

COUVERTURE PAR L'ASSUREUR DE SES ENGAGEMENTS PAR LA CONSTITUTION DE PROVISIONS SUFFISANTES

Nonobstant les dispositions du code de commerce relatives aux comptes sociaux, l'entreprise d'assurance établit, pour chaque contrat, une comptabilité auxiliaire d'affectation.

Article L. 142-2 du Code des assurances (inséré par Loi n° 2005-842 du 26 juillet 2005 - JO du 27 juillet 2005)

En cas d'insuffisance de représentation des engagements d'un contrat, l'entreprise d'assurance parfait cette représentation par apport d'actifs représentatifs de ses réserves ou de ses provisions autres que ceux représentatifs de ses engagements réglementés. Lorsque le niveau de la représentation de ses engagements relatifs à ce contrat le permet, l'entreprise d'assurance réaffecte des actifs du contrat à la représentation d'autres réserves ou provisions.

Article L. 142-3 du Code des assurances (inséré par Loi n° 2005-842 du 26 juillet 2005 - JO du 27 juillet 2005)

Un décret en Conseil d'État précise les règles techniques ainsi que les conditions d'application de présent chapitre, notamment les cas où, nonobstant l'article L. 132-23, les contrats sont ou non rachetables ou transférables.

Article L. 142-4 du Code des assurances (inséré par Loi n° 2005-842 du 26 juillet 2005 - JO du 27 juillet 2005)

PROVISIONS POUR LE RISQUE INCAPACITÉ / INVALIDITÉ

Depuis la loi Évin du 31 décembre 1989, tous les organismes assureurs sont tenus d'assurer la gestion des risques de prévoyance selon la technique des capitaux de couverture. C'est-à-dire, qu'en permanence, ils doivent avoir en réserve les sommes permettant de payer toutes les prestations dues au titre des événements garantis et, ce, jusqu'à leur terme normal, quelles que soient les évolutions économiques ou financières rencontrées par l'assureur.

PROVISIONS À CONSTITUER

Provisions pour sinistres à payer

Sinistres de l'exercice en cours, ou restant à régler à la clôture de l'exercice.

Provisions mathématiques pour les prestations périodiques et les rentes

Ces provisions mathématiques représentent la valeur actuelle probable des prestations que l'organisme assureur doit verser au titre des événements survenus au cours de l'exercice. L'actualisation des prestations futures à verser est faite en tenant compte d'un taux d'intérêt précompté sur produits financiers, appelé taux technique. La loi n° 2005-1564 du 15 décembre 2005 article 14 (Journal Officiel du 16 décembre 2005) fixe les règles de provisionnement pour toutes les catégories d'organismes assureurs dans l'article A 331-22 du Code des assurances.

Trois catégories de provisions sont distinguées

- les provisions concernant les prestations d'incapacité en cours de service ;
- les provisions correspondant aux rentes d'invalidité susceptibles d'intervenir et afférentes aux prestations d'incapacité en cours de service ;
- les provisions correspondant aux rentes d'invalidité en cours de service.

Le calcul de chacune de ces provisions est effectué à l'aide de trois tables spécifiques, annexées à l'arrêté :

- table de maintien en incapacité temporaire de travail ;
- table de maintien en invalidité ;
- table de passage d'incapacité en invalidité.

L'article A 331-22 du Code des assurances prévoit qu'à compter du 1^{er} janvier 1997, les provisions doivent être calculées sur la base :

- des lois de maintien en incapacité de travail et invalidité fixées par l'arrêté du 28 mars 1996 ;
- d'un taux d'actualisation qui ne peut dépasser 75 % du Taux Moyen des Emprunts d'État (TME sur les emprunts d'État à 10 ans), sans pouvoir dépasser 4,50 %.

Il s'agit donc d'une référence variable, évoluant au rythme de la rémunération offerte sur les emprunts d'État.

