



Ministère  
de l'emploi, du travail  
et de la cohésion sociale

Ministère de la santé  
et de la protection sociale



# Études et Résultats

N° 329 • juillet 2004

*Intervenant dans le champ de la protection sociale complémentaire, les institutions de prévoyance réalisent la plus grande part de leur activité dans le cadre de contrats collectifs d'entreprise. Les risques couverts sont répartis en deux branches : la branche Vie couvre les risques liés à la durée de vie (retraites, décès), la branche Non-Vie assurant pour sa part des remboursements de frais de santé et les risques résultant de maladies ou d'accidents (incapacité, invalidité...)*  
*Presque la moitié des 6,3 milliards d'euros de prestations versées en 2001 concerne les remboursements de frais de santé : les institutions de prévoyance contribuent ainsi pour 2,4 % au financement total de la dépense courante de soins et biens et médicaux. Sur la période 1994 - 2001, cette part a augmenté d'un point.*

*Les institutions de prévoyance rassemblent 10,5 millions de cotisants appartenant à 1,5 million d'entreprises adhérentes. 91 % des prestations qu'elles versent, tous risques confondus, le sont dans le cadre de contrats collectifs. En ce qui concerne les frais de santé, la part des contrats individuels est plus importante (18 %), même si les contrats collectifs à adhésion obligatoire restent nettement majoritaires.*

*Les institutions de prévoyance ont versé en 2001 en moyenne 624 € de remboursements de frais de santé par personne cotisante contre 400 € en moyenne pour les mutuelles de santé.*

*Cette différence est notamment due au nombre important de contrats collectifs qui assurent en général une meilleure couverture, en particulier sur les soins dentaires, l'optique ou les honoraires médicaux.*

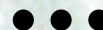
*Les cotisations prélevées par les institutions de prévoyance en 2001 s'élèvent en moyenne à 700 € par personne cotisante, dont une part est fréquemment prise en charge par les employeurs. Pour l'ensemble du secteur, la branche Non-Vie a dégagé en 2001 un déficit technique de 143 millions d'euros. Toutefois, l'excédent de la branche Vie et les autres apports intégrés dans le résultat non technique compensent ce déficit pour aboutir à un résultat d'exercice global excédentaire de 221 millions d'euros.*

**Philippe ROUSSEL**

Ministère de l'Emploi, du travail et de la cohésion sociale  
Ministère de la Santé et de la protection sociale  
Drees

## Les institutions de prévoyance en France : un panorama économique en 2001

Les institutions de prévoyance sont des organismes à gestion paritaire dont l'activité principale consiste à couvrir les risques relatifs à la personne dans le cadre collectif des entreprises (encadré 1). L'activité des institutions de prévoyance, comme celle des autres opérateurs (groupements mutualistes et sociétés d'assurance), est traditionnellement classée en deux grandes catégories. La première, appelée branche Vie, couvre les risques dépendant de la durée de vie (décès, rentes d'éducation et de conjoint, indemnités de fin de carrière, retraite par capitalisation). La seconde catégorie, appelée branche Non-Vie, assure aux adhérents des prestations de remboursement de soins, complémentaires à ceux des caisses de Sécurité sociale, ainsi que la couverture d'autres risques résultant de la maladie ou d'un accident (maintien du salaire mensuel, incapacité, invalidité).



**E•1**

## Les institutions de prévoyance et les risques couverts

Trois catégories d'opérateurs interviennent dans le champ de la protection sociale complémentaire :

- les **groupements mutualistes** (objet de précédentes études dans la même collection), régis par le Code de la mutualité ;

- les **institutions de prévoyance**, régies par le Code de la Sécurité sociale (objet de cette étude) ;

- les **sociétés d'assurance**, régies par le Code des Assurances.

L'article L931-1 du Code de la Sécurité Sociale précise les domaines d'interventions des institutions de prévoyance :

« Les institutions de prévoyance sont des personnes morales de droit privé ayant un but non lucratif, administrées paritairement par des membres adhérents et des membres participants définis à l'article L. 931-3. Elles ont pour objet :

a) de contracter envers leurs participants des engagements dont l'exécution dépend de la durée de la vie humaine, de s'engager à verser un capital en cas de mariage ou de naissance d'enfants ou de faire appel à l'épargne en vue de la capitalisation et de contracter à cet effet des engagements déterminés ;

b) de couvrir les risques de dommages corporels liés aux accidents et à la maladie ;

c) de couvrir le risque chômage.

.... »

Les institutions de prévoyance sont agréées par le ministère de la Santé et de la Protection sociale. Relevant des directives européennes « Assurance », elles sont soumises aux mêmes règles techniques que toute entreprise d'assurance.

Les institutions de prévoyance gèrent principalement des contrats collectifs dans le cadre d'accords entre employeurs et salariés. Ce sont donc des organismes à gestion paritaire.

