



Les assurances de personnes

En 2009, le secteur des assurances de personnes a enregistré des avancées majeures. En matière d'assurance vie, l'accent a été mis sur la protection et l'information du client. L'engagement des assureurs pour la recherche des bénéficiaires de contrats d'assurance vie non réclamés a été renforcé. S'agissant des modalités de commercialisation des contrats, un vaste chantier d'harmonisation européenne est engagé.

Dans bien des domaines, les assureurs ont développé des dispositifs favorisant les meilleures conditions possibles de couverture. Il en a été ainsi dans le cadre de la convention AERAS pour l'assurance emprunteur des personnes ayant un risque de santé aggravé. En assurance santé, plusieurs dispositifs ayant fait preuve de leur efficacité ont été généralisés, favorisant une meilleure implication des professionnels de l'assurance dans la gestion du risque santé. Les organismes complémentaires réunis au sein de l'UNOCAM ont d'ailleurs émis un ensemble de propositions communes afin d'améliorer l'efficience globale du système.

95 %

des personnes présentant un risque aggravé de santé ont fait l'objet d'une proposition d'assurance



Les faits marquants 2009

L'assurance vie: le placement préféré des Français et le pilier de la sortie de crise p. 13
Les conséquences du vieillissement de la population sur l'assurance p. 18

Assurance santé : deux dispositifs confirmés

La carte DUO devient la « Carte Associée »

Depuis deux ans, la carte DUO, carte à puce portant les droits de l'assurance complémentaire et intégrée au dispositif SESAM Vitale, était expérimentée dans six départements (Bouches-du-Rhône, Var, Deux-Sèvres, Vienne, Calvados, Seine-Maritime) auprès des assurés de quatre compagnies (Aviva, AXA, Groupama/Gan et MMA), rejoints plus récemment par ceux du groupe Novalis.

Au cours de cette période de test, le nouveau dispositif a fait preuve de son efficacité et de sa facilité d'utilisation. Il a rencontré un accueil très encourageant auprès des pharmaciens (selon un sondage CSA, 88 % d'entre eux y sont favorables) qui se trouvent ainsi exonérés de saisie informatique manuelle, et disposent d'un outil de fiabilisation du tiers-payant facilitant un paiement plus rapide.

Les 200 000 assurés qui ont participé à l'expérimentation ont également été conquis (80 % de satisfaits). Ainsi la carte DUO, véritable complément à la Carte Vitale, a été utilisée pour régler 70 000 factures de pharmacie dans le cadre d'un tiers-payant intégral sur leurs dépenses de médicaments.

Devant ces résultats très positifs, et à la demande de la FFSA, le conseil de surveillance Sesam-Vitale s'est prononcé à l'unanimité le 10 juin 2009 en faveur de la généralisation de la carte DUO, qui prend désormais le nom de « Carte Associée ».

La FFSA se réjouit de cette décision qui permet de faire encore progresser la qualité du service apporté aux assurés et d'offrir une solution ouverte à tous les acteurs du monde de la complémentaire santé.



Fort de ce lancement réussi, la « Carte Associée » devrait, à terme, sortir du cadre initial du tiers-payant pour devenir un support interactif offrant toute une gamme de services.

Les conditions de l'accès aux données de soins

La Commission nationale informatique et libertés (CNIL) a donné son aval, en décembre 2009, pour généraliser l'expérimentation d'accès aux données de soins détaillées, conduite par AXA dans le domaine du médicament, et Groupama dans celui de l'optique. Cet accord vaut sous réserve du respect d'un certain nombre de conditions.

Soucieuse de sécuriser l'accès à des informations personnelles, la FFSA se rallie à la position de la CNIL, qui précise que les assureurs complémentaire santé pourront accéder aux données de soin à travers le filtre d'un tiers de confiance, qu'il s'agisse d'une entité juridique externe à l'entreprise d'assurance ou d'une « boîte noire » au sein du système d'information de l'assureur.

La FFSA se félicite, qu'à travers ses conclusions, la CNIL lève l'un des obstacles qui s'opposait à une plus grande implication des organismes d'assurance maladie complémentaire (OCAM) dans la politique de gestion du risque santé et permette à ceux-ci de sortir du rôle de « payeurs aveugles » dans lequel ils étaient trop souvent confinés. Car

jusqu'à présent, en prenant l'exemple des médicaments, les seules informations portées à leur connaissance étaient celles relatives au taux de remboursement pratiqué par la Sécurité sociale et non l'identification des médicaments délivrés.

Cet accès à l'information permettra de mieux structurer et moduler l'offre de services en étendant, par exemple, les garanties à des médicaments non remboursés par la Sécurité sociale ou en ne remboursant plus systématiquement l'ensemble des médicaments dont le service médical rendu est faible.



91%

des assurés sont favorables à un usage étendu de la « Carte Associée »

Source : enquête CSA 2008.



Une plateforme de propositions communes émanant de l'UNOCAM

L'Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire (UNOCAM), qui réunit trois familles d'organismes d'assurance maladie complémentaire aux identités fortes et diverses – les mutuelles régies par le code de la mutualité, les entreprises d'assurances régies par le code des assurances et les institutions de prévoyance régies par le code de la Sécurité sociale –, a élaboré une plateforme de propositions communes en vue du projet de loi de financement de la Sécurité sociale (PLFSS) 2010.

Les orientations proposées par l'UNOCAM ont pour objectif d'améliorer l'efficacité du système de santé, en permettant aux complémentaires de s'impliquer davantage dans des domaines où des gains en termes d'amélioration de soins et de maîtrise des dépenses peuvent être obtenus.

