

2010
RAPPORT

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



MINISTÈRE DU TRAVAIL,
DE LA SOLIDARITÉ
ET DE LA FONCTION
PUBLIQUE

MINISTÈRE DE LA SANTÉ
ET DES SPORTS

MINISTÈRE DU BUDGET,
DES COMPTES PUBLICS
ET DE LA RÉFORME
DE L'ÉTAT

RAPPORT

Sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé

Octobre 2010

Rédacteurs : Marguerite Garnero, Catherine Zaidman

Remerciements : La Drees tient à remercier pour leur collaboration Laurence Eslous et Safia Lekehal de l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP) et Philippe Comte du Fonds CMU.

DREES

MINISTERE DU TRAVAIL, DE LA SOLIDARITE ET DE LA FONCTION PUBLIQUE
MINISTERE DU BUDGET, DES COMPTES PUBLICS ET DE LA REFORME DE L'ETAT
MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS

Avant-propos

Par la loi de financement de la Sécurité sociale de 2009 (article 12 et article L.862-7 du code de la sécurité sociale) le gouvernement a été chargé d'établir un rapport présentant la situation financière des assureurs complémentaires en santé et « faisant apparaître notamment l'évolution du montant des primes ou cotisations mentionnées à ce même I [I de l'article L. 862-4. du code de la sécurité sociale], du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé versées par ces organismes, du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1, du montant des impôts, taxes et contributions qu'ils acquittent et de leur rapport de solvabilité ».

Ce rapport, élaboré par la DREES pour la deuxième année, présente les résultats obtenus pour les années 2007, 2008 et 2009. Ceux-ci s'appuient sur les données fournies par l'autorité de contrôle prudentiel (ACP) et par le Fonds CMU, et en particulier sur les données des états statistiques « relatifs à la protection sociale complémentaire » collectées par l'ACP pour le compte de la DREES¹. En 2009, il a été demandé aux sociétés d'assurance de renseigner certains de ces états, qui ne concernaient initialement que les mutuelles et les institutions de prévoyance. Ceux-ci ont en outre été enrichis afin de disposer d'un compte de résultat retraçant l'activité « santé »². L'exploitation de ces nouveaux états permet de donner de premiers éléments sur la contribution de l'activité « santé » à l'équilibre des comptes des sociétés concernées. La meilleure qualité des données transmises a permis de consolider l'analyse, cependant – encore partielles sur certains points – plusieurs des questions posées n'ont pu être traitées. Il n'a ainsi pas été possible par exemple, faute d'un taux de réponse suffisant au questionnaire portant sur ce sujet, d'évaluer l'impact de la contribution au Fonds CMU sur les comptes de résultat des organismes concernés.

Dans une première partie sont rappelés les principaux éléments de cadrage sur le marché de la « couverture santé complémentaire ». La deuxième partie du rapport, centrée sur les organismes assurant la couverture complémentaire santé, donne des éléments d'analyse sur leur situation financière. Enfin, des annexes détaillant les données et les méthodes retenues pour redresser les données manquantes sont jointes au rapport.

¹ Cf. articles L612-17-IV et L612-24 de l'Ordonnance n° 2010-76 du 21 janvier 2010 portant fusion des autorités d'agrément et de contrôle de la banque et de l'assurance.

² Cf. arrêtés du 11 décembre 2009 relatif aux statistiques des entreprises d'assurance et du 21 décembre 2009 relatif aux états statistiques des mutuelles et des institutions de prévoyance.

Sommaire

Éléments de cadrage généraux sur le marché de la couverture « santé » complémentaire..... 8

- 1. Un champ d'analyse limité aux seuls organismes assurant une couverture santé et contribuant au financement du Fonds CMU 8**
 - 1.1. Un secteur d'activité qui se concentre, mais reste très morcelé pour ce qui concerne les mutuelles 8
 - 1.2. Des champs différents entre les organismes « assurant une couverture santé » et les organismes « contribuant au financement du Fonds CMU »..... 11
 - 1.3. Des analyses qui ont nécessité des redressements des données de base..... 13
 - 1.4. A champ comparable et données redressées des écarts subsistent entre les données de l'ACP et du Fonds CMU..... 15
- 2. Une spécialisation marquée du marché de l'assurance selon le type d'organismes..... 16**
 - 2.1. Un poids de l'activité « santé » très variable selon le type d'organismes 16
 - 2.2. Des couvertures « santé » de nature différente selon le type d'organismes 18

La situation financière des organismes assurant une couverture complémentaire en santé 21

- 1. En 2009, des résultats contrastés pour les organismes complémentaires contribuant au Fonds CMU 21**
 - 1.1. En moyenne, une baisse du résultat net comptable pour les sociétés d'assurance et les mutuelles en 2009, mais qui ne met pas en cause leur solvabilité..... 21
 - 1.2. Des différences toutefois notables selon les organismes 25
 - 1.3. Un résultat technique « dommages corporels » lui aussi en baisse en 2009 pour les sociétés d'assurance et les mutuelles 26
 - 1.4. En 2009, un résultat technique « santé » positif en individuel et négatif en collectif pour l'ensemble des organismes 29
- 2. Des différences de structure entre les organismes..... 31**
 - 2.1. Des différences notables entre les contrats collectifs et les contrats individuels 31
 - 2.2. Des ratios « charges de gestion » différents selon le type d'organismes 32

Annexes..... 34

1. Article 12 de la Loi de financement de la sécurité sociale de 2009 35
2. Éléments de cadrage généraux 36
3. Présentation de la méthode de correction pour non réponse 41
4. Liste des états réglementaires et statistiques définie dans le code des assurances..... 44

Éléments de cadrage généraux sur le marché de la couverture « santé » complémentaire

En 2009, la restructuration du marché de l'assurance engagée depuis plus d'une dizaine d'années s'est poursuivie. La complexification du métier et l'intensification de la concurrence poussent, en effet, des organismes à se restructurer pour atteindre une taille critique suffisante. Ce mouvement de concentration qui concerne l'ensemble du secteur touche aussi celui des organismes assurant une couverture « santé ». Ainsi, depuis 2001 le nombre d'organismes assurant une couverture santé complémentaire a diminué de plus de la moitié. Malgré ce fort mouvement de concentration, le secteur mutualiste reste très morcelé : sur les 620 mutuelles contribuant au financement du Fonds CMU, les 100 premières représentent à elles seules plus de 80 % de l'assiette du Fonds CMU correspondante et les 520 restantes moins de 20 %.

Avec un poids de presque 60 % dans l'assiette globale du Fonds CMU (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance), les mutuelles sont prédominantes sur le marché de la « couverture santé complémentaire ».

En fait, lorsque les mutuelles assurent une couverture santé elles le font presque exclusivement de toute autre activité. Plus de 90 % dans leur chiffre d'affaires global concerne leur activité santé, alors que ce taux n'est que de 49 % pour les institutions de prévoyance, et de seulement 14 % pour les sociétés d'assurance « non-vie » et de 6 % pour les sociétés d'assurance « vie et mixte ». Plus que pour les autres organismes les contrats proposés le sont, en outre, à titre individuel : 75 % des contrats « santé » des mutuelles sont des contrats individuels, contre 25 % pour les sociétés d'assurance vie et mixte et 17 % pour les institutions de prévoyance, le taux s'établissant à 76 % pour les sociétés d'assurance non-vie. Ces structures différentes ne sont dès lors pas sans conséquences sur les niveaux de garantie proposés.

1. Un champ d'analyse limité aux seuls organismes assurant une couverture santé et contribuant au financement du Fonds CMU

En 2009, le nombre d'organismes d'assurance (sociétés d'assurance, mutuelles et institutions de prévoyance) a encore diminué, passant de 1 420 en 2008 à 1 324 en 2009. Cette diminution, qui concerne l'ensemble du secteur, touche aussi celui de la complémentaire santé. La comparaison des données transmises par l'ACP d'une part, et le Fonds CMU d'autre part, montre cependant que les champs d'analyse sont différents selon que l'on retient le champ de l'ACP (organismes assurant une couverture santé) ou celui du Fonds CMU (organismes versant la contribution au Fonds CMU). Aussi afin de répondre à la demande formulée par le Parlement, le champ de l'analyse est limité dans ce rapport aux organismes contribuant au financement du Fonds CMU.

1.1. Un secteur d'activité qui se concentre, mais reste très morcelé pour ce qui concerne les mutuelles

Parmi les organismes contrôlés par l'ACP on dénombrait 1 324 organismes habilités à pratiquer des opérations d'assurance en 2009 : 393 sociétés régies par le code des assurances, 57 institutions de prévoyance régies par le code de la sécurité sociale, et 874 mutuelles régies par le code de la mutualité. En 2008, 2007 et 2006 leur nombre s'élevait respectivement à 1 420, 1 522 et à 1 631 (cf. tableau 1).

Tableau 1 : Nombre d'organismes d'assurance au 31 décembre de chaque année

Nombre d'organismes contrôlés par l'ACP	au 31/12/2006	au 31/12/2007	au 31/12/2008	au 31/12/2009
Sociétés d'assurance vie et mixte	115	109	106	107
Sociétés d'assurance non-vie	263	252	252	260
Sociétés de réassurance	29	28	28	26
Code des assurances	407	389	386	393
IP	66	63	61	57
IRS (1)	80	80	65	0
Code de la sécurité sociale	146	143	126	57
mutuelles livre I	66	67	66	76
mutuelles livre II - pratiquant des opérations d'assurance	1 158	1 070	973	874
<i>dont mutuelles substituées (2)</i>	<i>484</i>	<i>424</i>	<i>388</i>	<i>348</i>
mutuelles livre III gérant des réalisations sanitaires et sociales	752	709	668	630
Code de la mutualité	1 976	1 846	1 707	1 580
autres entités contrôlées par l'ACP	55	n.d.	n.d.	n.d.
Total des organismes contrôlés par l'ACP	2 584	2 378	2 219	2 030
dont organismes d'assurance	1 631	1 522	1 420	1 324

(1) changement de statut obligatoire en 2009

(2) mutuelles pour lesquelles le risque financier est porté par un autre opérateur

Source : ACP

Ce mouvement de concentration, qui concerne l'ensemble du secteur, touche plus particulièrement les mutuelles (avec 284 mutuelles du livre II en moins, en 2009 par rapport à 2006, sur une diminution totale de 307 organismes). Depuis fin 2005, date à laquelle un travail de recensement précis du nombre de mutuelles actives a été réalisé par l'ACP, le nombre de mutuelles du livre II a diminué de près de 400, passant de 1 270 fin 2005 à 874 fin 2009.

Le mouvement de concentration des mutuelles a été en effet largement accentué à partir de 2002 avec la transposition par ordonnance à ces organismes des directives européennes relatives aux assurances. Est venu en outre s'ajouter en 2007 et 2008 le relèvement du seuil du fonds minimum de garantie obligatoire pour toute mutuelle exerçant une activité d'assurance : celui-ci a été porté le 20 mars 2007 de 225K€ à 1,5M€ en complémentaire santé, et de 600K€ à 2,25M€ en assurance-vie, et le 1^{er} janvier 2008 respectivement à 1,6M€ et 2,4M€. Au 1^{er} janvier 2010, ces seuils ont encore été relevés suite à la publication au journal officiel des avis du 17 décembre 2009.

Renforcement des règles prudentielles

Suite à la publication des avis du 17 décembre 2009 au Journal officiel, les seuils de calculs des exigences minimales de marge de solvabilité et les montants minimaux de fonds de garantie ont été modifiés pour les organismes d'assurance et de réassurance, les mutuelles, les institutions de prévoyance et les unions.

Montants relatifs aux exigences de fonds propres (en millions)

Numéro des articles	montants 2009	montants 2010
Concernant le Code des assurances		
R.334-5	53,1	57,5
R.334-7, R334-15, R334-16	37,2	40,3
	3,2	3,5
	2,4	2,6
	2,2	2,3
R334-9	1,6	1,8
	5,4	5,8
R334-28	3	3,2
	1	1,1
Concernant le code de la sécurité sociale		
R931-10-5, R931-10-8	2,4	2,6
	1,6	1,8
R931-10-4	53,1	57,5
	37,2	40,3
Concernant le code de la mutualité		
R212-13, R212-17	2,4	2,6
	1,6	1,8
R212-12	53,1	57,5
	37,2	40,3

Source : ACP

Avec la mise en application au 1^{er} janvier 2013 des nouvelles règles prudentielles dites « SOLVABILITÉ II », ce mouvement de concentration devrait encore se poursuivre.

Ainsi, sur le seul champ de la santé, alors que le Fonds CMU comptabilisait 781³ organismes assurant une couverture santé complémentaire en 2009 (653 mutuelles, 93 sociétés d'assurance et 35 institutions de prévoyance), il en dénombrait 1 702 en 2001 (1 528 mutuelles, 117 sociétés d'assurance et 57 institutions de prévoyance) : soit une diminution de leur nombre de 54 % entre 2001 et 2009 (cf. tableau 2).

Tableau 2 : Évolution 2001-2009 du nombre d'organismes contribuant au Fonds CMU

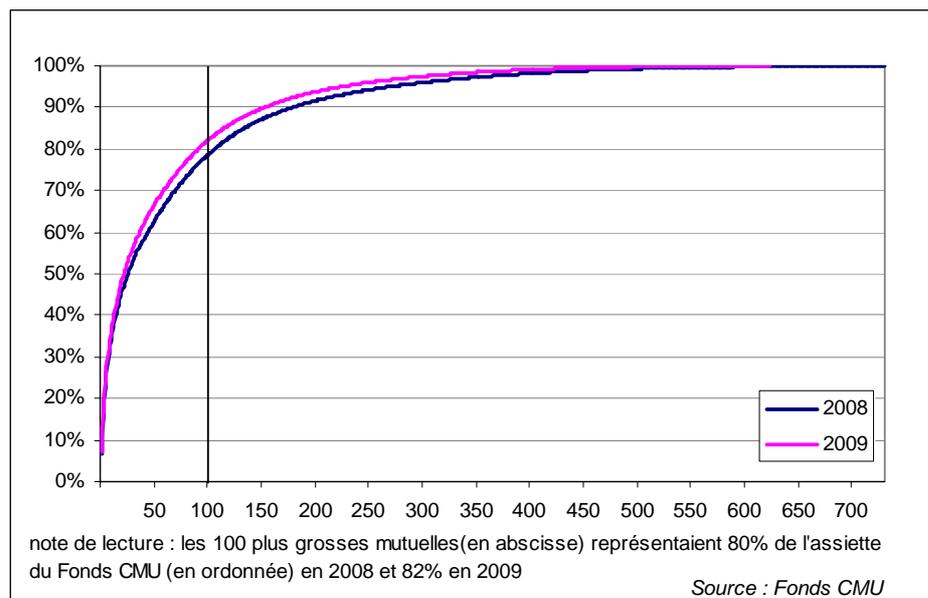
Fonds CMU - nombre d'organismes en 2001 et 2009				
au cours de l'année (1)	Sociétés d'assurance	IP	Mutuelles	Total
2001	117	57	1528	1702
2002	122	51	1371	1544
<i>tx d'évolution annuel 2002-2001</i>	4%	-11%	-10%	-9%
2003	115	50	1069	1234
<i>tx d'évolution annuel 2003-2002</i>	-6%	-2%	-22%	-20%
2004	109	50	1015	1174
<i>tx d'évolution annuel 2004-2003</i>	-5%	0%	-5%	-5%
2005	103	48	922	1073
<i>tx d'évolution annuel 2005-2004</i>	-6%	-4%	-9%	-9%
2006	98	45	848	991
<i>tx d'évolution annuel 2006-2005</i>	-5%	-6%	-8%	-8%
2007	91	38	805	934
<i>tx d'évolution annuel 2007-2006</i>	-7%	-16%	-5%	-6%
2008	92	36	748	876
<i>tx d'évolution annuel 2008-2007</i>	1%	-5%	-7%	-6%
2009	93	35	653	781
<i>tx d'évolution annuel 2009-2008</i>	1%	-3%	-13%	-11%
<i>tx d'évolution cumulé 2009-2001</i>	-21%	-39%	-57%	-54%

(1) ayant versé une contribution au cours de l'année - chiffre différent du nombre de ceux dénombrés en fin d'année

Source : rapport du Fonds CMU de 2003 et 2009

Malgré sa forte concentration depuis ces dix dernières années le monde de la mutualité n'en demeure pas moins encore très morcelé. Les 100 premières mutuelles en termes de chiffre d'affaires « santé » représentent à elles seules 82 % de l'assiette du Fonds CMU et les 520 restantes seulement 18 % (cf. graphique 1).

Graphique 1 : Distribution de l'assiette de la contribution des mutuelles au Fonds CMU en 2008 et 2009



³ Nombre d'organismes ayant versé une contribution au Fonds CMU au cours de l'année considérée – chiffre différent du nombre d'organismes comptabilisés en fin d'année.

Notons cependant que sur les 618 mutuelles enregistrées au Fonds CMU à la fin de l'année 2009, 154 étaient des mutuelles substituées pour lesquelles le risque financier est porté par un autre assureur (cf. tableau 3).

Tableau 3 : Nombre de mutuelles substituées au 31 décembre 2009

Nombre de mutuelles substituées (1)	au 31/12/2009
Mutuelles livre II contribuant au Fonds CMU (source Fonds CMU)	618
. dont substituées (source ACP)	154
. dont non substituées (source ACP)	464

(1) mutuelles pour lesquelles le risque financier est porté par un autre assureur

Source : ACP et FondsCMU

1.2. Des champs différents entre les organismes « assurant une couverture santé » et les organismes « contribuant au financement du Fonds CMU »

Parmi les organismes d'assurance, l'ACP dénombrait au 31-12-2009, sur la base des états comptables qui lui sont ou doivent lui être envoyés, 804 organismes assurant une couverture santé : 106 sociétés d'assurance, 33 institutions de prévoyance et 665 mutuelles⁴. Ce chiffre est différent de celui du Fonds CMU qui comptabilisait à la même date en « assurance complémentaire santé » 91 sociétés d'assurance et 618 mutuelles ; le nombre d'institutions de prévoyance étant quant à lui identique à celui établi par l'ACP (cf. tableau 4).