Elles interviennent presque exclusivement dans le cadre des entreprises et des branches professionnelles, suite à la conclusion d'une convention ou d'un accord collectif entre toutes les entreprises d'un même secteur d'activité, dans le cadre d'un régime professionnel (institutions professionnelles) ou entre toutes les entreprises adhérentes de secteurs d'activité différents, dans le cadre d'un régime interprofessionnel (institutions interprofessionnelles), ou bien encore suite à la ratification d'un projet de l'employeur par les salariés (institutions d'entreprises).

Outre la complémentaire santé, les principales garanties couvertes au sein de la branche Non-Vie sont la mensualisation (prestations permettant de garantir le maintien de l'intégralité du salaire en cas d'arrêt de travail, en complément des indemnités journalières versées par l'assurance maladie), l'incapacité de travail (en complément des prestations de la Sécurité sociale qui sont plafonnées dans le temps) ainsi que l'invalidité (en complément de la rente versée par le régime général).

La branche Vie permet quant à elle de couvrir les risques liés au décès (versement d'un capital, d'une rente au conjoint ou d'une rente d'éducation au profit des enfants), attribue également des compléments de prestations de retraite à ceux versés par les régimes de base (avantages de retraite surcomplémentaires ou supplémentaires) ou encore des indemnités de fin de carrière.

**E•2**

## Sources et méthodes

Les données utilisées ici sont les données comptables et financières de 78 Institutions de Prévoyance (IP) fournies par la Commission de Contrôle des Mutuelles et Institutions de Prévoyance (CCMIP), devenue la CCAMIP (Commission de Contrôle des Assurances, Mutuelles, et Institutions de Prévoyance) depuis le 1<sup>er</sup> janvier 2004.

Plusieurs tableaux de données, qui ne contiennent ni l'identité ni le type des institutions, sont ainsi fournis. Parmi ceux-ci, le bilan, les trois comptes de résultat, le tableau du minimum réglementaire de la marge à constituer, l'état consacré à l'action sociale et les trois tableaux de l'état des éléments statistiques relatifs à la protection sociale complémentaire (respectivement intitulés : Statistiques relatives aux différentes catégories d'opérations en France, Cotisations et prestations, Frais de santé) sont largement exploités dans cette étude, qui traite avant tout, dans la mesure du possible, la branche Non-Vie.

Les données fournies sont des données administratives initialement destinées au contrôle prudentiel des institutions de prévoyance. Ces contrôles portent essentiellement sur les comptes de résultats, le bilan et la marge à constituer. Les données transmises en complément à ces informations essentielles pour la procédure de contrôle sont de moindre qualité, comme c'est fréquemment le cas dans les fichiers administratifs.

Plusieurs retraitements ont dû être effectués afin d'en assurer la cohérence statistique et la représentativité, notamment par calage sur les données agrégées des prestations et cotisations, puis par calage sur les données du tableau récapitulatif de la protection sociale complémentaire.

2

### 6,3 milliards d'euros de prestations versées, dont près de la moitié en frais de santé

Selon les données fournies par la Commission de contrôle des mutuelles et institutions de prévoyance (CCMIP, encadré 2), 78 institutions de prévoyance ont versé en 2001 l'équivalent de 6,3 milliards d'euros de prestations, dont les trois quarts au sein de la branche Non-Vie. Les remboursements de frais de santé représentent environ la moitié de l'ensemble des prestations versées, et près des deux tiers des prestations de la branche Non-Vie (tableau 1).

Le secteur perçoit de la part de ses adhérents l'équivalent de 7,3 milliards d'euros de cotisations, dont près de la moitié également au titre des frais de santé. Le ratio prestations/cotisations de l'ensemble du secteur s'élève donc en 2001 à 0.87 mais recouvre des situations contrastées : plus faible pour la branche Vie, il s'élève à 0.94 pour la branche Non-Vie, en raison du niveau élevé des prestations d'invalidité. Le rapport prestations/cotisations en matière de frais de santé atteint quant à lui 0.89, soit un niveau similaire à celui observé la même année pour les mutuelles de santé.

### 2,4 % du financement de la dépense courante de soins et biens médicaux

Avec près de 3,1 milliards d'euros de prestations versées en 2001 en matière de frais de santé, les institutions de prévoyance participent ainsi à hauteur de 2,4 % au financement de la dépense courante de soins et de biens médicaux. La Sécurité sociale, l'État et les collectivités locales y participent à hauteur de 76,6 %, tandis que les groupements mutualistes y contribuent à hauteur de 7,1 % et les sociétés d'assurance de 2,5 %.