Parmi ces propositions figurent notamment :

- la capacité d'agir sur la régulation des dépassements d'honoraires médicaux dont les OCAM remboursent 30 à 40 %, notamment en informant les assurés ;
- l'accompagnement des décisions de déremboursement des médicaments à service médical rendu insuffisant pour dégager des moyens pour la prise en charge de prestations de produits innovants ;
- l'expérimentation de nouveaux modes de rémunération des professionnels de santé pour les maladies chroniques ;
- une meilleure articulation de l'assurance maladie obligatoire et complémentaire en matière d'optique, de dentaire et d'audioprothèse ;
- l'amélioration de la lisibilité des garanties des complémentaires auprès des assurés ;
- le refus inconditionnel d'une nouvelle augmentation de la taxe sur le chiffre d'affaires des complémentaires abondant le fonds Convention maladie universelle (CMU).

La contribution des OCAM à la campagne de vaccination antigrippale

Dans le contexte exceptionnel de pandémie grippale, les membres de l'UNOCAM ont apporté leur concours financier à l'effort de solidarité nationale en participant à l'achat des doses de vaccins contre la grippe A (H1N1).

Le dispositif spécifique mis en place par les pouvoirs publics, sans concertation, pour la campagne de vaccination ne permettait malheureusement pas une participation financière des organismes d'assurance maladie complémentaire pour leurs assurés dans les conditions habituelles de remboursement (en l'absence de ticket modérateur). Faute de pouvoir individualiser les remboursements, il a donc été convenu que les OCAM participent de façon forfaitaire sur la base du montant total des achats de vaccins, en tenant compte du taux habituel de remboursement des vaccins par les complémentaires (35 %) et du taux de détention d'une couverture complémentaire en santé dans la population française (93 %).

Cette participation a finalement pris la forme d'une « contribution exceptionnelle », assise sur le montant hors taxes des primes ou cotisations émises des contrats d'assurance maladie complémentaire. Son taux initialement fixé à 0,94 % a ensuite été ramené à 0,77 %. Quelque 6 millions de personnes ont été vaccinées en France. L'annonce par le gouvernement, le 4 janvier 2010, de la résiliation de la commande par l'État d'environ 50 millions de doses de vaccins doit amener à ajuster cette contribution.



La bonne gestion des assureurs complémentaire santé

En réaction à un rapport de la Cour des Comptes de septembre 2008, qui soulignait un différentiel présumé des coûts de gestion entre l'assurance maladie et les assureurs complémentaire santé, la FFSA a procédé, en 2009, à une étude comparative, confiée à un organisme indépendant, le Bureau d'information et de prévisions économiques (BIPE). Celui-ci a conclu à la bonne gestion des assureurs complémentaire santé.

Le BIPE a eu recours à une méthodologie rigoureuse, s'appuyant sur des données précises fournies par un panel représentatif des plus grandes entreprises d'assurances en santé, tandis que la Cour des Comptes n'avait eu accès qu'aux comptes nationaux de santé et avait dû se livrer à des extrapolations très contestables pour parvenir à des conclusions faussées.

La FFSA a pointé du doigt le fait que l'assurance maladie obligatoire et les assureurs complémentaire interviennent sur des périmètres non homogènes, qu'ils ne remboursent pas exactement les mêmes lignes et gèrent des volumes de prestations très différents.

En ramenant la comparaison à périmètre équivalent, le BIPE a conclu que la gestion des assureurs complémentaire de la FFSA n'est pas plus coûteuse que celle du régime obligatoire. Elle se révèle même plus performante si l'on tient compte du fait que les assureurs complémentaire gèrent une grande diversité de contrats pour répondre aux besoins de leurs assurés. Une conclusion qui s'avère peu surprenante sur un marché très concurrentiel qui impose une optimisation permanente des circuits de gestion.



Assurance emprunteur: un dispositif performant

Le deuxième rapport d'étape sur le fonctionnement de la convention « S'assurer et emprunter avec un risque aggravé de santé (AERAS) » a été remis au gouvernement et aux présidents des deux assemblées en novembre 2009. Il dresse un bilan positif après trois années d'application et avant sa reconduction prévue en 2010.

Mis en œuvre depuis le 6 janvier 2007, ce dispositif innovant confirme la volonté des membres de la FFSA de proposer des solutions appropriées pour élargir l'accès à l'assurance et ce faisant aux crédits immobiliers et professionnels pour les personnes présentant un risque aggravé de santé.

Un accès renforcé à l'assurance

Dans un contexte marqué par la crise de l'immobilier et la raréfaction des acquéreurs, l'année 2009 a vu les demandes d'assurance au titre des crédits immobiliers et professionnels demeurer quasi stables (-1 %) par rapport à 2008.

Plus de 3,7 millions de dossiers d'assurance de prêts ont été déposés parmi lesquels 11 % (400 000 dossiers) concernent des personnes présentant un risque aggravé de santé. Cette part est légèrement supérieure à celle de l'année 2008. La quasi-totalité de ces dossiers, soit 95 % d'entre eux, ont fait l'objet d'une proposition d'assurance couvrant au minimum le risque décès. Dans 3 % des cas seulement, les assureurs n'ont pu faire de proposition.

Des couvertures élargies

- La couverture décès était incluse dans 100 % des propositions faites par les assureurs en 2009. Cette proposition est faite dans 57 % des cas aux conditions standards du contrat, dans 41 % des cas avec une surprime et dans 2 % des cas sans surprime mais avec exclusion ou limitation de garanties.
- La couverture PTIA (perte totale et irréversible d'autonomie) a été prise en compte pour 90 % des demandes : 45 % d'entre elles ont bénéficié d'une proposition aux conditions standards du contrat, 4 % en intégrant une surprime et 41 % sans surprime mais avec exclusion ou limitation de garanties.
- La couverture « incapacité-invalidité » a été retenue pour 77 % des demandes : dans 23 % des cas, cette proposition a été faite aux conditions standards du contrat, dans 4 % des cas elle a comporté une surprime et dans 50 % des cas elle n'a compris aucune surprime mais une exclusion ou limitation de garanties.

