



ANALYSES ET SYNTHÈSES



La situation des mutuelles du code de la mutualité en 2014

SOMMAIRE

1.	INTRODUCTION	6
1.1	Les mutuelles du livre II du code de la mutualité, des acteurs structurants du secteur de l'assurance	6
1.2	Le champ d'activité des mutuelles : l'assurance de personnes	7
1.3	Un marché composé de nombreux acteurs mais au chiffre d'affaires extrêmement concentré	7
2.	LE SECTEUR DES MUTUELLES DU LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ : UN SECTEUR EN PLEINE MUTATION	9
2.1	Un mouvement de concentration et de rapprochements qui s'accélère face aux évolutions réglementaires	9
2.1.1	Un mouvement continu de fusions et d'absorptions mais aussi de substitutions	9
2.1.2	Les partenariats et rapprochements au sein de groupes de mutuelles	10
2.2	Un contexte réglementaire en pleine évolution	11
2.2.1	Un premier bilan de la participation des collectivités territoriales au financement de la complémentaire santé et prévoyance de leurs employés, par l'intermédiaire de la labellisation ou des conventions de participation	11
2.2.2	L'entrée en vigueur de l'ANI au 1er janvier 2016	12
2.2.3	L'entrée en vigueur de la directive européenne Solvabilité II au 1er janvier 2016	13
3.	L'ACTIVITÉ ET LES RÉSULTATS TECHNIQUES DES MUTUELLES DU CODE DE LA MUTUALITÉ OPÉRANT EN NON-VIE	16
3.1	Une activité en hausse et concentrée sur les contrats santé (dommages corporels), notamment individuels	16
3.1.1	Après une période de stagnation, les cotisations acquises en 2014 s'inscrivent en hausse	16
3.1.2	Une répartition de l'activité concentrée sur les dommages corporels, et notamment les contrats individuels, mais stable dans le temps	17
3.1.3	Une augmentation plus que proportionnelle des cotisations données en substitution et cédées, ou rétrocédées, en réassurance qui ne remet néanmoins pas en cause la croissance du chiffre d'affaires net	19
3.2	Des résultats techniques en hausse mais contrastés selon le type de contrat	20
3.2.1	Un résultat technique global qui s'améliore avec le solde de souscription et le solde financier, malgré une augmentation des frais et charges de gestion	20
3.2.2	Des résultats techniques néanmoins contrastés par type de contrats, les contrats collectifs demeurant déficitaires	21
3.2.3	Des frais et charges de gestion qui repartent à la hausse après une période de stabilisation entre 2011 et 2012	25
3.3	Des mali de liquidation récurrents, bien qu'en diminution, et nuancent les bons résultats techniques	26

4.	L'ACTIVITÉ ET LES RÉSULTATS TECHNIQUES DES MUTUELLES DU CODE DE LA MUTUALITÉ OPÉRANT EN VIE	28
4.1	Un niveau d'activité, mesuré par les cotisations acquises brutes, orienté à la hausse sur les trois derniers exercices	28
4.2	Des résultats techniques en nette diminution depuis 2010 en raison d'une forte augmentation des frais et autres charges de gestion	29
4.3	Un encours de provisions techniques vie en progression continue	30
5.	STRUCTURE DES BILANS ET SOLVABILITÉ DES MUTUELLES DE LIVRE II DU CODE DE LA MUTUALITÉ	32
5.1	Une structure de bilan spécifique à chaque type de mutuelle mais stable au cours du temps	32
5.2	Des placements relativement diversifiés, malgré une concentration d'obligations, rentables et en situation de plus-value latente	34
5.2.1	Des placements diversifiés dans l'ensemble mais répartis différemment selon le type de mutuelle	34
5.2.2	Des placements rentables	37
5.2.3	Des placements en situation de plus-values latentes	38
5.3	Une solvabilité solide mais renforcée par les plus-values latentes	39
6.	LES RÉSULTATS DE L'EXERCICE PRÉPARATOIRE À SOLVABILITÉ II 2014 DANS LE SECTEUR MUTUALISTE	42
6.1	Des taux de participations aux exercices 2013 et 2014 importants au sein du secteur de la mutualité	42
6.2	Une structure de bilan qui évolue, autant en termes de montants que de poids des différents grands agrégats	42
6.2.1	Trois évolutions majeures liées à la valorisation du bilan en valeur de marché	42
6.2.2	En valeur de marché, le total de bilan et les placements augmentent de façon significative	44
6.2.3	Une répartition et une valorisation des provisions techniques qui évoluent différemment en vie et non-vie	44
6.3	Taux de couverture et composition des nouveaux ratios prudentiels, dits SCR et MCR	45
6.3.1	Des taux de couverture des nouveaux ratios prudentiels, dits SCR et MCR, confortables mais différenciés en fonction du type de mutuelles	45
6.3.2	Un SCR essentiellement constitué du SCR marché et du SCR santé.	48
	ANNEXE : PÉRIMÈTRE DE L'ÉTUDE	49
	INDEX DES GRAPHIQUES	50
	INDEX DES TABLEAUX	52
	INDEX DES ENCADRES	52

Remarque préliminaire : cette étude analyse la situation des mutuelles du Livre II du code la mutualité.

Synthèse générale

Représentant 8% du total des primes et cotisations d'assurance en 2014, 16% de celles collectées sur des garanties non-vie et 40% de celles collectées dans les branches dommages corporels, les mutuelles dites « du livre II du code de la mutualité », dénommées ci-après « mutuelles », sont des acteurs importants et structurants du marché français de l'assurance. Au sein de ce dernier, elles constituent un sous-ensemble spécifique qui se caractérise par un grand nombre d'organismes actifs, mais un chiffre d'affaires extrêmement concentré sur un petit nombre d'entre eux, et une activité réglementairement limitée aux assurances de personnes.

Ce marché, doté de ses spécificités propres, connaît de nombreux bouleversements réglementaires structurants qui induisent un mouvement continu de concentration. Ainsi, la loi du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, traduisant l'Accord National Interprofessionnel (ANI), instaure une assurance complémentaire santé à adhésion obligatoire et partiellement financée par l'employeur pour les salariés du secteur privé. Elle constitue un choc concurrentiel pour des mutuelles essentiellement orientées vers les contrats individuels. De même, l'entrée en application, au niveau européen, de la nouvelle réglementation prudentielle Solvabilité II si elle ne menace pas la solvabilité du secteur, implique l'adaptation à de nouveaux défis organisationnels et techniques. Pour suivre l'évolution et l'adaptation du sous-ensemble spécifique que constituent les mutuelles, cette étude actualise à fin 2014 celle réalisée sur les données à fin 2012. L'échantillon étudié est composé de 362 mutuelles¹ suivies sur la période 2010-2014, soit cinq exercices annuels.

Légalement limitée à l'assurance de personnes, l'activité des mutuelles est en fait essentiellement réalisée dans les branches « couverture des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie », ressortant essentiellement de l'activité non-vie. Par assimilation, on parle souvent ainsi d'organismes de « complémentaire santé ». Au sein de ces branches d'activité, la grande majorité (71%) des cotisations acquises brutes correspond à des contrats (dommages corporels) dits individuels, c'est-à-dire souscrits par et assurant directement une personne privée, par opposition aux contrats collectifs, souscrits par un employeur ou une personne morale et assurant ses membres participants.

En 2014, **l'activité non-vie des mutuelles**, mesurée par leur chiffre d'affaires agrégé (cotisations acquises brutes comme nettes de substitution et de réassurance) augmente et les ratios Prestations sur Cotisations (P/C) et ratios combinés (prenant en compte les frais et charges de gestion) s'améliorent légèrement, dénotant une activité en moyenne davantage bénéficiaire. Les résultats techniques s'améliorent également, notamment grâce à une augmentation du solde financier. Cependant, cette image globale ne doit pas masquer les disparités entre les différents types de contrats : en effet, si les résultats techniques sur les contrats individuels sont bénéficiaires, ceux réalisés sur les contrats collectifs sont globalement déficitaires, les primes d'un exercice comptable ne couvrant pas les sinistres et les charges de gestion (frais et autres charges techniques nets) afférents. Avec l'entrée en vigueur de l'ANI au 1^{er} janvier 2016, qui se traduira notamment par la mise en place de contrats collectifs à adhésion obligatoire au niveau des entreprises, ce constat est préoccupant. On note d'ailleurs dès l'exercice 2014 un rythme de croissance des cotisations collectées sur les contrats collectifs supérieur à celui des contrats individuels, en anticipation de l'entrée en vigueur de la réglementation.

¹ Sur les 371 mutuelles non substituées actives en 2014, 9 organismes ayant remis leur dossier annuel trop tardivement n'ont pas été pris en compte.

Concernant l'activité vie des mutuelles, celle-ci ne représente que 11,8% de leur chiffre d'affaires total et ne concerne que 17 organismes exerçant uniquement une activité vie et 108 organismes mixtes sur les 362 composant l'échantillon étudié. Le résultat technique agrégé des mutuelles opérant en vie s'effondre sur la période étudiée en raison d'une charge des provisions mathématiques en hausse continue, doublée d'une augmentation notable des frais et charges de gestion. Le résultat technique ne doit d'être bénéficiaire qu'à un résultat financier en forte croissance.

Le résultat financier réparti entre les comptes techniques vie, non-technique et non-vie augmente grâce à des placements qui affichent une rentabilité moyenne satisfaisante, supérieure à 3,5% sur la période, si l'on exclut l'année 2011. Ces placements sont, de plus, en situation de plus-values latentes (PVL) croissantes, notamment pour les placements obligataires sur le dernier exercice écoulé dans un contexte de taux bas. Cette situation de plus-values latentes globales sur les placements vient renforcer une couverture moyenne de l'exigence de marge au bilan déjà confortable (367% pour l'exercice 2014) et la fait passer à 545% avec plus-values latentes. Ceci s'inscrit dans un bilan à la structure globalement stable pour l'ensemble de la période étudiée.

Le passage à Solvabilité II, analysé à l'aide de l'exercice préparatoire organisé par l'ACPR sur les données au 31 décembre 2014, impacte le montant et la répartition des provisions techniques entre les activités dites vie et non-vie. En effet, Solvabilité II instaure une distinction au sein de l'activité santé entre l'activité santé dite « similaire à la non-vie » et celle dite « similaire à la vie » pour des garanties qui étaient en majorité enregistrées en non vie dans Solvabilité I. Toutefois, la solvabilité des mutuelles exprimée dans le nouveau référentiel Solvabilité II reste confortablement au-dessus des exigences réglementaires (267% en moyenne sur l'ensemble des mutuelles), bien qu'elle diminue notablement en comparaison du référentiel Solvabilité I, notamment s'agissant du taux de couverture de l'exigence de marge plus-values latentes incluses (545% en moyenne sur l'ensemble des mutuelles en 2014).

Étude réalisée par : Anne-Gaëlle ZIMMERMANN et Adel HADJADJ-AOUL

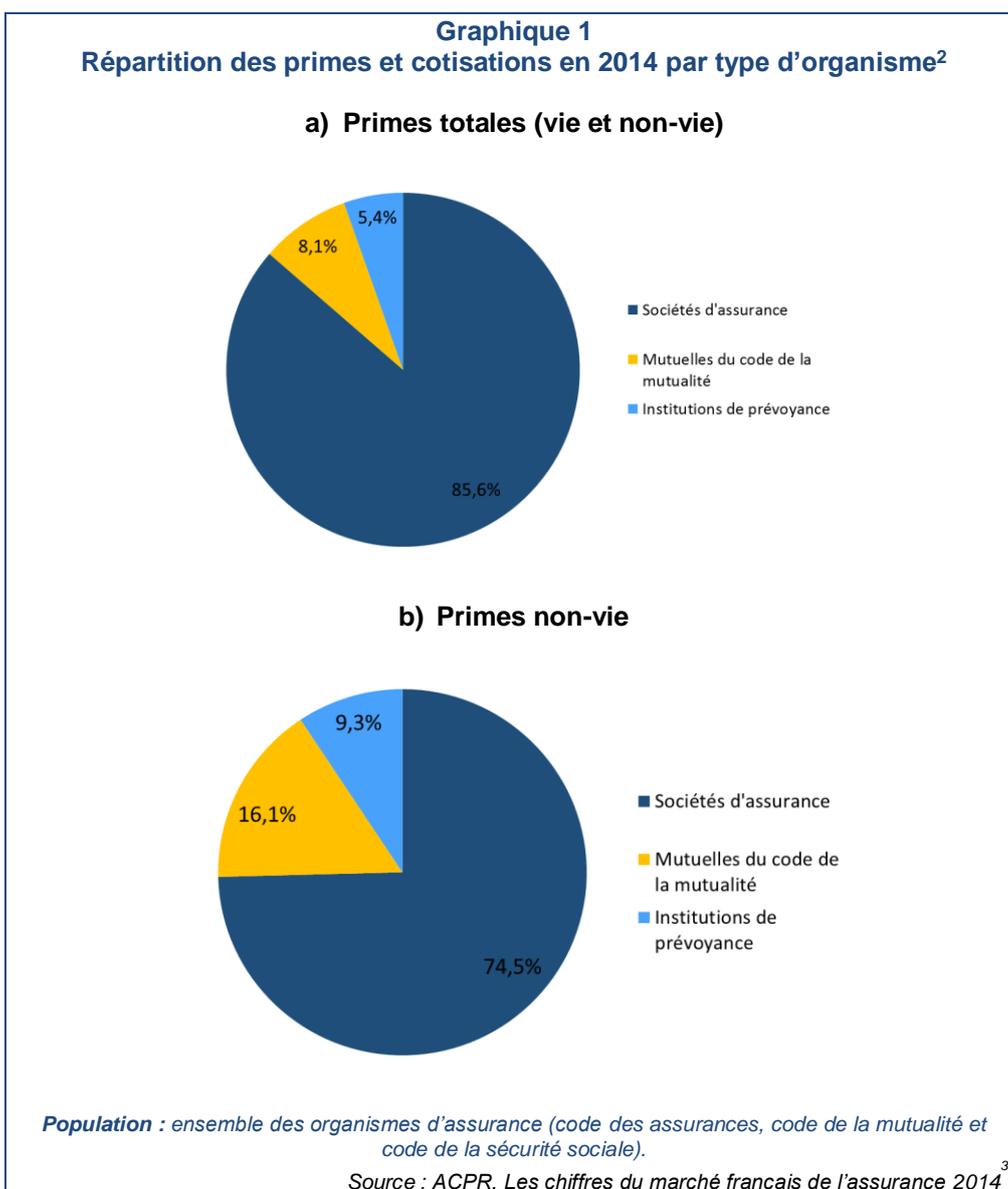
Code JEL : G22

Mots-clés : mutuelles du livre II du code de la mutualité, cotisations, ratios P/C (prestations sur cotisations), ratios combinés, solvabilité.

1. Introduction

1.1 Les mutuelles du livre II du code de la mutualité, des acteurs structurants du secteur de l'assurance

Aux côtés des sociétés d'assurance, régies par le code des assurances, et des institutions de prévoyance, régies par le code de la sécurité sociale, les mutuelles, régies par le livre II du code de la mutualité sont des acteurs structurants du marché français de l'assurance. En 2014, les cotisations collectées par les mutuelles représentent 8,1% de l'ensemble des primes (vie et non-vie) collectées sur le marché assurantiel français (cf. Graphique 1). Cette part de marché double pour s'établir à 16% lorsque l'on considère uniquement le marché de l'assurance non-vie. Cette répartition des parts de marché est restée stable depuis l'exercice 2012 et la dernière étude réalisée à partir des données de cet exercice.



² Les mutuelles régies par le code des assurances sont classées dans la catégorie « sociétés d'assurance ». Elles ne sont pas étudiées dans la suite de cette « Analyses et Synthèse ».

³ <http://www.acpr.banque-france.fr/publications/rapports-annuels/chiffres-du-marche-francais-de-la-banque-et-de-lassurance.html>

1.2 Le champ d'activité des mutuelles : l'assurance de personnes

L'article L.111-1 du code de la mutualité, définit le champ d'activité des « personnes morales à but non lucratif » que sont les mutuelles et le limite à l'assurance de personnes. Ce champ d'activité se décline en assurance santé (« couverture des risques de dommages corporels liés à des accidents ou à la maladie », branches 1 et 2), en assurance vie, y compris l'épargne (« contraction d'engagements dépendant de la durée de la vie humaine, versement de capital en cas de mariage ou de naissance, appel à l'épargne en vue de capitalisation en contractant des engagements déterminés », branches 20, 21, 22 et 24) et en assurance protection juridique (branche 17), assistance (branche 18), chômage (pertes pécuniaires diverses, risques d'emploi, branche 16a) et caution (branche 15).

Pour les mutuelles de livre II du code de la mutualité, à fin 2014, l'assurance non-vie représente 88,2% du chiffre d'affaires et, en son sein, l'activité santé (dommages corporels) en représente 99,7%. Comparées à l'ensemble du marché de l'assurance, les mutuelles représentent 40% des cotisations collectées sur l'activité d'assurance dommages corporels.

La segmentation opérationnelle et comptable entre activité vie et non-vie répond à un principe permanent défini par le droit des assurances, dit principe de spécialisation. Selon ce principe, les activités vie et non-vie devraient être réalisées par des entités séparées dans le but d'empêcher le subventionnement de l'activité non-vie (pouvant être de court-terme – assurance automobile par exemple- ou soumise à des aléas considérable - risque catastrophe naturelle -) par l'activité vie (de long-terme par construction), risquant ainsi d'empêcher un règlement des engagements vie pris par les organismes lorsque ceux-ci se réaliseront.

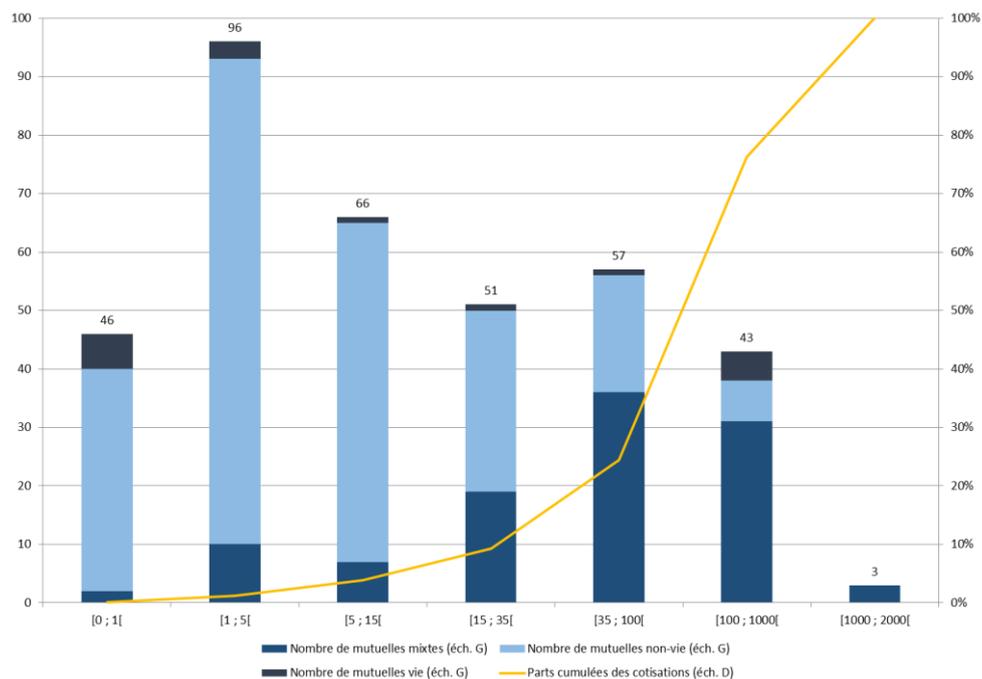
Néanmoins, dans le cadre de l'assurance de personnes, une dérogation à ce principe de spécialisation est prévue par le code de la mutualité (Art. R.211-4) et un organisme peut obtenir un agrément à la fois pour certaines, ou la totalité, des branches d'activités non-vie (branches 1, 2, 15, 16a), 17 et 18) et pour les branches d'activités vie (20, 21, 22 et 24). Un tel organisme, agréé à la fois en vie et en non-vie, est appelé un organisme, ici une mutuelle, « mixte ».

1.3 Un marché composé de nombreux acteurs mais au chiffre d'affaires extrêmement concentré

En 2014, le secteur de la mutualité dénombre 550 organismes actifs, dont 179 mutuelles substituées, soit 371 organismes portant eux-mêmes leurs risques. Parmi ces 371 organismes, 362 font effectivement partie du périmètre de cette étude, les neuf organismes restant ayant remis leur dossier annuel 2014 trop tardivement pour être pris en compte et leurs données intégrées aux chiffres de l'étude. Bien qu'en diminution (cf. 2.1.1), le nombre de mutuelles actives sur le marché reste donc important.

Pourtant, parmi ces 362 organismes, une petite cinquantaine (46) réalise plus de 75% du chiffre d'affaires total agrégé sur l'ensemble des organismes en 2014 et les trois mutuelles les plus importantes en termes de chiffre d'affaires en réalisent à elles seules 25% (cf. Graphique 2). Parallèlement, seuls les 46 organismes réalisant 76% du chiffre d'affaires total agrégé ont un chiffre d'affaires individuel dépassant les 100 millions d'euros et, parmi elles, seules les trois mutuelles totalisant 25% de part de marché ont un chiffre d'affaires compris entre 1 et 2,5 milliards d'euros. Le marché mutualiste apparaît donc extrêmement concentré en termes de chiffre d'affaires.

Graphique 2
Répartition du nombre de mutuelles par classes de cotisations acquises brutes, avant substitution et réassurance
 (Classes en millions d'euros)



Population : mutuelles du code de la mutualité.

Source : ACPR

On observe en outre que ces mutuelles de taille significative sont essentiellement (74%) des mutuelles mixtes. A l'opposé, les mutuelles de petite taille sont essentiellement des organismes ayant uniquement un agrément pour les activités non-vie (cf. Graphique 2).

2. Le secteur des mutuelles du livre II du code de la mutualité : un secteur en pleine mutation

2.1 Un mouvement de concentration et de rapprochements qui s'accélère face aux évolutions réglementaires

2.1.1 Un mouvement continu de fusions et d'absorptions mais aussi de substitutions

Comme mentionné ci-dessus, le secteur des mutuelles est composé de nombreux organismes diversifiés en termes de tailles. Cependant, leur nombre est en constante diminution et a été divisé par deux en 8 ans, passant de 1158 mutuelles en 2006, dont 484 substituées totales, à 550 à la clôture de l'exercice 2014, dont 179 substituées totales.