La participation des institutions de prévoyance à ce financement a augmenté

T  
01

masses de cotisations et prestations par catégorie de contrat

en millions d'euros

Risques et engagements	Opérations directes en France						Total			
	Collectives				Individuelles		Cotisations	Prestations	Prestations en %	Ratio P/C
	À adhésion obligatoire		À adhésion facultative							
	Cotisations	Prestations	Cotisations	Prestations	Cotisations	Prestations				
<b>Frais de santé</b>	<b>2 803,2</b>	<b>2 473,9</b>	<b>58,9</b>	<b>51,7</b>	<b>587,8</b>	<b>561,7</b>	<b>3 449,9</b>	<b>3 087,3</b>	<b>48,8%</b>	<b>0,89</b>
- Mensualisation	313,6	251,6	néant				313,6	251,6	4,0%	0,80
- Autres indemnités journalières	706,2	658,2	1,9	1,5	1,6	1,4	709,7	661,2	10,4%	0,93
- Rentes d'invalidité	596,4	762,8	2,9	2,4	1,7	2,2	601,0	767,4	12,1%	1,28
<b>Total Incapacité-Invalidité</b>	<b>1 616,2</b>	<b>1 672,6</b>	<b>4,8</b>	<b>3,9</b>	<b>3,3</b>	<b>3,6</b>	<b>1 624,3</b>	<b>1 680,2</b>	<b>26,5%</b>	<b>1,03</b>
Dépendance	4,5	1,3	0,1	-	0,8	0,7	5,4	2,0	0,0%	0,37
<b>Ensemble Non-Vie</b>	<b>4 423,9</b>	<b>4 147,8</b>	<b>63,8</b>	<b>55,6</b>	<b>591,9</b>	<b>566,0</b>	<b>5 079,6</b>	<b>4 769,5</b>	<b>75,3%</b>	<b>0,94</b>
Indemnité et prime de fin de carrière	189,5	111,0	néant				189,5	111,0	1,8%	0,59
Retraite	425,3	330,5	5,5	3,4	néant		430,8	333,9	5,3%	0,78
Autres contrats d'épargne	néant				5,2		5,2	-	0,0%	0,00
- Capitaux	986,4	722,4	4,6	4,3	13,4	8,4	1 004,4	735,1	11,6%	0,73
- Rente de conjoint survivant	410,4	204,2	3,2	0,2	0,3	-	413,9	204,4	3,2%	0,49
- Rente d'éducation ou d'orphelin	136,5	176,7	0,1	0,1	0,4	0,1	137,0	177,0	2,8%	1,29
<b>Total décès</b>	<b>1 533,3</b>	<b>1 103,3</b>	<b>7,9</b>	<b>4,6</b>	<b>14,1</b>	<b>8,5</b>	<b>1 555,3</b>	<b>1 116,5</b>	<b>17,6%</b>	<b>0,72</b>
<b>Ensemble Vie</b>	<b>2 148,1</b>	<b>1 544,8</b>	<b>13,4</b>	<b>8,0</b>	<b>19,3</b>	<b>8,5</b>	<b>2 180,8</b>	<b>1 561,4</b>	<b>24,7%</b>	<b>0,72</b>
<b>Montant total</b>	<b>6 572,0</b>	<b>5 692,6</b>	<b>77,2</b>	<b>63,6</b>	<b>611,2</b>	<b>574,5</b>	<b>7 260,4</b>	<b>6 330,9</b>	<b>100,0%</b>	<b>0,87</b>

Champ : ensemble des 78 institutions de prévoyance  
Source : CCMIP - Calculs Drees

d'un point entre 1994 et 2001, passant de 1,4 % à 2,4 %. Eu égard aux mutuelles et sociétés d'assurance, ce sont les institutions de prévoyance qui ont accru le plus leur part dans le financement des dépenses de santé au cours de cette période.

**6 institutions de prévoyance réalisent la moitié de l'activité de la branche Non-Vie**

Sur l'ensemble des 60 institutions de prévoyance qui interviennent dans la branche Non-Vie, trois d'entre elles perçoivent le tiers de l'ensemble des cotisations encaissées, les six premières d'entre elles en percevant la moitié. La concentration est similaire en ce qui concerne les prestations versées, ainsi que pour les seuls frais de santé.

Au sein de la branche Non-Vie, la soixantaine d'institutions de prévoyance présentes se réassurent en outre pour un montant total de 1,7 milliard d'euros ; elles perçoivent presque autant de la part

T  
02

réassurance au sein de la branche Non-Vie

en millions d'euros

1	Cotisations cédées aux réassureurs	1 696,2
2a	Part des réassureurs dans les prestations payées	1 428,5
2b	Part des réassureurs dans les provisions, dans les participations aux excédents, commissions reçues, etc.	273,7
<b>Charge de la réassurance [= 1 - 2(a + b)]</b>		<b>-6,0</b>

Champ : ensemble de 75 IP, Branche Non-Vie, tous types de contrats  
Source : CCMIP - Calculs Drees

des réassureurs, ce qui correspond globalement à une charge de réassurance quasi-nulle (tableau 2).

**Près de 5 millions de cotisants pour les frais de santé, dont 80 % correspondent à des contrats collectifs à adhésion obligatoire**

Les prestations versées dans le cadre des deux branches (Vie et Non-Vie) par les institutions de prévoyance sont destinées à 10,5 millions de cotisants<sup>1</sup>, appartenant à 1,5 million d'entreprises adhérentes. Les prestations de frais de santé de la branche Non-Vie sont distribuées

quant à elles à 4,95 millions de cotisants (dont près de 3,8 millions au titre des contrats collectifs obligatoires) auprès de 275 000 entreprises adhérentes.