Retraite : l'importance des régimes supplémentaires

Mis en place en 1945, le système français de retraite est menacé par les évolutions démographiques de notre pays. L'enjeu de la réforme à venir est donc important : il s'agit tout à la fois d'éviter de reporter le financement du déficit sur les générations futures, et de maintenir un niveau acceptable de revenus aux retraités. Les assureurs ont un rôle important à jouer, notamment *via* les régimes de retraite supplémentaires.

L'équilibre du système qui se caractérise par une juxtaposition de régimes – le régime général couvre tous les salariés du secteur privé tandis que les autres catégories de salariés (fonction publique de l'État, des collectivités territoriales et hospitalière, mines, agriculture, chemins de fer, autres entreprises publiques) relèvent de régimes spéciaux – est remis en cause. Les dernières simulations du Conseil d'orientation des retraites font état, malgré des hypothèses volontaristes de retour au plein emploi et de hausse de la croissance (+ 1,5 % par an), d'un déficit des régimes de retraite de l'ordre de 70 milliards d'euros par an en 2030 et de 100 milliards par an en 2050. La dette cumulée représentera alors un montant de l'ordre de 100 % du PIB.

Pour éviter de faire peser cette charge sur les générations à venir, il convient d'encourager l'épargne retraite individuelle ou dans le cadre

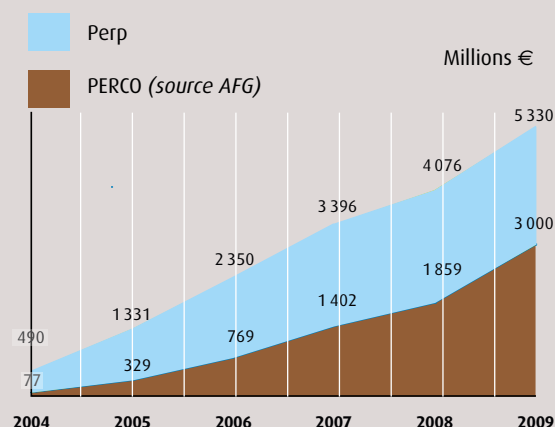
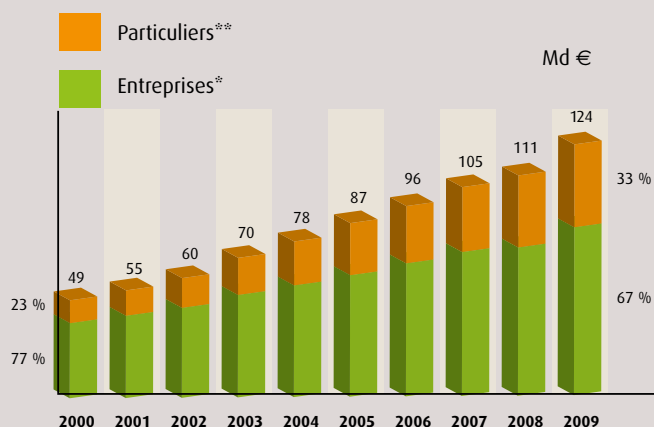


de l'entreprise, qui alimente également la croissance économique par une augmentation de l'investissement financier de long terme.

Les assureurs ont un rôle à jouer en la matière. Ils sont déjà présents *via* les produits de retraite volontaire fonctionnant en capitalisation tels que ceux définis notamment par la loi Fillon : plan d'épargne retraite populaire (PERP), plan d'épargne retraite entreprise (PERE), contrat Madelin et Madelin agricole pour les travailleurs non salariés et pour les salariés des entreprises, contrats à cotisations définies (article 83 du CGI) et contrats à prestations définies (article 39 du CGI). Les contrats d'assurance retraite représentaient pour les sociétés d'assurances à fin 2009 un encours estimé à 124 milliards d'euros (soit 10 % des provisions vie), des cotisations de 12 milliards d'euros et des prestations de 6 milliards d'euros. Un tiers est constitué de contrats de particuliers, dont le PERP qui totalise un encours de 5,3 milliards d'euros, soit un montant supérieur à celui du PERCO (3 milliards d'euros) qui n'est pas un produit d'assurance et dont les flux sont alimentés à 40 % par un abondement de l'entreprise.



Une progression régulière des encours d'épargne retraite



* Article 39 (dont IFC), article 82, article 83, PERE.
 ** Madelin, Madelin agricoles, PERP et assimilés.

D'une façon générale, le cadre de la réforme des retraites de 2010 devra améliorer la fiscalité de la rente viagère pour les produits d'épargne retraite volontaire. Car aujourd'hui, ce type de sortie est pénalisé pour les produits d'assurance vie, ainsi que pour le PERE et le PERP, ce dernier bénéficiant seulement d'un différé d'imposition qui n'est pas toujours un avantage.

Il serait souhaitable également d'assouplir les modalités de sortie de l'ensemble des produits d'épargne retraite en phase de constitution, d'élargir les possibilités de versement sur les contrats de retraite d'entreprise à cotisations définies (article 83 du CGI) et de simplifier le fonctionnement des contrats de retraite volontaire PERP et PERE.



Les contrats d'assurance vie non réclamés : une mobilisation accrue

Apporter le plus d'informations possible aux assurés et les assister dans leurs démarches font partie des missions de chaque assureur. Dans un double souci de transparence et d'efficacité, l'ensemble de la profession s'engage régulièrement à améliorer certaines situations.

Depuis de nombreuses années, la profession de l'assurance s'est fortement mobilisée pour faciliter la recherche des contrats non réclamés. Elle dispose depuis 2009, avec l'accès au répertoire national de l'INSEE, des nouveaux moyens indispensables pour effectuer ces démarches.

