



**Mémoire présenté devant
Institut de Science Financière et d'Assurances
pour l'obtention du diplôme
d'Actuaire de l'Université de Lyon
et l'admission à l'Institut des Actuaires**

le 6 Janvier 2011

Par : Louis LENGLIN

Titre: Viabilité de la solidarité intergénérationnelle imposée par la loi Évin pour les
contrats santé

Confidentialité : NON OUI (Durée : 1 an 2 ans)

Membre du jury de l'Institut des Actuaires

M. Christian FETTIG

Entreprise :

SPAC Actuaires

Membres du jury I.S.F.A.

M. Jean Claude AUGROS

M. Alexis BIENVENÛE

Mme Diana DOROBANTU

Mme Anne EYRAUD-LOISEL

M. Jean-Paul LAURENT

M. Nicolas LEBOISNE

M. Stéphane LOISEL

Mlle Esterina MASIELLO

Mme Véronique MAUME-DESCHAMPS

M. Frédéric PLANCHET

M. François QUITTARD-PINON

Mme Béatrice REY-FOURNIER

M. Didier RULLIERE

*Directeur de mémoire en entreprise :
Geneviève BERAUD-GRAVILLON*

Invité :

**Autorisation de mise en ligne sur
un site de diffusion de documents
actuariels (après expiration de
l'éventuel délai de confidentialité)**
Signature du responsable entreprise

Signature du candidat

Secrétariat

Mme Marie-Claude MOUCHON

Bibliothèque :

Mme Michèle SONNIER

Résumé

Mots clés : assurance santé, loi Évin, engagement, financement collectif

Ce mémoire est né de l'arrêt du 13 janvier 2009 de la Cour d'appel de Lyon qui est venu clarifier les dispositions prévues à l'article 4 de la loi Évin. En effet, il affirme que les garanties proposées aux anciens salariés doivent être identiques à celles offertes aux actifs.

Cet arrêt a pour effet collatéral de raviver la problématique de l'équilibre des régimes d'anciens salariés compte tenu du niveau maximal de la cotisation pouvant être appelée. Cette dernière est fixée par décret à 150 % de la cotisation globale applicable aux salariés actifs.

L'appréciation du respect de cette contrainte n'est pas évidente compte tenu de la multitude de combinaisons possibles dans les couvertures complémentaires des frais de soins de santé. L'étude de deux populations réelles permet de confronter les différentes méthodes d'évaluation du 150 % des cotisations. Il en ressort que la comparaison directe d'une cotisation individuelle d'ancien salarié avec une cotisation famille des actifs donne un résultat tout à fait satisfaisant. Par contre, une comparaison de cette même cotisation avec la part de l'ouvrant droit actif conduit à une valeur systématiquement supérieure à la contrainte légale.

Si la cotisation des anciens salariés ne peut être appelée dans son intégralité auprès des assurés, elle doit donc être financée avant l'entrée du nouvel adhérent au régime des anciens salariés. Le mécanisme traditionnel de la Provision pour Risque Croissant est un moyen pour l'assureur de faire face à des régimes structurellement déficitaires. Cependant, d'autres montages peuvent être envisagés pour répondre à cette problématique, tel est le cas du financement collectif présenté en fin de mémoire.

Abstract

Keywords: Health insurance, Evin Law, healthcare cost, collective financing.

A case law of 13th January 2009 regarding collective healthcare coverage brought light to certain ambiguous obligations devolved upon health insurers. It now confirms that former employees' healthcare coverage has to be identical to employees' healthcare coverage when they retire and not just "equivalent" as the current law provides.

This decision brings the issue of how to balance retirees' healthcare scheme. Indeed the current law limits their contributions to 150 % of employees' contributions while their health benefit costs increase significantly with age. Consequently, under these constraints, benefits paid by the insurer are shown to be greater than the contributions received.

A question this document tries to answer is how to value this constraint of 150% considering the multitude of possible healthcare coverage. The study of two existing populations leads to the conclusion that a balance is possible if we base the retirees' contributions on "family" employees' contributions (covering the employee and his/her spouse and dependent children).

Retirees' contributions can't legally be paid by employees but insurers have to find a way to fund the retirees' scheme for each employee before their retirement age. The traditional way used by insurers is to book a technical reserve in a specific case of a debit balance. Another solution developed in this document is the mechanism of collective financing.

Remerciements

C'est avec un réel plaisir que je réserve ces lignes en signe de reconnaissance à tous ceux qui ont contribué, de près ou de loin, à la bonne réalisation de mon mémoire.

Mes remerciements s'adressent tout d'abord à Madame Geneviève Beraud-Gravillon, mon directeur de mémoire, pour ses multiples conseils, ses nombreuses lectures et remarques sur mon mémoire. Ils s'adressent également à Madame Brigitte Écary, Directeur Général de SPAC Actulaires, et Monsieur Claude Negrin, Président de SPAC Actulaires, dont les conseils et la disponibilité furent déterminants.

Je suis particulièrement reconnaissant envers Monsieur Alexis Bienvenüe, mon tuteur ISFA, pour ses remarques constructives.

Je tiens également à exprimer vivement ma gratitude à toute l'équipe de SPAC Actulaires pour leur soutien et leur accueil.

Enfin, je remercie également toutes les personnes qui ont bien voulu apporter suggestions et commentaires à mon mémoire ; leur soutien fut précieux.