Toutes branches confondues, les prestations attribuées dans le cadre de contrats collectifs représentent 91 % de l'ensemble des prestations versées par les institutions de prévoyance, les 9 % restants étant constitués de prestations versées dans le cadre de contrats individuels (tableau 1).

Près de 2,5 milliards d'euros de prestations de frais de santé ont été versées en 2001 au titre des contrats collectifs à

1. Ce chiffre ne compte qu'une fois les assurés à au moins deux risques.

### Comparaison des niveaux de prestations moyens des institutions de prévoyance et des mutuelles de santé

Les niveaux moyens de prestations par cotisant sont calculés dans le tableau ci-dessous pour 5 familles de prestations, et 4 groupes d'opérateurs : l'ensemble des institutions de prévoyance, l'ensemble des mutuelles de santé, puis deux sous-groupes de cet ensemble : les 100 mutuelles les plus importantes (en termes de niveau total de prestations versées sur l'ensemble de ces postes), et les 335 autres.

Pour chacun des 3 groupes constitués au sein des mutuelles (l'ensemble et les 2 sous-groupes), on calcule ensuite la contribution de l'écart de chaque type de prestations par rapport à la moyenne constatée sur l'ensemble des institutions de prévoyance. Par exemple, la contribution de l'écart de prestation en matière de pharmacie dans le groupe des 100 mutuelles les plus importantes vaut :  $(145,2 - 139,8) / (615,7 - 427,7) = 0,029$ , soit 2,9 % [arrondi à 3 % dans le tableau].

On constate ainsi que les trois premières catégories de prestations contribuent à 84 % de l'écart de niveau de prestations entre les IP et les mutuelles de santé (et à 86,5 % si l'on restreint l'analyse aux 100 plus importantes mutuelles).

En revanche, la pharmacie est le poste qui contribue le moins à ce différentiel, avec par ailleurs des niveaux de prestations par personne cotisante comparables entre les institutions de prévoyance et les 100 premières mutuelles de santé, aux alentours de 140 € par personne cotisante.

	Honoraires Médecins	Auxiliaires, laboratoires d'analyse, optique, orthopédie	Soins dentaires	Hôpitaux et sections médicalisées	Pharmacie	Ensemble
	Ensemble des 78 institutions de prévoyance		3 048 millions d'euros de prestations 4,95 millions de personnes cotisantes			
Niveau moyen de prestation	123,5	138,8	124,6	83,6	145,2	615,7
	Ensemble de 435 mutuelles de santé [Total des deux groupes ci-dessous]		7 165 millions d'euros de prestations 17,77 millions de personnes cotisantes			
Niveau moyen de prestation	72,2	78,1	58,6	59,9	134,4	403,2
Contribution à l'écart avec les IP	24	29	31	11	5	100
	Ensemble des 100 mutuelles de santé les plus importantes		5 774 millions d'euros de prestations 13,50 millions de personnes cotisantes			
Niveau moyen de prestation	76,9	83,3	64,3	63,4	139,8	427,7
Contribution à l'écart avec les IP	25	29,5	32	10,5	3	100
	Ensemble des 335 mutuelles de santé les plus petites		1 391 millions d'euros de prestations 4,27 millions de personnes cotisantes			
Niveau moyen de prestation	57,5	61,8	40,8	48,3	117,3	325,7
Contribution à l'écart avec les IP	23	26,5	29	12	9,5	100

Les niveaux moyens de prestation sont exprimés en euros et par personne cotisante  
Les contributions à l'écart avec les IP sont exprimées en %

Les calculs des moyennes ont été effectués sur les mutuelles ayant effectivement ventilé leurs prestations (soit 80% des mutuelles de santé)  
Le taux de réponse est par ailleurs quasi-intégral sur le champ des 100 premières mutuelles  
7 16 milliards sont ainsi représentés ici au total au lieu des 7 8 milliards de ce secteur après ventilation de la non-réponse sur ces postes

Sources : CCMIP Drees l'annuaire Groupements Mutualistes 2001  
Calculs Drees

adhésion obligatoire, ce qui représente 80 % de l'ensemble des prestations versées à ce titre (tableaux 1 et 3). Le reste est constitué de prestations versées dans le cadre de contrats collectifs à adhésion facultative (moins de 2 %) et surtout de contrats individuels (18 %).

### Des remboursements de frais de santé dépassant 620 € par personne cotisante

Les personnes cotisantes à une institution de prévoyance ont reçu en moyenne 624 € de prestations de frais de santé en 2001, soit un niveau nettement supérieur à celui observé pour les mutuelles de santé, dont le niveau de prestations maladie par cotisant se situe en moyenne aux alentours de 400 €<sup>2</sup>.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer cette situation. Tout d'abord, les caractéristiques des personnes couvertes ne sont pas nécessairement identiques entre les deux catégories d'opérateurs, notamment en termes d'état de santé, d'âge ou de niveau socio-économique. En outre, la comparaison par personne cotisante peut être délicate, dans la mesure où certaines mutuelles ont davantage de cotisants au sein d'une même entité familiale - il faudrait, pour plus d'exactitude, raisonner directement sur les personnes protégées ou analyser en parallèle le rapport personnes cotisantes/personnes couvertes.