Les sommes non réclamées étaient, jusqu'en 2007, attribuées comme participation aux bénéfices techniques à la mutualité des autres assurés. Depuis la loi de financement de la Sécurité sociale pour 2007, les sommes issues des contrats non réclamés sont affectées au Fonds de réserve des retraites, trente ans après le terme du contrat ou le décès de l'assuré.

La FFSA réalise tous les ans auprès des sociétés vie une enquête permettant d'évaluer ce montant. Au 31 décembre 2009, les sommes non réclamées atteignaient 1,05 milliard d'euros, montant supérieur à celui observé à la fin de l'année précédente (850 millions d'euros) en raison de la montée en charge du service rendu par les assureurs pour retrouver les personnes décédées à travers l'organisme chargé de centraliser les demandes (Agira).

Dans 80 % des cas, la recherche du bénéficiaire ne pose aucune difficulté puisque c'est le souscripteur, en vie au terme du contrat, qui perçoit lui-même la rente ou le capital. De surcroît, en cas de décès de l'assuré, les bénéficiaires sont, dans 80 % des cas, ses conjoints ou ses enfants.

Pour se donner les moyens de traiter les cas les plus difficiles, la FFSA s'est toutefois fortement mobilisée avec les pouvoirs publics et les parlementaires.



Les différents dispositifs de retraite supplémentaire à adhésion collective

Contrat de retraite à prestations définies (article 39) : contrat d'assurance retraite à droits conditionnels souscrit et financé en totalité par l'entreprise prévoyant (pour tous les salariés ou pour une catégorie de salariés) le versement d'une rente viagère, dès lors que le salarié est présent dans l'entreprise au moment du départ en retraite. Le montant de la rente est généralement défini en fonction du dernier salaire d'activité. Ces contrats sont aussi parfois appelés contrats de retraite à fonds collectifs ou régimes additifs.

Contrat de retraite à cotisations définies à adhésion facultative (article 82) : contrat d'assurance retraite à droits définitivement acquis, souscrit et financé généralement par l'entreprise, prévoyant (pour certains collaborateurs) le versement d'un capital ou d'une rente au salarié lors du départ en retraite. Ces contrats sont aussi appelés contrats en sursalaire.

Contrat de retraite à cotisations définies à adhésion obligatoire (article 83) : contrat d'assurance retraite à droits définitivement acquis, souscrit et financé par l'entreprise, prévoyant (pour tous les salariés ou pour une catégorie de salariés) le versement d'une rente viagère lors du départ en retraite du salarié, qu'il soit présent ou non dans l'entreprise à cette date.

Plan d'épargne retraite entreprise ou interentreprises (PERE/PERI) : contrat d'assurance retraite à droits définitivement acquis, souscrit et financé généralement par l'entreprise, et permettant aux salariés de faire des versements volontaires supplémentaires facultatifs. Ce contrat prévoit le versement d'une rente au salarié lors du départ en retraite.

Prévenir l'existence des contrats non réclamés

Depuis 2003, l'envoi systématique d'un relevé de situation annuelle au souscripteur permet aux bénéficiaires de retrouver trace des contrats souscrits et aux assureurs de savoir si le souscripteur est en vie ou non. La loi de 2005 prévoit une information renforcée du souscripteur sur l'importance de la désignation bénéficiaire. Enfin, la réforme de 2007 prévoit que l'acceptation par le bénéficiaire nécessite l'accord du souscripteur. Ce dernier n'a plus donc d'intérêt à garder la clause secrète.

Un service gratuit pour les assurés

Parallèlement à ces mesures préventives, deux lois sont venues faciliter la recherche de ces contrats. La loi du 15 décembre 2005 autorise toute personne physique ou morale à écrire aux organismes professionnels de l'assurance pour savoir si elle est bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie souscrit à son profit par une personne dont elle apporte la preuve du décès. Ce système est entièrement gratuit pour les demandeurs.

Il fonctionne depuis le 1^{er} mai 2006. Depuis cette date et jusqu'au 31 décembre 2009, 64 043 demandes ont été adressées à l'Agira. Après examen de la totalité de ces demandes, le dispositif a permis d'identifier plus de 7 503 contrats pour un montant de 205 millions d'euros.

Enfin, la loi du 17 décembre 2007 prévoyait que les assureurs, via l'Agira, puissent accéder au répertoire national d'identification des personnes physiques de l'Insee et donc prendre connaissance de l'éventuel décès des personnes qui y sont inscrites. C'est chose faite depuis mars 2009.

Un engagement déontologique renforcé

De leur côté, les assureurs de la FFSA et du GEMA, désireux de participer activement à la prévention de la survenance de contrats d'assurance vie non réclamés, ont pris différentes mesures complétant le dispositif législatif.

Ils s'engagent notamment à :

- rechercher au sein de leur portefeuille les contrats d'assurance vie répondant aux critères suivants : provision mathématique supérieure

à 2 000 euros, assuré âgé de plus de 90 ans, absence de contact avec l'assuré confirmée pendant deux ans ;

- avertir le bénéficiaire dans un délai de trente jours, une fois ce dernier identifié et ses coordonnées trouvées ;
- s'assurer que les informations sur l'identité et les coordonnées du souscripteur, de l'adhérent et de l'assuré sont les plus complètes et les plus à jour possible ;
- mettre en place des procédures de traitement des courriers transmis aux souscripteurs qui reviennent avec la mention « *N'habite plus à l'adresse indiquée* » ;
- inciter les souscripteurs ou adhérents, en cas de clause bénéficiaire désignant nommément un bénéficiaire autre que le conjoint ou les enfants, à renseigner au moins les noms, prénoms, date et lieu de naissance du bénéficiaire ;
- mettre à la disposition des bénéficiaires potentiels un dispositif centralisé permettant de faciliter leurs démarches ;
- instaurer un processus pour faciliter la communication aux entreprises d'assurances des données relatives au décès des personnes physiques figurant dans le répertoire national.

