

LA PRÉVOYANCE COMPLÉMENTAIRE

LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE

Les comptes de la protection sociale évaluent le montant des prestations versées par les régimes de base, mais également celles versées au titre des couvertures complémentaire et supplémentaire. La protection sociale complémentaire et supplémentaire représente, en 2010, 118,4 milliards d'euros de prestations de protection sociale, soit 18,1 % du total des prestations de protection sociale :

■ **les régimes complémentaires obligatoires de salariés**

(69 milliards d'euros de prestations versées), compris dans les régimes d'assurances sociales portent quasi exclusivement sur le risque vieillesse-survie ;

■ **les régimes complémentaires obligatoires des non salariés**

(5,4 milliards d'euros) portant principalement sur le risque vieillesse-survie et, dans une moindre mesure, sur l'invalidité à travers le versement d'indemnités journalières ;

■ **les régimes de la mutualité, de la retraite supplémentaire et de la prévoyance** – hors compagnies d'assurances

(30,7 milliards d'euros) intervenant à titre principal sur le risque santé, et, à titre secondaire, en matière de couverture vieillesse-survie ;

■ les régimes extra-légaux d'employeurs (13,3 milliards d'euros) participent, quant à eux, à la couverture d'une plus grande diversité de risques. L'emploi représente 44 % des prestations versées (principalement au titre des indemnités de licenciement) et la maternité-famille 40 % des prestations (à travers notamment les suppléments familiaux). Ces régimes versent également des prestations santé (2 milliards d'euros) et, dans une moindre mesure, ils couvrent les risques pauvreté-exclusion et logement.

La protection sociale complémentaire et supplémentaire occupe une part croissante dans la protection sociale

Après une montée en charge des régimes complémentaires, la part de la protection sociale complémentaire et supplémentaire dans l'ensemble des dépenses sociales est restée globalement stable entre 2000 et 2004.

Cette stabilité a toutefois été la résultante de deux effets de sens contraire : d'une part, la couverture de la population par des dispositifs d'assurance maladie complémentaire (mutuelles, institutions de prévoyance) progressait ; d'autre part, les dispositifs extra-légaux de protection sociale institués dans le cadre professionnel.

diminuaient tendanciellement. L'année 2005 a marqué une nouvelle progression des prestations versées par la protection sociale complémentaire et supplémentaire. Les régimes complémentaires obligatoires de salariés, centrés sur le versement de prestations vieillesse, voient leur part progresser de 10,2 % en 2004 à 10,6 % en 2006. En base 2005, celle-ci passe de 10,5 % en 2006 à 11,1 % en 2010, sous l'effet de la progression rapide du nombre de retraités. La part des prestations versées par les régimes de la mutualité, de la retraite supplémentaire et de la prévoyance s'accroît entre 2004 et 2006. En base 2005, elle atteint 4,9 % de l'ensemble des prestations en 2010. À l'inverse, la part des régimes extra-légaux d'employeurs diminue de façon continue depuis plus de vingt ans

LE CHAMP DE LA PROTECTION SOCIALE COMPLÉMENTAIRE ET SUPPLÉMENTAIRE DANS LES COMPTES DE LA PROTECTION SOCIALE

La protection sociale complémentaire et supplémentaire recouvre quatre types de régimes identifiables dans la nomenclature des comptes de la protection sociale et qui participent à la couverture complémentaire des risques sociaux : les régimes complémentaires obligatoires de salariés (ex. AGIRC, ARRCO, etc.), les régimes complémentaires obligatoires des non-salariés (régimes complémentaires de la MSA, du RSI, etc.), les régimes de la mutualité, de la retraite supplémentaire et de la prévoyance (regroupant les mutuelles relevant du livre II du Code de la mutualité et les institutions de prévoyance relevant du Code de la Sécurité sociale) et les régimes d'employeurs extra-légaux.

Ce champ ne comprend pas les indemnités versées par les compagnies d'assurances (relevant du Code des assurances) au titre de la couverture des risques sociaux (notamment maladie et vieillesse-survie). En comptabilité nationale, les indemnités versées par les compagnies d'assurances ne sont pas qualifiées de prestations sociales, mais d'indemnités d'assurance-dommage, elles sont donc exclues des comptes de la protection sociale. En 2010, les indemnités versées par les compagnies d'assurances au titre de la couverture maladie représentaient le quart de l'assurance maladie complémentaire (Comptes de la santé 2010, DREES). L'agrégation des quatre types de régimes permet de délimiter de façon simple une notion de protection sociale complémentaire et supplémentaire. Celle-ci a cependant ses limites. En effet, ce regroupement de régimes conduit à faire masse, d'une part, de régimes complémentaires obligatoires de protection sociale qui appartiennent aux régimes d'assurances sociales comme les régimes complémentaires obligatoires de retraite des salariés et des non-salariés, d'autre part, de régimes facultatifs qui participent à la couverture des risques sociaux (complémentaire santé, retraite supplémentaire) ; dans cette acception, près des deux tiers des prestations de protection sociale complémentaire sont délivrés par des régimes obligatoires.

Source DREES : La protection sociale en France et en Europe en 2010

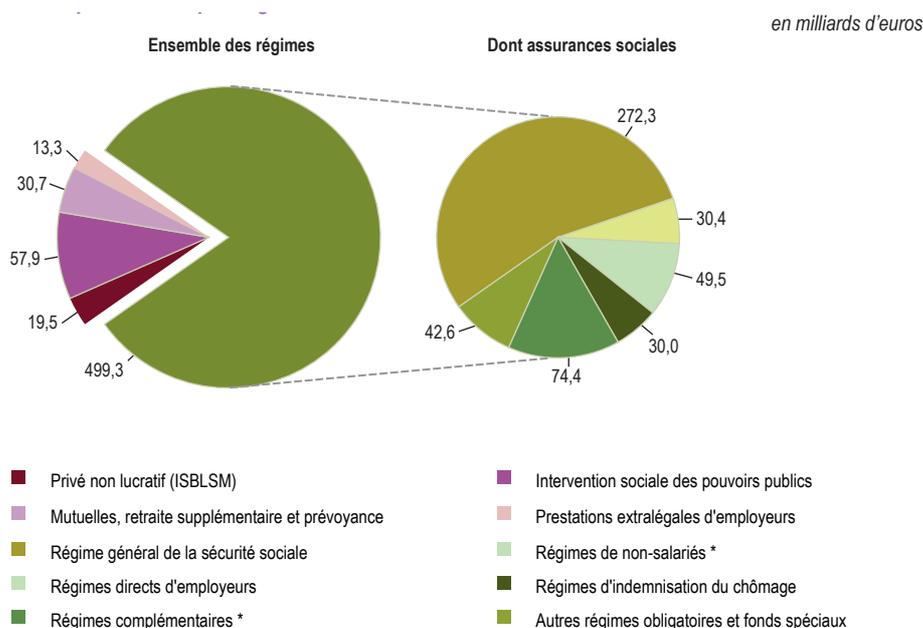
Prestations de protection sociale par régimes

	Base 2000				Base 2005	
	1990	1995	2000	2006	2006	2010
Assurances sociales	81,2 %	81,0 %	81,2 %	80,5 %	79,7 %	80,4 %
<i>Régime général de la Sécurité sociale</i>	42,8 %	43,1 %	43,8 %	44,4 %	43,9 %	43,9 %
<i>Régime de non-salariés*</i>	7,3 %	6,7 %	6,4 %	6,1 %	5,2 %	4,9 %
<i>Régimes directs d'employeurs</i>	8,3 %	8,1 %	8,0 %	8,0 %	7,8 %	8,0 %
<i>Régimes d'indemnisation du chômage</i>	4,7 %	4,5 %	4,6 %	4,4 %	4,4 %	4,8 %
<i>Régimes complémentaires*</i>	9,1 %	10,4 %	10,5 %	10,6 %	11,3 %	12,0 %
<i>Autres régimes obligatoires et fonds spéciaux**</i>	9,0 %	8,2 %	8,0 %	7,1 %	7,1 %	6,9 %
Prestations extra-légales d'employeurs	2,9 %	2,6 %	2,4 %	2,1 %	2,2 %	2,1 %
Mutuelles, retraite supplémentaire et	3,5 %	3,5 %	4,0 %	4,9 %	5,3 %	4,9 %
Intervention sociale des pouvoirs publics	11,3 %	11,5 %	10,8 %	10,9 %	9,7 %	9,3 %
<i>État</i>	5,5 %	5,1 %	4,6 %	2,7 %	2,2 %	2,0 %
<i>Organismes divers d'administration centrale</i>	3,2 %	3,6 %	3,6 %	3,1 %	3,5 %	3,1 %
<i>Collectivités locales</i>	2,6 %	2,8 %	2,7 %	5,0 %	4,1 %	4,3 %
Privé non lucratif ISBLSM	1,2 %	1,4 %	1,5 %	1,6 %	3,1 %	3,1 %
Ensemble des régimes	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

*Les régimes complémentaires de non-salariés sont comptabilisés en régimes de non-salariés en base 2000 et en régimes complémentaires en base 2005.