Sommaire

RESUME	3
ABSTRACT	4
REMERCIEMENTS	5
SOMMAIRE	6
INTRODUCTION	8
I. L'ASSURANCE SANTE EN FRANCE	10
A. LA SECURITE SOCIALE	10
1. Les remboursements	10
2. Répartition des postes de dépenses	12
3. Évolution de la consommation médicale	14
B. LES COMPLEMENTAIRES SANTE	16
1. Une place historique	16
2. Les intervenants	17
3. Les prestations	19
II. LE CADRE DE L'ETUDE	21
A. LES ENTREPRISES ET LES CONTRATS COLLECTIFS	21
1. Des contrats hétérogènes	21
2. Les raisons d'une mise en place des contrats collectifs	22
3. Les enjeux	23
B. LA LOI ÉVIN	26
1. Un tournant dans le monde de la prévoyance complémentaire	26
2. Détail du texte	26
3. 20 ans de loi Évin	29
4. La jurisprudence : des garanties identiques	30
III. LA PROBLEMATIQUE ACTUARIELLE	32
A. LA CONTRAINTE DES 150 %	32
1. Un effet collatéral	32
2. Une source d'interprétation	32
3. Un dernier point à éclaircir	33
B. COMMENT RESPECTER LA CONTRAINTE ?	33
1. Une mutualisation complète	33
2. Trouver des solutions alternatives	33
IV. LES PROJECTIONS	35
A. PROJECTION DES POPULATIONS	35
1. Description des deux populations	35
2. Modèle de projection de la population	38
3. Les prestations	40
B. RESULTATS MARQUANTS	45
1. Un écart d'âge qui se creuse entre actifs et anciens salariés	45
2. Des niveaux de prestation divergents	51

3. Détermination du rapport des consommations moyennes.....	52
V. LE FINANCEMENT DE L'ECART ENTRE LA COTISATION D'EQUILIBRE ET LA COTISATION PLAFONNEE LOI ÉVIN	55
A. LA PROVISION POUR RISQUE CROISSANT (PRC)	55
1. Une constitution classique en assurance.....	55
2. Les PRC pour les contrats collectifs santé.....	56
B. FINANCEMENT COLLECTIF	58
1. Principe de fonctionnement	58
2. Application du modèle sur une population.....	60
3. Particularités du montage.....	66
CONCLUSION	68
GLOSSAIRE ET ABREVIATIONS	69
BIBLIOGRAPHIE.....	70
ANNEXES	71
ANNEXE 1 : TABLES CONSTRUITES POUR LES PROJECTIONS	71
ANNEXE 2 : SENSIBILITE DES PROJECTIONS DE LA CONSOMMATION DES ACTIFS ET ANCIENS SALARIES	85

Introduction

Durant la première moitié du XX^{ème} siècle, les garanties couvrant les frais de soins de santé n'étaient offertes que par un nombre limité de contrats collectifs d'entreprise comme par exemple dans le secteur minier ou les transports. Depuis, la couverture des frais de soins de santé, institutionnalisée le 4 octobre 1945 par la création de la Sécurité sociale, est un domaine en perpétuelle évolution. La protection sociale santé est un droit figurant explicitement dans le préambule de la Constitution de la Quatrième République¹, repris à son compte par la Constitution de la Cinquième République. Elle est maintenant orientée, dans la perspective du modèle européen, vers un système de protection sociale dit des « trois piliers ». Le premier est constitué du service public s'adressant à l'ensemble de la population et financé principalement par les cotisations sociales et patronales. Le second est composé du système complémentaire à base conventionnelle financé paritairement par l'employeur et le salarié. Enfin, le dernier pilier intègre les assurances supplémentaires individuelles.

La sensibilité à de nombreux facteurs d'ordres économique, technologique mais également démographique de la protection sociale santé n'est nullement négligeable. En effet, le financement est très lié au taux d'activité du pays, étant donné qu'il repose essentiellement sur les cotisations sociales. Le développement continu des technologies médicales depuis la création de la Sécurité sociale a contribué aux progrès considérables en matière de traitement des pathologies rendant, de fait, les soins de plus en plus coûteux. Enfin, avec l'allongement de la durée de vie, assurer la pérennité du système pour maintenir un niveau de couverture convenable est une des grandes problématiques des années dernières et à venir. Les dépenses de santé, caractérisées par des déficits récurrents, pèsent donc de manière croissante sur les finances publiques. Comme le souligne Pierre-Yves Geoffard², l'État ne pourra pas contenir l'augmentation perpétuelle des prestations sans augmenter le financement ou se décharger sur les assurances complémentaires³. L'accumulation des mesures mises en place par les différents gouvernements lors des dernières loi de financement de la Sécurité sociale (LFSS)⁴ laisse à penser que l'on se dirige vers la deuxième solution.

L'acte majeur organisant la protection sociale complémentaire est sans conteste la loi Évin du 31 décembre 1989⁵. Elle régit toutes « les opérations ayant pour objet la prévention et la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ou du risque chômage » du système complémentaire. Même si la loi dresse une liste exhaustive des obligations s'imposant aux organismes assureurs, aux personnes couvertes de même qu'aux employeurs, en cas de contrat collectif d'entreprise, elle n'en reste pas moins équivoque sur certains aspects. Ainsi la jurisprudence continue d'apporter sa lumière sur certaines zones laissées dans l'ombre, bien que la loi Évin ait fêté ses 20 ans.

¹ Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, alinéa 11

² Economiste, directeur de recherche au CNRS, depuis janvier 2005. Membre de la commission de spécialistes, Université Paris I Panthéon Sorbonne, Membre du Comité Scientifique de l'IRDES.

³ Libération du 17 juin 2008.

⁴ Dont pour 2010, le passage à un taux de 15 % pour les médicaments à vignettes bleues et la hausse de 4 € du forfait hospitalier

⁵ Loi 89-1009 publiée au JORF n°1 du 2 janvier 1990 page 13.

La dernière jurisprudence en date est l'arrêt du 13 janvier 2009 de la Cour d'appel de Lyon¹. Il statue sur l'article 4 de ladite Loi Évin, organisant la couverture des anciens salariés. L'affaire à l'origine de la prononciation de la Cour est un différent concernant le maintien du niveau des garanties frais de santé après le départ en retraite d'un salarié. Jusqu'à cette jurisprudence, les garanties offertes aux anciens salariés étaient fréquemment différentes de celles accordées aux actifs, tout en restant « équivalentes » comme l'exige la loi. L'arrêt précise à présent que les garanties doivent être identiques.