Plusieurs raisons, de sens contraire, viennent expliquer ces écarts :

- en négatif,
 - o des organismes déclarent assurer une couverture santé alors qu'ils ne contribuent pas au financement du Fonds CMU. Il s'agit notamment des organismes dont l'activité « santé » est une activité « santé » surcomplémentaire (c'est le cas par exemple pour nombre de sociétés d'assurance non-vie assurant une surcomplémentaire santé associée à leur activité « automobile⁵ »), l'assiette de la contribution au Fonds CMU ne portant que sur la seule activité complémentaire santé (cf. encadré 1) ; ces organismes sont ainsi comptabilisés par l'ACP alors qu'ils ne sont pas décomptés par le Fonds CMU ;
- ou encore en positif,
 - o quelques sociétés d'assurance étrangères qui contribuent au financement du Fonds CMU ne sont pas comptées par l'ACP car elles sont contrôlées par l'autorité de contrôle du pays dont elles dépendent. Il s'agit des quelques sociétés d'assurance qui assurent une activité santé en libre prestation de services sur le territoire français ;
 - o il s'agit aussi des organismes ayant cessé leur activité en fin d'année et qui ont versé une contribution au Fonds CMU au 4^{ème} trimestre de l'année considérée.

À ces raisons, s'ajoute aussi le traitement différencié entre le Fonds CMU et l'ACP des mutuelles « substituées ». En effet, lorsque les mutuelles sont « substituées » en santé c'est en théorie l'organisme substituant -sauf lorsque les substituées constituent une union- qui fait la déclaration au Fonds CMU, alors qu'elles restent identifiées à l'ACP pour la transmission de leurs états comptables.

⁴ Le nombre de mutuelles assurant une couverture santé et enregistrées à l'ACP est évalué à partir des sources disponibles.

⁵ Correspondant notamment aux contrats « individuelle accident » des conducteurs.

Tableau 4 : Nombre d'organismes assurant une couverture santé et contribuant au financement du Fonds CMU au 31 décembre de chaque année

Nombre d'organismes assurant une couverture santé	au 31/12/2006	au 31/12/2007	au 31/12/2008	au 31/12/2009
Sociétés d'assurance (ACP)	111	111	109	106
- non comptabilisées au Fonds CMU	31	33	29	27
+ non comptabilisées à l'ACP	10	11	11	12
Sociétés d'assurance (FondsCMU)	90	89	91	91
IP (ACP)	38	36	35	33
+ non comptabilisées à l'ACP	2	0	0	0
IP (FondsCMU)	40	36	35	33
Mutuelles livre II - pratiquant des opérations d'assurance (ACP) (*)	875	825	787	665
<i>dont mutuelles substituées (1) (*)</i>	236	215	214	164
- non comptabilisées au Fonds CMU	62	58	57	47
<i>dont mutuelles substituées (1)</i>	18	13	17	10
Mutuelles livre II - pratiquant des opérations d'assurance (FondsCMU)	813	767	730	618
Total des organismes contrôlés par l'ACP	1 024	972	931	804

(*) Effectifs calculés à partir des sources disponibles

(1) mutuelles pour lesquelles le risque financier est porté par un autre opérateur

Source : ACP et FondsCMU

Concernant les mutuelles, ce tableau nécessiterait d'être consolidé en s'appuyant sur un répertoire – régulièrement actualisé – de l'ensemble des mutuelles (substituantes et substituées) assurant une couverture santé. Il s'agirait de recenser les conventions qui unissent mutuelles substituées et mutuelles substituantes et d'en enregistrer l'historique et le contenu précis (types d'opérations faites en application de la convention de substitution). Sont comptabilisées dans ce tableau, en plus des mutuelles contribuant directement au financement du Fonds CMU, qu'elles soient substituantes ou substituées, les autres mutuelles pour lesquelles l'ACP a transmis des états comptables à la DREES avec mention dans l'état C4 d'une activité « santé ». Le nombre de mutuelles ainsi comptabilisées est donc un minorant de l'ensemble des mutuelles (substituantes et substituées) assurant une couverture santé.

Encadré 1

Le champ des organismes soumis à la contribution au Fonds CMU

Extrait de la circulaire DSS/5A/2004/n°155 du 29 mars 2004 relative au prélèvement de 1,75 %⁶ à la charge des organismes de couverture complémentaire

1. Champ d'application territorial de la contribution

L'article L. 862-4 du code de la Sécurité sociale assujettit les organismes de couverture complémentaire à une contribution assise sur les primes ou cotisations afférentes à leur activité de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé réalisée en France. La notion « d'activité en France » n'est pas attachée au lieu du siège social de l'organisme de couverture complémentaire. Elle fait référence au lieu de résidence du client ou de l'adhérent. Dès lors que le contrat est conclu avec une personne résidant en France, les primes ou les cotisations afférentes à la protection complémentaire doivent être intégrées dans l'assiette de la contribution. Il en va de même lorsque le contrat est conclu avec une entreprise implantée en France, qui procure une couverture complémentaire à ses employés, que ces derniers résident ou non en France.

2. L'Assiette

2.1 Appréciation du caractère complémentaire de la couverture

Les primes ou les cotisations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé ne sont prises en compte dans l'assiette de la contribution que si la couverture revêt un caractère complémentaire à un régime de base. Sont donc exclues de l'assiette les primes ou cotisations afférentes à une protection complémentaire formant un ensemble indivisible avec le régime de base (cas notamment des régimes spéciaux).

2.2 Appréciation du caractère complémentaire des prestations au titre des frais de soins de santé

L'article L. 862-4 – I 2° alinéa dispose que les cotisations ou primes entrant dans l'assiette de la contribution de 1.75 % sont celles « afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé ».

⁶ Au 1^{er} janvier 2009 le taux s'établit à 5,9 %.

Les cotisations et primes entrant dans l'assiette de la contribution sont celles destinées au financement de tous soins de santé (prestations en nature au titre de la maladie, de la maternité, d'un accident, à l'exception des prestations en espèces comme par exemple les indemnités versées en cas d'arrêt maladie). Il importe peu à cet égard que les conditions d'ouverture de droit aux prestations concernées soient identiques ou non à celles prévues par les régimes obligatoires de Sécurité sociale, y compris lorsque ces derniers n'interviennent pas dans la prise en charge de tout ou partie des mêmes frais de soins de santé que les organismes complémentaires.

Il peut s'agir notamment de prestations destinées à assurer la couverture de frais médicaux, chirurgicaux, dentaires, paramédicaux, pharmaceutiques, frais d'analyse ou d'appareillage ainsi que les dépenses indirectes susceptibles d'être engagées dans le cadre de l'hospitalisation (frais de séjour, de transport...).

2.3 Précisions sur les éléments constituant l'assiette

- En matière de réalisations sanitaires et sociales des mutuelles, entrent dans l'assiette de la contribution les cotisations destinées au financement de réalisations sanitaires et sociales qui fournissent des prestations en nature au titre des frais de soins de santé. Ainsi la fraction de la cotisation des adhérents affectée au financement d'une structure de soins (clinique mutualiste par exemple) entre dans l'assiette de la contribution de 1.75 %.
- Les primes afférentes à la couverture de frais d'obsèques, d'allocations décès, de naissance ou de mariage ne couvrent pas des frais relatifs à des soins de santé. Les cotisations destinées au financement de ces dépenses n'ont donc pas à être intégrées dans l'assiette de la contribution.
- En référence au paragraphe 2.2, le forfait hospitalier fait partie des soins de santé, notion qui recouvre l'ensemble des dépenses exposées à l'occasion d'une maladie, d'une maternité, d'un accident : dès lors, la part des cotisations finançant le forfait hospitalier doit être intégrée dans l'assiette du prélèvement.

Ces écarts de champ précisés, et afin de répondre à la demande formulée par le Parlement, le champ de l'analyse a été réduit au champ du Fonds CMU duquel ont été toutefois exclues les sociétés d'assurance étrangères (les autres organismes non identifiés par l'ACP étant des organismes en fin d'activité).

1.3. Des analyses qui ont nécessité des redressements des données de base

Pour réaliser l'analyse, les données transmises par les organismes à l'ACP ont dû être, comme l'année dernière, corrigées :

- à la fois pour assurer la cohérence des données recueillies ;
- et garantir la représentativité des analyses présentées.

Le champ de l'analyse a notamment été corrigé par la DREES pour tenir compte des non-réponses totales ou partielles :

- des non-réponses totales, c'est-à-dire de l'absence de certains organismes dans la base de données de l'ACP, soit parce que ces organismes ne transmettent leurs données à l'ACP que sur format papier, soit parce qu'ils n'avaient pas transmis leurs données au 15 septembre 2010. C'est notamment le cas pour quelques sociétés d'assurance⁷ et un certain nombre de mutuelles. Ce travail a au préalable nécessité que soient identifiés les liens existants entre les organismes : liens de substitution notamment pour ce qui concerne les mutuelles. En effet, certains organismes déclarant au Fonds CMU peuvent ne pas figurer dans la base de données transmise par l'ACP, mais parce qu'ils sont substitués, être pris en compte dans les données de l'ACP par l'intermédiaire de leur substituant ;
- des non-réponses partielles, c'est-à-dire l'absence de certains états. Certains organismes, en effet, n'envoient que des dossiers partiels n'incluant pas l'état C4 « cotisations par catégories de contrats et garanties » et plus rarement l'état C1 « résultats techniques par catégories d'opérations », les seules données disponibles étant dans ce cas les données des comptes de résultat publics (dénommés CR) transmis à toute personne qui en fait la demande.

La méthode de correction retenue pour compléter le champ est présentée annexe 3.

⁷ L'année dernière trois sociétés d'assurance (ayant une activité en santé très réduite) étaient dans ce cas et avaient été réintroduites fin septembre. Cette année cela concerne cinq sociétés.

Ces corrections ont été cependant moins importantes que l'an passé :

- les données transmises par les organismes ont nécessité moins de redressements pour incohérence ;
- le nombre d'organismes ayant transmis leurs états comptables et prudentiels a été nettement supérieur à celui de l'année dernière, les mutuelles ayant été fortement incitées à transmettre à l'ACP leurs données sous forme informatisée. Pour l'année 2009, les comptes disponibles pour l'analyse représentent 94,8 % de l'assiette du Fonds CMU, alors qu'ils n'en représentaient l'année dernière pour l'année 2008 que 88,6 % (cf. tableau 5). Le nombre d'organismes ayant transmis les nouveaux états statistiques⁸, bien que plus faible, est lui aussi important : en termes d'assiette, l'état statistique E4 « compte de résultat de l'activité santé » représente 91,4 % des primes émises comptabilisées dans l'état prudentiel C4 « primes émises par activité » des sociétés d'assurance contribuant au financement du Fonds CMU ; 94,7 % pour les institutions de prévoyance et 93,6 % pour les mutuelles. Ce nombre n'a été toutefois atteint que fin septembre. En effet, pour les sociétés d'assurance, la remontée de ce dernier état a été relativement longue, le masque de saisie informatique n'ayant été mis à la disposition des sociétés d'assurance par l'ACP que fin avril, date à laquelle nombre d'entre elles avaient déjà fait parvenir à l'ACP leurs états comptables et prudentiels ;
- le nouvel état E5 « Compléments CMU et gestion d'un régime obligatoire santé » a été en revanche moins bien renseigné que l'état E4 : à la fois le nombre d'organismes ayant rempli cet état est plus faible, mais surtout le poste dans lequel ils font figurer le montant de la contribution au Fonds CMU n'a pas été précisé. Si le plan comptable de la mutualité précise ce point en indiquant que cette contribution doit figurer dans le poste « autres charges » du compte 64 « frais d'exploitation », aucune indication ne figure dans les plans comptables des assurances et des institutions de prévoyance. En conséquence, il n'a pas été possible cette année d'identifier le montant de la contribution au Fonds CMU dans les comptes des organismes, le nouvel état E5 n'ayant pu être exploité.

Ce travail d'analyse s'est ainsi prolongé jusqu'à la fin du mois de septembre.

Tableau 5 : Nombre d'organismes contribuant au financement du Fonds CMU disponibles pour l'analyse

Nombre d'organismes assurant une couverture santé et contribuant au financement du fonds CMU	au 31/12/2007		au 31/12/2008		au 31/12/2009	
	Effectifs	Poids en termes de cotisations (1)	Effectifs	Poids en termes de cotisations (1)	Effectifs	Poids en termes de cotisations (1)
Total des sociétés d'assurance contrôlées par l'ACP	111		109		106	
Contribuant au financement du Fonds CMU	78	(99,8%)	80	(99,7%)	79	(99,7%)
dont : Comptes disponibles pour l'analyse (2)	78	(99,8%)	80	(99,7%)	74	(99,6%)
Dont Sociétés d'assurance vie et mixte (ACP)	20		20		18	
Contribuant au financement du Fonds CMU	19	(34,6%)	17	(37,2%)	16	(37,5%)
dont : Comptes disponibles pour l'analyse (2)	19	(34,6%)	17	(37,2%)	13	(37,4%)
Dont Sociétés d'assurance non-vie (ACP)	91		89		88	
Contribuant au financement du Fonds CMU	59	(65,2%)	63	(62,4%)	63	(62,2%)
dont : Comptes disponibles pour l'analyse (2)	59	(65,2%)	63	(62,4%)	61	(62,2%)
IP (ACP)	36	(100,0%)	35	(100,0%)	33	(100,0%)
Comptes disponibles pour l'analyse (2)	36	(100,0%)	35	(100,0%)	33	(100,0%)
Mutuelles livre II - pratiquant des opérations d'assurance (ACP) (*)	825		787		665	
Contribuant au financement du Fonds CMU	767		730		618	
Contribuant au financement du Fonds CMU après retraitement (3)	767	(100,0%)	678	(100,0%)	584	(100,0%)
dont mutuelles non substituées	565	(95,5%)	515	(97,3%)	475	(97,6%)
dont : Comptes disponibles pour l'analyse (2)	596	(95,4%)	523	(96,3%)	421	(94,8%)
dont : mutuelles non substituées	519	(94,1%)	477	(95,5%)	395	(94,1%)
Total des organismes contrôlés par l'ACP	972		931		804	

(*) Effectifs calculés à partir des sources disponibles

(1) assiette de cotisations au FondsCMU

(2) organismes pour lesquels les données étaient disponibles au 15 septembre 2010

(3) après identification des liens de substitutions entre "substituantes" et "substituées" et mise en correspondance entre fichier Fonds CMU et fichier ACP. Traitement effectué pour les seules années 2008 et 2009, sur la base des informations disponibles

Source : ACP et FondsCMU

⁸ États relatifs à la protection sociale complémentaire et plus particulièrement relatif à l'activité « santé » (états E3, E4 et E5), cf. annexe 4.

L'examen détaillé des liens de substitution entre mutuelles substituantes, mutuelles substituées et unions⁹ ainsi que le traitement de la non-réponse modifient en fait les résultats présentés sur le champ des mutuelles. Alors que les primes « santé » des mutuelles contribuant au financement du Fonds CMU sont évaluées, en 2009, à 15,2 milliards par l'ACP (données brutes non corrigées) avant toutes corrections statistiques, après prise en compte des liens de substitution et redressements pour non réponse celles-ci se seraient élevées à 17,3 milliards.

1.4. A champ comparable et données redressées des écarts subsistent entre les données de l'ACP et du Fonds CMU

Une fois effectués les traitements statistiques tendant à rapprocher les champs d'analyse du Fonds CMU et de l'ACP, des écarts subsistent entre les deux assiettes correspondantes (cf. tableau 6).

Étant donné leur niveau, ces écarts ne peuvent en effet pas s'expliquer par les différences résiduelles de champ (de l'ordre de 0,3 % de l'assiette au Fonds CMU pour les sociétés d'assurance – cf. tableau 5¹⁰).

Ces écarts sont en fait le résultat des différences existant dans la définition du chiffre d'affaires en « complémentaire santé » entre l'ACP et le Fonds CMU (cf. encadré 2) :

- primes nettes émises¹¹ pour l'ACP, primes ou cotisations nettes émises, ou, à défaut d'émission, recouvrées, au cours d'un trimestre civil (article L. 862-4 du code de la sécurité sociale) pour le Fonds CMU ;
- ensemble des primes de l'activité « santé » pour l'ACP, primes correspondant uniquement aux soins de santé des résidents (hors primes afférentes à des activités accessoires telles : frais d'obsèques, allocations décès, allocation naissance...) pour le Fonds CMU.

On peut notamment noter l'importance de l'écart constaté pour les sociétés d'assurance, les primes émises comptabilisées par l'ACP étant de près de 10 % supérieures à celles retenues pour le calcul de la contribution au Fonds CMU ; cet écart serait en grande partie imputable aux contrats ouverts à des non résidents, ou aux contrats « individuelle accident » des conducteurs, ou encore aux contrats couvrant des garanties statutaires frais de soins pour des fonctionnaires – de l'hospitalière et de la territoriale notamment – en cas de maladie professionnelle (cf. circulaire fonction publique du 30 janvier 1989).

