

## **Notice explicative relative aux états statistiques demandés aux entreprises d'assurances, mutuelles et institutions de prévoyance en matière de protection sociale complémentaire**

(Cf. article L.612-24 du code monétaire et financier et articles D 344-5 du code des assurances, D.114-11 du code de la mutualité et D. 931-37 du code de la sécurité sociale)

Ces états doivent permettre d'établir un tableau statistique le plus exhaustif possible des garanties « assurantielles » offertes par les organismes complémentaires sur le champ des risques sociaux : risque santé (maladie, invalidité-accidents du travail), vieillesse-survie (retraite, préretraite, décès et dépendance) et emploi (chômage).

Pour établir ce tableau statistique les données collectées dans ces états sont mises en cohérence et complétées par celles :

- contenues dans les autres états comptables collectés par l'ACP et qui sont « utiles à l'établissement des statistiques publiques, notamment en matière de santé, de retraite et de prévoyance » (article L612-17 du code monétaire et financier) ;
- collectées par la DREES sur le champ de la retraite supplémentaire (et de la préretraite) en application de la loi n°2003-775 du 21 août 2003 ;
- collectées par la DREES sur « les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé ».

Dans les états **E1** « Personnes assurées, couvertes et bénéficiaires par type de garanties » et **E2** « Primes et prestations par type de garanties » sont décomptées l'ensemble des garanties « assurantielles » proposées par les organismes d'assurance (sociétés d'assurance, mutuelles et institutions de prévoyance) sur le champ des risques sociaux précisés ci-dessus – **Il est à noter que ces tableaux ne couvrent pas le champ de l'action sociale « non assurantielle » comptabilisée en « non-technique » dans les comptes des organismes, ni les contrats emprunteurs des sociétés d'assurance.**

Dans les états **E3** « Frais de soins et indemnités journalières payés au cours de l'exercice », **E4** « Résultat technique en frais de soins » et **E5** « Compléments CMU, taxe sur les conventions d'assurance et gestion d'un régime obligatoire santé », des données plus précises concernant les garanties « **frais de soins et indemnités journalières** » sont demandées à fois pour l'établissement des comptes de la santé et l'établissement du rapport du gouvernement au Parlement sur « la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé » (article L862-7 du code de la sécurité sociale).

Afin d'assurer la cohérence entre les états statistiques et les états comptables, les états statistiques s'appuient systématiquement sur les catégories et sous-catégories comptables de l'état C4.

### **État E1 « Personnes assurées, couvertes et bénéficiaires par type de garanties »**

#### En colonnes

Le classement des garanties dans les colonnes individuelles et collectives est celui retenu pour le remplissage de l'état C4.

Les personnes assurées correspondent :

- pour les mutuelles, aux membres participants visés dans l'article L. 114-1 du code de la mutualité (y compris ceux des mutuelles substituées) ;

- pour les institutions de prévoyance, aux membres participants visés dans les alinéas 1 et 2 de l'article L931-3 du code de la sécurité sociale ;
- pour les sociétés d'assurance, en individuel aux assurés visés dans l'article L112-4 du code des assurances, et en collectif aux adhérents visés dans l'article L141-1 du code des assurances.

Les personnes couvertes correspondent aux personnes assurées et à leurs ayants droit.

Les organismes souscripteurs correspondent : personnes morales (entreprises et associations) signataires du contrat.

Les effectifs correspondants sont comptabilisés au 31 décembre (sauf pour les bénéficiaires). Pour les bénéficiaires le nombre correspond au nombre total de personnes servies au moins une fois au cours de l'année.

Le champ ne couvre que les Affaires Directes.

Cas particulier : les mutuelles substituantes comptabilisent les effectifs de leurs mutuelles substituées (*remarque : les doubles comptes entre mutuelles substituantes et mutuelles substituées sont traités par la DREES sur la base des informations figurant dans l'état E2*).

