois importante aux états E1 et E5, et malgré les redressements effectués, la population sur laquelle ces ratios peuvent être calculés est réduite. Par exemple, seules 41 sociétés d'assurance sur les 83 du champ de ce rapport ont fourni le nombre de bénéficiaires servis au moins une fois dans l'année (cf. tableau 4.2). Elles représentent certes 70 % des prestations versées en 2014 mais l'information manquante ne peut être négligée. De même, seules 164 mutuelles et 12 institutions de prévoyance, représentant respectivement 76 % et 63 % des prestations versées en santé en 2014 sur chacun de ces deux secteurs, ont renseigné un nombre de bénéficiaires servis au moins une fois dans l'année.

Le tableau 4.2 fournit la moyenne et la médiane de ces deux ratios en 2014. Avec les réserves mentionnées, la hiérarchie entre les trois types d'organismes n'est pas modifiée avec l'un ou l'autre de ces ratios. Les institutions de prévoyance affichent les coûts les plus faibles, devant les mutuelles et les sociétés d'assurance.

**Tableau 4.2 : Charges de gestion en santé par personne couverte et bénéficiaire servi au moins une fois en 2014**

	Moyenne	Médiane	Organismes exploitables	
			Nombre	Parts de marché
Mutuelles	104 €	95 €	277	98%
Sociétés d'assurance	132 €	127 €	44	71%
Institutions de prévoyance	63 €	68 €	23	99%

*Par personne couverte*

	Moyenne	Médiane	Organismes exploitables	
			Nombre	Parts de marché
Mutuelles	108 €	101 €	164	76%
Sociétés d'assurance	181 €	160 €	41	70%
Institutions de prévoyance	86 €	101 €	12	63%

*Par bénéficiaire servi au moins une fois*

*Lecture : En 2014, pour les mutuelles, les charges de gestion s'élèvent en moyenne à 108€ par bénéficiaire servi au moins une fois dans l'année. 164 mutuelles ont renseigné les éléments nécessaires au calcul de ce ratio, représentant 76 % des prestations versées.*

*Champ : organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2014.*

*Source : ACPR, états E4, E5 et E1, calculs Drees.*

Toutefois, les populations couvertes par ces trois catégories d'organismes complémentaires ne sont pas identiques (en termes de structure par âge des assurés par exemple) et ces populations sont également différentes de celle couverte par les régimes obligatoires. Une partie des écarts entre catégories d'organismes et entre les complémentaires et les régimes obligatoires s'expliquerait donc aussi par ces différences de structure d'assurés.

Enfin, le ratio charges de gestion sur nombre de lignes d'actes ou de décompte est un indicateur de coût unitaire qui pourrait lever les limites des indicateurs précédents. Mais cette année, comme les années précédentes, il n'est pas possible d'en fournir une estimation fiable, le taux de réponse à ces informations étant trop faible (cf. tableau 4.3). Il n'est pas non plus possible de décomposer ce coût en fonction du mode de transmission des demandes de remboursement (flux électronique ou envoi papier), ratios qui permettraient en théorie une meilleure mesure des coûts unitaires.

**Tableau 4.3 : Organismes ayant renseigné le nombre d'actes ou de décompte en 2014**

	Nombre d'actes		Nombre de décomptes	
	Organismes exploitables		Organismes exploitables	
	Nombre	Représentativité	Nombre	Représentativité
Mutuelles	50	34%	34	10%
Sociétés d'assurance	8	8%	7	6%
Institutions de prévoyance	2	26%	0	0%

*Lecture : En 2014, 50 mutuelles ont renseigné un nombre d'actes traités, elles représentent 34 % des prestations versées par l'ensemble des mutuelles du champ.*

*Champ : organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2014.*

*Source : ACPR, calculs Drees.*

## Délégation de gestion du régime obligatoire : un coût qui ne peut être évalué

On nomme « délégation de gestion » le fait que certains organismes complémentaires gèrent aussi les remboursements de certains groupes d'assurés<sup>7</sup> 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. Les faibles taux de réponse à l'état E5 rendent fragile l'évaluation des produits et charges engendrés par la gestion déléguée d'un régime obligatoire de santé.