Produits d'investissement : priorité à la protection du consommateur

La crise financière de 2008 ayant révélé que des produits d'investissement spéculatifs peuvent être vendus à des épargnants qui ignorent parfois le risque inhérent à leur souscription, la Commission européenne souhaite prendre des mesures afin de renforcer la confiance dans l'épargne. Cela passe par de nouvelles réglementations encadrant et harmonisant la vente des produits financiers, et par la définition de règles d'information précontractuelles communes à l'ensemble de ces produits.

Parmi les produits financiers visés se trouvent les « PRIPs », acronyme des *Packaged Retail Investment Products* et traduit par produits d'investissement de détail. Ils englobent certains produits bancaires, les produits et formules d'investissement en Bourse et tout ou partie des assurances vie. Tous seraient soumis à des règles identiques en Europe, plus protectrices des droits des épargnants et concernant, notamment, l'information préalable.

La FFSA n'est pas défavorable à une harmonisation des règles d'information s'appliquant aux PRIPs et à leurs conditions de vente, à condition que les spécificités des contrats d'assurance vie soient prises en compte.



L'Agira en chiffres

Depuis sa création en 2006, l'Agira a reçu 64 043 demandes. En 2009, elle a détecté plus de 3 198 dossiers pour un montant de 87 millions d'euros. 16 344 demandes étaient déjà en cours de traitement par les assureurs pour un montant de capitaux de 461 millions d'euros.

Par ailleurs, le fichier Agira-Insee a fait l'objet de plus de 6 millions d'interrogations en 2009. Il a permis de retrouver 14 424 contrats pour un montant de 121 millions d'euros en 2009.



L'activité des assurances de personnes en 2009

L'année 2009, encore très marquée par les effets de la crise survenue en 2008, a néanmoins permis aux assurances de personnes de progresser de 12 % à 155 milliards d'euros, compensant ainsi la baisse des cotisations des années 2007 et 2008.

La collecte en assurance vie, portée par un environnement financier redevenu plus favorable, a renoué avec la croissance et croît de 13 % par rapport à 2008. Pour leur part, les assurances maladie et accidents corporels continuent leur augmentation régulière (+ 4 %), mais à un rythme inférieur à 2008.

Les prestations en assurance vie sont en diminution de 6 % en 2009. De leur côté, les prestations en soins de santé se développent à un rythme plus rapide que celui des cotisations (+ 7 % contre + 6 %).



L'environnement économique et financier en 2009

L'assurance vie de nouveau attractive

Après une année 2008 marquée par une concurrence exceptionnelle sur les liquidités, 2009 s'est illustrée par la forte baisse de la rémunération de l'épargne liquide liée au retour à la normale de la courbe des taux initiée fin 2008. Le principal taux directeur de la BCE atteignait 1 % en mai 2009, tandis que l'Euribor 3 mois a décliné régulièrement tout au long de l'année pour atteindre, fin décembre, un niveau historiquement bas de 0,7 %.

Dans ce contexte, la rémunération des produits liquides s'est effondrée en particulier celle du livret A, dont le taux a été abaissé à trois reprises en 2009 passant de 4 % à 1,25 %. Les Français sont donc revenus vers les produits de long terme, notamment vers l'assurance vie.

Celle-ci a enregistré une collecte nette de 50,6 milliards d'euros, retrouvant ainsi sa première place : elle a représenté près de 90 % des nouveaux flux de placements financiers des ménages et plus de la moitié des 2400 milliards d'euros de placements de long terme (actions, épargne contractuelle, OPCVM non monétaires, etc.).

Le redressement volatil du Cac 40

Le Cac 40 a terminé l'année 2009 avec un gain de 22,3 %, à 3 936 points, signant sa meilleure performance annuelle depuis 2005. Les autres places boursières ont connu le même engouement avec des performances de + 21 % pour l'Eurostoxx, + 23,5 % pour le S&P 500 et + 43,9 % pour le Nasdaq. Toutefois, les marchés financiers sont restés extrêmement volatils, alternant périodes de hausse et corrections sévères.

Une hausse de l'épargne de précaution

Les ménages ont fait face à un environnement économique et social fortement dégradé tout au long de l'année 2009. Le PIB s'est inscrit en recul de 2,6 % sur l'année et le chômage s'est rapproché du seuil des 10 %.

Les salaires ont globalement stagné mais les ménages ont néanmoins réussi à maintenir leur revenu disponible brut, aidés par un crédit d'impôt au bénéfice des plus modestes et par l'augmentation des prestations sociales. Au total, ce revenu progresse de 1 % sur l'année. Les ménages ont, par ailleurs, bénéficié de la baisse des prix à la consommation. Après avoir frôlé les 3 % en 2008, l'inflation a chuté pour s'établir à 0,1 % en moyenne sur 2009.

Dans ce contexte, les ménages ont augmenté leur taux d'épargne à 16,2 % du revenu disponible brut. Simultanément, leur flux net d'endettement s'est effondré de 45 % sous l'effet du durcissement des conditions d'octroi et d'une chute de la demande. Malgré une reprise des crédits à la consommation (liée aux ventes de voitures neuves) et des crédits à l'habitat à la fin de l'année, la production de nouveaux crédits s'est établie à 141 milliards d'euros, loin des 208 milliards atteints en 2006.

Le retour de l'État providence... au prix d'une aggravation des déficits publics

Face à la crise débutée en 2008, l'État est intervenu pour maintenir le fonctionnement du système financier, soutenir la sphère économique et limiter les conséquences sociales. En parallèle de son soutien aux banques, il a mis en place un plan de relance pour l'économie. Adopté le 19 décembre 2008, il s'élevait initialement à 26 milliards d'euros et a été porté à 33 milliards d'euros en 2009.