L'arrêté du 28 mars 1996, dont est issu cet article précise que l'effet du passage aux nouvelles lois peut être étalé sur 5 ans au plus, la mise en conformité devant donc être effective le 31 décembre 2001 au plus tard. L'arrêté prévoit également la possibilité pour les assureurs d'utiliser leurs propres tables «d'expérience», sous réserve que ces tables soient certifiées par des actuaires indépendants.

PROVISIONS POUR RENTES DE CONJOINTS SURVIVANTS & RENTES D'ÉDUCATION

LE PARAMÈTRE VIAGER : LA TABLE DE MORTALITÉ

En assurance vie, le paiement des prestations est conditionné par la survenance du décès ou la survie de la personne assurée. C'est la réalisation de l'un ou l'autre de ces événements qui ouvre droit au versement d'une prestation :

- soit en cas de décès de l'assuré au cours d'une période déterminée ;
- soit en cas de vie si l'assuré est vivant à une date fixée.

La probabilité de survenance de ces événements est évaluée à partir de tables de mortalité. Elles indiquent le nombre de vivants à chaque âge de la vie humaine, à partir d'un nombre donné de personnes à la naissance.

Des tables de mortalité sont construites sur la base de données relatives à la mortalité générale française publiées par l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee).

Les tables TF 00-02 et TH 00-02 ont été homologuées par arrêté du 20 décembre 2005. Elles servent indifféremment à déterminer les tarifs et les provisions des contrats en cas de vie et des contrats en cas de décès.

Il est également possible d'utiliser des tables d'expérience certifiées par un actuaire indépendant ou d'appliquer des coefficients correcteurs dans les contrats collectifs.

Ces tables permettent de déterminer à chaque âge (x) de la vie humaine la probabilité d'être encore en vie à un âge (x + n).

Il existe également des tables prospectives, dites « de génération », utilisées pour la tarification des contrats de rente viagère.

Le 1^{er} mars 2011, la Cour de Justice de l'Union Européenne jugeait discriminatoire la possibilité, pour les assureurs, d'établir le montant des rentes viagères selon le genre de l'assuré. Les juges ont estimé que "la prise en compte du sexe de l'assuré en tant que facteur de risques dans les contrats d'assurance constitue une discrimination".

Depuis le 21 décembre, les assureurs européens doivent donc utiliser une table de mortalité commune pour l'application de leurs tarifs. Seuls les nouveaux contrats souscrits à partir du 21 décembre 2012 sont touchés par cette nouvelle législation. Sont ainsi concernés tous les produits d'assurance retraite, ainsi que tous ceux prévoyant une conversion de capital en rente viagère.

Problème ? Les assureurs ont fait le choix d'aligner le calcul des rentes sur la table de mortalité des femmes. Or, celles-ci ayant une espérance de vie supérieure aux hommes, elles bénéficient donc d'une rente moins favorable, car potentiellement distribuée durant de plus nombreuses années. Conséquence : les rentes servies aux hommes pour des cotisations identiques seront donc moins avantageuses, et diminuées de l'ordre de 20 % (calcul sur 22 ans au lieu de 18).

LE PARAMÈTRE FINANCIER : LE TAUX D'INTÉRÊT TECHNIQUE

L'aspect financier de l'assurance vie repose sur la capitalisation financière, caractérisée par l'utilisation d'un taux d'intérêt appelé « taux d'intérêt technique », dont les conditions sont fixées par le Code des assurances.

Celui-ci détermine notamment son niveau maximal par référence au taux moyen des emprunts d'État (TME). Il sert à la tarification des contrats et au calcul des engagements de l'assureur (les provisions mathématiques) envers les assurés.

Ses modalités varient en fonction du type de contrat d'assurance (à cotisations périodiques, unique...) et de la durée des engagements.

LA PARTICIPATION AUX BÉNÉFICES

L'assureur doit faire participer les assurés à ses résultats par l'intermédiaire de la participation aux bénéfices, qui dépend des produits financiers et techniques dégagés par la gestion des contrats d'assurance vie.