Tableau 1
Nombre d'organismes d'assurance

Nombre d'organismes d'assurance	au 31/12/2010	au 31/12/2011	au 31/12/2012	au 31/12/2013	au 31/12/2014
Code des assurances	357	351	339	329	318
Code de la sécurité sociale	53	51	49	46	41
Code de la mutualité	719	672	630	599	550
dont mutuelles substituées	237	219	202	203	179
Total des organismes recensés agréés ou dispensés d'agrément	1 129	1 074	1 018	974	909

Population : ensemble des organismes d'assurance (code des assurances, code de la mutualité et code de la sécurité sociale).

Source : ACPR, Les chiffres du marché français de l'assurance 2014

Ce mouvement de concentration est le résultat de nombreux transferts de portefeuilles, de fusions et/ou d'absorptions qui ont eu lieu sur cette période : depuis 2010, ont ainsi été recensées 463 opérations de ce genre impliquant 405 organismes différents.

De même, bien que le nombre de mutuelles totalement substituées diminue sur la période étudiée, le mouvement de substitution reste continu avec 80 opérations réalisées depuis 2010.

Encadré 1 : **La substitution en assurance mutualiste**

La substitution est définie à l'article L. 211-5 du code de la mutualité comme étant l'opération par laquelle une mutuelle (appelée substituante ou garante) peut « à la demande d'autres mutuelles ou unions, se substituer intégralement ou partiellement à ces organismes dans les conditions prévues au livre II pour la délivrance de ces engagements ». (cf. Art. L. 111-1 du code de la mutualité).

La substitution peut être totale ou partielle par branche entière d'agrément. L'organisme entièrement substitué pour une branche donnée est dispensé d'agrément au titre de cette branche et la mention « organisme substitué par... » doit être enregistrée au Registre National des Mutuelles comme prévu par le code de la mutualité.

La substitution n'affecte pas, en principe, les relations entre la mutuelle cédante et ses adhérents. Toutefois, les bulletins d'adhésion doivent obligatoirement préciser, en caractères très apparents, l'organisme qui s'est substitué à la cédante et reproduire la clause de la convention indiquant que la mutuelle garante reprend ainsi les obligations (constitution des garanties...) et les engagements de la mutuelle substituée. Les opérations prises en substitution sont enregistrées dans les comptes de la substituante qui assume l'ensemble des risques assurantiels afférents aux garanties. L'organisme substitué (mutuelle ou union) reste juridiquement indépendant de sa substituante.

2.1.2 Les partenariats et rapprochements au sein de groupes de mutuelles

Le mouvement de concentration décrit ci-dessus se double d'un mouvement de partenariats et de rapprochements, entre mutuelles mais aussi avec des organismes régis par les codes de la Sécurité Sociale (IP) ou des Assurances (SAM) et se traduisant ou non par la constitution de groupes de mutuelles. Ces partenariats et rapprochements concernent autant les petits et moyens organismes que les plus grandes entités, éventuellement déjà constituées en groupes. L'année 2015 a ainsi vu plusieurs grands groupes mutualistes annoncer leur rapprochement sous une forme ou une autre.

Au-delà de partenariats spécifiques sur des points précis, il existe, d'un point de vue réglementaire, différentes façons pour les mutuelles régies par le livre II du code de la mutualité de se rapprocher et de constituer différentes formes de groupes : on parle alors de la constitution d'Union de Mutuelles, d'Union de Groupe Mutualiste (UGM) ou d'Union Mutualiste de Groupe (UMG) (cf. Encadré 2).

Encadré 2 : Les structures de groupe dans le code de la mutualité

Bien que n'ayant pas de capital social, les mutuelles peuvent néanmoins se rapprocher au sein d'organisations plus ou moins comparables à des groupes selon leurs différentes modalités. Le code de la mutualité prévoit 2 formes juridiques pour cela :

- L'Union de Groupe Mutualiste, ou UGM : personne morale de droit privé à but non lucratif définie par l'article L.111-4 du code de la mutualité, l'UGM est une union de mutuelles qui s'est ouverte aux autres types d'organismes d'assurance régis par les codes des assurances et de la sécurité sociale, à l'exclusion des sociétés anonymes d'assurance. Néanmoins, la moitié des sièges à l'Assemblée Générale comme au Conseil d'Administration doivent être détenus par une mutuelle et les statuts des membres doivent prévoir explicitement la possibilité de s'affilier à de telles organisations. Défini par une convention d'affiliation, l'objectif d'une UGM est de développer et faciliter la coordination entre ses membres, notamment en leur permettant de mutualiser certaines fonctions support. Ce mode d'organisation devrait permettre aux mutuelles membres de gagner non seulement en efficacité mais aussi en visibilité, tout en garantissant leur indépendance. Dans le cadre de la transposition de la directive Solvabilité II en droit français, il a été clarifié qu'une UGM n'est pas un groupe prudentiel en tant que tel et, à ce titre, il lui est explicitement interdit d'exercer une influence dominante sur ses membres ainsi que d'établir des relations financières fortes et durables entre ces derniers.
- L'Union Mutualiste de Groupe, ou UMG : depuis 2008, l'article L.111-4-2 du code de la mutualité définissait une UMG comme une entreprise ayant pour objet de « nouer des liens de solidarité importants et durables » entre des mutuelles mais aussi des organismes d'assurance régis par les codes des assurances et de la sécurité sociale, et/ou de prendre et gérer des participations dans des entreprises d'assurance, l'établissement ou la suppression de ces liens étant soumis à l'autorisation de l'ACPR. Dans ce cadre, les UMG n'exerçaient pas nécessairement de pouvoir de contrôle sur leurs membres et, le cas échéant, cette possibilité devait être explicitement prévue par les statuts des membres. Cette absence de contrôle systématique ne permettant pas de qualifier toutes les UMG de groupe prudentiel au sens de la nouvelle directive Solvabilité II, la définition des UMG a été amendée lors de la transposition de Solvabilité II en droit français afin que ces dernières soient de fait considérées comme des têtes de groupe prudentiel au sens de Solvabilité II. Les UMG sont désormais dans l'obligation d'exercer effectivement une influence dominante, au moyen d'une coordination centralisée, sur les décisions, y compris financières, de leurs organismes affiliés ; ces pouvoirs de contrôle

doivent nécessairement être définis dans les statuts. De plus, ces statuts doivent être clarifiés sur le fait que toute affiliation, y compris des membres fondateurs, doit être soumise à l'approbation de l'ACPR. Enfin, il est désormais fait référence à des « relations financières fortes et durables » plutôt qu'à des « liens de solidarité importants et durables » afin de se conformer au plus près à l'article 212 de la directive. Ces relations financières peuvent être très variées, et prendre la forme d'une création d'un fonds de solidarité, de prêts ou un cautionnement à un des organismes membres, ou une réassurance interne. Pour permettre aux UMG existantes une éventuelle réorganisation, l'article 25 de l'ordonnance transposant la directive Solvabilité II en droit français prévoit pour ces dernières une période transitoire –courant jusqu'au 31 décembre 2017– pendant laquelle les UMG peuvent soit se transformer en tête de groupe prudentiel au sens de Solvabilité II, et donc se conformer à l'ensemble des exigences afférentes à ce statut, soit se transformer en structure plus souple, telle qu'une UGM (cf. ci-dessus). Par contre, les UMG créés avant la publication de l'ordonnance et remplissant déjà les critères d'une tête de groupe prudentiel exerçant une influence dominante et les UMG créés après la publication de l'ordonnance devront se conformer aux exigences de Solvabilité II immédiatement.

Enfin, un autre type de rapprochement se fait jour depuis peu avec le rapprochement entre mutuelles et professionnels de la santé dans la constitution de réseaux de soins, autorisée depuis la promulgation de la loi n°2014-57 modifiant l'article L.112-1 du code de la mutualité (cf. Encadré 3).

Encadré 3 : Les réseaux de soin

Modifiant l'article L.112-1 du code de la mutualité dont le principe avait été rappelé par l'arrêt de la Cour de cassation paru en 2010, la loi n°2014-57 promulguée en janvier 2014 autorise les mutuelles de livre II à moduler leurs remboursements, selon que « le professionnel de santé, l'établissement de santé ou le service de santé, union ou fédération » consulté par l'adhérent ait signé, ou non, une convention avec la mutuelle complémentaire santé. Ces conventions mettent en place des réseaux de soins autour des organismes de complémentaire santé, à l'instar des réseaux optique ou auditif par exemple.

Ces mouvements de concentration et de rapprochements répondent à un contexte réglementaire en pleine évolution nécessitant souvent l'atteinte d'une taille critique suffisante pour pouvoir s'y adapter.

2.2 Un contexte réglementaire en pleine évolution

Trois évolutions majeures sont actuellement en cours dans le secteur de la mutualité : la mise en place depuis le second semestre 2012 de la participation des collectivités territoriales au financement de la complémentaire santé et prévoyance de leurs employés ; la prochaine entrée en vigueur au 1^{er} janvier 2016 de l'Accord National Interprofessionnel (ANI) généralisant la complémentaire santé, obligatoire et en partie financée par l'employeur, à l'ensemble des salariés ; et l'entrée en application, également au 1^{er} janvier 2016, de la directive européenne dite Solvabilité II.

2.2.1 Un premier bilan de la participation des collectivités territoriales au financement de la complémentaire santé et prévoyance de leurs employés, par l'intermédiaire de la labellisation ou des conventions de participation

Étendant aux collectivités territoriales le champ d'application des lois de 2009 et 2010 jusqu'alors limité à l'État, le décret n°2011-1474, et les quatre arrêtés d'application afférents, publiés le 8 novembre 2011 fixent les modalités (champ

d'application et procédures de sélection) de participation des collectivités territoriales, et de leurs établissements publics, au financement de la protection sociale complémentaire, en santé et prévoyance, de leurs employés. Cette participation peut prendre deux formes : soit une aide aux agents ayant souscrit des contrats dits labellisés, c'est-à-dire dont le caractère solidaire aura été vérifié par des prestataires habilités par l'ACPR et répertoriés sur une liste publiée par la Direction Générale des Collectivités Territoriales du Ministère de l'Intérieur ; soit la mise en place d'une « convention de participation », c'est-à-dire la sélection, à l'issue d'un appel à concurrence public, d'un contrat, ou règlement solidaire, dont l'adhésion, facultative, ferait l'objet d'une participation de la part de la collectivité territoriale versée soit directement aux employés soit par l'intermédiaire de l'organisme gestionnaire.

Entré en application au second semestre 2012, suite à la publication de la première liste de contrats labellisés, ce procédé concerne aujourd'hui environ 41% des collectivités territoriales, mais ne représente qu'un tiers des employés territoriaux en ce qui concerne la santé, et 40% en ce qui concerne la prévoyance, selon une enquête récente réalisée par Uni-ter⁴. La dernière liste de contrats labellisés, publiée le 29 janvier 2015, recense 203 organismes d'assurance proposant 387 contrats et règlements labellisés, dont 177 mutuelles pour 293 règlements mutualistes labellisés.

2.2.2 L'entrée en vigueur de l'ANI au 1er janvier 2016

L'Accord National Interprofessionnel du 11 janvier 2013 ou « accord pour un nouveau modèle économique et social au service de la compétitivité des entreprises et de la sécurisation de l'emploi et des parcours professionnels des salariés », retranscrit dans la loi n°2013-504 du 14 juin 2013 relative à la sécurisation de l'emploi, prévoit la généralisation de la couverture complémentaire des frais de santé à l'ensemble des salariés (Titre I, Article 1). Son entrée en vigueur prévue au 1^{er} janvier 2016 instaurera une couverture des remboursements complémentaires des frais de santé, collective et à adhésion obligatoire, financée pour moitié par les employeurs et pour moitié par les salariés.

Le choix de l'organisme assureur est laissé aux entreprises mais des recommandations sont possibles par l'intermédiaire des accords de branche dont les négociations se sont ouvertes le 1^{er} avril 2013 (au plus tard). Cependant, les contrats sélectionnés doivent absolument être des contrats dits « solidaires et responsables » (cf. Encadré 4) et ne peuvent être inférieurs à ceux proposés par les organismes recommandés dans l'accord de branche. En cas d'absence d'accord d'entreprise, la loi prévoit ainsi un socle minimum dont les entreprises doivent faire bénéficier leur salariés au plus tard le 1^{er} janvier 2016 et qui consiste en la couverture de : 100% de la base de remboursement de la sécurité sociale pour les consultations, actes techniques et pharmacie de ville et d'hôpital, du forfait journalier hospitalier, de 125% de la base de remboursement de la sécurité sociale pour les prothèses dentaires et d'un forfait optique de 100 euros par an.

L'ANI pose un vrai défi aux mutuelles dont les contrats collectifs sont actuellement minoritaires (29% des cotisations de l'activité non-vie en 2014) et déficitaires en moyenne⁵ (cf. infra).

⁴ Uni-ter est l'association fédérant les mutuelles professionnelles de la fonction publique territoriale.

⁵ Voir également le rapport annuel 2014, *La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé*, de la DREES (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques).

Encadré 4 : Les contrats solidaires et responsables

Un contrat, ou règlement mutualiste, de santé est dit « solidaire » s'il instaure une solidarité intergénérationnelle, une solidarité familiale pour les frais de santé (les tarifs pour famille nombreuse ne peuvent excéder ceux d'une famille de trois enfants) ; et une solidarité en fonction des revenus pour les frais de prévoyance (les cotisations sont établies en fonction des revenus). La solidarité intergénérationnelle consiste en le subventionnement des adhérents les plus âgés nécessitant des prestations santé conséquentes par les adhérents les plus jeunes demandant des prestations limitées (pas d'âge maximal d'adhésion, primes non fixées en fonction de la nature de l'emploi et garanties identiques pour les retraités, rapport de 1 à 3 maximum entre les cotisations des adhérents les plus jeunes et celles des plus âgés, pas de questionnaire de santé à l'entrée...). Un contrat de santé est dit « responsable » lorsqu'il encourage ses adhérents à suivre le parcours de soins coordonné (déclaration d'un médecin traitant, non prise en charge des dépassements d'honoraires et majorations en cas de non-respect du parcours de soins, participation forfaitaire d'un euro) et à la fois assure des garanties minimum définies par la loi (remboursement d'un pourcentage minimum de la base de la sécurité sociale sur certains actes et prestations définis par la loi).

Depuis le 1^{er} avril 2015, les contrats solidaires et responsables sont de plus soumis à un nouveau cahier des charges visant à la fois à améliorer le remboursement des dépenses de santé, notamment en optique, et à encadrer les dépassements d'honoraires de certains médecins. Ces contrats doivent ainsi désormais : rembourser l'intégralité du ticket modérateur, prendre en charge le forfait journalier hospitalier sur l'ensemble de la période d'hospitalisation (la prise en charge pouvait jusqu'alors être limitée à un certain nombre de jours prédéfini), fixer un plafond (entre 470 et 850 euros) et un plancher (entre 50 et 200 euros) de prise en charge des équipements optiques et limiter cette dernière à un équipement tous les deux ans (à l'exception des mineurs et des patients nécessitant un renouvellement plus régulier), et enfin limiter le remboursement des dépassements d'honoraires des médecins n'adhérant pas au « contrat d'accès aux soins » à 125% du tarif de la Sécurité Sociale en 2015 et 2016, puis 100% en 2017.

2.2.3 L'entrée en vigueur de la directive européenne Solvabilité II au 1er janvier 2016

À compter du 1er janvier 2016, les mutuelles affichant un chiffre d'affaires brut supérieur à cinq millions d'euros, ou dont le total de provisions techniques (incluant les provisions cédées en réassurance) au niveau individuel ou groupe dépasse 25 millions d'euros, ou encore exerçant une activité de réassurance générant l'émission de plus de 500 000 euros de primes ou la constitution de provisions techniques brutes d'un montant supérieur à 2,5 millions d'euros ou à 10% des primes brutes émises⁶ seront soumises à l'application de la directive européenne Solvabilité II. Par ailleurs, les mutuelles faisant partie d'un groupe prudentiel au sens de Solvabilité II, pratiquant une activité de caution, garantes en substitution totale ou réassurant intégralement les mutuelles et unions visées par le 3^o de l'article L.211-11 sont également soumises nonobstant le critère de taille. A l'inverse les mutuelles entièrement réassurées ou substituées en non-vie ne sont pas soumises à Solvabilité II, quelle que soit leur taille.

Votée en 2009 par le Parlement européen, la directive européenne 2009/138/CE relative à l'accès aux activités de l'assurance et de la réassurance et à leur exercice, dite Solvabilité II, a pour ambition et objectif de mettre en place un nouveau système de régulation et de supervision prudentielles du secteur des assurances. Les négociations opérationnelles ayant été allongées par le contexte de crise et de taux d'intérêt bas, c'est la directive Omnibus II, consolidant la directive Solvabilité II et votée en novembre 2013, qui a fixé son entrée en application au 1^{er} janvier 2016. Solvabilité II est fondée sur une évaluation et une

⁶ Article 4 de la directive Solvabilité II

appréciation économique, et non plus seulement comptable et financière, du risque encouru par les organismes d'assurance. Cette nouvelle approche du risque se décline autant sur le plan quantitatif que qualitatif, ainsi que sur le plan de la transparence, ce qui se traduit par trois piliers constituant la nouvelle réglementation.

Concernant l'aspect quantitatif, le pilier 1 s'appuie sur une valorisation en valeur économique, ou valeur de marché, du bilan des assujettis et sur la définition de nouveaux ratios prudentiels calibrés sur la base d'une valeur en risque à un an et 99%. Les modalités et conséquences de cette nouvelle valorisation sont détaillées dans cette étude à la section 6.2.1.

Concernant l'aspect qualitatif, le pilier 2 de la directive refonde et codifie la gouvernance des compagnies d'assurance, notamment à travers la mise en place de deux dirigeants effectifs, de quatre fonctions clés de gouvernance et de l'évaluation propre de son profil de risque et de son besoin en capital subséquent : l'*Own Risk Solvency Assessment* (ORSA).

Enfin, la directive Solvabilité II instaure avec son pilier 3 une obligation de transparence et de *reporting* unifié, codifié et élargi envers le public et les autorités nationales de supervision.

Il est à noter néanmoins qu'un nombre significatif (55% environ) du marché mutualiste ne sera pas soumis à Solvabilité II en raison de l'application du principe de proportionnalité, et notamment des critères de taille.

Encadré 5 : Les évolutions récentes de la fiscalité applicable aux mutuelles

La fiscalité à laquelle les mutuelles de livre 2 du code de la mutualité sont soumises a également beaucoup évolué entre 2010 et 2014. Trois changements réglementaires significatifs sont ainsi intervenus sur cette période :

- En 2010, la loi de finance pour 2011 (article 23) a prévu une taxe exceptionnelle de 10% sur la réserve de capitalisation. Pour les mutuelles, non encore soumises à l'impôt sur les sociétés, cette taxe s'est appliquée à la variation de la réserve de capitalisation entre le 1^{er} janvier 2008 et le 1^{er} janvier 2011, payable en deux fois (avril 2011 et avril 2012), et plafonnée à 5% des fonds propres. À cet égard, on notera que la nouvelle directive Solvabilité II supprime le mécanisme de réserve de capitalisation pour les organismes exerçant une activité d'assurance non-vie (ainsi que de réassurance).
- La loi de finance 2011 a prévu également la transformation de la contribution CMU (Couverture maladie universelle) en taxe de solidarité additionnelle (TSA) et l'extension aux contrats solidaires et responsables de la taxe sur les conventions d'assurance (TCA à 7%), renommée à cette occasion taxe spéciale sur les conventions d'assurance (TSCA), à un taux réduit de 3,5%. La transformation de la contribution CMU en taxe fixée à 6,27% des cotisations hors taxes, quand la contribution était calculée à partir du montant toutes taxes comprises des cotisations (5,9%), a eu comme corolaire un changement de comptabilisation de celle-ci : jusqu'alors enregistrée en tant que contribution, elle était comptabilisée à la fois dans les cotisations à partir desquelles elle était calculée et en frais et charges de gestion (compte 6) ; depuis l'exercice 2011, elle est comptabilisée comme une taxe (compte 4) et n'est donc plus incluse dans le chiffre d'affaires qui est comptabilisé hors taxe. Cette modification réglementaire et d'enregistrement comptable a une triple conséquence : la diminution artificielle du chiffre d'affaires entre les exercices 2010 et 2011, la dégradation artificielle des ratios prestations sur cotisations (P/C) qui en découle et une réduction de l'exigence de marge de solvabilité devant être couverte par les fonds propres, calculée à partir du montant des cotisations. Concernant la TSCA, elle a été augmentée en 2011 à 7% pour les contrats solidaires et responsables et à 14% pour les autres.

- Depuis le 1^{er} janvier 2012, les mutuelles et institutions de prévoyance sont assujetties aux impôts sur les bénéfices commerciaux (IS et Contribution Économique Territoriale, CET), l'exonération antérieure ayant été considérée comme une aide fiscale au niveau européen. Entre l'exercice comptable ouvert au 1^{er} janvier 2012 et celui clôturé au 31 décembre 2014, les mutuelles ont ainsi été progressivement assujetties à l'impôt sur le bénéfice sur une assiette de 40% de leur résultat imposable en 2012, puis de 60% et 100% en 2013 et 2014, et à la CET sur une assiette égale à 40% de leur bénéfice imposable en 2013 et 60% en 2014 pour un assujettissement complet en 2015. L'abattement autorisé devait être la contrepartie de la constitution d'une réserve de solvabilité sur la part non imposée.