### En lignes

Afin d'identifier au mieux les bénéficiaires des prestations versées au titre des risques mentionnés ci-dessus (santé, vieillesse-survie et emploi), les différents contrats proposés sont ventilés par **garanties (et non par contrats)** : garanties frais de soins, garanties autres dommages corporels (avec une décomposition entre incapacité-invalidité, dépendance et autres dommages corporels), garanties décès, garanties retraite-préretraite et garanties perte d'emploi.

Il est donc demandé de ventiler, par garanties, les contrats proposés : les garanties regroupent, dans tous les cas, les garanties offertes à titre principal ainsi que celles offertes à titre accessoire ou complémentaire.

Exemple : les garanties « frais de soins » regroupent les garanties « frais de soins » des contrats santé, ainsi que les garanties « frais de soins » des contrats « accidents » ; elles excluent en revanche les garanties autres que « frais de soins » (comme les garanties « dépendance ») incluses ou accessoires aux contrats santé.

- Ligne 00

Cette ligne ne concerne que les sociétés d'assurance qui font appel à des courtiers et pour lesquelles l'information n'est pas à ce jour centralisée. Il s'agit de donner à titre indicatif l'importance relative des informations transmises en pourcentage des primes émises (tant en individuel qu'en collectif).

L'objectif est qu'à terme le taux de couverture soit de 100%.

○ Lignes 01 et 01-1

Sont regroupées dans la ligne 01 l'ensemble des garanties « frais de soins » prises en compte dans les catégories 201, 211 et 213 de l'état C4 défini en annexe à l'article A344-10 du code des assurances et en annexe à l'article A931-11-17 du code de la Sécurité sociale, et sous les codifications 201, 203, 211 et 213 de l'état C4 défini en annexe à l'article A114-5 du code de la mutualité. Ces garanties peuvent être les garanties principales du contrat ou être complémentaires à une autre garantie.

La ligne 01 regroupe ainsi les garanties « frais de soins » des contrats santé et, par exemple, les garanties « frais de soins » des contrats « accident ».

La ligne 01-1 ne concerne que les contrats santé « solidaires et responsables » (cf. CGI, articles 995-15° et 995-16°).

○ Lignes 02 à 06

Sont regroupées dans les lignes 02,03,04,05,06 l'ensemble des garanties « autres dommages corporels » prises en compte dans les catégories 202, 212 et 214 de l'état C4 défini en annexe à l'article A344-10 du code des assurances, en annexe à l'article A931-11-17 du code de la Sécurité sociale, et en annexe à l'article A114-5 du code de la mutualité. Ces garanties peuvent être les garanties principales du contrat ou être complémentaires à une autre garantie. Sont exclues toutefois de ce décompte les garanties incapacité-invalidité des contrats emprunteurs : *les garanties incapacité-invalidité, décès et perte d'emploi des contrats emprunteurs sont exclues des décomptes des états E1 et E2.*

Ligne 02 : correspond aux garanties offertes en cas d'arrêt de travail en complément ou non des prestations d'indemnités journalières versées par les régimes de sécurité sociale.

Lignes 03, 03-1, 03-2

Sont regroupées dans ces lignes les garanties offertes en cas d'invalidité (cf. *article L341-4 du code de la sécurité sociale*) avec versement d'une rente (ligne 03-01) ou encore versement d'un capital (ligne 03-02).

**Code de la sécurité sociale – définition de l'invalidité**

Article L341-3 : créé par [Décret 85-1353 1985-12-17 art. 1 JORF 21 décembre 1985](#)

L'état d'invalidité est apprécié en tenant compte de la capacité de travail restante, de l'état général, de l'âge et des facultés physiques et mentales de l'assuré, ainsi que de ses aptitudes et de sa formation professionnelle :

1°) soit après consolidation de la blessure en cas d'accident non régi par la législation sur les accidents du travail ;

2°) soit à l'expiration de la période pendant laquelle l'assuré a bénéficié des prestations en espèces prévues au 4° de l'article L. 321-1 ;

3°) soit après stabilisation de son état intervenue avant l'expiration du délai susmentionné ;

4°) soit au moment de la constatation médicale de l'invalidité, lorsque cette invalidité résulte de l'usure prématurée de l'organisme.