Les assureurs sont tenus de distribuer un pourcentage minimal de ces bénéfices, fixé par la réglementation, mais peuvent naturellement aller au-delà de ce niveau légal.

La participation aux bénéfices peut être affectée intégralement et immédiatement au contrat.

L'assureur peut aussi choisir d'en différer le versement, pour tout ou partie, et constituer une réserve pour les années futures appelée provision pour participation aux bénéfices. Il doit toutefois redistribuer ces bénéfices dans les huit ans qui suivent leur constatation.

En cas de conjoncture difficile, les assureurs peuvent être amenés à utiliser cette provision pour participation aux bénéfices, qui permet de lisser dans le temps les bonnes et les mauvaises années et d'offrir ainsi un taux de rendement stable aux assurés. Le niveau de ces provisions, qui dépend notamment de l'ancienneté et de la composition des portefeuilles, varie selon les entreprises d'assurances, certaines choisissant de ne pas avoir recours à ce mécanisme. De ce fait, les taux de rendement diffèrent d'un assureur à l'autre, et même d'un contrat à l'autre.

PROVISIONS POUR RISQUES CROISSANTS

La loi Evin réduit les possibilités pour l'assureur de résilier un contrat d'assurance maladie ou invalidité, de réduire les garanties ou d'augmenter le tarif d'un assuré en fonction de son âge ou de son état de santé.

Pour permettre à l'assureur de faire face à ces engagements, l'article R. 331-6-5° du Code des assurances prévoit une provision pour risques croissants dans le cadre des opérations d'assurance contre les risques de maladie et d'invalidité.

Cette provision peut être exigée, dans les conditions fixées par le décret prévu à l'avant-dernier alinéa de l'article R. 331-1 du Code des assurances (sans déduction des réassurances cédées).

L'article 4 de la loi Evin, complété par l'article 1 du décret n° 90-769 du 30 août 1990, plafonne le montant de l'augmentation de cotisation pour les couvertures collectives obligatoires de soins de santé et l'article 6 de la loi Evin précise, dans le cadre des couvertures collectives facultatives, que le tarif applicable à un adhérent ne peut être augmenté en se fondant sur son état de santé.

Par ailleurs, le jeu de la concurrence empêche un assureur d'augmenter ses tarifs pour compenser un déficit conjoncturel dû à certains assurés, dès lors que cela l'oblige à majorer les tarifs de tous les contrats.

Ce plafonnement oblige donc les assureurs à surévaluer les primes demandées aux assurés les plus jeunes pour couvrir les risques actuels et anticiper le fait que l'accroissement ultérieur des prestations, lié au vieillissement de l'ensemble des assurés, ne sera pas compensé par une augmentation suffisante des primes.

Cette surestimation des primes correspond à la provision pour risques croissants.

Les contrats visés en priorité sont ceux pour lesquels :

- un engagement a été pris sur plusieurs années ;
- les prestations futures probables évolueront plus vite que les cotisations futures probables.

Exemples de contrats visés :

- contrats individuels frais de santé (cf. Loi Evin et contraintes juridiques, commerciales ou internes en termes d'évolution des cotisations ; cf. également engagements vis-à-vis des retraités) ;
- contrats collectifs emprunteurs (surtout ceux tarifés en pourcentage du capital restant dû) ;
- contrats collectifs salariés avec garanties de tarif sur une durée supérieure à 1 an.

PROVISIONS POUR LE RISQUE FRAIS MÉDICAUX

Il n'existe aucune réglementation spécifique pour ce qui concerne la tarification des frais de soins de santé.

On se réfèrera donc aux règles de provisionnement générales : provisions pour risques en cours, provisions pour sinistres à payer...

La qualité du provisionnement constitue donc un élément essentiel de la solvabilité de l'organisme assureur et donc de la Sécurité pour les salariés assurés et pour l'entreprise souscriptrice du contrat.