** « Autres régimes obligatoires » désigne les régimes spéciaux, hors régimes directs d'employeurs. Cet agrégat comprend le régime des salariés agricoles.

DRESS - Comptes de la protection sociale



* Les régimes complémentaires de non-salariés sont comptabilisés en régimes complémentaires.

Sources • DREES-CPS, base 2005.

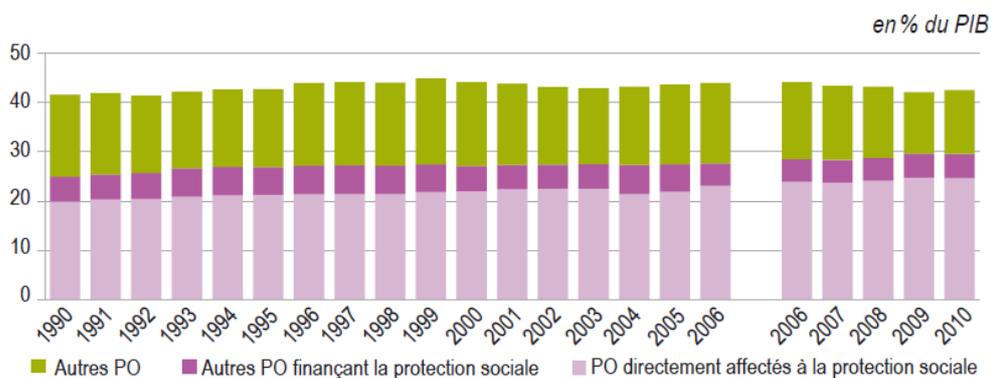
LES PRESTATIONS DE PROTECTION SOCIALE VERSÉES PAR LES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES *

	Base 2000			Base 2005						
	1990	2000	2006	2006	2008	2010	07/06	08/07	09/08	10/09
Régimes complémentaires obligatoires de salariés	24 231	41 768	56 052	56 030	62 979	68 932	6,2	5,8	5,0	4,3
Régimes complémentaires obligatoire de non-salarié*				4 356	4 864	5 438	4,8	6,5	5,3	6,1
Régimes complémentaires facultatif	17 042	25 790	37 061	39 740	41 616	44 057	2,0	2,6	1,6	4,2
Régimes de la mutualité de retraite supplémentaire, et de la prévoyance	9 227	16 094	26 051	28 051	29 199	30 712	1,5	2,5	2,3	2,9
Régimes extra-légaux d'employeurs	7 814	9 695	11 010	11 689	12 417	13 345	3,3	2,8	-0,0	7,5
Ensemble des régimes complémentaire	41 272	67 558	93 113	100 125	109 459	118 427	4,5	4,6	3,7	4,3

* Données disponibles depuis le passage en base 2005.

DREES-CPS, base 200 (1990-2006) et 2005 (2006-2010)

PART DES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES DANS L'ENSEMBLE DE LA PROTECTION SOCIALE



Note • Les PO directement affectés à la protection sociale regroupent les cotisations sociales effectives versées aux APU et les ITAF. Les autres PO finançant la protection sociale englobent les contributions publiques, les cotisations imputées du régime des agents de l'État et les prestations extra-légales financées par les APU.

Sources • INSEE-Comptes nationaux annuels, DREES-CPS.

VENTILATION PAR RISQUES DES PRESTATIONS VERSÉES PAR LES RÉGIMES COMPLÉMENTAIRES

	Régimes complémentaires obligatoires de salariés	Régimes complémentaires obligatoires de non-salariés	Régimes d'employeurs (prestations extra-légales)	Mutualités, retraite supplémentaire et prévoyance	Ensemble de la protection sociales complémentaires*
Santé	1	399	2 073	24 114	28 587
<i>Maladie</i>	0	0	1 742	21 372	23 114
<i>Invalidité</i>	0	399	141	2 569	3 109
<i>Accidents du travail</i>	1	0	190	173	364
Vieillesse-survie	68 930	5 039	57	6 329	80 355
<i>Vieillesse</i>	58 812	4 173	57	2 897	65 938
<i>Survie</i>	10 118	867	0	3 432	14 417
Maternité-famille	0	0	5 278	77	5 355
<i>Maternité</i>	0	0	0	58	58
<i>famille</i>	0	0	5 278	19	5 297
Emploi (chômage uniquement)	0	0	5 860	0	5 860
Logement	0	0	7	0	7
Pauvreté-Exclusion	0	0	70	192	262
Ensemble des prestations	68 932	5 438	13 345	30 712	118 426

* Données disponibles depuis le passage en base 2005.

DREES base 2005

PRESTATIONS VERSÉES AU TITRE DE LA PRÉVOYANCE

Les sociétés d'assurances interviennent en complément des régimes d'assurance obligatoires, en concurrence avec les autres organismes habilités à assumer une part des risques sociaux : les mutuelles relevant du Code de la mutualité et les institutions de prévoyance régies par le Code de la Sécurité sociale.

Ces opérations concernent :

- le financement de compléments de retraite ;
- les remboursements de frais de soins de santé, en complément de la Sécurité sociale ;
- le versement d'indemnités en cas d'arrêt de travail, d'invalidité ou de dépendance et le paiement d'un capital ou d'une rente en cas de décès.

EN 2011

Avec un total de 116,2 milliards d'euros, les prestations en assurance vie et capitalisation progressent de 25 %, avec une croissance plus soutenue au second semestre 2011. Au regard de ces résultats, la collecte nette de l'assurance vie et capitalisation s'établit à 8,3 milliards d'euros, contre 51,1 milliards d'euros en 2010.

Croissance continue des prestations

En 2011, les prestations versées au titre des dommages corporels s'élèvent à 11,2 milliards d'euros, soit une croissance de 4 % contre 6 % en 2010. Ce fléchissement s'explique notamment par le ralentissement de la croissance des contrats collectifs (+ 1 % en 2011 contre 5 % en 2010). Dans le même temps, la croissance des prestations versées au titre des contrats à adhésion individuelle s'est légèrement contractée, passant de 8 % en 2010 à 7 % en 2011.

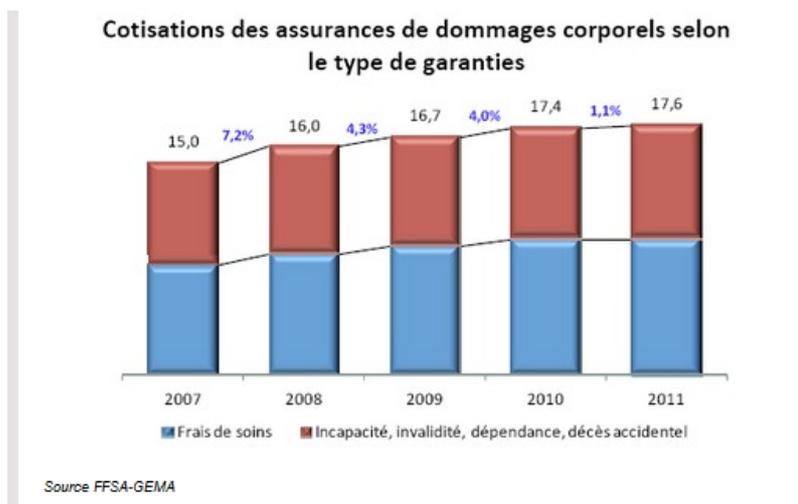
Les cotisations des assurances de personnes s'élèvent quant à elles à 142,1 milliards d'euros en affaires directes France, soit une baisse de 12 % en 2011. Ce résultat est la conséquence de la diminution de 14 % des cotisations d'assurance vie et contrats de capitalisation qui atteignent 124,5 milliards d'euros.

Les cotisations relatives aux assurances de dommages corporels (maladie et accidents) s'élèvent à 17,6 milliards d'euros, soit une hausse de 1 %. Malgré tout, on observe un net ralentissement des cotisations par rapport à 2010, où leur croissance avait atteint 4 %. Ce fléchissement s'explique essentiellement par la transformation en taxe de la contribution au Fonds CMU à compter du 1er janvier 2011. En effet, le chiffre d'affaires étant exprimé hors taxe, sa croissance s'est mécaniquement ralentie par rapport à celle enregistrée pour l'ensemble de l'année 2010.

Chiffres clés 2011 (affaires directes)*

- Cotisations des assurances de personnes : 142,1 milliards d'euros (- 11,9 %) ;
- Prestations versées en assurance de personnes : 127,4 milliards d'euros (+ 23%) ;
- Collecte nette vie et capitalisation : 8,3 milliards d'euros (- 83,3%) ;
- Encours des placements des sociétés vie et mixte : 1 523,5 milliards d'euros (+ 1,3 %).