Simultanément, la dette publique a atteint des niveaux records pour s'établir à 1 489 milliards d'euros, dont 1 163 milliards d'euros pour l'État, en hausse de 31,7 milliards d'euros par rapport au trimestre précédent. Elle se situe désormais à près de 78 % du PIB. Le déficit, pour sa part, atteint 7,5 % en 2009 contre 3,3 % en 2008.

Le régime de Sécurité sociale souffre lui aussi, avec un déficit 2009 qui se creuse à 20,3 milliards d'euros. Le déficit de la branche maladie atteint des niveaux sans précédent en passant de 4,4 milliards d'euros en 2008 à 10,6 milliards d'euros en 2009.

Sous l'effet d'une progression quasi nulle des recettes, cette aggravation a incité les pouvoirs publics à une pression fiscale accrue : doublement de la taxe sur les « retraites chapeaux », application des prélèvements sociaux sur les contrats multisupports en cas de décès, participation des complémentaires santé au coût des vaccins contre la grippe A...

La branche retraite, pour sa part, est passée en quelques années d'un excédent en 2003-2004 à un déficit important. Celui-ci s'est creusé à 7,2 milliards d'euros en 2009, soit une dégradation de 1,6 milliard par rapport à 2008. Les projections du Conseil d'orientation des retraites (COR), établies en 2010, établissent le besoin de financement à 100 milliards d'euros en 2050.



Les assurances de personnes en 2009

(Affaires directes France)

Cotisations

155,0 milliards d'euros (+ 12 %)	2009	Variation
Vie et capitalisation	138,3	+ 13 %
• contrats à adhésion individuelle	123,2	+ 14 %
• contrats collectifs	15,1	+ 6 %
Maladie et accidents corporels	16,7	+ 4 %
• contrats à adhésion individuelle	8,8	+ 6 %
• contrats collectifs	7,9	+ 2 %
Épargne et retraite	128,7	+ 14 %
• supports euros	110,9	+ 20 %
• supports unités de compte	17,8	- 13 %
Prévoyance	26,3	+ 4 %
• décès	9,6	+ 3 %
• soins de santé	9,0	+ 6 %
• incapacité-invalidité-dépendance	7,7	+ 2 %

Prestations

97,8 milliards d'euros (-6 %)	2009	Variation
Vie et capitalisation	87,7	- 7 %
Maladie et accidents corporels	10,1	+ 5 %

Encours et provisions mathématiques (vie et capitalisation)

Encours : 1253,4 milliards d'euros (+ 10 %)		
Provisions mathématiques : 1 233,3 milliards d'euros (+ 10 %)		
Supports euros	1 025,8	+ 9 %
Supports unités de compte	207,5	+ 13 %

Les contrats d'assurance vie et de capitalisation*

Hausse des cotisations collectées

Pour l'année 2009, le montant des cotisations de l'assurance vie (138,3 milliards d'euros) a progressé de 13 % par rapport à l'année 2008. Cette collecte compense la baisse des cotisations de l'année 2008 et permet de retrouver le niveau de l'année 2007.

Plus précisément, les contrats individuels sont en hausse de 14 % à 123,2 milliards d'euros alors que les contrats collectifs (principalement des contrats retraite-entreprise et des contrats de prévoyance décès) pâtissent de l'environnement économique dégradé, pesant sur les résultats des entreprises et sur la matière assurable, et progressent au final de 6 % (hors transferts « IRS », l'évolution des contrats collectifs pour l'année 2009 serait de + 4 %).

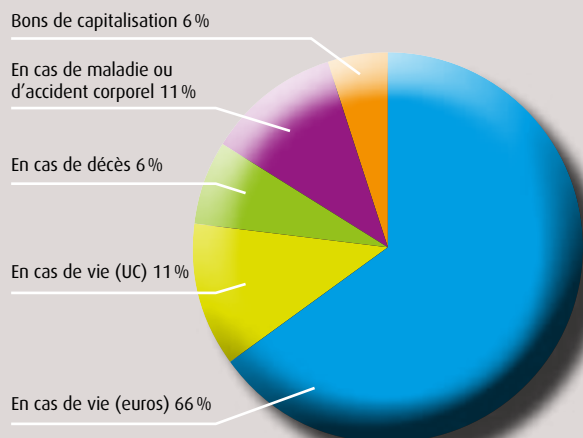
Côté support, les assurés ont choisi très largement les supports euros en 2009 avec un montant record de 120,4 milliards d'euros (+ 18 %). Néanmoins, les cotisations des supports unités de compte (UC) ont moins souffert de la conjoncture qu'en 2008 (-13 % en 2009 après une baisse de 41 % en 2008) et sont restées à un niveau supérieur à celui des années 2003 et 2004 à 17,8 milliards d'euros.

La crise a également réorienté les ménages vers les contrats en euros qui représentent désormais 87 % contre 13 % pour ceux en unités de compte. La proportion était de 75 % en euros contre 25 % en UC en 2007. En outre, pour la première fois depuis l'année 2000, la croissance des cotisations des contrats en euros a été supérieure à celle des supports euros dans les contrats multisupports.

* Affaires directes France, hors acceptations et étranger.



Les assurances de personnes en 2009: cotisations par catégorie de contrats. Source: FFSA.



Une collecte nette en hausse de 78 %

Ainsi, la collecte nette s'établit à 50,6 milliards d'euros en 2009, sous l'effet conjoint d'une forte progression des cotisations et d'une baisse des prestations. Celles-ci ont en effet reculé de 7 % en 2009 à 87,7 milliards d'euros après une forte hausse en 2008. Cette progression de 78 % par rapport à 2008 ne permet cependant pas de rattraper les niveaux de collecte nette des années 2007 (-6 %), 2006 (-22 %) et 2005 (-3 %).