En effet, en cas de défaillance de l'organisme assureur, c'est l'entreprise qui verra sa responsabilité directement engagée et qui sera condamnée, au plan du droit social, à effectuer elle-même le paiement des prestations.

☞ Ces provisionnements font l'objet d'états comptables obligatoires à produire annuellement à l'Autorité de contrôle

Le choix du contrat est parfois délicat. L'assurance complémentaire santé peut être plus ou moins généreuse mais l'organisme en charge de sélectionner les contrats doit savoir qu'il n'existe pas de bon contrat dans l'absolu. Un contrat doit être en équilibre : si les prestations versées une année sont trop importantes par rapport aux cotisations encaissées, l'assureur proposera de diminuer les unes ou d'augmenter les autres pour l'année suivante. C'est alors qu'il est important de savoir ce que l'on privilégie (optique, dentaire, frais d'hospitalisation, médecine de ville, vaccins, etc.).

Il est très important que les prestations proposées soient en adéquation avec les besoins de la population couverte. Les salariés d'une entreprise de bâtiment dans une région humide n'auront pas les mêmes besoins pour eux et leur famille que ceux d'une entreprise informatique à faible moyenne d'âge située en zone urbaine.

ÉVOLUTION DE LA TARIFICATION DUE AUX ÉVOLUTIONS DU RÉGIME DE BASE

Les prestations proposées sont souvent définies par rapport à celles offertes par ce régime de base.

Par ailleurs, l'établissement de sa tarification par l'assureur tient compte de données actuarielles et statistiques relatives à la population assurée, mais également de données fiscales et de taxation impactant sa propre rentabilité.

L'évolution des données concernant la Consommation Médicale Totale (CMT) peut ainsi servir d'outil d'indexation pour la tarification d'un contrat frais de santé. De même, l'évolution de la taxation relative aux contrats d'assurance peut également avoir un impact sur l'évolution de la tarification du contrat.

Les contrats de frais de soins peuvent contenir une clause par laquelle l'organisme assureur se réserve la possibilité de modifier les conditions des garanties proposées (tarification et modalités de versement des prestations), si les conditions prévues par le régime général de la Sécurité sociale devaient évoluer.

ÉVOLUTION DES DÉPENSES DE SANTÉ

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 180 milliards d'euros. Sa part dans le PIB est de 9 % après 9,1 % en 2010. Sa croissance, nettement inférieure à celle observée au début de la décennie, se situe comme en 2010 en dessous de 3 %, confirmant le ralentissement amorcé en 2008. L'évolution des prix des soins et biens médicaux est extrêmement faible depuis quatre ans. Ils sont en recul depuis 2009 du fait de la baisse des prix des médicaments et des soins hospitaliers. Ces diminutions compensent la hausse du prix des soins de ville liée à la revalorisation du tarif de la consultation des médecins généralistes intervenue en 2011.

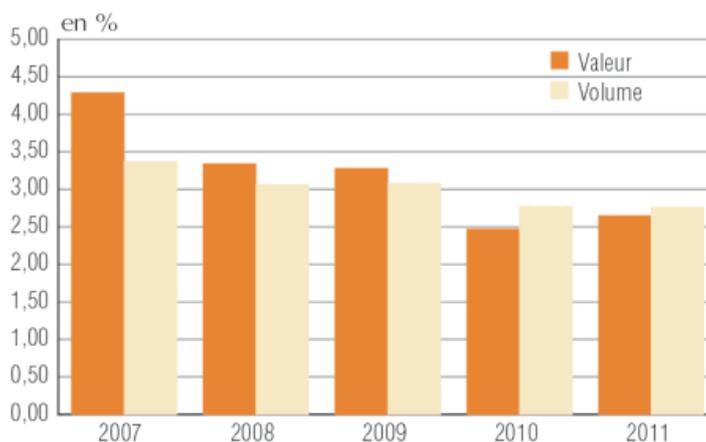
Le ralentissement en valeur de la CSBM concerne la quasi-totalité des postes de dépenses. Le rythme de croissance des soins hospitaliers qui représentent 46 % de la CSBM, se stabilise. Dans le secteur public hospitalier, la progression en valeur de la consommation reste stable alors qu'elle diminue dans le secteur privé pour lequel il s'agit de la plus faible progression depuis 2002. La consommation de médicaments en 2011 s'élève à 532 € par habitant et place la dépense française au 5^e rang mondial derrière les États-Unis, le Canada, l'Irlande et l'Allemagne. Le ralentissement de la consommation de médicaments amorcé en 2008 est très marqué en 2011 : il résulte d'une nouvelle diminution des prix et d'une augmentation très faible des volumes. La consommation de transports sanitaires n'évolue que faiblement, en lien avec les efforts de maîtrise engagés depuis 2007.

