

2011

RAPPORT

La situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé



RAPPORT

Sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé

Novembre 2011

Rédacteurs : Marguerite Garnero, Catherine Zaidman

Remerciements : La Drees tient à remercier pour leur collaboration Thierry Auran, Sarah Gandolphe, Janine Gougeon, Catherine Hanne-Pinturier et Nicolas Peligry de l'Autorité de contrôle prudentiel (ACP) et Philippe Comte du Fonds CMU ; ainsi que les services de la CNAMTS, du RSI et de la MSA.

DREES

MINISTÈRE DU TRAVAIL, DE L'EMPLOI ET DE LA SANTÉ

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

MINISTÈRE DES SOLIDARITÉS ET DE LA COHÉSION SOCIALE

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 troisième année, présente les résultats obtenus pour les années 2007, 2008, 2009 et 2010. 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. En 2010, les états demandés se sont encore enrichis pour intégrer une question sur la taxe sur les conventions d'assurance³. L'exploitation de l'état relatif au compte de résultat de l'activité « santé » avait permis dès l'année dernière 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 cette année a permis de consolider l'analyse présentée dans le rapport relatif à l'année 2009. Cependant les réponses encore partielles à l'état « Compléments CMU, taxe sur les conventions d'assurance et gestion d'un régime obligatoire » n'ont pas permis d'évaluer l'impact de ces dispositifs sur les comptes des organismes.

Ce rapport comprend trois parties et des annexes. La première partie présente des éléments de cadrage généraux sur le secteur de l'assurance et plus particulièrement sur les organismes assurant la couverture complémentaire santé et contribuant au financement du Fonds CMU (champ du rapport). La deuxième porte sur la situation financière globale des organismes étudiés, la troisième sur la situation de leur compte « santé ». Les annexes détaillent les données et les méthodes retenues pour redresser les données manquantes.

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.

³ Cf. décret n°2011-467 du 27 avril 2011 relatif aux états statistiques des entreprises d'assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance en matière de protection sociale complémentaire.

Sommaire

Résumé.....	9
Des structures d'activité variables selon le type d'organismes assurant une couverture « santé » complémentaire	11
1. Un secteur d'activité qui se concentre, mais reste très morcelé pour ce qui concerne les mutuelles	11
2. Un poids de l'activité « santé » très variable selon le type d'organismes	13
3. Des couvertures « santé » de nature différente selon le type d'organismes.....	16
Une situation financière, toutes activités confondues, qui s'améliore légèrement en 2010 pour la plupart des organismes	17
1. En 2010, une légère amélioration des résultats pour la plupart des organismes complémentaires contribuant au Fonds CMU	18
1.1. En moyenne, une augmentation du résultat net comptable pour les sociétés d'assurance et les mutuelles en 2010	18
1.2. Des marges de solvabilité peu modifiées	20
2. Des écarts entre types d'organismes qui s'expliquent en partie par la structure d'activité et la taille des organismes.....	21
2.1. Des structures d'activité, et par voie de conséquence, de bilan très différentes selon le type d'organismes	21
2.2. Des écarts de taille significatifs selon les organismes.....	23
2.3. Des résultats différents au sein d'un même type d'organismes	23
En 2010, un résultat en santé contrasté selon les organismes.....	27
1. En 2010, des résultats « frais de soins » contrastés pour les organismes complémentaires contribuant au Fonds CMU	27
1.1. En moyenne, une légère augmentation du résultat « frais de soins » pour les sociétés d'assurance et les mutuelles	27
1.2. Des résultats en fait différenciés selon la nature du contrat -collectif et individuel-	29
1.3. Des écarts entre types d'organismes qui demeurent lorsque l'on tient compte de la taille de chaque organisme	33
2. Des axes d'analyse qui restent à développer.....	35
2.1. Concernant la gestion d'un régime obligatoire santé	36
2.2. Concernant la CMU-C	38
2.3. Concernant la taxe sur les conventions d'assurance	39
2.4. Conclusion	40
Annexes.....	41
Annexe 1 : Article 12 de la loi de financement de la Sécurité sociale de 2009	43
Annexe 2 : Le champ de l'analyse	44
Annexe 3 : Présentation de la méthode de correction pour non réponse	49
Annexe 4 : Éléments de cadrage généraux	53
Annexe 4 : Liste des états réglementaires et statistiques définie dans le code monétaire et financier et dans le code des assurances	57

Résumé

De ce rapport on peut tirer les enseignements principaux suivants :

- En 2010, un marché de l'assurance qui continue sa restructuration engagée depuis plus d'une dizaine d'années. 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 587 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 487 restantes moins de 20 %.
- Des mutuelles prédominantes sur le marché de la complémentaire santé : même si leur poids se réduit (-4 points entre 2001 et 2010), elles représentent toujours plus de 56 % dans l'assiette globale du Fonds CMU (mutuelles, institutions de prévoyance et sociétés d'assurance) ; les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance n'en représentant quant à elles que respectivement 17 % et 27 %.
- Des organismes complémentaires contribuant au Fonds CMU aux structures d'activité différentes : en fait, lorsque les mutuelles assurent une couverture santé, elles le font presque exclusivement de toute autre activité. Près de 90 % dans leur chiffre d'affaires global concerne leur activité santé, alors que ce taux n'est que de 48 % pour les institutions de prévoyance, de seulement 14 % pour les sociétés d'assurance « non-vie » et de 6 % pour les sociétés d'assurance « mixte ».
- Des couvertures « santé » de nature différente selon le type d'organisme : les mutuelles comme les sociétés d'assurance « non-vie » proposent essentiellement des contrats « santé » individuels alors que les sociétés d'assurance « mixte » et les institutions de prévoyance proposent essentiellement des contrats « santé » collectifs. Ainsi, 74 % des primes en « frais de soins » des mutuelles et 76 % de celles des sociétés d'assurance « non-vie » correspondent à des contrats individuels, contre 23 % pour les sociétés d'assurance « mixte » et 16 % pour les institutions de prévoyance.
- Une légère amélioration des comptes du secteur de l'assurance en 2010, qui ne permet pas toutefois de retrouver le résultat net comptable d'avant crise. La situation financière du secteur s'établit, en effet, à 9,4 milliards d'euros en 2010, après 8,2 milliards d'euros en 2009, 11,8 milliards d'euros en 2008 et 14,4 milliards d'euros en 2007.
- Un résultat global qui masque des différences importantes entre organismes. Pour les seuls organismes assurant une couverture santé et contribuant au financement du Fonds CMU (champ du rapport), les résultats apparaissent plus contrastés selon le type d'organismes (sociétés d'assurance « mixte », sociétés d'assurance « non-vie », mutuelles et institutions de prévoyance) et au sein de chaque type d'organismes selon la taille de ces derniers.
- Pour les organismes contribuant au Fonds CMU, une augmentation moyenne en 2010 du résultat net comptable pour les mutuelles et les sociétés d'assurance ; une dégradation, en revanche, pour les institutions de prévoyance. Si l'on retrouve des tendances proches de celles de l'ensemble du marché pour les sociétés d'assurance « mixte » et « non-vie » et pour les mutuelles contribuant au financement du Fonds CMU (avec des résultats nets respectivement de 1,5, 1,7 et 0,5 milliard d'euros en 2010, après 1,3, 1,2 et 0,3 milliard d'euros en 2009⁴), l'évolution apparaît différente en ce qui concerne les institutions de prévoyance. Celles-ci connaissent, en effet, une baisse de leur résultat net comptable en 2010 : leur résultat net comptable s'établit en 2010 à 0,4 milliard d'euros, après 0,8 milliard d'euros en 2009⁵. Cette dégradation des comptes des institutions de prévoyance s'expliquerait, selon le CTIP, par le choix fait par ces institutions d'accompagner, au sortir de la crise économique, les entreprises qui leur sont affiliées. Les institutions auraient dès lors absorbé une partie de l'augmentation des dépenses de protection sociale complémentaire. En pourcentage des primes, on constate en effet que les charges de prestations se sont accrues de plus de 5 points, celles-ci s'élèvent ainsi à 93,1 % en 2010 contre 87,8 % en 2009. Il est toutefois important de noter que c'était l'évolution inverse que l'on avait pu constater l'an passé : alors que les sociétés

⁴ Et après 1,8, 3,0 et 0,4 milliard en 2008.

⁵ Et après 0,5 milliard d'euros en 2008.

d'assurance et les mutuelles avaient vu leur résultat se dégrader en 2009, les institutions de prévoyance l'avaient amélioré. Leurs charges de prestations en pourcentage des primes s'étaient alors notablement dégradées, puisque ce ratio était passé de 90,2 % en 2008 à 87,8 % en 2009. Au total, lorsque l'on examine les évolutions des années 2007 – 2010, on constate que les résultats des organismes se sont sensiblement rapprochés, les institutions de prévoyance étant celles qui dégagent au final le plus fort résultat net comptable en pourcentage des primes, avec un ratio de 4,0 %, loin devant les mutuelles 2,3 % et les sociétés d'assurance « mixte » 2,7 % et proche de celui des sociétés d'assurance « non-vie » 3,9 %.

- Des évolutions qui n'ont eu que peu d'impact sur la solvabilité des différents types d'organismes. Leur taux couverture des engagements réglementés et leur taux de couverture bilantielle de la marge n'ont été que peu modifiés entre 2010 et 2009. Ceux-ci se sont en effet élevés en moyenne, selon le type d'organismes, entre 104 % et 161 % pour ce qui concerne le taux de couverture des engagements réglementés et entre 112 % et 433 % (sans prise en compte des plus-values latentes) pour ce qui concerne le taux de couverture bilantielle de la marge. En 2009, ces taux s'élevaient respectivement entre 103 % et 188 % d'une part, et entre 117 % et 497 % d'autre part. Comme le fait remarquer l'ACP dans son rapport annuel sur le marché de l'assurance en 2010⁶, si les taux de couverture bilantielle de la marge sont pour certains organismes bien supérieurs aux 100 %, « Ces taux doivent cependant être utilisés avec une grande prudence, l'exigence de marge de solvabilité actuelle ne comprenant pas la prise en compte de risques d'assurance et de placement, contrairement au régime prudentiel à venir Solvabilité 2 ». On peut en outre noter que, quel que soit le type d'organismes, le taux de couverture bilantielle de la marge (hors plus-values latentes) se réduit avec la taille de l'organisme.

- Concernant l'activité « frais de soins », on constate là aussi une amélioration en 2010 des résultats techniques des sociétés d'assurance et des mutuelles, et *a contrario* une dégradation de la situation des institutions de prévoyance. En pourcentage des primes, le résultat technique en frais de soins augmente, en effet, de 2,7 points pour les sociétés d'assurance « mixte » ; de 0,6 point pour les sociétés d'assurance « non-vie » et de 1 point pour les mutuelles ; il baisse en revanche de 4,7 points pour les institutions de prévoyance.

- Des résultats tirés à la baisse par la gestion des contrats collectifs. Cela est vrai à la fois pour les sociétés d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance. En effet, les résultats techniques en santé des contrats collectifs sont systématiquement inférieurs à ceux des contrats individuels. Si la situation de ces contrats collectifs, tous déficitaires en 2009, s'est améliorée entre 2009 et 2010 pour les sociétés d'assurance⁷ – ces contrats devenant légèrement bénéficiaires en 2010 –, la situation de ces contrats s'est détériorée pour les mutuelles et les institutions de prévoyance⁸ – ces contrats restant ainsi très largement déficitaires en 2010 –. Dès lors le poids que ces contrats représentent dans l'activité des organismes constitue un élément explicatif de leurs différences de résultat.

- Le poids des contrats collectifs dans l'ensemble des contrats proposés n'explique toutefois pas toutes les différences entre les organismes. Globalement, les charges de gestion (y compris frais d'acquisition et frais d'administration⁹) en pourcentage des primes sont significativement différentes selon les organismes à type de contrat donné : elles s'élèvent à plus 28 % pour les sociétés d'assurance « non-vie » (30,8 % en contrats individuels et 20,3 % en contrats collectifs), contre 18 % seulement pour les institutions de prévoyance (14,3 % en individuels et 18,7 % en collectifs). Pour les sociétés d'assurance « mixte » et les mutuelles les taux s'établissent respectivement à 22 % (32,5 % en contrats individuels et 19,3 % en contrats collectifs) et à 21,4 % (21,5 % en contrats individuels et 21 % en contrats collectifs).

- Des écarts entre les catégories d'organismes qui demeurent aussi lorsque l'on tient compte des différences de taille entre les organismes. Toutefois, pour faire une analyse plus détaillée au niveau individuel des facteurs explicatifs des écarts entre organismes, des informations complémentaires doivent pouvoir être mobilisées. Or celles-ci n'ont pas pu encore être intégralement exploitées cette année.

⁶ ACP : le marché de l'assurance en 2010, octobre 2011.

⁷ De +2,9 points par rapport aux primes entre 2010 et 2009 pour les sociétés d'assurance « mixte » et +6,1 points pour les sociétés d'assurance « non-vie ».

⁸ De -1,7 point entre 2010 et 2009 pour les mutuelles et -4,2 points pour les institutions de prévoyance.

⁹ Y compris, pour la plupart des organismes, la contribution au Fonds CMU (cf. page 40).

Des structures d'activité variables selon le type d'organismes assurant une couverture « santé » complémentaire

En 2010, la restructuration du marché de l'assurance engagée depuis plus d'une dizaine d'années s'est poursuivie. 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 587 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 487 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. Près de 90 % dans leur chiffre d'affaires global concerne leur activité santé, alors que ce taux n'est que de 48 % pour les institutions de prévoyance, et de seulement 14 % pour les sociétés d'assurance « non-vie » et de 6 % pour les sociétés d'assurance « mixte ». Plus que pour les autres organismes les contrats proposés le sont, en outre, à titre individuel : 74 % des primes en « frais de soins » des mutuelles correspondent à des contrats individuels, contre 23 % pour les sociétés d'assurance « mixte » et 16 % pour les institutions de prévoyance, le taux s'établissant à 76 % pour les sociétés d'assurance « non-vie ».

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

En 2010, le nombre d'organismes d'assurance (sociétés d'assurance, mutuelles et institutions de prévoyance) a encore diminué de plus de cent unités. Cette diminution, qui concerne l'ensemble du secteur, touche aussi celui de la complémentaire santé.

Parmi les organismes contrôlés par l'ACP on dénombrait en effet 1 129 organismes habilités à pratiquer des opérations d'assurance en 2010 : 357 sociétés régies par le code des assurances, 53 institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité sociale, et 719 mutuelles régies par le code de la mutualité. En 2009, 2008, 2007 et 2006 leur nombre s'élevait respectivement à 1 268, 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	au 31/12/2010
Sociétés d'assurance vie et mixte	115	109	106	103	102
Sociétés d'assurance non-vie	263	252	252	244	235
Sociétés de réassurance	29	28	28	21	20
Code des assurances	407	389	386	368	357
IP	66	63	61	56	53
Code de la sécurité sociale	66	63	61	56	53
Mutuelles livre II - pratiquant des opérations d'assurance	1 158	1 070	973	844	719
<i>dont mutuelles substituées (1)</i>	<i>484</i>	<i>424</i>	<i>388</i>	<i>318</i>	<i>233</i>
Code de la mutualité	1 158	1 070	973	844	719
Total des organismes d'assurance contrôlés par l'ACP	1 631	1 522	1 420	1 268	1 129

(1) 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 439 mutuelles du livre II en moins, en 2010 par rapport à 2006, sur une diminution totale de 502 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 plus de 550, passant de 1 270 fin 2005 à 719 fin 2010.

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 225 K€ à 1,5 M€ en complémentaire santé, et de 600 K€ à 2,25 M€ 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.

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 713¹⁰ organismes assurant une couverture santé complémentaire en 2010 (587 mutuelles, 92 sociétés d'assurance et 34 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 58 % entre 2001 et 2010 (cf. tableau 2).

Tableau 2 - Évolution 2001-2010 du nombre d'organismes contribuant au Fonds CMU

Fonds CMU - nombre d'organismes en 2001 et 2010				
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	107	48	919	1073
<i>tx d'évolution annuel 2005-2004</i>	-2%	-4%	-9%	-9%
2006	99	46	849	991
<i>tx d'évolution annuel 2006-2005</i>	-7%	-4%	-8%	-8%
2007	93	38	811	934
<i>tx d'évolution annuel 2007-2006</i>	-6%	-17%	-4%	-6%
2008	93	36	751	876
<i>tx d'évolution annuel 2008-2007</i>	0%	-5%	-7%	-6%
2009	93	35	656	784
<i>tx d'évolution annuel 2009-2008</i>	0%	-3%	-13%	-11%
2010	92	34	587	713
<i>tx d'évolution annuel 2010-2001</i>	-1%	-3%	-11%	-9%
<i>tx d'évolution cumulé 2010-2001</i>	-21%	-40%	-62%	-58%

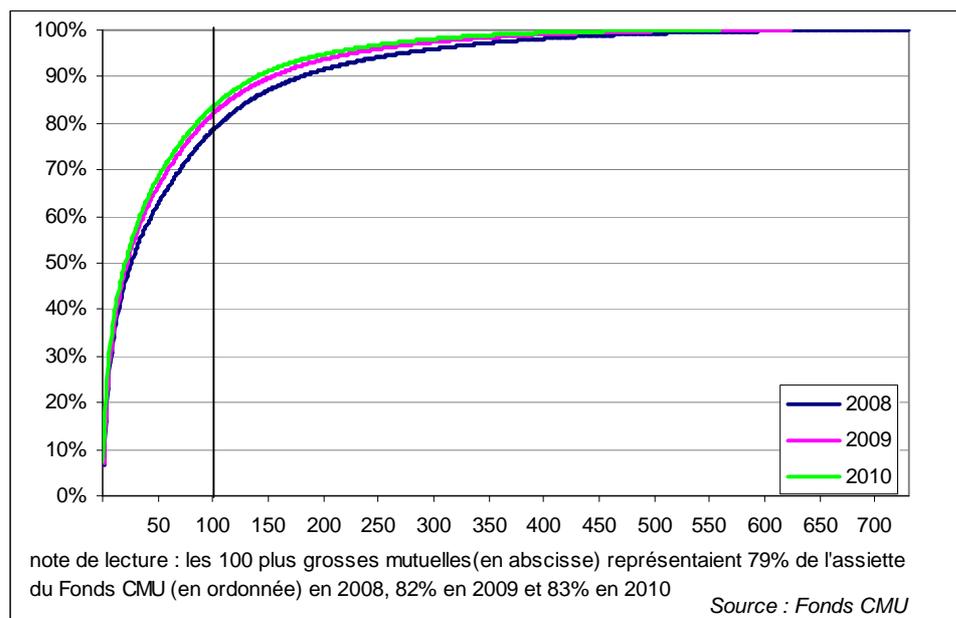
(1) ayant versé une contribution au cours de l'année - chiffre différent du nombre de ceux dénombrés en fin d'année

Source : rapport du Fonds CMU de 2003 et 2010

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 83 % de l'assiette du Fonds CMU et les 487 restantes seulement 17 % (cf. graphique 1).

¹⁰ 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.

Graphique 1 - Distribution de l'assiette de la contribution des mutuelles au Fonds CMU en 2008, 2009 et 2010



Notons cependant que sur les 560 mutuelles enregistrées au Fonds CMU à la fin de l'année 2010, 135 étaient des mutuelles substituées pour lesquelles le risque financier est porté par un autre assureur (cf. tableau 3).