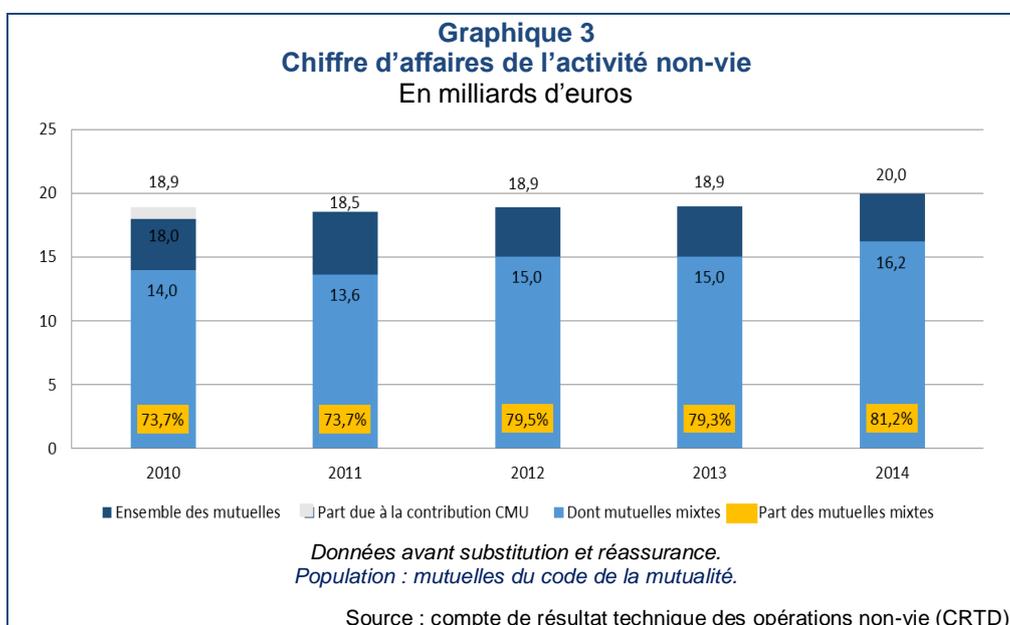
3. L'activité et les résultats techniques des mutuelles du code de la mutualité opérant en non-vie

3.1 Une activité en hausse et concentrée sur les contrats santé (dommages corporels), notamment individuels

3.1.1 Après une période de stagnation, les cotisations acquises en 2014 s'inscrivent en hausse

Au cours de l'exercice 2014, les mutuelles du livre 2 du code de la mutualité exerçant une activité non-vie ont collecté, sous forme de cotisations brutes, un chiffre d'affaires d'un montant de 20,0 milliards d'euros (cf. Graphique 3). En augmentation de 5,4% par rapport à l'exercice précédent, ce chiffre d'affaires semble donc repartir à la hausse après une période de croissance limitée, voire de stagnation entre 2011 et 2013 (+2% entre 2011 et 2012 et 0% entre 2012 et 2013).

Cette augmentation de l'activité des mutuelles en 2014 s'inscrit dans la hausse globale de l'activité d'assurance (vie et non-vie confondues) constatée sur le marché français en 2014 (+5,3%)⁷ mais est supérieure à celle de 3,3% constatée sur l'ensemble de marché non-vie.



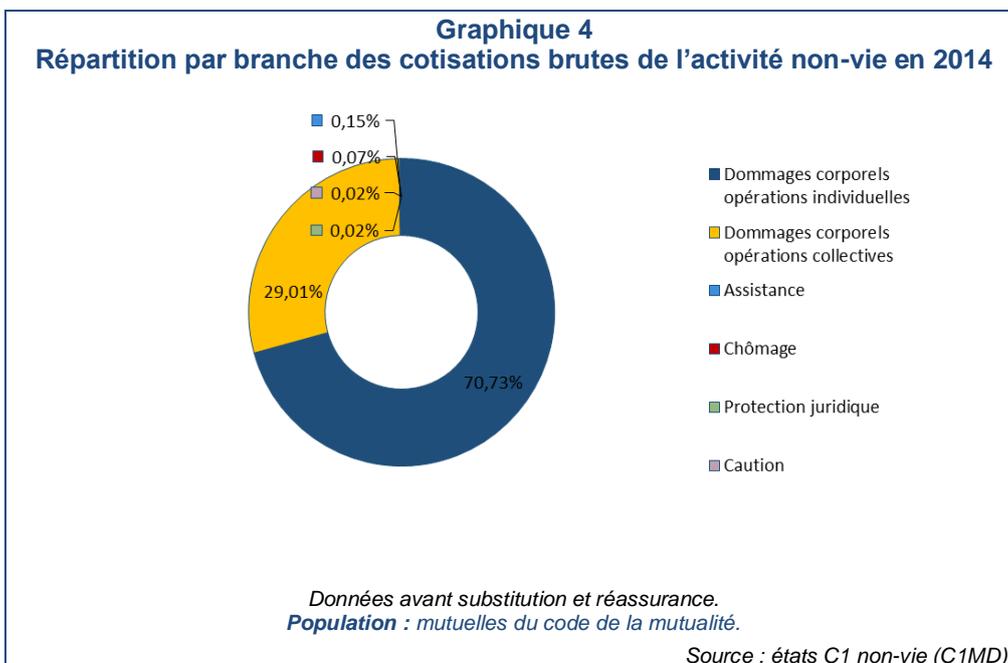
La diminution du chiffre d'affaires (-2,1%) constatée entre les exercices comptables 2010 et 2011 s'explique, non pas par une réelle diminution de l'activité, mais par un changement dans la comptabilisation de la contribution finançant la couverture maladie universelle à la charge des organismes complémentaires de couverture maladie (cf. Encadré 5 ci-dessus).

Avec une croissance de +8% de leur chiffre d'affaires, ce sont les mutuelles mixtes qui sont à l'origine de la croissance du chiffre d'affaires global de l'activité non-vie (+6%). À l'opposé, le chiffre d'affaires des mutuelles exerçant uniquement une activité non-vie décroît de 2,6% environ. En conséquence, la part des mutuelles dites mixtes dans la constitution de ce chiffre d'affaires global continue à croître : avec un chiffre d'affaires atteignant en 2014 un montant de 16,2 milliards d'euros, la part des mutuelles mixtes est désormais supérieure à 80% quand elle était aux alentours de 75% en 2010 (cf. Graphique 3). Ce constat confirme la concentration du marché mutualiste dans son ensemble et la taille relativement plus importante des mutuelles mixtes soulignée plus haut.

⁷ Voir *Les chiffres du marché français de l'assurance 2014*

3.1.2 Une répartition de l'activité concentrée sur les dommages corporels, et notamment les contrats individuels, mais stable dans le temps

L'activité des mutuelles est concentrée sur l'assurance des dommages corporels (branches 1 et 2) : 99,7% du chiffre d'affaires de l'activité non-vie provient ainsi de contrats souscrits dans ces branches, contrats plus communément appelés des « complémentaires santé » (cf. Graphique 4). Les autres branches de l'activité non-vie réalisée par les mutuelles restent très largement minoritaires avec respectivement 0,15% du chiffre d'affaires de l'activité non-vie pour l'assistance (branche 18), 0,07% pour le chômage (branche 16) et 0,02% pour la protection juridique (branche 17) et la caution (branche 15).



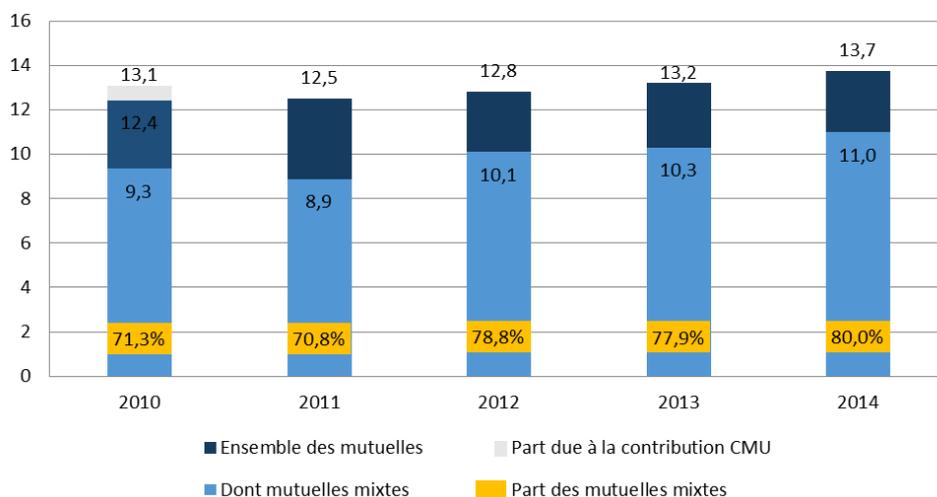
Parmi les contrats dommages corporels, on distingue les contrats dits individuels, souscrits par et assurant une personne privée (et éventuellement ses ayant-droits), et les contrats dits collectifs, souscrits par une personne morale et assurant les membres du groupe qui la composent (ainsi que leurs éventuels ayant-droits). Les contrats dommages corporels individuels représentent près de 71% du chiffre d'affaires de l'activité non-vie tandis que les contrats collectifs en représentent 29% (cf. Graphique 4), soit une répartition relativement stable dans le temps.

Néanmoins, la mise en place prochaine de l'ANI et la généralisation de la complémentaire santé, obligatoire et en partie financée par l'employeur, pour l'ensemble des salariés, devrait faire évoluer cette répartition vers une part croissante des contrats collectifs. On observe d'ailleurs d'ores et déjà que le chiffre d'affaires collecté sur les contrats dommages corporels collectifs croît plus rapidement que celui des contrats individuels : ainsi, entre 2013 et 2014, les primes collectées sur des contrats collectifs augmentent de 9% (contre 6% pour l'ensemble du marché)⁸, tandis que celles en provenance des contrats individuels progressent au même rythme (4%).

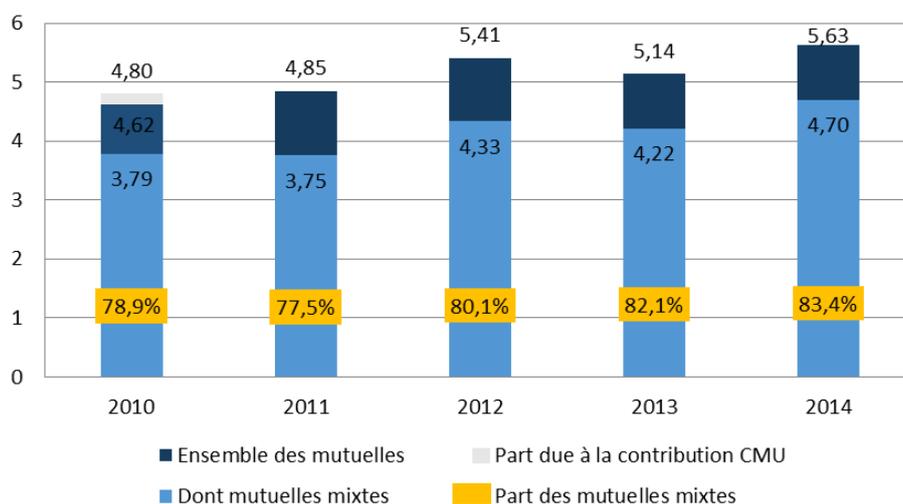
⁸ Les taux de croissance du chiffre d'affaires des mutuelles sur ces contrats diffèrent légèrement de ceux publiés dans le rapport *Les chiffres du marché français de l'assurance* pour des raisons de périmètre retenu pour cette étude (échantillon et activité).

Graphique 5
Chiffre d'affaires des garanties dommages corporels
 En milliard d'euros

a) Dommages corporels opérations individuelles



b) Dommages corporels opérations collectives



*Données avant substitution et réassurance.
 Population : mutuelles du code de la mutualité.*

Source : états C1 non-vie (C1MD)

Cette dernière observation est à nuancer toutefois : la croissance du chiffre d'affaires provenant des contrats collectifs, bien que notable pour l'exercice 2014, est moins stable et continue que celle observée sur les contrats individuels. Avec un montant de cotisations collecté s'élevant à 13,73 milliards d'euros en 2014, le chiffre d'affaires des contrats individuels est en croissance continue depuis l'exercice 2011. Le rythme de croissance des contrats collectifs est quant à lui plus erratique sur la même période, avec un recul entre les exercices 2012 et 2013 avant la forte augmentation constatée l'année suivante (cf. Graphique 5).

Enfin, on constate une part des mutuelles mixtes, dans le chiffre d'affaires collecté, supérieure sur les contrats collectifs que sur les contrats individuels. Ainsi, la mise en place de l'ANI et l'augmentation probable, voire déjà amorcée, du volume, et *in fine* de la part dans le chiffre d'affaires total, des contrats collectifs devrait avoir pour conséquence un nouveau renforcement de la part des structures mixtes sur le marché.

3.1.3 Une augmentation plus que proportionnelle des cotisations données en substitution et cédées, ou rétrocédées, en réassurance qui ne remet néanmoins pas en cause la croissance du chiffre d'affaires net

La croissance des cotisations acquises brutes en 2014 est minorée par celle plus que proportionnelle des cotisations données en substitution et cédées, ou rétrocédées, en réassurance. Ces dernières augmentent en effet de +22% entre les exercices 2013 et 2014, quand les cotisations brutes n'augmentent que de +5,4% (cf. Tableau 2). C'est ainsi davantage le rythme de croissance comparé à celui du chiffre d'affaires qui est notable plutôt que le volume de cotisations données en substitution ou cédées en réassurance. Concernant plus spécifiquement la réassurance, et contrairement au reste du marché, le volume comme la part des cotisations cédées est globalement orientée à la hausse (11,7% en 2014 après 10,1% en 2013) sur l'ensemble de la période (cf. Graphique 6). Cette part reste néanmoins inférieure à celle observée sur l'ensemble du marché (16,7%).

Tableau 2
Cotisations brutes et nettes acquises sur l'activité non-vie
En millions d'euros

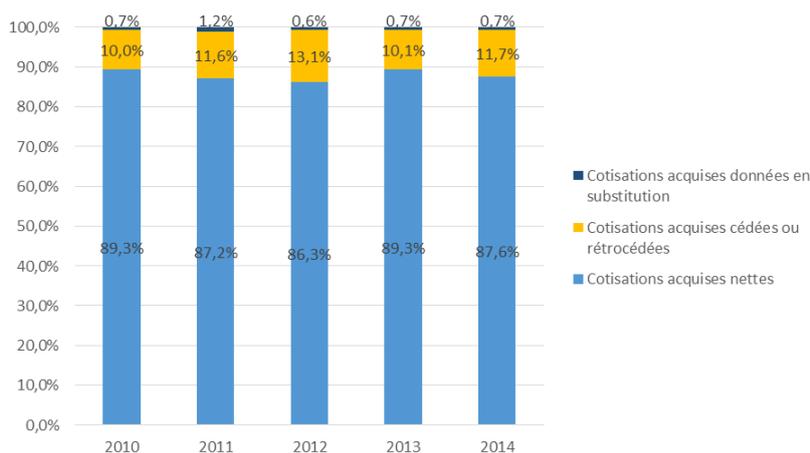
	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2013-2014
Cotisations acquises brutes	18 930	18 522	18 925	18 933	19 957	5,4%
Cotisations acquises cédées en substitution ou données en réassurance	2 026	2 374	2 599	2 034	2 478	21,8%
<i>dont données en substitution</i>	141	229	122	125	143	14,4%
<i>dont cédées ou rétrocédées</i>	1 885	2 144	2 477	1 909	2 335	22,3%
Cotisations acquises nettes	16 904	16 148	16 330	16 899	17 479	3,4%

Données avant substitution et réassurance.

Population : mutuelles du code de la mutualité.

Source : compte de résultat technique des opérations non-vie (CRTD)

Graphique 6
Cotisations non-vie données en substitution ou cédées en réassurance
En pourcentage des cotisations non-vie brutes acquises



Données avant substitution et réassurance.

Population : mutuelles du code de la mutualité.

Source : compte de résultat technique des opérations non-vie (CRTD)

En dépit de cette croissance de l'activité de substitution et de réassurance en 2014, le chiffre d'affaire, mesuré cette fois par les cotisations acquises nettes de substitution et de réassurance est également orienté à la hausse depuis l'exercice 2011, avec une croissance de 3,4% entre les exercices 2013 et 2014.

3.2 Des résultats techniques en hausse mais contrastés selon le type de contrat

3.2.1 Un résultat technique global qui s'améliore avec le solde de souscription et le solde financier, malgré une augmentation des frais et charges de gestion

Les résultats techniques des mutuelles exerçant en non-vie s'améliorent de manière significative sur les cinq derniers exercices, avec une augmentation de +51% entre 2013 et 2014. Globalement, le résultat technique des mutuelles opérant en non-vie augmente de +141% entre 2010 et 2014, malgré un léger recul sur l'exercice 2013.

Tableau 3
Compte de résultat non-vie des mutuelles
En millions d'euros

	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2013-2014
Cotisations acquises brutes	18 930	18 522	18 925	18 933	19 957	5%
<i>dont données en substitution ou cédées en réassurance (1)</i>	2 026	2 374	2 599	2 034	2 478	22%
Charge de sinistre et provisions techniques brute	15 567	15 815	16 244	16 204	16 902	4%
<i>dont donnés en substitution ou cédés en réassurance (2)</i>	1 695	2 039	2 228	1 660	1 973	19%
Solde de souscription brut	3 362	2 707	2 681	2 729	3 055	12%
<i>dont donné en substitution ou cédé en réassurance (1)-(2)</i>	<i>331</i>	<i>335</i>	<i>371</i>	<i>374</i>	<i>505</i>	<i>35%</i>
Frais d'acquisition et administration	1 905	1 928	1 944	1 987	2 178	10%
Autres charges techniques nettes *	1 435	578	623	653	720	10%
Charge de réassurance: (1)-(2)-Comm. reçues des réass. - Part. des réass. dans la participation aux excédents	33	78	-32	76	111	45%
Solde de souscription, frais et charges techniques nets inclus (3)	-10	123	146	13	47	271%
Participation aux excédents brute (4)	63	65	128	46	45	-3%
<i>dont participation aux excédents nette ** (5)</i>	<i>38</i>	<i>31</i>	<i>87</i>	<i>45</i>	<i>28</i>	<i>-37%</i>
Produits financiers alloués (6)	154	15	128	163	193	19%
Solde financier brut (7): (6)-(4)	91	-51	-1	117	148	27%
Solde financier net: (6)-(5)	116	-16	41	118	165	40%
Résultat technique: (3)+(7)	82	72	145	129	195	51%

* Autres charges techniques nettes = autres charges techniques – autres produits techniques

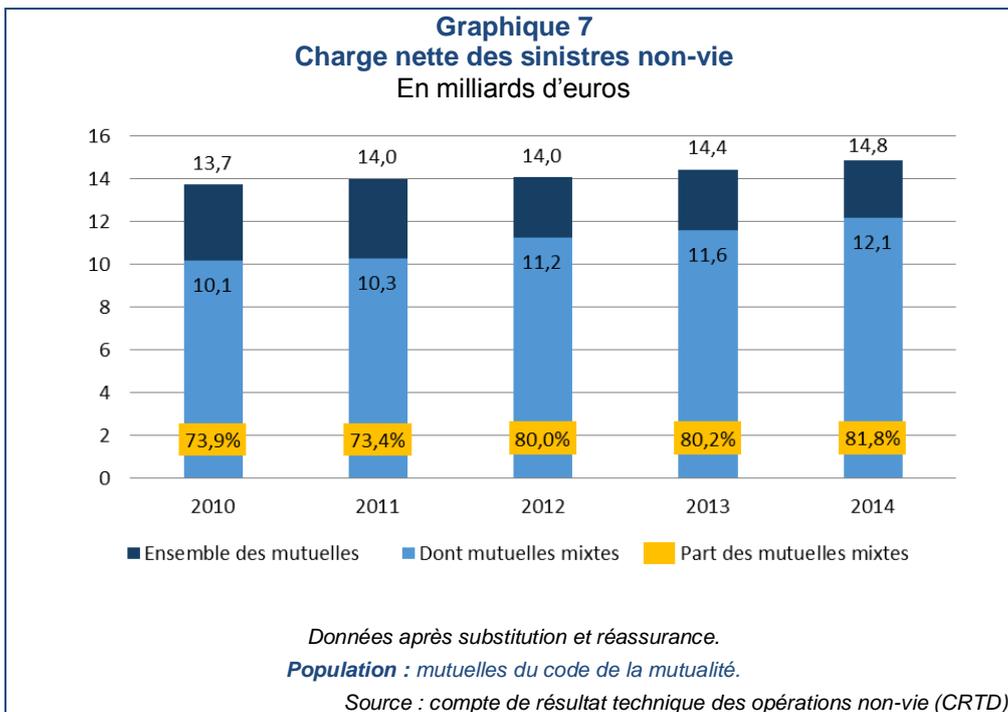
** Participation aux excédents nette= participations aux excédents brute – part des réassureurs dans la participation aux excédents

Population : mutuelles du code de la mutualité.

Source : compte de résultat technique des opérations non-vie (CRTD)

Deux sources majeures d'amélioration contribuent à cette augmentation du résultat technique : d'une part, l'amélioration depuis 2012 du solde de souscription brut et, d'autre part, la croissance très significative du solde financier affecté à l'activité non-vie entre les exercices 2012 et 2014, après l'enregistrement d'un solde négatif à la clôture de l'exercice 2011 (cf. Tableau 3).

L'amélioration du solde de souscription s'explique par un rythme de croissance des cotisations acquises brutes (cf. ci-dessus) plus rapide que celui de la sinistralité. En effet, après avoir stagné sur les exercices 2011 et 2012, la charge nette des prestations croît depuis 2012 à un rythme moyen – et relativement modéré – de 3% par an (cf. Graphique 7).



La forte augmentation du solde financier mentionnée plus haut est due aux mouvements opposés des produits nets des placements, qui augmentent de manière continue depuis 2011, et de la participation aux excédents, qui diminue quant à elle depuis 2012.

S'y ajoute depuis 2013 une nouvelle tendance à la hausse des frais d'acquisition et d'administration, après une relative maîtrise de ces derniers entre les exercices 2010 et 2012, ainsi que l'envolée des autres charges de gestion nettes (cf. 3.2.3).

3.2.2 Des résultats techniques néanmoins contrastés par type de contrats, les contrats collectifs demeurant déficitaires

La croissance globale du résultat technique de l'ensemble des mutuelles du livre 2 du code de la mutualité ne doit pas masquer des résultats techniques par types de contrats, individuels et collectifs, qui, bien que s'améliorant dans les deux cas, restent contrastés. Ce contraste s'observe essentiellement dans les soldes de souscription (frais et charges techniques nets inclus) de ces différents types de contrats : les soldes de souscription issus des contrats individuels sont systématiquement largement positifs quand ceux issus des contrats collectifs sont, au contraire, systématiquement largement négatifs sur les cinq derniers exercices (cf. les trois dernière lignes du tableau 4).