En 2011, la part de la Sécurité sociale dans le financement de la CSBM recule très légèrement. Le relèvement du seuil d'application du forfait sur les actes lourds effectués en ville ou à l'hôpital et le déremboursement ou la moindre prise en charge de certains médicaments et biens médicaux en sont la cause. La prise en charge par les organismes d'assurance maladie complémentaires est tendanciellement orientée à la hausse. Le reste à charge des ménages est stable. Cependant, il demeure élevé pour certaines dépenses comme l'optique, les soins dentaires ou les médicaments. Il est très faible pour les transports de malades et les soins hospitaliers.

Sur le plan international, la France figure parmi les 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. Seuls le Luxembourg, les Pays-Bas, la République tchèque, les pays scandinaves et le Japon ont une prise en charge publique plus développée que celle de la France. Toutefois, à l'exception des Pays-Bas, la part du reste à charge des ménages y est plus élevée qu'en France.

Tableaux et graphiques

Taux de croissance de la consommation de soins et biens médicaux



Source : Drees, comptes nationaux de la santé 2011 - base 2005.

Consommation de soins et de biens médicaux

En milliards d'euros courants	2010 (r)	2011	1/11 en %
Soins hospitaliers (1)	81,4	83,6	2,6
Secteur public	62,1	63,8	2,7
Secteur privé	19,3	19,8	2,5
Soins de ville	44,1	45,7	3,7
Médecins	18,5	19,2	3,9
Auxiliaires médicaux	11,0	11,5	4,8
Dentistes	10,0	10,3	2,6
Analyses de laboratoires	4,3	4,4	2,6
Cures thermales	0,3	0,3	1,4
Médicaments	34,5	34,7	0,5
Autres biens médicaux	11,6	12,2	5,0
Optique	5,1	5,3	3,9
Prothèses, orthèses, VHP (2)	2,1	2,2	5,9
Petits matériels et pansements	4,3	4,6	6,0
Transports de malades	3,8	3,9	3,0
Consommation de soins et de biens médicaux	175,4	180,0	2,7

1. Court et moyen séjour, psychiatrie.

2. Véhicules pour handicapés physiques.

(r) Résultat révisé par rapport à l'édition précédente

Drees, comptes nationaux de la santé 2011 - base 2005

Dépense courante de santé

<i>En milliards d'euros courants</i>	2005 (r)	2011 (p)	11/10 en %
Consommation de soins et de biens médicaux	148,1	180,0	2,7
Soins de longue durée (1)	12,2	17,9	3,7
Indemnités journalières	10,4	13,0	2,4
Prévention	5,1	5,8	0,0
Subvention au système de soins	2,3	2,6	7,5
Recherche	6,6	7,5	0,8
Formation	1,1	1,8	0,2
Coût de gestion du système de santé	13,4	15,6	1,4
Double compte (recherche pharmacie)	- 3,5	- 3,9	0,7
Dépense courante de santé	195,7	240,3	2,6