Le point des garanties étant éclairci, il demeure cependant en suspens la question du niveau de la cotisation demandée. La loi fixe une limite à ne pas franchir, sans pour autant préciser sur quelle durée cette contrainte doit être maintenue, ni les modalités applicables en fonction des ayants droit pris en compte dans les garanties. L'objet du présent mémoire est de mesurer l'importance de ces points dans la mise en place d'une solidarité intergénérationnelle dans les complémentaires santé.

Nous nous intéresserons dans une première partie aux principaux aspects de la couverture des frais de soins de santé en France en exposant le système assurant cette protection. Nous présenterons ensuite le cadre dans lequel s'inscrit l'étude en décrivant la protection sociale complémentaire dans l'entreprise et la loi Évin dans son aspect collectif. Dans une troisième partie, nous expliquerons comment est apparue la problématique du financement des régimes d'anciens salariés retraités. Cette problématique est illustrée dans la quatrième partie au travers de projections sur deux populations réelles. Enfin, des ouvertures sur des possibilités de financement des cotisations des retraités sont développées dans une cinquième et dernière partie.

¹ RG 08/02875

I. L'assurance santé en France

Dans l'optique des trois piliers de la protection sociale, nous présentons tout d'abord les remboursements versés par la Sécurité sociale pour les salariés du régime général. Nous décrirons ensuite de quelle manière interviennent les organismes proposant des assurances complémentaires santé.

A. La Sécurité sociale

1. Les remboursements

Les soins remboursés par la Sécurité sociale sont principalement les consultations et visites, les médicaments et vaccins, les soins dentaires, l'optique et l'hospitalisation. Les remboursements sont calculés par application d'un taux de remboursement¹ sur une base de remboursement.

a) Les grands postes de remboursements

(1) Consultation/visite

La base de remboursement des consultations du médecin traitant de secteur 1, applicable depuis le 1^{er} juillet 2007, est de 22 euros pour les généralistes, 25 euros pour les spécialistes et de 37 euros pour les psychiatres, neuropsychiatres et neurologues. Le taux de remboursement est de 70 %.

(2) Pharmacie

Les médicaments sont pris en charge par l'Assurance Maladie sur prescription médicale. À chaque vignette correspond un type de médicament et un taux de remboursement particulier.

La vignette blanche barrée concerne les médicaments reconnus comme irremplaçables et plutôt coûteux, elle occasionne un remboursement de 100 %. La vignette blanche correspond à un taux de remboursement de 65 % et s'applique à la plupart des médicaments courants. La vignette bleue est décernée aux médicaments dont le service médical n'a pas été reconnu comme majeur. Cette dernière concerne notamment l'homéopathie ou tous les médicaments pour des troubles ne présentant pas de caractère de gravité ; le remboursement est dans ce cas de 35 %. Depuis le début de l'année 2010, une nouvelle vignette orange a été instaurée, elle signifie que le remboursement est alors de 15 %. Ces taux de remboursement s'appliquent soit sur la base de leur prix de vente, dont la limite est fixée réglementairement, soit sur la base d'un tarif forfaitaire de responsabilité².

La liste des vaccins pris en charge par l'Assurance Maladie est fixée par arrêté ministériel. Sur prescription médicale, les vaccins sont remboursés à 65 %, sur la base du prix indiqué sur la vignette. L'injection du vaccin est également remboursée. La prise en charge est effectuée sur la base habituelle

¹ Le taux de remboursement varie selon l'affiliation au régime général ou au régime local d'Alsace-Moselle et selon le bénéfice de l'allocation supplémentaire du Fonds spécial vieillesse (F.S.V.) ou de l'Allocation de solidarité pour les personnes âgées (A.S.P.A.). Notons qu'en cas d'affection de longue durée, l'Assurance Maladie rembourse à 100 % du tarif de la Sécurité sociale les dépenses liées aux soins et traitements nécessaires.

² Tarif du médicament générique. Il est entré en vigueur en 2003, et concernent début 2010 environ 850 produits (sur environ 1 850 produits remboursables)

de 70 % en cas de vaccination chez le médecin traitant lors d'une consultation ou de 60 % en cas de vaccination par une infirmière.

(3) Dentaire

Les consultations chez un chirurgien-dentiste ou un médecin stomatologiste conventionné sont prises en charge par l'Assurance Maladie respectivement sur une base de 21 euros et 28 euros et un taux de 70 %.

Les soins dentaires comprennent les soins dits « conservateurs » (détartrage, traitement d'une carie, dévitalisation, etc.) et les soins chirurgicaux (extraction, etc.). Ils sont pris en charge à 70 % par l'Assurance Maladie s'ils figurent sur la liste des actes et prestations remboursables.

Les prothèses dentaires sont prises en charge par l'Assurance Maladie si elles figurent sur la liste des actes et prestations remboursables, et sont remboursées à 70 % sur la base de tarifs dits « de responsabilité », très souvent inférieurs à leur coût réel.

Les traitements d'orthodontie sont pris en charge par l'Assurance Maladie sous réserve d'obtenir l'accord préalable de la caisse d'Assurance Maladie et s'ils sont commencés avant le 16^{ème} anniversaire du patient. Ils sont alors remboursés à 100 % sur la base de tarifs dits « de responsabilité », très souvent inférieurs à leur coût réel. En effet, contrairement aux consultations et aux soins dentaires, le tarif des traitements d'orthodontie est libre.

(4) Optique

En ce qui concerne l'optique, il est possible d'être remboursé d'une à plusieurs paires de lunettes par an, si l'affection évolue, avec un taux de remboursement de la monture de 65 %, sur la base d'un tarif forfaitaire de 2,84 euros, soit 1,85 euros. Les verres des lunettes sont remboursés à 65 % sur la base de tarifs qui varient de 2,29 euros à 24,54 euros pour les adultes selon le degré de correction.