Tableau 4
Solde de souscription (frais et charges techniques nets inclus) de l'activité
en affaires directes, ventilé entre contrats individuels et collectifs
 En millions d'euros

	2011	2012	2013	2014	Evolution 2013-2014
Cotisations acquises brutes	17 900	18 271	18 463	19 410	5%
<i>dont contrats indivs.</i>	12 834	12 803	13 208	13 727	4%
<i>dont contrats collectifs.</i>	4 994	5 410	5 209	5 630	8%
Charge de prestations	15 296	15 659	15 797	16 411	4%
<i>dont contrats indivs.</i>	10 644	10 538	11 025	11 258	2%
<i>dont contrats collectifs.</i>	4 598	5 095	4 749	5 116	8%
Charge de réassurance	34	-37	60	108	79%
<i>dont contrats indivs.</i>	59	68	19	97	410%
<i>dont contrats collectifs.</i>	-26	-118	45	19	-58%
Solde de souscription	2 570	2 649	2 605	2 890	11%
<i>dont contrats indivs.</i>	2 131	2 197	2 164	2 372	10%
<i>dont contrats collectifs.</i>	422	433	414	495	19%
Frais et charges techniques nettes	2 465	2 516	2 593	2 844	10%
<i>dont contrats indivs.</i>	1 760	1 818	1 909	2 086	9%
<i>dont contrats collectifs.</i>	687	683	657	730	11%
Solde de souscription, frais et charges techniques nettes inclus	106	133	13	46	257%
<i>dont contrats indivs.</i>	370	378	255	286	12%
<i>dont contrats collectifs.</i>	-265	-251	-243	-235	3%

Population : mutuelles du code de la mutualité.

Note : Les soldes de souscription (frais et charges techniques nets inclus) réalisés sur les contrats individuels et collectifs ne se somment pas exactement au solde de souscription total réalisé sur l'ensemble de l'activité non vie en affaires directes pour deux raisons : d'une part, bien que très fortement majoritaires, les contrats dommages corporels ne représentent pas l'entièreté de l'activité en affaires directes et, d'autre part, quelques incohérences ou erreurs de déclaration subsistent au sein des états prudentiels C1MD remis par les organismes. Pour les mêmes raisons, le solde de souscription des affaires directes n'est pas exactement égal à celui présenté dans le tableau 3 qui : 1) inclus les activités en LPS et acceptées en réassurance et 2) proviennent de l'état CRTD parfois en incohérence avec l'état C1MD.

Source : état C1 non-vie (C1MD)

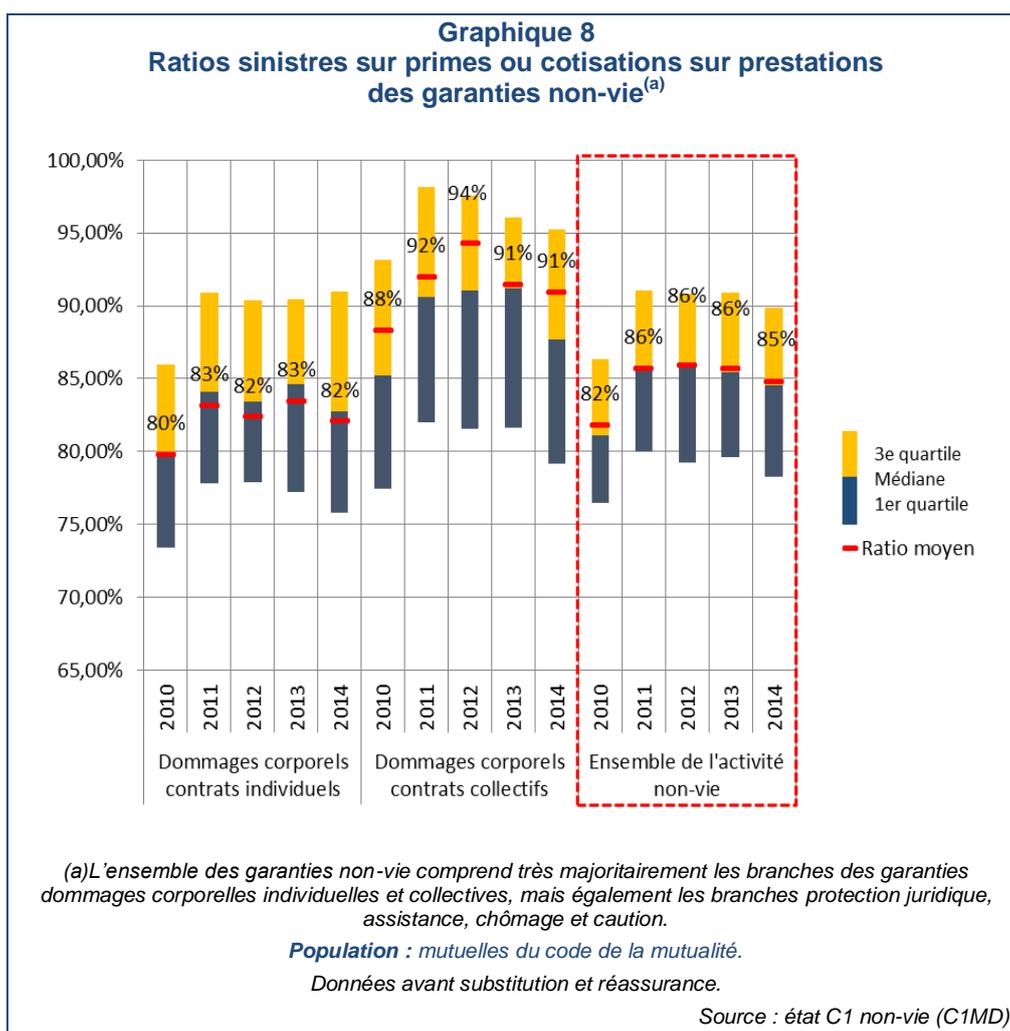
En 2014, le solde de souscription (frais et charges techniques nettes inclus) réalisé sur les contrats individuels s'établit à 286 millions d'euros tandis que celui réalisé sur les contrats collectifs est largement déficitaire à -235 millions d'euros. Ce contraste entre ces deux types de contrats est récurrent sur l'ensemble des cinq exercices étudiés et provient notamment des frais et charges de gestion nets qui, une fois inclus, font basculer le solde de souscription en déficit pour les contrats collectifs, et ce en dépit de l'amélioration du solde de souscription initial sur les deux types de contrats.

Depuis 2011, on note néanmoins une amélioration légère mais continue du solde de souscription des contrats collectifs, aussi bien pour le solde brut que celui net des frais et autres charges techniques nettes. Au contraire, en raison d'une augmentation continue des frais, les contrats individuels ont connu un fort recul de leur solde de souscription net de ces frais en 2013 avant que ce dernier ne reparte à la hausse en 2014, restant cependant largement inférieur à son niveau de 2011 et 2012.

Ces différences entre les contrats individuels et collectifs s'observent également à travers les ratios Sinistres sur Primes (S/P), également appelés Prestations sur Cotisations (P/C) dans la sphère mutualiste, et des ratios combinés, prenant en compte les frais de gestion.

Les ratios P/C de l'ensemble de l'activité non-vie s'établissent à 86% entre 2011 et 2013 puis à 85% en 2014 (cf. Graphique 8), en lien avec l'accélération constatée

des cotisations acquises; le niveau de ce ratio pour les mutuelles, qui est proche de celui observé pour l'ensemble du secteur⁹, leur permet de dégager un bénéfice.

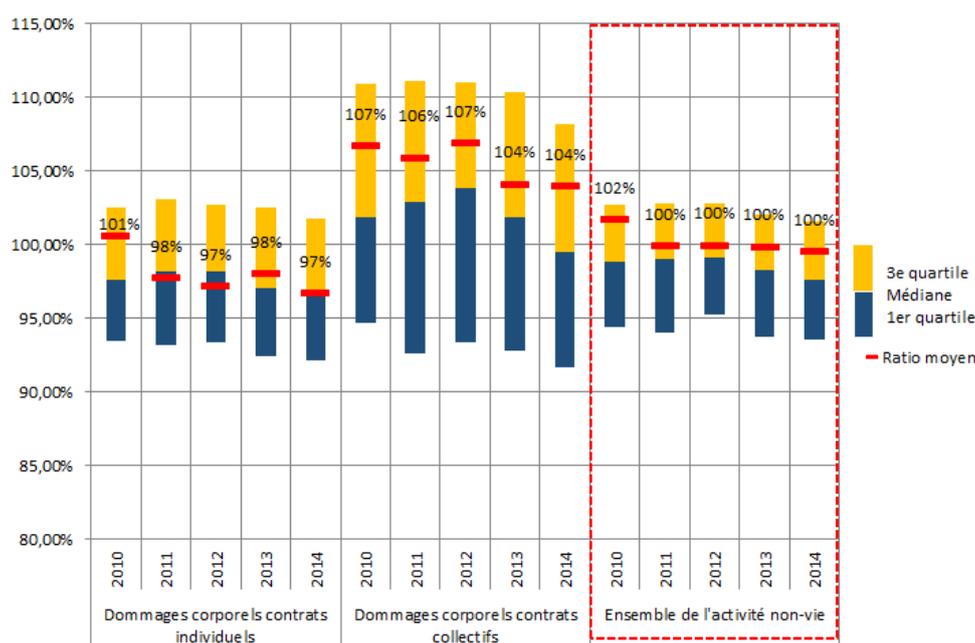


Néanmoins, on constate que ces mêmes ratios calculés par type de contrats révèlent des disparités notables entre les contrats dommages corporels individuels et collectifs : si les ratios P/C des contrats individuels s'établissent aux alentours de 80%, ceux des contrats collectifs s'établissent au-dessus de 90% (cf. Graphique 8). On retrouve ici les observations précédentes : des contrats collectifs au solde de souscription bénéficiaire, mais laissant peu de marge de manœuvre pour absorber les divers frais afférents à leur gestion. La distribution de ces ratios sur les contrats collectifs est toutefois orientée à la baisse depuis l'exercice 2012.

Dès lors que les frais de gestion sont intégrés au calcul des ratios P/C pour obtenir les ratios dits combinés, les contrats collectifs dépassent le seuil des 100% de ratio moyen (cf. Graphique 9), ce qui témoigne d'une gestion déficitaire. On constate néanmoins une amélioration sur les exercices 2013 et 2014 qui voient passer le ratio combiné de 107% de ratio moyen en 2012 à 104% à la clôture 2014. Dans ces conditions, et avec des ratios moyens pour les contrats individuels stables sur la période 2011 à 2014, le ratio combiné de l'ensemble de l'activité non-vie s'établit à tout juste 100% en 2014 pour le quatrième exercice consécutif, et est ainsi comparable à celui de l'ensemble du marché.

⁹ cf. graphique 6 du rapport Les chiffres du marché français de l'assurance, cité *supra*.

Graphique 9
Ratios combinés des garanties non-vie



Données avant substitution et réassurance.
Population : mutuelles du code de la mutualité.

Source : état C1 non-vie (C1MD)

L'établissement régulier du ratio combiné à 100% depuis 2011 confirme que la croissance observée du résultat technique global est essentiellement due à la bonne tenue du résultat financier alloué au compte-technique non-vie, l'activité purement technique non-vie ne dégageant que peu ou pas de bénéfice. On note néanmoins qu'à l'instar des ratios P/C, les distributions des ratios combinés se déplacent vers le bas.

Encadré 6 : Le ratio Prestations sur Cotisations et le ratio combiné

En assurance non-vie, les deux ratios les plus utilisés pour mesurer la rentabilité technique des opérations sont :

- **Le ratio S/P** dit « ratio sinistres sur primes » ou P/C pour « prestations sur cotisations », applicable aux activités d'assurance non-vie, est le rapport entre le montant de la charge des sinistres avérés et des cotisations acquises sur un même contrat d'assurance ou une branche. Lorsqu'il est mesuré par année de survenance, il constitue une bonne mesure de la sinistralité des organismes d'assurance.

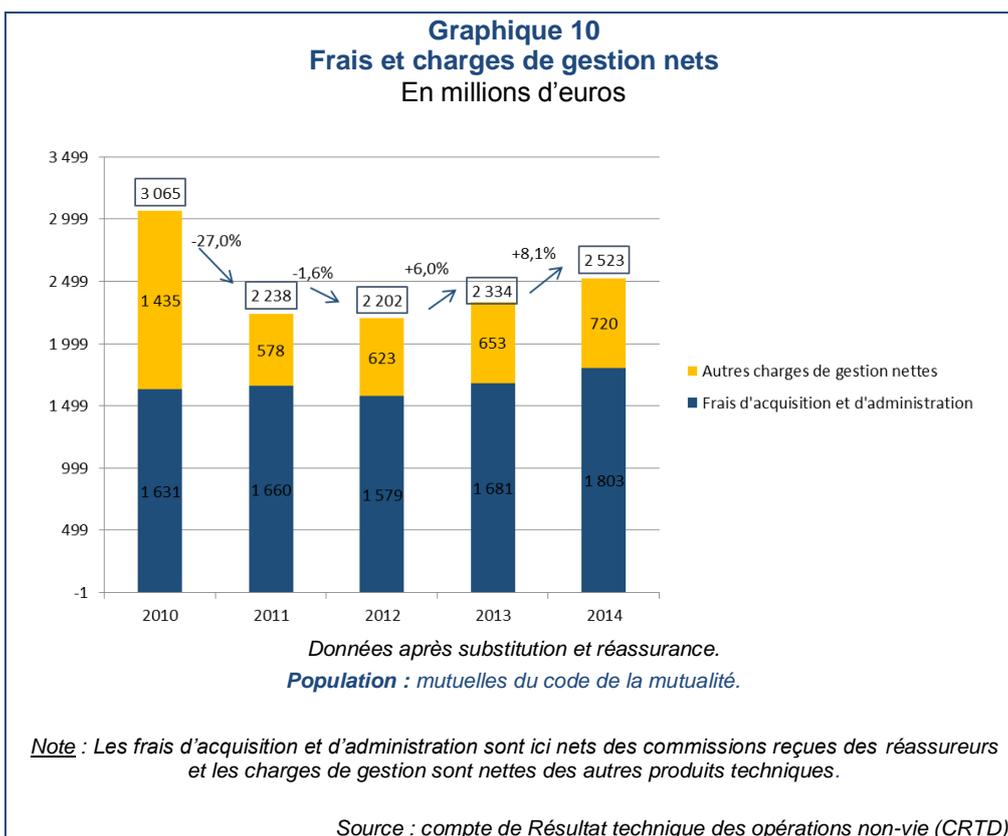
$$\text{Ratio S/P} = \text{Charges des sinistres nettes} / \text{Primes acquises nettes.}$$

- **Le ratio combiné** qui s'obtient en calculant le rapport de la charge des sinistres et des frais généraux sur les primes (ou cotisations) nettes acquises. Ce ratio permet aux organismes d'assurance d'appréhender leurs performances à la fois en termes de sinistralité et de coûts de gestion. Un ratio supérieur à 100 % signifie que la charge de sinistres et les frais de gestion afférents dépassent les primes (ou cotisations) ; les organismes d'assurance peuvent alors corriger ce déficit technique par des bénéfices financiers.

$$\text{Ratio combiné} = (\text{Charges des sinistres nettes} + \text{frais d'acquisition et d'administration nets} + \text{autres charges techniques nettes}) / \text{Primes acquises nettes}$$

3.2.3 Des frais et charges de gestion qui repartent à la hausse après une période de stabilisation entre 2011 et 2012

Après avoir semblé être maîtrisés et stabilisés sur les exercices 2011 et 2012, l'ensemble des frais et charges de gestion nets repartent à la hausse depuis l'exercice 2013 (cf. Graphique 10). En 2014, ils progressent ainsi de +8,1% quand les cotisations ne progressent que de +5,4% (cf. *supra*), faisant ainsi passer leur poids dans les cotisations nettes à près de 14,5% lorsqu'il était stabilisé aux alentours de 13,7% pour les trois exercices précédents. Par rapport à l'ensemble du marché, on constate que les frais et charges de gestion nets augmentent plus vite (+2,8% en 2014 pour l'ensemble du marché et pèsent plus lourd dans les cotisations (9,5% des cotisations pour l'ensemble du marché).



La diminution drastique des autres charges de gestion nettes entre les exercices 2010 et 2011 s'explique par la transformation en 2011 de la contribution CMU-C en taxe supportée directement par les assurés quand elle était jusqu'alors incluse dans les autres charges de gestion nettes.

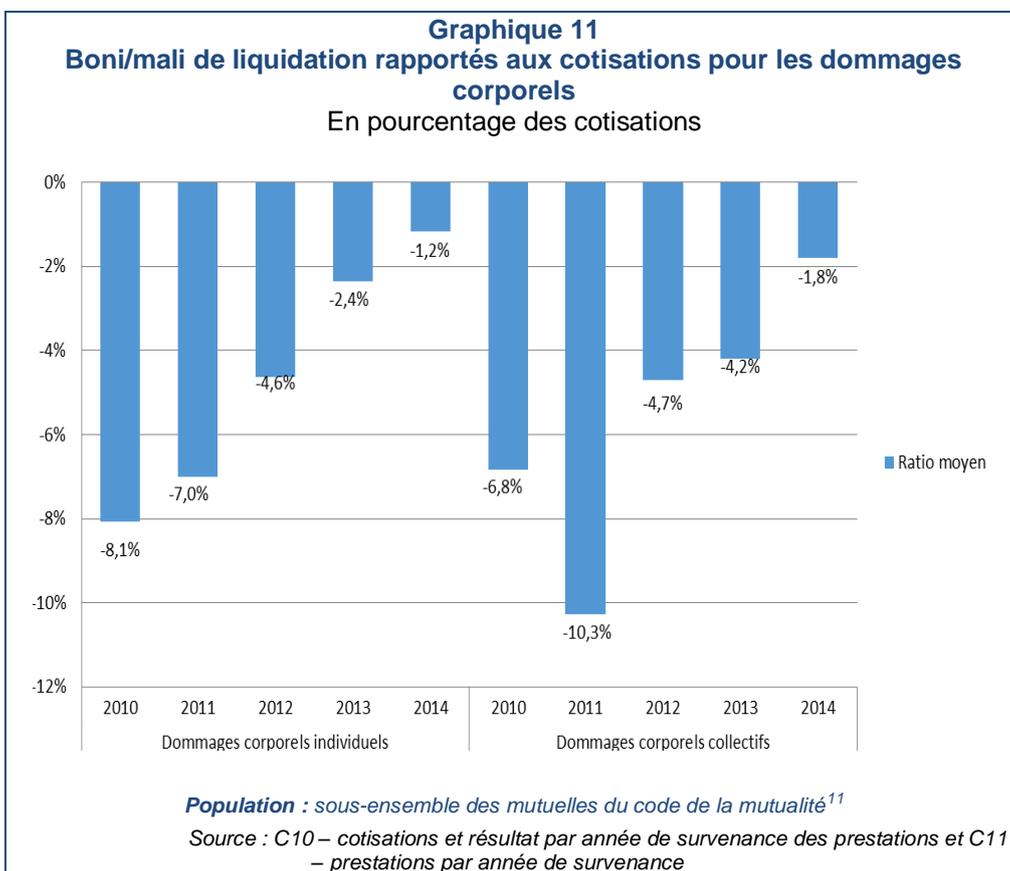
Au-delà de ce changement d'enregistrement comptable, on observe une stabilisation et une maîtrise des frais d'acquisition et d'administration entre les exercices 2010 et 2012. Par contre, depuis l'exercice 2013, l'ensemble de ces charges repartent à la hausse. On constate que cette augmentation est particulièrement marquée pour les autres charges de gestion nettes, qui progressent de 10% entre les exercices 2013 et 2014 quand les frais d'acquisition et d'administration progressent de 7% (cf. Graphique 10). Cette augmentation peut s'expliquer par des charges accrues liées aux évolutions réglementaires, et plus particulièrement l'entrée en vigueur de Solvabilité II et la mise en place de l'ANI.

3.3 Des mali de liquidation récurrents, bien qu'en diminution, et nuanciant les bons résultats techniques

En raison de l'absence ou de l'incohérence de certaines données, l'étude des boni et/ou mali de liquidation n'a pu s'effectuer sur l'ensemble de l'échantillon ; néanmoins, le sous-échantillon retenu représente 87% des cotisations et 91% des provisions pour les contrats individuels et au moins 80% des cotisations et 90% des provisions techniques pour les contrats collectifs¹⁰.

Les Provisions pour Prestations A Payer (PPAP) sont constituées à chaque clôture d'exercice pour faire face aux sinistres survenus au cours de l'exercice écoulé connus mais non encore réglés ou non encore connus. Les PPAP constituées sont ainsi rattachées à un exercice comptable et sont réévaluées et/ou reportées à chaque clôture comptable pour l'ensemble des exercices précédents. Lorsque ces provisions pour un exercice donné suffisent à couvrir les sinistres réglés tardivement rattachés à ce même exercice, l'organisme constate un bonus de liquidation ; dans le cas inverse, c'est un malus de liquidation.

Entre 2010 et 2014, les mutuelles opérant en non-vie ont constaté des mali de liquidation récurrents et relativement importants jusqu'en 2012. Ces mali de liquidation sont néanmoins en nette diminution et ont été divisés par deux entre les exercices 2013 et 2014, autant pour les contrats individuels que collectifs.

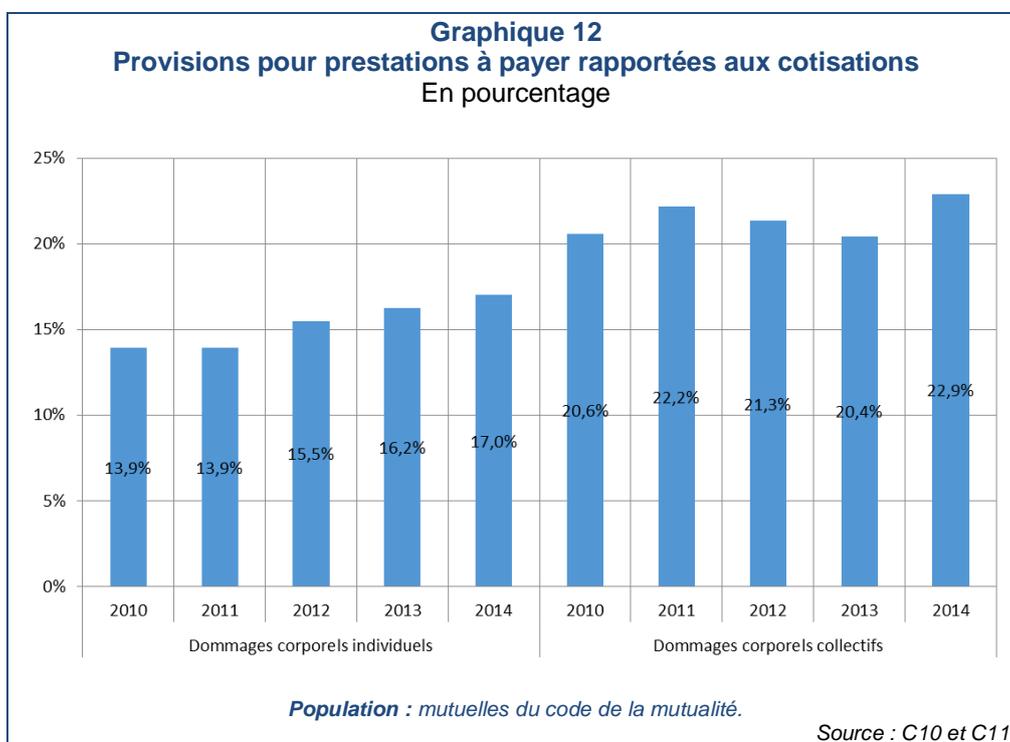


On observe une croissance relativement lente mais continue des provisions pour prestations à payer relatives aux dommages corporels individuels depuis l'exercice 2010. Si la tendance d'évolution est moins claire pour les PPAP relatives aux

¹⁰ Les chiffres concernant les contrats collectifs sont moins précis car il n'est pas possible de distinguer au niveau individuel pour l'ensemble de l'échantillon quels organismes ne remettent pas de données en contrats collectifs car ils n'en proposent pas et quels organismes remplissent partiellement ou mal les états C10 et C11 d'où les données sont tirées ; les chiffres retenus envisagent la pire situation : tous les organismes non remettant sont éliminés de l'échantillon et considérés en erreurs.