Tableau 6 : Comparaison de l'assiette Fonds CMU et du chiffre d'affaires « santé » tiré des données ACP (en M€)

		2007	2008	2009	Evol. 07-08	Evol. 08-09
Sociétés d'assurance	Assiette Fonds CMU, données brutes avant redressement (1)	6 729	7 557	7 961	12,3%	5,3%
	Assiette Fonds CMU redressée (2)	6 729	7 338	8 167	9,1%	11,3%
	Primes C4 santé, données ACP-DREES (3)	7 566	8 278	8 871	9,4%	7,2%
	Ratio (1)/(3)	88,9%	91,3%	89,7%		
	Ratio (2)/(3)	88,9%	88,6%	92,1%		
Institutions de prévoyance	Assiette Fonds CMU, données brutes avant redressement (1)	4 695	5 126	5 227	9,2%	2,0%
	Assiette Fonds CMU redressée (2)	4 695	5 009	5 344	6,7%	6,7%
	Primes C4 santé, données ACP-DREES (3)	4 854	5 168	5 340	6,5%	3,3%
	Ratio (1)/(3)	96,7%	99,2%	97,9%		
	Ratio (2)/(3)	96,7%	96,9%	100,1%		
Mutuelles	Assiette Fonds CMU, données brutes avant redressement (1)	15 951	16 464	16 952	3,2%	3,0%
	Assiette Fonds CMU redressée (2)	15 951	16 433	16 956	3,0%	3,2%
	Primes C4 santé, données ACP-DREES (3)	16 067	16 687	17 309	3,9%	3,7%
	Ratio (1)/(3)	99,3%	98,7%	97,9%		
	Ratio (2)/(3)	99,3%	98,5%	98,0%		

Source : Fonds CMU et ACP-DREES

⁹ Ce qui conduit à réduire le champ des mutuelles non disponibles pour l'analyse, certaines mutuelles substituées contribuant au Fonds CMU étant comptabilisées avec leur substituant au niveau de l'ACP.

¹⁰ Parce qu'il s'agit de sociétés étrangères ou encore d'organismes en fin d'activité ayant cotisé au Fonds CMU au 4^{ème} trimestre de l'année considérée.

¹¹ Déduction faite des annulations et charge des ristournes.

Encadré 2

Différence d'approche sur le « chiffre d'affaires santé » des organismes complémentaires santé entre l'assiette de la contribution CMU-C et la comptabilité

L'assiette de la contribution financière des organismes complémentaires (OC) au financement de la CMU-C est constituée du montant des primes ou cotisations émises déduction faite des annulations et des remboursements, ou, à défaut d'émission, recouvrées au cours d'un trimestre civil (article L. 862-4 du code de la sécurité sociale). Les déclarations relatives aux quatre trimestres civils d'une année constituent donc la base des données diffusées par le Fonds CMU.

Elles peuvent différer des résultats comptables présentés par les OC. Par exemple, une institution de prévoyance peut recevoir un versement important d'une entreprise en janvier 2009, relatif à un contrat en vigueur en 2008. Si l'émission fait suite à l'encaissement (cas de figure existant), le montant est rattaché à la déclaration de la contribution CMU-C du 1^{er} trimestre 2009 alors qu'il sera rattaché à l'exercice 2008 dans les comptes de l'organisme complémentaire.

L'évolution de l'assiette de la contribution CMU-C entre 2007 et 2008.

Les chiffres tels que déclarés par les OC montrent une évolution sensible de l'assiette de la contribution CMU-C entre 2007 et 2008 (+6,3 %). L'examen attentif des données par le Fonds CMU montre cependant que la reprise constatée en 2008 s'explique presque exclusivement par un transfert effectué par certains OC qui ont anticipé, à la fin de 2008, une partie de la déclaration d'assiette qui aurait dû être faite au titre de 2009. Le taux de la contribution CMU est en effet passé de 2,5 % à 5,9 % à partir de 2009. Pour les OC concernés, l'assiette a « anormalement » augmenté entre 2007 et 2008, l'augmentation portant sur le 4^{ème} trimestre 2008. Dans le même temps, celle déclarée sur le 1^{er} trimestre 2009 a chuté du même ordre de grandeur, par rapport à la même période sur 2008. On peut chiffrer ce transfert autour de 330 millions d'euros. En neutralisant ce montant, l'assiette 2008 n'aurait augmenté que de 5,1 % par rapport à 2007.

Source : Fonds CMU

2. Une spécialisation marquée du marché de l'assurance selon le type d'organismes

Même sur le champ restreint des organismes assurant une couverture santé complémentaire, le marché de l'assurance apparaît très spécialisé : la part de la santé dans l'activité des organismes reste très variable et la nature des contrats proposés est significativement différente selon le type d'organismes.

2.1. Un poids de l'activité « santé » très variable selon le type d'organismes

Du fait des règles de double spécialisation imposées aux organismes pratiquant des opérations d'assurance (cf. encadré 3), le poids relatif des différentes branches d'activités couvertes varie fortement selon le type d'organismes : alors que le poids de la santé dans le chiffre d'affaires n'est que de 2 % pour les sociétés d'assurance « vie et mixte », il s'élève à plus de 80 % pour les mutuelles (cf. tableau 7 et graphique 2).

Tableau 7 : Part de l'activité « dommages corporels » et « santé » dans l'ensemble de l'activité des organismes d'assurance

Activité en 2009 (en %)	Sociétés d'assurance vie et mixte	Sociétés d'assurance non-vie	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Ensemble des organismes
Ensemble des organismes					
Total général (affaires directes, en LPS, acceptation,...)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total des affaires directes	91,5%	83,6%	97,5%	92,2%	90,0%
dont "Dommages corporels"	4,2%	15,7%	86,3%	66,9%	16,4%
dont "santé"	2,2%	8,6%	80,5%	43,0%	11,7%
dont Organismes cotisant au Fonds CMU et contrôlés par l'ACP					
Total général (affaires directes, en LPS, acceptation,...)	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Total des affaires directes	89,9%	92,0%	98,2%	91,1%	91,8%
dont "Dommages corporels"	10,4%	24,0%	96,7%	70,1%	31,6%
dont "Santé"	6,0%	14,4%	91,1%	48,8%	23,9%

Source ACP, calculées à partir des données brutes non redressées, y compris mutuelles substituées

Encadré 3 La double spécialisation du marché des assurances

Les directives européennes en assurance prévoient un principe de spécialisation à deux niveaux.

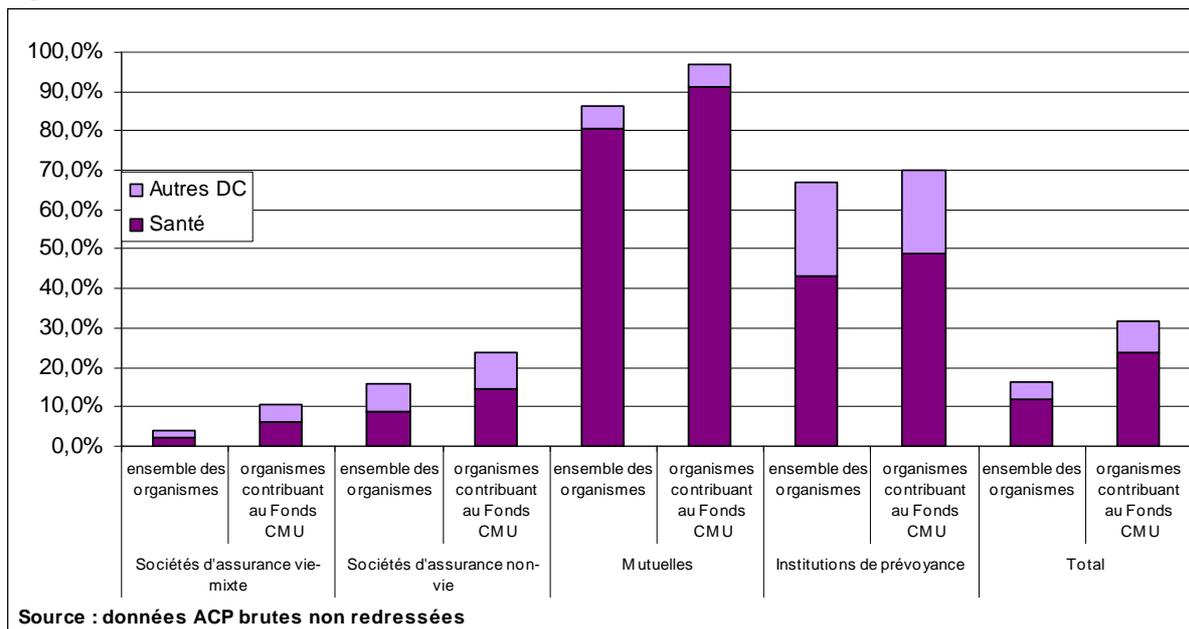
En premier lieu, l'activité d'assurance doit être isolée au sein d'un périmètre juridique spécifique qui ne peut avoir d'activité en dehors de l'assurance. Doivent être ainsi distinguées les mutuelles ayant des activités d'assurance proprement dites (mutuelles du titre II du code des mutuelles) de celles ayant des activités de gestion de réalisations sanitaires et sociales (mutuelles du titre III du code de la mutualité).

En second lieu, au sein de l'assurance, les catégories de garanties sont ventilées en branches et un assureur pratiquant des opérations dépendant de la durée de la vie humaine (assurance vie) ne peut pratiquer simultanément d'autres opérations d'assurance (assurance non-vie). Ce second niveau de spécialisation comporte une exception : un assureur vie, appelé alors assureur mixte, peut demander un agrément pour couvrir des risques de dommages corporels (complémentaire santé, incapacité-invalidité, dépendance notamment).

En outre, certains risques ne peuvent être assurés que par des sociétés d'assurance : automobile, dommages aux biens, ou encore responsabilité civile.

Les écarts sont encore plus notables lorsqu'on limite l'analyse au seul champ des organismes contribuant au financement du Fonds CMU. Sur ce champ réduit, le poids de la santé dans le chiffre d'affaires passe, en effet, de 6 % environ pour les sociétés d'assurance « vie et mixte » à plus de 90 % pour les mutuelles, et atteint près de 49 % pour les institutions de prévoyance (contre 43 % pour l'ensemble des institutions de prévoyance) et 14 % pour les sociétés d'assurance « non-vie » (contre 9 % pour l'ensemble du champ des sociétés « non-vie »).

Graphique 2 : Poids de la « santé » et des « autres dommages corporels » dans l'activité des organismes d'assurance en 2009



Avec un poids de 56 % dans l'assiette globale du Fonds CMU en 2009 (55 % dans les primes émises – données comptables –), les mutuelles sont prédominantes sur le marché de la « couverture santé complémentaire » ; les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance n'en représentant quant à elles que respectivement 17 % et 27 % (28 % dans les primes émises – données comptables –).

En fait, lorsque les mutuelles assurent une couverture santé, elles le font presque exclusivement de toute autre activité, y compris des autres activités relatives aux dommages corporels (invalidité-incapacité-dépendance). Leur poids dans l'activité globale des organismes contribuant au Fonds CMU est ainsi beaucoup plus réduit. Elles ne représentent que 16 % du total de l'activité des organismes d'assurance contribuant au Fonds CMU, contre 76 % pour les sociétés d'assurance.

Les mutuelles assurent donc essentiellement des risques courts, contrairement aux autres types d'organismes. La structure de leur bilan s'en distingue dès lors : « le règlement rapide des prestations « santé » n'impose pas la détention de placements importants »¹² en couverture des engagements pris vis-à-vis des assurés. Le poids des provisions au passif du bilan est relativement faible : celles-ci ne représentent que 3 % des provisions réalisées par l'ensemble des organismes contribuant au Fonds CMU alors que le poids de leur activité s'élève à 16 %. Les sociétés d'assurance vie-mixte qui par définition assurent des risques longs pèsent en revanche pour plus de 75 % dans les provisions réalisées par l'ensemble des organismes contribuant au Fonds CMU. Ces dernières sont en outre pratiquement les seules à proposer des contrats en Unité de Compte (c'est-à-dire des contrats dont le risque financier est porté par l'assuré et non par l'assureur) (cf. tableau 8).

Tableau 8 : Poids des organismes dans l'activité et les postes du bilan en 2009

	Total en milliards	Total	part en % dans le total			
			Sociétés d'assurance vie-mixte	Sociétés d'assurance non-vie	Mutuelles	Institutions de prévoyance
Compte de résultat						
Chiffre d'affaires "activité totale"	125	100%	46%	30%	16%	9%
Chiffre d'affaires "activité santé"	32	100%	11%	17%	55%	17%
Compte de Bilan						
les fonds propres	61	100%	29%	33%	22%	17%
les provisions	427	100%	75%	17%	3%	5%
les provisions en UC	76	100%	100%	0%	0%	0%
les autres passifs	63	100%	68%	19%	7%	6%
Total passif	627	100%	73%	17%	5%	6%
les réassureurs	35	100%	55%	28%	5%	12%
les placements	466	100%	72%	17%	5%	6%
les placements en UC	74	100%	100%	0%	0%	0%
les autres actifs	50	100%	51%	32%	8%	9%
Total actif	627	100%	73%	17%	5%	6%
Plus-values latentes	27	100%	48%	44%	1%	6%
Bilan en valeur de marché	654	100%	72%	18%	5%	6%

Champ : organismes contribuant au financement du Fonds CMU

Source : données ACP, calculs DREES

2.2. Des couvertures « santé » de nature différente selon le type d'organismes

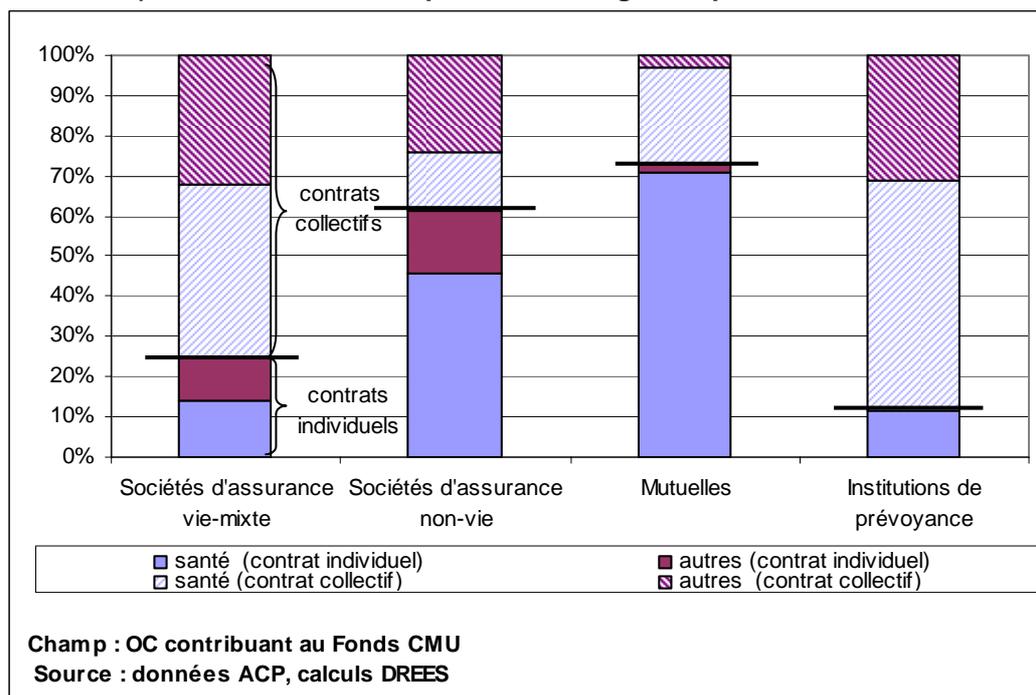
La nature des contrats proposés diffère, en outre, significativement selon le type d'organismes considéré. Les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance proposent, notamment, plus souvent des contrats collectifs que ne le font les mutuelles : 88 % des contrats des institutions de prévoyance en « dommages corporels » sont des contrats collectifs et respectivement 76 % et 39 % de ceux des sociétés d'assurance « vie et mixte » et des sociétés d'assurance « non-vie ». Ils ne sont en revanche que 27 % à l'être pour les mutuelles (cf. graphique 3). Notons que les contrats individuels des institutions de prévoyance ne sont, en fait, que des contrats collectifs de groupes ouverts ou des contrats individuels destinés aux anciens salariés chômeurs ou retraités et à leurs ayants droit des entreprises affiliées¹³. En « santé », les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance « vie et mixte » proposent essentiellement des contrats collectifs : 83 % pour les institutions de prévoyance¹⁴ et 76 % pour les sociétés d'assurance « vie et mixte », alors que les mutuelles et les sociétés d'assurance « non-vie » proposent, à l'inverse, essentiellement des contrats individuels 75 % de contrats individuels pour les mutuelles et 76 % pour les sociétés d'assurance « non-vie ».

¹² Cf. rapport annuel de l'ACP, octobre 2010.

¹³ Les données recueillies par l'ACP regroupent sous la rubrique « **contrats individuels** » les contrats « individuels » et les contrats « collectifs facultatifs », dits contrats collectifs de groupes ouverts.

¹⁴ Sachant en outre que les 17 % de contrats individuels correspondent à des contrats collectifs de groupes ouverts ou à des contrats individuels destinés aux anciens salariés chômeurs ou retraités et à leurs ayants-droit des entreprises affiliées.

Graphique 3 : Le poids de la santé et des autres dommages corporels (contrats collectifs et individuels) dans l'ensemble des primes dommages corporels en 2009



Note de lecture : le poids des contrats individuels correspond aux surfaces situées en dessous des traits noirs.

Or, comme le montre l'enquête menée par la DREES sur « les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé » cela n'est pas sans conséquences sur le niveau des garanties proposées (cf. encadré 4).

À la fois les garanties offertes par les contrats collectifs « modaux » sont généralement plus élevées ; et leur coût relatif plus faible. L'exploitation des données de l'enquête sur les contrats modaux montre en effet qu'à niveau de garanties équivalent, la cotisation mensuelle moyenne d'un contrat collectif est inférieure de 10 € à celle d'un contrat individuel. Écart très significatif par rapport au montant de la prime mensuelle moyenne des contrats modaux des organismes complémentaires, puisque celui-ci s'élevait en 2007 à 38 € en moyenne mensuelle par bénéficiaire.