L'organisation même de la délégation de gestion ne permet pas d'apparier aisément les données transmises par les organismes complémentaires à l'ACPR et celles collectées par les caisses de Sécurité sociale. C'est en particulier le cas pour certaines mutuelles de fonctionnaires qui passent par MFP services<sup>8</sup> pour leur relation avec la Cnam-TS : les données Cnam-TS ne sont alors pas disponibles au niveau des mutuelles, mais au niveau agrégé de MFP services. C'est aussi le cas pour certaines mutuelles conventionnées avec le RSI regroupées dans des unions relevant du livre I du code de la mutualité. Pour elles, seules les données agrégées sont alors disponibles. Pour les sociétés d'assurance regroupées au sein du RAM<sup>9</sup>, la question se pose en des termes différents : la gestion déléguée est confiée à un prestataire de service APRIA et n'apparaît donc pas directement dans les comptes des organismes complémentaires.

Enfin, seule une mutuelle de fonctionnaires et une mutuelle « autre » (article L211-4 du code de la sécurité sociale) ayant renseigné l'état E5, il n'est pas possible de publier certains agrégats car l'anonymat des organismes ne serait pas garanti (tableau 4.4, « NDF »). En l'absence de données plus complètes cette année, on pourra se reporter aux rapports des années précédentes pour plus de précisions sur les coûts de la gestion déléguée du régime obligatoire par les organismes d'assurance.

---

<sup>7</sup> À titre d'exemple, la mutuelle générale des affaires sociales (MGAS) assure la gestion du régime obligatoire maladie des fonctionnaires du ministère en charge des affaires sociales, qu'ils aient ou non choisi la MGAS pour leur couverture complémentaire santé.

<sup>8</sup> MFP services est une union de mutuelles qui n'exerce pas d'activité d'assurance et à ce titre ne transmet pas de données à l'ACPR.

<sup>9</sup> RAM : réunions des assureurs maladie, qui a délégué à l'association APRIA-RSA la gestion des comptes « assurance santé obligatoire ».

**Tableau 4.4 : Remises et charges des organismes complémentaires au titre de leur gestion déléguée d'un régime obligatoire en 2014**

Montants exprimés en millions d'euros

Régimes de base	Type d'organismes	Source de données	Nombre d'organismes pour lesquels les données sont disponibles	Prestations santé (nature + espèces) versées au titre du RO (4)	Remises de gestion pour le RO	Charges de gestion pour le RO	Remises de gestion pour le RO/Prestations santé versées au titre du RO (en %) (5)	Charges de gestion pour le RO/Prestations santé versées au titre du RO (en %)
Cnam-TS	mutuelles étudiantes (1)	Cnam-TS	11	492,7	89,1		18,1%	
		Cnam-TS ayant répondu à l'état C1	5		30,2			
		Cnam-TS ayant répondu à l'état E5	4		25,9			
		état E5	4	139,7	25,8	29,4	18,5%	21,0%
	mutuelles de fonctionnaires (2)	Cnam-TS	16	6 777,8	228,6		3,4%	
		Cnam-TS ayant répondu à l'état C1	13	6 639,9	225,1		3,4%	
		Cnam-TS ayant répondu à l'état E5	1	NDF	NDF		NDF	
		état E5	1	NDF	NDF		NDF	NDF
	autres mutuelles (3)	Cnam-TS	13	767,9	20,6		2,7%	
		Cnam-TS ayant répondu à l'état C1	10	767,9	20,4		2,7%	
		Cnam-TS ayant répondu à l'état E5	1	NDF	NDF		NDF	
		état E5	1	NDF	NDF		NDF	NDF
RSI	mutuelles	RSI	20	2 204,9	88,3		3,9%	
		RSI ayant répondu à l'état C1	13	1 538,9				
		RSI ayant répondu à l'état E5	5	934,3				
		état E5	5	964,5	41,1	41,4	4,1%	4,3%
	RAM	RSI	1	2 552,6	117,7		4,1%	