D'autre part, une étude réalisée par l'Irdes en février 2004<sup>3</sup> met en évidence la meilleure couverture globale offerte par les contrats collectifs par rapport aux contrats individuels<sup>4</sup>. Or, les contrats des institutions de prévoyance sont majoritairement collectifs et pourraient offrir à ce titre des couvertures plus favorables, notamment pour les soins pou-

2. Les comparaisons par personne protégée (bénéficiaires) n'ont pu être élaborées, en raison de l'absence de l'information sur les effectifs de personnes protégées dans les tableaux fournis. Le calcul en 2001 pour les mutuelles est effectué sur le champ des 549 mutuelles de santé, à partir du tableau 6 fourni dans *Études et Résultats* n°299, mars 2004 (<http://www.sante.gouv.fr/drees/etude-resultat/er-pdf/er299.pdf>).

3. COUFFINHAL Agnès, PERRONNIN Marc : « Accès à la couverture complémentaire maladie : une comparaison des niveaux de remboursement », *Questions d'économie de la santé*, n°80, Irdes, février 2004.

4. Pour plus d'exactitude, il aurait fallu procéder à une analyse comparative des contrats collectifs des IP *stricto sensu* et des contrats individuels des mutuelles *stricto sensu*, qui représentent pour ces opérateurs les trois quarts des contrats. Le nombre de personnes cotisantes par type de contrat n'est pas disponible pour les mutuelles. Toutefois, les résultats - déjà significatifs ici, le seraient *a fortiori* davantage dans le cadre d'une telle analyse.

vant donner lieu à dépassements (honoraires médicaux), ceux moins bien remboursés par la Sécurité sociale (dentaire et optique) ou encore ceux qu'elle ne prend pas en charge (suppléments pour chambre individuelle).

En effet, les niveaux des remboursements approchés par le montant moyen de prestations par personne cotisante sont plus élevés sur certains postes, comme les soins dentaires, l'optique et les honoraires médicaux. Ainsi, en ce qui concerne les soins dentaires, le niveau moyen de prestations par personne cotisante versé par les institutions de prévoyance est de 125 €, contre 59 € dans le cas des mutuelles de santé, soit plus du double. Ces trois catégories de dépenses contribuent à elles seules à près de 84 % de la différence de niveau de prestations entre les deux catégories d'opérateurs (encadré 3).

En revanche, pour les dépenses d'hospitalisation et surtout de pharmacie (qui ne comprennent pas de dépassement), les écarts sont nettement moindres, *a fortiori* lorsque l'on restreint le champ de la comparaison aux mutuelles les plus importantes. Ainsi, les prestations de pharmacie ne contribuent qu'à hauteur de 5 % environ à cet écart, et à 3 % seulement si l'on compare les prestations offertes par les 100 premières mutuelles de santé à celles des institutions de prévoyance.

Ces écarts se retrouvent au niveau de la structure globale des frais de santé pris en charge par les institutions de prévoyance (tableau 3) : en 2001, la pharmacie représente en effet 23 % des frais de soins qu'elles remboursent, contre un tiers<sup>5</sup> pour les groupements mutualistes en 2001. En revanche, les dépenses liées aux soins dentaires atteignent 20 % de l'ensemble des prestations de frais de

santé versées par les institutions de prévoyance, contre 14 % pour les groupements mutualistes.

### *Des cotisations élevées mais en partie prises en charge par les employeurs*

Les cotisations perçues par les institutions de prévoyance sont également plus élevées que dans le cas des mutuelles de santé : en moyenne près de 700 € par personne cotisante, soit environ 54 % de plus. Toutefois, la majeure partie des contrats sont des contrats collectifs, dont les cotisations sont partiellement prises en charge par les employeurs, et peuvent de surcroît ouvrir le droit à des exonérations fiscales<sup>6</sup>.

### *28 millions d'euros consacrés à l'action sociale*

En parallèle aux prestations qu'elles versent au titre des différentes garanties de prévoyance, les institutions de prévoyance mènent directement une action sociale auprès de leurs adhérents, au travers d'aides financières directes (secours, aides d'urgence aux personnes en difficulté, etc.), de facilitation de l'accès aux soins ou encore d'actions de prévention.

En 2001, les 60 institutions ont prélevé au titre de cette action sociale 26 millions d'euros<sup>7</sup> sur les opérations Vie et Non-Vie et ont distribué l'équivalent de 28 millions d'euros d'allocations et d'attributions, dont plus de la moitié à caractère individuel.