Encadré n° 4

L'enquête DREES sur « les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé »

La DREES mène chaque année une enquête auprès des mutuelles, des sociétés d'assurances et des institutions de prévoyance afin de mieux connaître l'offre en matière de couverture complémentaire santé¹⁵. Cette enquête porte sur les caractéristiques et les niveaux de garantie des trois contrats individuels et des deux contrats collectifs les plus souscrits, au sein de chaque organisme, appelés « contrats modaux », ce qui représente 64 % de l'ensemble des contrats individuels et 27 % de l'ensemble des contrats collectifs en termes de personnes couvertes.

En France, 86 % de la population est couverte par une assurance maladie complémentaire privée, 7 % par la couverture maladie universelle complémentaire, et 7 % est sans couverture complémentaire¹⁶. Parmi les personnes bénéficiant d'une couverture privée en 2007, 59 % sont couvertes par une mutuelle, 24 % par une société d'assurance et 17 % par une institution de prévoyance. Quatre bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé sur dix sont couverts par un contrat collectif et six sur dix par un contrat individuel.

Les couvertures individuelles sont essentiellement assurées par les mutuelles (69 % des personnes couvertes) et les sociétés d'assurance (27 %), les institutions de prévoyance étant très peu présentes sur ce marché. Les contrats collectifs sont quant à eux plus proposés par des mutuelles (42 %) et des institutions de prévoyance (38 %) que par des sociétés d'assurance (20 %).

Notons que dans l'enquête DREES les contrats collectifs « groupes ouverts » (ou contrats collectifs facultatifs) sont comptabilisés avec les contrats collectifs alors que l'ACP les considère comme des contrats individuels.

Le poids de chaque type d'organisme dans les contrats

	contrats individuels	contrats collectifs (y compris groupes ouverts)	ensemble des contrats
Sociétés d'assurance	27	20	24
Mutuelles	69	42	59
Institutions de prévoyance	4	38	17
	100	100	100
<i>poids des contrats</i>	60	40	100

Source : enquête DREES sur les contrats modaux

¹⁵ Garnero M., Rattier M.O., 2009, « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2007 », Études et Résultats, DREES, n°698, Août.

¹⁶ Source : Enquête sur la santé et la protection sociale, ESPS 2006 de l'IRDES et calculs de la DREES.

La situation financière des organismes assurant une couverture complémentaire en santé

Comme le note l'ACP dans son rapport annuel, après une année 2008, marquée par la crise financière et la baisse du chiffre d'affaires global des sociétés d'assurance, l'année 2009 se caractérise par une reprise de l'activité : « après un repli en 2008, le chiffre d'affaires du secteur s'est accru de 8 % en 2009 »¹⁷. Cette évolution est en fait essentiellement imputable aux opérations vie, qui après une baisse significative en 2008 retrouvent leur niveau d'activité de 2007. Les opérations vie dégagent ainsi un résultat technique de 4,7 milliards d'euros contre 2,7 milliards en 2008. La situation financière globale du secteur se dégrade cependant du fait de la croissance de la sinistralité en assurance non-vie : alors que le résultat net total du secteur s'établissait en 2008 à 11,8 milliards d'euros (dont 2,7 milliards de résultat technique vie et 6,7 milliards d'euros de résultat technique non-vie), il s'élève à 8,2 milliards en 2009 (dont 4,7 milliards de résultat technique vie et 3,1 milliards de résultat technique non-vie). La solvabilité globale du secteur n'est toutefois pas en danger¹⁸ et s'inscrit même en hausse pour tous les types d'organismes, notamment lorsque sont prises en compte dans le calcul les plus-values latentes. Après une forte baisse en 2008, ces dernières se sont en effet reconstituées dans le courant de l'année 2009.

L'examen des comptes de résultat des seuls organismes assurant une couverture santé et contribuant au financement du Fonds CMU (champ du rapport) montre toutefois que cette seule grille d'analyse - part relative des activités « vie » et « non-vie » dans l'ensemble de l'activité - n'est pas suffisante pour expliquer les différences observées fin 2009 entre types d'organismes (sociétés d'assurance « vie et mixte », sociétés d'assurance « non-vie », mutuelles et institutions de prévoyance). Les résultats nets globaux sont, en effet, contrastés selon le type d'organismes en raison en particulier de structures d'activité très différentes (cf. graphique 2 – chapitre précédent), ils sont également très disparates entre organismes. Toutefois, lorsqu'est étudiée la seule activité de « dommages corporels » puis, au sein de cette catégorie, l'activité « santé », des points communs émergent quel que soit l'organisme assureur, la ligne de partage devenant la nature du contrat, collectif ou individuel.

1. En 2009, des résultats contrastés pour les organismes complémentaires contribuant au Fonds CMU

1.1. En moyenne, une baisse du résultat net comptable pour les sociétés d'assurance et les mutuelles en 2009, mais qui ne met pas en cause leur solvabilité

Pour les seuls organismes contribuant au financement du Fonds CMU on ne retrouve pas la dichotomie mise en évidence au niveau du marché entre assureurs selon qu'ils couvrent pour l'essentiel des risques vie ou des risques non-vie.

Pour les sociétés d'assurance non-vie on retrouve des résultats similaires à ceux établis au niveau de l'ensemble du marché : leurs charges de prestations (tous risques confondus) exprimées en pourcentage des primes augmentent en 2009 de 6,3 points du fait de l'accroissement de la sinistralité, et leur résultat net diminue de 5 points (cf. graphiques 4 et 4bis).

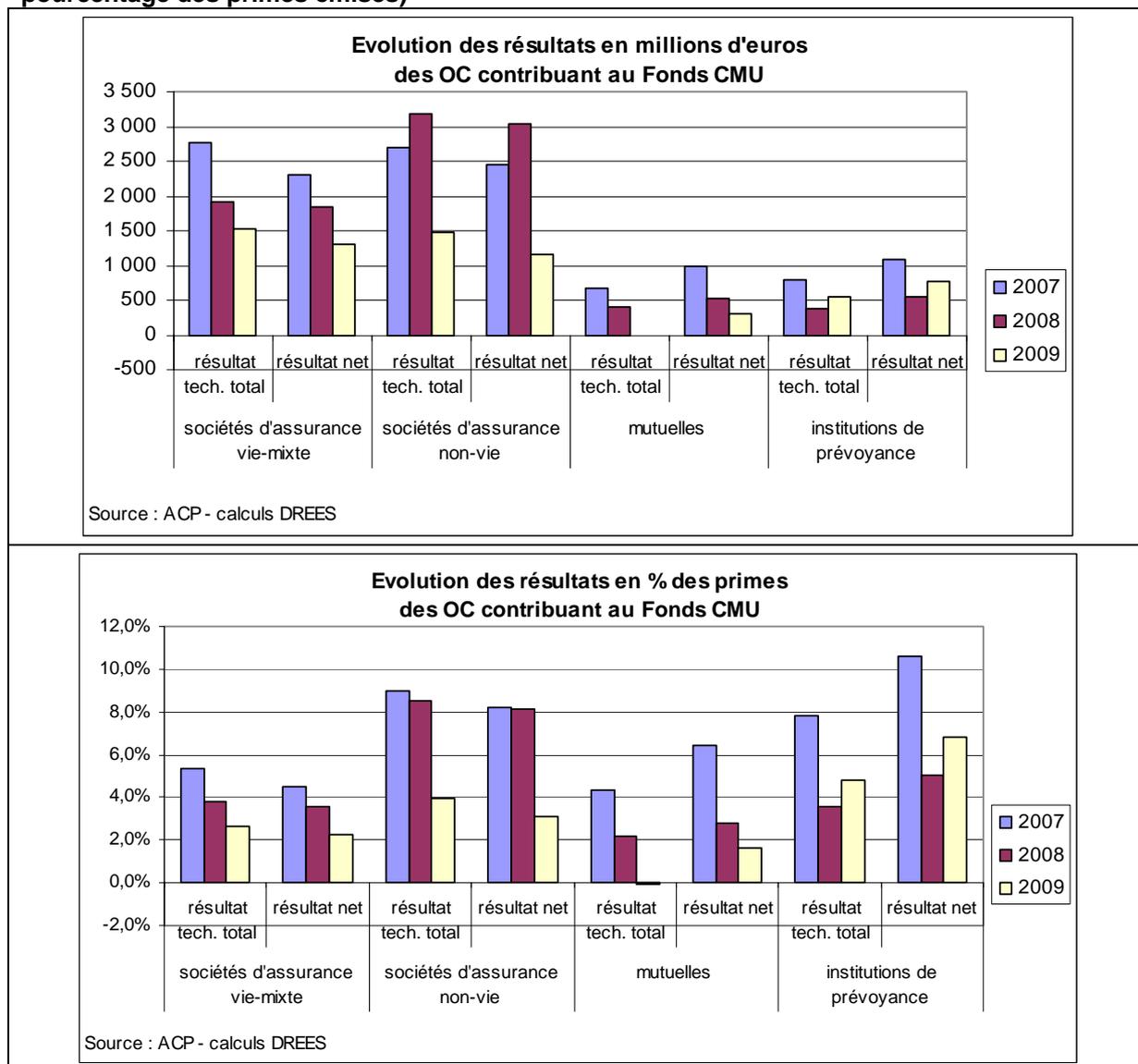
Pour les assureurs vie et mixte ainsi que pour les mutuelles, on constate là aussi une baisse relative du résultat net comptable. Celle-ci est cependant moindre que pour les sociétés d'assurance non-vie : la baisse est de 1,3 point pour les sociétés d'assurance vie et mixte et de 1,2 point pour les mutuelles.

¹⁷ Rapport d'activité 2009 de l'Autorité de contrôle prudentiel, octobre 2010.

¹⁸ Pour l'ensemble du secteur : la marge de solvabilité est couverte en fin d'exercice à plus de 120 % par les éléments les moins fluctuants (fonds propres) -à 129% pour les sociétés d'assurance vie et mixte, 408% pour les sociétés d'assurance non-vie, 346% pour les mutuelles et 523% pour les institutions de prévoyance- et à plus de 200 % en tenant compte de la totalité des éléments admissibles dans la couverture -à 200% pour les sociétés d'assurance vie et mixte, 611% pour les sociétés d'assurance non-vie, 375% pour les mutuelles et 603% pour les institutions de prévoyance.

Enfin, les institutions de prévoyance connaissent quant à elles une légère amélioration de leur résultat net comptable en 2009.

Graphiques 4 et 4bis : Résultats technique et net comptable des organismes complémentaires contribuant au financement du Fonds CMU, en 2007, 2008, 2009 (en millions d'euros et en pourcentage des primes émises)



Ces évolutions négatives des résultats pour les sociétés d'assurance et les mutuelles n'ont toutefois qu'un faible impact sur leur solvabilité (cf. encadré 5). Avec des taux de couverture bilantielle de la marge compris, selon le type d'organismes, entre 117 % et 497 % (sans prise en compte des plus-values latentes¹⁹) et des taux de couverture des engagements réglementés compris entre 103 % et 188 %, la solvabilité des organismes n'est pas compromise. Même pour les organismes ayant des ratios faibles (ceux pour lesquels les ratios se situent au niveau du quart inférieur de leur catégorie) ces taux sont toujours supérieurs à 100 %.

¹⁹ Du fait de la reconstitution des plus-values latentes en 2009, les taux avec prise en compte des plus-values sont encore plus élevés.

Encadré 5 Les règles prudentielles

Pour s'assurer de la solvabilité des sociétés d'assurance, des mutuelles et des institutions de prévoyance, l'ACP demande à ces organismes de lui fournir, en application des directives européennes complétées par la réglementation interne, des données détaillées :

- des simulations prospectives visant à évaluer la capacité des organismes à faire face à leurs engagements selon plusieurs scénarii d'évolution de la sinistralité et des marchés financiers ;
- l'évaluation de leurs provisions techniques et la structure de leurs placements financiers... ;
- une présentation de leurs ratios prudentiels.

La réglementation actuelle impose, en effet, à ces organismes de respecter un certain nombre de règles :

- de disposer de provisions suffisantes incluant une marge de prudence permettant de couvrir leurs engagements avec une probabilité suffisante ;
- de disposer d'actifs suffisamment sûrs, liquides, rentables et diversifiés à mettre en regard des provisions techniques et des passifs de rang supérieur à celui des engagements envers les assurés ;
- de disposer d'un montant minimal de fonds propres permettant de faire face à des pertes imprévues, montant dont le calcul réglementaire dépend de la nature de l'activité (provisions ou capitaux sous risques en vie, primes et charges de prestations en non vie).

Ces règles portent notamment sur le respect de ratios prudentiels appelés **ratio de couverture des engagements réglementés** et **ratio de couverture de la marge de solvabilité** :

- le ratio de couverture des engagements réglementés est égal au rapport des actifs retenus en couverture aux engagements réglementés. Les codes des assurances, de la mutualité et de la Sécurité sociale fixent la liste des valeurs mobilières et autres titres admis en couverture des engagements réglementés. La liste comporte cinq catégories principales : obligations, actions, immobilier, prêts et dépôts. Les placements admis en couverture des engagements réglementés ne peuvent pas toutefois dépasser certains plafonds pour les catégories d'actifs suivantes : 65 % pour les actions, 40 % pour l'immobilier et 10 % pour les prêts. Ils doivent en outre ne pas excéder, afin de diviser les risques, 5 % des engagements réglementés en valeur émise par une même société (actions, obligations ou prêts), cette limite de 5 % est portée à 10 % à condition que le total ne dépasse pas 40 % de l'ensemble des placements admis en couverture. Les engagements réglementés correspondent quant à eux aux provisions techniques et autres dettes privilégiées (hypothèques, dépôts reçus à restituer, complément retraite des salariés, dettes fiscales et sociales..) ;
- le ratio de couverture de la marge solvabilité est égal au rapport des fonds propres (augmentés des plus values latentes sur actifs et déduction faite des moins values latentes sur actifs non obligataires) à la marge minimum de solvabilité. La marge minimum de solvabilité est calculée en assurance vie en pourcentage des provisions mathématiques des contrats en euros et des contrats en unités de compte auquel s'ajoute un pourcentage des capitaux décès, et en assurance non-vie en proportion des primes ou des sinistres²⁰.

Entre 2007 et 2009 ces deux ratios ont évolué comme suit pour les organismes **assurant une couverture complémentaire santé et participant au financement du Fonds CMU** :

Taux de couverture des engagements réglementés (en %)

	2007	2008	25ème percentile en 2008	Médiane en 2008	75ème percentile en 2008	2009	25ème percentile en 2009	Médiane en 2009	75ème percentile en 2009
Sociétés d'assurance vie et mixte	102,1%	103,3%	102,3%	106,2%	126,8%	103,1%	102,0%	106,7%	114,8%
Sociétés d'assurance non-vie	112,3%	110,6%	107,6%	113,7%	125,5%	109,3%	104,9%	111,9%	131,5%
Mutuelles	160,6%	136,8%	213,7%	412,5%	657,6%	188,0%	231,3%	412,2%	739,2%
Institutions de prévoyance	127,3%	130,1%	106,9%	114,9%	137,7%	124,4%	110,6%	117,5%	139,3%

Source : ACP - données brutes, données 2007 et 2008 non actualisées.

Taux de couverture bilantielle de la marge, sans et avec prise en compte des plus-values latentes (en %)

	2007	2008	25ème percentile en 2008	Médiane en 2008	75ème percentile en 2008	2009	25ème percentile en 2009	Médiane en 2009	75ème percentile en 2009
Sociétés d'assurances vie et mixte	105,6%	119,3%	112,8%	137,1%	226,9%	116,6%	114,8%	132,0%	180,7%
+ plus values latentes	282,1%	165,8%	132,1%	155,5%	258,3%	200,3%	159,7%	204,3%	248,6%
Sociétés d'assurance non-vie	352,3%	311,9%	174,9%	326,8%	930,8%	321,1%	173,5%	345,2%	873,6%
+ plus values latentes	593,7%	401,5%	188,8%	365,5%	944,2%	494,5%	209,9%	410,8%	907,3%
Mutuelles	365,8%	363,9%	248,8%	328,0%	467,9%	376,2%	234,6%	334,0%	506,1%
+ plus values latentes	378,0%	367,8%	250,4%	332,9%	467,9%	413,8%	242,8%	350,3%	551,0%
Institutions de prévoyance	491,3%	499,0%	244,2%	373,0%	741,0%	497,0%	214,2%	371,1%	671,7%
+ plus values latentes	567,7%	514,6%	272,3%	373,0%	743,7%	557,3%	274,0%	449,3%	754,7%

Source : ACP - données brutes, données 2007 et 2008 non actualisées.

²⁰ Les proportions retenues pour le calcul s'établissent en assurance vie à 4 % des provisions mathématiques des contrats en euros et à 1 % des provisions des contrats sans risque de placement pour l'assureur, et en assurance non-vie à 16 % des primes ou 23 % des sinistres (pour un calcul détaillé voir les articles R344-1 et suivants du code des assurances).

Les écarts de taux de couverture des engagements réglementés et de couverture bilantielle de la marge entre les types d'organismes s'expliquent en partie par leur différence de structure bilantielle (cf. tableau ci-dessous et tableau 8 et commentaires associés chapitre précédent).