Lecture : En 2014, 11 mutuelles étudiantes sont concernées par la délégation de gestion. D'après les données de la Cnam-TS, elles ont reçu 89,1 millions d'euros de remises de gestion de la part du régime obligatoire. Le montant de prestations en santé versé au titre de la gestion du régime obligatoire (source Cnam-TS) s'élève à 492,7 millions d'euros. Sur ces 11 mutuelles étudiantes, seules 4 ont renseigné l'état E5. Ces 4 mutuelles étudiantes ont versé 139,7 millions d'euros de prestations santé en 2014 au titre du régime obligatoire d'après l'état E5. Elles ont reçu 25,8 millions d'euros de remises de gestion pour couvrir leurs charges de gestion du régime obligatoires qui s'élèvent à 29,4 millions d'euros d'après l'état E5. Les remises de gestion représentent ainsi 18,5 % des prestations santé versées au titre du régime obligatoire et les charges de gestion représentent 21,0 % de ces mêmes prestations d'après l'état E5.

NDF : données non diffusables (effectifs insuffisants pour garantir l'anonymat).

(1) LMDE, MEP, MGEL, SMEBA, SMECO, SMENO, SMEREB, SMEREP, SMERRA, VITAVI (SMESO), SMERAG. Article L381-3 du code de la sécurité sociale.

(2) MGEN, MG, MGP, MNAM, MAGE, INTERIALE, MFP Services (MCF, MCDEF, MAEE, MMJ, MPCDC, MFFOM, MGEFI, MGAS, MGET, SMAR). Article L712-6 du code de la sécurité sociale.

(3) MNT, MNH, MUT EST, MUN MARSEILLE, MCV PAP, COVIMUT, MHV, MUTAME, BOISSIERE DU BATIMENT, HCL, UMIGA, UPEMO-MBTPSE, MUNICIPALUX GRENOBLE. Article L211-4 du code de la sécurité sociale.

(4) Pour les mutuelles gérées localement par la Cnam-TS, les montants des prestations transmis par la Cnam-TS ne recouvrent que les prestations en nature. Hors donc prestations en espèces, dépenses de prévention...

(5) Pour le RSI, les remises de gestion couvrent aussi les frais de recouvrement des cotisations. Comme en 2012, les remises correspondant à l'activité d'encaissement et de recouvrement sont estimées à 11,3 % des remises totales de gestion pour le RAM et à 3,6% pour les mutuelles et sont déduites du ratio remise de gestion sur prestations versées.

Champ : organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2014.

Source : ACPR, Cnam-TS, RSI, calculs Drees.

## Les conséquences de la gestion de la CMU-C/ACS sur les comptes des organismes ne peuvent être évaluées faute de remontées suffisantes

Dans l'état E5 sont demandées aux organismes complémentaires des informations sur le nombre de leurs bénéficiaires de la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C) et de l'aide à la complémentaire santé (ACS) remboursés au moins une fois dans l'année, ainsi que sur le montant qu'ils leur ont servi, et sur la participation légale reçue en contrepartie.

Mais, comme les années précédentes, en raison du faible nombre d'organismes ayant renseigné les éléments du volet « CMU-C, ACS » de l'état E5, et des nombreuses incohérences entre ces éléments et ceux issus du fonds CMU, les résultats présentés ci-dessous sont fragiles et sujets à caution. De ce fait, ils sont aussi restreints car des indicateurs par nombre de bénéficiaires servis ne peuvent pas être calculés.

La **CMU-C**, couverture maladie universelle complémentaire, permet l'accès à une protection complémentaire de santé gratuite sous conditions de résidence et de ressources. Elle couvre les dépenses qui restent à la charge de ses bénéficiaires après l'intervention des régimes de base de la Sécurité sociale. La CMU-C peut être gérée, au choix du bénéficiaire, soit par son organisme d'assurance maladie d'affiliation soit par un organisme complémentaire (mutuelle, assurance ou institution de prévoyance) inscrit sur la liste nationale des organismes volontaires pour gérer la CMU-C. En 2014, 13,6 % des bénéficiaires de la CMU-C ont choisi un organisme complémentaire pour la gestion de leurs droits<sup>10</sup>.

Les prestations versées par les organismes auprès de leurs adhérents bénéficiaires de la CMU-C sont à peu près compensées par les **participations légales** reçues ou à recevoir de la part du fonds CMU (cf. encadré 8). La participation légale couvre en moyenne 98 % des prestations versées par les organismes, 99 % dans le cas des mutuelles et 93 % dans celui des sociétés d'assurance. Les données concernant les institutions de prévoyance sont en revanche très fragiles et ne sont pas présentées car seuls 3 établissements ont renseigné les éléments nécessaires à ces estimations (cf. tableau 4.5).