(5) Hospitalisation

Lors d'une hospitalisation, le forfait journalier hospitalier participe aux frais de l'hôpital et s'applique à tous. Il représente la participation financière du patient aux frais d'hébergement entraînés par son hospitalisation. Il est dû pour tout séjour supérieur à 24 heures dans un établissement de santé. Toutefois, certains motifs d'hospitalisation peuvent permettre d'en être exonéré. Depuis le 1^{er} janvier 2010, le forfait hospitalier, fixé par arrêté ministériel, est de 18 euros par jour en hôpital ou en clinique et 13,5 euros par jour dans le service psychiatrique d'un établissement de santé. L'Assurance Maladie ne rembourse pas ce forfait. Cependant, il peut être pris en charge par les complémentaires santé.

Dans un hôpital public ou une clinique privée conventionnée, les frais liés à l'hospitalisation sont pris en charge à 80 % sur la base de remboursement par l'Assurance Maladie (sauf cas particuliers). L'Assurance Maladie prend en charge également une partie des soins réalisés avant ou après une hospitalisation.

Les frais d'hospitalisation sont intégralement remboursés si le patient est hospitalisé plus de trente jours consécutifs, la prise en charge à 100 % entrant alors en vigueur le trente et unième jour, ou si le patient est hospitalisé en raison d'un accident du travail ou d'une maladie professionnelle.

b) Participation des assurés

Outre le ticket modérateur et le forfait hospitalier présentés ci-dessus, L'Assurance Maladie laisse, sur certains actes, une franchise à la charge des assurés sociaux non remboursable par les complémentaires santé.

(1) La franchise médicale

La franchise médicale est une somme qui est déduite des remboursements sur les médicaments, les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Le montant de la franchise est de cinquante centimes par boîte de médicaments et par acte paramédical et de deux euros par transport sanitaire. Le montant de la franchise médicale est plafonné à cinquante euros par an pour l'ensemble des actes ou prestations concernés. Un plafond journalier de deux et quatre euros a été mis en place respectivement pour les actes paramédicaux et les transports sanitaires. Tous les assurés sociaux sont concernés par cette participation forfaitaire à l'exclusion :

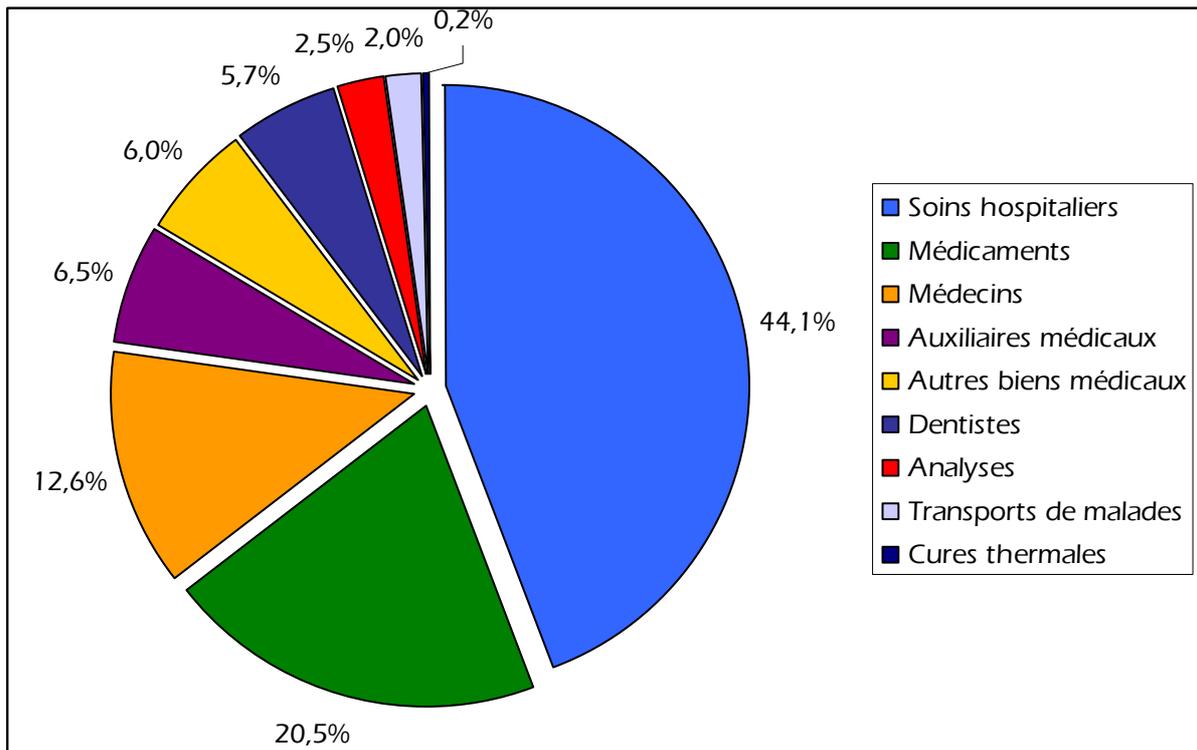
- des personnes de moins de 18 ans au 1^{er} janvier de l'année en cours,
- des femmes enceintes, dès le 1^{er} jour du 6^{ème} mois de grossesse et jusqu' au 12^{ème} jour après l'accouchement,
- des bénéficiaires de la CMU complémentaire ou de l'aide médicale de l'état (AME).

(2) Participation forfaitaire

Les consultations ou actes réalisés par un médecin généraliste ou spécialiste, les examens de radiologie et les actes de biologie médicale sont assujettis à une participation forfaitaire de un euro. Lorsque plusieurs consultations de médecins différents sont effectuées au cours de la même journée, un seul acte étant effectué à chaque fois, la participation forfaitaire est retenue pour chaque consultation ou acte. En cas de consultations multiple chez le même médecin au cours de la même journée ou en cas de plusieurs actes au cours d'une même séance, la participation forfaitaire est retenue pour chaque consultation ou acte, dans la limite de 4 euros par jour pour un même professionnel de santé. Le montant total de la participation forfaitaire est plafonné à 50 euros par année civile et par personne.

2. Répartition des postes de dépenses

En 2008, la consommation de soins et de biens médicaux s'élevait à 170,5 milliards d'euros, selon la direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES). La répartition complète de la consommation de 2008 est présentée dans le graphique ci-dessous ; l'optique, les prothèses et orthèses, petits matériels et pansements étant regroupés sous l'appellation « autres biens médicaux ».