**Sources FFSA-GEMA. Les données relatives à l'année 2011 sont provisoires et s'arrêtent à la date du 20 juin 2012*



LES COUVERTURES DE PRÉVOYANCE

L'intervention des sociétés d'assurances

L'intervention des sociétés d'assurances en complément des régimes obligatoires concerne le financement de compléments de retraite, le remboursement de frais de soins, le versement d'indemnités en cas d'arrêt de travail, d'invalidité ou de dépendance, le paiement d'un capital ou d'une rente en cas de décès.

Elles interviennent aussi comme gestionnaires de régimes obligatoires des travailleurs non salariés et des agriculteurs. Pour ces derniers, les garanties de base contre les accidents du travail et les maladies professionnelles ont été transférées à la Sécurité sociale le 1^{er} avril 2002, mais les exploitants conservent le choix de l'organisme gestionnaire.

Par ailleurs, les sociétés d'assurances couvrent les accidents du travail de personnes non prises en charge par la Sécurité sociale, par exemple le personnel des collectivités locales ou les professions libérales.

Les prestations de protection sociale s'élèvent à **617** milliards d'euros en **2010** (selon estimation FFSA-GEMA). Ce montant comprend les prestations versées au titre de la vieillesse-survie (45 %), de la santé (36 %), de la maternité-famille (9 %) et des autres risques (11 %). Si l'on s'intéresse aux seuls risques couverts par les assurances complémentaires (retraite, santé, incapacité, invalidité, dépendance et décès), ce sont

470 milliards d'euros (estimation) qui ont été versés au total en **2010**. Avec 20 milliards d'euros, la part acquittée par les sociétés d'assurances a représenté près de 5 % de la protection sociale en France.

Les assurances de personnes et la protection sociale

Soins de santé



Le financement des dépenses de soins et de biens médicaux

Les dépenses totales de soins et de biens médicaux sont estimées à **181** milliards d'euros en **2010** (selon estimation FFSA-GEMA). Les prestations versées par la Sécurité sociale (régime général et régimes spéciaux) représentent **77 %** de l'ensemble des dépenses de soins et de biens médicaux. La part des dépenses restée à la charge des ménages est de 10 %.

Les organismes d'assurances complémentaires (sociétés d'assurances, mutuelles relevant du Code de la mutualité et institutions de prévoyance) couvrent globalement 14 % de ces dépenses.

Avec **6,7** milliards d'euros de prestations versées en **2010** – montant qui ne tient pas compte de la part payée au titre de la réassurance des mutuelles du Code de la mutualité et des institutions de prévoyance –, les sociétés d'assurances interviennent à hauteur de **3,7 %** dans le financement global des dépenses de soins et de biens médicaux.

Les organismes complémentaires opèrent essentiellement dans la prise en charge des soins de ville, en particulier les soins dentaires – surtout des prothèses –, les soins médicaux, les analyses de biologie, les médicaments et l'optique. L'ensemble de ces cinq postes représente près de 80 % des prestations versées par les sociétés d'assurances au titre des garanties frais de soins.

Les assurances de personnes et protection sociale

Soins de santé

Dépenses de soins de santé (régimes obligatoire, organismes complémentaires, ménages)						
(En milliards d'euros)	2006	2007	2008	2009	2010	Répartition 2010
Régimes obligatoires	122,2	127,2	130,6	135,0	138,9	76,7 %
Organismes complémentaires	21,0	22,1	23,3	24,3	25,3	13,9 %
Sociétés d'assurance	5,0	5,4	5,9	6,3	6,7	3,7 %
Mutuelles*	12,2	12,7	13,2	13,5	13,9	7,7 %
Institutions de prévoyance	3,8	4,1	4,3	4,4	4,6	2,6 %
Ménages	14,0	14,7	16,1	16,4	17,0	9,4 %
Ensemble	157,3	164,0	170,1	175,7	181,1	100 %

*relevant du Code de la mutualité

Comptes nationaux de la santé et estimations FFSA-GEMA

L'indemnisation en cas de décès, d'incapacité, d'invalidité ou de dépendance

L'ensemble des prestations versées en cas de décès, d'incapacité, d'invalidité ou de dépendance est estimé à **41 milliards d'euros** pour l'année **2010**.

Les organismes d'assurances, avec **14 milliards d'euros** de prestations, représentent **34 %** du total.

Les assurances de personnes et la protection sociale

Incapacité, invalidité, dépendance et décès

Prestations versées (régimes obligatoire, organismes complémentaire)						
(En milliards d'euros)	2006	2007	2008	2009	2010	Répartition 2010
Régimes obligatoires*	24,0	24,8	25,8	26,5	27,2	66,3 %
Organismes complémentaires	12,1	11,9	12,6	12,9	13,9	33,7 %
Sociétés d'assurance	7,5	7,3	7,4	8,0	8,6	21,0 %
Autres organismes**	4,6	4,7	5,2	5,0	5,3	12,8 %
Ensemble	36,1	36,7	38,4	39,5	41,1	100 %

Le financement de la retraite

Les prestations versées par les régimes légalement obligatoires de retraite, régimes de base et complémentaires, sont estimées à 265 milliards d'euros en **2010**. Compte tenu des évolutions démographiques, la baisse prévisible du montant de la retraite issu de ces régimes, rapporté au dernier salaire brut d'activité, crée un besoin élevé et croissant de prestations complémentaires. Les contrats de retraite proposés par les sociétés d'assurances ont pour objet de garantir, à partir de l'âge de la retraite, le versement d'un revenu régulier jusqu'au décès du retraité (ou de son conjoint, en cas de réversion).

Ils peuvent être souscrits :

- par les entreprises pour leurs salariés : contrats à prestations ou à cotisations définies, contrats en sursalaire, contrats d'indemnités de fin de carrière, Plans d'épargne retraite d'entreprise (Père) ;
- par les particuliers : contrats relevant de la loi Madelin pour les indépendants, contrats retraite spécifiques de certaines professions (agriculteurs, fonctionnaires...) et Plans d'épargne retraite populaire (Perp).

En **2010**, les sociétés d'assurances ont collecté **10,4 milliards d'euros** au titre de ces contrats et versé **6 milliards d'euros** à leurs assurés. Les assureurs prennent en charge environ **80 %** des prestations retraite versées par l'ensemble des organismes complémentaires.

Les assurances de personnes et la protection sociale

Retraie

Prestations versées <i>(régimes obligatoire, organismes complémentaire)</i>						
<i>(En milliards d'euros)</i>	2006	2007	2008	2009	2010	Répartition 2010
Régimes obligatoires	219,0	232,5	245,3	255,4	265,0	97,8 %
<i>Régime de base</i>	<i>161,9</i>	<i>171,2</i>	<i>179,6</i>	<i>186,4</i>	<i>193,0</i>	<i>71,2 %</i>
Régimes complémentaires	57,1	61,3	65,7	69,0	72,0	26,6 %
Régimes de retraite supplémentaire et d'épargne retraite*	4,7	4,7	6,1	6,0	6,0	2,2 %
Ensemble	223,7	237,2	251,4	261,4	271,0	100,0 %

* sociétés d'assurance mutuelles relevant du code de la mutualité, institutions de prévoyance et organismes gestionnaires de PERCO (infos indemnités de fin de carrières et sorties en capital)

DREES et estimations FFSA-GEMA

Le financement de la dépendance

5 millions de personnes sont couvertes par les compagnies d'assurances, les mutuelles et les institutions de prévoyance, avec notamment près de 1,9 million de personnes sont couvertes fin 2009 par un contrat dépendance en garantie principale, soit un nombre stable par rapport à celui enregistré fin 2008. Un peu plus de 3,1 millions de contrats Garanties des accidents de la vie (GAV) sont en cours dans les sociétés d'assurances fin 2009, en hausse de 7 % sur un an.