Tableau 3 - Nombre de mutuelles contribuant au Fonds CMU au 31 décembre 2009 et 2010

	au 31/12/2009	au 31/12/2010
Mutuelles livre II contribuant au Fonds CMU (source Fonds CMU)	618	560
. dont substituées (1) (source ACP)	154	135
. dont non substituées (source ACP)	464	420
. dont plus en activité au 1er janvier de l'année suivante (source ACP)	0	5

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

Source : ACP et Fonds CMU

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

Les mutuelles sont prédominantes sur le champ de la santé. Même si leur poids se réduit (-4 points entre 2001 et 2010 dans l'assiette du Fonds CMU), elles représentent toujours plus de 56 % du marché de la complémentaire santé (55 % dans les primes émises – données comptables) ; les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance n'en représentant quant à elles que respectivement 17 % et 27 % (16 % et 29 % dans les primes émises – données comptables) (cf. tableaux 4 et 5).

Tableau 4 - Assiette de la contribution au Fonds CMU (1)

	2 001	2 005	2 006	2 007	2 008	2 009	2 010
montant en millions d'euros							
Mutuelles	10 596	14 452	15 319	15 952	16 435	16 931	17 665
Sociétés d'assurance	3 279	5 788	6 344	6 736	7 561	7 961	8 469
Institutions de prévoyance	3 692	4 225	4 379	4 695	5 126	5 225	5 257
Total	17 567	24 465	26 042	27 383	29 122	30 117	31 391
part de marché en %							
Mutuelles	60,3%	59,1%	58,8%	58,3%	56,4%	56,2%	56,3%
Sociétés d'assurance	18,7%	23,7%	24,4%	24,6%	26,0%	26,4%	27,0%
Institutions de prévoyance	21,0%	17,3%	16,8%	17,1%	17,6%	17,3%	16,7%
Total	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

(1) ces données brutes intègrent les transferts d'opportunité opérés par certains organismes à l'occasion des augmentations de taux (cf rapport Fonds CMU 2010 page 39)

Source : Fonds CMU

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 financement du Fonds CMU (champ du rapport, cf. encadré 1) est ainsi beaucoup plus réduit. Elles ne représentent que 15 % du total de l'activité des organismes d'assurance contribuant au Fonds CMU, contre 76 % pour les sociétés d'assurance.

Tableau 5 - Part de l'activité « dommages corporels » et « santé » dans l'ensemble de l'activité des organismes d'assurance contribuant au financement du Fonds CMU

Activité en 2010 (en %) (1)	Sociétés d'assurance mixte	Sociétés d'assurance non-vie	Mutuelles	Institutions de prévoyance	Ensemble des organismes
part des différentes activités pour chaque type d'organisme					
Total général	100%	100%	100%	100%	100%
Vie	85%	0%	5%	21%	38%
Non-Vie	15%	100%	95%	79%	62%
dont "Dommages corporels (2)"	11%	22%	93%	70%	32%
dont "Santé"	6%	14%	89%	48%	25%
part de chaque type d'organisme dans l'activité concernée					
Total général	42%	34%	15%	9%	100%
Vie	94%	0%	2%	5%	100%
Non-Vie	11%	54%	24%	11%	100%
dont "Dommages corporels"	14%	23%	45%	19%	100%
dont "Santé"	11%	18%	55%	16%	100%

(1) On entend par activité le montant des primes

(2) Dommages corporels : santé, incapacité-invalidité et dépendance

Champ : organismes contribuant au financement du Fonds CMU

Source ACP : calculs DREES

Encadré 1

Un champ d'analyse limité aux seuls organismes contribuant au Fonds CMU

Les résultats présentés dans ce rapport ne concernent que les organismes contrôlés par l'ACP et contribuant au financement du Fonds CMU. Sont ainsi exclus de l'analyse les organismes étrangers qui contribuent au Fonds CMU mais qui ne sont pas contrôlés par l'ACP parce qu'ils sont contrôlés par l'autorité de contrôle du pays dont ils dépendent (il s'agit de six sociétés étrangères). Sont aussi exclus les organismes qui déclarent une activité santé mais qui *a contrario* ne contribuent pas au Fonds CMU parce que leur activité de santé est surcomplémentaire (il s'agit par exemple de sociétés « automobile » pour leur contrat « individuelle accident » des conducteurs) (cf. annexe 2 pour plus d'explications).

Tableau 6 - Nombre d'organismes contribuant au Fonds CMU au 31/12/2010

	Nombre d'organismes contrôlés par l'ACP	dont déclarant une activité santé et contribuant au Fonds CMU (2)	dont ayant transmis des données à l'ACP (3)	taux de réponse en % (4)
Sociétés d'assurance mixte	102	15	15	100,0%
Sociétés d'assurance non-vie	235	71	67	99,9%
Sociétés de réassurance	20	0	0	0,0%
Code des assurances	357	86	82	100,0%
IP	53	29	29	100,0%
Code de la sécurité sociale	53	29	29	100,0%
Mutuelles livre II - pratiquant des opérations d'assurance	719	555	405	97,1%
dont mutuelles substituées (1)	233	135	21	0,4%
dont mutuelles non-substituées	486	420	384	96,6%
Code de la mutualité	719	555	405	97,1%
Total	1 129	670	516	

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

(2) pour les mutuelles effectifs calculés à partir des sources disponibles, hors mutuelles plus en activité au 1er janvier 2011.

(3) organismes pour lesquels l'ACP avait reçu les comptes (même incomplets) au 15 septembre 2011. Concernant les mutuelles, effectifs calculés après retraitement des substitutions : seules les mutuelles substituées pour lesquelles l'ACP n'a pas reçu les données de leur substituant sont comptabilisées dans cette colonne (cf. annexe 2).

(4) représentativité des données par rapport à l'assiette du Fonds CMU sur le champ des organismes déclarant une activité santé à l'ACP.

Ainsi sur les 1 129 organismes contrôlés par l'ACP et habilités à pratiquer des opérations d'assurance, le nombre de ceux contribuant au Fonds CMU et ayant transmis leur compte à l'ACP au 15 septembre s'est élevé à 516 organismes¹¹. Notons qu'en termes d'assiette de cotisations, ces 516 organismes représentent presque l'intégralité des organismes contrôlés par l'ACP et contribuant au financement du Fonds CMU (100 % des IP, presque 100 % des sociétés d'assurance, et 97 % des mutuelles).

Par rapport à l'année dernière le taux de non réponse des mutuelles a encore diminué : les comptes disponibles pour l'analyse représentaient 88,6 % de l'assiette du Fonds CMU en 2008 et 94,8 % en 2009. Les redressements effectués pour non réponse ont ainsi été limités (cf. annexe 3), du moins en ce qui concerne l'analyse des comptes globaux.

Les actions engagées par l'ACP auprès des organismes pour que ceux-ci transmettent leur dossier annuel sous format informatique explique en partie ce résultat. Il est aussi imputable au mouvement de concentration du secteur.

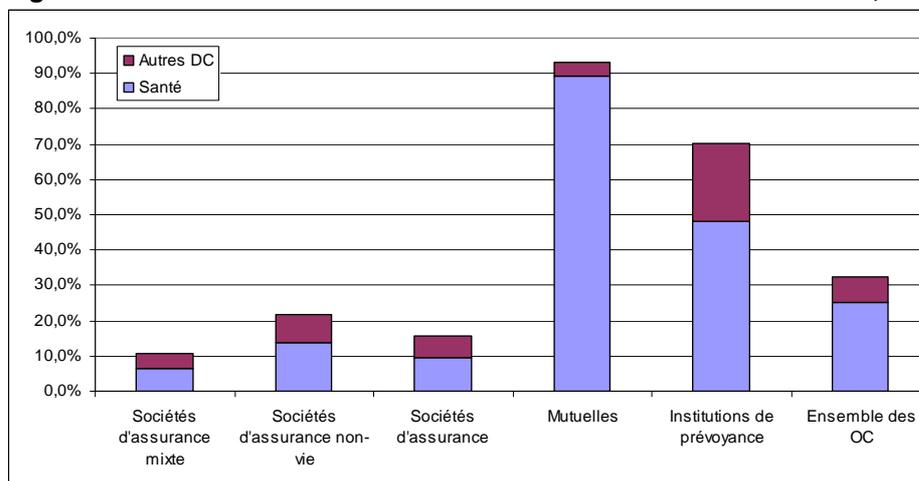
L'analyse a dû cependant être réduite à un nombre plus limité d'organismes. En effet, certains d'entre eux n'ont pas renseigné l'ensemble des états comptables et statistiques nécessaires à ce rapport. Ainsi l'analyse relative à la situation financière globale des organismes assurant une couverture santé et contribuant au financement du Fonds CMU s'est appuyé sur les données des 484 organismes ayant renseigné l'état prudentiel C1 ; celle relative à la part de l'activité santé dans l'activité globale des organismes sur les données des 475 organismes ayant renseigné les états prudentiels C1 et C4 ; enfin celle relative aux résultats techniques en santé sur les données des 444 organismes ayant répondu aux états prudentiels C1 et C4 et à l'état statistique E4.

Afin de présenter des chiffres globaux représentatifs du secteur ces données ont été redressées. La méthode retenue est présentée en annexe 3.

Ces différences de poids, lorsque l'on regarde l'ensemble de l'activité des organismes ou la seule activité « santé », sont imputables aux règles de double spécialisation imposées aux organismes pratiquant des opérations d'assurance (cf. encadré 2).

Ainsi, même sur le champ restreint des organismes assurant une couverture santé complémentaire, le marché de l'assurance apparaît très spécialisé : les parts des activités « vie » et « non-vie » et aussein de celles-ci des activités de santé dans l'activité totale des organismes est très variable. Alors que le poids de la santé dans le chiffre d'affaires n'est que de 6 % pour les sociétés d'assurance « mixte », il s'élève à 89 % pour les mutuelles (cf. tableau 5 et graphique 2).

Graphique 2 - Poids de la « santé » et des « autres dommages corporels » dans l'activité des organismes d'assurance contribuant au financement du Fonds CMU, en 2010



Source : données ACP, calculs DREES

¹¹ Une fois supprimées, afin d'éviter les doubles comptes, les mutuelles substituées pour lesquelles on dispose des comptes de la mutuelle substituante.

Encadré 2 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 où il 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).

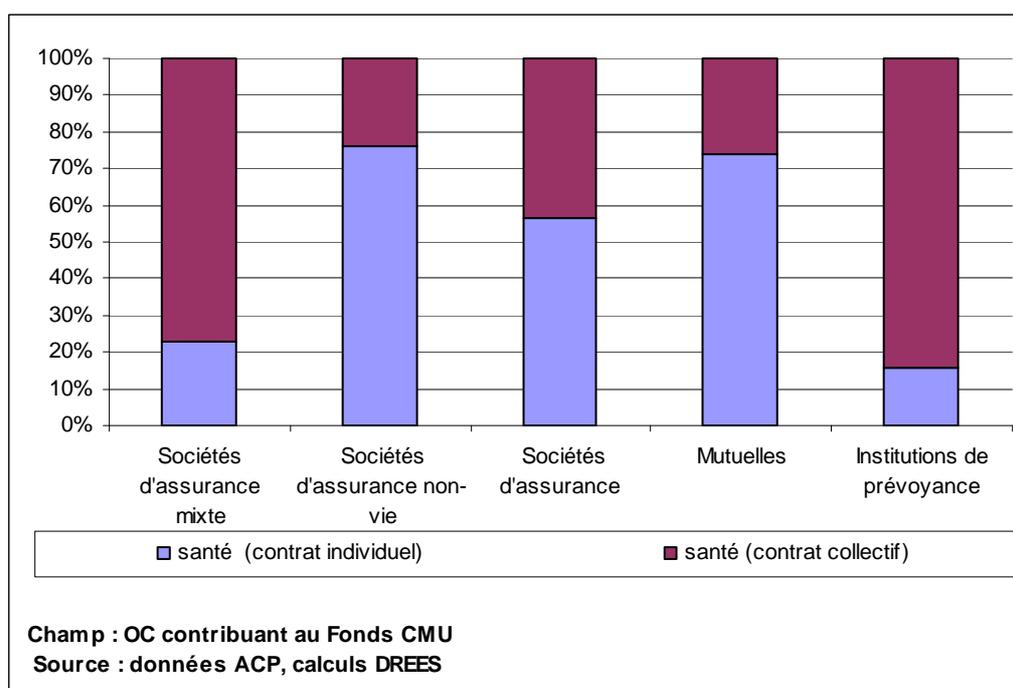
En second lieu, au sein de l'assurance, les catégories de garanties sont ventilées en branches et un assureur pratiquant des opérations dépendant de la durée de la vie humaine (assurance vie) ne peut pratiquer simultanément d'autres opérations d'assurance (assurance non-vie). Ce second niveau de spécialisation 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.

3. 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 « mixte » proposent, notamment, plus souvent des contrats collectifs que ne le font les sociétés d'assurance « non-vie » et les mutuelles : 84 % des primes en « frais de soins » des institutions de prévoyance et 77 % de celles des sociétés d'assurance « mixte » correspondent à des contrats collectifs, contre respectivement 24 % et 26 % de celles des sociétés d'assurance « non-vie » et des 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 affiliées.

Graphique 3 - Le poids des contrats collectifs et individuels dans l'ensemble des primes « santé » en 2010



Une situation financière, toutes activités confondues, qui s'améliore légèrement en 2010 pour la plupart des organismes

Après une année 2008 marquée par la crise financière et la baisse du chiffre d'affaires global des sociétés d'assurance, les années 2009 et 2010 se caractérisent par une reprise de l'activité : « après un repli en 2008, le chiffre d'affaires du secteur s'est accru de 8 % en 2009 »¹² et de 5 % en 2010¹³. Alors que la croissance du secteur était essentiellement imputable en 2009 aux opérations « vie » qui, après une baisse significative en 2008, retrouvaient leur niveau d'activité de 2007 (+13 % entre 2008 et 2009 pour les opérations « vie », contre 2 % pour les opérations « non-vie »), celle de 2010 est plutôt le résultat du dynamisme de l'activité « non-vie » (+6 % entre 2009 et 2010 pour les activités « non-vie », contre 4,5 % pour les activités « vie »).

Mais contrairement à l'année 2009 qui avait connu une dégradation de la situation financière globale du secteur, imputable en grande partie à la forte croissance de la sinistralité en assurance « non-vie », l'année 2010 est marquée par une amélioration. En 2010, le résultat technique provenant des activités « non-vie » s'élève en effet à 3,5 milliards d'euros, après 3,2 milliards d'euros en 2009 et 7,3 milliards en 2008 ; la croissance du chiffre d'affaires et des produits financiers rattachés à l'activité « non-vie » (+11 %) étant venue cette année plus que compenser la forte sinistralité liée aux événements climatiques (tempête Xynthia, inondations du Var...). Parallèlement, le résultat technique des activités « vie » a continué sa progression : 5,1 milliards d'euros en 2010, contre 4,5 milliards en 2009 et 2,7 milliards en 2008. La baisse des produits financiers perçus rattachés à des activités « vie » a été en effet en partie compensée par une diminution des prestations versées. Ainsi, après prise en compte des produits financiers attribués aux fonds propres, des éléments exceptionnels, et des impôts et taxes enregistrés en compte de résultat non-technique, la situation financière du secteur s'améliore : elle s'établit à 9,4 milliards d'euros en 2010, après 8,2 milliards d'euros en 2009 et 11,8 milliards d'euros en 2008.

Bien que son résultat net n'ait pas retrouvé son niveau de 2008, et encore moins celui de 2007 (+14,4 milliards en 2007), et que ses ratios de solvabilité se soient légèrement dégradés cette année, la situation financière du secteur est globalement positive. Le taux de couverture des engagements réglementés s'établit en moyenne, selon le type d'organismes, entre 104 % et 127 %, et le taux de couverture bilantielle de la marge de solvabilité entre 126 % et 465 %, hors prises en compte des plus-values latentes. « Ces taux doivent cependant être utilisés avec une grande prudence, l'exigence de marge de solvabilité actuelle ne comprenant pas la prise en compte de risques d'assurance et de placement, contrairement au régime prudentiel à venir Solvabilité 2 ».

Ces résultats globaux, présentés dans le rapport d'activité 2010 de l'ACP, recouvrent toutefois des différences importantes entre organismes. Pour les seuls organismes assurant une couverture santé et contribuant au financement du Fonds CMU (champ du rapport, cf. encadré 1), les résultats apparaissent plus contrastés selon le type d'organismes (sociétés d'assurance « mixte », sociétés d'assurance « non-vie », mutuelles et institutions de prévoyance) et au sein de chaque type d'organismes selon la taille de ces derniers.

¹² Rapport d'activité 2009 de l'Autorité de contrôle prudentiel, octobre 2010.

¹³ Rapport d'activité 2010 de l'Autorité de contrôle prudentiel, octobre 2011.

1. En 2010, une légère amélioration des résultats pour la plupart des organismes complémentaires contribuant au Fonds CMU

1.1. En moyenne, une augmentation du résultat net comptable pour les sociétés d'assurance et les mutuelles en 2010

Si l'on retrouve des tendances proches de celles de l'ensemble du marché pour les sociétés d'assurance « mixte » et « non-vie » et pour les mutuelles contribuant au financement du Fonds CMU (avec des résultats nets respectivement de 1,5, 1,7 et 0,5 milliard d'euros en 2010, après 1,3, 1,2 et 0,3 milliard d'euros en 2009¹⁴), l'évolution apparaît différente en ce qui concerne les institutions de prévoyance (cf. graphiques 4 et 4bis). Celles-ci connaissent en effet une baisse de leur résultat net comptable en 2010 : leur résultat net comptable s'établit en 2010 à 0,4 milliard d'euros, après 0,8 milliard d'euros en 2009¹⁵.

Cette dégradation des comptes des institutions de prévoyance s'expliquerait, selon le CTIP, par le choix fait par ces institutions d'accompagner, au sortir de la crise économique, les entreprises qui leur sont affiliées. Les institutions auraient dès lors absorbé une partie de l'augmentation des dépenses de protection sociale complémentaire. En pourcentage des primes (cf. tableau 6), on constate en effet que les charges de prestations se sont accrues de plus de 5 points, celles-ci s'élèvent ainsi à 93,1 % en 2010 contre 87,8 % en 2009.

Il est toutefois important de noter que c'était l'évolution inverse que l'on avait pu constater l'an passé : alors que les sociétés d'assurance et les mutuelles avaient vu leur résultat se dégrader en 2009, les institutions de prévoyance l'avaient amélioré. Leurs charges de prestations en pourcentage des primes avaient alors notablement diminué, puisqu'elles étaient passées de 90,2 % en 2008 à 87,8 % en 2009.

On constate ainsi un effet de balancier, inverse de celui des sociétés d'assurance et des mutuelles qui ont vu, quant à elles, diminuer leur ratio « charges de prestations / primes » en 2010, alors que celui-ci s'était amélioré, du moins pour les sociétés d'assurance, en 2009. Celui-ci est en effet passé de 86,6 % (solde prestations – produits financiers pour annuler l'effet ACAV¹⁶) en 2009 à 85,3 % en 2010 pour les sociétés d'assurance « mixte », de 75 % à 74,2 % pour les sociétés d'assurance « non-vie » et de 84,8 % à 82,4 % pour les mutuelles.