¹¹ Sous-ensemble des mutuelles du code de la mutualité représentant au moins 80% des cotisations totales agrégées et 90% des provisions techniques totales agrégées.

contrats dommages corporels collectifs, qui oscillent entre 21% et 23% des cotisations, on note néanmoins deux faits marquants : tout d'abord, les PPAP sur les contrats collectifs sont globalement plus importantes que celle constituées sur les contrats individuels, et ensuite on note une claire augmentation entre les exercices 2013 et 2014 après trois exercices de baisse consécutifs (cf. Graphique 12).



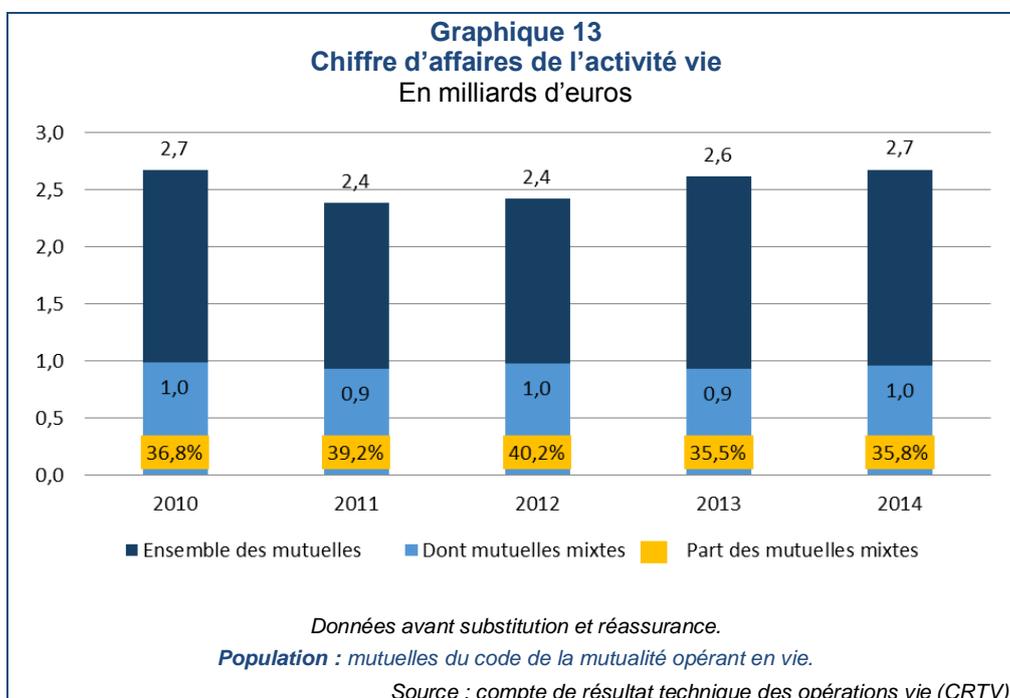
Cette augmentation des PPAP est probablement à l'origine de la diminution des mali de liquidation (voir mécanisme de constatation de mali de liquidation ci-dessus). Concernant les contrats collectifs, bien que la tendance soit moins claire, on constate néanmoins qu'à la forte hausse des PPAP en 2011 répond l'amorce de la diminution des mali de liquidation en 2012, avec l'exercice de retard correspondant.

4. L'activité et les résultats techniques des mutuelles du code de la mutualité opérant en vie

En 2014, l'activité vie représente 11,5% des cotisations brutes totales acquises par les mutuelles du livre 2 du code de la mutualité. Parmi les 362 mutuelles composant l'échantillon étudié, seules 17 mutuelles ont une activité vie uniquement pour 108 mutuelles mixtes. Bien que limitée, cette part de l'activité vie dans l'activité totale des mutuelles est en légère croissance depuis l'exercice 2011.

4.1 Un niveau d'activité, mesuré par les cotisations acquises brutes, orienté à la hausse sur les trois derniers exercices

Après une diminution marquée entre les exercices 2010 et 2011, le chiffre d'affaires des mutuelles opérant en vie, mesuré par le montant de leurs cotisations acquises brutes, s'est stabilisé et semble s'orienter à la hausse depuis l'exercice 2013. En s'établissant à 2,7 milliards d'euros en 2014, l'activité vie croît de +3,8% entre 2013 et 2014, après une croissance de +8% entre 2012 et 2013 (cf. Graphique 13). Cette croissance est moins rapide et significative sur le marché mutualiste que sur l'ensemble du marché vie français qui croît de +7% en 2014¹².

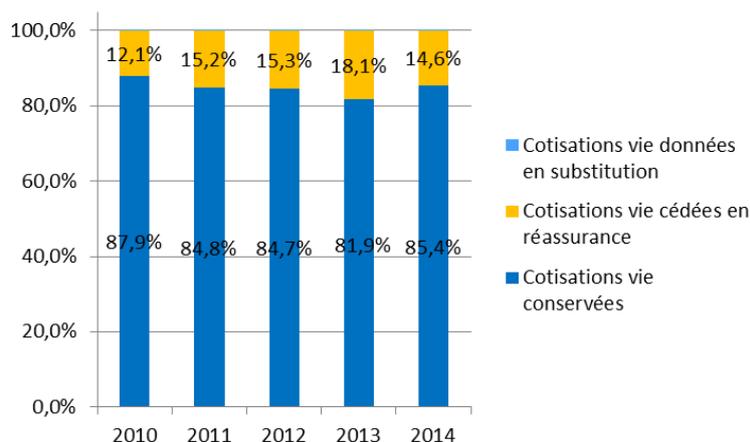


On constate que la part des mutuelles mixtes dans l'activité vie, s'établissant entre 35 et 36% sur les deux derniers exercices, est bien inférieure à la part de ces mêmes mutuelles dans l'activité non-vie. Cette part a de plus reculé depuis les exercices 2011 et 2012 où elle s'établissait aux alentours de 40% (cf. Graphique 13). Ainsi, l'activité vie reste essentiellement réalisée par des mutuelles spécialisées dans l'offre de ces branches d'assurance.

À l'instar de l'activité non-vie, une proportion relativement stable au cours du temps des cotisations brutes sont cédées ou rétrocédées en réassurance. Variant entre 12% en 2010 et 18% en 2013 avec une moyenne de 15% sur l'ensemble de la période (cf. Graphique 14), cette proportion est donc légèrement supérieure à celle des cotisations cédées ou rétrocédées de l'activité non-vie, ce qui est spécifique aux mutuelles par rapport à l'ensemble du marché où la part des cotisations cédées en réassurance est plus importante en non-vie. Cependant, ce constat est à nuancer par le petit nombre d'organismes mutualistes opérant uniquement en vie et sur lequel ces observations sont faites.

¹² Voir le rapport chiffres de l'ACPR 2014.

Graphique 14
Cotisations vie données en substitution ou cédées en réassurance
 En pourcentage des cotisations vie acquises brutes



Données avant substitution et réassurance.

Population : mutuelles du code de la mutualité opérant en vie.

Source : compte de résultat technique des opérations vie (CRTV)

4.2 Des résultats techniques en nette diminution depuis 2010 en raison d'une forte augmentation des frais et autres charges de gestion

Malgré l'augmentation de l'activité, que celle-ci soit mesurée par les cotisations acquises brutes et nettes ou par le solde de souscription, le résultat technique des mutuelles opérant en vie diminue drastiquement entre les exercices 2010 et 2014, passant de 350 millions d'euros à 77 millions d'euros. Le rythme de diminution s'est de plus accéléré sur les deux derniers exercices, avec une diminution de -55% entre les exercices 2013 et 2014 après -37% entre 2012 et 2013, soit une baisse de 100 millions d'euros chaque année sur les deux derniers exercices comptables (cf. Tableau 5). Cette diminution du résultat technique vie s'inscrit dans un mouvement global du marché ; néanmoins les postes à l'origine de ce mouvement à la baisse ne sont pas exactement les mêmes pour les mutuelles que pour l'ensemble du marché (voir ci-dessous).

Tableau 5
Compte de résultat vie des mutuelles
 En millions d'euros

	2010	2011	2012	2013	2014	Evolution 2013-2014
Cotisations	2 347	2 018	2 048	2 137	2 282	7%
Charges des prestations	1 798	1 962	1 750	1 832	1 950	6%
Solde de souscription	550	56	298	305	332	9%
Charges des provisions d'assurance vie et techniques	697	-81	441	572	748	31%
Solde après provisionnement	-148	137	-144	-267	-417	56%
Frais d'acquisition et d'administration	177	165	166	163	176	8%
Autres charges techniques nettes	2	35	52	67	90	34%
Solde après frais et charges de gestion	-326	-63	-361	-497	-683	37%
Produits des placements nets	1 492	933	1 354	1 492	1 514	1%
Participation aux résultats	724	608	653	706	650	-8%
Produits des placements transférés au compte non-technique	93	72	68	118	104	-11%
Solde financier	675	253	632	668	760	14%
RESULTAT TECHNIQUE VIE	350	191	271	171	77	-55%

(a) Frais d'acquisition = frais d'acquisition + frais d'administration – commissions reçues des réassureurs et garants en subst.

(b) Autres charges de gestion nettes = autres charges techniques – autres produits techniques.

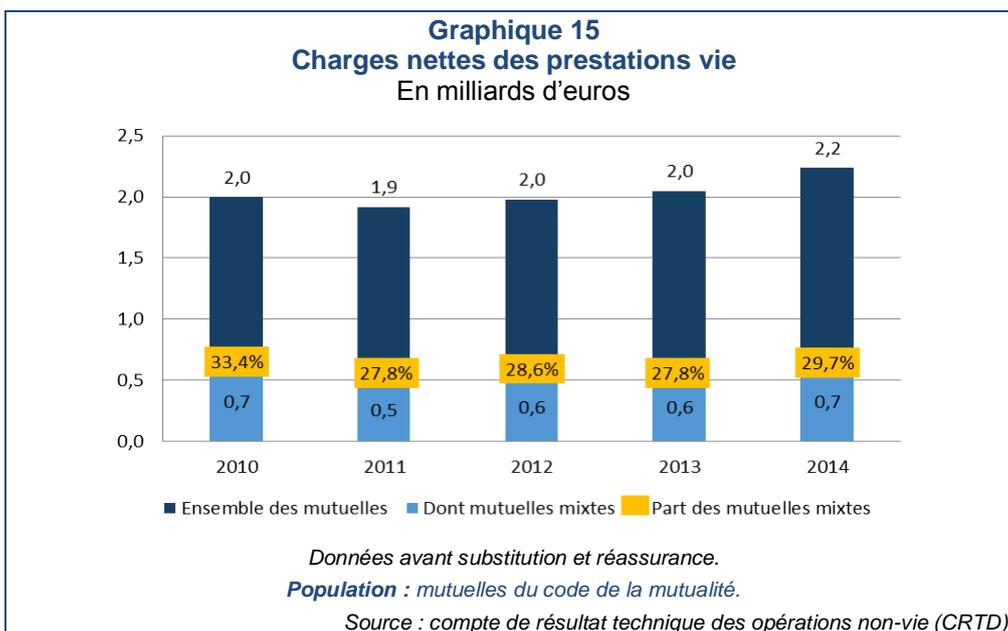
Données après substitution et réassurance.

Population : mutuelles du code de la mutualité opérant en vie

Source : compte de résultat – résultat technique des opérations vie (CRTV)

Cet effondrement du résultat technique vie s'explique par l'augmentation forte et continue des frais et charges de gestion depuis 2010. Bien que les frais d'administration et d'acquisition aient semblé dans un premier temps maîtrisés suite à leur forte diminution entre les exercices 2010 et 2011, ces derniers sont depuis revenus à leur niveau antérieur. Parallèlement, les autres charges techniques nettes ont continuellement augmenté depuis l'exercice 2010 sous l'effet d'un double mouvement d'augmentation des charges techniques et de diminution des autres produits techniques.

L'augmentation des frais et charges de gestion s'accompagne d'une augmentation significative des charges de provisions techniques constatée sur l'ensemble du marché et annule le redressement progressif du solde de souscription dû à la progression plus rapide des cotisations que celle de la sinistralité. En effet, bien que la charge nette des prestations augmente de +10% entre les exercices 2013 et 2014, elle avait auparavant stagné aux alentours de 2 milliards d'euros sur les quatre exercices précédents (cf. Graphique 15).

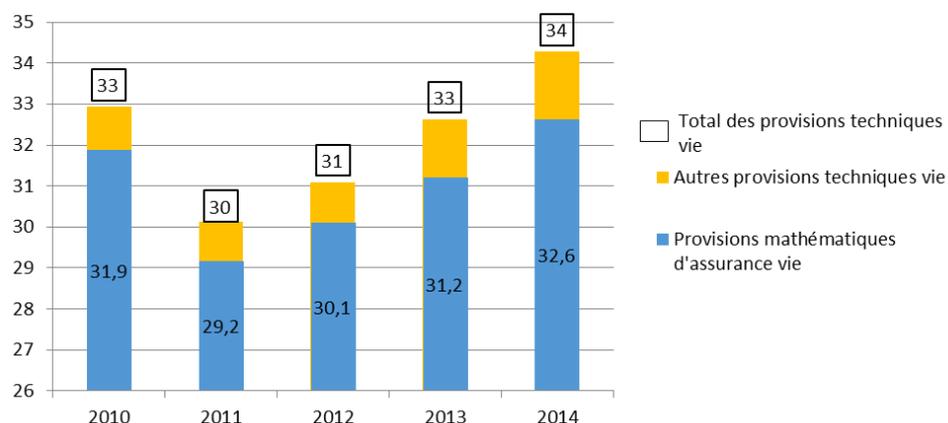


Contrairement au reste du marché, c'est donc le solde financier, qui, augmentant fortement et régulièrement depuis l'exercice 2012, après une forte diminution entre les exercices 2010 et 2011, permet de maintenir un résultat technique vie positif. En 2014, ce solde financier s'élève à 760 milliards d'euros avec une augmentation de +14% (cf. Tableau 5).

4.3 Un encours de provisions techniques vie en progression continue

Comme mentionné ci-dessus, la diminution du résultat technique vie est en grande partie due à l'augmentation importante et continue des provisions techniques à un rythme annuel moyen de 4%. Au sein des provisions techniques vie, ce sont notamment les provisions d'assurance vie qui progressent selon un rythme annuel moyen comparable (cf. Graphique 16).

Graphique 16
Encours de provisions techniques vie
 En milliards d'euros



Données avant substitution et réassurance.

Population : mutuelles du code de la mutualité.

Source : bilan passif (BILP)

En lien avec l'augmentation des cotisations, l'augmentation de l'encours des provisions d'assurance vie dénote une augmentation de l'activité vie des mutuelles. Cependant, on observe que les provisions techniques augmentent plus rapidement que les cotisations.

5. Structure des bilans et solvabilité des mutuelles de livre II du code de la mutualité

5.1 Une structure de bilan spécifique à chaque type de mutuelle mais stable au cours du temps

La structure du bilan des mutuelles dans leur ensemble apparaît comme très stable au cours des cinq derniers exercices comptables. Les principaux postes sont répartis comme suit : le montant de placements s'établit aux alentours de 86% en moyenne du total d'actif, les provisions techniques brutes aux alentours de 63% du passif en moyenne et les fonds propres aux alentours de 27% (cf. Tableau 6).

Tableau 6
Bilan simplifié de l'ensemble des mutuelles
En pourcentage du total du bilan

Actif						Passif					
	2010	2011	2012	2013	2014		2010	2011	2012	2013	2014
Actifs incorporels	0,3%	0,3%	0,3%	0,3%	0,2%	Fonds mutualistes et réserves	25,9%	27,8%	27,7%	27,9%	27,2%
						Passifs subordonnés	0,8%	0,8%	0,8%	0,8%	1,0%
Placements	87,4%	86,0%	85,0%	86,2%	84,7%	Provisions techniques brutes	64,6%	62,1%	62,2%	62,8%	62,3%
Placements afférents aux opérations en unités de comptes	0,3%	0,2%	0,2%	0,2%	0,3%	Provisions techniques des opérations en unités de compte	0,3%	0,2%	0,2%	0,3%	0,3%
Part des garants dans les engagements techniques donnés en substitution	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%	Engagements techniques sur opérations données en	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,1%
Part des cessionnaires et rétrocessionnaires dans les provisions techniques	3,5%	4,3%	4,7%	3,7%	4,0%	Provisions pour risques et charges	0,5%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%
						Fonds dédiés	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Créances	4,7%	5,0%	5,1%	4,9%	5,5%	Dettes pour dépôts en espèces reçus des cessionnaires	1,7%	2,2%	2,6%	1,8%	2,0%
Autres actifs	1,7%	2,1%	2,6%	2,5%	2,9%	Autres dettes	5,5%	6,0%	5,6%	5,6%	6,2%
Comptes de régularisation actif	2,0%	2,1%	2,1%	2,2%	2,3%	Comptes de régularisation passif	0,5%	0,4%	0,4%	0,4%	0,6%
Différence de conversion	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	Différence de conversion	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
TOTAL ACTIF	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	TOTAL PASSIF	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Population : mutuelles du code de la mutualité.

Source : états réglementaires bilan actif et bilan passif

Malgré cette relative stabilité, deux types d'évolutions sont à relever. Tout d'abord, la part des placements dans le total bilan recule entre 2010 et 2014 malgré une légère remontée en 2013 ; de même au passif, la part des provisions techniques brutes suit la même tendance. A l'opposé, cette diminution relative est compensée non seulement par l'augmentation du poids des fonds propres mais aussi par celle du poste autres dettes ; par effet miroir, le poids des créances à l'actif augmente lui aussi. Cette dernière évolution des créances et des dettes, notamment en 2014, peut s'inscrire dans le cadre d'une augmentation de l'activité discutée plus haut et donc d'un besoin en fonds de roulement plus important, mais devra néanmoins être suivie à l'avenir.

Toutefois, la stabilité de la structure des bilans (simplifiés) au cours du temps n'est pas incompatible avec une diversité de composition, et notamment de poids des divers agrégats, en fonction du type d'activité exercée par les mutuelles.

Ainsi, en relation attendue avec leur activité, on note deux types de différences majeures entre les mutuelles opérant uniquement en non-vie et les mutuelles opérant uniquement en vie. D'une part, le poids des provisions techniques et des placements (respectivement 90% et 94%) au bilan des mutuelles non-vie est plus important que le poids moyen décrit ci-dessus tandis qu'il est moins élevé pour les mutuelles non-vie (respectivement 22% et 78%) (cf. Tableaux 7 et 8). Et, d'autre part, on observe que le poids des créances et des autres dettes (8,7% pour les créances et 12,9% pour les dettes) est davantage significatif pour les mutuelles opérant uniquement en non-vie, par rapport au poids moyen (5,5% pour les créances et 2% pour les dettes), alors qu'il est plus faible pour les mutuelles opérant uniquement en vie. Cette différence s'explique probablement par une activité à horizon plus court pour les mutuelles non-vie et donc d'un besoin en fonds de roulement supérieur (cf. Tableaux 7 et 8).

Tableau 7
Bilan simplifié des mutuelles non-vie
En pourcentage du total du bilan

Actif	2010	2011	2012	2013	2014	Passif	2010	2011	2012	2013	2014
Actifs incorporels	0,9%	0,9%	1,0%	1,0%	0,6%	Fonds mutualistes et réserves	59,5%	60,3%	64,9%	62,7%	61,4%
						Passifs subordonnés	0,8%	0,7%	1,0%	1,0%	0,9%
Placements	78,5%	77,6%	76,3%	78,5%	76,9%	Provisions techniques brutes	22,6%	22,6%	18,7%	22,3%	22,3%
Placements afférent aux opérations en unités de comptes	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	Provisions techniques des opérations en unités de compte	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Part des garants dans les engagements techniques donnés en substitution	0,1%	0,1%	0,6%	0,5%	0,6%	Engagements techniques sur opérations données en substitution	0,1%	0,1%	0,6%	0,5%	0,6%
Part des cessionnaires et rétrocessionnaires dans les provisions	1,9%	2,0%	2,6%	2,1%	2,3%	Provisions pour risques et charges	1,5%	0,9%	0,9%	0,8%	0,8%
						Fonds dédiés	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Créances	9,5%	8,3%	9,3%	8,2%	9,2%	Dettes pour dépôts en espèces reçus des cessionnaires	0,2%	0,2%	0,4%	0,3%	0,3%
Autres actifs	7,9%	9,9%	9,0%	8,2%	8,7%	Autres dettes	14,9%	14,7%	13,1%	11,8%	12,9%
Comptes de régularisation actif	1,1%	1,2%	1,2%	1,5%	1,6%	Comptes de régularisation passif	0,4%	0,4%	0,5%	0,4%	0,8%
Différence de conversion	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	Différence de conversion	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
TOTAL ACTIF	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	TOTAL PASSIF	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Population : mutuelles du code de la mutualité non-vie.