1. Soins aux personnes âgées ou handicapées en établissements et services de soins infirmiers à domicile

(p) Résultat provisoire

(r) Résultat révisé par rapport à l'édition précédente

Drees, comptes nationaux de la santé 2011 - base 2005

Poids de la consommation médicale et de la dépense courante de santé

<i>En milliards d'euros courants</i>	2005	2008	2010 (r)	2011 (p)
Consommation de soins et de biens médicaux	8,6	8,6	9,1	9,0
Dépense courante de santé	11,4	11,4	12,1	12,0

(p) Résultat provisoire

(r) Résultat révisé par rapport à l'édition précédente

Drees, comptes nationaux de la santé 2011 - base 2005

TAXE DE SOLIDARITÉ ADDITIONNELLE (EX. CONTRIBUTION CMU)

La loi n° 99-641 du 27 juillet 1999 portant création de la Couverture Maladie Universelle (CMU), institue une taxation spécifique de tous les organismes assureurs pour le financement de ce régime. Cette contribution trimestrielle est assise sur le montant hors taxe des primes ou cotisations émises au cours du trimestre civil, au titre des contrats de frais de soins de santé en France (à l'exclusion de la réassurance).

L'article 190 de la loi n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 de finances pour 2011 transforme la contribution en taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance. La taxe demeure liquidée sur le montant des primes ou cotisations hors taxes.

Désormais à la charge des assurés, son taux a été ajusté à hauteur de 6,27% de sorte à garantir la neutralité de la transformation sur les recettes du Fonds de financement de la protection complémentaire de la couverture maladie universelle.

L'article L. 862-4 du Code de la Sécurité sociale précise :

Modifié par LOI n° 2010-1657 du 29 décembre 2010 - article 190 (V)

« I. — Il est perçu, au profit du fonds visé à l'article L. 862-1, une taxe de solidarité additionnelle aux cotisations d'assurance afférentes aux garanties de protection complémentaire en matière de frais de soins de santé souscrites au bénéfice de personnes physiques résidentes en France, à l'exclusion des réassurances.

La taxe est assise sur la cotisation correspondant à ces garanties et stipulée au profit d'une mutuelle régie par le code de la mutualité, d'une institution de prévoyance régie par le livre IX du présent code ou par le livre VII du Code rural et de la pêche maritime, d'une entreprise régie par le Code des assurances ou un organisme d'assurance maladie complémentaire étranger non établi en France mais admis à y opérer en libre prestation de service.

Elle est perçue par l'organisme mentionné au deuxième alinéa ou son représentant fiscal pour le compte des organismes chargés du recouvrement des cotisations du régime général de Sécurité sociale territorialement compétents. Toutefois, un autre de ces organismes ou l'Agence centrale des organismes de Sécurité sociale peut être désigné par arrêté ministériel pour exercer tout ou partie des missions de ces organismes. La taxe est liquidée sur le montant des cotisations émises ou, à défaut d'émission, recouvrées, au cours de chaque trimestre, nettes d'annulations ou de remboursements. Elle est versée au plus tard le dernier jour du premier mois qui suit le trimestre considéré.

Un arrêté des ministres chargés de la Sécurité sociale et du budget précise les documents à fournir par les organismes mentionnés au deuxième alinéa à l'appui de leurs versements.

II. — Le taux de la taxe est fixé à 6,27%.

III. — Les organismes visés au deuxième alinéa du I perçoivent, par imputation sur le montant de la taxe collectée selon les dispositions du même I et du II, un montant égal, pour chaque organisme, au produit de la somme de 92,50 € par le nombre de personnes bénéficiant, le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil considéré, de la prise en charge des dépenses mentionnées à l'article L. 861-3 au titre du b de l'article L. 861-4. Ils perçoivent également, selon la même procédure, un montant correspondant, pour chaque organisme, au quart du crédit d'impôt afférent aux contrats en vigueur le dernier jour du deuxième mois du trimestre civil.

La plupart des organismes assureurs ont adopté la tarification de leurs contrats santé, en prenant en compte tout ou partie de cette contribution.