Il est à noter que c'est cette diminution du ratio « charges de prestations / primes » qui a permis l'amélioration des comptes des organismes concernés :

- pour les sociétés d'assurance « mixte », alors que leurs charges de prestations (déduction faite des produits financiers pour annuler l'effet ACAV) ont diminué de 4,3 % entre 2010 et 2009, leurs primes ne se sont réduites que de 2,9 % ; entre 2009 et 2008, les évolutions s'établissaient respectivement à +19 % contre +13 % ;
- pour les sociétés d'assurance « non-vie » ainsi que pour les mutuelles, la croissance des charges a été elle aussi inférieure à celle des primes entre 2010 et 2009 : +16,9 % pour les charges des sociétés d'assurance « non-vie » et de +1,1 % pour celle des mutuelles, contre respectivement de +18,2 % et +4,1 % pour les primes ; entre 2009 et 2008, les évolutions avaient été de +9,1 % et +5,5 % pour les charges, contre -0,1 % et +5,8 % pour les primes.

¹⁴ Et après 1,8, 3,0 et 0,4 milliard en 2008.

¹⁵ Et après 0,5 milliard d'euros en 2008.

¹⁶ ACAV : ajustement des opérations à capital variable.

Graphiques 4 et 4bis - Résultats technique et net comptable des organismes complémentaires contribuant au financement du Fonds CMU, entre 2007 et 2010 (en millions d'euros et en pourcentage des primes émises)

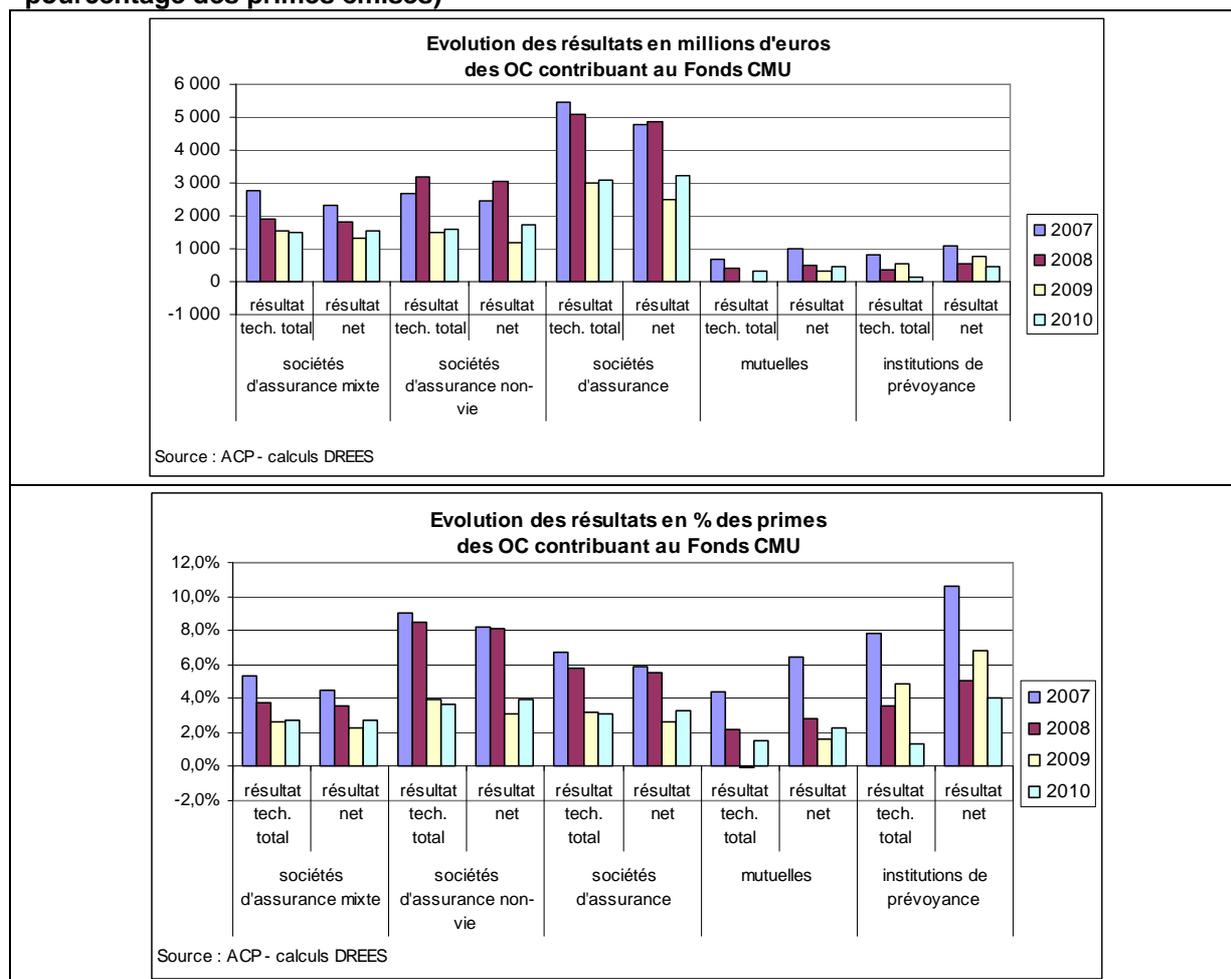


Tableau 6 - Le compte de résultat net comptable en % des primes des organismes contribuant au financement du Fonds CMU

	sociétés d'assurance mixte				sociétés d'assurance non-vie			
	2007	2008 (2)	2009	2010	2007	2008	2009	2010
Primes	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Charges de prestations (-)	-115,1%	-62,1%	-124,9%	-118,6%	-70,7%	-68,7%	-75,0%	-74,2%
Produits financiers	31,5%	-20,1%	38,4%	33,3%	9,1%	7,1%	5,9%	6,6%
<i>prestations - produits financiers (1)</i>	-83,6%	-82,2%	-86,6%	-85,3%				
Frais d'acquisition et d'administration (-)	-11,6%	-12,3%	-11,8%	-12,8%	-24,4%	-25,1%	-24,9%	-25,5%
Solde réassurance (-)	0,5%	-1,7%	1,0%	0,9%	-5,1%	-4,8%	-2,0%	-3,3%
Résultat technique	5,4%	3,8%	2,7%	2,7%	9,0%	8,5%	4,0%	3,6%
Produits financiers du résultat non-technique	1,1%	1,1%	0,8%	0,9%	3,1%	1,9%	1,7%	2,0%
Autres éléments non techniques	-2,0%	-1,3%	-1,2%	-0,9%	-4,0%	-2,3%	-2,6%	-1,8%
Résultat net	4,5%	3,6%	2,3%	2,7%	8,2%	8,1%	3,1%	3,9%

	mutuelles				institutions de prévoyance			
	2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
Primes	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
Charges de prestations (-)	-85,3%	-85,1%	-84,8%	-82,4%	-88,2%	-90,2%	-87,8%	-93,1%
Produits financiers	2,6%	1,1%	1,8%	1,7%	5,9%	5,0%	4,4%	6,1%
Frais d'acquisition et d'administration (-)	-12,1%	-13,3%	-16,8%	-17,5%	-7,6%	-9,5%	-9,7%	-10,7%
Solde réassurance (-)	-0,9%	-0,5%	-0,3%	-0,3%	-2,3%	-1,7%	-2,2%	-1,0%
Résultat technique	4,4%	2,2%	0,0%	1,6%	7,9%	3,5%	4,8%	1,3%
Produits financiers du résultat non-technique	2,4%	0,9%	2,1%	1,7%	3,0%	1,9%	2,1%	3,0%
Autres éléments non techniques	-0,3%	-0,3%	-0,4%	-1,0%	-0,2%	-0,4%	-0,1%	-0,4%
Résultat net	6,4%	2,8%	1,6%	2,3%	10,6%	5,1%	6,8%	4,0%

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

Au total, lorsque l'on examine les évolutions des années 2007 à 2010, on constate que les résultats des organismes se sont sensiblement rapprochés, les institutions de prévoyance étant celles qui dégagent au final le plus fort résultat net comptable en pourcentage des primes, avec un ratio de 4,0 %, loin devant les mutuelles 2,3 % et les sociétés d'assurance « mixte » 2,7 % et proche de celui des sociétés d'assurance « non-vie » 3,9 % (cf. tableau 7).

1.2. Des marges de solvabilité peu modifiées

Ces évolutions n'ont eu que peu d'impact sur la solvabilité des différents types d'organismes (cf. encadré 3). Leur taux couverture des engagements réglementés et leur taux de couverture bilantielle de la marge n'ont été que peu modifiés entre 2010 et 2009. Ceux-ci se sont en effet élevés en moyenne, selon le type d'organismes, entre 104 % et 161 % pour ce qui concerne le taux de couverture des engagements réglementés et entre 112 % et 433 % (sans prise en compte des plus-values latentes) pour ce qui concerne le taux de couverture bilantielle de la marge (cf. tableau 7).

En 2009, ces taux s'élevaient respectivement entre 103 % et 188 % d'une part, et entre 117 % et 497 % d'autre part. Comme le fait remarquer l'ACP dans son rapport annuel sur le marché de l'assurance en 2010¹⁷, si les taux de couverture bilantielle de la marge sont pour certains organismes bien supérieurs aux 100 % et comme nous l'avons déjà précisé en introduction : « Ces taux doivent cependant être utilisés avec une grande prudence, l'exigence de marge de solvabilité actuelle ne comprenant pas la prise en compte de risques d'assurance et de placement, contrairement au régime prudentiel à venir Solvabilité 2 ».

Tableau 7 - Les ratios de solvabilité pour les organismes assurant une couverture complémentaire santé et participant au financement du Fonds CMU

Taux de couverture des engagements réglementés (en %)

	2007	2008	2009	25ème percentile en 2009	Médiane en 2009	75ème percentile en 2009	2010 taux moyen	25ème percentile en 2010	Médiane en 2010	75ème percentile en 2010
Sociétés d'assurance mixte	102,1%	103,3%	103,1%	102,0%	106,7%	114,8%	103,8%	101,1%	104,4%	119,4%
Sociétés d'assurance non-vie	112,3%	110,6%	109,3%	104,9%	111,9%	131,5%	108,8%	105,5%	112,7%	127,9%
Mutuelles	160,6%	136,8%	188,0%	231,3%	412,2%	739,2%	161,2%	203,6%	369,9%	687,0%
Institutions de prévoyance	127,3%	130,1%	124,4%	110,6%	117,5%	139,3%	131,0%	109,2%	127,4%	134,8%

Source : ACP - données brutes pour 2007- 2009, calcul DREES pour 2010

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

	2007	2008	2009	25ème percentile en 2009	Médiane en 2009	75ème percentile en 2009	2010 taux moyen	25ème percentile en 2010	Médiane en 2010	75ème percentile en 2010
Sociétés d'assurances mixte	105,6%	119,3%	116,6%	114,8%	132,0%	180,7%	111,9%	110,0%	140,0%	365,5%
+ plus values latentes	282,1%	165,8%	200,3%	159,7%	204,3%	248,6%	174,0%	146,3%	189,0%	456,6%
Sociétés d'assurance non-vie	352,3%	311,9%	321,1%	173,5%	345,2%	873,6%	345,5%	168,2%	334,9%	754,8%
+ plus values latentes	593,7%	401,5%	494,5%	209,9%	410,8%	907,3%	544,9%	233,5%	426,7%	1034,0%
Mutuelles	365,8%	363,9%	376,2%	234,6%	334,0%	506,1%	386,0%	276,9%	383,3%	608,1%
+ plus values latentes	378,0%	367,8%	413,8%	242,8%	350,3%	551,0%	423,5%	286,2%	412,3%	644,4%
Institutions de prévoyance	491,3%	499,0%	497,0%	214,2%	371,1%	671,7%	432,8%	222,1%	403,9%	705,4%
+ plus values latentes	567,7%	514,6%	557,3%	274,0%	449,3%	754,7%	499,9%	257,1%	467,2%	763,6%

Source : ACP - données brutes pour 2007-2009, calcul DREES pour 2010

¹⁷ ACP : le marché de l'assurance en 2010, octobre 2011.

Encadré 3 **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 sinistres¹⁸.

2. Des écarts entre types d'organismes qui s'expliquent en partie par la structure d'activité et la taille des organismes

Ces différences de résultat s'expliquent en fait en partie par des différences de structure d'activité et de taille.

2.1. Des structures d'activité, et par voie de conséquence, de bilan très différentes selon le type d'organismes

Comme on l'a vu chapitre 1, même sur le champ restreint des organismes assurant une couverture santé complémentaire, le marché de l'assurance apparaît très spécialisé : le poids relatif des différentes branches d'activités couvertes variant fortement selon le type d'organismes, même lorsque l'on réduit l'analyse aux seuls organismes assurant une couverture santé et contribuant au financement du Fonds CMU.

Cela n'est pas sans conséquence sur leur structure de bilan. Les mutuelles « santé » qui assurent essentiellement des risques courts, contrairement aux autres types d'organismes, ont une structure bilantielle qui se distingue nettement de celle des autres types d'organismes : « le règlement rapide

¹⁸ 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).

des prestations « santé » n'impose [en effet] pas la détention de placements importants »¹⁹ 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 15 % (cf. tableau 8). Les sociétés d'assurance « mixte » qui assurent pour l'essentiel des risques longs pèsent en revanche pour près de 75 % dans les provisions réalisées par l'ensemble des organismes contribuant au Fonds CMU alors que leur poids dans l'activité n'est que de 42 %. 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 9).

Ainsi 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.

Tableau 8 - Poids des organismes dans l'activité et les postes du bilan en 2010

	Total en milliards	part en % dans le total				
		Total	Sociétés d'assurance mixte	Sociétés d'assurance non-vie	Mutuelles	Institutions de prévoyance
Compte de résultat						
Chiffre d'affaires "activité totale"	132	100%	42%	34%	15%	9%
Chiffre d'affaires "activité santé"	33	100%	11%	18%	55%	16%
Compte de Bilan						
les fonds propres	67	100%	27%	36%	21%	16%
les provisions	467	100%	74%	18%	3%	5%
les provisions en UC	80	100%	100%	0%	0%	0%
les autres passifs	77	100%	65%	24%	6%	4%
Total passif	691	100%	71%	19%	4%	6%
les réassureurs	42	100%	52%	33%	5%	11%
les placements	515	100%	71%	19%	5%	6%
les placements en UC	78	100%	100%	0%	0%	0%
les autres actifs	56	100%	49%	35%	7%	8%
Total actif	691	100%	71%	19%	4%	6%
Plus-values latentes	36	100%	25%	66%	3%	6%
Bilan en valeur de marché	727	100%	69%	21%	4%	6%

Champ : organismes contribuant au financement du Fonds CMU

Source : données ACP, calculs DREES

Tableau 9 - Les principaux postes du bilan en % des provisions, pour les organismes contribuant au financement du Fonds CMU

Les principaux postes du bilan en % des provisions des organismes contribuant au financement du Fonds CMU									
		sociétés d'assurance mixte				sociétés d'assurance non-vie			
		2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
Passif :	Fonds propres	5,2%	5,5%	5,4%	5,3%	32,5%	29,9%	28,1%	28,7%
	Provisions	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Provisions en UC	37,6%	25,5%	23,5%	23,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Autres passifs	15,0%	14,4%	13,4%	14,5%	16,3%	19,6%	17,2%	22,1%
	Total passif	157,8%	145,4%	142,3%	142,8%	148,8%	149,4%	145,3%	150,8%
Actif :	Réassureurs	6,3%	5,9%	6,1%	6,2%	16,9%	15,0%	14,0%	16,1%
	Placements	105,4%	105,6%	105,0%	105,9%	108,1%	110,8%	108,5%	112,0%
	Placements en UC	37,1%	25,2%	23,1%	22,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%
	Autres actifs	9,0%	8,7%	8,0%	8,0%	23,8%	23,7%	22,8%	22,7%
	Total actif	157,8%	145,4%	142,3%	142,8%	148,8%	149,4%	145,3%	150,8%
	Plus-values latentes	8,7%	0,3%	4,1%	0,0%	21,0%	9,4%	16,9%	27,4%
	Bilan en valeur de marché	166,5%	145,6%	146,4%	145,4%	169,8%	158,8%	162,2%	178,2%

		mutuelles				institutions de prévoyance			
		2007	2008	2009	2010	2007	2008	2009	2010
Passif :	Fonds propres	112,0%	118,6%	116,9%	116,5%	47,0%	45,0%	43,8%	44,4%
	Provisions	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
	Provisions en UC	0,2%	0,1%	0,2%	0,2%	0,5%	0,3%	0,5%	0,4%
	Autres passifs	35,4%	40,5%	39,1%	39,3%	17,3%	16,1%	16,0%	14,3%
	Total passif	247,6%	261,0%	258,8%	258,7%	164,8%	162,0%	160,3%	159,1%
Actif :	Réassureurs	8,3%	14,7%	15,0%	16,4%	19,4%	18,6%	18,2%	18,5%
	Placements	204,1%	209,4%	209,9%	207,5%	123,6%	122,5%	121,6%	120,8%
	Placements en UC	0,3%	0,2%	0,3%	0,2%	0,1%	0,1%	0,3%	0,2%
	Autres actifs	34,9%	36,7%	33,6%	34,5%	21,7%	20,8%	20,1%	19,6%
	Total actif	247,6%	261,0%	258,8%	258,7%	164,8%	162,0%	160,3%	159,1%
	Plus-values latentes	17,2%	-0,7%	2,9%	7,8%	11,8%	-1,1%	7,3%	9,5%
	Bilan en valeur de marché	264,7%	260,3%	261,7%	266,4%	176,6%	160,8%	167,6%	168,7%

Source : données ACP, calculs DREES

¹⁹ Cf. rapport annuel de l'ACP, octobre 2010.

2.2. Des écarts de taille significatifs selon les organismes

La taille des organismes est, en outre, très différente. Malgré le fort mouvement de concentration opéré depuis plus d'une dizaine d'années, le secteur regroupe des organismes dont le chiffre d'affaires peut être inférieur à 10 millions d'euros. C'est le cas en particulier des mutuelles (cf. tableau 10).