Champ : France métropolitaine et Dom.

Source : Drees, comptes de la santé.

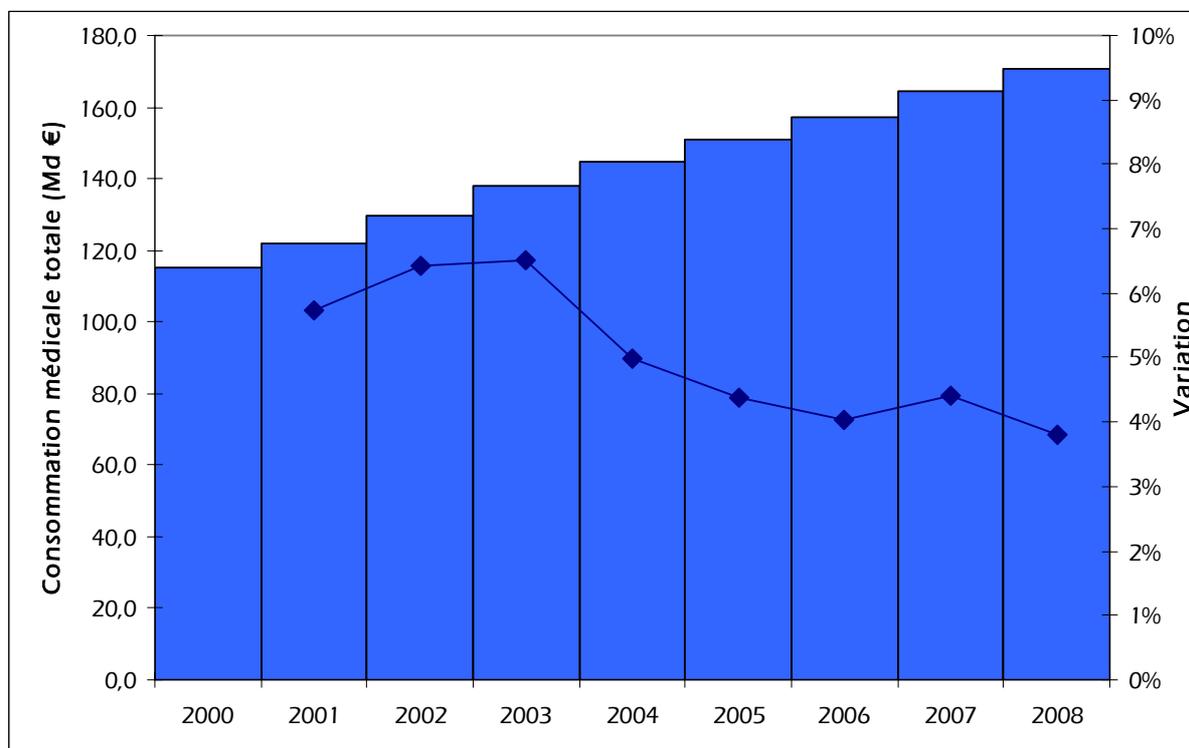
Figure 1 : Répartition de la consommation santé en 2008

Les soins hospitaliers représentent la part la plus importante des dépenses avec 44,1 % de la consommation, suivis des médicaments (20,5 %) et médecins (12,6 %). Tous les autres postes représentent moins de 10 %.

La répartition des différents postes de soins dans la consommation médicale totale est relativement stable entre 2000 et 2008, nonobstant un recul de 1,7 % de l'hospitalisation compensée par une augmentation des auxiliaires médicaux et du regroupement des prothèses et orthèses, petits matériels et pansements.

3. Évolution de la consommation médicale

L'évolution de la consommation médicale totale en euros courants entre 2000 et 2008 est présentée dans le graphique ci-dessous.



Champ : France métropolitaine et Dom.

Source : Drees, comptes de la santé.

Figure 2 : Évolution de la consommation médicale totale entre 2000 et 2008.

Le taux de croissance de la consommation, entre 2000 et 2003, est de plus de 6 % par an sous l'effet notamment des augmentations de tarifs des médecins et de la hausse des coûts salariaux à l'hôpital, liée à la réduction du temps de travail. La hausse est plus faible, sous les 5 %, à partir de 2004. Ceci peut être expliqué par l'instauration de différentes mesures de « responsabilisation » dont le parcours de soin ; ce ralentissement se retrouvant principalement pour les postes soins hospitaliers, analyses, consultations et médicaments. L'année 2007 a amené une certaine préoccupation en renouant avec une accélération de la progression de la consommation, proche de celle observée en 2000, tant en valeur qu'en volume. La consommation médicale totale avait progressé de 4,4 % sous l'influence principale des médecins et médicaments (5 %) et dans une moindre mesure des auxiliaires médicaux (8 %). L'année 2008 a été marquée par un ralentissement du rythme de croissance des dépenses sur tous les postes de soins sauf pour le poste hospitalier.

En 2008, la part financée par la Sécurité sociale dans la consommation médicale totale est de 75,7 % alors qu'elle était de 77,1 % en 2000. La légère diminution de cette part provient principalement de la hausse progressive du forfait journalier et des hausses des tarifs journaliers de prestations qui servent de base au calcul des tickets modérateurs à l'hôpital public. Elle provient également du poste consultations dont la modulation des taux de remboursement des patients¹ a été

¹ Selon qu'ils sont ou non dans le parcours soin.

introduite. En 2007, plusieurs nouvelles mesures ont été mises en place par le plan d'économies déclenché à la suite de la procédure d'alerte. Ainsi, la majoration du ticket modérateur à la charge des assurés ne respectant pas le parcours de soins a été augmentée à partir du mois de septembre, passant à 20 % au lieu de 10 % précédemment : le taux de remboursement passe ainsi à 30 %, au lieu de 70 % dans le cadre du parcours coordonné. Ceci s'est traduit, pour le régime général, par une économie de 75 millions d'euros en année pleine en 2007, somme qui est essentiellement reportée sur le reste à charge des ménages. De ce fait, la part des ménages dans le financement de la consommation médicale totale n'a cessé de progresser depuis 2005. Alors qu'elle était passée de 9,0 % à 8,4 % entre 2000 et 2005, la part des ménages atteint 9,4 % du financement des dépenses de santé en 2008.