Article L341-4 : créé par [Décret 85-1353 1985-12-17 art. 1 JORF 21 décembre 1985](#)

En vue de la détermination du montant de la pension, les invalides sont classés comme suit :

1°) invalides capables d'exercer une activité rémunérée ;  
2°) invalides absolument incapables d'exercer une profession quelconque ;  
3°) invalides qui, étant absolument incapables d'exercer une profession, sont, en outre, dans l'obligation d'avoir recours à l'assistance d'une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie.

#### Lignes 04 à 05-3

Sont regroupées dans ces lignes l'ensemble des garanties offertes au titre de la dépendance qu'elles correspondent aux garanties principales du contrat (lignes 04) ou aux garanties accessoires ou secondaires d'un autre contrat « dommages corporels » ou « vie » (lignes 05 -exemple les garanties « dépendance » en inclusion ou en option d'un contrat santé ; ou encore les garanties « dépendance » accessoires à un contrat d'épargne ou de retraite-).

Ces garanties sont décomposées selon qu'elles sont :

- à durée annuelle (lignes 04-1, 04-2, 05-1 et 05-2) : la personne assurée est couverte l'année considérée et percevra selon les clauses du contrat (une rente viagère en cas de survenance du risque l'année considérée + des prestations d'assistance + des prestations de conseil et de prévention) ; le contrat au terme de l'année considérée est renouvelable. Pour les contrats collectifs il est demandé de distinguer les contrats pour lesquels il n'est pas prévu de maintien de couverture pour les anciens salariés (lignes 04-1 et 05-1), de ceux pour lesquels ce maintien est prévu sans condition de période probatoire ni d'examen ou questionnaire médicaux (lignes 04-2 et 05-2). *Cf. article 5 loi n°89-1009 du 31 décembre 1989.*
- à durée viagère (lignes 04-3 et 05-3) : la personne assurée est couverte quelle que soit la date de survenance du risque et percevra selon les clauses du contrat (une rente viagère en cas de survenance du risque quelle que soit la date de survenance + des prestations d'assistance + des prestations de conseil et de prévention) ; avec prestation réduite en cas de résiliation du contrat.

*Les informations demandées pourront être revues l'année prochaine en fonction des dispositions qui seront prises dans la loi « dépendance »*

#### Lignes 06 et 06-1

Préciser dans ces lignes les autres garanties de dommages corporels non comptabilisées dans les lignes précédentes (à l'exclusion des garanties invalidité-incapacité des contrats emprunteurs). Exemple : les garanties décès accidentel (en accessoire à un contrat vie ou en principal dans un contrat accident par exemple).

**Cas particulier des contrats accidents<sup>1</sup>** (*branche 1. Accidents -y compris les accidents du travail et les maladies professionnelles- articles R321-1 du code des assurances, R211-2 du code de la mutualité et R931-2-1 du code de la sécurité sociale*) dont les garanties sont classées en dommages corporels : ventiler les garanties proposées selon leur nature, en frais de soins, incapacité-invalidité et autres. Quand cette décomposition n'est pas possible les classer en autres, en le précisant ligne 06-1.

En ligne 06-1 préciser le nom des garanties (et des contrats correspondants).

---

<sup>1</sup> Assurance scolaire, assurance sportive, assurance de chasse, contrat « individuelle accident » des conducteurs automobiles, contrats multirisques accident de la vie, contrats GAV (garanties accident de la vie)...

○ Lignes 07 à 09

Sont comptabilisées dans ces lignes l'ensemble des garanties décès (ou d'invalidité avec perte totale et irréversible d'autonomie – cf. 3<sup>ème</sup> alinéa de l'article L341-4 du code de la sécurité sociale). Sont exclues toutefois de ce décompte les garanties décès des contrats emprunteurs.