Tableau 10 - Ventilation des organismes selon leur chiffre d'affaires global en 2010

(en euros)	Institutions de prévoyance	Mutuelles (*)	Sociétés d'assurance mixte	Sociétés d'assurance non-vie	ENSEMBLE
<10 millions	1	183 (51)	0	4	188 (51)
entre 10 et 50 millions	4	110 (4)	2	10	126 (4)
entre 50 et 200 millions	10	63 (1)	2	17	92 (1)
entre 200 et 500 millions	7	11	3	15	36
entre 500 millions et un milliard	3	5	1	6	15
entre 1 et 1,5 milliard	0	2	2	5	9
> 1,5 milliard	3	1	5	9	18
TOTAL	28	375 (56)	15	66	484 (56)

Champ : organismes ayant répondu à l'état prudentiel C1 (hors mutuelles substituées) cf. annexe 3

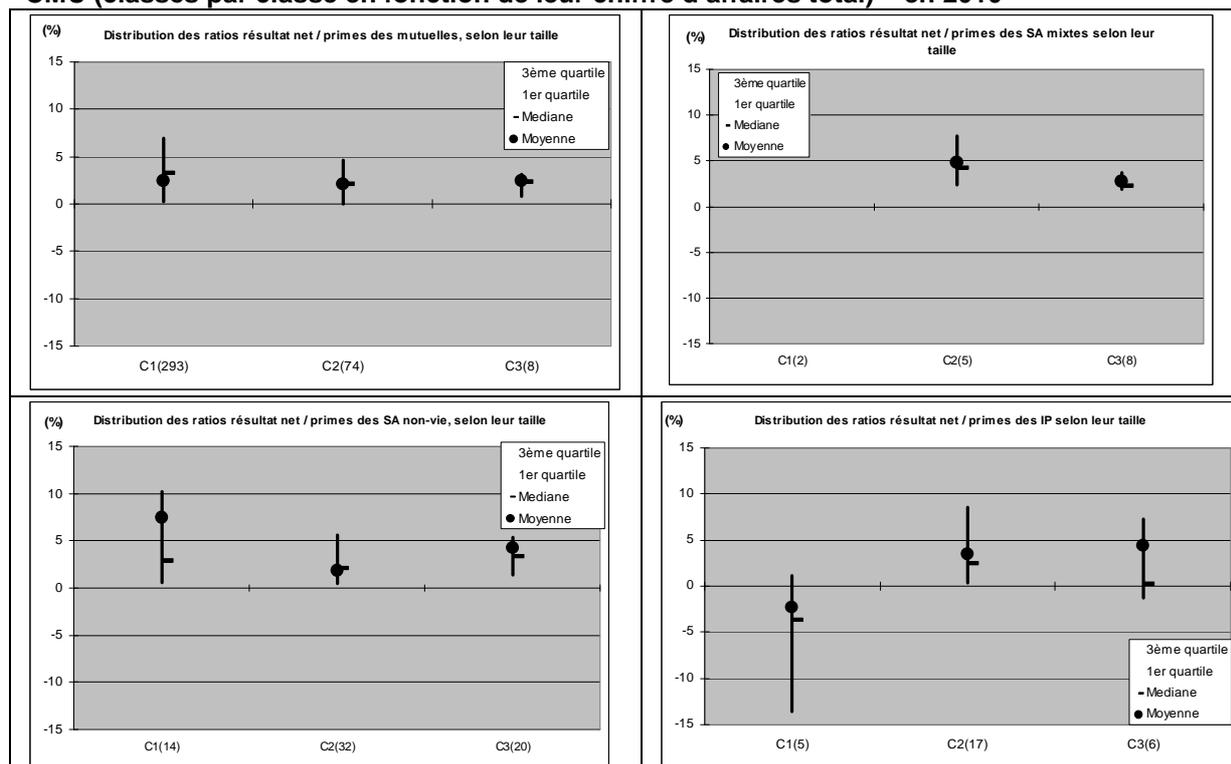
(*)entre parenthèses les mutuelles non substituées pour lesquelles on ne dispose pas des comptes, et que l'on intègre après redressement pour non réponse.

2.3. Des résultats différents au sein d'un même type d'organismes

Les résultats moyens, par types d'organismes, cachent en fait de fortes disparités au sein d'une même catégorie (mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance).

Lorsque l'on regroupe en trois classes les organismes selon l'importance de leur chiffre d'affaires (C1 chiffre d'affaires inférieur à 50 millions d'euros, C2 chiffre d'affaires compris en 50 et 500 millions d'euros, et C3 chiffre d'affaires supérieur à 500 millions d'euros), on constate que la dispersion des situations des organismes d'une même catégorie est plus importante au sein de la première classe qu'au sein de la troisième : plus leur chiffre d'affaires est élevé, plus les organismes ont des résultats nets comptables exprimés en pourcentage de leurs primes proches (cf. graphique 5).

Graphique 5 - Résultat net comptable en pourcentage des primes des OC contribuant au Fonds CMU (classés par classe en fonction de leur chiffre d'affaires total) – en 2010



Note de lecture : les différents organismes sont classés en trois classes selon **leur chiffre d'affaires total en 2010**, avec, en millions d'euros : C1 [inférieur à 50], C2 [de 50 à 500], C3 [supérieur à 500]. Parmi 375 mutuelles représentées sur ce graphique, 293 appartiennent à la 1^{er} classe, 74 à la deuxième et 8 à la troisième. Pour chaque classe 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 nets comptables en % des primes des organismes appartenant à la classe correspondante. Sur le graphique en haut à gauche, on constate ainsi que la barre verticale se réduit avec les classes, marquant le fait que la dispersion entre les mutuelles diminue avec leur taille. Quand le nombre d'organismes d'une classe est inférieur à 5, les résultats ne sont pas représentés. C'est le cas, en haut à droite, pour la première classe des sociétés d'assurance « mixte ».

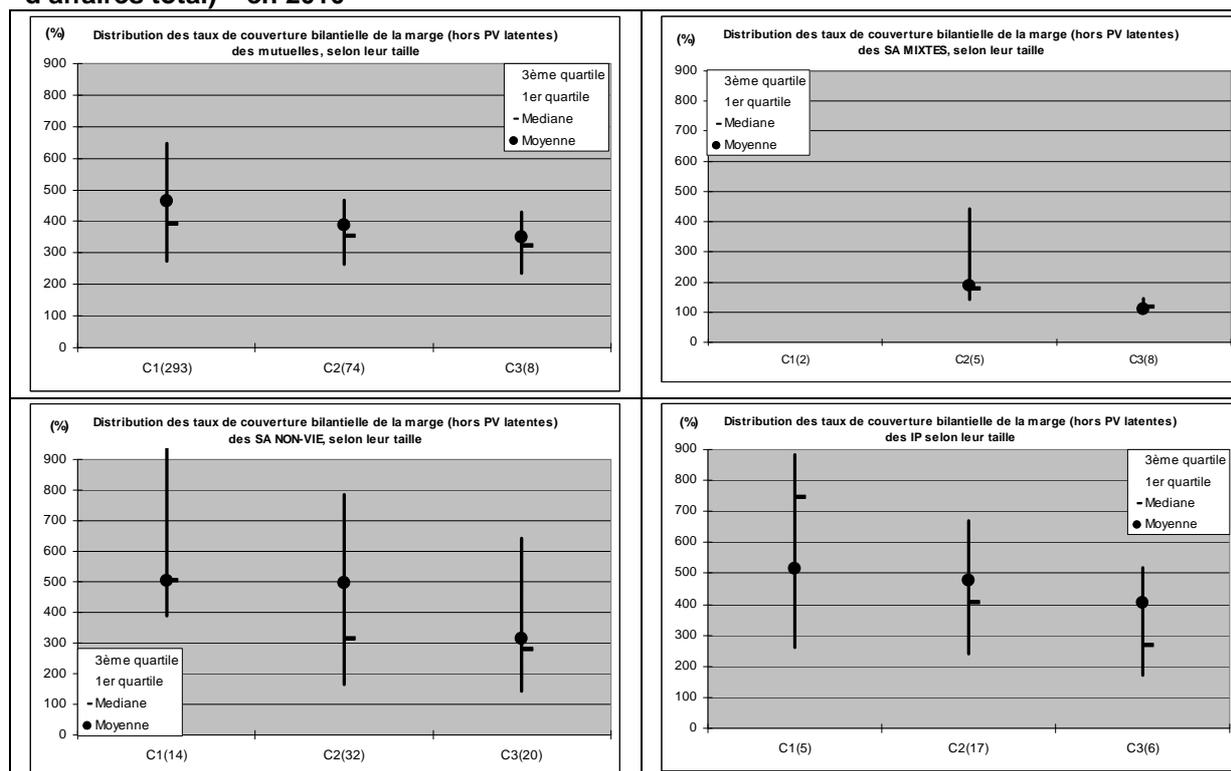
Sur le graphique en haut à gauche, on constate que le résultat net comptable en pourcentage des primes des mutuelles appartenant à la première classe (293 mutuelles) est égal en « **moyenne** » à 2,4 % (représenté par le point), la mutuelle « **médiane** » (représentée par un tiret) a un résultat net en pourcentage des primes égal à 3,2 % (146 mutuelles de la classe – soit la moitié ont ainsi un résultat net en pourcentage des primes inférieur à 3,2 % et 146 un résultat en pourcentage des primes supérieur), la mutuelle « **1^{er} quartile** » (représentée par le bas de la barre verticale) a un résultat net en pourcentage des primes égal à 0,2 % (seules 73 mutuelles appartenant à cette classe – soit 25 % – ont un résultat en pourcentage des primes inférieur), la mutuelle « **3^{ème} quartile** » (représentée par le haut de la barre verticale) a un résultat en pourcentage des primes égal à 6,9 % (seules 73 mutuelles appartenant à cette classe – soit 25 % – ont un résultat en pourcentage des primes supérieur). Quand la moyenne d'une classe est très nettement supérieure à sa médiane (ou inversement très inférieure) - exemple du graphique en bas à gauche 1^{ère} classe - on peut en conclure que les plus grosses sociétés de la classe correspondante ont en moyenne un résultat net comptable en pourcentage des primes supérieur (ou inversement inférieur) à la société « médiane » de la classe.

Source : ACP, calculs DREES.

On constate, en outre, que ce sont les mutuelles et les sociétés d'assurance dont le chiffre d'affaires global est le plus faible qui ont en moyenne le résultat net comptable exprimé en pourcentage de leurs primes le plus élevé. La situation est inverse en ce qui concerne les institutions de prévoyance. C'est pour ces organismes que l'on constate d'ailleurs la plus forte dispersion, notamment pour les plus petites d'entre elles.

Concernant le taux de couverture de la marge bilantielle (hors plus-values latentes), on trouve que, quel que soit le type d'organismes, celui-ci se réduit avec la taille (cf. graphique 6).

Graphique 6 - Taux de couverture bilantielle de la marge (sans prise en compte des plus-values latentes) des OC contribuant au Fonds CMU (classés par classe en fonction de leur chiffre d'affaires total) – en 2010



Note de lecture : les différents organismes sont classés en trois classes selon leur chiffre d'affaires total en 2010, avec, en millions d'euros : C1 [inférieur à 50], C2 [de 50 à 500], C3 [supérieur à 500]. Parmi 375 mutuelles représentées sur ce graphique, 293 appartiennent à la 1^{er} classe, 74 à la deuxième et 8 à la troisième. Pour chaque classe 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 taux de couverture bilantielle de la marge des organismes appartenant à la classe correspondante. Sur le graphique en haut à gauche, on constate que la barre verticale se réduit avec les classes, marquant le fait que la dispersion entre les mutuelles diminue avec leur taille. Quand le nombre d'organismes d'une strate est inférieur à 5, les résultats ne sont pas représentés. C'est le cas, en haut à droite, pour la première classe des sociétés d'assurance « mixte ».

Cf. en complément note de lecture du graphique 5.

Source : ACP, calculs DREES.

En 2010, un résultat en santé contrasté selon les organismes

Depuis l'année dernière, sur la base du nouvel état statistique « résultat technique en frais de soins », il est possible d'examiner la contribution de l'activité santé à la situation financière des organismes d'assurance contribuant au Fonds CMU. Il est ainsi possible de comparer, cette année, les résultats techniques « frais de soins » des années 2009 et 2010.

Cette comparaison montre que l'évolution des résultats est relativement contrastée : favorable pour les sociétés d'assurance et les mutuelles, défavorable pour les institutions de prévoyance.

L'examen plus détaillé des comptes montre que la situation des organismes n'est pas indépendante du poids des contrats collectifs dans l'ensemble des contrats qu'ils proposent. Les contrats collectifs tirent en effet les résultats à la baisse. Les résultats techniques en santé des contrats collectifs sont systématiquement inférieurs à ceux des contrats individuels. Dès lors le poids que ces contrats représentent dans l'activité des organismes constitue un élément explicatif de leurs différences de résultat. On constate toutefois que le poids des contrats collectifs dans l'ensemble des contrats proposés n'explique pas toutes les différences entre type d'organismes. Globalement, les charges de gestion (y compris frais d'acquisition et frais d'administration²⁰) en pourcentage des primes sont significativement différentes selon les organismes à type de contrat donné.

Les écarts constatés entre les différentes catégories d'organismes (sociétés d'assurance « mixte », sociétés d'assurance « non-vie », mutuelles et institutions de prévoyance) demeurent, en fait, lorsque l'on tient compte de la taille des organismes. Toutefois, pour faire une analyse plus détaillée au niveau individuel des facteurs explicatifs des écarts entre organismes, des informations complémentaires doivent pouvoir être mobilisées. Or celles-ci n'ont pas pu encore être intégralement exploitées cette année.

1. En 2010, des résultats « frais de soins » contrastés pour les organismes complémentaires contribuant au Fonds CMU

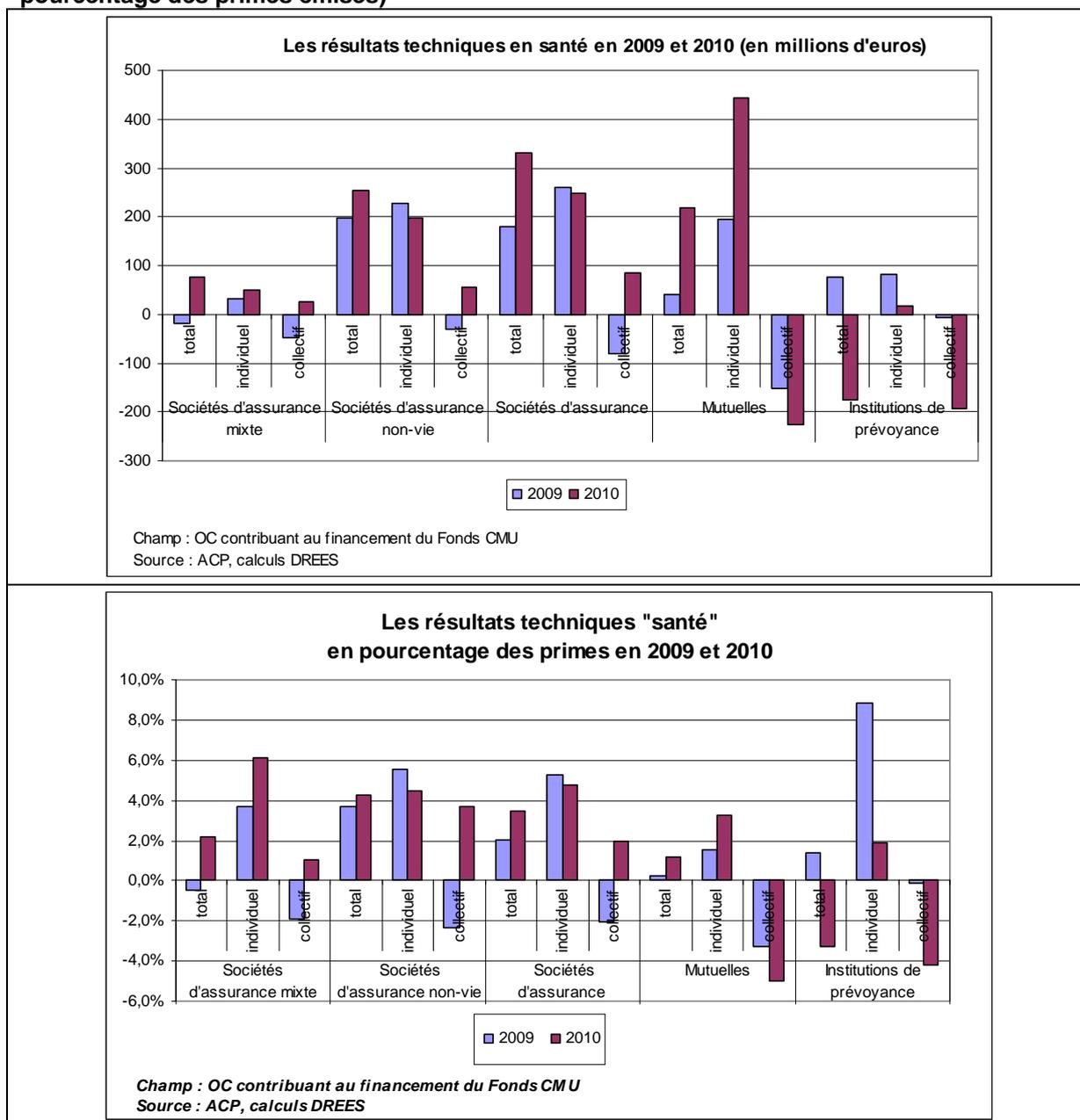
1.1. En moyenne, une légère augmentation du résultat « frais de soins » pour les sociétés d'assurance et les mutuelles

Concernant l'activité « frais de soins », on constate là aussi une amélioration des résultats techniques des sociétés d'assurance et des mutuelles, et *a contrario* une dégradation de la situation des institutions de prévoyance.

En pourcentage des primes, le résultat technique en frais de soins augmente, en effet, de 2,7 points pour les sociétés d'assurance « mixte » ; de 0,6 point pour les sociétés d'assurance « non-vie » et de 1 point pour les mutuelles ; il baisse en revanche de 4,7 points pour les institutions de prévoyance (cf. graphiques 7 et 7bis et tableau 11).

²⁰ Y compris, pour la plupart des organismes, la contribution au Fonds CMU (cf. page 40).