B. Les complémentaires santé

1. Une place historique

a) Avant la création de la Sécurité sociale

Les premières sociétés de secours mutuel, ancêtres des mutuelles, sont apparues au XVIII^e siècle. Elles-mêmes font suite aux différentes guildes, confréries et sociétés de compagnons qui organisaient la solidarité entre les membres d'une même profession.

La Révolution de 1789, entraînant la fin de la liberté d'association avec la loi Le Chapelier du 14 juin 1791, signe la fin de ces sociétés. Elles renaissent avec l'Empire sous l'impulsion de la Société Philanthropique, dont le but est « d'engager les ouvriers à se réunir pour s'assurer mutuellement des ressources en cas de maladie, ou lorsque les infirmités de la vieillesse les mettraient dans l'impossibilité de continuer leurs travaux ».

Elles seront légalisées par le décret du 22 mars 1852, qui octroie de nombreux avantages aux sociétés qui reçoivent l'approbation de l'Etat et acceptent son contrôle. C'est finalement la loi du 1^{er} avril 1898 qui permet l'essor de la mutualité en réduisant le contrôle étatique et en favorisant son développement.

Son rôle juridiquement reconnu, son organisation structurée, la Mutualité connaît son « âge d'or » : le nombre d'adhérents quadruple entre 1900 et 1940, passant de 2,5 à 10 millions. D'importantes sociétés professionnelles sont créées. En 1930, une loi rend les assurances sociales obligatoires : les sociétés mutualistes, en reconnaissance de leur large implantation et de leur compétence, sont chargées d'en assurer le fonctionnement. La Mutualité prend ainsi un caractère plus gestionnaire et développe les premières formules d'assurances sociales.

b) La création de la Sécurité sociale n'a pas supprimé les complémentaires

Le système français de protection sociale s'est progressivement mis en place au cours des décennies passées, mais sa véritable naissance peut être datée de l'ordonnance du 4 octobre 1945 qui crée la Sécurité sociale. Le préambule de la Constitution de 1946¹, qui a par ailleurs été repris dans le préambule de la Constitution de 1958, pose une affirmation très forte que l'on retrouve dans la Déclaration universelle des droits de l'homme, à savoir que c'est le devoir d'un État que d'assurer la protection de ses citoyens contre les risques majeurs de l'existence, dont la protection de la santé.

Cependant, les quatre années de guerre et d'occupation ne permettant pas d'offrir des garanties autres que basses, les gouvernements ont très vite favorisé les systèmes complémentaires. À l'origine, la protection obligatoire ne couvrait que les salariés. En particulier dans le domaine de l'assurance maladie, c'est l'occupation d'un emploi salarié qui garantissait les personnes. Il a fallu attendre les Trente glorieuses pour voir se développer la Sécurité sociale avec par exemple la couverture des agriculteurs en 1948, des non salariés non agricoles en 1966. Enfin, les lois de 1975² et 1978³ ont généralisé la Sécurité sociale ; le lien entre travail et couverture sociale a ainsi disparu.

¹ Préambule de la Constitution du 27 octobre 1946, Article 11

² Loi n° 75/574 du 4 juillet 1975 tendant à la généralisation de la Sécurité sociale

³ Loi n°78-2 du 2 janvier 1978 relative à la généralisation de la Sécurité sociale

c) L'essor des complémentaires de santé

L'augmentation de l'étendue des personnes couvertes n'a pas été suivie de celle des garanties, offrant une large voie au développement des complémentaires santé. En effet, le ticket modérateur de la Sécurité sociale a été mis en œuvre dès la création de cette dernière en 1945. À cela se sont ajoutés des tarifs de remboursement non réévalués, comme c'est le cas dans les domaines de l'optique, de l'audition, des appareillages ou des prothèses dentaires. Ainsi, par exemple, pour ces dernières les bases de remboursement n'ont pas évolué depuis trente ans. La création du secteur II et la multiplication des dépassements d'honoraires sont venus augmenter la part de la dépense de santé restant à la charge des ménages. Ainsi, alors qu'en 1960, seuls 31 % des Français étaient couverts par une assurance complémentaire du risque maladie, ce pourcentage était de 49 % en 1970, à 69 % en 1980, à 83 % en 1990. Par la loi de juillet 1999 créant la couverture maladie universelle complémentaire (CMU-C), les pouvoirs publics reconnaissaient explicitement la nécessité d'une couverture complémentaire. En 2000, date d'entrée en vigueur de la CMU-C, le taux de couverture complémentaire était à peine supérieur à celui de 1990, avec 86 % de la population. Aujourd'hui, on estime à près de 93 % la population couverte par une complémentaire santé. Les 7 % n'en disposant pas se répartissent à peu près à parts égales entre ceux qui considèrent ne pas avoir les moyens d'en souscrire une et ceux qui, ayant fait un calcul économique, préfèrent faire de l'auto-assurance.

2. Les intervenants

a) Trois types d'intervenants

Trois types d'organismes sont habilités à proposer des garanties d'assurance complémentaire santé. Il y a d'une part les mutuelles ou caisses autonomes mutualistes, régies par le Code de la mutualité. Elles sont contrôlées par les adhérents, qui disposent chacun d'une voix dans le cadre des élections et des décisions prises en assemblée générale. D'autre part interviennent les institutions de prévoyance paritaires qui relèvent du Code de la Sécurité sociale et du Code rural. Elles sont contrôlées par les représentants des entreprises adhérentes et des salariés participants (employeurs et organisations syndicales). Enfin, les entreprises d'assurance relevant du Code des Assurances sont également présentes sur le marché. Ces dernières sont de deux types : les sociétés anonymes, sociétés commerciales contrôlées par les actionnaires et les compagnies à forme mutuelle gérées par leurs sociétaires par le biais d'élections.

b) Des différences qui s'estompent

La philosophie de ces organismes était à l'origine fortement marquée, leurs différences provenant principalement de leur socle idéologique. Tout d'abord, le mouvement mutualiste trouve son assise dans la solidarité par laquelle chacun s'oblige pour tous. Le paritarisme repose, lui, sur la recherche d'un point d'équilibre entre patrons et employés sous la forme d'un « compromis de classe ». Enfin les sociétés d'assurance trouvent leur place dans une logique de marché et d'efficacité économique.