FFSA - L'assurance française en 2010

Les marchés spécifiques

*Contrats d'assurance dépendance**

	2006	2007	2008	2009	2010	10/09
1. Contrats « garantie principale » dépendance						
Nombre de personnes assurés au 31 décembre (en milliers)	1 739	1 802	1 872	1 358	1 401	+ 3,2 %
Cotisations (en millions d'euros)	346,6	358,4	390,2	388,2	394,3	+ 1,6 %
Prestations (en millions d'euros)	75,8	88,0	114,0	123,5	147,8	+ 19,7 %
Provisions au 31 décembre (en millions d'euros)	1 805,4	2 061,2	2 351,0	2 554,1	2 838,2	+ 11,1 %
2. Contrats « garantie complémentaire » dépendance						
Nombre de personnes assurés au 31 décembre (en milliers)	149	150	153	160	163	+ 1,9 %
3. Ensemble des contrats d'assurance dépendance						
Nombre de personnes assurés au 31 décembre (en milliers)	1 888	1 952	2 024	1 518	1 564	+ 3,0 %

Les assurances de personnes en 2010 : affaires directes France

COTISATION		
160,6 MILLIARDS D'EUROS (+3,8 %)	2010	VARIATIONS EN %
Vie et capitalisation	143,2	+ 3,8 %
Contrats à adhésion individuelle	130,4	+ 6,0 %
Contrats collectifs	12,8	- 14,2 %
Maladie et accident corporel	17,4	+ 3,9 %
Contrats à adhésion individuelle	9,3	+ 5,3 %
Contrats collectif	8,1	+ 2,4 %
Épargne et retraite	133,3	+ 3,9 %
Support euros	113,3	+ 2,7 %
Support unités de compte	20,0	+ 11,2 %
Prévoyance	27,3	+ 3,7 %
Décès	9,9	+ 3,4 %
Soins de santé	9,6	+ 5,2 %
Incapacité-invalidité-dépendance	7,8	+ 2,3 %
PRESTATIONS		
103,6 MILLIARDS D'EUROS (+ 6,0 %)	2010	VARIATIONS EN %
Vie et capitalisation	92,7	+ 5,9 %
Maladie et accident corporel	10,9	+ 7,2 %
ENCOURS ET PROVISION MATHÉMATIQUES (VIE ET CAPITALISATION)		
ENCOURS : 1 338,5 MILLIARDS D'EUROS (+ 7,1 %)		
PROVISION MATHÉMATIQUE : 1 316,6 MILLIARDS D'EUROS (+ 7,1 %)		
Supports euros	1 097,3	+ 7,3 %
Supports unités de compte	219,3	+ 5,7 %

FFSA-GEMA

DÉPENSES DE SANTÉ EN FRANCE

Le montant des dépenses courantes de santé s'élève à 240 milliards d'euros en 2011, soit 12 % du produit intérieur brut (PIB). La consommation de soins et de biens médicaux (CSBM), qui en représente les trois quarts, atteint pour sa part 180 milliards d'euros. Elle progresse en valeur un peu plus rapidement que l'année précédente (+ 2,7 % en 2011 après + 2,5 % en 2010), mais à un rythme moins soutenu qu'en 2009 (+ 3,3 %). Sa part dans le PIB est de 9 % après 9,1 % en 2010.

En volume, la CSBM a augmenté de 2,8 % en 2011, tout comme en 2010. Le prix moyen de la CSBM recule légèrement pour la deuxième année consécutive : - 0,1 % en 2011 après - 0,3 % en 2010. La diminution du prix des soins hospitaliers et de celui des médicaments a en effet compensé la hausse du prix des soins de ville.

En 2011, la part de la CSBM financée par la Sécurité sociale est de 75,5 %, celle prise en charge par les organismes complémentaires est de 13,7 %. Le reste à charge des ménages s'établit, quant à lui, à 9,6 % depuis 2009.

Les comptes de la santé distinguent différents agrégats

La consommation de soins et biens médicaux (CSBM) atteint **175 milliards d'euros en 2010**, soit égale à **9 % du PIB en 2010**.

Elle comprend :

- les soins hospitaliers ;
- les soins de ville (médecins, dentistes, auxiliaires médicaux, laboratoires d'analyses, thermalisme), les transports sanitaires ;
- les médicaments ;
- et les autres biens médicaux (optique, prothèses, petits matériels et pansements).

Le ralentissement en valeur concerne la quasi-totalité des postes de dépense :

La croissance des soins hospitaliers ralentit. En **2010**, la consommation de soins hospitaliers est de **81,2 milliards d'euros**, soit **46,4 %** de la CSBM. Sa croissance est de 2,6 % en valeur et de 1,4 % en volume, soit un rythme inférieur à celui enregistré en 2009.

La croissance des soins de ville ralentit plus encore. En 2010, la consommation des soins de ville est de 44 milliards d'euros, soit 25,1 % de la CSBM. Sa croissance est de 1,8 % en valeur et de 1,2 % en volume, soit un net ralentissement par rapport à 2009.

La croissance de la consommation des médicaments, quant à elle se stabilise. La consommation des médicaments représente 34,4 milliard d'euros, soit 19,7 % CSBM.

Ces trois postes (soins hospitaliers, soins de ville et médicaments) représentent 91,2 % de la CSBM.

Source : N° 773 – septembre 2011 : Les comptes nationaux de la santé en 2010

CONSOMMATION DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (CSBM)

	Valeur (en milliard d'euros)			Taux d'évolution annuels moyens (en %)		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
1. Soins hospitaliers	76,2	79,1	81,2	3,5	3,8	2,6
Publics	58,2	60,3	61,8	3,0	3,6	2,5
Privés	18,0	18,9	19,5	5,0	4,7	3,1
2. Soins ambulatoires	42,1	43,2	44,0	3,3	2,7	1,8
Médecins	18,2	18,5	18,4	2,2	1,6	-0,7
Dentistes	9,6	9,7	9,9	2,6	1,6	2,4
Auxiliaires médicaux	9,9	10,4	11,0	6,3	5,9	5,5
analyses	4,1	4,2	4,3	2,7	2,2	1,7
Cures thermales	0,3	0,3	0,3	-0,6	0,1	3,5
3. Transports de malades	3,4	3,6	3,8	4,5	6,5	5,2
4. Médicaments	33,4	34,1	34,4	2,1	2,0	1,1
5. Autres biens médicaux	10,7	11,0	11,6	6,2	2,9	5,5
CSBM (1+.....+5)	165,7	171,0	175,0	3,3	3,2	2,3

DRESS, Comptes nationaux de la santé en 2010

La dépense courante de santé : 234,1 milliards d'euros en 2010

C'est le total des dépenses engagées par les financeurs du système de santé : Sécurité sociale, État, collectivités locales, organismes de protection complémentaire (mutuelles, sociétés d'assurances, institutions de prévoyance) et ménages.

Elle couvre un champ plus large que la consommation médicale totale puisqu'elle prend également en compte :

- les soins aux personnes âgées et handicapées en établissement ;
- les soins et services à domicile (SSAD) ;
- les indemnités journalières versées par l'assurance maladie ;
- les subventions au système de soins ;
- les dépenses de prévention organisée, de recherche et de formation médicale ;
- Coût de gestion du système de santé.

Ces dépenses comprises dans la dépense courante de santé (DCS) progressent à des rythmes variables.

Il convient de noter que les dépenses de prévention sont en baisse, après leur forte croissance en 2009, due aux dépenses engagées pour la grippe H1N1. Elles retrouvent leur niveau de 2008.

La dépense totale de santé : 221,9 milliards d'euros en 2009

Agrégat utilisé pour les comparaisons internationales

C'est le concept commun utilisé depuis 2006 par l'OCDE, Eurostat et l'OMS pour comparer les dépenses de santé de leurs membres.

En France, elle est évaluée à partir de la DCS en retirant les indemnités journalières, une partie des dépenses de prévention, les dépenses de recherche et de formation médicales, et en ajoutant les dépenses en capital du secteur de la santé ainsi que les dépenses liées au handicap et à la dépendance.

Les comparaisons entre pays portent principalement sur la part de leur dépense de santé exprimée en pourcentage de leur propre PIB. Par rapport à ses principaux partenaires, la France se situe ainsi dans le groupe de tête pour sa dépense de santé.

Avec une dépense totale de santé (DTS), concept retenu pour les comparaisons internationales, égale à **11,8 %** du PIB en **2009**, la France se trouve en troisième position, derrière les États-Unis (**17,4 %**), et les Pays-Bas (**11,9 %**) et proche de l'Allemagne (**11,6 %**).

La France se situe à un niveau légèrement plus élevé que la moyenne de l'OCDE (au dixième rang) pour la dépense totale de santé par habitant exprimée en parité de pouvoir d'achat. Celle-ci est plus élevée aux États-Unis, au Canada et chez quelques-uns de nos voisins européens: Allemagne, Autriche, Pays-Bas, Luxembourg et Suisse.

Structure du financement de la dépense courante de soins et de biens médicaux (en %)

Les comptes de la santé permettent d'apprécier la part respective prise par les différents agents économiques dans le financement des dépenses de santé :

- Sécurité sociale ;
- État ;
- Organismes complémentaires ;
- Ménages.

La part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM atteint en **2010**, **132,7** milliards d'euros, soit **75,8 %** comme en **2009**.

Depuis 1995, cette part reste globalement stable, autour de **77 %**.

Entre 2005 et 2008, la part de la Sécurité sociale s'était réduite suite aux mesures d'économies prises pour limiter le déficit de la branche maladie.

Toutefois, depuis 2009-2010, la progression des dépenses des assurés en ALD fait légèrement augmenter la part de la Sécurité sociale.

Concernant les organismes complémentaire, leur prise en charge est en très légère augmentation. Elle s'élève à **23,7** milliards d'euros en **2010**, soit **13,5 %** de la CSBM, contre **13,4 %** en **2009**.

Enfin, le reste à charge des ménages atteint **16,4** milliards d'euros en **2010**, soit **9,4 %** de la CSBM contre **9,6 %** en **2009** et **9,7 %** en **2008**.

Le reste à charges des ménages reste élevé pour certaines dépenses comme l'optique, les soins dentaires ou les médicaments.