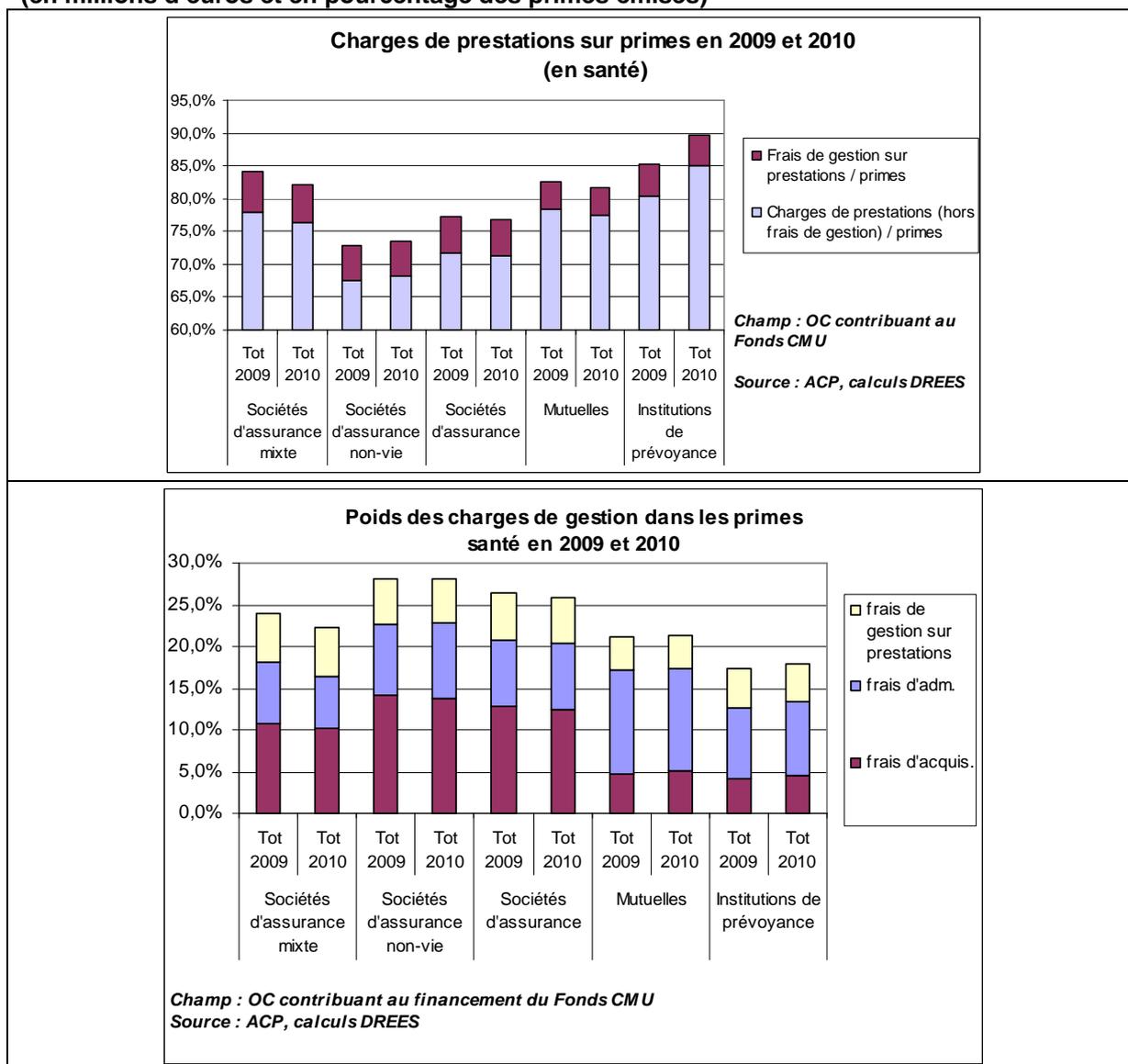
Graphiques 7 et 7bis - Résultat technique « santé » des organismes complémentaires contribuant au financement du Fonds CMU, entre 2009 et 2010 (en millions d'euros et en pourcentage des primes émises)



Cette évolution défavorable des institutions de prévoyance est directement imputable à la faible évolution de leurs primes (+0,4 %) comparativement à celle de leurs charges (6 %) ; comme on l'a précisé plus haut les institutions de prévoyance ont cherché à accompagner, à la suite de la crise économique, les entreprises qui leur sont affiliées.

Ainsi, comme on le voit sur le graphique ci-dessous le poids des charges dans les primes (des charges de prestations – hors frais de gestion sur prestations payées –) a fortement augmenté pour les institutions de prévoyance alors qu'il a baissé pour les sociétés d'assurance « mixte » et les mutuelles et a très légèrement augmenté pour les sociétés d'assurance « non-vie » (cf. graphiques 8 et 8bis et tableau 11). Les charges de prestations – hors frais de gestion sur prestations payées – s'élèvent en pourcentage des primes à 76,4 % en 2010 pour les sociétés d'assurance « mixte » (contre 78 % en 2009) ; à 68,3 % pour les sociétés d'assurance « non-vie » (contre 67,5 % en 2009) ; à 77,5 % pour les mutuelles (contre 78,4 % en 2009) ; et à 85,1 % pour institutions de prévoyance (contre 80,1 % en 2009).

Graphiques 8 et 8bis - Poids des charges dans les primes pour l'activité « santé » des organismes complémentaires contribuant au financement du Fonds CMU, entre 2009 et 2010 (en millions d'euros et en pourcentage des primes émises)



1.2. Des résultats en fait différenciés selon la nature du contrat -collectif et individuel-

L'examen plus détaillé des comptes (cf. graphiques 7 et 7bis et le tableau 11) montre, que d'une façon générale, les résultats des organismes sont tirés à la baisse par la gestion de leurs contrats collectifs. Cela est vrai à la fois pour les sociétés d'assurance, les mutuelles et les institutions de prévoyance.

En effet, les résultats techniques en santé des contrats collectifs sont systématiquement inférieurs à ceux des contrats individuels. Si la situation de ces contrats collectifs, tous déficitaires en 2009, s'est améliorée entre 2009 et 2010 pour les sociétés d'assurance²¹ – ces contrats devenant légèrement bénéficiaires en 2010 –, la situation de ces contrats s'est détériorée pour les mutuelles et les institutions de prévoyance²² – ces contrats restant ainsi très largement déficitaires en 2010 –.

Dès lors le poids que ces contrats représentent dans l'activité des organismes constitue un élément explicatif de leurs différences de résultat (cf. chapitre 1).

²¹ De +2,9 points par rapport aux primes entre 2010 et 2009 pour les sociétés d'assurance « mixte » et +6,1 points pour les sociétés d'assurance « non-vie »

²² De -,7 point entre 2010 et 2009 pour les mutuelles et -4,2 points pour les institutions de prévoyance.

Tableau 11 - Le compte de résultat technique « santé » en 2009 et 2010

Santé - Sociétés d'assurances mixte - Millions d'euros

	2009				2010				2010/2009 évolution Total
	Individuel	Collectif	Total	(% des primes)	Individuel	Collectif	Total	(% des primes)	
Primes acquises	869	2 598	3 468	100%	818	2 735	3 553	100%	2,5%
- dont primes émises	862	2 597	3 459	100%	818	2 736	3 554	100%	2,7%
Charges de prestations(-)	- 612	- 2 287	- 2 898	-84%	- 564	- 2 315	- 2 879	-81%	-0,7%
- dont sinistres payés	- 554	- 2 023	- 2 576	-74%	- 506	- 2 196	- 2 702	-76%	4,9%
- dont frais de gestion	- 63	- 145	- 208	-6%	- 56	- 152	- 208	-6%	0,1%
Participations aux excédents et intérêts techniques nets	- 0	- 16	- 16	0%	0	- 44	- 44	-1%	172,9%
Produits financiers	8	30	39	1%	8	40	49	1%	26,6%
Frais d'acquisition (-)	- 148	- 224	- 372	-11%	- 141	- 223	- 365	-10%	-1,9%
Frais d'administration et autres charges nettes (-)	- 81	- 172	- 253	-7%	- 68	- 153	- 221	-7%	-12,6%
Solde réassurance(-)	- 4	20	16	0%	- 3	13	16	0%	-202,8%
Résultat technique	32	- 49	- 17	-0,5%	50	27	77	2,2%	

Santé - Sociétés d'assurances non-vie - Millions d'euros

	2009				2010				2010/2009 évolution Total
	Individuel	Collectif	Total	(% des primes)	Individuel	Collectif	Total	(% des primes)	
Primes acquises	4 070	1 286	5 356	100%	4 388	1 528	5 916	100%	10,4%
- dont primes émises	4 109	1 292	5 401	101%	4 431	1 548	5 979	101%	10,7%
Charges de prestations(-)	- 2 841	- 1 055	- 3 896	-73%	- 3 102	- 1 238	- 4 340	-73%	11,4%
- dont sinistres payés	- 2 614	- 993	- 3 607	-67%	- 2 822	- 1 168	- 3 991	-67%	10,6%
- dont frais de gestion	- 229	- 63	- 292	-5%	- 251	- 63	- 315	-5%	7,8%
Participations aux excédents et intérêts techniques nets	- 4	- 6	- 10	0%	- 3	- 13	- 15	0%	54,2%
Produits financiers	34	12	46	1%	41	19	60	1%	30,7%
Frais d'acquisition (-)	- 636	- 119	- 755	-14%	- 670	- 140	- 810	-14%	7,3%
Frais d'administration et autres charges nettes (-)	- 355	- 101	- 458	-9%	- 430	- 106	- 536	-9%	16,9%
Solde réassurance(-)	- 42	- 46	- 88	-2%	- 27	- 6	- 21	0%	-76,0%
Résultat technique	227	- 30	197	3,7%	197	57	253	4,3%	

Santé - Sociétés d'assurances - Millions d'euros

	2009				2010				2010/2009 évolution Total
	Individuel	Collectif	Total	(% des primes)	Individuel	Collectif	Total	(% des primes)	
Primes acquises	4 940	3 884	8 824	100%	5 206	4 263	9 469	100%	7,3%
- dont primes émises	4 971	3 889	8 860	100%	5 249	4 284	9 533	101%	7,6%
Charges de prestations(-)	- 3 453	- 3 342	- 6 794	-77%	- 3 665	- 3 553	- 7 218	-78%	6,2%
- dont sinistres payés	- 3 168	- 3 016	- 6 184	-70%	- 3 328	- 3 365	- 6 693	-71%	8,2%
- dont frais de gestion	- 292	- 208	- 500	-6%	- 307	- 216	- 523	-6%	4,6%
Participations aux excédents et intérêts techniques nets	- 4	- 22	- 26	0%	- 3	- 57	- 59	-1%	127,2%
Produits financiers	42	42	85	1%	49	60	109	1%	28,8%
Frais d'acquisition (-)	- 784	- 343	- 1 127	-13%	- 811	- 364	- 1 175	-12%	4,3%
Frais d'administration et autres charges nettes (-)	- 437	- 273	- 711	-8%	- 499	- 259	- 757	-8%	6,4%
Solde réassurance(-)	- 46	- 26	- 72	-1%	- 30	- 7	- 37	0%	-47,9%
Résultat technique	259	- 80	180	2,0%	247	84	331	3,5%	

Santé - Institutions de prévoyance - Millions d'euros

	2009				2010				2010/2009 évolution Total
	Individuel	Collectif	Total	(% des primes)	Individuel	Collectif	Total	(% des primes)	
Primes acquises	919	4 465	5 383	100%	856	4 548	5 404	100%	0,4%
- dont primes émises	916	4 465	5 381	100%	857	4 548	5 404	100%	0,4%
Charges de prestations(-)	- 732	- 3 814	- 4 546	-84%	- 754	- 4 073	- 4 827	-89%	6,2%
- dont sinistres payés	- 700	- 3 586	- 4 287	-80%	- 695	- 3 755	- 4 450	-82%	3,8%
- dont frais de gestion	- 34	- 220	- 253	-5%	- 33	- 216	- 249	-5%	-1,6%
Participations aux excédents et intérêts techniques nets	- 3	- 38	- 40	-1%	0	- 22	- 22	0%	-45,7%
Produits financiers	5	32	37	1%	7	27	34	1%	-7,6%
Frais d'acquisition (-)	- 41	- 179	- 219	-4%	- 37	- 207	- 244	-5%	11,5%
Frais d'administration et autres charges nettes (-)	- 62	- 399	- 461	-9%	- 52	- 428	- 480	-9%	4,0%
Solde réassurance(-)	- 4	- 73	- 77	-1%	- 4	- 37	- 41	-1%	-47,2%
Résultat technique	82	- 5	76	1,4%	16	- 192	- 176	-3,3%	

Santé - Mutuelles - Millions d'euros

	2009				2010				2010/2009 évolution Total
	Individuel	Collectif	Total	(% des primes)	Individuel	Collectif	Total	(% des primes)	
Primes acquises	12 683	4 613	17 296	100%	13 711	4 500	18 211	100%	5,3%
- dont primes émises	12 693	4 614	17 306	100%	13 723	4 501	18 223	100%	5,3%
Charges de prestations(-)	- 10 259	- 3 998	- 14 257	-82%	- 10 872	- 3 967	- 14 839	-81%	4,1%
- dont sinistres payés	- 9 766	- 3 741	- 13 506	-78%	- 10 165	- 3 687	- 13 853	-76%	2,6%
- dont frais de gestion	- 513	- 192	- 705	-4%	- 558	- 192	- 750	-4%	6,4%
Participations aux excédents et intérêts techniques nets	- 13	- 10	- 23	0%	- 12	- 19	- 31	0%	32,8%
Produits financiers	54	17	71	0%	67	16	83	0%	17,1%
Frais d'acquisition (-)	- 592	- 236	- 828	-5%	- 704	- 219	- 923	-5%	11,6%
Frais d'administration et autres charges nettes (-)	- 1 608	- 520	- 2 128	-12%	- 1 688	- 534	- 2 221	-12%	4,4%
Solde réassurance(-)	- 72	- 18	- 89	-1%	- 63	- 4	- 67	0%	-24,8%
Résultat technique	194	- 152	42	0,2%	444	- 226	218	1,2%	

NB : 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.

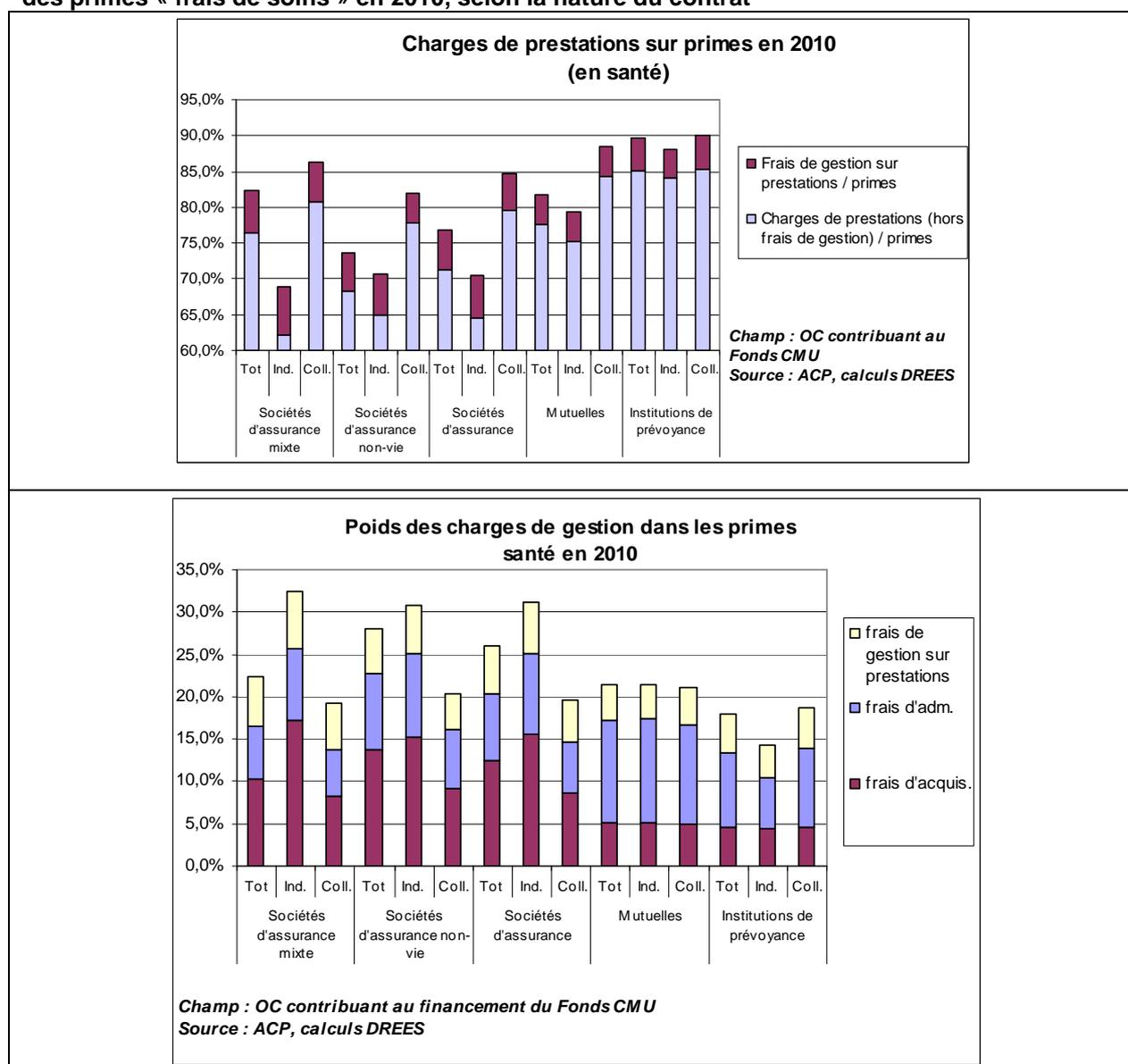
Champ : OC assurant une couverture santé et soumis à la contribution CMU

Source : données ACP, calcul DREES données redressées pour tenir compte pour les SA et les IP du taux de non réponse à l'état E4 et pour les mutuelles du taux de non réponse à l'état C1 et à l'état E4 (cf. annexes 2 et 3)

La dégradation du résultat technique en santé des institutions de prévoyance – qui proposent essentiellement des contrats collectifs – est, ainsi, en partie imputable à la gestion de ces contrats ; alors qu'à l'opposé le résultat technique en santé des mutuelles – qui proposent essentiellement des contrats individuels – n'est que faiblement touché par la dégradation de leur compte relatif aux contrats collectifs. Notons toutefois que cette situation défavorable des institutions de prévoyance en santé est compensée par une situation favorable au niveau de leurs autres activités, puisqu'au total le résultat net comptable des institutions de prévoyance est supérieur à celui des autres types d'organismes (cf. chapitre précédent).

Entre les contrats collectifs et les contrats individuels, il existe en fait des différences significatives de coûts relatifs pour les personnes souscripteurs. Quel que soit le type d'organismes assureurs, le ratio « charges de prestations / primes » des contrats collectifs est supérieur à celui des contrats individuels (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.

Graphique 9 et 9bis - Les charges de prestations et charges de gestion en pourcentage des primes « frais de soins » en 2010, selon la nature du contrat



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, à tarifs équivalents, sur le niveau des garanties proposées (cf. encadré 4).

À la fois les garanties offertes par les contrats collectifs les plus souscrits (dits contrats modaux) sont généralement plus élevées ; et leur coût relatif pour les personnes souscripteurs 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 7 € 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 2009 à 40 € en moyenne mensuelle par bénéficiaire.

Encadré 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 santé²³. 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 60 % de l'ensemble des contrats individuels et 27 % de l'ensemble des contrats collectifs en termes de personnes couvertes.

En France métropolitaine, 88,3 % de la population est couverte par une assurance maladie complémentaire privée, 5,6 % par la couverture maladie universelle complémentaire, et 6,1 % est sans couverture complémentaire²⁴. Parmi les personnes bénéficiant d'une couverture privée en 2009, 56 % sont couvertes par une mutuelle, 24 % par une société d'assurance et 20 % par une institution de prévoyance. 44 % des bénéficiaires d'une couverture complémentaire santé sont couverts par un contrat collectif et 56 % par un contrat individuel.

Les couvertures individuelles sont essentiellement assurées par les mutuelles (70 % des personnes couvertes) et les sociétés d'assurance (26 %), les institutions de prévoyance étant très peu présentes sur ce marché. Les contrats collectifs sont quant à eux plus proposés par des institutions de prévoyance (41 %) et des mutuelles (39 %) que par des sociétés d'assurance (20 %).

Le montant annuel moyen de cotisation santé s'élève en 2009 à 480 euros par personne couverte. À structure d'âge et niveau de garanties équivalents, les contrats collectifs coûtent aux assurés 82 euros de moins par personne que les contrats individuels. Le montant moyen de la prime payée par les personnes assurées en collectif peut en outre être diminué par la participation de l'employeur au financement de la prime et par la déduction des cotisations du salarié de son revenu imposable.