**Tableau 4.5 : prestations versées et participation légale reçue au titre de la gestion CMU-C**

	Nombre d'organismes concernés par la CMU-C	dont ayant renseigné les éléments (répondants E5)	représentativité des répondants E5 en termes de prestations	Participation légale sur prestations versées
Ensemble	268	170	71%	98%
Institutions de prévoyance	15	3	36%	-
Mutuelles	222	142	78%	99%
Sociétés d'assurance	31	25	77%	93%

*Lecture : 31 sociétés d'assurance ont déclaré auprès du fonds CMU des adhérents bénéficiaires de la CMU-C. Parmi elles, 25 ont renseigné les éléments nécessaires aux calculs des coûts (la participation légale reçue de la part du fonds CMU ainsi que le total des prestations versées aux bénéficiaires de la CMU-C dans l'état E5). Ces 25 répondants représentent 77 % de l'ensemble des prestations en santé versées par les sociétés d'assurance concernées par la CMU-C. En moyenne, sur ce périmètre des répondants, la participation légale reçue couvre 93 % des prestations versées aux bénéficiaires de la CMU-C.*

*Note : le ratio des participations légales sur prestations versées de l'ensemble des organismes (98 %) est un chiffre brut calculé sur la population des organismes répondants. Il n'a pas été redressé pour tenir compte des écarts de taux de réponse entre catégories d'organismes.*

*Source : ACPR, calculs Drees.*

*Champ : organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2014.*

<sup>10</sup> Rapport d'activité 2014 du fonds CMU, mai 2015

**Encadré 8**  
**Modalités de calcul de la participation financière du fonds CMU**

L'article 22 de la loi n°2012-1404 de financement de la Sécurité sociale pour 2013 a modifié les modalités de remboursement des dépenses de CMU-C engagées par les organismes gestionnaires, avec pour objectif de diminuer le reste à charge des organismes assurant la gestion de bénéficiaires de la CMU-C. En 2014, ces derniers sont remboursés sur la base des dépenses réellement engagées, dans la limite d'un forfait annuel de 405 €, indexé sur l'inflation (ils étaient, de 2009 à 2012, remboursés sur la base d'un forfait de 370€ par bénéficiaire et en 2013 dans la limite d'un forfait de 400€).

En 2014, la dépense moyenne par bénéficiaire de la CMU-C en métropole est en effet estimée à 427 euros pour la CNAMTS et les organismes délégataires, 322 euros pour le RSI, 360 euros pour la MSA et 379 euros pour les organismes complémentaires (Rapport d'activité 2014 du fonds CMU, 2015).

En pratique, pour les organismes complémentaires, les prestations légales ne sont pas directement « versées » par le fonds CMU, elles sont déduites du montant dû au titre de la taxe de solidarité additionnelle.

**L'aide à la complémentaire Santé (ACS)** est une aide qui s'adresse aux personnes dont les revenus se situent entre le plafond de la CMU-C et ce même plafond majoré de 35 %. Elle vise à les aider à financer un contrat d'assurance complémentaire santé individuel. Le montant annuel par personne de la réduction varie selon l'âge de l'assuré. En 2014, il variait de 100 euros pour les moins de 16 ans à 550 euros 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 2014, l'ACS a permis de réduire la cotisation annuelle des bénéficiaires de 297 euros en moyenne (cf. tableau 4.6).

**Tableau 4.6 : participations légales reçues au titre de la gestion de l'ACS et distribution**

	Nombre d'organismes avec au moins un bénéficiaire ACS	dont ayant renseigné les participations légales reçues pour ACS (E5)	Représentativité des répondants au E5 en termes de prestations	Participation légale reçue en moyenne par bénéficiaire
Ensemble	375	211	68%	297
Institutions de prévoyance	23	8	57%	343
Mutuelles	284	159	67%	304
Sociétés d'assurance	68	44	78%	277

Source : ACPR, calculs Drees.

Champ : organismes assujettis à la taxe de solidarité additionnelle (taxe CMU) et contrôlés par l'ACPR au 31/12/2014.