Il est important de souligner que la France est un des pays développés où la prise en charge des dépenses de santé par les fonds publics est la plus importante et où le reste à charge des ménages est le plus limité.

STRUCTURE DU FINANCEMENT DE LA DÉPENSE DE SOINS ET DE BIENS

	Base 2000		Base 2005					
	2000	2005	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Sécurité sociale de base ⁽¹⁾	77,1	77,0	76,8	76,3	76,3	75,7	75,8	75,8
État et CMU-C org. De base	1,2	1,3	1,2	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2
<i>Organismes complémentaire⁽²⁾</i>	12,8	13,2	13,0	13,0	13,1	13,3	13,4	13,5
<i>Mutuelles⁽²⁾</i>	7,7	7,7	7,6	7,6	7,6	7,6	7,6	7,5
<i>Sociétés d'assurance</i>	2,7	3,1	3,0	3,0	3,1	3,3	3,4	3,6
<i>Institutions de prévoyance⁽²⁾</i>	2,4	2,5	2,3	2,3	2,4	2,4	2,4	2,5
Ménages	9,0	8,4	9,0	9,4	9,3	9,7	9,6	9,4
TOTAL	100,0							

⁽¹⁾ y compris déficit des hôpitaux publics

⁽²⁾ y compris prestations CMU-C versées par ces organismes

DREES comptes de la santé

LA PROTECTION SOCIALE VUE PAR LES SALARIÉS

LA PREVOYANCE

Des taux stables : plus de huit salariés sur dix sont couverts par au moins une garantie de prévoyance et neuf entreprises sur dix couvrent leurs salariés.

Des garanties souvent obligatoires du fait d'un accord professionnel ou de conventions collectives.

LE RISQUE DEPENDANCE

Seul **un quart des salariés bénéficient d'une couverture** du risque dépendance et un tiers des entreprises en ont mis une en place.

La moitié des salariés se sent concernée par le risque dépendance.

Mais la majorité des salariés et des entreprises sont défavorables à la mise en place d'une rente dépendance dans leur entreprise.

LA COMPLEMENTAIRE SANTE

Les deux tiers des salariés sont couverts par un contrat collectif / **les deux tiers des entreprises couvrent leurs salariés.**

Des prix jugés « justes » voire avantageux pour les salariés et des hausses tarifaires justifiées pour les entreprises.

Les réseaux de soins peu utilisés par les salariés mais avantageux en termes de prix et de qualité.

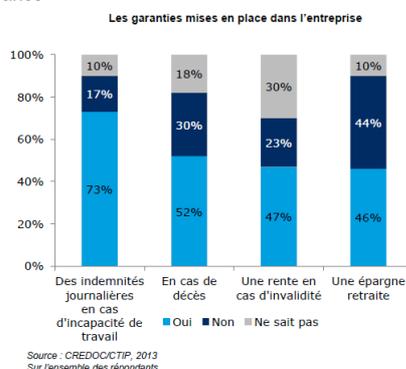
GENERALISATION DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE

Les **trois quarts des entreprises** connaissent la loi de sécurisation de l'emploi.

En revanche, la majorité des salariés n'en ont pas entendu parler.

Une préférence des salariés et des entreprises pour des **garanties négociées au sein de l'entreprise.**

Plus de **8 salariés sur 10** sont couverts par au moins une garantie de prévoyance

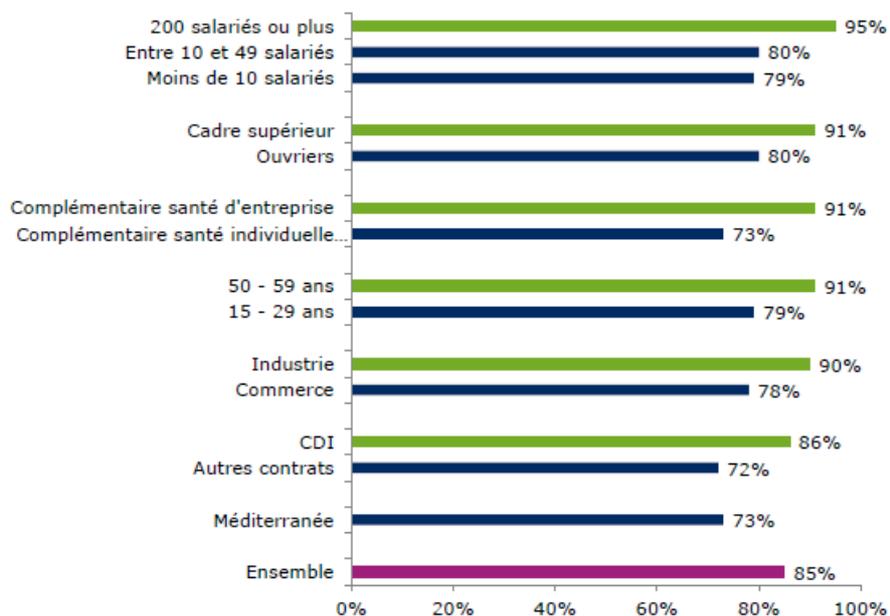


La part des salariés n'ayant aucune garantie reste stable par rapport à 211 (15 %)

Nombre de garanties dans l'entreprise	2009	2011	2013
Aucune	19 %	15 %	15 %
Une garantie	15 %	14 %	20 %
Deux garanties	13 %	16 %	21 %
Trois garanties	32 %	33 %	20 %
Quatre garanties	21 %	22 %	24 %

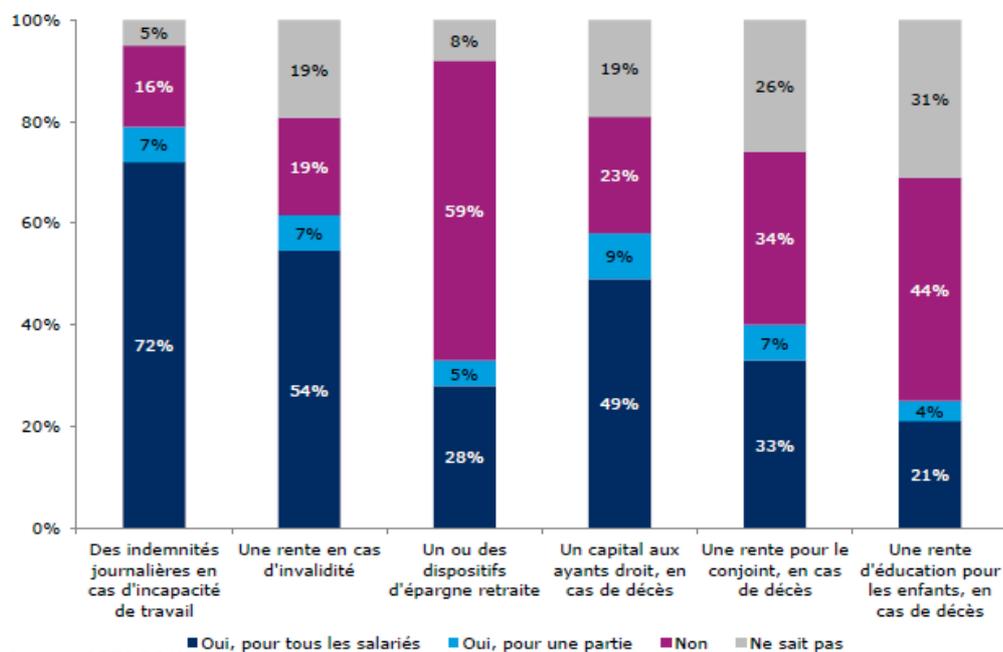
Source : CREDOC/CTIP, 2013 sur l'ensemble des répondants

Des taux de couverture variables selon les caractéristiques des salariés



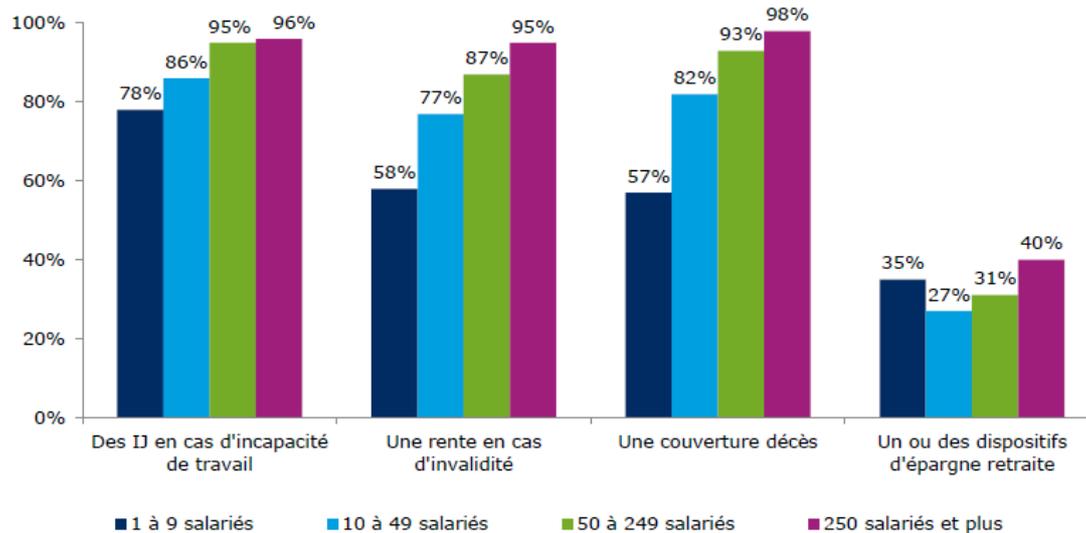
Source : CREDOC/CTIP, 2013
 Ne sont présentés ici que les tris statistiquement significatifs
 Sur l'ensemble des répondants