**T 03** montants et structure des prestations de frais de santé

	Opérations directes en France			Total	en millions d'euros %
	Collectives		Individuelles		
	À adhésion obligatoire	À adhésion facultative			
Hôpitaux et sections médicalisées	294,8	6,4	112,7	413,8	13,4%
Cabinets libéraux / médecins	524,8	9,2	77,3	611,3	19,8%
Cabinets libéraux / auxiliaires	93,1	1,7	21,6	116,5	3,8%
Cabinets libéraux / dentistes	539,7	9,0	68,1	616,9	20,0%
Laboratoires d'analyse	77,4	2,2	19,4	99,0	3,2%
Établissements thermaux	20,8	0,6	10,7	32,1	1,0%
Sous-total soins ambulatoires	1 255,9	22,7	197,1	1 475,7	47,8%
Transports	5,1	0,1	2,3	7,5	0,2%
<b>Total : prestations de soins</b>	<b>1 555,9</b>	<b>29,2</b>	<b>312,0</b>	<b>1 897,1</b>	<b>61,4%</b>
Officines pharmaceutiques	499,9	14,5	204,0	718,5	23,3%
Lunetterie et orthopédie	418,1	7,9	45,7	471,7	15,3%
<b>Total : biens médicaux</b>	<b>918,0</b>	<b>22,5</b>	<b>249,7</b>	<b>1 190,2</b>	<b>38,6%</b>
<b>Total des prestations</b>	<b>2 473,9</b>	<b>51,7</b>	<b>561,7</b>	<b>3 087,3</b>	<b>100,0%</b>

Champ : ensemble des 78 institutions de prévoyance  
Source : CCMIP - Calculs Drees

5. ROUSSEL Philippe : « les mutuelles en France : un panorama économique en 2001 », *Études et Résultats* n°299, Drees, mars 2004, consacré à un panorama économique des groupements mutualistes [calculs des proportions effectués à partir du sous-total *Maladie*].

6. La Drees ne dispose pas d'information statistique dans ce domaine, mais selon le Centre Technique des Institutions de Prévoyance, la part employeur se situe en général entre 50% et 60 % ; quant à la partie effectivement payée par le salarié, elle vient en déduction du salaire imposable.

7. Il s'agit ici des résultats agrégés du compte non technique au titre de l'action sociale.

**Un déficit technique de la branche Non-Vie d'environ 143 millions d'euros en 2001, pour un résultat d'exercice global excédentaire de 221 millions d'euros**

Dans la comptabilité des institutions de prévoyance, trois comptes de résultat sont fournis : un compte de résultat technique qui permet de retracer l'ensemble des opérations et de

dégager un résultat technique pour chacune des deux branches (Vie et Non-Vie), ainsi qu'un compte de résultat non technique qui permet de dégager le résultat d'exercice de l'ensemble de la structure (encadré 4).

Les résultats techniques des deux branches ne sont toutefois pas strictement interprétables comme des résultats d'exploitation dans la mesure où ils intègrent

une partie des produits financiers. Le compte non-technique reprend ensuite le résultat technique de chaque branche en détaillant les résultats financiers, et en intégrant ceux des opérations non assurantielles ainsi que d'éventuels résultats exceptionnels. C'est ce compte de résultat non-technique qui permet de dégager le résultat d'exercice de l'institution de prévoyance (encadré 4, tableau 5).

**E•4**

**Les trois comptes de résultat**

*Dans la comptabilité des institutions de prévoyance, 3 comptes de résultat sont fournis : un compte de résultat technique par branche (Vie et Non-Vie) ainsi qu'un compte de résultat non technique.*

Le **compte de résultat technique Non-Vie** (tableau 4) détaille entre autres les cotisations acquises, les charges des sinistres et des provisions, la participation aux résultats, d'autres charges et produits techniques ainsi que les frais d'acquisition et d'administration. Une ligne, intitulée « Produits des placements alloués du Compte non-technique » correspond grosso modo à ce que l'on pourrait appeler le **résultat financier de la branche Non-Vie**. Ce résultat partiel est d'ailleurs reporté dans le compte de résultat non technique (tableau 5), à la rubrique « Produits des placements transférés au compte technique Non-Vie » et s'élève en 2001 à 182 millions d'euros. Ce premier compte de résultat permet de dégager le **résultat technique des opérations nettes de la branche Non-Vie** (dernière ligne du tableau 4), qui est reporté en première ligne du compte de résultat non-technique (tableau 5).

Outre les cotisations, la charge des sinistres, la charge des provisions, les frais d'acquisition et d'administration, la participation aux résultats, d'autres charges et produits techniques, le **compte de résultat technique Vie** comprend 3 postes, respectivement intitulés : produits des placements, charges des placements et produits des placements transférés au compte non-technique. Ils permettent de déterminer ce qu'on peut appeler par excès de langage un **résultat financier de la branche Vie**. De la même façon, le compte de résultat technique Vie permet de dégager le **résultat technique des opérations nettes de la branche Vie**, qui est reporté en deuxième ligne du compte de résultat non-technique (tableau 5).