**Les principaux postes du bilan en % des provisions
des organismes contribuant au financement du Fonds CMU**

	sociétés d'assurance vie-mixte			sociétés d'assurance non-vie		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Passif :						
Fonds propres	5,2%	5,5%	5,4%	32,5%	29,9%	28,1%
Provisions	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Provisions en UC	37,6%	25,5%	23,5%	0,0%	0,0%	0,0%
Autres passifs	15,0%	14,4%	13,4%	16,3%	19,6%	17,2%
Total passif	157,8%	145,4%	142,3%	148,8%	149,4%	145,3%
Actif :						
Réassureurs	6,3%	5,9%	6,1%	16,9%	15,0%	14,0%
Placements	105,4%	105,6%	105,0%	108,1%	110,8%	108,5%
Placements en UC	37,1%	25,2%	23,1%	0,0%	0,0%	0,0%
Autres actifs	9,0%	8,7%	8,0%	23,8%	23,7%	22,8%
Total actif	157,8%	145,4%	142,3%	148,8%	149,4%	145,3%
Plus-values latentes	8,7%	0,3%	4,1%	21,0%	9,4%	16,9%
Bilan en valeur de marché	166,5%	145,6%	146,4%	169,8%	158,8%	162,2%

	mutuelles			institutions de prévoyance		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Passif :						
Fonds propres	112,0%	118,6%	116,9%	47,0%	45,0%	43,8%
Provisions	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Provisions en UC	0,2%	0,1%	0,2%	0,5%	0,3%	0,5%
Autres passifs	35,4%	40,5%	39,1%	17,3%	16,1%	16,0%
Total passif	247,6%	261,0%	258,8%	164,8%	162,0%	160,3%
Actif :						
Réassureurs	8,3%	14,7%	15,0%	19,4%	18,6%	18,2%
Placements	204,1%	209,4%	209,9%	123,6%	122,5%	121,6%
Placements en UC	0,3%	0,2%	0,3%	0,1%	0,1%	0,3%
Autres actifs	34,9%	36,7%	33,6%	21,7%	20,8%	20,1%
Total actif	247,6%	261,0%	258,8%	164,8%	162,0%	160,3%
Plus-values latentes	17,2%	-0,7%	2,9%	11,8%	-1,1%	7,3%
Bilan en valeur de marché	264,7%	260,3%	261,7%	176,6%	160,8%	167,6%

Source : données ACP, calculs DREES

L'analyse plus précise des comptes de résultat montre que les raisons de ces évolutions sont différentes selon les organismes.

Pour les mutuelles et les sociétés d'assurance vie-mixte la remontée de leurs produits financiers n'a pas été suffisante pour compenser l'augmentation de leurs charges : de leurs frais d'acquisition et d'administration²¹ en ce qui concerne les mutuelles, et de leurs charges de prestations en ce qui concerne les sociétés d'assurance vie-mixte.

Pour les sociétés d'assurance non-vie, dans un marché globalement atone, c'est là aussi l'augmentation relative de leurs charges de prestations qui permet d'expliquer la baisse de leur résultat net comptable exprimé en pourcentage des primes.

À l'inverse, les institutions de prévoyance améliorent leur résultat avec une moindre croissance relative de leurs charges de prestations, cette moindre croissance venant plus que compenser l'augmentation de leurs frais d'acquisition et d'administration (cf. tableau 9).

²¹ Les frais d'acquisition et d'administration s'entendent ici au sens large : ils comprennent les frais d'acquisition, les frais d'administration et les autres charges techniques nettes.

Tableau 9 : Le compte de résultat global en % des primes des organismes contribuant au financement du Fonds CMU

	sociétés d'assurance vie-mixte			sociétés d'assurance non-vie		
	2007	2008 (2)	2009	2007	2008	2009
Primes	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Charges de prestations (-)	-115,1%	-62,1%	-124,9%	-70,7%	-68,7%	-75,0%
Produits financiers	31,5%	-20,1%	38,4%	9,1%	7,1%	5,9%
<i>prestations - produits financiers (1)</i>	-83,6%	-82,2%	-86,6%			
Frais d'acquisition et d'administration (-)	-11,6%	-12,3%	-11,8%	-24,4%	-25,1%	-24,9%
Solde réassurance (-)	0,5%	-1,7%	1,0%	-5,1%	-4,8%	-2,0%
Résultat technique	5,4%	3,8%	2,7%	9,0%	8,5%	4,0%
Produits financiers du résultat non-technique	1,1%	1,1%	0,8%	3,1%	1,9%	1,7%
Autres éléments non techniques	-2,0%	-1,3%	-1,2%	-4,0%	-2,3%	-2,6%
Résultat net	4,5%	3,6%	2,3%	8,2%	8,1%	3,1%

	mutuelles			institutions de prévoyance		
	2007	2008	2009	2007	2008	2009
Primes	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Charges de prestations (-)	-85,3%	-85,1%	-84,8%	-88,2%	-90,2%	-87,8%
Produits financiers	2,6%	1,1%	1,8%	5,9%	5,0%	4,4%
Frais d'acquisition et d'administration (-)	-12,1%	-13,3%	-16,8%	-7,6%	-9,5%	-9,7%
Solde réassurance (-)	-0,9%	-0,5%	-0,3%	-2,3%	-1,7%	-2,2%
Résultat technique	4,4%	2,2%	0,0%	7,9%	3,5%	4,8%
Produits financiers du résultat non-technique	2,4%	0,9%	2,1%	3,0%	1,9%	2,1%
Autres éléments non techniques	-0,3%	-0,3%	-0,4%	-0,2%	-0,4%	-0,1%
Résultat net	6,4%	2,8%	1,6%	10,6%	5,1%	6,8%

NB : Les charges de prestations s'entendent au sens large, elles comprennent les sinistres et rentes payés nets de recours, les frais de gestion sur sinistres et rentes payés, les variations de provisions (pour sinistres à payer, pour recours et autres), les charges de provisions vie et les participations aux excédents et intérêts techniques versés.

(1) solde permettant d'annuler l'effet sur les prestations et les produits financiers de l'ACAV (ajustement des opérations à capital variable)

(2) la baisse en 2008 des prestations et des produits financiers est imputable pour partie au mode de comptabilisation des contrats en unités de compte, corrigée de cet effet (hors ACAV) la baisse est moins forte et les produits financiers restent positifs : les prestations s'établissent alors à -109,7% et les produits financiers à 27,5%

Source : ACP, calculs DREES

Ainsi, après la baisse déjà constatée en 2008²², les mutuelles sont celles qui dégagent proportionnellement à leurs primes les plus faibles résultats techniques (global) et net comptable : ceux-ci s'élèvent en 2009 respectivement à 0,0 % et à 1,6 % du total des primes, contre respectivement 2,7 % et 2,3 % pour les sociétés d'assurance vie et mixte ; 4,0 % et 3,1 % pour les sociétés d'assurance non-vie ; et 4,8 % et 6,8 % pour les institutions de prévoyance (cf. graphiques 4 et 4bis).

1.2. Des différences toutefois notables selon les organismes

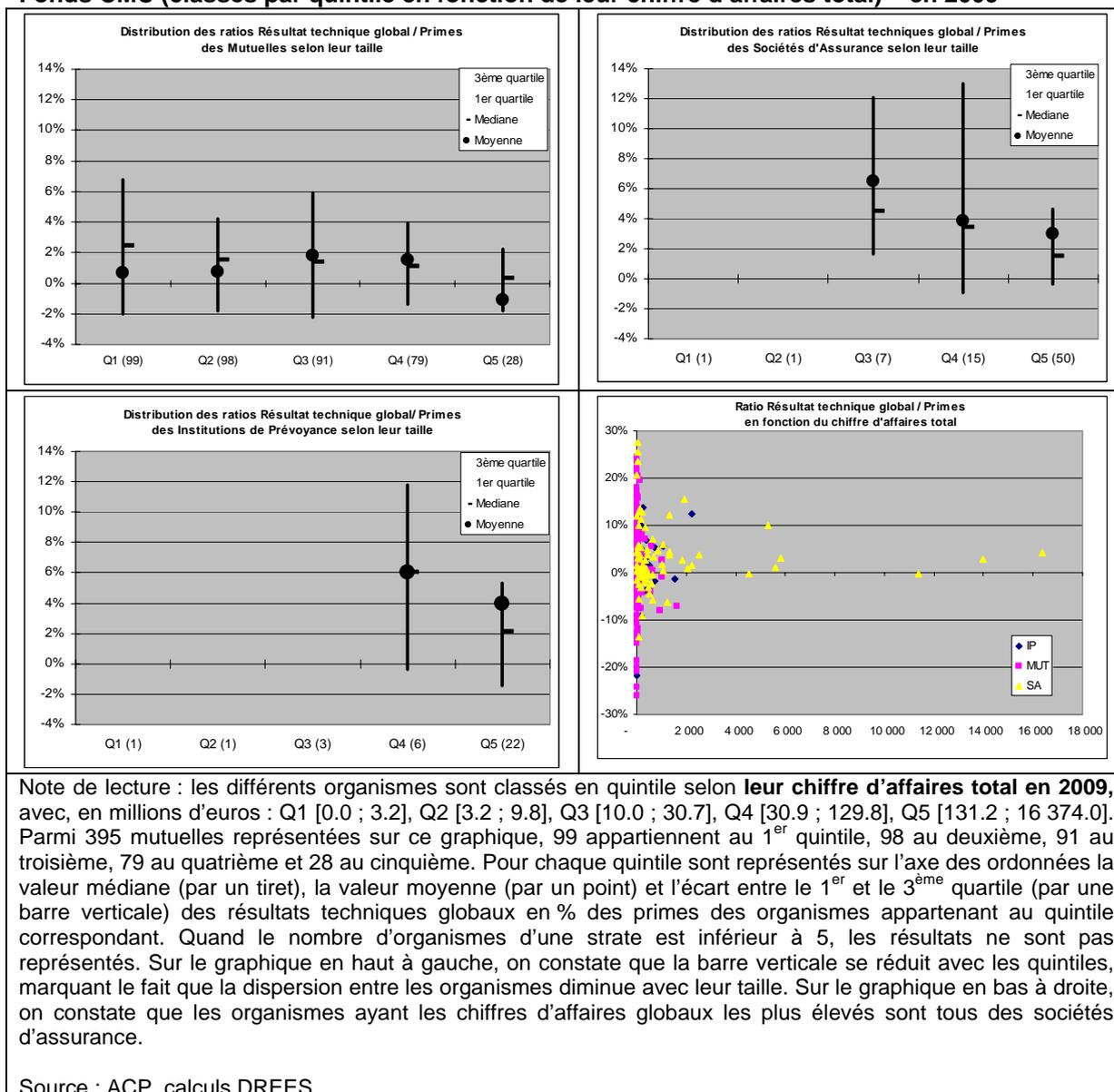
Ces résultats moyens cachent cependant de fortes disparités entre les organismes.

On constate que la dispersion des situations des organismes d'une même catégorie (mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance) est plus importante en bas de la distribution lorsqu'on les classe selon leur chiffre d'affaires : plus leur chiffre d'affaires est élevé, plus les organismes ont des résultats techniques globaux exprimés en pourcentage de leurs primes proches (cf. graphiques 5).

On constate en outre que, quelle que soit leur catégorie d'appartenance, ce sont les organismes dont le chiffre d'affaires global est le plus élevé qui ont en moyenne le résultat technique exprimé en pourcentage de leurs primes le plus faible. Concernant les mutuelles, ce dernier est même négatif en moyenne pour les mutuelles classées dans le dernier quintile (la moyenne de ce dernier quintile étant plus basse que sa médiane, le résultat négatif de la classe est en fait imputable aux plus grosses d'entre elles).

²² Soit une baisse cumulée sur deux ans de plus de 4 points.

Graphiques 5 : Résultat technique total en pourcentage des primes des OC contribuant au Fonds CMU (classés par quintile en fonction de leur chiffre d'affaires total) – en 2009



1.3. Un résultat technique « dommages corporels » lui aussi en baisse en 2009 pour les sociétés d'assurance et les mutuelles

Lorsque l'on examine le sous-compte « dommages corporels »²³, le diagnostic est légèrement différent de celui porté, au niveau global, pour les résultats technique et net comptable. Les sociétés d'assurance vie-mixte, les sociétés d'assurance non-vie et les mutuelles ont aussi des résultats techniques « dommages corporels » en pourcentage de leurs primes en baisse. Toutefois cette baisse est moins prononcée pour les sociétés d'assurance non-vie et *a contrario* plus forte pour les sociétés d'assurance vie-mixte.

En pourcentage des primes, le résultat technique « dommages corporels » baisse de 2,6 points entre 2008 et 2009 pour les sociétés d'assurance vie et mixte ; de 1,5 point pour les sociétés d'assurance non-vie et de 1,7 point pour les mutuelles²⁴. La forte baisse du résultat comptable net des sociétés d'assurance non-vie – imputable à la croissance des sinistres payés – est donc essentiellement due à

²³ Les dommages corporels comprennent notamment : la santé, l'invalidité-incapacité et la dépendance.

²⁴ Entre 2008 et 2009 la baisse du résultat net comptable est de 1,3 point pour les sociétés d'assurance vie et mixte ; de 5 points pour les sociétés d'assurance non-vie et de 1,2 point pour les mutuelles.

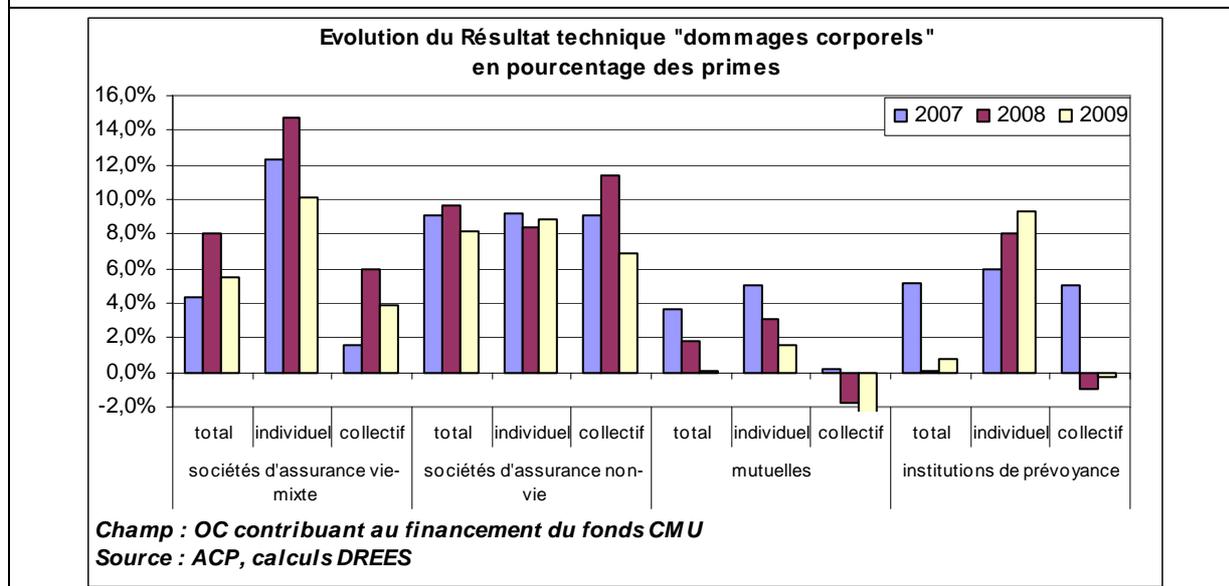
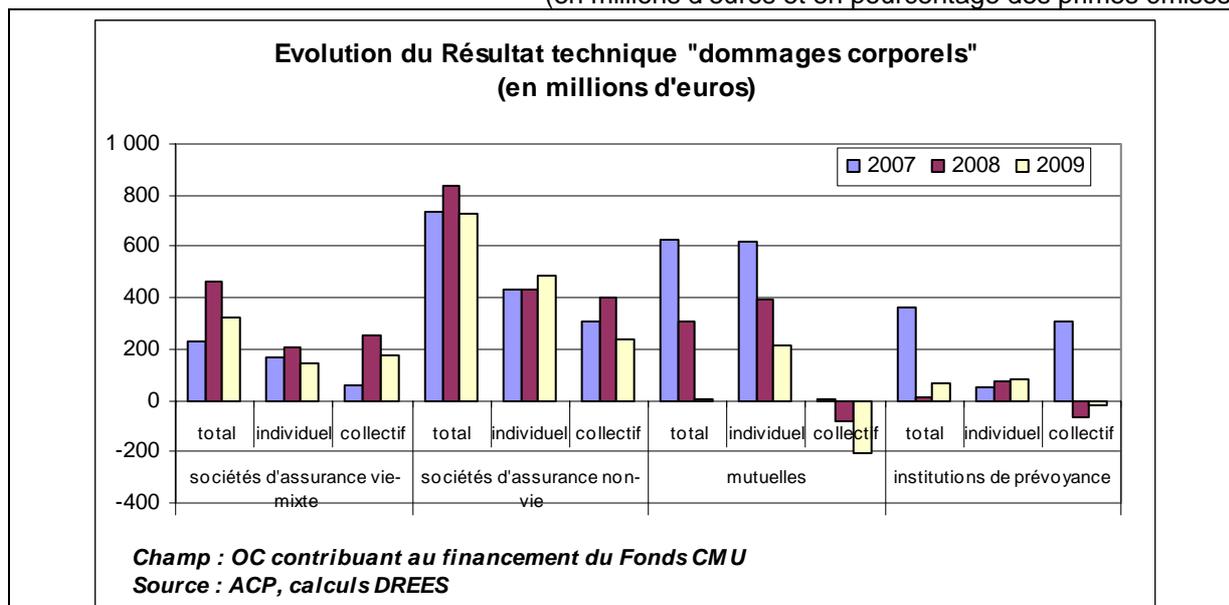
l'augmentation des charges relatives aux autres risques. Globalement, l'activité « dommages corporels » des sociétés d'assurance non-vie reste, comparativement aux autres types d'organismes, celle qui dégage le plus de bénéfices.

Ainsi en 2009, les résultats techniques « dommages corporels » en pourcentage des primes s'établissent à 8,1 % pour les sociétés d'assurance non-vie, contre 5,4 % pour les sociétés d'assurance vie et mixte, 0,8 % pour les institutions de prévoyance et 0 % pour les mutuelles (cf. graphiques 6 et 6 bis et tableau 10).

Plus faibles en « collectif » qu'en « individuel », les résultats sont négatifs en « collectif » pour les institutions de prévoyance et les mutuelles.