Les provisions mathématiques, après une stabilité atypique en 2008 liée à la crise, reprennent leur rythme de croissance sous le double effet d'une collecte nette largement positive et d'une revalorisation des contrats en unités de compte bénéficiant du redressement des marchés boursiers. Avec une progression de 10 % par rapport à 2008, elles atteignent près de 1 233,3 milliards d'euros au 31 décembre 2009, dont 17 % au titre des supports unités de compte (207,5 milliards d'euros, en hausse de 13 % par rapport à fin 2008).

Les plans d'épargne retraite populaire (Perp)

En 2009, 62 000 nouveaux plans d'épargne retraite populaire ont été souscrits auprès des sociétés d'assurances, soit moins que les 84 000 de l'année précédente.

Ces nouveaux plans portent le nombre de plans en phase de constitution à près de 2,1 millions au 31 décembre 2009, soit une progression de 2 % sur un an.

Le montant des cotisations versées sur les plans d'épargne retraite populaire en 2009 (1,1 milliard d'euros) s'est inscrit en légère progression (2 %). Quant aux provisions mathématiques des Perp en phase de constitution, elles se sont élevées à 5,3 milliards d'euros, en progression de 31 % sur un an.

Les contrats de retraite « Madelin »

Le nombre de contrats de retraite « Madelin » souscrits auprès des sociétés d'assurances au 31 décembre 2009 était de 869 000, en augmentation de 2 % sur un an. Le nombre de nouveaux contrats souscrits en 2009 (84 000) s'est inscrit en baisse sensible (- 6 %).

Le montant des cotisations versées sur les contrats de retraite « Madelin » a atteint 2,0 milliards d'euros, en progression de 1 %.

À fin décembre 2009, le montant des provisions mathématiques des contrats en phase de constitution (16,1 milliards d'euros) était en hausse de 16 % sur un an.

Les transformations « Fourgous »

En 2009, 167 400 contrats d'assurance vie en euros ont été transformés en contrats multisupports dans le cadre de l'amendement « Fourgous » pour un montant de 5 milliards d'euros. Bien qu'en nette diminution par rapport à l'année précédente, ce montant reste significatif dans un contexte boursier fortement incertain.



La part des montants transférés sur des supports unités de compte (27 % pour l'année 2009) est identique à celle de l'année précédente. En 2009, le montant moyen transféré par contrat s'établit à 29 900 euros, soit un montant proche de celui de l'année 2008 (31 000 euros). Depuis la mise en place de cette mesure fin octobre 2005, ce sont 1,76 million de contrats qui ont été transformés pour un montant total transféré de 60,6 milliards d'euros. 18,2 milliards d'euros ont été réinvestis sur des supports unités de compte (30 %).

Les contrats d'assurance maladie et d'accidents corporels

Une hausse modérée des cotisations

Les cotisations collectées en assurances de dommages corporels (maladie et accidents corporels) ont crû de 4 % en 2009, rythme en ralentissement par rapport à celui de 2008 (+ 7 %). Elles s'élèvent à 16,7 milliards d'euros dont 9 milliards d'euros collectés au titre des garanties de soins de santé (+ 6 %) et 7,7 milliards d'euros pour les garanties incapacité, invalidité et dépendance (+ 1 %).

Les cotisations soins de santé maintiennent donc sensiblement leur rythme de croissance en raison d'un triple effet : accroissement du nombre d'assurés, répercussion de « la contribution au fonds CMU » et augmentation des tarifs faisant suite à une prise en charge croissante des dépenses moins remboursées par les régimes de base. Parallèlement, celles en incapacité-invalidité-dépendance fléchissent en raison d'un contexte économique peu favorable aux contrats de prévoyance d'entreprises.

Des prestations croissant plus vite que les cotisations

Les prestations versées par les assureurs atteignent 10,1 milliards d'euros en 2009, en hausse de 5 % en un an, soit un rythme en fléchissement par rapport à 2008 (+ 8 %), mais qui demeure supérieur à celui des cotisations et ce, quel que soit le type de garanties. Les prestations versées se répartissent pour 6,3 milliards d'euros au titre des garanties soins de santé (+ 7 % en un an) et 3,8 milliards d'euros pour les garanties incapacité, invalidité et dépendance (+ 2 %).

Globalement en 2009, les garanties incapacité, invalidité et dépendance des contrats collectifs sont en baisse aussi bien en termes de collecte (-2 % par rapport à 2008) qu'en termes de prestations versées (-1 %).

À l'image de 2008, les prestations versées au titre des garanties soins de santé par les sociétés d'assurances sont nettement supérieures et progressent plus rapidement que les remboursements du régime général.

Les contrats de prévoyance en 2009

Les contrats obsèques

Le nombre de contrats d'assurance obsèques en cours dans les sociétés d'assurances à la fin 2009 s'est élevé à 2,5 millions en progression de 11 % sur un an. Le montant des cotisations collectées au cours de l'année a atteint 946,7 millions d'euros, en hausse de 11 % en un an. 415 000 contrats ont été souscrits en 2009, un record correspondant



à une augmentation de 17 %, bien supérieure à celle constatée en 2008 (+ 5 %). La collecte nouvelle a représenté 464,3 millions d'euros (+ 13 %) auprès des sociétés d'assurances.

Les contrats 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 couvertes par un contrat en garantie principale, soit un nombre stable par rapport à celui enregistré fin 2008. Cette stabilité résulte d'une diminution des contrats collectifs (-2 %), tandis que les contrats à adhésion individuelle progressent faiblement (+ 2 % sur un an). Les cotisations collectées ont crû de 3 % en 2009 pour représenter un montant global de 403,1 millions d'euros. Quant au montant des prestations versées, il a atteint 127,7 millions d'euros en augmentation de 12 %.