Ces garanties sont décomposées selon deux critères :

- leur mode de gestion : à durée temporaire (annuelle notamment) lignes 07, ou encore couvrant la vie entière lignes 08 ;
- la nature de la prestation : versement d'un capital (comprend les frais d'obsèques) (lignes 07-1 et 08-1) ; d'une rente de conjoint survivant ou encore d'invalidité (lignes 07-2 et 08-2) ; et d'une rente d'éducation ou d'orphelin (lignes 07-3 et 08-3).

Faire figurer en lignes 9 et 9-1 les garanties décès qui n'auraient pas été comptabilisées dans les lignes précédentes (hors les garanties décès des contrats emprunteurs). En préciser la nature. Lignes de contrôle : *a priori* l'ensemble des garanties décès figurent dans les lignes précédentes.

○ Lignes 10 à 19

Se reporter à l'enquête DREES sur « *les opérations de retraite en application de l'article 114 de la loi n°2003-775 du 21 août 2003* ». Pour tout renseignement complémentaire s'adresser au Bureau « Retraites » de la DREES

○ Lignes 20-21

Regroupe l'ensemble des garanties pertes d'emploi : notamment les garanties chômage des TNS (contrats Madelin) ligne 20 ; et les autres garanties de perte d'emploi classées dans la branche 16.a) de l'article R321-1 du code des assurances, de l'article R211-2 du code de la mutualité et de l'article R931-2 du code de la sécurité sociale. Sont exclues toutefois de ce décompte les garanties perte d'emploi des contrats emprunteurs.

○ Lignes 22 et 23

Total des lignes précédentes avec et sans double compte.

Ligne 22 : total avec double compte, sans prise en compte des données relatives à la retraite et préretraite supplémentaire transmises par ailleurs à la DREES.

Ligne 23 : total sans double compte, sans prise en compte des données relatives à la retraite et préretraite supplémentaire transmises par ailleurs à la DREES. Correspond pour chaque organisme au nombre total de personnes assurées, de personnes couvertes, de personnes bénéficiaires et d'organismes souscripteurs dans le champ des risques sociaux.

## **État E2 « Primes et prestations par type de garanties »**

Dans cet état les primes émises (en individuel et en collectif) ainsi que les prestations payées nettes de recours (en individuel et en collectif), correspondant à la couverture des risques sociaux (précisés au premier paragraphe), sont décomposées par garanties.

La décomposition par garanties d'une part, et entre individuel et collectif d'autre part, est identique à celle de l'état E1.

### En colonnes

Les colonnes « données en substitution » ne concernent que les mutuelles substituées. Ces colonnes sont nécessaires pour traiter les doubles comptes entre mutuelles substituantes (qui intègrent dans leur compte les données de leurs substituées) et mutuelles substituées. Pour les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance, ne renseigner que les colonnes non données en substitution.

La colonne « catégorie comptable d'enregistrement » (correspondant à celles de l'état C4) est utile pour vérifier la cohérence entre les données figurant dans cet état et celles figurant dans les états comptables (cf. ci-dessous, les précisions en lignes).

Les primes correspondent aux primes émises: ligne L5 des C1 vie et non-vie.

Les prestations payées correspondent :

- en vie : aux sinistres et capitaux payés + versements périodiques de rentes payés + rachats payés (lignes L10+L11+L12 du C1 vie),
- et en non-vie : aux sinistres payés + versements périodiques de rentes payés - recours encaissés (lignes L10+L11-L12 du C1 non-vie).

### En lignes

- Lignes 01 et 01-1

Les données de la ligne 01 correspondent *a priori* à celles de l'état C4 pour ce qui concerne les primes émises et à celles de l'état C11 (lignes L11+L12-L21, colonne de l'exercice) pour ce qui concerne les prestations payées ; elles correspondent aussi à celles de l'état E4 (ligne L05 pour les primes émises, et lignes L11+L11-L12 pour les prestations payées).

La ligne 01-1 est un sous ensemble, elle ne concerne que les contrats santé solidaires et responsables (cf. CGI, articles 995-15° et 995-16°), pour lesquels aucune taxe sur les conventions d'assurance n'était prélevée en 2010.