Source : états réglementaires bilan actif et bilan passif

Tableau 8
Bilan simplifié des mutuelles vie
En pourcentage du total du bilan

Actif	2010	2011	2012	2013	2014	Passif	2010	2011	2012	2013	2014
Actifs incorporels	0,1%	0,0%	0,1%	0,1%	0,0%	Fonds mutualistes et réserves	7,1%	7,5%	7,7%	7,7%	7,7%
						Passifs subordonnés	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%
Placements	94,5%	94,7%	94,5%	94,4%	94,1%	Provisions techniques brutes	90,6%	90,5%	90,2%	89,8%	89,5%
Placements afférent aux opérations en unités de comptes	0,5%	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%	Provisions techniques des opérations en unités de compte	0,5%	0,4%	0,4%	0,5%	0,5%
Part des garants dans les engagements techniques donnés en substitution	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	Engagements techniques sur opérations données en substitution	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Part des cessionnaires et rétrocessionnaires dans les provisions	0,6%	0,6%	0,5%	0,8%	1,2%	Provisions pour risques et charges	0,1%	0,0%	0,1%	0,0%	0,0%
						Fonds dédiés	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
Créances	1,1%	1,1%	1,2%	1,0%	1,0%	Dettes pour dépôts en espèces reçus des cessionnaires	0,0%	0,0%	0,0%	0,6%	0,8%
Autres actifs	0,4%	0,4%	0,5%	0,4%	0,4%	Autres dettes	1,0%	0,8%	0,8%	0,6%	0,6%
Comptes de régularisation actif	2,8%	2,7%	2,8%	2,8%	2,7%	Comptes de régularisation passif	0,4%	0,4%	0,4%	0,4%	0,5%
Différence de conversion	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	Différence de conversion	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
TOTAL ACTIF	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	TOTAL PASSIF	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

Population : mutuelles du code de la mutualité vie.

Source : états réglementaires bilan actif et bilan passif

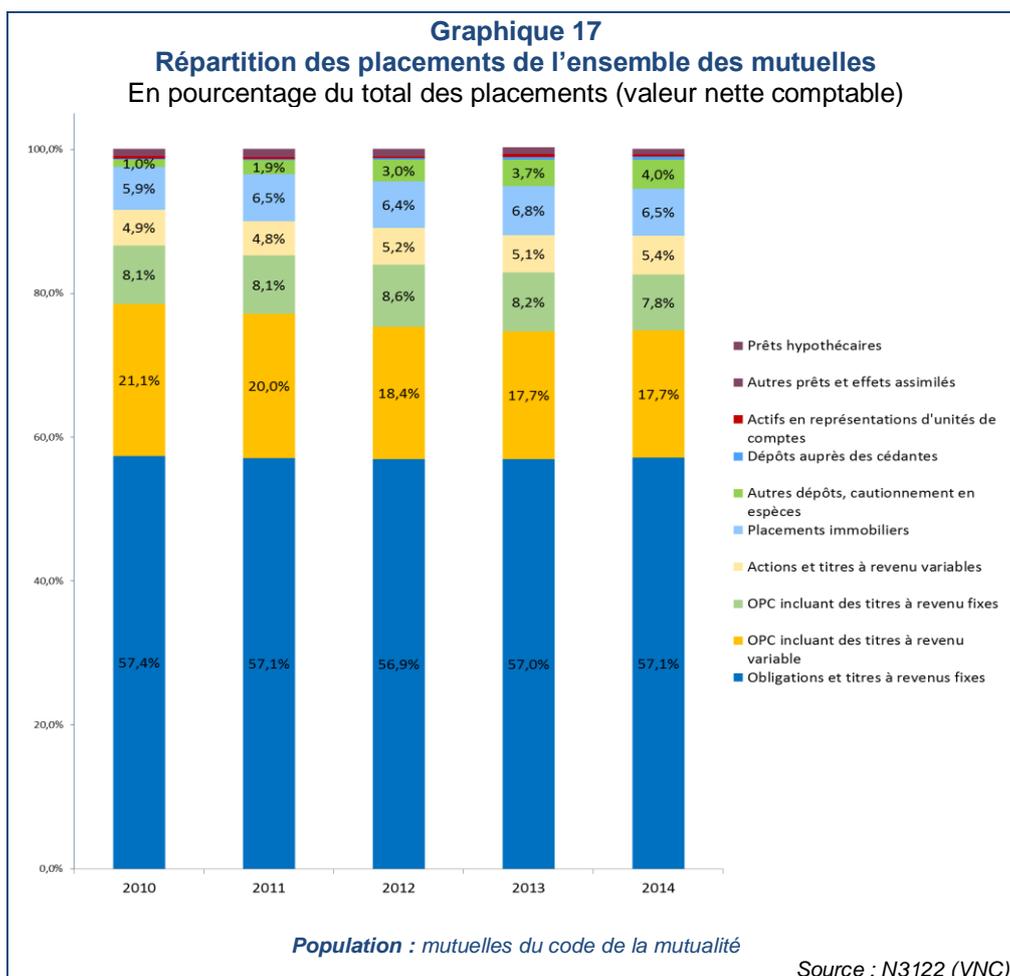
Enfin, la structure du bilan simplifié des mutuelles mixtes se rapproche du bilan moyen de l'ensemble des mutuelles. On note néanmoins un poids relatif plus important des fonds propres, aux alentours de 44%, se rapprochant davantage en cela des mutuelles non-vie ; de même le poids relatif des placements, environ 77%, est comparable à celui des mutuelles non-vie.

Il est important de noter ici que les mutuelles dites substituées, c'est-à-dire dont le risque accepté est transféré et porté par une autre mutuelle, dite garante, sont exemptés de la remise de la version électronique de leurs dossiers annuels à l'ACPR. Ainsi, ces mutuelles ne font pas *a priori* partie de l'échantillon étudié ici et leurs chiffres ne sont pas pris en compte dans cette étude. Cependant, leurs principaux grands agrégats, tels que leurs cotisations et leurs provisions techniques annuelles, sont déclarés dans les comptes de la garante et donc intégrés à l'étude. Leurs placements détenus en représentation de leurs engagements réglementés sont quant à eux transférés de la substitué à la garante lors de l'établissement de la convention de substitution. Parmi les grands agrégats comptables, seuls les fonds propres, ainsi que certains placements détenus en propre, ne sont pas récupérés par ce moyen. Ce biais est néanmoins limité étant donné que les mutuelles substituées disposent généralement de fonds propres faibles, dont la prise en compte ne modifierait pas significativement les structures de bilans agrégés ci-dessus. À titre d'exemple, pour l'année 2013, les fonds propres des mutuelles substituées représentent 0,44% des fonds propres de l'échantillon étudié.

5.2 Des placements relativement diversifiés, malgré une concentration d'obligations, rentables et en situation de plus-value latente

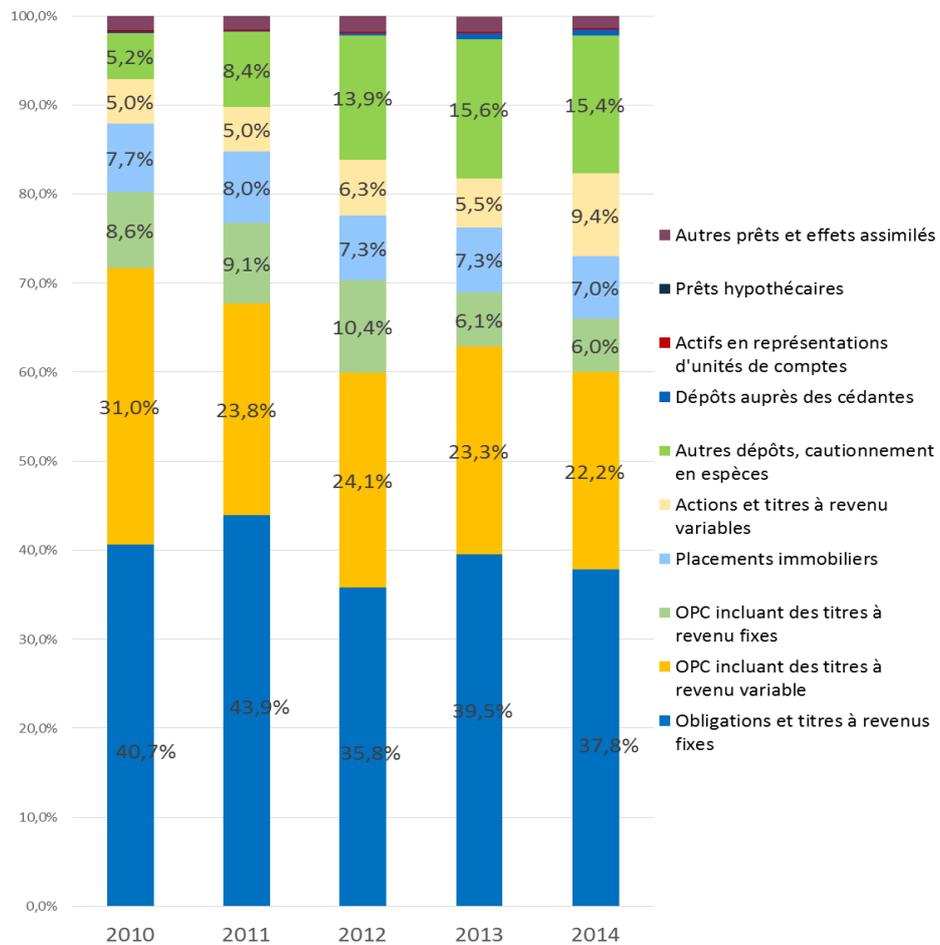
5.2.1 Des placements diversifiés dans l'ensemble mais répartis différemment selon le type de mutuelle

La répartition en termes de type de placements des actifs détenus en représentation des engagements réglementés des mutuelles du livre 2 du code de la mutualité est restée stable sur les cinq derniers exercices. Le portefeuille moyen des mutuelles se décompose ainsi comme suit : avec un poids de 57% du total des placements, les placements obligataires sont prépondérants, suivis par les parts d'Organismes de Placements Collectifs (OPC) de titres à revenus variables, dont la part aux alentours de 18% en 2014 a néanmoins légèrement diminué depuis 2010, puis par les parts d'OPC de titres à revenus fixes aux alentours de 8%, et enfin par les placements immobiliers (6%) et les actions (5%) (cf. Graphique 17).



De même que pour la structure des bilans, la répartition moyenne entre les différents types de placements est plutôt stable au cours du temps, mais elle présente des différences significatives en fonction du type de mutuelle étudié.

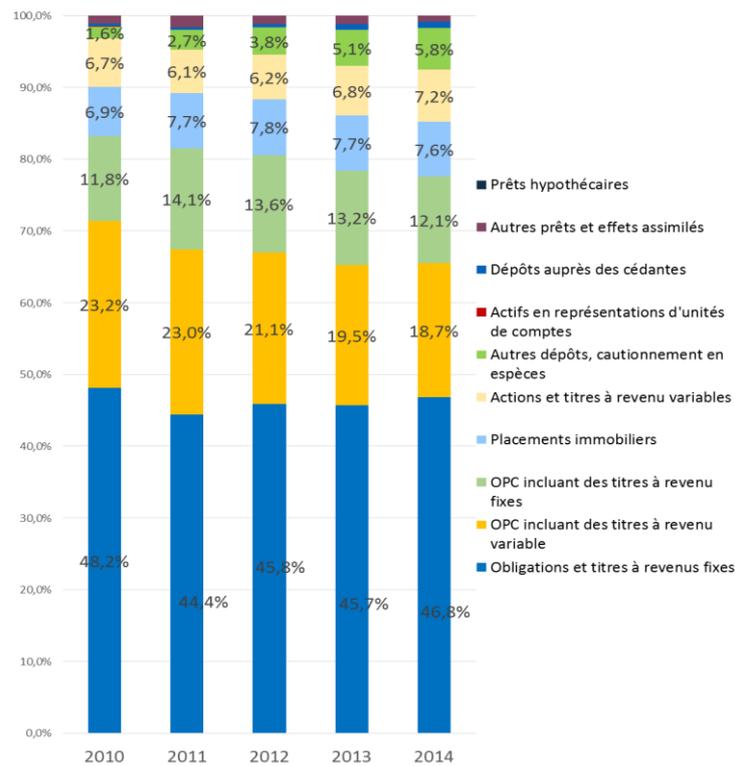
Graphique 18
Répartition des placements des mutuelles non-vie
 En pourcentage du total de leurs placements (valeur nette comptable)



Population : mutuelles du code de la mutualité non-vie

Source : N3122 (VNC)

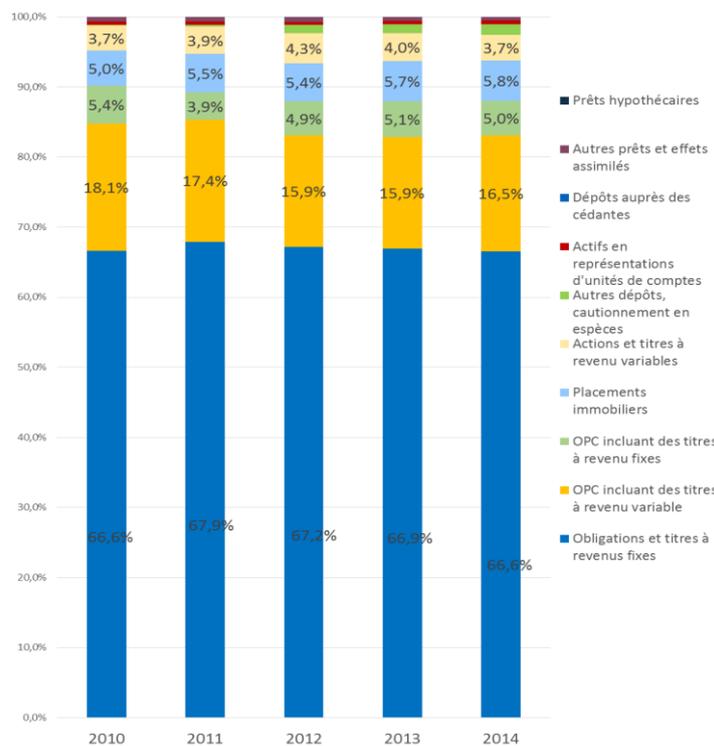
Graphique 19
Répartition des placements des mutuelles mixtes
 En pourcentage du total des placements (valeur nette comptable)



Population : mutuelles du code de la mutualité mixtes

Source : N3122 (VNC)

Graphique 20
Répartition des placements des mutuelles vie
 En pourcentage du total des placements (valeur nette comptable)



Population : mutuelles du code de la mutualité opérant en vie.

Source : N3122 (VNC)

On note deux différences majeures en fonction du type de mutuelle étudiée (cf. Graphiques 18 à 20).

Tout d'abord, et là encore de manière attendue, la part des placements obligataires est bien supérieure au sein des mutuelles opérant en vie, où elle s'établit aux alentours de 67% du total des placements, qu'au sein des mutuelles non-vie et mixtes, où elle s'établit respectivement aux alentours de 39% et 46% en moyenne.

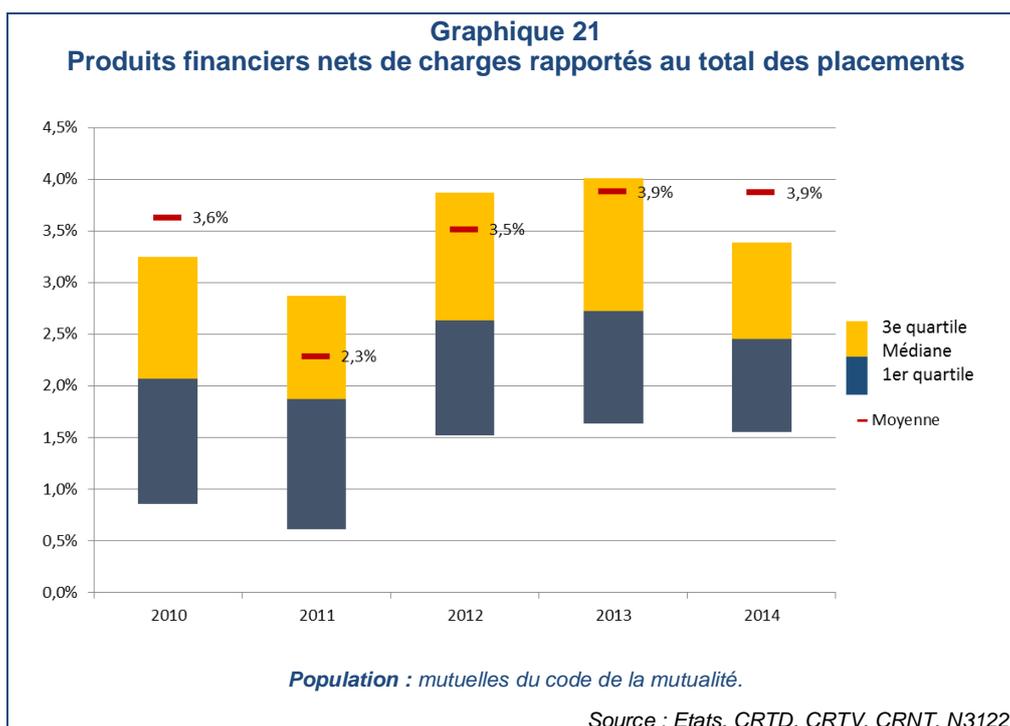
Par ailleurs, les mutuelles opérant en non-vie ont une part non-négligeable (environ 15%) de leurs placements sous forme de dépôts et cautionnements en espèces, ce que l'on n'observe pas pour les deux autres types de mutuelles et peut s'expliquer par un besoin en liquidité plus important étant donné leur activité de plus court-terme.

5.2.2 Des placements rentables

Comme mentionné plus haut, après une dégradation en 2011, les soldes financiers enregistrés aux comptes de résultat non-vie comme vie, se redressent de manière forte et continue depuis l'exercice 2012. À ce solde financier, comptabilisé au compte technique vie ou transféré au compte technique non-vie, s'ajoutent également les produits financiers nets des charges enregistrés au compte non-technique, éventuellement en provenance du compte technique vie selon la méthode comptable appliquée, et non-transférés au compte technique non-vie ; ces derniers sont également en augmentation (cf. Encadré 7).

Suite à cette augmentation des produits financiers nets de leurs charges plus rapide que celle du volume total des placements, la rentabilité des actifs détenus par les mutuelles, en représentation de leurs engagements réglementés, augmente depuis 2012. À l'exception notable de l'exercice comptable 2011, la rentabilité des placements des mutuelles, s'établit donc systématiquement au-dessus de 3,5% depuis 2010 et augmente jusqu'à 3,9% pour les exercices 2013 et 2014.

Toutefois, on notera que cette rentabilité élevée est principalement le fait d'un petit nombre d'organismes, comme en témoigne l'écart notable entre la moyenne et la médiane. Ainsi, en 2014, plus des trois quarts des mutuelles ont une rentabilité inférieure à 3,4% et la moitié inférieure à 2,4%.



Encadré 7 : Le calcul de la rentabilité des placements des mutuelles

Les produits des placements des mutuelles se répartissent dans les trois comptes de résultat (CRTD – compte de résultat technique non-vie, CRTV – compte de résultat technique vie, et CRNT – compte de résultat non technique). Des transferts de produits des placements sont possibles entre les trois comptes.

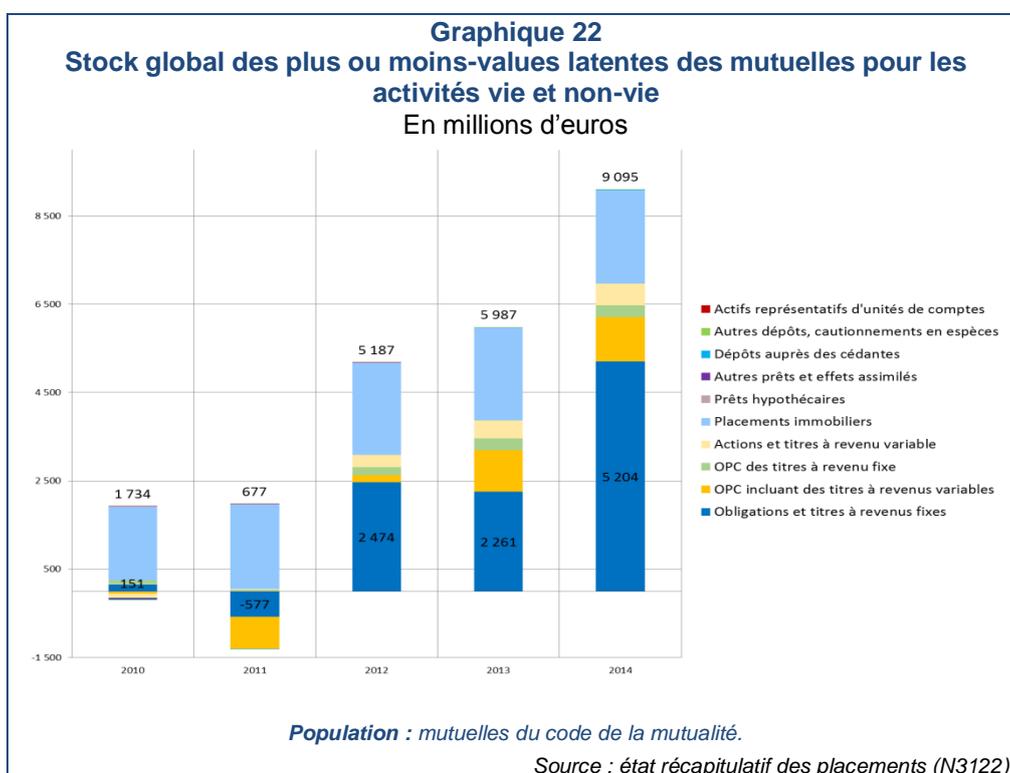
Une partie des produits des placements du CRTV peut être transférée au CRNT et une partie des produits des placements du CRNT peut être transférée au CRTD. Dans le CRTD, aucun produit des placements n'est renseigné si ce n'est les transferts provenant du CRNT.

Ainsi, pour calculer la rentabilité de ces placements (par rapport au total des placements), le retraitement suivant est effectué :

Rentabilité des placements = (Produits des placements CRNT – charge de placement du CRNT + produits des placements CRTV – charge des placements CRTV) / Total des placements de l'État récapitulatif des placements (N3122).