Enfin, le **compte de résultat non technique** (tableau 5) reprend tout d'abord les deux résultats globaux des deux comptes décrits ci-dessus, dits résultats techniques. Est ensuite détaillé sur 4 postes un **résultat financier global**, qui vise à refléter la rémunération des fonds propres de la structure, et non celle des activités proprement dites (d'où le système d'allocation et de transfert évoqué). Le résultat des autres opérations non techniques correspond quant à lui au résultat des opérations non assurantielles (action sociale, gestion pour comptes de tiers, etc.). L'ensemble est complété par un résultat exceptionnel, et une rubrique sur les impôts sur le résultat. La somme agrégée de ces différents résultats fournit in fine le résultat de l'exercice, qui correspond donc au résultat net global de la structure.

Des comparaisons avec le secteur mutualiste en matière de résultats ne sont pas envisageables en 2001, en raison de la présentation différente des comptes. Le résultat technique Non-Vie des institutions de prévoyance (déficit de 143 millions d'euros en 2001) est à relier avec le résultat global des mutuelles de santé versant effectivement des prestations, excédentaire de 32 millions d'euros en 2001 ; ce dernier prend toutefois en compte la gestion des réalisations sociales de ces mutuelles et intègre la partie des résultats financiers rémunérant les fonds propres de la structure, qui n'est reprise qu'au niveau du compte non technique pour les institutions. En revanche, à partir de 2003, suite à l'introduction du nouveau Code de la Mutualité, la présentation des comptes de résultat des groupements mutualistes sera très proche de celle des institutions de prévoyance, avec notamment des comptes techniques par branche et un compte non technique.

**E•5**

**Estimation de la marge de solvabilité de la branche Non-Vie**

*Le bilan permet d'obtenir les fonds propres globaux mais sans précision sur leur affectation à la branche Vie ou Non-Vie. En les comparant à l'ensemble des cotisations du secteur, on obtient ainsi une « marge de solvabilité globale » des institutions de prévoyance qui s'élève à 116 % en 2001.*

En revanche, le bilan détaille l'ensemble des provisions à destination des branches Vie et Non-Vie, permettant ainsi d'obtenir une estimation grossière de la marge de solvabilité effective de la branche Non-Vie.

Pour réaliser cette estimation, deux méthodes sont possibles, le niveau réel se situant probablement entre les deux montants obtenus.

On détermine tout d'abord le ratio de l'ensemble des provisions Non-Vie (provisions pour cotisations non acquises, pour sinistres, pour participation aux excédents et ristournes, pour égalisation et autres provisions techniques Non-Vie) par rapport à l'ensemble des provisions du bilan. Ce ratio est appliqué au montant total des fonds propres. Cette première estimation conduit à un niveau de 4,60 milliards d'euros en 2001.

La seconde estimation consiste à affiner ce ratio, tout en l'appliquant aux mêmes fonds propres. Au numérateur, en plus des provisions Non-Vie, on ajoute les prestations et frais payés nets Non-Vie obtenus dans le compte de résultat. Au dénominateur, en plus de l'ensemble des provisions, on ajoute l'ensemble des prestations et frais payés nets. Ce ratio conduit à une estimation de 4,95 milliards d'euros pour la branche Non-Vie.

Au final, la marge de solvabilité théorique de la branche Non-Vie couvre environ 5 fois le niveau réglementaire, et l'ensemble des fonds propres théoriques Non-Vie couvre la majeure partie des cotisations Non-Vie (entre 90 % et 97 % selon la méthode de calcul).

Malgré l'apport de certains produits financiers, le résultat technique des institutions de prévoyance dans la branche Non-Vie apparaît globalement déficitaire de 142,6 millions d'euros en 2001 (tableau 4). La rentabilité<sup>8</sup> moyenne de la branche Non-Vie est donc négative (- 4,2 %).

En revanche, la branche Vie dégage en 2001 un excédent technique de 104 millions d'euros en 2001. Sa rentabilité moyenne est donc positive et s'élève à + 6,8 %.

Agrégué au sein du compte de résultat non technique, le résultat financier global des institutions de prévoyance s'élève à 295 millions d'euros en 2001 (tableau 5) et permet *in fine* de dégager un résultat d'exercice global excédentaire de 221 millions d'euros.

### *Des fonds propres et une marge de solvabilité élevés*

La réglementation en vigueur prévoit un seuil minimum pour la marge de solvabilité à constituer dans chacune des deux branches (Vie et Non-Vie). Deux méthodes standardisées<sup>9</sup> de calcul pour déterminer le minimum réglementaire de la branche Non-Vie sont appliquées, d'une part à partir du montant total des cotisations, d'autre part à partir du total des prestations, la marge à constituer étant le montant le plus élevé issu de ces deux calculs. En 2001, la marge minimale réglementaire à constituer par l'ensemble du secteur au titre de la branche Non-Vie s'élevait ainsi à 746 millions d'euros, et le montant du fonds de garantie<sup>10</sup> à constituer à 250 millions d'euros, soit un total d'environ 1 milliard d'euros.