Les garanties les plus largement mises en place : IJ, rente invalidité et capital décès



Source : CREDOC/CTIP, 2013
Sur l'ensemble des répondants

Le taux de couverture augmente avec la taille de l'entreprise

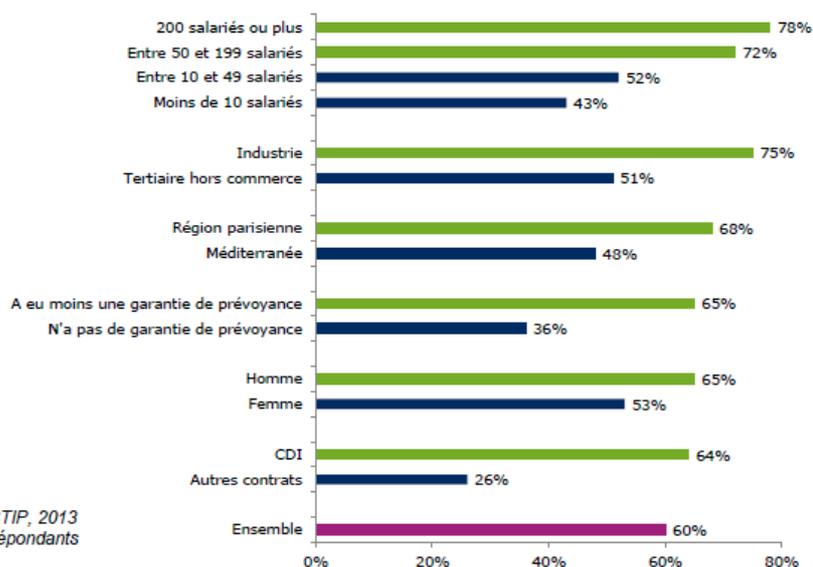


Source : CREDOC/CTIP, 2013
Sur l'ensemble des répondants

La complémentaire santé (1/6) : les 2/3 des salariés couverts

Six salariés sur dix couverts par un contrat collectif :

- 60 % couverts par contrat d'entreprise, 24 % par un contrat individuel, 9 % par la complémentaire santé du conjoint ;
- une complémentaire santé d'entreprise obligatoire dans près de trois quarts de cas (72 %).



Source : CREDOC/CTIP, 2013
Sur l'ensemble des répondants

La complémentaire santé (2/6) : 2/3 des entreprises couvrent au moins une partie de leurs salariés

- plus des deux tiers (68 %) des entreprises proposent une complémentaire santé à leurs salariés ;
- les taux de couverture varient en fonctions de la taille de l'entreprise.

	1 à 9 salariés	10 à 49 salariés	50 à 249 salariés	250 salariés et plus	Ensemble
Oui pour tous les salariés	54 %	64 %	71 %	81 %	56 %
Oui pour une partie	11 %	16 %	12 %	10 %	12 %
Non	34 %	21 %	17 %	9 %	32 %
Total	100 %	100 %	100 %	100 %	100 %

Source : CREDOC/CTIP, 2013 sur l'ensemble des entreprises

Près des **deux tiers des salariés** considèrent que le coût de la complémentaire santé est **raisonnable** :

- au « juste prix » (47 %) ;
- pas chère (21 %).

Les salariés couverts par un contrat collectif sont plus nombreux à être satisfaits du prix de leur complémentaire santé :

- 75 % des salariés dans ce cas estiment que leur complémentaire est « au juste prix » voire « pas chère » ;
- contre 50 % des salariés couverts par un contrat individuel.

Un tarif unique plutôt que proportionnel au salaire

Parmi les **entreprises** mettant en place une complémentaire santé au sein de leur entreprise,

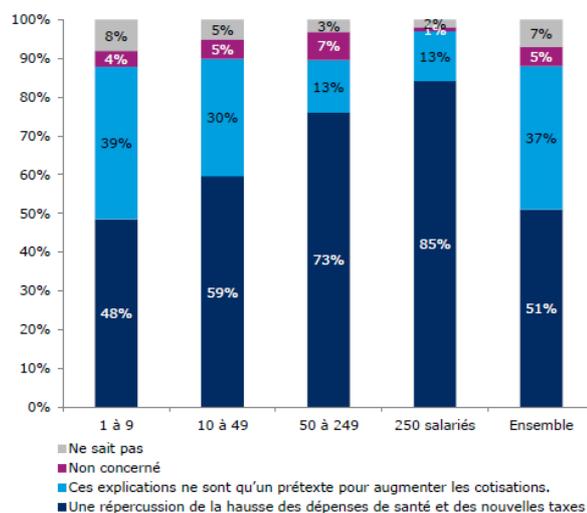
- 62 % estiment que cette complémentaire devrait être proposée à un **tarif unique pour tous les salariés** ;
- 32 % que ce tarif devrait être fonction du salaire.

Des **salariés** partagés sur la tarification des complémentaires santé d'entreprise :

- 51 % estiment que les prix devraient être **les mêmes pour tous** ;
- 43 % estiment qu'ils devraient être proportionnels aux salaires.

Pour la moitié des responsables d'entreprise (51 %), les hausses de tarifs sont essentiellement dues à la hausse des dépenses de santé et la mise en place de nouvelles taxes.

Néanmoins, les responsables des petites entreprises partagent plus rarement cette opinion.



Source : CREDOC/CTIP, 2013 sur l'ensemble des entreprises ayant mis en place une complémentaire santé

Les réseaux de soins

Un peu plus de la moitié des salariés (54 %) a été **informé** par son assureur de l'existence de réseau de soins.

- Près d'un tiers des salariés (32 %) y ont déjà eu recours.

Parmi **ceux qui ont déjà utilisé un réseau de soins**

- 72 % y ont eu recours pour des soins d'optique ;
- 63 % pour des soins dentaires ;
- 5 % pour des audioprothèses.

Plus-values des réseaux de soins :

- des **prix** plus intéressants (39 %) ;
- un **service** de meilleure qualité (33 %) ;
- seuls 17 % estiment que ces réseaux sont une contrainte.

Le principe de limite de contrat collectif : le changement d'entreprise

Trois inconvénients du contrat collectif sont chacun cités par environ la moitié des salariés. Le premier est lié aux garanties qui cessent en cas de changement d'entreprise : l'employeur suivant ne propose pas forcément de contrat collectif, ou peut proposer des garanties moins intéressantes.

Si le salarié part à la retraite ou au chômage, l'organisme qui gère le contrat collectif de son ancienne entreprise doit lui faire une proposition de contrat individuel avec des garanties équivalentes, et dont la hausse de tarif est limitée par la loi Evin. En cas de changement d'employeur, l'organisme assureur n'a aucune obligation.

Le deuxième inconvénient cité concerne l'obligation de cotiser même si on ne souhaite pas bénéficier de cette couverture.

On a vu cependant que, après réflexion, les salariés concevaient cette obligation comme un avantage.

Les salariés citent également un troisième inconvénient : l'éventuel paiement d'une double cotisation. Si les deux conjoints bénéficient chacun d'un contrat collectif incluant d'office les ayants droit, enfants comme conjoint, les cotisations sont payées deux fois sans que cela améliore forcément les remboursements. Dans la réalité, seulement 11 % des salariés affirment être dans ce cas. En effet, de plus en plus de contrats collectifs prennent en charge uniquement les ayants droit qui figurent sur la carte d'assuré social du salarié.

Le passage à la retraite : souvent une rupture dans la couverture santé

Lorsqu'ils partent à la retraite, les salariés ne bénéficient plus du contrat collectif de l'entreprise (seules quelques grandes entreprises incluent dans leur contrat collectif les retraités).

A un âge où la santé devient une préoccupation essentielle, les jeunes retraités sont conscients de l'importance d'une bonne couverture. Ils ont donc plutôt envie de garder leur niveau de garantie passé, voire de l'améliorer. Cependant, ils découvrent que pour garder des garanties équivalentes à leur contrat collectif, ils doivent déboursier beaucoup plus d'argent que lorsqu'ils étaient salariés.

Ils doivent assumer la part de l'employeur et faire face à une hausse du montant global des cotisations.