Bien que ces organismes relèvent de codes différents, le législateur a impulsé depuis plusieurs années un mouvement d'homogénéisation des pratiques et comportements. En effet, les principes de solidarité avaient rendu les mutuelles particulièrement sensibles aux phénomènes d'anti-sélection et les pratiques de sélection des risques des sociétés d'assurances généraient une exclusion des personnes les plus vulnérables. Ainsi, les mécanismes de prises de décision, les rapports avec les sociétaires, adhérents ou assurés se sont standardisés. En raison de contraintes légales identiques et d'une forte

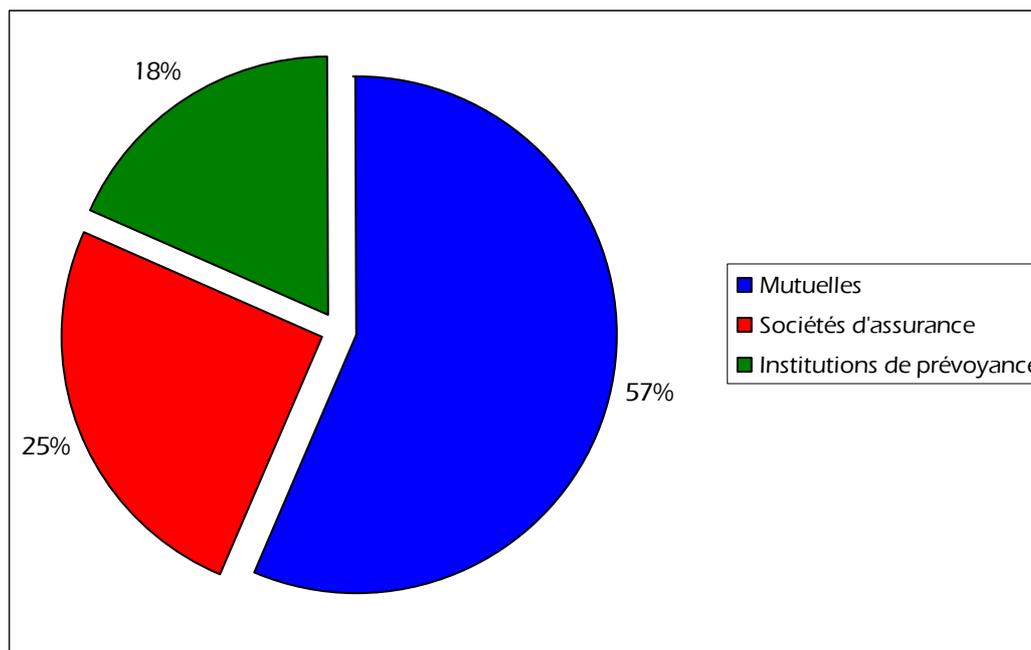
concurrence, ces organismes répondent, à présent, plus à une demande de consommateurs qu'ils n'essayeraient de faire prévaloir leurs anciens principes.

Alors qu'une ultime différence subsistait sur le plan fiscal, l'article 88 de la Loi de Finance rectificative de 2006 prévoit que les Institutions de Prévoyance et les Mutuelles entrent dans la fiscalité de droit commun, tout comme les compagnies d'assurance. Cependant, cette mesure qui devait entrer en application au 1^{er} janvier 2008 a été reportée, pour la troisième fois, au 1^{er} janvier 2011. Cette décision de fin décembre 2009 est liée au fait que la Commission européenne ne s'est pas encore prononcée sur la compatibilité de ce dispositif fiscal avec la réglementation européenne en matière d'aides d'État.

c) Des parts de marché différentes

Les prestations versées en 2008 par les organismes complémentaires s'élevaient à 23,3 milliards d'euros, représentant 13,7 % de l'ensemble des dépenses de soins et biens médicaux.

Par tradition française, ce sont les mutuelles qui interviennent majoritairement dans le remboursement des frais de santé, suivies des sociétés d'assurance puis des institutions de prévoyance, comme le montre le graphique suivant.



Source : Drees, 2008, comptes de la santé

Figure 3 : Part de marché des différents organismes dans les prestations complémentaires en 2008

3. Les prestations

Le niveau de remboursement réglé par les organismes complémentaires est très variable suivant les postes de soins.

a) Les contrats responsables

Pour bénéficier notamment d'avantages fiscaux, les contrats doivent être qualifiés de « responsables », la définition étant précisée par l'article L.871-1 du code de la Sécurité sociale. Ainsi, les contrats d'assurance complémentaire santé doivent satisfaire à certaines obligations¹.

(1) Les interdictions

Les garanties des contrats complémentaires ne doivent couvrir ni la participation forfaitaire, ni la majoration du ticket modérateur en cas de non respect du parcours de soins. De plus, ni le dépassement d'honoraires pratiqué par un médecin consulté hors parcours de soins, ni les franchises médicales ne peuvent être remboursées.

(2) Les prescriptions

Le contrat responsable doit cependant prendre en charge le ticket modérateur pour les consultations du médecin traitant et du médecin correspondant, les médicaments remboursés par la Sécurité sociale et les frais d'analyse prescrits en parcours de soins. Il doit en plus prévoir le remboursement de deux actes de prévention considérés comme prioritaires au regard des objectifs de santé publique. La liste de ces prestations est fixée par arrêté du 8 juin 2006².

b) Les grands postes de remboursements

(1) Médicaments

Les dépenses portant sur des médicaments à vignette blanche sont intégralement prises en charge pour 98 % des bénéficiaires, celles des médicaments à vignette bleue sont entièrement remboursées pour 90 % des bénéficiaires ; la prise en charge partielle étant pratiquée par 14 % des contrats complémentaires.