Graphiques 6 et 6bis : Évolution 2007-2009 du résultat technique « dommages corporels » des organismes complémentaires contribuant au financement du Fonds CMU

(en millions d'euros et en pourcentage des primes émises)

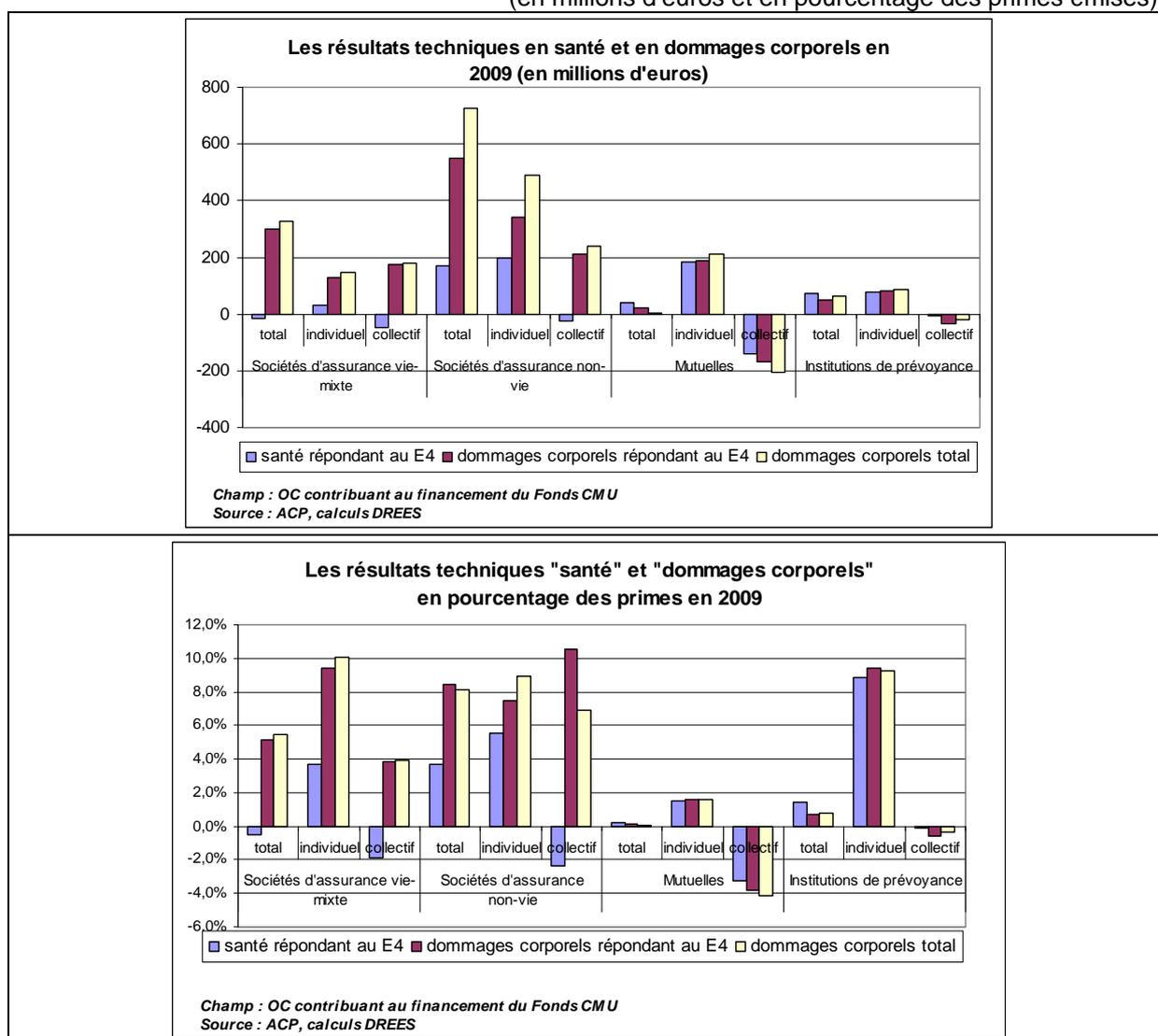


1.4. En 2009, un résultat technique « santé » positif en individuel et négatif en collectif pour l'ensemble des organismes

Sur la base des réponses au nouvel état statistique « résultat technique en santé », une première estimation des comptes des différents types d'organismes peut être présentée (cf. annexe 2).

Celle-ci montre que, si en « collectif » l'activité santé est déficitaire en moyenne, elle est en revanche bénéficiaire en « individuel ». Ce résultat valable au niveau global l'est aussi au niveau de chaque type d'organismes. C'est pour les sociétés d'assurance non-vie que le résultat technique « santé » en pourcentage des primes est le plus élevé (3,7 % avec 5,6 % en « individuel » et -2,4 % en « collectif ») et pour les sociétés d'assurance vie-mixte qu'il est le plus faible (-0,5 % avec 3,7 % en « individuel » et -1,9 % en « collectif ») ; les taux s'établissant à 1,4 % (avec 8,9 % en « individuel » et -0,1 % en « collectif ») pour les institutions de prévoyance et à 0,2 % (avec 1,5 % en « individuel » et -3,3 % en « collectif ») pour les mutuelles (cf. graphiques 7 et 7bis).

Graphiques 7 et 7bis : Le résultat technique « dommages corporels » et « santé » des organismes complémentaires contribuant au financement du Fonds CMU
(en millions d'euros et en pourcentage des primes émises)



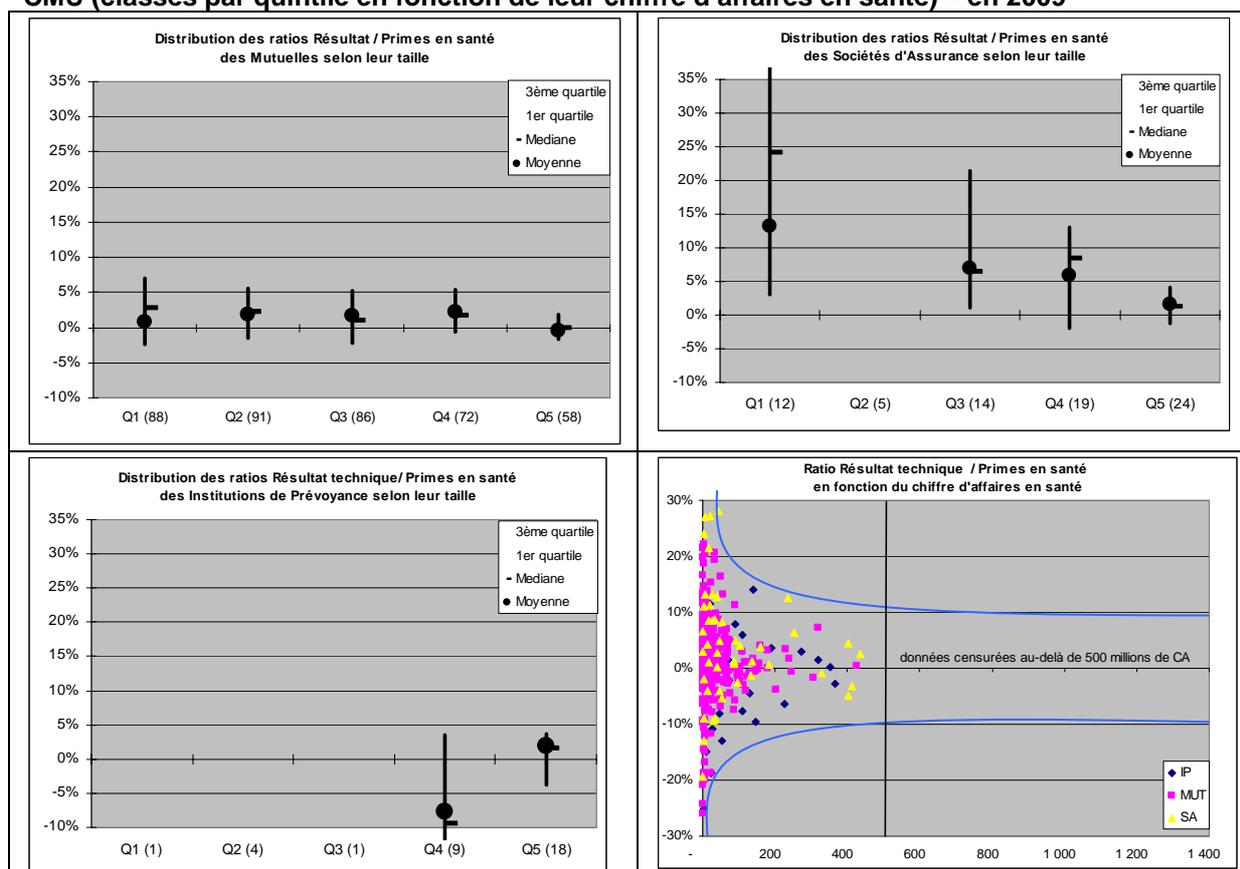
Ces résultats moyens cachent là aussi de fortes disparités entre les organismes d'une même catégorie.

Comme pour le résultat technique global, les écarts entre les organismes d'une même catégorie (mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance) se réduisent avec leur taille : plus leur chiffre d'affaires en « santé » est élevé, plus les organismes ont des résultats techniques en « santé »

exprimés en pourcentage de leurs primes proches. Pour les organismes au chiffre d'affaires santé élevé (appartenant au 5^{ème} quintile), les résultats techniques en « santé » exprimé en pourcentage des primes sont proches de zéro.

Notons que le nombre de mutuelles appartenant au 5^{ème} quintile en « santé » est de 58, alors que seules 28 d'entre elles sont classées dans cette strate en « total activité », tandis qu'à l'inverse 24 sociétés d'assurance le sont en « santé » pour 50 en « total activité ». Au sein du 5^{ème} quintile, si l'on ne s'intéresse qu'aux 28 plus grosses mutuelles, on retrouve un résultat similaire à celui présenté graphique 5 (résultat technique total) : le résultat technique « santé » est alors négatif, avec une moyenne inférieure à la médiane.

Graphiques 8 : Résultat technique en pourcentage des primes des OC contribuant au Fonds CMU (classés par quintile en fonction de leur chiffre d'affaires en santé) – en 2009



Note de lecture : les différents organismes sont classés en quintile selon **leur chiffre d'affaires en santé en 2009**, avec en millions d'euros : Q1 [0.0 ; 2.3], Q2 [2.3 ; 7.3], Q3 [7.4 ; 20.6], Q4 [20.6 ; 65.8], Q5 [66.3 ; 1 396.3]. Parmi 395 mutuelles, 88 appartiennent au 1^{er} quintile, 91 au deuxième, 86 au troisième, 72 au quatrième et 58 au cinquième. Pour les calculs ne sont retenues toutefois dans chaque strate que celles qui ont transmis un état E4 ou celles pour lesquelles il a été possible de construire un état E4 (cf. annexe 3). Pour chaque quintile sont représentés sur l'axe des ordonnées la valeur médiane (par un tiret), la valeur moyenne (par un point) et l'écart entre le 1^{er} et le 3^{ème} quartile (par une barre verticale) des résultats techniques en santé en % des primes des organismes appartenant au quintile correspondant. Quand le nombre d'organismes d'une strate est inférieur à 5, les résultats ne sont pas représentés. Sur le graphique en haut à gauche, on constate que la barre verticale se réduit avec les quintiles, marquant le fait que la dispersion entre les organismes diminue avec leur taille. Sur le graphique en bas à droite – tronqué en haut de la distribution pour des raisons de secret statistique – on constate que la dispersion des résultats techniques en santé sur les primes est la plus importante pour les organismes dont l'activité santé est la moins importante.

Source : ACP, calculs DREES

2. Des différences de structure entre les organismes

L'analyse détaillée des comptes de résultat « dommages corporels » et de leur décomposition en « santé » et « autres dommages corporels », tant pour les primes que pour les charges de prestations²⁵, fait ressortir d'autres différences significatives entre les types d'organismes.

2.1. Des différences notables entre les contrats collectifs et les contrats individuels

La première différence déjà évoquée concerne le type de contrat offert que ce soit en « dommages corporels » ou en « santé » : 88 % des contrats des institutions de prévoyance en « dommages corporels » sont des contrats collectifs et respectivement 76 % et 39 % de ceux des sociétés d'assurance « vie et mixte » et des sociétés d'assurance « non-vie ». Ils ne sont en revanche que 27 % à l'être pour les mutuelles. En « santé », les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance « vie et mixte » proposent essentiellement des contrats collectifs : 83 % pour les institutions de prévoyance²⁶ et 76 % pour les sociétés d'assurance « vie et mixte », alors que les mutuelles et les sociétés d'assurance « non-vie » proposent, à l'inverse, essentiellement des contrats individuels : 75 % de contrats individuels pour les mutuelles et 76 % pour les sociétés d'assurance « non-vie ».

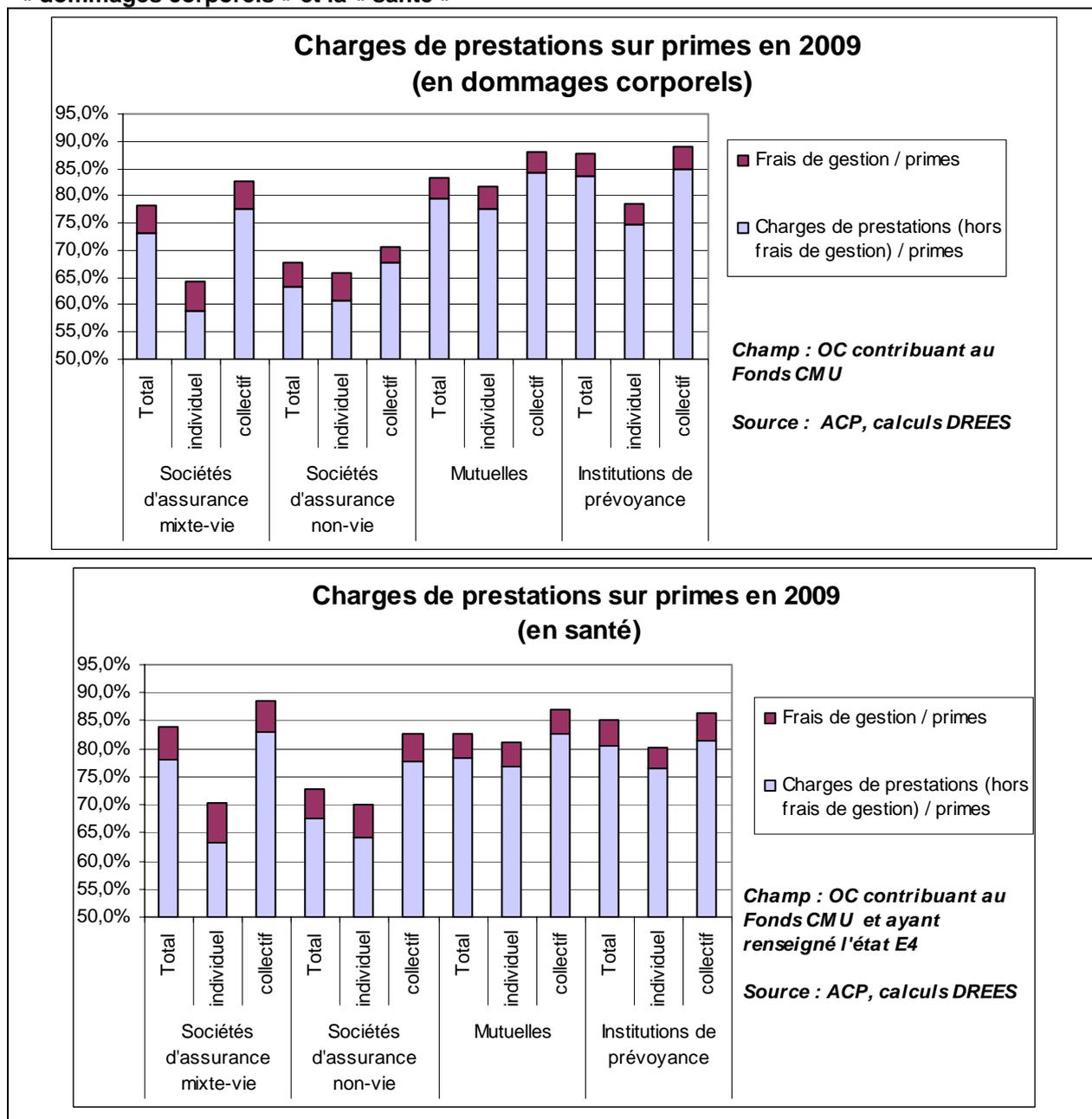
L'analyse détaillée fait aussi ressortir des différences significatives de coûts relatifs entre les contrats collectifs et les contrats individuels. Quel que soit le type d'organismes assureurs, le ratio « charges de prestations / primes » des contrats collectifs est supérieur à celui des contrats individuels. Ce constat vaut tant pour les « dommages corporels » que pour la « santé » (cf. graphiques 9 et 9bis).

Lorsque l'on déduit des charges de prestations les frais de gestion pour sinistres payés, on constate que le diagnostic n'est pas modifié : les charges de prestations hors frais de gestion restent inférieures pour les contrats individuels. Ce résultat est cohérent avec ceux tirés de l'enquête DREES sur les contrats modaux : les contrats collectifs apparaissent plus avantageux pour les assurés.

²⁵ Les charges de prestations s'entendent au sens large : elles comprennent les sinistres et rentes payés, nets de recours, les frais de gestion sur sinistres et rentes payés, les variations des provisions (pour sinistres à payer, recours et autres), les charges de provisions vie et les participations aux excédents et intérêts techniques versés.

²⁶ Sachant en outre que les 17 % de contrats individuels correspondent à des contrats collectifs de groupes ouverts ou à des contrats individuels destinés aux anciens salariés chômeurs ou retraités et à leurs ayants-droit des entreprises affiliées.