Tableau 12 - Le poids de chaque type d'organisme dans les contrats

	Contrats individuels	Contrats collectifs (y compris groupes ouverts)	Ensemble des contrats
Mutuelles	69,8	38,5	55,9
Institutions de prévoyance	3,9	41,4	20,5
Assurances	26,3	20,2	23,6
	100,0	100,0	100,0
<i>Poids des contrats</i>	<i>55,8</i>	<i>44,2</i>	<i>100,0</i>

Source: Enquête DREES 2009 sur les contrats modaux.

²³ Garnero M., 2011 « Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2009 », Études et Résultats, DREES, à paraître.

²⁴ Source : Enquête sur la santé et la protection sociale, ESPS 2008 de l'IRDES et calculs de la DREES.

On constate toutefois, graphique 9, que le poids des contrats collectifs dans l'ensemble des contrats proposés n'explique pas toutes les différences entre type d'organismes. Globalement, en effet, les charges de gestion (y compris frais d'acquisition et frais d'administration²⁵) dans les primes sont significativement différentes selon les organismes à type de contrat donné : elles s'élèvent à plus 28 % pour les sociétés d'assurance « non-vie » (30,8 % en contrats individuels et 20,3 % en contrats collectifs), contre 18 % seulement pour les institutions de prévoyance (14,3 % en individuels et 18,7 % en collectifs). Pour les sociétés d'assurance « mixte » et les mutuelles, les taux s'établissent respectivement à 22 % (32,5 % en contrats individuels et 19,3 % en contrats collectifs) et à 21,4 % (21,5 % en contrats individuels et 21 % en contrats collectifs).

Si, pour les seuls frais de gestion sur prestations payées, les écarts entre les types d'organismes apparaissent faibles, ils sont significatifs pour les frais d'acquisition. Leur poids apparaît relativement plus fort pour les sociétés d'assurance et plus particulièrement pour leurs contrats « individuels ».

1.3. Des écarts entre types d'organismes qui demeurent lorsque l'on tient compte de la taille de chaque organisme

Les résultats moyens présentés ci-dessus peuvent cacher là aussi de fortes disparités entre les organismes d'une même catégorie.

Au-delà des effets nature de contrat – contrats collectifs, contrats individuels – et type d'organismes (sociétés d'assurance, institutions de prévoyance et mutuelles), le facteur taille peut jouer un rôle important dans les écarts constatés.

Comme on l'a vu ci-dessus les organismes assurant une couverture santé et contribuant au Fonds CMU sont de taille très diverses et selon leur catégorie d'appartenance ont une activité « santé » plus ou moins importante. Même si le classement des organismes par l'importance de leur activité santé est modifié par rapport à celui réalisé en reprenant l'ensemble de leurs activités, on constate que, dans ce cas-là aussi, les mutuelles sont surreprésentées parmi les organismes ayant le chiffre d'affaires le plus faible. Sur les 368 mutuelles ayant répondu aux états C1 et C4 (hors mutuelles substituées), 133 réalisent moins de 5 millions de chiffre d'affaires en santé, alors que seules 19 sociétés d'assurance et une institution de prévoyance sont dans ce cas (cf. tableau 13).

Tableau 13 - Ventilation des organismes selon leur chiffre d'affaires « frais de soins » en 2010

(en euros)	Institutions de prévoyance	Mutuelles	Sociétés d'assurance mixtes	Sociétés d'assurance non-vie	ENSEMBLE
<5 millions	1	133 (51)	3	14	151 (51)
entre 5 et 25 millions	5	110 (9)	4	16	135 (9)
entre 25 et 100 millions	10	84 (3)	1	18	113 (3)
entre 100 et 250 millions	5	28	2	10	45
entre 250 millions et un milliard	6	11	4	5	26
> 1 milliard	1	2	1	1	5
TOTAL	28	368 (63)	15	64	475 (63)

Champ : organismes ayant répondu aux états prudentiels C1 et C4 (hors mutuelles substituées) cf. annexe 3

(*)entre parenthèses les mutuelles non substituées pour lesquelles on ne dispose pas des comptes, et que l'on intègre après redressement pour non réponse.

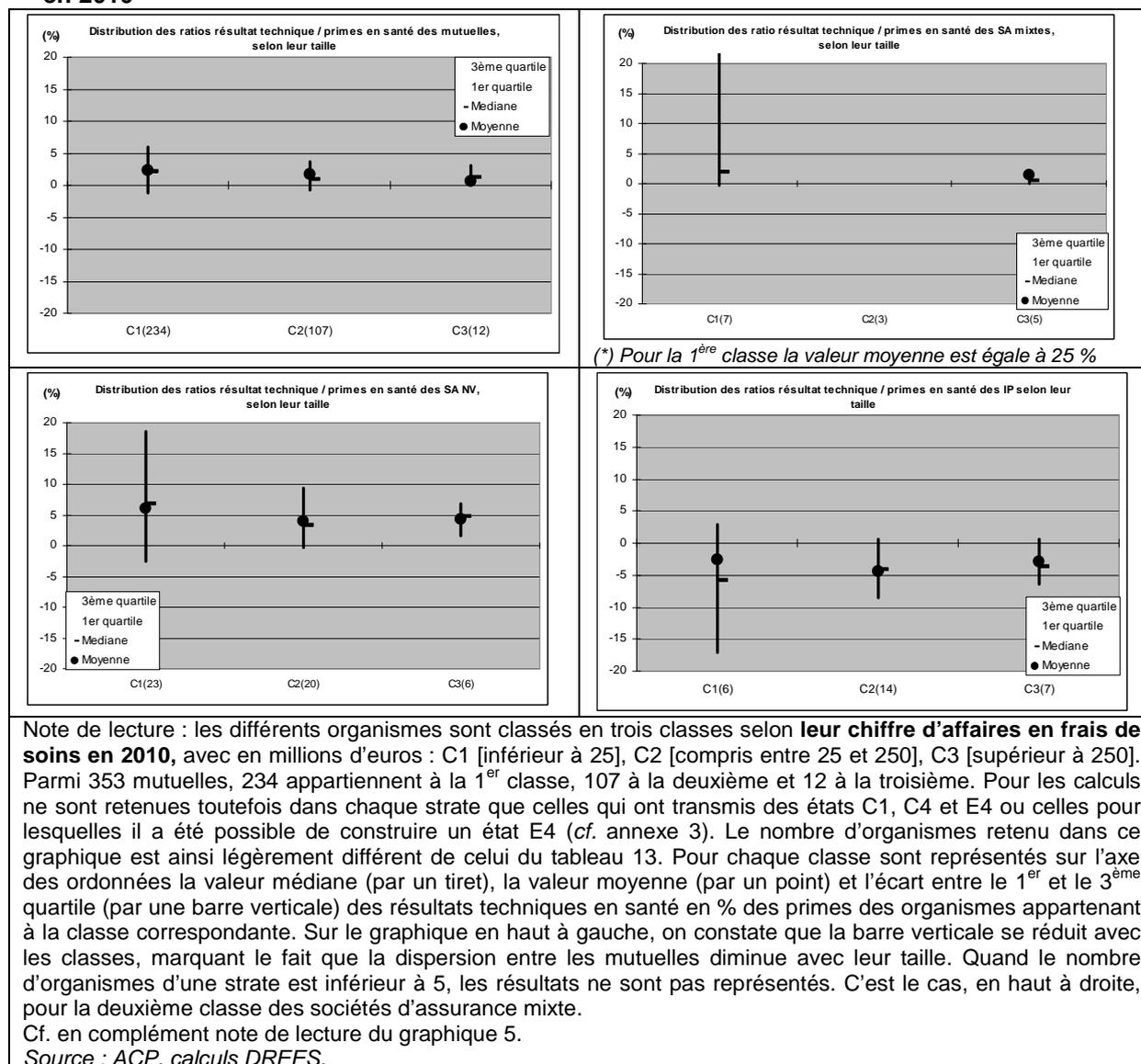
Comme pour le résultat net comptable, les écarts entre les organismes d'une même catégorie (mutuelles, sociétés d'assurance, institutions de prévoyance) se réduisent avec leur taille : plus leur chiffre d'affaires en « santé » est élevé, plus les organismes ont des résultats techniques en « santé » exprimés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

Les écarts entre type d'organismes demeurent cependant lorsque l'on tient compte de la taille des organismes : quelle que soit leur taille, les sociétés d'assurance « non-vie » dégagent des résultats en

²⁵ Y compris, pour la plupart des organismes, la contribution au Fonds CMU (cf. page 40).

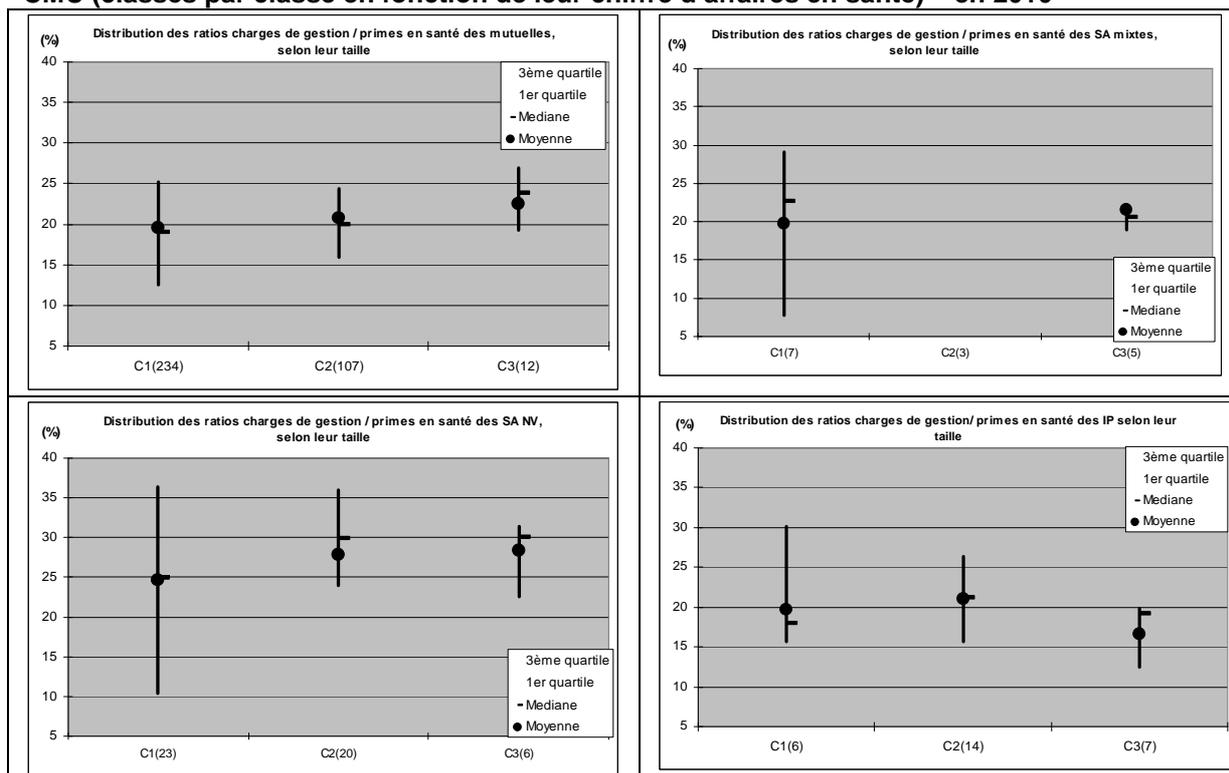
pourcentage de leurs primes supérieurs à ceux des mutuelles ; de même quelle que soit leur taille les institutions de prévoyance ont des résultats techniques en santé négatifs (cf. graphique 10).

Graphique 10 - Résultat technique « frais de soins » en pourcentage des primes des OC contribuant au Fonds CMU (classés par quintile en fonction de leur chiffre d'affaires en santé) – en 2010



On trouve un diagnostic similaire en ce qui concerne les charges de gestion. Les écarts entre les types d'organismes demeurent. Quelle que soit leur taille, les sociétés d'assurance « non-vie » ont des charges de gestion en pourcentage de leurs primes supérieures aux autres types d'organismes. On constate cependant que le plus faible poids des charges de gestion dans les primes des institutions de prévoyance est imputable aux plus grosses d'entre elles (cf. graphique 11).

Graphique 11 - Charges de gestion en pourcentage des primes des OC contribuant au Fonds CMU (classés par classe en fonction de leur chiffre d'affaires en santé) – en 2010



Note de lecture : les différents organismes sont classés en trois classes selon leur chiffre d'affaires en santé en 2010, avec, en millions d'euros : C1 [inférieur 25], C2 [compris entre 25 et 250], C3 [supérieur à 250]. Parmi 353 mutuelles représentées sur ce graphique, 234 appartiennent à la 1^{er} classe, 107 à la deuxième et 12 à la troisième. Pour les calculs ne sont retenues toutefois dans chaque strate que celles qui ont transmis des états C1, C4 et E4 ou celles pour lesquelles il a été possible de construire un état E4 (cf. annexe 3). Le nombre d'organismes retenu dans ce graphique est ainsi légèrement différent de celui du tableau 13. Pour chaque classe 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 nets comptables en % des primes des organismes appartenant à la classe correspondante. Sur le graphique en haut à gauche, on constate que la barre verticale se réduit avec les classes, marquant le fait que la dispersion entre les mutuelles diminue avec leur taille. Quand le nombre d'organismes d'une classe est inférieur à 5, les résultats ne sont pas représentés. C'est le cas, en haut à droite, pour la deuxième classe des sociétés d'assurance mixte.

Cf. en complément note de lecture du graphique 5.

Source : ACP, calculs DREES.

2. Des axes d'analyse qui restent à développer

Afin de compléter l'analyse, un état statistique E5 avait été introduit l'année dernière dans le dossier que les organismes complémentaires doivent transmettre annuellement à l'ACP. Cet état statistique avait pour objet de recueillir des données relatives à la gestion déléguée aux organismes complémentaires « d'un régime obligatoire santé » et à la gestion de la CMU-C. Une question complémentaire a été ajoutée cette année relative à la taxe sur les conventions d'assurance (cf. tableau 14 et décret du 27 avril 2011²⁶).

Il s'agit d'évaluer, avec les données contenues dans cet état, quel impact ont ces dispositifs sur les comptes des différents organismes assureurs, et indirectement sur le montant des primes acquittées par les assurés.

²⁶ Décret n°2011-467 du 27 avril 2011 relatif aux états statistiques des entreprises d'assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance en matière de protection sociale complémentaire.

Tableau 14 - État E 5 « Compléments CMU, taxe sur les conventions d'assurance et gestion d'un régime obligatoire santé »

	Numéro du poste du Plan comptable (*)	Montant (en milliers d'euros)
Gestion d'un Régime obligatoire de base		
Produits de gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie		
Charges de gestion d'un régime obligatoire d'assurance maladie		
CMU		
Participation légale reçue et à recevoir au titre de la CMU		
Participation légale reçue et à recevoir au titre de l'ACS		
Prestations santé versées et à verser aux bénéficiaires de la CMU		
Contribution versée au Fonds CMU (taxe à partir de janvier 2011)		
Taxe sur les conventions d'assurance		
Montant de la taxe		

(*) Numéro du poste du plan comptable dans lequel l'opération est enregistrée (postes de classe 4, 6 ou 7 selon le cas)

Cet état statistique n'avait pas pu être exploité l'année dernière dans la mesure où il avait été très peu renseigné. Cette année encore le nombre d'organismes ayant répondu à cet état E5 est relativement faible. L'état E5²⁷ n'a été renseigné que par 244 mutuelles (sur les 384 ayant transmis des comptes) ; 25 institutions de prévoyance (sur les 29 ayant transmis des comptes) et 53 sociétés d'assurance (sur les 82 ayant transmis des comptes). Pour ceux qui l'ont renseigné, les réponses ont en outre été partielles.

2.1. Concernant la gestion d'un régime obligatoire santé

Cette question a été renseignée par 51 mutuelles. Aucune société d'assurance n'a renseigné les lignes correspondantes, la gestion des régimes obligatoires santé passant pour les sociétés d'assurance par la réunion des assureurs maladie et le GAMEX.

Les informations transmises par la CNAMTS et le RSI montrent que le champ des organismes concernés est loin d'être complet (cf. tableau 15) :

- sur les 40 mutuelles conventionnées avec la CNAMTS pour la gestion du régime obligatoire, seules 20 d'entre elles ont renseigné l'état E5. Sur un champ d'analyse comparable le montant des remises de gestion déclaré s'est élevé à 206 millions d'euros à comparer aux 375 millions d'euros versés par la CNAMTS ;
- sur les 38 organismes conventionnés avec le RSI (le réseau des assureurs maladie qui regroupe 25 sociétés d'assurance et 37 mutuelles), seules 25 mutuelles ont renseigné l'état E5. Ainsi alors que le montant des remises de gestion déclaré dans l'état E5 par les mutuelles s'élève à 62 millions d'euros, le montant des remises de gestion versées par le RSI s'est élevé pour la même année à 88 millions d'euros. Notons que le RSI verse par ailleurs à la réunion des assureurs maladie 109 millions de remises de gestion²⁸.

Il n'est dès lors pas possible d'analyser précisément l'impact du coût de la délégation de gestion du régime obligatoire, tant pour les organismes complémentaires, que pour les régimes obligatoires.

²⁷ Et plus précisément la question relative à la contribution versée au Fonds CMU.

²⁸ Concernant la gestion des régimes obligatoires santé, on peut en outre noter que la MSA verse elle aussi des remises de gestion pour 13 millions d'euros au GAMEX.

Tableau 15 - Comparaison entre le nombre d'organismes ayant renseigné l'état E5 et ceux ayant conventionné avec la CNAMTS, le RSI et la MSA

Mutuelles conventionnées avec la CNAMTS

		EFFECTIFS
Ensemble des mutuelles conventionnées avec la CNAMTS (1)	Conventionnées avec la CNAMTS pour la gestion du RO	40
	dont: Comptes 2010 reçus	35
	dont: remises de gestion renseignées dans l'état E5	20
	dont: hors MFPS (2)	17
		MONTANTS en milliers d'euros
Ayant renseigné l'état E5 (3)		
. Remises de gestion état E5		206 270
. Remises de gestion versées par la CNAMTS		206 512
TOTAL des remises de gestion versées par la CNAMTS		374 853

(1) Parmi les mutuelles conventionnées avec la CNAMTS, 9 sont des mutuelles étudiantes, 17 sont des mutuelles de fonctionnaires conventionnées par la CNAMTS au niveau national et 14 sont des mutuelles conventionnées par la CNAMTS au niveau local.

(2) identification nécessaire car nous ne disposons des chiffres CNAMTS que pour l'ensemble des 9 mutuelles regroupées au sein de la MFPS.

(3) hors mutuelles regroupées dans MFPS

Organismes conventionnés avec le RSI

MUTUELLES (1)	Conventionnées avec le RSI pour la gestion du RO	37
	dont: comptes 2010 reçus	34
	dont: remises de gestion renseignées dans l'état E5	25
		MONTANTS en milliers d'euros
Ayant renseigné l'état E5		
. Remises de gestion état E5		61 940
TOTAL des remises de gestion versées par le RSI		196 486
. Dont Réunion des assureurs maladie		108 952
. Dont Mutuelles		87 534

(1) Organe national AROCMUT

(2) Réunion des assureurs maladie - Organe national ROCA

Sociétés d'assurance conventionnées avec la MSA

		MONTANTS en milliers d'euros
GAMEX	TOTAL des remises de gestion versées par la MSA (1)	12 918

(1) remises de gestion auxquelles il faut ajouter : 32 milliers d'euros de ristournes sur prestations FSI, IJ paternité et 1 500 milliers d'euros au titre de la CSG (arrêté du 7/12/2010)

2.2. Concernant la CMU-C

Le constat est identique concernant la CMU-C. Le montant de la contribution versée au Fonds CMU n'a été, en effet, renseigné que par 244 mutuelles sur les 384, par 53 sociétés d'assurance sur les 82 et par 25 institutions de prévoyance sur les 29 (cf. tableau 16).