- Lignes 02 à 06

Le total des primes émises et des prestations payées comptabilisées dans les lignes 02,03,04,05,06 correspond *a priori* (aux garanties incapacité-invalidité des contrats emprunteurs près) aux montants figurant dans l'état C4 pour ce qui concerne les primes émises et à ceux de l'état C11 (lignes L11+L12-L21, colonne de l'exercice) pour ce qui concerne les prestations payées ; ce total est aussi égal (aux garanties incapacité-invalidité des contrats emprunteurs près) à la différence entre les données figurant dans l'état C1

« dommages corporels » et celles figurant dans l'état E4 « frais de soins ». Ces totaux ne diffèrent de ceux figurant dans les états C4, C11 et C1-E4 que pour les seuls les organismes qui proposent des contrats emprunteurs.

*Les informations demandées pourront être revues l'année prochaine en fonction des dispositions qui seront prises dans la loi « dépendance »*

- Lignes 07 à 09

Lignes 07 - colonnes individuelles

Le total des primes émises et des prestations payées comptabilisées dans les « lignes 07-colonnes individuelles » correspond *a priori* (aux garanties décès des contrats emprunteurs près) aux montants figurant dans les états C1 et C4 « individuel temporaire décès » (catégorie 03 + catégories 082 + catégorie 092). Ces totaux ne diffèrent de ceux figurant dans les états C1 et C4 (catégorie 03 + catégorie 082 + catégorie 092) que pour les seuls organismes proposant des contrats emprunteurs.

Lignes 07 à 09 - colonnes collectives

Le total des primes émises et des prestations payées comptabilisées dans les « lignes 07 à 09 colonnes collectives » correspond *a priori* aux montants figurant dans les états C1 et C4 « collectif décès » (catégorie 06+ catégories 085,086,095,096).

- Lignes 10 à 19

Pour mémoire : la ligne 10 correspond à la catégorie 11 des états C1 et C4.

- Lignes 20-21

Le total des primes émises et des prestations payées comptabilisées dans les « lignes 20-21 » correspond :

- pour les sociétés d'assurance, à un sous-ensemble des données figurant dans l'état C1 « protection juridique, assistance, pertes pécuniaires » (catégorie 29-31) et dans l'état C4 « pertes pécuniaires » (catégorie 33) ;
- pour les mutuelles, à un sous ensemble des données figurant dans l'état C1 « pertes pécuniaires » (catégorie 31) et dans l'état C4 « pertes pécuniaires » (catégorie 31) ;
- pour les institutions de prévoyance, *a priori* aux montants figurant dans l'état C1 « pertes pécuniaires » (catégorie 31) et dans l'état C4 « pertes pécuniaires » (catégorie 31) ;

- Ligne 22

Total sans prise en compte des données relatives à la retraite et préretraite supplémentaire transmises par ailleurs à la DREES.

### *Cohérence entre les données figurant dans les états E1 et E2*

Sur la base des données transmises, seront calculées des montants moyens de primes et de prestations par personnes assurées, couvertes et servies. Il s'agira de calculs approchés dans la mesure où les données effectifs sont demandées au 31 décembre (sauf pour les personnes servies) et les données financières sont celles de l'exercice. Ces calculs seront affinés par la suite à partir des données « effectifs » recueillies sur deux années consécutives.

### **État E3 « Frais de soins et indemnités journalières payés au cours de l'exercice »**

Cet état sert à l'élaboration des comptes de la santé produit annuellement par la DREES. Cet état ne concerne que les prestations « frais de soins » et « indemnités journalières ».

La décomposition entre individuel et collectif est identique à celle de l'état E1. Comme pour l'état E1, les mutuelles substituant comptabilisent les prestations payées de leurs mutuelles substituées (*remarque : les doubles comptes entre mutuelles substituant et mutuelles substituées sont traités par la DREES sur la base des informations figurant dans l'état E4*).