5.2.3 Des placements en situation de plus-values latentes

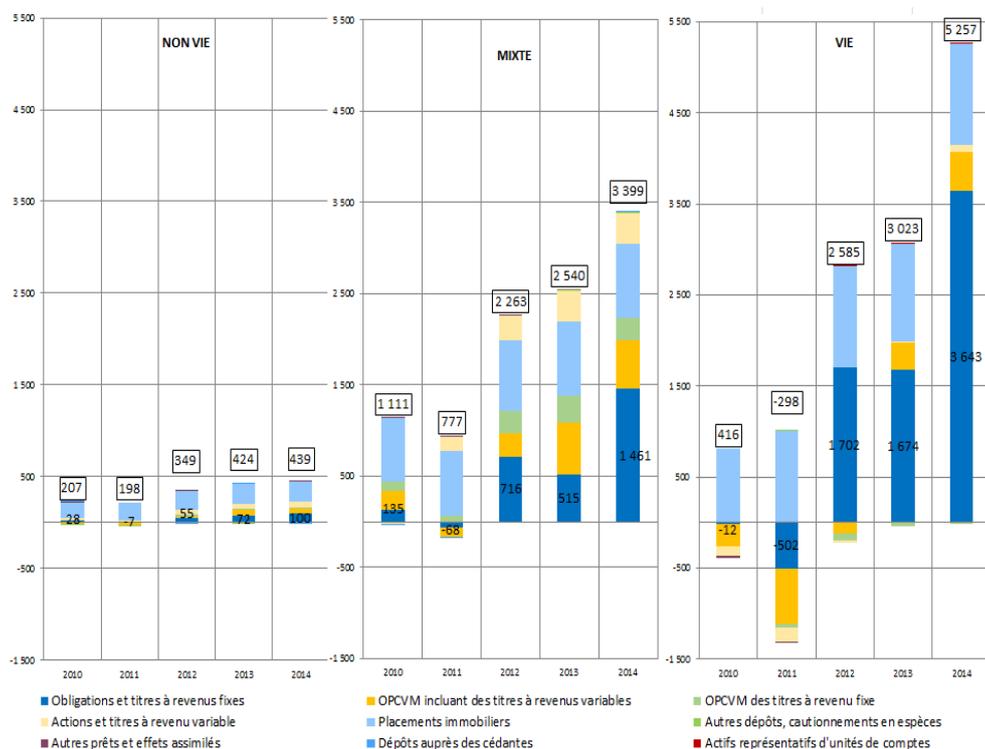
D'une situation de moins-values latentes en 2011 sur les titres à revenu fixe (relevant de l'article R212-52 du code de la mutualité¹³) comme sur les titres à revenus variables (article R212-53), le portefeuille des mutuelles est passé à une situation de plus-values latentes (PVL) sur les deux types de titres. Entre 2013 et 2014, cette croissance des plus-values latentes a été particulièrement forte (+52%) sous l'effet quasi-exclusif de la baisse des taux sur les obligations et autres titres à revenus fixes (faisant augmenter les PVL sur ces titres de +130%).



Ce sont les mutuelles opérant en vie et, dans une moindre mesure, les mutuelles mixtes qui enregistrent les plus-values latentes les plus importantes car détenant une part plus élevée d'obligations et autres titres à revenus fixes dans le total de leurs placements.

¹³ Correspondants aux articles R332-19 et R.332-20 du code des assurances

Graphique 23
Stock global des plus ou moins-values latentes des mutuelles non-vie,
mixtes et vie
En millions d'euros



Population : mutuelles du code de la mutualité.

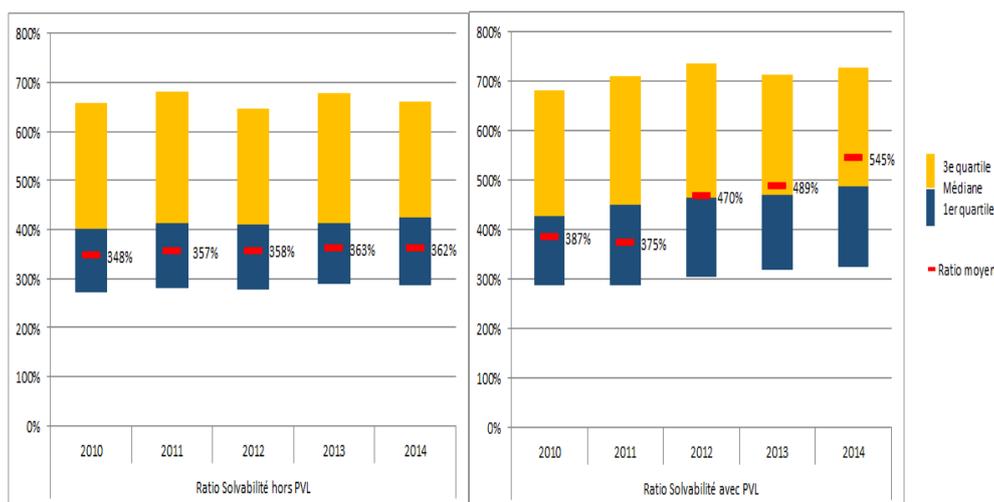
Source : état récapitulatif des placements (N3122)

5.3 Une solvabilité solide mais renforcée par les plus-values latentes

Le taux de couverture de l'exigence de marge par les fonds propres des mutuelles du livre 2 du code de la mutualité est très confortable. S'établissant aux alentours de 358% en moyenne sur l'ensemble de la période 2010 à 2015, et supérieur à 360% sur les deux derniers exercices 2013 et 2014, il est donc nettement au-dessus des exigences réglementaires. De plus, le taux de couverture médian s'améliore entre les exercices 2012 et 2014. Ces taux de couverture très confortables de l'exigence de marge garantissent *a priori* la solvabilité des organismes considérés.

Cette solvabilité exprimée en taux de couverture de l'exigence de marge s'améliore fortement lorsque les plus-values latentes sont prises en compte, en lien avec l'augmentation de ces dernières décrite plus haut (cf. Graphique 24).

Graphique 24
Taux de marge de solvabilité avec et sans prise en compte des plus-values latentes nettes de l'ensemble des mutuelles



Population : mutuelles du code de la mutualité.

Source : états C6 et N3122

Là encore, les taux de couverture moyens ne doivent pas occulter une véritable disparité fonction du type et du secteur d'activité des mutuelles. En effet, si les taux de couverture moyens des mutuelles opérant en non-vie et mixtes s'établissent aux alentours de 400% depuis 2010, atteignant même 432% pour les mutuelles non-vie en 2014, la couverture des mutuelles vie est plus faible s'établissant autour d'une moyenne de 220% sur les cinq exercices considérés. Cette disparité s'explique essentiellement par les contingences liées à ces différentes activités (temporalité de l'activité et exigences de capital différentes).

En revanche, les taux de couverture avec prise en compte des plus ou moins-values latentes des mutuelles opérant en vie sont supérieurs en moyenne sur les trois derniers exercices à ceux des mutuelles non-vie et mixtes (cf. Graphiques 25 et 26) en raison de la concentration des plus-values latentes croissantes sur ce type de mutuelles, en lien avec leurs placements obligataires plus importants en termes de part de leurs placements totaux.

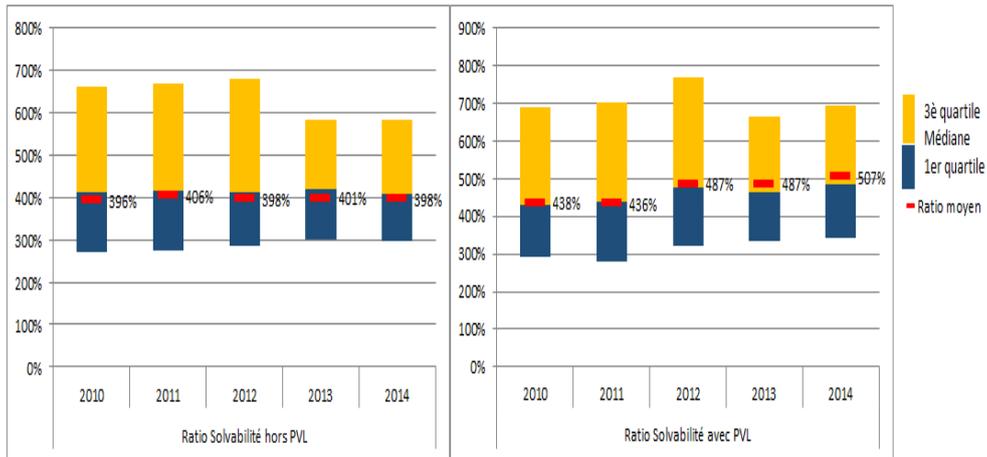
Graphique 25
Taux de marge de solvabilité avec et sans prise en compte des plus-values latentes nettes des mutuelles non-vie



Population : mutuelles non-vie du code de la mutualité.

Source : états C6 et N3122

Graphique 26
Taux de marge de solvabilité avec et sans prise en compte des plus-values latentes nettes des mutuelles mixtes



Population : mutuelles mixtes du code de la mutualité.

Source : états C6 et N3122

6. Les résultats de l'exercice préparatoire à Solvabilité II 2014 dans le secteur mutualiste

6.1 Des taux de participations aux exercices 2013 et 2014 importants au sein du secteur de la mutualité

Sur les 220 mutuelles soumises à Solvabilité II lors de son entrée en application au 1er janvier 2016, 197 mutuelles de l'échantillon de l'étude ont participé à l'exercice de préparation à Solvabilité II organisé par l'ACPR en 2015, sur les données au 31 décembre 2014. A ces dernières, il faut ajouter six mutuelles de l'échantillon en dessous du seuil de 5 millions mais faisant partie d'un groupe ainsi que trois mutuelles hors échantillon de l'étude en raison de la date tardive de la remise de leur dossier annuel. Ainsi, 91% du marché de la mutualité concerné par le prochain passage à Solvabilité II a participé à cet exercice de préparation en 2015. En 2013, ce taux de participation (en nombres d'organismes) s'établissait à environ 80% mais représentait, à l'instar des organismes relevant des deux autres codes, 90% de parts de marché en vie et 75% en non-vie.

6.2 Une structure de bilan qui évolue, autant en termes de montants que de poids des différents grands agrégats

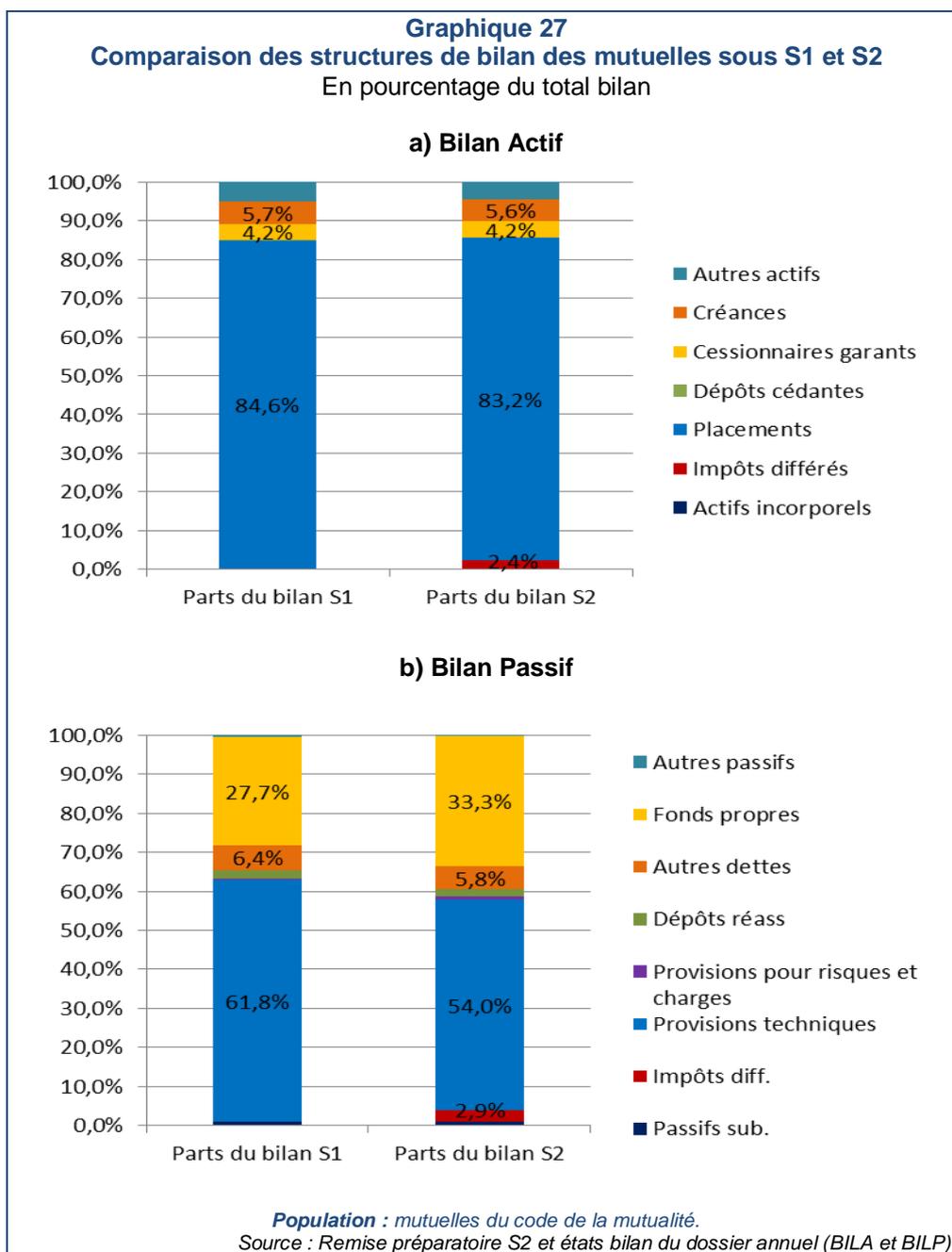
6.2.1 Trois évolutions majeures liées à la valorisation du bilan en valeur de marché

Le nouveau système de régulation et de supervision du secteur de l'assurance instauré en Europe par la directive Solvabilité II repose sur le principe d'une évaluation dite économique du risque encouru par les organismes d'assurance. Concernant le bilan, cette évaluation économique, et non plus seulement comptable, passe par une valorisation en valeur économique de ses grands agrégats (par exemple la prise en compte des actifs à la valeur de marché).

Trois types de différences majeures, liées à cette nouvelle méthode de valorisation du bilan, apparaissent dans la structure du bilan des mutuelles suite au passage à Solvabilité II.

- Tout d'abord, les placements, valorisés en valeur de réalisation, ou valeur de marché, intègrent de fait les plus ou moins-values latentes au sein du bilan. Pour les mutuelles, si le montant des placements, et plus largement du total de l'actif, augmente nécessairement, la part des placements au sein de ce total bilan (actif) reste néanmoins relativement stable.
- Ensuite, dans le nouveau référentiel prudentiel de Solvabilité II, les provisions techniques sont calculées selon la méthode de la meilleure estimation, ou *Best Estimate (BE)*, augmentée d'une marge de risque, ou *Risk Margin* : cette méthode actuarielle est fondée sur la différence entre les flux futurs actualisés entrants et sortants. En santé, le *BE* est composé d'un *BE* primes calculé comme la projection d'une année supplémentaire de primes, de prestations et de frais et d'un *BE* sinistres calculé comme une projection actualisée des prestations (méthode *chain ladder*), et des frais afférents, pour des sinistres survenus avant ou à la date de clôture mais non encore réglés voire déclarés (équivalent aux actuelles PPAP actualisées). Globalement, les provisions techniques des mutuelles calculées selon les normes Solvabilité II ont tendance à progresser en raison de l'augmentation des provisions techniques vie et ce malgré la diminution des provisions techniques non-vie.
- Enfin, sous le régime prudentiel instauré par la directive Solvabilité II, les fonds propres hors dettes subordonnées (on parle d'actif net) sont déterminés par la différence entre le total de l'actif et le total des engagements au passif (y compris impôts différés), tous deux valorisés en valeur économique. Cet actif net diffère ainsi des fonds propres déterminés

comptablement. En lien, avec l'augmentation de la valorisation de l'actif en valeur de marché supérieure à celle de la valorisation des provisions techniques brutes, la part de l'actif net dans le bilan Solvabilité II des mutuelles est supérieure à celle des fonds propres dans le bilan Solvabilité I (hors plus-values latentes), en s'établissant, en 2014, à 33,3% pour 27,6% de fonds propres (cf. Graphique 27).

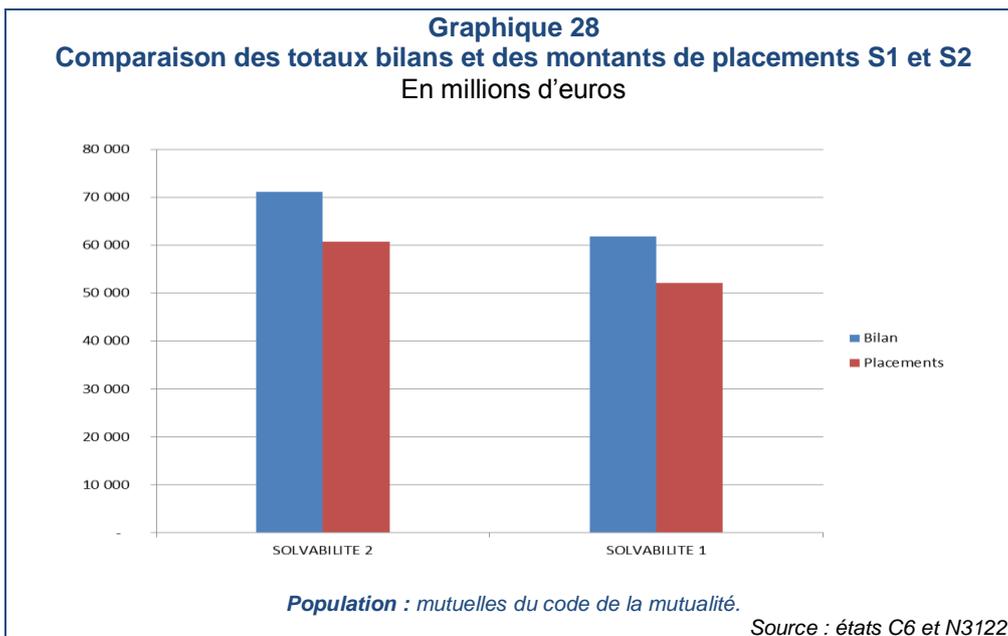


Au-delà de ces trois caractéristiques majeures, le bilan prudentiel établi selon les normes Solvabilité II présente une autre particularité, en lien avec sa valorisation en valeur de marché ; il s'agit du calcul et de la prise en compte au bilan des impôts différés. Ils représentent, malgré leur faible poids relatif, un nouvel agrégat présent au bilan et donc à prendre en compte dans la structure et la composition de ce dernier. Pour le secteur des mutuelles, la part des impôts différés passifs est légèrement supérieure à celle des impôts différés actifs.

6.2.2 En valeur de marché, le total de bilan et les placements augmentent de façon significative

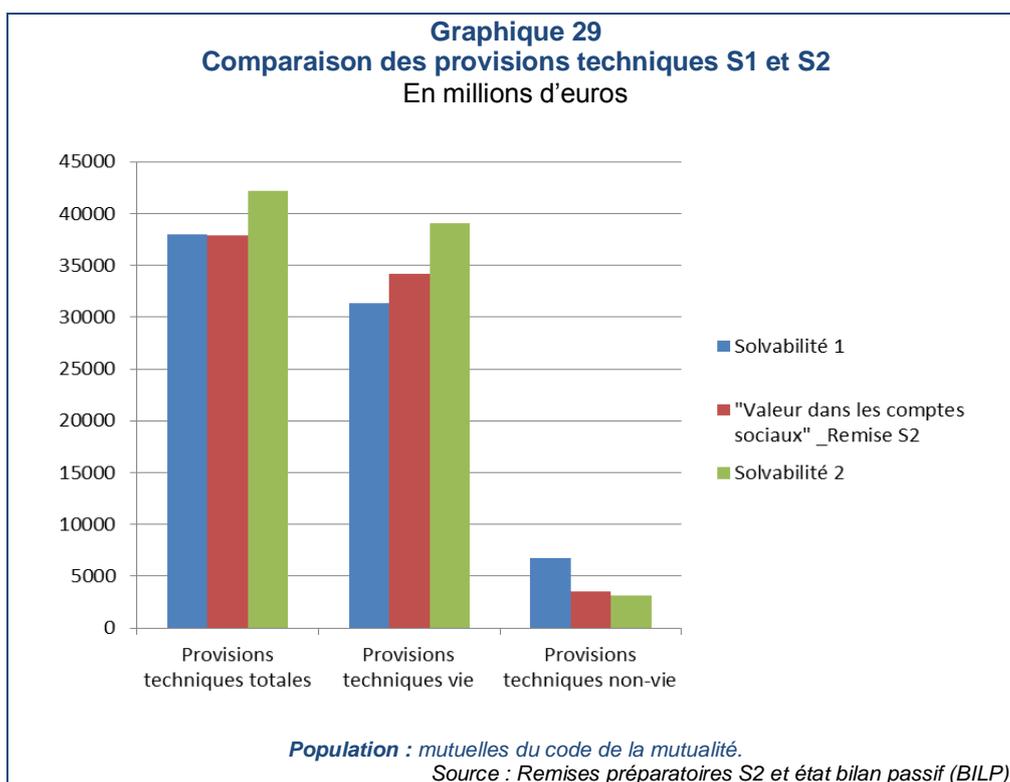
La valorisation en valeur de marché, ou valeur de réalisation, du bilan des mutuelles, et notamment de leurs placements détenus en représentation des engagements réglementés, a pour conséquence immédiate une augmentation significative des montants du total de bilan, ainsi que de celui de ces placements.

Ainsi, le montant agrégé des totaux de bilans de l'ensemble des mutuelles ayant participé à l'exercice préparatoire à Solvabilité II s'établit à 71 milliards d'euros et celui des placements à 61 milliards, quand ils s'élèvent respectivement à 62 milliards et 52 milliards sous Solvabilité I, soit une augmentation de 14,5% et 17% respectivement (cf. Graphique 28).



6.2.3 Une répartition et une valorisation des provisions techniques qui évoluent différemment en vie et non-vie

Comme mentionné ci-dessus, en agrégé, une fois appliquées les nouvelles normes prudentielles de calcul définies par la directive Solvabilité II, le montant des provisions techniques brutes augmente. Cependant, ces provisions techniques évoluent différemment selon qu'elles sont constituées relativement à une activité vie ou à une activité non-vie : en effet, si le montant total, agrégé sur l'ensemble des mutuelles, des provisions vie augmente de manière significative, celui des provisions non-vie diminue légèrement (cf. Graphique 29).