Tableau 16 - Montants ACS, CMUC et contributions au Fonds CMU (en milliers d'euros)

		Contribution versée au fonds CMU (1)	Participation légale reçue et à recevoir au titre de la CMU (1)	Prestations santé versées et à verser aux bénéficiaires de la CMU	Participation légale reçue et à recevoir au titre de l'ACS (1)
Mutuelles	Répondants à l'état E5 (nb d'organismes)	244	163	163	135
	Non répondants à l'état E5 (nb d'organismes)	140	221	221	249
	Comptabilisés par le fonds CMU (nb d'organismes)	384	237	237	325
	Non comptabilisés par le fonds CMU (nb d'organismes)	0	147	147	59
	Pour les répondants à l'état E5				
	écart <10% sur les montants par rapport à ceux du Fonds CMU	208	140		110
	écart >10% sur les montants par rapport à ceux du Fonds CMU	36	23		25
	Pour les répondants à l'état E5				
	Montant déclaré dans l'état E5 (en milliers d'euros)	801 852	156 091	159 082	56 434
	Montant comptabilisé par le Fonds CMU (en milliers d'euros)	804 254	157 847		57 142
Montant total comptabilisé par le Fonds CMU (en milliers d'euros)	992 705	170 563		83 069	
Sociétés d'Assurance	Répondants à l'état E5 (nb d'organismes)	53	15	15	28
	Non répondants à l'état E5 (nb d'organismes)	29	67	67	54
	Comptabilisés par le fonds CMU (nb d'organismes)	82	29	29	65
	Non comptabilisés par le fonds CMU (nb d'organismes)	0	53	53	17
	Pour les répondants à l'état E5				
	écart <10% sur les montants par rapport à ceux du Fonds CMU	41	13		16
	écart >10% sur les montants par rapport à ceux du Fonds CMU	12	2		12
	Pour les répondants à l'état E5				
	Montant déclaré dans l'état E5 (en milliers d'euros)	380 522	40 337	40 628	22 317
	Montant comptabilisé par le Fonds CMU (en milliers d'euros)	389 815	40 706		22 881
Montant total comptabilisé par le Fonds CMU (en milliers d'euros)	499 581	52 324		31 867	
Institutions de prévoyance	Répondants à l'état E5 (nb d'organismes)	25	5	5	6
	Non répondants à l'état E5 (nb d'organismes)	4	24	24	23
	Comptabilisés par le fonds CMU (nb d'organismes)	29	14	14	22
	Non comptabilisés par le fonds CMU (nb d'organismes)	0	15	15	7
	Pour les répondants à l'état E5				
	écart <10% sur les montants par rapport à ceux du Fonds CMU	15	3		6
	écart >10% sur les montants par rapport à ceux du Fonds CMU	10	2		0
	Pour les répondants à l'état E5				
	Montant déclaré dans l'état E5 (en milliers d'euros)	267 505	4 712	4 432	2 371
	Montant comptabilisé par le Fonds CMU (en milliers d'euros)	274 123	4 743		2 372
Montant total comptabilisé par le Fonds CMU (en milliers d'euros)	310 657	5 553		4 146	

(1) Les montants totaux déclarés au fonds CMU sont restreints au champ de l'étude, c'est-à-dire aux organismes ayant transmis leurs comptes à l'ACP (hors mutuelles substituées). Ils ne sont pas corrigés de la non-réponse.

Sur le champ de l'étude²⁹ et sur la base des règles d'enregistrement du Fonds CMU³⁰ (différentes des règles d'enregistrement comptable, ce qui peut expliquer les écarts constatés entre les montants déclarés dans l'état E5 et ceux du Fonds CMU), le taux de couverture des données collectées dans l'état E5³¹ s'élève ainsi à :

- 81 % pour les mutuelles, 78 % pour les sociétés d'assurance et 88 % pour les institutions de prévoyance en ce qui concerne le montant de la contribution au Fonds CMU ;
- à 93 % pour les mutuelles, 78 % pour les sociétés d'assurance et 85 % pour les institutions de prévoyance en ce qui concerne la participation légale reçue et à recevoir au titre de la CMU-C (sur le champ commun : réponse aux deux questions « participation légale » et « prestations versées ») ;
- et enfin à 69 % pour les mutuelles, 72 % pour les sociétés d'assurance et 57 % pour les institutions de prévoyance en ce qui concerne la participation légale reçue et à recevoir au titre de l'ACS.

Même si l'analyse individuelle de l'impact du dispositif CMU-C sur les comptes des organismes ne peut pas être menée à ce stade du fait de l'incomplétude du champ, les premiers résultats que l'on

²⁹ Champ restreint aux organismes ayant transmis leurs comptes à l'ACP hors mutuelles substituées.

³⁰ « Pour le paiement de la taxe au Fonds CMU la notion d'exercice comptable n'existe pas. Ainsi un organisme complémentaire déclarant son assiette de contribution selon les cotisations recouvrées fera apparaître une cotisation 2009 recouvrée en 2010 sur sa déclaration du 1^{er} trimestre 2010 (alors que cette cotisation figurera dans ses comptes de 2009) » cf. rapport d'activité du Fonds CMU, page 38.

³¹ Le taux de couverture est égal au rapport des montants Fonds CMU pour les répondants à l'état E5 aux montants totaux comptabilisés par le Fonds CMU.

peut tirer de l'exploitation des réponses à cet état E5 sont cohérents avec ceux publiés par le Fonds CMU : les prestations versées aux CMUistes sur le champ des organismes répondant sont supérieures de 1 % à la participation légale reçue (2 % pour les mutuelles, 1 % pour les sociétés d'assurance et -6 % pour les institutions de prévoyance). Dans le rapport du Fonds CMU (p36 – rapport d'activité 2010) le montant moyen de prestations versées aux CMUistes par les organismes complémentaires est estimé, sur la base d'un échantillon d'organismes, à 388 euros par bénéficiaire, soit un montant supérieur à la participation forfaitaire versée.

2.3. Concernant la taxe sur les conventions d'assurance

Cette question avait été ajoutée cette année à l'état E5 de façon à avoir un point de référence antérieur à la décision prise de taxer les contrats responsables au taux de 3,5 %.

Pour faire l'analyse nous envisagions de croiser la réponse donnée à l'état E5 sur le montant de la taxe avec celles relatives aux contrats responsables des nouveaux états E1 « personnes assurées, couvertes et bénéficiaires par type de garanties » et E2 « Primes et prestations par type de garanties ».

Dans ces deux états, relatifs aux garanties « assurantielles » offertes par les organismes complémentaires sur le champ des risques sociaux : risque santé (maladie, invalidité-accidents du travail), vieillesse-survie (retraite, préretraite, décès et dépendance) et emploi (chômage), il est demandé de distinguer au sein de la garantie « frais de soins » celle qui correspond à des contrats responsables (cf. tableau 17).

Tableau 17 - Extrait des états E1 et E2

Etat E1 : Personnes assurées, couvertes et bénéficiaires par type de garanties (affaires directes), effectifs au 31 décembre

Ensemble des garanties relatives à la couverture de risques sociaux		Affaires directes en France						
		Individuelles (1)			Collectives (1)			
Effectifs au 31 décembre (sauf pour les bénéficiaires)		nombre de personnes assurées (2)	nombre de personnes couvertes (2)	nombre de bénéficiaires servis au moins une fois au cours de l'année	nombre d'organismes souscripteurs	nombre de personnes assurées (2)	nombre de personnes couvertes (2)	nombre de bénéficiaires servis au moins une fois au cours de l'année
00	Champ couvert - en pourcentage des primes nettes émises totales (3)							
01	Frais de soins (4)							
01-1	Garanties "frais de soins" - dont garanties frais de soins des contrats responsables							

...

Etat E2 : Primes et prestations par type de garanties (affaires directes)

Ensemble des garanties relatives à la couverture de risques sociaux (1)		Affaires directes en France											
		Individuelles (1)				Collectives (1)							
		Catégorie comptable d'enregistrement (2)		Primes nettes émises (3)		Prestations payées (4)		Catégorie comptable d'enregistrement (2)		Primes nettes émises (3)		Prestations payées (4)	
		non données en substitution	données en substitution (5)	non données en substitution	données en substitution (5)	non données en substitution	données en substitution (5)	non données en substitution	données en substitution (5)	non données en substitution	données en substitution (5)	non données en substitution	données en substitution (5)
01	Frais de soins												
01-1	Garanties frais de soins - dont garanties frais de soins des contrats responsables												

Les réponses recueillies sont difficilement exploitables. En effet, le rapprochement des réponses aux états E1, E2 et E5 montre que certains organismes ont en fait renseigné, non le montant de la taxe sur les conventions d'assurance rattachée à des contrats santé, mais le montant total de la taxe qu'ils versent : 9 mutuelles (sur les 68 ayant renseigné la case « taxe sur les conventions d'assurance »), 1 société d'assurance (sur les 17) et 2 institutions de prévoyance (sur les 7) ont déclaré un montant pour la taxe sur les conventions d'assurance alors que dans les états E1 et E2, ils déclarent que tous leurs contrats sont responsables. De même pour certains organismes où *a priori* il n'y a pas d'incohérence (ils ont déclaré des contrats non responsables), les montants affichés sont bien trop élevés pour correspondre à la taxe sur les seuls contrats « santé » (cf. tableau 18).

La faiblesse des taux de réponse aux états E1 et E2 (cf. annexe 3) ne permet pas en outre de se prononcer pour 20 mutuelles, 11 sociétés d'assurance et 4 institutions de prévoyance, ni d'évaluer quel est véritablement le taux de non réponse à cette question. Les lignes « dont contrats responsables » des états E1 et E2 n'ont été renseignés que par 184 et 172 mutuelles (sur les 384 mutuelles non substituées disponibles pour l'analyse), par 14 et 10 institutions de prévoyance (sur les

29 disponibles pour l'analyse), et par 16 et 17 sociétés d'assurance (sur les 82 disponibles pour l'analyse).

Tableau 18 - Nombre d'organismes ayant répondu à l'état E5 « taxe sur les conventions d'assurance » et correspondance avec les réponses aux états E1, E2 sur les contrats responsables

en nombre d'organismes	Mutuelles	Sociétés d'assurance	Institutions de Prévoyance
Montant de la taxe sur les conventions d'assurance renseigné dans l'état E5	68	17	7
dont:			
Présence de contrats non-responsables dans les états E1-E2	39	5	1
Absence de contrats non-responsables dans les états E1-E2	9	1	2
Information non disponible dans les états E1-E2	20	11	4

2.4. Conclusion

Les premiers résultats sur les comptes « santé » des organismes complémentaires présentés dans le rapport de 2010 ont été complétés cette année. Une analyse plus précise des données individuelles intégrant les différents facteurs explicatifs des écarts – type d'organisme, taille de l'organisme, poids de son activité santé, poids des contrats collectifs, conventionnement pour la gestion d'un régime obligatoire et solde financier de cette gestion, solde financier de la prise en charge des CMUistes, part des contrats responsables... – n'a toutefois pas pu être menée. Un meilleur remplissage des différents états statistiques E5, E1 et E2 est nécessaire.

Il est cependant intéressant de noter, même s'il n'a pas été possible d'en exploiter le résultat, du fait de l'incomplétude du renseignement, que les organismes n'enregistrent pas de la même façon dans leurs comptes ces différentes opérations (cf. tableau 19).

Tableau 19 - Numéro des postes du plan comptable sur lesquels sont reportées les différentes opérations

NUMERO DE POSTE COMPTABLE					
		Participation légale reçue et à recevoir au titre de la CMU	Participation légale reçue et à recevoir au titre de l'ACS	Contribution versée au fonds CMU	Montant de la taxe sur les conventions d'assurance
Mutuelles (sur les 384 ayant transmis des comptes)	Répondants (montant renseigné)	163	135	244	68
	<i>Dont : Classe 4</i>	3	54	6	35
	<i>Classe 6</i>		1	152	14
	<i>Classe 7</i>	134	52	3	3
	<i>Classe 9</i>			38	4
	<i>Classe non renseignée</i>	26	28	45	12
Sociétés d'Assurance (sur les 82 ayant transmis des comptes)	Répondants (montant renseigné)	15	28	53	17
	<i>Dont : Classe 4</i>	1	8	5	11
	<i>Classe 6</i>	1	1	32	1
	<i>Classe 7</i>	11	7		
	<i>Classe 9</i>	1	3	11	1
	<i>Classe non renseignée</i>	1	9	5	4
Institutions de prévoyance (sur les 29 ayant transmis des comptes)	Répondants (montant renseigné)	5	6	25	7
	<i>Dont : Classe 4</i>		2	2	5
	<i>Classe 6</i>	1	1	18	1
	<i>Classe 7</i>	4	1		1
	<i>Classe 9</i>			2	
	<i>Classe non renseignée</i>		2	3	

Annexes

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

Le champ de l'analyse

Afin de répondre à la demande formulée par le Parlement, le champ de l'analyse est limité dans ce rapport aux organismes contrôlés par l'autorité de contrôle prudentiel (ACP) et contribuant au financement du Fonds CMU. Le nombre de ceux pour lesquels des données étaient disponibles s'est élevé en 2010 à 495 : 82 sociétés d'assurance, 29 institutions de prévoyance et 384 mutuelles (hors mutuelles substituées).

1. Un champ d'analyse limité aux seuls organismes contrôlés par l'ACP et contribuant au financement du Fonds CMU

Ce champ diffère en fait de celui des organismes contrôlés par l'ACP (assurant une couverture santé) et de celui du Fonds CMU (contribuant au financement du Fonds CMU).

Parmi les 1 129 organismes d'assurance contrôlés par l'ACP (cf. tableau 1 du chapitre 1), celle-ci en dénombrait en effet au 31-12-2010, sur la base des états comptables qui lui sont ou doivent lui être envoyés, 711 organismes assurant une couverture santé : 106 sociétés d'assurance, 29 institutions de prévoyance et 576 mutuelles³².

De son côté le Fonds CMU comptabilisait à la même date en « assurance complémentaire santé » 92 sociétés d'assurance et 560 mutuelles ; le nombre d'institutions de prévoyance étant quant à lui identique à celui établi par l'ACP (cf. tableau 1).

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 des sociétés d'assurance non-vie assurant une surcomplémentaire santé associée à leur activité « automobile³³ »), l'assiette de la contribution au Fonds CMU ne portant que sur la seule activité complémentaire santé ; 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.

³² Le nombre de mutuelles assurant une couverture santé et enregistrées à l'ACP est évalué à partir des sources disponibles.

³³ Correspondant notamment aux contrats « individuelle accident » des conducteurs.

Tableau 1 - 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 31/12/2008	au 31/12/2009	au 31/12/2010
Sociétés d'assurance (ACP)	109	106	106
- non comptabilisées au Fonds CMU	29	27	20
+ non comptabilisées à l'ACP	11	12	6
Sociétés d'assurance (FondsCMU)	91	91	92
IP (ACP)	35	33	29
+ non comptabilisées à l'ACP	0	0	0
IP (FondsCMU)	35	33	29
Mutuelles livre II - pratiquant des opérations d'assurance (ACP) (*)	758	665	576
<i>dont mutuelles substituées (1)</i>	214	164	142
<i>dont mutuelles non substituées</i>	544	501	434
- non comptabilisées au Fonds CMU	57	47	21
<i>dont mutuelles substituées (1)</i>	17	10	7
<i>dont mutuelles non substituées</i>	40	37	14
+ non comptabilisées à l'ACP (plus en activité au 1er janvier de l'année suivante)	29	0	5
Mutuelles livre II - pratiquant des opérations d'assurance (FondsCMU)	730	618	560
Total des organismes contrôlés par l'ACP	902	804	711

(*) Effectifs calculés à partir des sources disponibles

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

Source : ACP et FondsCMU

Notons que 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.

2. Un champ corrigé pour tenir compte de la non réponse

Pour réaliser l'analyse, les données transmises par les organismes à l'ACP ont dû être, comme les autres années, 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 2011. C'est notamment le cas pour quelques sociétés d'assurance³⁴ 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 substituante ;
- 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.

³⁴ Cela concerne quatre sociétés dont le poids ne représente même pas 0,1% de l'assiette du Fonds CMU des sociétés d'assurance (0,04% précisément).

Ces corrections ont été moins importantes que les années précédentes :

- les données transmises par les organismes ont nécessité moins de redressements, l'introduction par l'ACP de tests de cohérence, au niveau des cadres de saisie des données, a fortement amélioré la qualité des données des mutuelles ;
- le nombre d'organismes ayant transmis leurs états comptables et prudentiels a été encore supérieur à celui de l'année dernière. Toutefois la remontée des données a été longue et a nécessité de nombreuses relances de l'ACP.

Pour l'année 2010, les comptes des mutuelles disponibles pour l'analyse représentent ainsi 97,1 % de l'assiette du Fonds CMU alors qu'ils n'en représentaient l'année dernière pour l'année 2009 que 94,8 %, et pour l'année 2008 au moment de l'élaboration du rapport que 88,6 % (cf. tableau 2). Le nombre d'organismes ayant transmis l'état statistique E4 relatif au compte de résultat « frais de soins » (état statistique demandé pour la première fois pour l'année 2009), bien que plus faible, est lui aussi important : en termes d'assiette, cet état statistique 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 ;

- l'état E5 « Compléments CMU, taxe sur les conventions d'assurance et gestion d'un régime obligatoire santé » ainsi que les deux nouveaux états E1 « Personnes assurées, couvertes et bénéficiaires par type de garanties » et E2 « Primes et prestations par type de garanties » ont été en revanche moins bien renseignés que l'état E4 (cf. annexe 3).

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

Tableau 2 - 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 31/12/2008		au 31/12/2009		au 31/12/2010	
	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	109		106		106	
Contribuant au financement du Fonds CMU	80	(99,7%)	79	(99,7%)	86	(99,9%)
dont : Comptes disponibles pour l'analyse (2)	80	(99,7%)	74	(99,6%)	82	(99,9%)
Dont Sociétés d'assurance mixte (ACP)	20		18		19	
Contribuant au financement du Fonds CMU	17	(37,2%)	16	(37,5%)	15	(36,2%)
dont : Comptes disponibles pour l'analyse (2)	17	(37,2%)	13	(37,4%)	15	(36,2%)
Dont Sociétés d'assurance non-vie (ACP)	89		88		87	
Contribuant au financement du Fonds CMU	63	(62,4%)	63	(62,2%)	71	(63,8%)
dont : Comptes disponibles pour l'analyse (2)	63	(62,4%)	61	(62,2%)	67	(63,7%)
IP (ACP)	35	(100,0%)	33	(100,0%)	29	(100,0%)
Comptes disponibles pour l'analyse (2)	35	(100,0%)	33	(100,0%)	29	(100,0%)
Mutuelles livre II - pratiquant des opérations d'assurance (ACP) (*)	758		665		576	
Contribuant au financement du Fonds CMU	701		618		555	
Contribuant au financement du Fonds CMU après retraitement (3)	649	(98,7%)	584	(100,0%)	519	(100,0%)
dont mutuelles non substituées	515	(96,0%)	475	(97,6%)	431	(97,6%)
dont : Comptes disponibles pour l'analyse (2)	523	(96,3%)	421	(94,8%)	405	(97,1%)
dont : mutuelles non substituées	477	(95,5%)	395	(94,1%)	384	(96,6%)
Total des organismes contrôlés par l'ACP	902		804		711	

(*) Effectifs calculés à partir des sources disponibles

(1) assiette de cotisations au FondsCMU

(2) organismes pour lesquels les données étaient disponibles au 15 septembre 2011

(3) après identification des liens de substitutions entre "substituantes" et "substituées" et mise en correspondance entre fichier Fonds CMU et fichier ACP, sur la base des informations disponibles.