Rappelons que pour limiter cet effet de seuil, la loi Evin oblige les organismes assureurs à proposer aux jeunes retraités un contrat similaire dont le coût global ne doit pas être majoré de plus de 50 %. Beaucoup de retraités sont cependant amenés à diminuer les prestations de leur couverture individuelle, afin de réduire le montant des cotisations.

D'autres basculent à ce moment-là sur la couverture de leur conjoint.

Un quatrième inconvénient est moins souvent évoqué (28 %) : le contrat collectif propose un choix limité dans les prestations et les niveaux de couverture. Beaucoup de contrats collectifs proposent en fait des systèmes d'option, que le salarié peut prendre s'il souhaite améliorer son niveau de couverture. Généralement, le salarié finance entièrement cette partie optionnelle, sans aide de l'employeur.

Mais dans les faits, les salariés semblent avoir quelques difficultés à faire fonctionner la concurrence : les offres sont très difficilement comparables. Certaines expriment les garanties en pourcentage du montant réel, d'autres en pourcentage du tarif conventionnel, elles n'appuient pas leur tarification sur les mêmes critères... Bien souvent, les salariés qui optent pour un contrat individuel le choisissent sur conseil d'un professionnel ou d'un particulier.

En revanche, ils reprochent au contrat individuel sa tarification qui augmente avec l'âge, le coût en moyenne plus élevé que les contrats collectifs et le risque d'exclusion par une tarification élevée pour les populations à risque.

Un outil de politique sociale de l'entreprise auxquels les salariés sont sensibles

Les employeurs sont actuellement incités par des avantages sociaux et fiscaux à mettre en place des contrats collectifs. Pour les entreprises qui en proposent à leurs salariés, la complémentaire santé représente un des principaux outils de leur politique sociale. Elle fait partie, avec les contrats de prévoyance ou les produits d'épargne retraite, des avantages offerts au personnel en complément de la rémunération.

Les salariés semblent effectivement y être sensibles : 58 % d'entre eux estiment que les garanties proposées en complémentaire santé et en prévoyance pourraient avoir un impact sur leur décision s'ils avaient à choisir entre deux entreprises. 18 % pensent même que cela aurait beaucoup d'impact. Les cadres supérieurs sont moins nombreux à penser que cet élément aurait un impact (44 %). A l'inverse, les ouvriers le prendraient plus en compte (63 %), peut-être parce que le poids relatif que représentent ces avantages par rapport à la rémunération est pour eux plus important.

Les salariés sont persuadés que l'entreprise a un rôle à jouer sur la maîtrise des dépenses de santé. Ainsi, 63 % estiment que l'entreprise est dans son rôle lorsqu'elle mène, avec l'appui de la médecine du travail, des actions de prévention auprès de ses salariés (vaccination contre la grippe, dépistage, bilan dentaire...). 55 % considèrent également qu'elle a sa place pour mener des actions de sensibilisation (relais de campagne nationale de santé publique, nutrition, sida, tabac...). Enfin, 46 % pensent qu'elle peut intervenir pour responsabiliser les salariés à la maîtrise des dépenses de santé.

Dépenses de santé : les salariés conscients de la responsabilité des assurés

Pourtant, 44 % des salariés estiment que c'est le comportement des assurés sociaux qui est la principale cause du dérapage des dépenses de santé. 28 % attribuent la responsabilité à la gestion de la Sécurité sociale. Seulement 16 % pensent que ce sont les professionnels de santé qui sont en cause.

Une plus grande responsabilisation des assurés pourrait donc permettre de limiter le déficit de la Sécurité sociale. Cela passe en particulier par la prise de conscience du coût des frais médicaux engagés, 61 % des salariés seraient d'accord avec le principe d'un reste à charge symbolique pour l'assuré pour toutes ses dépenses de santé.

Les salariés sont également prêts à utiliser des médicaments génériques à chaque fois que cela est possible (92 %) ou à entrer dans un programme de prévention régulière (82 %). Ils ont un peu plus de réticences à s'adresser à un réseau de professionnels de santé (71 %). Ils craignent en particulier une qualité de soins corrélée au standing du lieu de résidence et ne sont d'accord que s'il est possible de sortir du réseau (moyennant éventuellement un surcoût).

La 8^e vague du Baromètre réalisé par le Crédoc pour le Centre technique des institutions de prévoyance (CTIP) en 2009, confirme que la complémentaire santé est la priorité des salariés et des employeurs en matière de garanties collectives. S'ils avaient à choisir, 64 % des salariés opteraient pour la complémentaire santé contre 16 % pour la prévoyance (décès, incapacité de travail, invalidité). Cette préférence est confirmée par plus de la moitié des employeurs.

Concernant la dépendance, six salariés sur dix et la moitié des employeurs des PME de moins de 200 salariés sont favorable à une garantie complémentaire de dépendance dans l'entreprise.

INTERVENANTS SUR LE MARCHÉ DE LA PRÉVOYANCE

Pour les entreprises, la sélection de l'opérateur n'est pas aisée entre sociétés d'assurances, mutuelles et institutions de prévoyance.

Depuis la loi du 8 août 1994, les institutions de prévoyance se sont fondues dans des groupes. De rapprochements en fusions, on arrive aujourd'hui à une bonne vingtaine de groupes de retraite et de prévoyance. À terme leur nombre ne devrait pas dépasser la dizaine.

Côté mutuelles, le mouvement de concentration s'est amorcé beaucoup plus tard, après les ordonnances de 2003 transposant les directives assurances dans le Code de la mutualité. Alors que l'on comptait 6 000 mutuelles en 1998, leur nombre est de moins de 1 millier aujourd'hui.

Côté assureurs, les opérations de fusion et d'acquisition se sont poursuivies en 2004. Des sociétés se sont également rapprochées pour mettre en commun des moyens. La concentration est comparable à la moyenne européenne du secteur de l'assurance : les cinq premiers groupes représentent 43 % du marché français, les dix premiers à 65 %. Elle est légèrement plus marquée en assurance vie qu'en assurances de dommages.

LES PRINCIPAUX ACTEURS

Avec la loi portant réforme de l'assurance maladie d'août 2004, l'objectif du législateur a été de permettre la participation des organismes complémentaires à l'optimisation du système de soins, à travers un échange entre l'Union nationale des organismes complémentaires d'assurance maladie (UNOCAM) et l'Union nationale des caisses d'assurance maladie (UNCAM). Parallèlement, l'assurance maladie complémentaire a été progressivement encadrée et règlementée par les pouvoirs publics, notamment par la définition des contrats solidaires et responsables. En 2009 les organismes complémentaires ont financé 13,8 % de la dépense de soins et de biens médicaux.

STRUCTURE DE FINANCEMENT DE LA DÉPENSE COURANTE DE SOINS ET DE BIENS MÉDICAUX (EN %)

	Base 2000		Base 2005					
	2000	2005	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Sécurité sociale de base ⁽¹⁾	77,1	77,0	76,8	76,3	76,3	75,7	75,8	75,8
État et CMU-C org. De base	1,2	1,3	1,2	1,3	1,3	1,2	1,2	1,2
Organismes complémentaires ⁽²⁾	12,8	13,2	13,0	13,0	13,1	13,3	13,4	13,5
Mutuelles ⁽²⁾	7,7	7,7	7,6	7,6	7,6	7,6	7,6	7,5
Sociétés d'assurance ⁽²⁾	2,7	3,1	3,0	3,0	3,1	3,3	3,4	3,6
Institutions de prévoyance ⁽²⁾	2,4	2,5	2,3	2,3	2,4	2,4	2,4	2,5
Ménages	9,0	8,4	9,0	9,4	9,3	9,7	9,6	9,4
TOTAL	100,0	100,00	100,0	100,00	100,0	100,00	100,0	100,00

⁽¹⁾ y compris déficit des hôpitaux publics

⁽²⁾ y compris prestations CMU-C versées par ces organismes

DREES, Comptes de la santé

Concernant la complémentaire santé d'entreprise, les employeurs et les salariés sont de plus en plus attentifs aux tarifs des garanties santé, aux niveaux des prestations, aux services associés, et à la qualité de la relation avec l'organisme assureur. Même si les garanties majeures restent nécessairement celles liées à l'invalidité et au décès, la complémentaire santé est aujourd'hui dans les entreprises la garantie à laquelle les salariés sont la plus attachés. 64 % des salariés citent en priorité la complémentaire santé, loin devant l'épargne retraite et la prévoyance (16 % chacune), s'ils doivent choisir un seul type de garanties dans l'entreprise.

Les garanties de prévoyance collective se concentrent aujourd'hui essentiellement vers la protection du salarié - maintien d'un revenu de remplacement en cas d'arrêt de travail temporaire (incapacité) ou permanent (invalidité) - et de la famille, en cas de décès du salarié (temporaire décès, rentes de conjoint ou d'éducation). L'enjeu va être la mise en œuvre de la prise en charge de la dépendance à travers le partenariat public/privé souhaité par le gouvernement.