Graphique 9 et 9bis : Les charges de prestations en pourcentage des primes en 2009 pour les « dommages corporels » et la « santé »

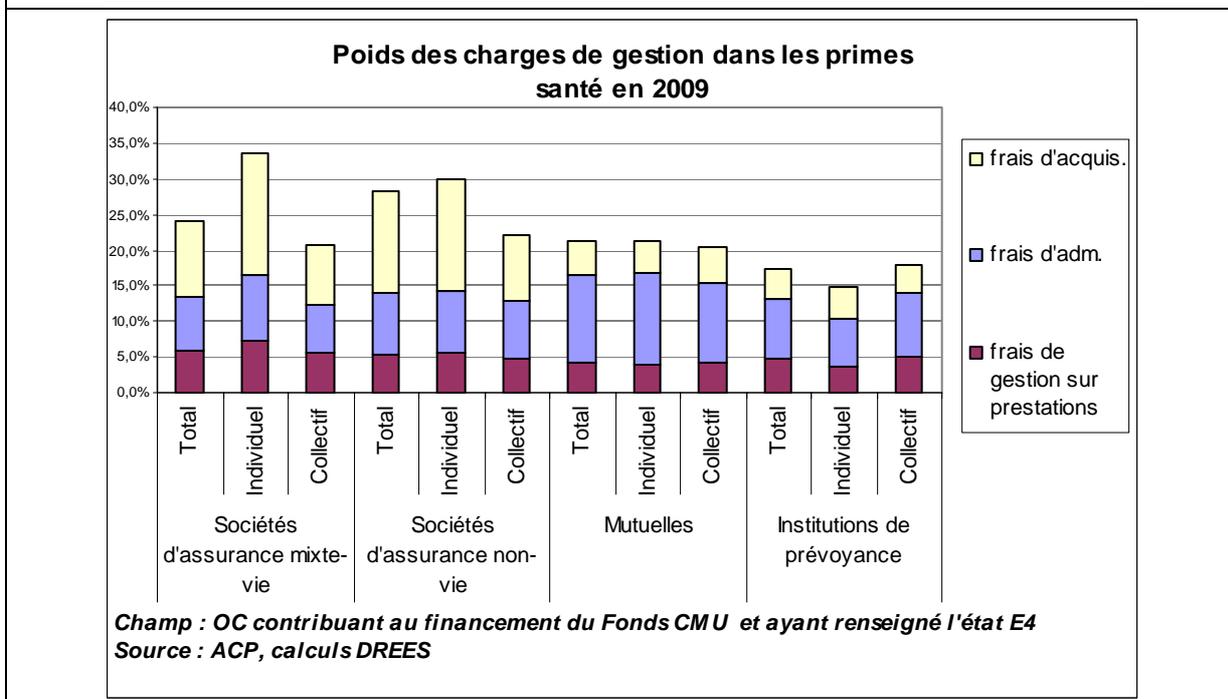
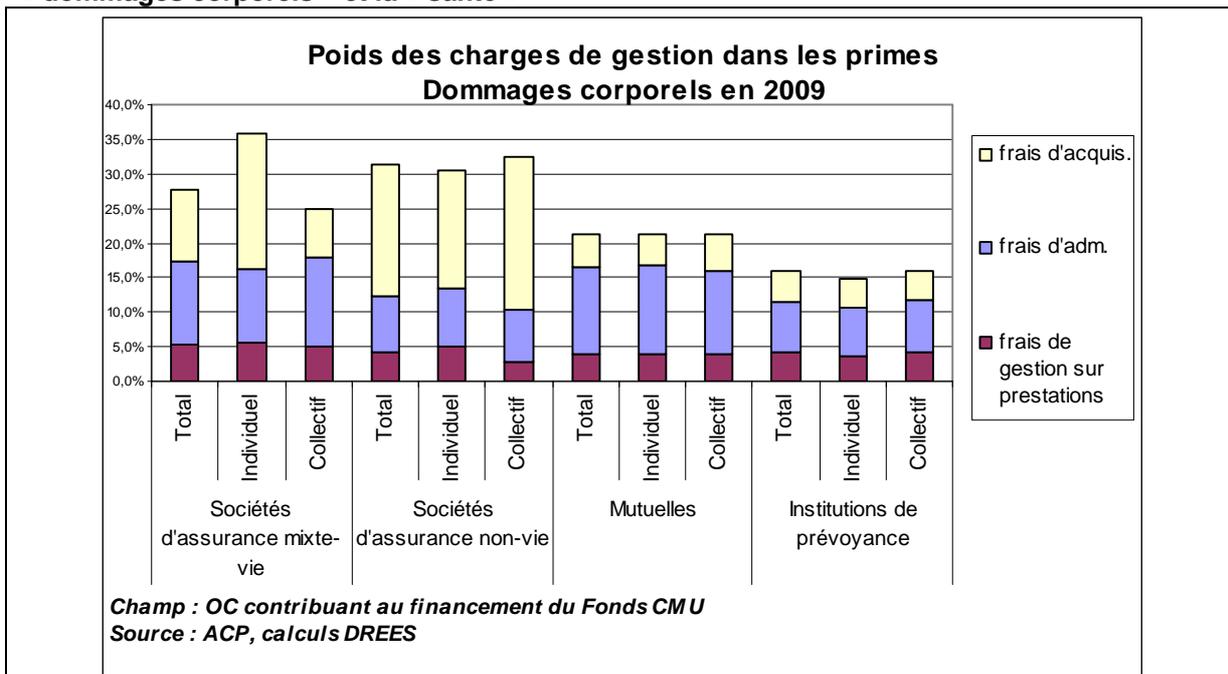


2.2. Des ratios « charges de gestion » différents selon le type d'organismes

Enfin on constate, graphiques 10 et 10bis, que globalement, les charges de gestion (y compris frais d'acquisition et frais d'administration) dans les primes sont significativement différentes selon les organismes : elles s'élèvent à plus 31 % pour les sociétés d'assurance non-vie contre 16 % seulement pour les institutions de prévoyance pour la couverture des risques « dommages corporels » ; l'écart étant très légèrement réduit (29 % contre 17 %) lorsque l'analyse porte sur la seule activité santé.

Pour les seuls frais de gestion sur prestations payées, les écarts entre les types d'organismes apparaissent faibles que ce soit en dommages corporels ou en santé. Les écarts de charges de gestion sont en fait essentiellement imputables aux frais d'acquisition, dont le poids apparaît relativement plus fort -que ce soit en dommages corporels ou en santé-, pour les sociétés d'assurance et plus particulièrement pour leurs contrats « individuels ».

Graphique 10 et 10bis : Poids des charges de gestion dans les primes en 2009 pour les « dommages corporels » et la « santé »



Annexe 1

Article 12 de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2009



Service de la
séance

Projet de loi
Financement de la sécurité sociale
(1^{ère} lecture)
(n° 80 , 83 , 84)

N° 513 rect.
13 novembre
2008

AMENDEMENT
présenté par

C Favorable
G Favorable
Adopté

LE GOUVERNEMENT

ARTICLE 12

Remplacer le second alinéa (e) du 7° du I de cet article par trois alinéas ainsi rédigés :

« e) L'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles et le fonds mentionné à l'article L. 862-1 transmettent chaque année, avant le 1^{er} juin, aux ministres chargés de la santé et de la sécurité sociale et au Parlement, les données nécessaires à l'établissement des comptes des organismes visés au I de l'article L. 862-4.

« Sur cette base, le gouvernement établit un rapport faisant apparaître notamment l'évolution du montant des primes ou cotisations mentionnées à ce même I, du montant des prestations afférentes à la protection complémentaire en matière de frais de soins de santé versées par ces organismes, du prix et du contenu des contrats ayant ouvert droit au crédit d'impôt mentionné à l'article L. 863-1, du montant des impôts, taxes et contributions qu'ils acquittent et de leur rapport de solvabilité.

« Ce rapport est remis avant le 15 septembre au Parlement. Il est rendu public. »

Objet

Afin d'éclairer, notamment dans le cadre de la loi de financement de la sécurité sociale, le Gouvernement et le Parlement sur la situation des organismes complémentaires d'assurance maladie, il est essentiel de disposer d'éléments précis sur leur situation financière. C'est l'objet du 7°) du présent article, adopté à l'initiative de l'Assemblée nationale.

Toutefois, il est souhaitable que ces éléments soient établis en cohérence avec ceux qui sont produits dans le cadre de la Commission des comptes de la santé. Cette commission est, en effet, chargée de présenter chaque année, les différentes composantes des dépenses de santé et des financements associés, ainsi que les conditions de leur équilibre aussi bien pour la couverture de base que pour la couverture complémentaire. Ce sont ces données qui sont utilisées dans le cadre de la comptabilité nationale et pour les comparaisons internationales établies par l'Union européenne ou l'OCDE.

C'est pourquoi le présent amendement propose que le rapport soit rédigé par les services statistiques actuellement responsables de l'élaboration des comptes de la santé, sur la base des informations transmises par l'ACAM et le Fonds CMU. Ce rapport sera remis au Parlement avant le 15 septembre, ce qui permettra d'assurer toute la transparence nécessaire.

Annexe 2

Éléments de cadrage généraux

Bilans 2009 - Organismes cotisant au Fonds CMU et contrôlés par l'ACP

Sociétés d'assurance vie-mixte - Bilan 2009

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	19 576	17 306	Fonds propres
Placements	337 225	321 054	Provisions
Placements en UC	74 274	75 453	Provisions en UC
Autres actifs	25 801	43 064	Autres passifs
Total actif	456 877	456 877	Total passif
Plus-values latentes	13 116		
Bilan en valeur de marché	469 993		

Source : ACP, calculs DREES

Sociétés d'assurance non-vie - Bilan 2009

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	9 940	20 016	Fonds propres
Placements	77 281	71 222	Provisions
Placements en UC	-	-	Provisions en UC
Autres actifs	16 247	12 230	Autres passifs
Total actif	103 468	103 468	Total passif
Plus-values latentes	12 049		
Bilan en valeur de marché	115 516		

Source : ACP, calculs DREES

Mutuelles - Bilan 2009

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	1 709	13 306	Fonds propres
Placements	23 904	11 387	Provisions
Placements en UC	37	19	Provisions en UC
Autres actifs	3 824	4 448	Autres passifs
Total actif	29 473	29 473	Total passif
Plus-values latentes	327,1		
Bilan en valeur de marché	29 800		

Source : ACP, calculs DREES

Institutions de Prévoyance* - Bilan 2009

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	4 188	10 057	Fonds propres
Placements	27 923	22 955	Provisions
Placements en UC	62	117	Provisions en UC
Autres actifs	4 624	3 668	Autres passifs
Total actif	36 796	36 796	Total passif
Plus-values latentes	1 679		
Bilan en valeur de marché	38 475		

Source : ACP, calculs DREES

* (yc IP format mutuelles)

Comptes de résultat 2009 - Organismes cotisant au Fonds CMU et contrôlés par l'ACP

Compte de résultat résumé des assureurs vie-mixte

(en M€)	Vie	Non-vie	dont Dommages corporels	TOTAL
	en M€	en M€	en M€	en M€
Primes	49 081	8 366	5 986	57 447
Charges de prestations (-)	-65 040	-6 736	-4 685	-71 777
Produits financiers	21 574	472	352	22 046
Frais d'acquisition et d'administration (-)	-5 020	-1 751	-1 341	-6 770
Solde réassurance (-)	574	10	14	584
Résultat technique	1 169	361	326	1 530
Produits financiers du résultat non-technique				483
Autres éléments non techniques				-697
Résultat net				1 317

Source : ACP, calculs DREES

Compte de résultat résumé des assureurs non-vie

(en M€)	Vie	Non-vie	dont Dommages corporels	TOTAL
	en M€	en M€	en M€	en M€
Primes		37 329	8 954	37 329
Charges de prestations (-)		-28 011	-6 060	-28 011
Produits financiers		2 219	351	2 219
Frais d'acquisition et d'administration (-)		-9 297	-2 427	-9 297
Solde réassurance		-755	-90	-755
Résultat technique		1 485	728	1 485
Produits financiers du résultat non-technique				640
Autres éléments non techniques				-957
Résultat net				1 168

Source : ACP, calculs DREES

Compte de résultat résumé des mutuelles

(en M€)	Vie	Non-vie	dont Dommages corporels	TOTAL
	en M€	en M€	en M€	en M€
Primes	1 014	18 542	18 189	19 556
Charges de prestations (-)	-1 109	-15 480	-15 159	-16 589
Produits financiers	201	157	154	359
Frais d'acquisition et d'administration (-)	-95	-3 186	-3 136	-3 280
Solde réassurance (-)	-7	-46	-43	-53
Résultat technique	5	-12	5	-7
Produits financiers du résultat non-technique				409
Autres éléments non techniques				-88
Résultat net				314

Source : ACP, calculs DREES

Compte de résultat résumé des institutions de prévoyance

(en M€)	Vie	Non-vie	dont Dommages corporels	TOTAL
	en M€	en M€	en M€	en M€
Primes	2 562	8 599	7 737	11 161
Charges de prestations (-)	-2 214	-7 583	-6 878	-9 797
Produits financiers	296	197	182	492
Frais d'acquisition et d'administration (-)	-194	-884	-901	-1 077
Solde réassurance (-)	-59	-182	-76	-240
Résultat technique	391	147	63	538
Produits financiers du résultat non-technique				230
Autres éléments non techniques				-9
Résultat net				759

Source : ACP, calculs DREES

Les comptes de résultat (dommages corporels et santé) en 2009

MUTUELLES (Organismes cotisant au Fonds CMU et contrôlés par l'ACP)

Millions d'euros

Mutuelles répondantes à l'état E4 - Taux de réponse à E4 = 93,6%	dommages corporels				SANTÉ			
	Individuel	Collectif	Total	(%)	Individuel	Collectif	Total	(%)
Primes de l'exercice	12 188	4 391	16 579	(100%)	11 874	4 318	16 192	(100%)
dont primes nettes émises	12 197	4 393	16 589	(100%)	11 883	4 319	16 202	(100%)
Charges de prestations(1)	9 896	3 811	13 707	(83%)	9 604	3 743	13 347	(82%)
dont sinistres payés	9 338	3 538	12 876	(78%)	9 143	3 502	12 645	(78%)
dont frais de gestion	495	179	674	(4%)	481	179	660	(4%)
Participation aux excédents et intérêts techniques nets	15	9	24	(0%)	13	9	22	(0%)
Produits des placements alloués	93	22	115	(1%)	50	16	66	(0%)
Frais d'acquisition	576	232	808	(5%)	554	220	775	(5%)
Frais d'administration et autres charges techniques nets	1 543	510	2 053	(12%)	1 505	487	1 992	(12%)
Charge de la réassurance	62	17	80	(0%)	67	17	84	(1%)
Résultat technique	189	-167	22	(0%)	181	-142	39	(0%)

Millions d'euros

Mutuelles non répondantes à l'état E4	dommages corporels			
	Individuel	Collectif	Total	(%)
Primes de l'exercice	1 026	585	1 611	(100%)
dont primes nettes émises	1 025	585	1 611	(100%)
Charges de prestations(1)	859	539	1 398	(87%)
dont sinistres payés	764	359	1 123	(70%)
dont frais de gestion	40	18	57	(4%)
Participation aux excédents et intérêts techniques nets	5	26	30	(2%)
Produits des placements alloués	10	29	39	(2%)
Frais d'acquisition	32	36	68	(4%)
Frais d'administration et autres charges techniques nets	126	80	206	(13%)
Charge de la réassurance	-9	-28	-37	-(2%)
Résultat technique	22	-39	-17	-(1%)

Millions d'euros

Ensemble des mutuelles	dommages corporels			
	Individuel	Collectif	Total	(%)
Primes de l'exercice	13 214	4 976	18 189	(100%)
dont primes nettes émises	13 222	4 978	18 200	(100%)
Charges de prestations(1)	10 755	4 350	15 105	(83%)
dont sinistres payés	10 102	3 897	13 999	(77%)
dont frais de gestion	535	197	731	(4%)
Participation aux excédents et intérêts techniques nets	19	35	54	(0%)
Produits des placements alloués	103	51	154	(1%)
Frais d'acquisition	608	268	876	(5%)
Frais d'administration et autres charges techniques nets	1 669	590	2 259	(12%)
Charge de la réassurance	54	-11	43	(0%)
Résultat technique	211	-206	5	(0%)

(1) Les charges de prestations incluent les sinistres et rentes payés nets de recours, les frais de gestion des sinistres et des rentes, les variations de provisions (pour sinistres, pour recours et autres) et les charges de provisions vie, déduction faite des participations aux résultats incorporées dans l'exercice.