Avec 8,4 milliards d'euros de fonds propres inscrits au bilan des institutions

## **T** 04 **compte de résultat technique des opérations nettes Non-Vie**

		en millions d'euros
1	Cotisations acquises nettes	3 451,0
2	Produits nets des placements alloués du compte non technique	182,2
3	Autres produits techniques nets	57,8
4	Charges des sinistres nettes (dont prestations et frais payés)	3 212,4
5	Charge nette des autres provisions techniques	242,0
6	Participation nette aux résultats	121,3
7	Frais d'acquisition et d'administration nets	134,0
8	Autres charges techniques nettes	119,3
9	Charge de la provision pour égalisation	4,6
<b>Résultat technique des opérations Non-Vie [= 1 + 2 + 3 - 4 - 5 - 6 - 7 - 8 - 9]</b>		<b>-142,6</b>
Les opérations nettes sont les opérations brutes diminuées des cessions et rétrocessions aux réassureurs		
Champ : ensemble des 78 institutions de prévoyance		
Source : CCMIP - Calculs Drees		

## **T** 05 **compte de résultat non technique**

		en millions d'euros
1a	Résultat technique des opérations Non-Vie	-142,6
1b	Résultat technique des opérations Vie	104,1
2a	Produits des placements	713,8
2b	Produits des placements alloués du compte technique Vie	-43,1
2c	Produits des placements transférés au compte technique Non-Vie	182,2
2d	Charges des placements	279,8
2	<b>Résultat financier global [= 2(a - b - c - d)]</b>	<b>294,9</b>
3a	Autres produits non techniques	9,1
3b	Autres charges non techniques	38,7
3	<b>Résultat des autres opérations non techniques [= 3(a - b)]</b>	<b>-29,6</b>
4	<b>Résultat exceptionnel</b>	<b>-4,5</b>
5	<b>Impôts sur le résultat</b>	<b>1,0</b>
<b>Résultat de l'exercice [= 1(a+b) + 2 + 3 + 4 - 5]</b>		<b>221,3</b>
Champ : ensemble des 78 institutions de prévoyance		
Source : CCMIP - Calculs Drees		

de prévoyance, dont 7,9 milliards au titre des « autres réserves », ces niveaux apparaissent largement couverts. Une estimation théorique des fonds propres spécifiquement dévolus à la branche Non-Vie (encadré 5) indique à cet égard que ce niveau serait couvert environ cinq fois.

Le rapport théorique des fonds propres ainsi estimés aux cotisations de la branche Non-Vie serait quant à lui situé dans une fourchette de l'ordre de 90 à 97 % en 2001 (encadré 4), soit un niveau supérieur de l'ordre de 8 à 15 points à celui observé pour l'ensemble des groupements mutualistes la même année. ●

8. La rentabilité est une mesure comptable résultant du rapport du résultat technique Non-Vie aux cotisations acquises nettes Non-Vie (prélevés tous deux au niveau du compte de résultat technique Non-Vie). L'indicateur moyen résulte d'une moyenne pondérée par le niveau de cotisations de chaque institution.

9. Directement issues de la transposition des directives européennes en matière d'assurance, et qui dépendent à la fois du volume et du type d'activité de l'institution.

10. Ce fonds de garantie vaut le tiers de la marge mais ne peut être inférieur à 225 000 €

Ministère de l'Emploi, du Travail et de la Cohésion sociale  
Ministère de la Santé et de la Protection sociale

11, place des Cinq martyrs du Lycée Buffon  
75696 Paris cedex 14

Pour toute information sur nos publications récentes :

**Internet** : [www.sante.gouv.fr/htm/publication](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication)

Tél. : 01 40 56 81 24

- un hebdomadaire :

### **Études et Résultats**

consultable sur Internet

abonnement gratuit à souscrire auprès de la DREES

télécopie : 01 40 56 80 38

[www.sante.gouv.fr/htm/publication](http://www.sante.gouv.fr/htm/publication)

- trois revues trimestrielles :

### **Revue française des affaires sociales**

revue thématique

dernier numéro paru :

« Psychiatrie et santé mentale : innovations dans le système de soins et de prise en charge »

n° 1, janvier - mars 2004

### **Dossiers Solidarité et Santé**

revue thématique

dernier numéro paru :

« Outils et méthodes statistiques  
pour les politiques de santé et de protection sociale »,

n° 1, janvier - mars 2004

- des ouvrages annuels :

### **Données sur la situation sanitaire et sociale en France**

#### **Comptes nationaux de la santé**

#### **Comptes de la protection sociale**

- et aussi...

### **STATISS, les régions françaises**

Résumé des informations disponibles dans les services statistiques des DRASS

consultable sur Internet :

[www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm](http://www.sante.gouv.fr/drees/statiss/default.htm)

Les revues et ouvrages sont diffusés par la Documentation Française

29, quai Voltaire - 75344 Paris cedex 07

tél. : 01 40 15 70 00

**Internet** : [www.ladocfrancaise.gouv.fr](http://www.ladocfrancaise.gouv.fr)