Les institutions de prévoyance ont développé une offre collective qui, bien que progressant de plus de 37 % en 2007, reste une activité marginale avec 13 millions d'euros de cotisations. Les dispositifs collectifs proposés récemment, comme celui de l'OCIRP, devraient permettre d'accélérer la diffusion dans l'entreprise de la dépendance complémentaire. En effet les contrats collectifs en matière de dépendance, comme en matière de complémentaire santé, restent le moyen le plus efficace pour couvrir sur la durée les salariés du secteur

privé : coûts d'acquisition plus faibles, risque d'anti-sélection très limité.

Source : Baromètre CTIP/ CREDOC 2008

Les prestations versées au titre de la protection sociale en France sont estimées à **617** milliards d'euros au titre de l'année **2010**. Ce montant comprend les prestations versées au titre de la vieillesse survie (45 %), de la santé (**35 %**), de la maternité famille (9 %) et des autres risques (**11 %**). **50** milliards d'euros (estimation) ont été versés en **2010** par les assurances complémentaires pour les risques retraite, santé, incapacité, invalidité, dépendance et décès.

Les organismes d'assurances complémentaires (sociétés d'assurances, mutuelles relevant du code de la mutualité et institutions de prévoyance) ont couvert globalement **13,5 %** des dépenses de soins et de biens médicaux. Concernant les prestations versées en cas de décès, d'incapacité, d'invalidité ou de dépendance, leur montant est estimé à **41** milliards d'euros pour l'année **2010**. Les sociétés d'assurances, avec 7,4 milliards d'euros de prestations, représentent **14 %** du total.

Source : Rapport annuel FFSA 2010

LES COUVERTURES LES PLUS RÉPANDUES DANS L'ENTREPRISE

En 2010, la complémentaire santé et la couverture prévoyance sont les deux catégories de contrats d'assurances de personnes les plus répandues au sein des entreprises de 10 salariés et plus.

77 % des entreprises sont équipées en complémentaire santé. Ce taux d'équipement croît avec la taille salariale des entreprises : 71 % dans les entreprises de 10 à 20 salariés pour atteindre 96 % dans les entreprises de 200 salariés et plus. C'est dans le secteur d'activité « Agriculture, industrie, production, construction » que le taux d'entreprises équipées est le plus élevé (82 %). Le taux le plus faible est dans le secteur « Hôtels et restaurants » (59 %).

Concernant le type d'adhésions, le taux d'équipement d'une complémentaire santé à adhésion obligatoire (67 %), en forte augmentation par rapport à 2004 (+ 22 points), est trois fois plus important que celui de la complémentaire santé à adhésion facultative (21 %). Ces dernières sont notamment en diminution de 8 points par rapport à 2004. Enfin 10 % des entreprises sont équipées de complémentaire santé à adhésion obligatoire et facultative.

D'une manière générale, la complémentaire santé, lorsqu'elle est mise en place, s'adresse dans la majorité des entreprises à l'ensemble des salariés (80% pour celles à adhésion obligatoire et 65% pour celles à adhésion facultative) et très rarement à une partie limitée ou spécifique de salariés.

Étude CTIP/Crédoc sur l'équipement des TPE / PME en complémentaire santé

Paris, le 2 octobre 2012 - La complémentaire santé, contrairement à l'idée reçue, n'est pas un avantage réservé aux salariés des grandes entreprises. Sur l'ensemble des TPE/PME (entreprises 1 à 249 salariés) près des trois quarts (74 %) ont mis en place une couverture santé au bénéfice de leurs salariés. C'est le principal résultat d'une étude sur l'équipement des TPE/PME en matière de complémentaire santé réalisée par le Crédoc pour le CTIP en juillet 2012.

Les résultats de cette étude, menée auprès de 900 entreprises de moins de 250 salariés, sont les suivants :

- **73 % des entreprises de 1 à 9 salariés prévoient une couverture santé**, 76 % des entreprises de 10 à 49 salariés et 88 % des entreprises de 50 à 249 salariés ;
- **dans 8 cas sur 10**, cette complémentaire santé est obligatoire ;
- **dans 80 % des TPE / PME ayant mis en place une couverture santé, la complémentaire concerne tous les salariés de l'entreprise**, qu'ils soient cadres ou non cadres ;
- **dans 9 cas sur 10, la complémentaire santé d'entreprise s'étend aux ayants droit**, sans surcoût dans la moitié des cas ;
- au global, **94 % des entreprises ayant mis en place une complémentaire santé participent à son financement** et prennent en charge en moyenne 53 % de son coût ;
- **dans 6 cas sur 10, la couverture santé est mise en place par décision au sein de l'entreprise** (accord d'entreprise, referendum, décision unilatérale de l'employeur).

En progression par rapport à 2004, le taux d'équipement des entreprises en couverture prévoyance est de 77 % en 2010 (contre 70 % en 2004). Le taux d'entreprises équipées va de 69% pour les entreprises de 10 à 20 salariés à 100 % dans les entreprises de 500 salariés et plus. La couverture prévoyance couvre principalement, comme en 2004, les trois types de garanties suivantes : l'incapacité de travail (69 %), le décès (69 %) et l'invalidité (60 %). Les cotisations sont dans 70 % des entreprises prises en charge à la fois par l'entreprise et par le salarié.

Le taux d'équipement des contrats décès « homme clé » en 2010 (20 %) est identique à celui de 2004.

Parmi les trois organismes de protection complémentaire, les sociétés d'assurances sont pour la deuxième année consécutive, les seules à avoir connu une hausse de leur contribution dans le financement global des dépenses de santé, celles des autres organismes étant restées stables. Les prestations versées par les sociétés d'assurances représentent 25,9 % du financement complémentaire de la consommation de soins et de biens médicaux en 2009.

Étude FFSA – GEMA - Assurance complémentaire dans le financement des dépenses de soins et de biens médicaux en 2009 – Novembre 2010

Le choix des entreprises

Dans les entreprises de moins de 200 salariés, la couverture la plus largement mise en place reste l'incapacité de travail (indemnités journalières) : 80% des responsables interrogés déclarent la proposer à tous leurs salariés et 9 % à une partie seulement.

- 71 % des responsables interrogés déclarent que tous leurs salariés sont couverts en cas de décès (toutes modalités confondues, capital aux ayants droit, rente pour le conjoint, rente d'éducation pour les enfants ou rente spécifique pour les enfants handicapés) ; 12 % couvrent seulement une partie de leurs salariés ;
- 79 % proposent une rente en cas d'invalidité, dont 71 % à l'ensemble des salariés ;
- l'épargne retraite est proposée à au moins une partie des salariés dans 40 % des PME.

Dans l'ensemble, ces taux sont stables par rapport à 2007, sauf l'épargne retraite, dont la diffusion semble continuer de progresser. L'écart n'est néanmoins pas statistiquement significatif entre 2007 et 2009.

4 % des entreprises interrogées ne proposent aucune garantie de prévoyance même à une partie de leurs salariés et 11 % n'en proposent aucune qui couvre l'ensemble de leurs salariés. Ces chiffres sont en baisse depuis 2002 et confirment une amélioration de la couverture des salariés en termes de prévoyance. Ils évoluent cependant peu entre 2007 et 2009, les écarts n'étant pas statistiquement significatifs.

Comme les années précédentes, lorsque les entreprises proposent des garanties de prévoyance, elles en proposent le plus souvent au moins trois parmi les quatre principales (indemnités journalières, invalidité, décès, épargne retraite) : 60 % des responsables interrogés déclarent proposer des garanties à l'ensemble de leurs salariés en ce qui concerne trois ou quatre des risques cités et 74 % à une partie seulement.

L'amélioration de la couverture concerne toutes les tailles d'entreprises. Si le niveau de couverture reste plus faible dans les toutes petites entreprises (10 % des entreprises de 1 à 9 salariés ne proposent aucune couverture, même à une partie de leurs salariés), on note chez elles une nette amélioration (ce taux était de 16 % en 2007). Quant aux PME de 10 salariés et plus, elles ne sont plus que 2 % à ne rien proposer.

Ces taux devraient continuer de progresser mais plus lentement que précédemment. A part pour le dispositif d'épargne retraite, assez peu de PME réfléchissent en effet à l'élargissement des garanties ou à la mise en place de nouvelles couvertures. 11 % des PME interrogées déclarent qu'elles prévoient d'élargir à l'ensemble du personnel une garantie qui n'était réservée qu'à une catégorie professionnelle. 15 % déclarent prévoir la mise en place de nouvelles garanties de prévoyance.

Parmi les entreprises ne proposant pas la garantie évoquée, le principal argument avancé est le coût de la couverture.

La moitié des PME (50 %) ont confié la garantie d'un certain niveau de salaire aux salariés en arrêt de travail (mensualisation) à un organisme assureur. Ce taux est légèrement en baisse par rapport à 2007 (55 %).

Les très petites entreprises ont moins souvent fait appel à un organisme assureur que les plus grandes : 36 % dans les moins de 10, contre 65 % dans les plus de 100 salariés.