À compter du 1<sup>er</sup> juillet 2015, pour pouvoir bénéficier de l'ACS, les contrats souscrits ou renouvelés devront faire partie des 11 contrats individuels homologués par les pouvoirs publics suite à un appel d'offre. L'objectif de cet appel d'offre est de réduire le nombre de contrats et d'en faire baisser les prix pour les bénéficiaires grâce à la mise en concurrence des organismes sur des garanties comparables. Certaines offres sont co-assurées par plusieurs organismes complémentaires.

## **Annexe**

## Les redressements des données

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 10 organismes n'ayant pas transmis leurs comptes et l'état C1 (non-répondants, cf. encadré 1) en 2014 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 2014, 425 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 primes 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 (primes en santé = plus de 75 % des primes 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 primes 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 primes 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 A 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 primes collectées en santé.



**Tableau A : Taux de réponse par état et imputation en 2014**

	Mutuelles		Institutions de prévoyance		Sociétés d'assurance	
	nombre	% primes en santé	nombre	% primes en santé	nombre	% primes en santé
ayant renseigné les comptes et l'état C1	318	100,0%	24	100,0%	83	100,0%
état C4 exploitable après imputation, dont	318	100,0%	24	100,0%	83	100,0%
- C4 renseigné et sans incohérence	318	100,0%	24	100,0%	82	100,0%
- C4 imputé	0	0,0%	0	0,0%	1	0,001%
état E4 exploitable après imputation, dont	318	100,0%	24	100,0%	83	100,0%
- E4 renseigné	311	94,3%	24	100,0%	76	99,5%
- E4 imputé (santé principalement)	6	5,7%	0	0,0%	4	0,4%
- E4 imputé (par structure moyenne du E4)	1	0,004%	0	0,0%	3	0,1%
état E3 exploitable après imputation, dont	318	100,0%	24	100,0%	83	100,0%
- E3 renseigné	268	95,7%	24	100,0%	61	87,7%
- E3 imputé	50	4,3%	0	0,0%	22	12,3%
état E1 renseigné	239	86,9%	23	99,2%	44	69,1%
état E2 renseigné	302	98,6%	24	100,0%	51	80,4%
état E5 renseigné	238	89,2%	19	82,3%	39	53,1%

Source : fonds CMU, ACPR, calculs DREES.

## Compte de résultat technique en 2013 et 2014

Le tableau suivant présente le compte de résultat technique pour les années 2013 et 2014. À noter : les données 2013 des institutions de prévoyance ont été corrigées par rapport à ce qui avait été publié dans le précédent rapport sur la situation financière des organismes complémentaires. Une institution de grande taille avait en effet minoré son activité en santé individuelle. Cette erreur a été corrigée dans le présent rapport.

Sociétés d'assurance mixte	2013			2014		
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total
<b>Produits</b>	<b>998</b>	<b>3 251</b>	<b>4 248</b>	<b>1 028</b>	<b>3 241</b>	<b>4 268</b>
Primes collectées	982	3 218	4 200	1 019	3 211	4 230
Autres produits <sup>1</sup>	16	33	49	9	30	38
<b>Charges</b>	<b>948</b>	<b>3 345</b>	<b>4 293</b>	<b>952</b>	<b>3 244</b>	<b>4 196</b>
Charges de prestations, dont	674	2 908	3 582	653	2 801	3 454
- Sinistres payés aux assurés	655	2 636	3 291	589	2 640	3 229
- Frais de gestion des sinistres	35	157	192	38	174	212
- Autres charges de prestations <sup>2</sup>	-16	115	99	25	-13	12
Frais d'acquisition	204	278	481	200	266	466
Frais d'administration <sup>3</sup>	86	158	244	88	168	256
Autres charges <sup>4</sup>	-16	2	-14	12	9	21
<b>Résultat technique</b>	<b>50</b>	<b>-95</b>	<b>-45</b>	<b>75</b>	<b>-3</b>	<b>72</b>