Source : ACP, calculs DREES

Les comptes de résultat (dommages corporels et santé) en 2009

INSTITUTIONS DE PREVOYANCE (Organismes cotisant au Fonds CMU et contrôlés par l'ACP)

Millions d'euros

IP répondantes à l'état E4 - Taux de réponse à E4 = 94,7%	dommages corporels			
	Individuel	Collectif	Total	(%)
Primes de l'exercice	895	6 387	7 282	(100%)
dont primes nettes émises	893	6 387	7 280	(100%)
Charges de prestations(1)	705	5 595	6 300	(87%)
dont sinistres payés	673	4 342	5 015	(69%)
dont frais de gestion	32	274	306	(4%)
Participation aux excédents et intérêts techniques nets	1	181	183	(3%)
Produits des placements alloués	5	162	167	(2%)
Frais d'acquisition	40	272	312	(4%)
Frais d'administration et autres charges techniques nets	61	465	526	(7%)
Charge de la réassurance	8	73	81	(1%)
Résultat technique	84	-36	48	(1%)

SANTÉ			
Individuel	Collectif	Total	(%)
870	4 228	5 097	(100%)
868	4 228	5 095	(100%)
693	3 611	4 304	(84%)
663	3 396	4 059	(80%)
32	208	240	(5%)
2	36	38	(1%)
4	30	35	(1%)
38	169	208	(4%)
59	378	437	(9%)
4	69	73	(1%)
77	-5	72	(1%)

Millions d'euros

Institutions de prévoyance non répondantes à l'état E4	dommages corporels			
	Individuel	Collectif	Total	(%)
Primes de l'exercice	19	435	455	(100%)
dont primes nettes émises	19	435	455	(100%)
Charges de prestations(1)	17	380	397	(87%)
dont sinistres payés	16	269	285	(63%)
dont frais de gestion	1	20	21	(5%)
Participation aux excédents et intérêts techniques nets	0	-1	-1	(0%)
Produits des placements alloués	1	13	14	(3%)
Frais d'acquisition	1	24	25	(5%)
Frais d'administration et autres charges techniques nets	2	37	39	(9%)
Charge de la réassurance	0	-6	-6	-(1%)
Résultat technique	1	14	15	(3%)

Millions d'euros

Ensemble des institutions de prévoyance	dommages corporels			
	Individuel	Collectif	Total	(%)
Primes de l'exercice	914	6 822	7 737	(100%)
dont primes nettes émises	912	6 822	7 734	(100%)
Charges de prestations(1)	722	5 974	6 697	(87%)
dont sinistres payés	689	4 611	5 300	(68%)
dont frais de gestion	33	294	327	(4%)
Participation aux excédents et intérêts techniques nets	1	180	182	(2%)
Produits des placements alloués	6	176	182	(2%)
Frais d'acquisition	41	296	337	(4%)
Frais d'administration et autres charges techniques nets	63	502	565	(7%)
Charge de la réassurance	8	67	76	(1%)
Résultat technique	85	-22	63	(1%)

(1) Les charges de prestations incluent les sinistres et rentes payés nets de recours, les frais de gestion des sinistres et des rentes, les variations de provisions (pour sinistres, pour recours et autres) et les charges de provisions vie, déduction faite des participations aux résultats incorporées dans l'exercice.

Source : ACP, calculs DREES

Les comptes de résultat (dommages corporels et santé) en 2009

SOCIÉTÉS D'ASSURANCE (Organismes cotisant au Fonds CMU et contrôlés par l'ACP)

Millions d'euros

SA répondantes à l'état E4 - Taux de réponse à E4 = 91,4%	dommages corporels			
	Individuel	Collectif	Total	(%)
Primes de l'exercice	5 902	6 462	12 364	(100%)
dont primes nettes émises	5 930	6 464	12 394	(100%)
Charges de prestations(1)	3 943	4 974	8 917	(72%)
dont sinistres payés	3 378	4 158	7 536	(61%)
dont frais de gestion	327	306	633	(5%)
Participation aux excédents et intérêts techniques nets	20	201	221	(2%)
Produits des placements alloués	152	363	515	(4%)
Frais d'acquisition	1 009	584	1 593	(13%)
Frais d'administration et autres charges techniques nets	529	693	1 222	(10%)
Charge de la réassurance	85	-10	75	(1%)
Résultat technique	468	384	852	(7%)

SANTÉ			
Individuel	Collectif	Total	(%)
4 379	3 691	8 070	(100%)
4 406	3 695	8 101	(100%)
3 062	3 182	6 244	(77%)
2 808	2 866	5 674	(70%)
260	198	459	(6%)
3	21	25	(0%)
38	40	78	(1%)
696	325	1 022	(13%)
388	258	645	(8%)
40	20	60	(1%)
228	-75	153	(2%)

Millions d'euros

Sociétés d'Assurance non répondantes à l'état E4	dommages corporels			
	Individuel	Collectif	Total	(%)
Primes de l'exercice	1 041	1 534	2 576	(100%)
dont primes nettes émises	1 060	1 534	2 595	(101%)
Charges de prestations(1)	583	909	1 492	(58%)
dont sinistres payés	457	353	809	(31%)
dont frais de gestion	38	17	55	(2%)
Participation aux excédents et intérêts techniques nets	4	112	116	(4%)
Produits des placements alloués	28	161	189	(7%)
Frais d'acquisition	221	506	727	(28%)
Frais d'administration et autres charges techniques nets	76	151	226	(9%)
Charge de la réassurance	18	-17	1	(0%)
Résultat technique	168	34	202	(8%)

Millions d'euros

Ensemble des Sociétés d'Assurance	dommages corporels			
	Individuel	Collectif	Total	(%)
Primes de l'exercice	6 944	7 997	14 940	(100%)
dont primes nettes émises	6 990	7 998	14 989	(100%)
Charges de prestations(1)	4 526	5 883	10 409	(70%)
dont sinistres payés	3 834	4 511	8 345	(56%)
dont frais de gestion	364	323	688	(5%)
Participation aux excédents et intérêts techniques nets	24	313	336	(2%)
Produits des placements alloués	180	524	703	(5%)
Frais d'acquisition	1 230	1 090	2 320	(16%)
Frais d'administration et autres charges techniques nets	605	844	1 449	(10%)
Charge de la réassurance	103	-27	76	(1%)
Résultat technique	636	418	1 054	(7%)

(1) Les charges de prestations incluent les sinistres et rentes payés nets de recours, les frais de gestion des sinistres et des rentes, les variations de provisions (pour sinistres, pour recours et autres) et les charges de provisions vie, déduction faite des participations aux résultats incorporées dans l'exercice.

Source : ACP, calculs DREES

Annexe 3

Présentation de la méthode de correction pour non réponse

1. Correction de la non réponse totale pour les mutuelles

Les données que l'ACP est en mesure de transmettre chaque année à la DREES ne couvrent pas l'ensemble du champ des mutuelles offrant des couvertures complémentaires santé recensées par le Fonds CMU.

Les cotisations des mutuelles transmises cette année par l'ACP représentent 95 % du total de l'assiette de la contribution au Fonds CMU en 2007, 96 % en 2008 et 95 % en 2009. Il a donc été nécessaire de pondérer les données de l'ACP afin qu'elles soient représentatives de la population totale des mutuelles offrant une couverture complémentaire santé. On peut noter cependant que le taux de couverture de 2009 (de 95 %) est bien plus élevé que celui obtenu l'année dernière pour l'année 2008 et qui s'élevait alors à 89 %.

Pour calculer le poids de chacun des organismes, ceux-ci ont été classés en quatre strates en fonction de leur chiffre d'affaires en santé (cf. tableaux ci-dessous). La première strate rassemble les plus grosses mutuelles, soit environ 15 % des organismes en termes d'effectifs ; leurs cotisations représentent 75 % du total de l'assiette au Fonds CMU.

Les comptes des mutuelles totalement substituées ont été retirés du champ de l'analyse. En effet, les mutuelles substituantes sont tenues d'intégrer dans leur chiffre d'affaires celui des organismes qu'elles prennent en substitution ; en conservant les données des mutuelles substituées, on s'exposerait à des problèmes de doubles comptes. Cette correction explique l'écart entre l'assiette globale de la contribution au Fonds CMU (tableau 6) et le total des cotisations présentées dans les tableaux ci-dessous.

Taux de réponse et pondérations adoptées : Année 2007

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Strate 4	Total
Nombre d'organismes (Fonds CMU)	88	81	134	262	565
Nombre d'organismes (base ACP)	86	81	131	221	519
Total de l'assiette des cotisations au Fonds CMU (Md €) (*)	11 452	2 302	1 162	389	15 305
Total de l'assiette des cotisations au Fonds CMU des organismes présents dans la base ACP (Md €)	11 288	2 302	1 143	360	15 093
POIDS DES STRATES					
Poids strate (effectifs)	15,6%	14,3%	23,7%	46,4%	100,0%
Poids strate (cotisations)	74,8%	15,0%	7,6%	2,5%	100,0%
TAUX DE SONDAGE					
Taux de sondage (effectifs)	97,7%	100,0%	97,8%	84,4%	91,9%
Taux de sondage (cotisations)	98,6%	100,0%	98,4%	92,6%	98,6%
POIDS					
Poids des organismes de la strate	1,01	1,00	1,02	1,08	

(*) hors mutuelles totalement substituées – Les mutuelles partiellement substituées ont été conservées dans le champ de l'analyse.

Taux de réponse et pondérations adoptées : Année 2008

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Strate 4	Total
Nombre d'organismes (Fonds CMU)	76	75	125	239	515
Nombre d'organismes (base ACP avec un état C1)	76	70	117	189	452
Total de l'assiette des cotisations au Fonds CMU (Md €) (*)	11 838	2 373	1 189	397	15 797
Total de l'assiette des cotisations au Fonds CMU des organismes présents dans la base ACP (Md €)	11 838	2 211	1 112	353	15 513
POIDS DES STRATES					
Poids strate (effectifs)	14,8%	14,6%	24,3%	46,4%	100,0%
Poids strate (cotisations)	74,9%	15,0%	7,5%	2,5%	100,0%
TAUX DE SONDAGE					
Taux de sondage (effectifs)	100,0%	93,3%	93,6%	79,1%	87,8%
Taux de sondage (cotisations)	100,0%	93,2%	93,4%	88,9%	98,2%
POIDS					
Poids des organismes de la strate	1,00	1,07	1,07	1,13	

(*) hors mutuelles totalement substituées – Les mutuelles partiellement substituées ont été conservées dans le champ de l'analyse.

Taux de réponse et pondérations adoptées : Année 2009

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Strate 4	Total
Nombre d'organismes (Fonds CMU)	68	68	115	224	475
Nombre d'organismes (base ACP avec un état C1)	65	64	106	147	382
Total de l'assiette des cotisations au Fonds CMU (Md €) (*)	12 401	2 474	1 247	416	16 539
Total de l'assiette des cotisations au Fonds CMU des organismes présents dans la base ACP (Md €)	12 058	2 324	1 180	326	15 888
POIDS DES STRATES					
Poids strate (effectifs)	14,3%	14,3%	24,2%	47,2%	100,0%
Poids strate (cotisations)	75,0%	15,0%	7,5%	2,5%	100,0%
TAUX DE SONDAGE					
Taux de sondage (effectifs)	95,6%	94,1%	92,2%	65,6%	80,4%
Taux de sondage (cotisations)	97,2%	93,9%	94,6%	78,2%	96,1%
POIDS					
Poids des organismes de la strate	1,03	1,06	1,06	1,28	

(*) hors mutuelles totalement substituées – Les mutuelles partiellement substituées ont été conservées dans le champ de l'analyse.

2. Correction de la non réponse partielle

En plus de la correction pour non réponse totale, il a été nécessaire de corriger les comptes de la non réponse partielle : en effet, quelques organismes ne remplissent pas tous les états requis.

La correction de la non réponse partielle a été faite par imputation, c'est-à-dire en remplaçant les données manquantes par des données cohérentes compte-tenu des informations disponibles dans les autres états. En cas de non-remplissage de l'état C1, les données de l'organisme n'ont pas été exploitées quand il n'a pas été possible de faire d'imputation à partir des autres données transmises, et l'organisme a été dans ce cas traité comme ceux dont les comptes n'étaient pas disponibles (correction pour non réponse totale).

L'état E4 « compte de résultats santé », disponible pour la première année, n'a fait l'objet d'aucune imputation. Toutefois lorsque l'organisme (en fait des mutuelles) ne déclare qu'une activité santé (dans son état C4), l'état E4 a été renseigné en reprenant l'état C1 « dommages corporels ». Dans ce cas l'organisme est considéré comme s'il avait transmis un état E4.

Le tableau ci-dessous dresse le bilan 2009 du taux de non réponse par état, pour les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurances. Certains états sont mentionnés même s'ils n'ont pas servi directement pour l'analyse, mais à des seules fins de contrôle. L'état E5 n'a pas été exploité car il n'était pas suffisamment renseigné.

Bilan de la non réponse partielle : effectifs et poids en termes de contribution au Fonds CMU

		Mutuelles	Institutions de prévoyance	Sociétés d'assurance
Organismes contribuant au financement du fonds CMU(*)	Effectifs	475	33	91
dont : comptes disponibles pour l'analyse		395	33	74
avec état C1		382	33	74
avec comptes annuels complets (1)		389	30	74
avec état C4		383	33	74
avec état C11		283	33	74
avec état E2		308	24	-
avec état E3		306	28	53
avec état E4		365	26	56
avec état E5		275	26	51
CA + C1 + C4		375	30	74
CA + C1 + C4 + E4		358	24	56
CA + C1 + C11		277	30	68
CA + C1 + C4 + C11 + E4		262	24	52
CA + C1 + C4 + C11 + E4 + E2 + E3 + E5		152	19	35
Organismes contribuant au financement du fonds CMU(*)	Contributions au Fonds CMU(%)	100,0%	100,0%	100,0%
dont : comptes disponibles pour l'analyse		96,4%	100,0%	99,6%
avec état C1		96,1%	100,0%	99,6%
avec comptes annuels complets (1)		96,3%	95,5%	99,6%
avec état C4		96,0%	100,0%	99,6%
avec état C11		85,3%	100,0%	96,5%
avec état E2		88,1%	89,0%	-
avec état E3		87,7%	97,5%	97,1%
avec état E4		89,5%	94,8%	91,0%
avec état E5		84,4%	87,3%	82,9%
CA + C1 + C4		96,0%	95,5%	99,6%
CA + C1 + C4 + E4		89,4%	91,0%	91,0%
CA + C1 + C11		85,2%	95,5%	96,5%
CA + C1 + C4 + C11 + E4		79,0%	91,0%	87,9%
CA + C1 + C4 + C11 + E4 + E2 + E3 + E5		65,8%	78,5%	72,8%

(*) Hors mutuelles totalement substituées

(1) CR, Bilan, état récapitulatif des placements

Lecture : les contributions des mutuelles répondant à l'état C1 représentent 96,1 % du total des contributions des mutuelles (hors mutuelles substituées).

Annexe 4

Liste des états réglementaires et statistiques définie dans le code des assurances

Article A344-8

Modifié par [Arrêté du 11 décembre 2009 - art. 1](#)

Le compte rendu détaillé annuel visé au 1° du I de l'article [A. 344-6](#) comprend :

- 1° Les renseignements généraux énumérés à l'annexe au présent article ;
- 2° Les comptes définis à l'article [A. 344-9](#) ;
- 3° Les états d'analyse des comptes énumérés à l'article [A. 344-10](#) ;
- 4° Les états statistiques relatifs à la protection sociale complémentaire énumérés à l'article [A. 344-16](#).

Il est certifié par le président du directoire ou le directeur général unique dans les sociétés anonymes, les sociétés d'assurance mutuelles et leurs unions, par le mandataire général ou son représentant légal dans les succursales d'entreprises étrangères, sous la formule suivante : " Le présent document, comprenant X feuillets numérotés, est certifié, sous peine de l'application des sanctions prévues à l'[article L. 310-28 du code des assurances](#), conforme aux écritures de l'entreprise et aux dispositions des chapitres Ier et II du titre IV du livre III du même code ".

NOTA: Arrêté du 11 décembre 2009 art 3 : Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 1er janvier 2010 pour les informations relatives à l'exercice 2009.

Article A344-10

Modifié par [Arrêté du 7 novembre 2008 - art. 8](#)

Les états d'analyse des comptes visés au 3° du premier alinéa de [l'article A. 344-8](#) sont les suivants :

- C 1 Résultats techniques par contrats
- C 2 Engagements et résultats techniques par pays ;
- C 3 Acceptations et cessions en réassurance ;
- C 4 Primes par contrats et garanties ;
- C 5 Représentation des engagements privilégiés ;
- C 6 Marge de solvabilité ;
- C 6 bis Test d'exigibilité ;
- C 7 Provisionnement des rentes en service ;
- C 8 Description du plan de réassurance ;
- C 9 Dispersion des réassureurs et simulations d'événements ;
- C 10 Primes et résultats par année de survenance des sinistres ;
- C 11 Sinistres par année de survenance ;
- C 12 Sinistres et résultats par année de souscription ;
- C 13 Part des réassureurs dans les sinistres ;
- C 20 Mouvements des polices, capitaux et rentes ;
- C 21 État détaillé des provisions techniques ;
- C 30 Primes, sinistres et commissions des opérations non-vie dans l'Union européenne ;
- C 31 Primes des opérations vie dans l'Union européenne.

Ces états sont établis annuellement d'après les comptes définis à [l'article A. 344-9](#) et dans la forme fixée en annexe au présent article.

Les opérations réalisées sur l'ensemble du territoire de la République française ainsi que sur le territoire monégasque sont considérées comme opérations en France.

Les affaires directes à l'étranger, ainsi que les affaires acceptées, des catégories 20 à 31 de [l'article A. 344-2](#) sont assimilées à des opérations pluriannuelles à prime unique ou non révisable lorsque les usages de marché conduisent à rattacher les sinistres par exercice de souscription.

Le cas échéant, les états incluent la part des organismes dispensés d'agrément dans les cotisations ou les prestations.

Les entreprises soumises au contrôle de l'État en application du 1° du III de [l'article L. 310-1-1](#) n'établissent pas les états C 7, C 8, C 20, C 30 et C 31.

Pour l'établissement des états réglementaires, les cessions à des véhicules de titrisation sont assimilées à des cessions en réassurance, dans les conditions prévues aux [articles R. 332-3-3](#), [R. 334-5](#), [R. 334-13](#) et [R. 334-27](#).

Article A344-16

Créé par [Arrêté du 11 décembre 2009 - art. 2](#)

Les états statistiques relatifs à la protection sociale complémentaire mentionnés au 4° de l'article [A. 344-8](#) sont les suivants :

- E 3 Frais de santé et indemnités journalières versés au cours de l'exercice ;
- E 4 Résultat technique en santé ;
- E 5 Compléments CMU et gestion d'un régime obligatoire santé.

Ces états sont établis annuellement dans la forme fixée en annexe au présent article.

NOTA: Arrêté du 11 décembre 2009 art 3 : Les dispositions du présent article entrent en vigueur à compter du 1er janvier 2010 pour les informations relatives à l'exercice 2009.