Si, pour le total des provisions techniques brutes, le montant « valeur dans les compte sociaux » déclaré dans la remise préparatoire Solvabilité II sert aussi de valeur témoin, il ne peut plus jouer ce rôle pour le détail de la répartition entre provisions techniques vie et non-vie. En effet, la segmentation des provisions entre provisions vie et non-vie est différente dans les deux référentiels prudentiels, notamment en raison de la branche santé qui se subdivise désormais en santé « similaire à la non-vie » et santé « similaire à la vie » et ses conséquences sont donc particulièrement visibles dans le secteur des mutuelles

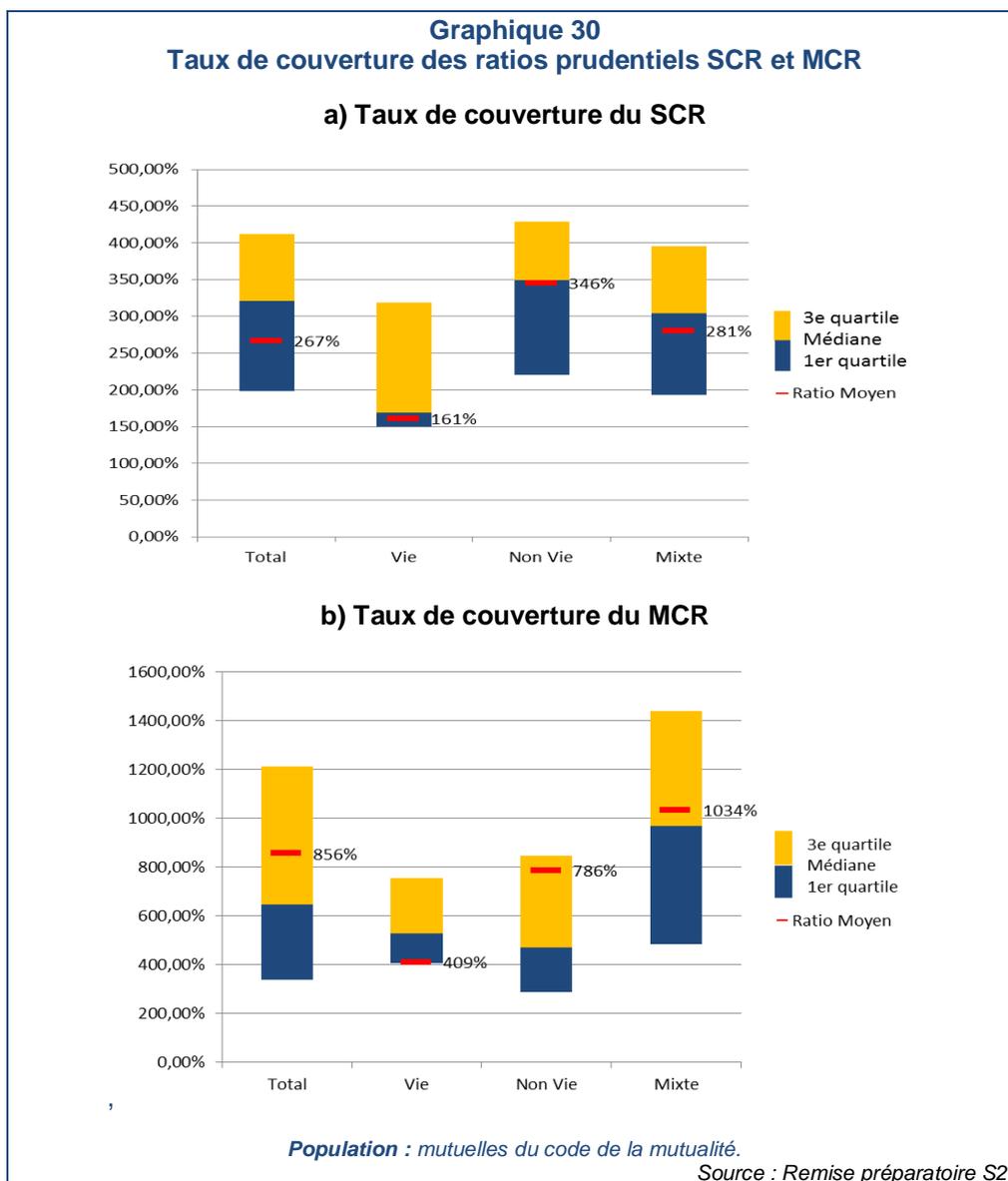
Dans la remise préparatoire à Solvabilité II, cette nouvelle segmentation est appliquée également aux provisions techniques enregistrées dans les comptes sociaux : les provisions techniques définies par le référentiel Solvabilité I sont réparties selon cette nouvelle segmentation pour donner les provisions déclarées en valeur comptes sociaux dans la remise préparatoire à Solvabilité II. Les provisions « santé similaire à la vie » sont assimilées à des provisions vie alors qu'elles font partie des provisions santé (donc non-vie) sous Solvabilité I, ce qui a pour conséquence d'augmenter le stock de provisions vie définies selon le référentiel Solvabilité I déclaré dans la remise préparatoire Solvabilité II (provisions déclarées en valeur dans les comptes sociaux). Sur le [graphique 29](#) ci-dessus, on observe bien cette différence : les provisions vie Solvabilité I déclarées dans le dossier annuel sont inférieures à celle déclarées dans la remise préparatoire Solvabilité II. A l'inverse, les provisions non-vie déclarées selon la nouvelle segmentation diminuent par rapport à celles déclarées dans le dossier annuel.

6.3 Taux de couverture et composition des nouveaux ratios prudentiels, dits SCR et MCR

6.3.1 Des taux de couverture des nouveaux ratios prudentiels, dits SCR et MCR, confortables mais différenciés en fonction du type de mutuelles

Sur l'ensemble de l'échantillon des mutuelles ayant participé à l'exercice préparatoire Solvabilité II en 2015, le taux moyen de couverture des nouveaux ratios prudentiels instaurés par Solvabilité II que sont le capital de solvabilité requis (*Solvency Capital Requirement* ou SCR) et le capital minimum requis (*Minimum Capital Requirement* ou MCR) sont respectivement de 267% et de 856%, soit des niveaux très confortables et largement au-dessus des exigences réglementaires. Il

est à noter que le taux moyen de couverture du SCR est largement en dessous de sa médiane, qui s'établit aux alentours de 321%. A l'inverse, le taux de couverture moyen du MCR est largement au-dessus de sa médiane qui s'établit à 645% (cf. Graphique 30).



Ici encore, les situations sont très différentes en fonction du type de mutuelle observée. Globalement, les taux de couverture de SCR et de MCR des mutuelles non-vie et mixtes sont largement supérieurs à ceux des mutuelles opérant en vie. Pour les mutuelles opérant en non-vie, le taux de couverture moyen du SCR est égal à 346% alors qu'il s'établit à 161% pour les mutuelles opérant en vie. Dans les deux cas, ce taux moyen est équivalent à la valeur médiane. Concernant le MCR, le taux de couverture moyen s'établit à 786% pour les mutuelles non-vie, à 409% pour les mutuelles vie et à 1034% pour les mutuelles mixtes.

Rassurants quant au niveau de solvabilité des mutuelles, ces niveaux de couverture élevés des ratios prudentiels sont à lier à l'augmentation de la valeur, et du poids, des fonds propres dans la structure du bilan des mutuelles suite à l'application des normes Solvabilité II. Il est néanmoins à noter que des données manquantes et/ou incohérentes ont été constatées et peuvent influencer sur les détails de la distribution des taux de couverture des SCR et MCR.

Ces niveaux de couverture des nouveaux ratios prudentiels que sont le SCR et le MCR sont à comparer aux niveaux de couverture de l'exigence de marge et du fonds minimum de garantie avec prise en compte des plus-values latentes sous le

régime prudentiel Solvabilité I. La comparaison des graphiques 23 à 26 et 29 montrent que les taux de couverture du SCR sont inférieurs pour tous les types de mutuelles à ceux de l'exigence de marge avec plus-values latentes. Cette constatation s'explique par le fait que le calcul du SCR prend en compte l'ensemble des risques spécifiques à l'organisme liés à son activité, aux placements effectués mais également à son fonctionnement opérationnel (risques opérationnels), alors que l'exigence de marge sous Solvabilité I dépend d'un calcul forfaitaire et commun à l'ensemble des organismes.

Encadré 8 : Les certificats mutualistes

Bien que les taux de couverture des nouvelles exigences de capital réglementaires soient globalement satisfaisants pour les mutuelles, certaines mutuelles peuvent avoir individuellement des difficultés à couvrir leur SCR en raison des règles de classification des fonds propres, qui ne retiennent pas notamment certains titres subordonnés pouvant constituer une partie de leurs fonds propres. Les certificats mutualistes sont un nouvel instrument de capital éligible à la couverture du SCR disponible pour les mutuelles.

Institués par décret au début de l'année 2015, suite à la loi relative à l'Économie Sociale et Solidaire (n°2014-856) du 31 juillet 2014, les certificats mutualistes et paritaires sont des titres perpétuels pouvant être émis par les Sociétés d'Assurance Mutuelle (SAM) ou les Sociétés de Groupe d'Assurance Mutuelle (SGAM) dépendant du Code des Assurances, par les mutuelles et unions de mutuelles dépendant du Code de la Mutualité, ou par les Institutions de Prévoyance dépendant du code de la Sécurité Sociale avec pour but d'élargir leurs moyens d'accès au capital.

En effet, ces organismes, se définissant par un objet civil, un gouvernement démocratique et une absence de capital social, ont actuellement des fonds propres composés essentiellement de leur fonds d'établissement et de leurs réserves, et éventuellement de rappel de cotisations et de titres participatifs et/ou subordonnés. Or, dans une perspective prudentielle, et notamment sous le nouveau régime prudentiel Solvabilité II, il est parfois nécessaire de renforcer ces fonds propres. Les certificats mutualistes sont, contrairement aux titres participatifs et subordonnés, reconnus en fonds propres de Niveau 1 non restreint (*unrestricted Tier 1*) sous Solvabilité II et peuvent ainsi être complètement retenus en couverture des exigences de capital.

Bien que n'étant pas des titres financiers, les caractéristiques des certificats mutualistes les situent entre l'action et l'obligation et en font une catégorie à part, à l'instar des parts dans les banques mutualistes. Ces caractéristiques sont largement encadrées par décret bien que leurs spécificités doivent être fixées en Assemblée générale (AG) et soumises à l'approbation de l'ACPR, trois mois avant l'émission. Cette émission est encadrée par le Code monétaire et financier et le règlement de l'Autorité des marchés financiers (AMF), et le cercle des souscripteurs potentiels est restreint aux sociétaires ; une information précontractuelle et un test d'adéquation aux attentes du souscripteur sont de plus nécessaires. L'acquisition de certificats mutualistes ne donne ni droit de vote ni droit sur l'actif net ; elle ouvre toutefois un droit à une rémunération variable et fixée en AG mais limitée par décret à hauteur, pour l'ensemble des titres, de 25% du dernier résultat si ce dernier est strictement positif ou de 10% du résultat cumulé des trois derniers exercices dans le cas contraire. Ces titres, une fois émis, doivent être inscrits à part dans un compte-titres et de manière nominative ; ils ne peuvent être ni prêtés, ni mis en pension, ni cédés en dehors d'un programme spécifique, et strictement encadré, de rachats décidé en AG. Enfin, leur éventuel remboursement n'intervient qu'en cas de liquidation de l'organisme et après avoir servi les créanciers privilégiés, chirographaires et subordonnés, à leur valeur nominale diminuée de l'imputation d'éventuelles pertes antérieures.

Les premiers certificats mutualistes devraient, selon les annonces publiques faites par les organismes concernés, être émis d'ici la fin de l'année 2015.

Encadré 9 : L'investissement dans les fonds de prêts à l'économie

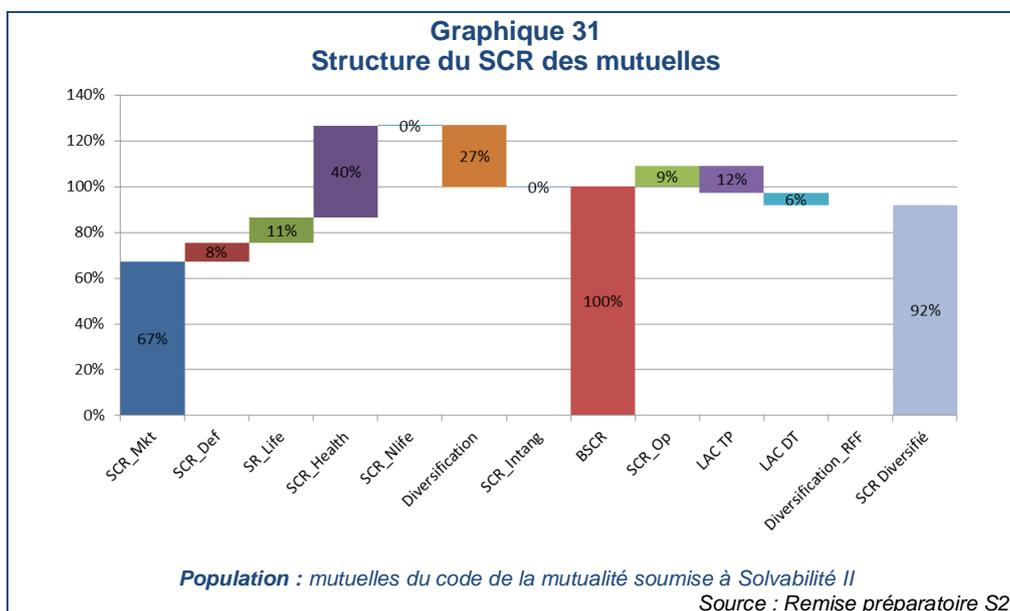
Du côté actif du bilan, les mutuelles ont de même depuis peu accès à un nouveau type d'investissements leur permettant de diversifier leurs placements et donc de diminuer leur SCR.

Créés par le décret n°2013717 du 2 août 2013, les fonds de prêts à l'économie (FPE) sont une nouvelle catégorie juridique de fonds d'investissement professionnels et spécialisés, soumis à des règles supplémentaires notamment en ce qui concerne la composition de leur actif (diversifié) et de leur passif (non-tranché, i.e. sans catégorie de remboursement préférentielle). Réservé jusqu'alors aux sociétés d'assurance dépendant du code des assurances, l'autorisation d'investir dans des parts de ces fonds en tant que placements en représentation de leurs engagements réglementés a été élargie aux mutuelles (code de la mutualité) ainsi qu'aux institutions de prévoyance (code de la sécurité sociale) par le décret n°2014_1530 publié le 17 décembre 2014 et d'application immédiate. L'objectif visé par la création de ces fonds de prêts à l'économie est de contribuer au financement de l'économie réelle tout en atteignant un rendement de 4 à 6%.

En plus d'ouvrir le dispositif aux mutuelles et institutions de prévoyance, le décret publié à la fin de l'année 2014 modifie et élargit les formes juridiques possibles pour les FPE ainsi que les actifs éligibles pour ces derniers. Sont ainsi désormais éligibles : les créances ou titres de créances garantis par les États membres de l'UE ou émis par les collectivités publiques territoriales ou établissements publics, ces mêmes titres émis par des entreprises individuelles (enregistrées au registre du commerce sous un numéro SIREN) ayant une activité commerciale, industrielle, agricole, artisanale ou immobilière n'incluant pas d'activité financière ou d'OPC non-immobilier ou émis par des sociétés d'investissement dans des entreprises ci-dessus mentionnées ou finançant des sociétés d'infrastructures.

6.3.2 Un SCR essentiellement constitué du SCR marché et du SCR santé.

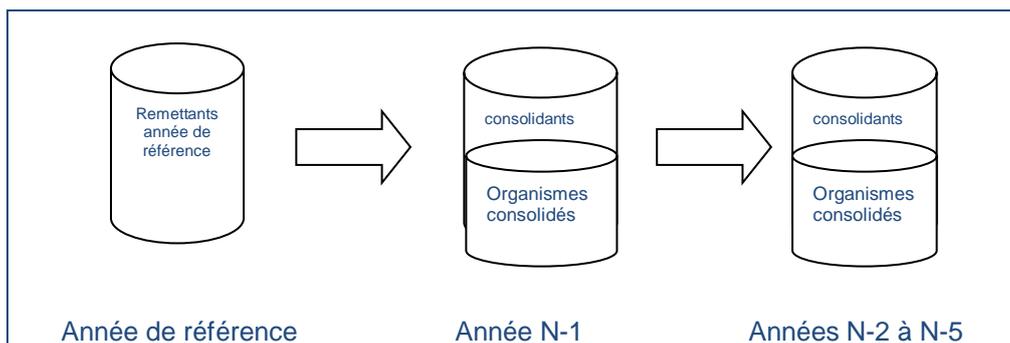
Le SCR de base des mutuelles se décompose essentiellement du sous-module SCR de marché pour 67%, du sous-module santé pour 40% et du module de diversification qui fait diminuer le BSCR de 27% (cf. Graphique 31). In fine, le SCR diversifié, c'est-à-dire après prise en compte du SCR opérationnel, de la capacité d'absorption des provisions techniques et des impôts différés et de la diversification entre les différents modules de SCR, représente 92% du SCR de base pour les mutuelles (cf. Graphique 31).



Annexe : Périmètre de l'étude

La population étudiée comprend l'ensemble des organismes ayant remis un dossier annuel pour l'année de référence (ici 2014). À partir de ces mutuelles, nous reconstituons le périmètre *proforma* pour les années t-1 à t-5.

La constitution du périmètre proforma est réalisée via une liste recensant les différents événements survenus dans la vie des mutuelles (autorisations d'agrément, fusions, absorptions, ...). Les fusions/absorptions et les transferts de portefeuilles réalisés après l'année t-5 nous permettent de reconstituer les organismes consolidants sur les années t-1 à t-4 (ici 2013 à 2010).



Sur l'année de référence, la population étudiée comprend 362 mutuelles ayant remis un dossier annuel avant le 1^{er} août 2014.

Concernant la classification en mutuelles "vie", "non-vie" ou "mixtes", par défaut les mutuelles sont considérées comme "mixtes". Sont ensuite catégorisées comme mutuelles "vie" ou "non-vie" celles qui collectent exclusivement des primes vie ou des primes non-vie.

INDEX DES GRAPHIQUES

GRAPHIQUE 1	Répartition des primes et cotisations en 2014 par type d'organisme.....	6
GRAPHIQUE 2	Répartition du nombre de mutuelles par classes de cotisations acquises brutes, avant substitution et réassurance.....	8
GRAPHIQUE 3	Chiffre d'affaires de l'activité non-vie.....	16
GRAPHIQUE 4	Répartition par branche des cotisations brutes de l'activité non-vie en 2014.....	17
GRAPHIQUE 5	Chiffre d'affaires des garanties dommages corporels	18
GRAPHIQUE 6	Cotisations non-vie données en substitution ou cédées en réassurance.....	19
GRAPHIQUE 7	Charge nette des sinistres non-vie.....	21
GRAPHIQUE 8	Ratios sinistres sur primes ou cotisations sur prestations des garanties non-vie.....	23
GRAPHIQUE 9	Ratios combinés des garanties non-vie.....	24
GRAPHIQUE 10	Frais et charges de gestion nets	25
GRAPHIQUE 11	Boni/mali de liquidation rapportés aux cotisations pour les dommages corporels	26
GRAPHIQUE 12	Provisions pour prestations à payer rapportées aux cotisations	27
GRAPHIQUE 13	Chiffre d'affaires de l'activité vie.....	28
GRAPHIQUE 14	Cotisations vie données en substitution ou cédées en réassurance.....	29
GRAPHIQUE 15	Charge nette des prestations vie.....	30
GRAPHIQUE 16	Encours de provisions techniques vie	31
GRAPHIQUE 17	Répartition des placements de l'ensemble des mutuelles..	34
GRAPHIQUE 18	Répartition des placements des mutuelles non-vie.....	35
GRAPHIQUE 19	Répartition des placements des mutuelles mixtes	36
GRAPHIQUE 20	Répartition des placements des mutuelles vie.....	36
GRAPHIQUE 21	Produits financiers nets de charges rapportés au total des placements.....	37
GRAPHIQUE 22	Stock global des plus ou moins-values latentes des mutuelles pour les activités vie et non-vie	38
GRAPHIQUE 23	Stock global des plus ou moins-values latentes des mutuelles non-vie, mixtes et vie	39

GRAPHIQUE 24	Taux de marge de solvabilité avec et sans prise en compte des plus-values latentes nettes de l'ensemble des mutuelles 40
GRAPHIQUE 25	Taux de marge de solvabilité avec et sans prise en compte des plus-values latentes nettes des mutuelles non-vie 40
GRAPHIQUE 26	Taux de marge de solvabilité avec et sans prise en compte des plus-values latentes nettes des mutuelles mixtes..... 41
GRAPHIQUE 27	Comparaison des structures de bilan des mutuelles sous S1 et S2..... 43
GRAPHIQUE 28	Comparaison des totaux bilans et des montants de placements S1 et S2..... 44
GRAPHIQUE 29	Comparaison des provisions techniques S1 et S2..... 45
GRAPHIQUE 30	Taux de couverture des ratios prudentiels SCR et MCR.... 46
GRAPHIQUE 31	Structure du SCR des mutuelles 48

INDEX DES TABLEAUX

TABLEAU 1	Nombre d'organismes d'assurance	9
TABLEAU 2	Cotisations brutes et nettes acquises en activité non-vie ...	19
TABLEAU 3	Compte de résultat non-vie des mutuelles.....	20
TABLEAU 4	Solde de souscription (frais et charges techniques nets inclus) de l'activité en affaires directes, ventilé entre contrats individuels et collectifs	22
TABLEAU 5	Compte de résultat vie des mutuelles.....	29
TABLEAU 6	Bilan simplifié de l'ensemble des mutuelles.....	32
TABLEAU 7	Bilan simplifié des mutuelles non-vie.....	33
TABLEAU 8	Bilan simplifié des mutuelles vie.....	33

INDEX DES ENCADRES

ENCADRÉ 1	La substitution en assurance mutualiste.....	9
ENCADRÉ 2	Les structures de groupe dans le code de la mutualité	10
ENCADRÉ 3	Les réseaux de soin.....	11
ENCADRÉ 4	Les contrats solidaires et responsables.....	13
ENCADRÉ 5	Les évolutions récentes de la fiscalité applicable aux mutuelles.....	14
ENCADRÉ 6	Le ratio prestations sur cotisations et le ratio combiné.....	24
ENCADRÉ 7	Le calcul de la rentabilité des placements des mutuelles...	38
ENCADRÉ 8	Les certificats mutualistes	47
ENCADRÉ 9	L'investissement dans les fonds de prêts a l'économie.....	48



61, rue Taitbout
75009 Paris
Téléphone : 01 49 95 40 00
Télécopie : 01 49 95 40 48
Site internet : www.acpr.banque-france.fr