Sociétés d'assurance non-vie	2013			2014		
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total
<b>Produits</b>	<b>4 744</b>	<b>1 444</b>	<b>6 188</b>	<b>4 868</b>	<b>1 394</b>	<b>6 263</b>
Primes collectées	4 711	1 425	6 136	4 813	1 362	6 175
Autres produits <sup>1</sup>	33	19	52	56	32	88
<b>Charges</b>	<b>4 485</b>	<b>1 473</b>	<b>5 958</b>	<b>4 525</b>	<b>1 444</b>	<b>5 969</b>
Charges de prestations, dont	3 486	1 240	4 727	3 504	1 168	4 672
- Sinistres payés aux assurés	3 255	1 223	4 478	3 306	1 066	4 373
- Frais de gestion des sinistres	208	53	261	207	60	267
- Autres charges de prestations <sup>2</sup>	23	-35	-13	-9	41	32
Frais d'acquisition	673	161	834	690	217	908
Frais d'administration <sup>3</sup>	264	65	329	270	59	329
Autres charges <sup>4</sup>	62	6	69	61	0	60
<b>Résultat technique</b>	<b>258</b>	<b>-29</b>	<b>230</b>	<b>342</b>	<b>-49</b>	<b>293</b>

Ensemble des sociétés d'assurance	2013			2014		
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total
<b>Produits</b>	<b>5 741</b>	<b>4 695</b>	<b>10 436</b>	<b>5 896</b>	<b>4 635</b>	<b>10 531</b>
Primes collectées	5 693	4 643	10 336	5 832	4 574	10 405
Autres produits <sup>1</sup>	48	52	100	64	62	126
<b>Charges</b>	<b>5 433</b>	<b>4 818</b>	<b>10 251</b>	<b>5 478</b>	<b>4 688</b>	<b>10 165</b>
Charges de prestations, dont	4 161	4 148	8 309	4 157	3 969	8 125
- Sinistres payés aux assurés	3 910	3 859	7 769	3 896	3 706	7 602
- Frais de gestion des sinistres	243	210	453	245	234	479
- Autres charges de prestations <sup>2</sup>	7	79	87	16	28	44
Frais d'acquisition	877	439	1 315	890	483	1 373
Frais d'administration <sup>3</sup>	350	223	573	358	227	585
Autres charges <sup>4</sup>	46	8	54	72	9	81
<b>Résultat technique</b>	<b>308</b>	<b>-123</b>	<b>185</b>	<b>418</b>	<b>-52</b>	<b>365</b>

Institutions de prévoyance	2013			2014		
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total
<b>Produits</b>	<b>872</b>	<b>5 296</b>	<b>6 168</b>	<b>919</b>	<b>5 319</b>	<b>6 239</b>
Primes collectées	866	5 267	6 132	914	5 296	6 210
Autres produits <sup>1</sup>	6	30	36	5	24	29
<b>Charges</b>	<b>832</b>	<b>5 399</b>	<b>6 231</b>	<b>827</b>	<b>5 592</b>	<b>6 419</b>
Charges de prestations, dont	762	4 927	5 689	786	4 946	5 732
- Sinistres payés aux assurés	718	4 476	5 195	731	4 512	5 243
- Frais de gestion des sinistres	34	238	272	34	250	284
- Autres charges de prestations <sup>2</sup>	10	213	223	21	184	206
Frais d'acquisition	33	267	300	34	256	290
Frais d'administration <sup>3</sup>	36	176	212	8	293	301
Autres charges <sup>4</sup>	1	29	30	-1	97	96
<b>Résultat technique</b>	<b>40</b>	<b>-103</b>	<b>-63</b>	<b>92</b>	<b>-273</b>	<b>-181</b>

Mutuelles	2013			2014		
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total
<b>Produits</b>	<b>13 103</b>	<b>5 365</b>	<b>18 468</b>	<b>13 244</b>	<b>5 440</b>	<b>18 683</b>
Primes collectées	12 979	5 199	18 178	13 126	5 411	18 537
Autres produits <sup>1</sup>	124	166	290	117	29	147
<b>Charges</b>	<b>12 930</b>	<b>5 432</b>	<b>18 362</b>	<b>12 878</b>	<b>5 694</b>	<b>18 572</b>
Charges de prestations, dont	10 902	4 730	15 632	10 757	4 909	15 665
- Sinistres payés aux assurés	10 161	4 447	14 608	10 190	4 487	14 677
- Frais de gestion des sinistres	542	233	775	548	244	792
- Autres charges de prestations <sup>2</sup>	199	51	249	19	178	197
Frais d'acquisition	772	282	1 054	786	301	1 087
Frais d'administration <sup>3</sup>	1 189	362	1 551	1 251	406	1 657
Autres charges <sup>4</sup>	66	58	125	85	78	163
<b>Résultat technique</b>	<b>174</b>	<b>-67</b>	<b>106</b>	<b>366</b>	<b>-254</b>	<b>112</b>