#### Tableau A

Le total des prestations payées « en frais de soins » nettes de recours (ligne 24) correspond *a priori* aux montants figurant à la ligne 01 de l'état E2, aux lignes L10+L11-L12 de l'état E4 et aux lignes L11+ L12-L21, colonne montant de l'exercice de l'état C11.

##### ○ Ligne 01

Cette ligne ne concerne que les sociétés d'assurance qui font appel à des courtiers et pour lesquelles l'information n'est pas à ce jour centralisée. Il s'agit de donner à titre indicatif l'importance relative des informations transmises en pourcentage des prestations payées nettes de recours (tant en individuel qu'en collectif).

L'objectif est qu'à terme le taux de couverture soit de 100%.

##### ○ Lignes 02 à 22

Les prestations payées en « frais de soins » nettes de recours sont décomposées par type de biens et services médicaux : soins hospitalier, soins ambulatoire (médecins, auxiliaires médicaux,...),... Ces prestations correspondent aux prestations prises en compte dans le champ « soins et biens médicaux » des comptes de la santé (à l'exclusion des frais d'hébergement en SLD, des suppléments chambres particulières,... ligne 03).

##### ○ Ligne 23 et 23-1

Faire figurer dans cette ligne (en précisant la nature ligne 23-1) les autres prestations, exclues du champ « soins et biens médicaux » des comptes de la santé, mais qui sont comprises dans les données de la catégorie comptable « Frais de soins » (à l'exclusion des frais d'hébergement en SLD, des suppléments chambres particulières,... déjà comptabilisés ligne 03).

Tableau B Ces données non intégrées à ce jour dans les comptes de la santé, le seront lorsqu'elles auront été consolidées

Le total des prestations payées en « indemnités journalières » nettes de recours (ligne 34) correspond *a priori* à la ligne 02 de l'état E2.

○ Ligne 31 à 33

Les prestations payées en « indemnités journalières » nettes de recours sont décomposées par cause : maladie, maternité, accident du travail ou maladie professionnelle.

**État E4 « Résultat technique en frais de soins »**

Cet état sert à l'élaboration du rapport du gouvernement au Parlement sur « *la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé* » (article L862-7 du code de la sécurité sociale).

Les colonnes « données en substitution » ne concernent que les mutuelles substituées. Ces colonnes sont nécessaires pour traiter les doubles comptes entre mutuelles substituantes (qui intègrent dans leur compte les données de leurs substituées) et mutuelles substituées. Pour les sociétés d'assurance et les institutions de prévoyance, ne renseigner que les colonnes non données en substitution.

Cet état comporte les colonnes suivantes :

- frais de soins : contrats individuels non donnés en substitution (catégorie 201 de l'état C4 défini à l'article A. 344-10 du code des assurances ; catégories 2011 et 2031 de l'état C4 défini à l'article A. 114-5 du code de la mutualité ; catégorie 201 de l'état C4 défini à l'article A. 931-11-17 du code de la sécurité sociale) ;
- frais de soins : contrats individuels donnés en substitution (catégories 2012 et 2032 de l'état C4 défini à l'article A. 114-5 du code de la mutualité) ;
- frais de soins : contrats collectifs non donnés en substitution (catégories 211 et 213 de l'état C4 défini à l'article A. 344-10 du code des assurances, catégories 2111 et 2131 de l'état C4 défini à l'article A. 114-5 ; catégories 211 et 213 de l'état C4 défini à l'article A. 931 11 17 du code de la sécurité sociale) ;
- frais de soins : contrats collectifs donnés en substitution (catégories 2112 et 2132 de l'état C4 défini à l'article A. 114-5).

Les définitions des lignes de cet état correspondent strictement à celles de l'état C1 « dommages corporels » telles que définies à l'article A. 344-10 du code des assurances ; à l'article A. 114-5 du code de la mutualité ; et à l'article A. 931-11-17 du code de la sécurité sociale.

**État E5 « Compléments CMU, taxe sur les conventions d'assurance et gestion d'un régime obligatoire santé »**

Cet état sert à l'élaboration du rapport du gouvernement au Parlement sur « *la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé* » (article L862-7 du code de la sécurité sociale).