NB : au moment de la rédaction du rapport en 2009, le nombre de mutuelles disponibles pour l'analyse de l'année 2008 était plus faible (les mutuelles disponibles pour l'analyse représentaient alors 88,6% de l'assiette du Fonds CMU)

Source : ACP et Fonds CMU

3. Des assiettes qui restent différentes à champ comparable entre l'ACP et le 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 3).

Étant donné leur niveau, ces écarts ne peuvent en effet pas s'expliquer par les différences résiduelles de champ (de l'ordre de 0,1 % de l'assiette au Fonds CMU pour les sociétés d'assurance – cf. tableau 2³⁵).

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 1) :

- primes nettes émises³⁶ 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 « frais de soins » 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 plus 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. Des écarts entre les assiettes du Fonds CMU et de l'ACP sont aussi imputables 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 3 - Comparaison de l'assiette Fonds CMU et du chiffre d'affaires « santé » tiré des données ACP (en M€)

		2007	2008	2009	2010	Evol. 07-08	Evol. 08-09	Evol. 09-10
Sociétés d'assurance	Assiette Fonds CMU, données brutes avant redressement (1) (cf. encadré 2)	6 736	7 561	7 961	8 469	12,3%	5,3%	6,4%
	Assiette Fonds CMU redressée (2)	6 729	7 338	8 167	nd	9,1%	11,3%	-
	Primes C4 santé, données ACP-DREES (3)	7 566	8 278	8 860	9 533	9,4%	7,0%	7,6%
	Ratio (1)/(3)	89,0%	91,3%	89,8%	88,8%			
Institutions de prévoyance	Assiette Fonds CMU, données brutes avant redressement (1)	4 695	5 126	5 225	5 257	9,2%	1,9%	0,6%
	Assiette Fonds CMU redressée (2)	4 695	5 009	5 344	nd	6,7%	6,7%	-
	Primes C4 santé, données ACP-DREES (3)	4 854	5 168	5 381	5 404	6,5%	4,1%	0,4%
	Ratio (1)/(3)	96,7%	99,2%	97,1%	97,3%			
Mutuelles	Assiette Fonds CMU, données brutes avant redressement (1)	15 952	16 435	16 931	17 665	3,0%	3,0%	4,3%
	Assiette Fonds CMU redressée (2)	15 951	16 433	16 956	nd	3,0%	3,2%	-
	Primes C4 santé, données ACP-DREES (3)	16 067	16 687	17 306	18 223	3,9%	3,7%	5,3%
	Ratio (1)/(3)	99,3%	98,5%	97,8%	96,9%			

NB : pour les données ACP-DREES, 2007 et 2008 calculées à partir du C4 et pour 2009 et 2010 calculées à partir du E4 redressé
Source : Fonds CMU et ACP-DREES

Encadré 1

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

³⁵ 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.

³⁶ Déduction faite des annulations et charge des ristournes.

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

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 par l'ACP présentent 95 % du total de l'assiette de la contribution au Fonds CMU en 2007, 96 % en 2008³⁷, 95 % en 2009 et 97 % en 2010. 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 que ce taux augmente chaque année, celui obtenu pour l'année 2008 n'était en fait que de 89 % au moment de la rédaction du rapport de 2009.

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 (annexe 2 - tableau 3) 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.

³⁷ Seulement 89% au moment de la rédaction du rapport en 2009, ce taux a été revu à la hausse pour la rédaction du rapport de 2010 avec l'envoi par l'ACP d'organismes complémentaires.

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.

Taux de réponse et pondérations adoptées : Année 2010

	Strate 1	Strate 2	Strate 3	Strate 4	Total
Nombre d'organismes (Fonds CMU)	64	62	105	200	431
Nombre d'organismes (base ACP avec un état C1)	64	59	99	153	375
Total de l'assiette des cotisations au Fonds CMU (Md €) (*)	12 925	2 585	1 303	435	17 248
Total de l'assiette des cotisations au Fonds CMU des organismes présents dans la base ACP (Md €)	12 925	2 475	1 246	379	17 024
POIDS DES STRATES					
Poids strate (effectifs)	14,8%	14,4%	24,4%	46,4%	100,0%
Poids strate (cotisations)	74,9%	15,0%	7,6%	2,5%	100,0%
TAUX DE SONDAGE					
Taux de sondage (effectifs)	100,0%	95,2%	94,3%	76,5%	87,0%
Taux de sondage (cotisations)	100,0%	95,7%	95,6%	87,1%	98,7%
POIDS					
Poids des organismes de la strate	1,00	1,04	1,05	1,15	

(*) 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 frais de soins », disponible depuis deux ans, 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. Pour la présentation des résultats globaux par type d'organisme et type de contrat les données ont été redressées du taux de non réponse par rapport à l'état C4 (lui-même repondéré pour les mutuelles pour non réponse totale, cf. ci-dessus).

Le tableau ci-dessous dresse le bilan 2010 du taux de non réponse par état, pour les mutuelles, les institutions de prévoyance et les sociétés d'assurance. Certains états sont mentionnés même s'ils n'ont pas servi directement pour l'analyse, mais à des seules fins de contrôle. Les états E1, E2 et E5 n'ont été que très peu exploités car ils n'étaient pas suffisamment renseignés. L'état E3 (et uniquement sur la base des informations transmises fin juin) a servi pour l'élaboration des comptes de la santé en le redressant du taux de non réponse par rapport à l'état C4 tel qu'il avait été calculé avec les données disponibles en juin.

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	431	29	86
dont : comptes disponibles pour l'analyse		384	29	82
avec état C1		375	28	81
avec comptes annuels complets (1)		380	29	82
avec état C4		368	29	79
avec état C11		292	27	76
avec état E1		283	24	32
<i>dont ligne sur les contrats responsables</i>		184	14	16
avec état E2		279	24	36
<i>dont ligne sur les contrats responsables</i>		172	10	17
avec état E3		287	26	57
avec état E4		353	28	64
avec état E5		244	25	53
CA + C1 + C4		363	28	79
CA + C1 + C4 + E4		346	27	64
CA + C1 + C4 + E3+E4		272	24	55
CA + C1 + C4 +E1+E2+ E3+E4		242	22	28
CA + C1 + C4 + E1+E2+E3+E4+E5		195	20	22
Organismes contribuant au financement du fonds CMU(*)	Contributions au Fonds CMU(%)	100,0%	100,0%	100,0%
dont : comptes disponibles pour l'analyse		99,0%	100,0%	99,9%
avec état C1		98,7%	98,9%	99,9%
avec comptes annuels complets (1)		99,0%	100,0%	99,9%
avec état C4		98,6%	100,0%	99,9%
avec état C11		85,8%	99,3%	96,1%
avec état E1		83,6%	94,2%	30,1%
<i>dont ligne sur les contrats responsables</i>		48,5%	39,2%	16,9%
avec état E2		84,8%	76,1%	40,9%
<i>dont ligne sur les contrats responsables</i>		54,0%	29,6%	19,8%
avec état E3		86,4%	97,5%	87,1%
avec état E4		91,1%	98,6%	89,2%
avec état E5		79,9%	88,2%	78,0%
CA + C1 + C4		98,5%	98,9%	99,9%
CA + C1 + C4 + E4		91,1%	97,5%	89,2%
CA + C1 + C4 + E3+E4		80,4%	96,0%	87,0%
CA + C1 + C4 +E1+E2+ E3+E4		75,3%	74,6%	30,0%
CA + C1 + C4 + E1+E2+E3+E4+E5		67,7%	63,7%	19,5%

(*) hors mutuelles totalement substituées

(1) CR, Bilan, état récapitulatif des placements

Lecture : les contributions des mutuelles répondant à l'état C1 représentent 98,7 % du total des contributions des mutuelles (hors mutuelles substituées).

Annexe 4

Éléments de cadrage généraux

Bilans 2010 - Organismes contribuant au Fonds CMU et contrôlés par l'ACP

Sociétés d'assurance mixte - Bilan 2010

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	21 490	18 130	Fonds propres
Placements	365 562	345 262	Provisions
Placements en UC	78 396	79 508	Provisions en UC
Autres actifs	27 464	50 015	Autres passifs
Total actif	492 914	492 914	Total passif
Plus-values latentes	9 094		
Bilan en valeur de marché	502 008		

Source : ACP, calculs DREES

Sociétés d'assurance non-vie - Bilan 2010

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	13 717	24 514	Fonds propres
Placements	95 567	85 339	Provisions
Placements en UC	-	-	Provisions en UC
Autres actifs	19 378	18 835	Autres passifs
Total actif	128 689	128 689	Total passif
Plus-values latentes	23 413		
Bilan en valeur de marché	152 102		

Source : ACP, calculs DREES

Mutuelles - Bilan 2010

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	1 957	13 912	Fonds propres
Placements	24 779	11 940	Provisions
Placements en UC	27	28	Provisions en UC
Autres actifs	4 123	4 686	Autres passifs
Total actif	30 885	30 885	Total passif
Plus-values latentes	927		
Bilan en valeur de marché	31 813		

Source : ACP, calculs DREES

Institutions de Prévoyance* - Bilan 2010

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	4 472	10 723	Fonds propres
Placements	29 193	24 162	Provisions
Placements en UC	60	107	Provisions en UC
Autres actifs	4 728	3 461	Autres passifs
Total actif	38 453	38 453	Total passif
Plus-values latentes	2 302		
Bilan en valeur de marché	40 755		

Source : ACP, calculs DREES

* (yc IP format mutuelles)

Total

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	41 635	67 280	Fonds propres
Placements	515 102	466 702	Provisions
Placements en UC	78 483	79 643	Provisions en UC
Autres actifs	55 693	76 997	Autres passifs
Total actif	690 942	690 942	Total passif
Plus-values latentes	35 737		
Bilan en valeur de marché	726 679		

Source : ACP, calculs DREES

* (yc IP format mutuelles)

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

Sociétés d'assurance 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)

Total

Actif	(en M€)	(en M€)	Passif
Réassureurs	35 413	60 685	Fonds propres
Placements	466 332	426 619	Provisions
Placements en UC	74 373	75 589	Provisions en UC
Autres actifs	50 496	63 410	Autres passifs
Total actif	626 615	626 615	Total passif
Plus-values latentes	27 170		
Bilan en valeur de marché	653 785		

Source : ACP, calculs DREES

* (yc IP format mutuelles)

Comptes de résultat 2010 - Organismes contribuant au Fonds CMU et contrôlés par l'ACP

Compte de résultat résumé des assureurs mixte

(en M€)	Vie	Non-vie	dont Dommages corporels	TOTAL
	en M€	en M€	en M€	en M€
Primes	47 135	8 634	6 046	55 769
Charges de prestations (-)	-59 017	-7 139	-4 815	-66 156
Produits financiers	18 017	554	406	18 571
Frais d'acquisition et d'administration (-)	-5 345	-1 812	-1 375	-7 157
Solde réassurance (-)	488	-10	-30	477
Résultat technique	1 278	226	232	1 504
Produits financiers du résultat non-technique				499
Autres éléments non techniques				-474
Résultat net				1 529

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		44 127	9 591	44 127
Charges de prestations (-)		-32 748	-6 698	-32 748
Produits financiers		2 929	390	2 929
Frais d'acquisition et d'administration (-)		-11 249	-2 651	-11 249
Solde réassurance		-1 458	-316	-1 458
Résultat technique		1 600	317	1 600
Produits financiers du résultat non-technique				899
Autres éléments non techniques				-782
Résultat net				1 718

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	923	19 436	18 986	20 359
Charges de prestations (-)	-789	-15 980	-15 590	-16 769
Produits financiers	197	143	140	341
Frais d'acquisition et d'administration (-)	-90	-3 471	-3 402	-3 561
Solde réassurance (-)	-17	-39	-36	-56
Résultat technique	227	89	90	316
Produits financiers du résultat non-technique				353
Autres éléments non techniques				-209
Résultat net				460

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	2 340	8 952	7 934	11 293
Charges de prestations (-)	-2 083	-8 425	-7 467	-10 508
Produits financiers	380	312	289	693
Frais d'acquisition et d'administration (-)	-158	-1 049	-1 019	-1 207
Solde réassurance (-)	-145	28	53	-117
Résultat technique	335	-183	-210	152
Produits financiers du résultat non-technique				341
Autres éléments non techniques				-43
Résultat net				450

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

Compte de résultat résumé des assureurs 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

Annexe 4

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

Article L612-24 du code monétaire et financier

Créé par [Ordonnance n°2010-76 du 21 janvier 2010 - art. 1](#)

L'Autorité de contrôle prudentiel détermine la liste, le modèle, la fréquence et les délais de transmission des documents et informations qui doivent lui être remis périodiquement.

Le secrétaire général de l'Autorité de contrôle prudentiel peut, en outre, demander aux personnes soumises à son contrôle tous renseignements, documents, quel qu'en soit le support, et en obtenir la copie, ainsi que tous éclaircissements ou justifications nécessaires à l'exercice de sa mission. Il peut demander à ces personnes la communication des rapports des commissaires aux comptes et, d'une manière générale, de tous documents comptables dont il peut, en tant que de besoin, demander la certification.

L'Autorité de contrôle prudentiel collecte auprès des personnes mentionnées au B du I de l'article [L. 612-2](#), pour le compte de l'Institut national de la statistique et des études économiques et des services statistiques du ministère chargé de la sécurité sociale, les données relatives à la protection sociale complémentaire fixées par un décret pris dans les conditions prévues par la [loi du 7 juin 1951](#) sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques après avis du Conseil supérieur de la mutualité et du Comité consultatif de la législation et de la réglementation financières.

Le secrétaire général de l'Autorité peut convoquer et entendre toute personne soumise à son contrôle ou dont l'audition est nécessaire à l'exercice de sa mission de contrôle.

Sous réserve de l'exercice des droits prévus pour les procédures contradictoires ou des exigences de procédures juridictionnelles, le secrétaire général de l'Autorité n'est pas tenu de communiquer aux personnes soumises à son contrôle ni aux tiers les documents les concernant qu'il a produits ou reçus, en particulier lorsque cette communication porterait atteinte à des secrets d'affaires ou au secret professionnel auquel l'Autorité est tenue.

Article R344-2 du code des assurances

Modifié par [Décret n°2010-217 du 3 mars 2010 - art. 3](#)

Les entreprises mentionnées à l'article [L. 321-8](#) doivent produire chaque année à l'Autorité de contrôle prudentiel, à une date et selon la liste fixées par décision de l'Autorité de contrôle prudentiel, tous états, tableaux ou documents de nature à permettre de contrôler l'évaluation et la représentation des provisions techniques afférentes aux opérations pour lesquelles elles ont obtenu l'agrément.

NOTA: Décret n°2010-217 du 3 mars 2010 article 12 : Le présent décret entre en vigueur à la date de la première réunion du collège de l'Autorité de contrôle prudentiel (9 mars 2010), à l'exception de son article 11.

Article A344-6 du code des assurances

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

I.-Les entreprises visées aux 1°, 3° ou 4° de l'article [L. 310-2](#) et celles soumises au contrôle de l'État en application du 1° du III de l'article [L. 310-1-1](#) remettent chaque année à l'autorité de contrôle :

1° Dans les quatre mois suivant la clôture de l'exercice, le compte rendu détaillé annuel défini à l'article [A. 344-8](#) ci-après ;

2° Dans les trente jours qui suivent leur approbation par l'assemblée générale, leurs comptes annuels dans les conditions définies à l'article [A. 344-11](#) ;

3° Dans les trente jours suivant leur approbation par le conseil d'administration ou le conseil de surveillance, et au plus tard le 30 juin, les rapports mentionnés aux articles [L. 322-2-4](#) et [R. 336-1](#) et [R. 336-5](#).

II.-Les entreprises visées aux 1°, 3° ou 4° de l'article [L. 310-2](#) et celles soumises au contrôle de l'État en application du 1° du III de l'article [L. 310-1-1](#) remettent à l'autorité de contrôle, dans le mois suivant la fin de chaque trimestre, les états relatifs aux opérations réalisées au cours du trimestre définis à l'article [A. 344-13](#).

Article A344-7 du code des assurances

Modifié par [Ordonnance n°2010-76 du 21 janvier 2010 - art. 18 \(V\)](#)

L'Autorité de contrôle prudentiel détermine le nombre d'exemplaires et les supports matériels utilisés par les entreprises pour la fourniture des documents mentionnés à l'article [A. 344-6](#) et [A. 344-14](#).

Article A344-8 du code des assurances

Modifié par [Arrêté du 27 avril 2011 - 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 [D. 344-5](#).

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 A344-9 du code des assurances

Modifié par [Arrêté 2001-09-03 art. 2 I c](#) JORF 11 septembre 2001 en vigueur le 1er janvier 2002

Les comptes visés au 2° du premier alinéa de l'article [A. 344-8](#) sont le compte de résultat, le bilan, y compris le tableau des engagements reçus et donnés, et l'annexe, ainsi qu'ils ont été arrêtés par le conseil d'administration ou le directoire pour être soumis à l'assemblée générale ou, pour une succursale d'entreprise étrangère, par le mandataire général à destination du siège social. Ils sont établis dans la forme prévue à l'article [A. 344-3](#) et complétés par les informations énumérées à l'annexe au présent article.

Article A344-10 du code des assurances

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 D344-5 du code des assurances

Créé par [Décret n°2011-467 du 27 avril 2011 - art. 1](#)

I.-Les données relatives à la protection sociale complémentaire, mentionnées au troisième alinéa de l'article [L. 612-24](#) du code monétaire et financier, sont regroupées dans les états suivants :

E 1 Personnes assurées, couvertes et bénéficiaires par type de garanties ;
E 2 Primes et prestations par type de garanties ;
E 3 Frais de soins et indemnités journalières payés au cours de l'exercice ;
E 4 Résultat technique en frais de soins ;
E 5 Compléments CMU, taxe sur les conventions d'assurance et gestion d'un régime obligatoire santé.

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

II.-Les modalités de transmission des états mentionnés au I à l'Autorité de contrôle prudentiel sont définies par arrêté du ministre chargé de l'économie.

III.-Les données collectées ne peuvent être communiquées que dans les conditions fixées par l'article 7 bis de la [loi n° 51-711 du 7 juin 1951](#) sur l'obligation, la coordination et le secret en matière de statistiques.