Ensemble des organismes	2013			2014		
	Individuel	Collectif	Total	Individuel	Collectif	Total
<b>Produits</b>	<b>19 716</b>	<b>15 356</b>	<b>35 073</b>	<b>20 059</b>	<b>15 394</b>	<b>35 453</b>
Primes collectées	19 538	15 109	34 646	19 872	15 280	35 152
Autres produits <sup>1</sup>	179	248	426	187	115	301
<b>Charges</b>	<b>19 195</b>	<b>15 650</b>	<b>34 845</b>	<b>19 183</b>	<b>15 973</b>	<b>35 157</b>
Charges de prestations, dont	15 825	13 805	29 630	15 699	13 824	29 523
- Sinistres payés aux assurés	14 790	12 781	27 572	14 816	12 705	27 521
- Frais de gestion des sinistres	819	681	1 500	827	728	1 555
- Autres charges de prestations <sup>2</sup>	215	343	558	56	391	447
Frais d'acquisition	1 682	988	2 669	1 711	1 040	2 751
Frais d'administration <sup>3</sup>	1 576	761	2 337	1 617	926	2 543
Autres charges <sup>4</sup>	113	95	209	156	184	340
<b>Résultat technique</b>	<b>521</b>	<b>-293</b>	<b>228</b>	<b>875</b>	<b>-579</b>	<b>296</b>

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

2 : Autres charges de prestations = 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

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

Lecture : en 2014, les frais d'acquisition des sociétés d'assurance mixte s'élèvent à 466 millions d'euros, dont 266 millions au titre des contrats collectifs et 200 millions au titre des contrats individuels.

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

Source : ACPR, calculs DREES.

## Glossaire

**Affaires directes** : primes collectées, hors primes collectées au titre de la prise en réassurance, mais incluant les primes 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, 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 donnée, 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.

**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 ».

**Délégation de gestion d'un régime obligatoire** : pour des raisons historiques, certains organismes complémentaires (notamment des mutuelles de fonctionnaires) gèrent aussi les remboursements de leurs 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 primes 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 ».

**Fonds propres** : les fonds propres d'une société d'assurance 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'entreprise. 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 une entreprise possède de capitaux propres, moins elle a recours à l'endettement et plus elle est résistante 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 sociétés d'assurance 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. L'appellation "réseaux commerciaux" s'assimile à la CNP aux intermédiaires d'assurance.

**Frais d'administration** : partie des charges d'une société d'assurance incluant les commissions d'apérition, de gestion et d'encaissement, les frais des services chargés de la surveillance du portefeuille de contrats, de la réassurance, du contentieux lié aux primes.

**Frais de gestion des sinistres** : partie des charges des sociétés 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'un décret publié au JO.

**Garantie** : couverture d'un risque par l'assureur en contrepartie d'une prime.

**Institutions de Prévoyance** : créés 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 respectant 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 sociétés d'assurance 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'assureur et celle de l'engagement résiduel éventuel de l'assuré. Cela s'apparente donc à l'engagement « net » de l'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'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 assureur (la cédante) auprès de ses assurés. Par cette opération, le réassureur s'engage à rembourser à l'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 est une technique de dispersion des 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 (primes 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 du projet de 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. 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 mutuelle (SAM) sont des sociétés civiles à but non lucratif. Le financement de la société se fait par les cotisations mensuelles des adhérents, nommés aussi sociétaires. Les bénéfices sont réinvestis dans les cotisations ou les niveaux des garanties.

**Souscripteur** : entité (personne physique ou morale) qui signe le contrat d'assurance et paie la prime, 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 ayant-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.

**Unité 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 unité de compte, c'est l'assuré, et non l'assureur, qui porte le risque financier lié à l'évolution des marchés.