Les contrats « Madelin » prévoyance

Le nombre d'adhésions nouvelles « Madelin » prévoyance auprès des sociétés d'assurances s'est établi à 209 000, en baisse de 3 %, après trois années de forte progression (+ 10 % en 2008). Le nombre total d'adhésions en cours s'est élevé à fin 2009 à 1 463 000 (+ 4 %) correspondant à une collecte de 1 282 millions d'euros, en hausse de 8 %. La charge des prestations s'est élevée à 724 millions d'euros (+ 11 %).

Les contrats Garantie des accidents de la vie

Un peu plus de 3,1 millions de contrats Garanties des accidents de la vie (GAV) étaient en cours dans les sociétés d'assurances fin 2009, en

hausse de 7 % sur un an. Après deux années de baisse, le nombre d'affaires nouvelles réalisées au cours de l'année 2009 (566 900) est en forte progression (+ 13 %). Les contrats GAV couvrent 6,2 millions de personnes contre les accidents de la vie et le montant des cotisations a atteint 503 millions d'euros (+ 9 %). 35 100 sinistres (y compris les « sans suite ») ont été déclarés en 2009 (+ 12 %) et la charge des prestations correspondante a atteint 209,8 millions d'euros (+ 15 %).

Les contrats CMU complémentaire

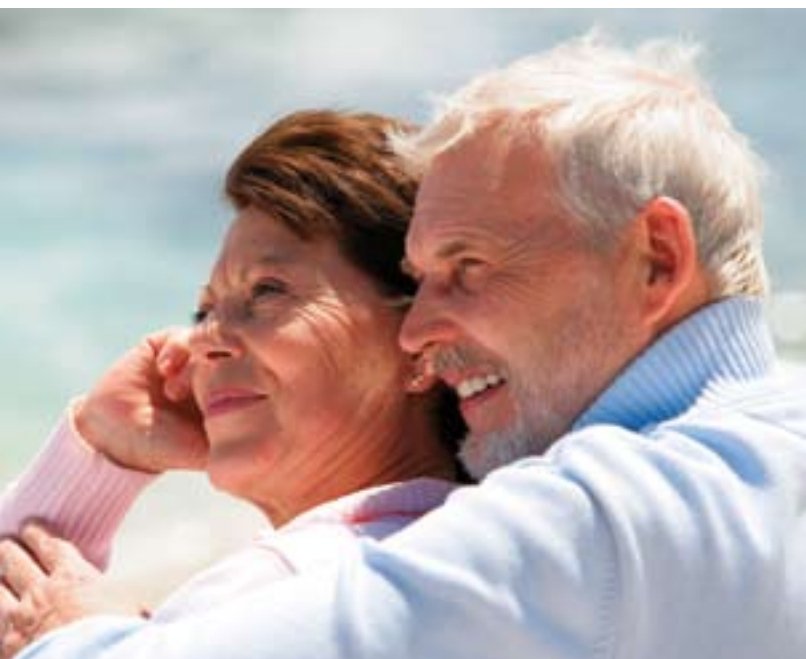
L'année 2009 s'est caractérisée par un net retour à la hausse du nombre de bénéficiaires de la CMU complémentaire, inscrits auprès des sociétés d'assurances. Cette tendance s'est amplifiée et même accélérée au cours de l'exercice, du fait de l'épuisement progressif des droits des allocataires aux prestations chômage. Ainsi, hors régularisations, ce nombre s'est élevé à 127 200 personnes, en hausse de 12 % sur un an. Le montant des prestations versées a également connu une croissance significative enregistrant une hausse de 12 % pour atteindre 46,5 millions d'euros.

L'assurance dans la protection sociale des ménages en 2009

La place de l'assurance dans la protection sociale

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.

Les prestations versées au titre de la protection sociale en France sont estimées à 590 milliards d'euros au titre de l'année 2009. 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 (10 %).



6,2 millions

de personnes couvertes par un contrat
Garantie des accidents de la vie



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 2009. Avec 20 milliards d'euros, la part acquittée par les sociétés d'assurances a représenté près de 5 % de la protection sociale en France.

Le financement de la retraite

Les régimes légalement obligatoires de retraite, régimes de base et complémentaires, ont versé 265 milliards d'euros (estimation) de prestations en 2009.

Cette même année, les sociétés d'assurances ont collecté 12,1 milliards d'euros au titre de ces contrats et versé 5,9 milliards d'euros à leurs assurés. Les assureurs prennent en charge environ 80 % des prestations retraite versées par l'ensemble des organismes complémentaires.

Le financement des dépenses de soins et de biens médicaux

Les dépenses totales de soins et de biens médicaux sont estimées à 178 milliards d'euros en 2009. Les prestations versées par la Sécurité sociale (régime général et régimes spéciaux) ont représenté 76 % de l'ensemble des dépenses de soins et de biens médicaux, la part des dépenses restant à la charge des ménages étant de 10 %.

Les organismes d'assurances complémentaires (sociétés d'assurances, mutuelles relevant du code de la mutualité et institutions de prévoyance) ont couvert globalement 14 % de ces dépenses. Avec 6,3 milliards d'euros (estimation) de prestations versées en 2009 – 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 sont intervenues à hauteur de 3,5 % 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 : soins médicaux, dentaires, analyses de biologie, médicaments et optique. L'ensemble de ces cinq postes représente près de 80 % des prestations opérées par les sociétés d'assurances au titre des garanties frais de soins.

Les prestations 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 33,9 milliards d'euros pour l'année 2009.

Les sociétés d'assurances, avec 7,4 milliards d'euros de prestations, représentent 22 % du total et 59 % des prestations payées par les organismes d'assurances complémentaires.