(2) Consultations

Le ticket modérateur des consultations est remboursé intégralement presque systématiquement, 98,5 % des cas ; un quart des assurés étant remboursé en cas d'éventuels dépassements d'honoraires.

(3) Optique

Comme il a été présenté précédemment, les remboursements de la Sécurité sociale en matière d'optique sont très faibles, l'essentiel des frais d'optique reste donc à la charge des complémentaires santé et des ménages. La formulation des garanties est très variable, pouvant combiner un forfait en

¹ Décret n°2205-1126 du 29 septembre 2005

² Détartrage annuel, scellement des sillons avant 14 ans, bilan du langage avant 14 ans, dépistage de l'hépatite B, ostéodensitométrie tous les six ans pour les femmes de plus de 50 ans, dépistage des troubles de l'audition chez les personnes de plus de 50 ans et une liste de sept vaccins avec ou sans condition d'âge.

euros ainsi qu'un pourcentage de la base de remboursement. Les montants pris en charge par les complémentaires sont plus élevés dans les contrats collectifs. Les contrats distinguent majoritairement le remboursement des montures de celui des verres.

(4) Dentaire

Le dentaire est également un poste au travers duquel les complémentaires santé participent fortement ; 93 % des couvertures proposent une prise en charge supérieure au ticket modérateur. Notons que ce concours porte particulièrement sur les prothèses dentaires, les soins dentaires étant bien remboursés par la Sécurité sociale. Le montant moyen remboursé pour le traitement d'une dent aux personnes couvertes en collectif (571 €) est le double de celui remboursé aux personnes couvertes en individuel (290 €).

(5) Hospitalisation

En ce qui concerne le coût d'une hospitalisation, il a été vu précédemment que le patient doit s'acquitter d'un forfait journalier représentant sa participation financière aux frais d'hébergement. Les contrats prennent généralement en charge l'intégralité du montant du forfait journalier. En revanche, la durée de prise en charge diffère selon le type d'hospitalisation. En effet, les séjours en médecine étant fréquemment plus courts, ils sont très souvent pris en charge pour une durée illimitée tandis que les séjours en soins sont couverts pour une période limitée à 30 jours.

Les complémentaires proposent également des prises en charge des frais d'agrément tels que le coût d'une chambre particulière. Les parents d'enfants hospitalisés ont la possibilité d'être hébergés à l'hôpital moyennant des frais supplémentaires pouvant être couverts par la complémentaire

II. Le cadre de l'étude

A. Les entreprises et les contrats collectifs

Selon l'étude réalisée en 2010 par l'institut d'études CSA à la demande de la FFSA et du GEMA, la complémentaire santé et la couverture prévoyance sont les deux catégories de contrats d'assurances de personnes les plus répandues au sein des entreprises de 10 salariés et plus.

Cette étude montre que 77 % des entreprises sont équipées en complémentaire santé, en forte augmentation par rapport à 2004 ; elles n'étaient alors que 65 %. Le taux de couverture croît avec le nombre d'employés dans l'entreprise : il s'élève à 71% dans les entreprises de 10 à 20 salariés pour atteindre 96 % dans les entreprises de 200 salariés et plus. Par ailleurs, c'est dans le secteur d'activité « Agriculture, industrie, production, construction » que le taux d'entreprises équipées est le plus élevé avec 82 %. A l'inverse, ce taux est le plus faible, à 59 %, dans le secteur « Hôtels et restaurants ».

1. Des contrats hétérogènes

a) Les niveaux de garantie

Le niveau des garanties est entièrement libre et dépend généralement de la taille de l'entreprise ; plus le nombre de salariés est important, plus le niveau est élevé en général. Plusieurs niveaux de garanties peuvent néanmoins être proposés simultanément. La répartition des salariés entre les différents niveaux de garanties reflète généralement la hiérarchie des qualifications et des salaires dans l'entreprise.

b) Les types de couvertures

(1) Les salariés

D'une manière générale, la complémentaire santé, lorsqu'elle est mise en place, s'adresse dans la majorité des entreprises¹ à l'ensemble des salariés et très rarement à une partie limitée ou spécifique de salariés. Dans ce dernier cas, il s'agit généralement du personnel d'encadrement et le contrat est assorti d'un contrat de prévoyance et d'un système de retraite sur-complémentaire. Néanmoins, dans la tendance jurisprudentielle d'égalité de traitement des salariés, ce type de couverture est amené à être généralisé à l'ensemble du personnel.

Notons que les salariés sous contrat à durée déterminée (CDD) sont exclus par le biais de délais de carence dans 5 % des contrats.

(2) Les ayants droit des salariés

La complémentaire peut couvrir le salarié de manière isolée ou couvrir également sa famille. Les garanties les plus courantes sont les couvertures « Famille » et « Famille à charge au sens de la Sécurité sociale ». Dans le premier cas, la couverture peut jouer le rôle de sur-complémentaire si le conjoint est déjà couvert par ailleurs. Les garanties peuvent également prévoir un système d'option isolée/famille ou encore une cotisation par tête couverte s'adaptant à tout type de configuration mais présentant un risque d'anti-sélection.

¹ 80 % pour celles à adhésion obligatoire et 65 % pour celles à adhésion facultative

c) Les cotisations

La cotisation est dans les trois-quarts des cas forfaitaire, généralement définie en fonction du Plafond de la Sécurité sociale, PSS. Dans les autres cas elle est de manière équivalente proportionnelle au salaire, avec généralement une borne maximum, ou mixte. La cotisation ne peut en aucun cas dépendre de l'âge ou de l'état d'aggravation du risque.

La participation de l'employeur moyenne s'élève à 60 % de la cotisation ; elle est inférieure à la moitié dans 51 % des cas et intégrale dans 15 % des cas.

d) L'adhésion

Concernant le type d'adhésions, la part des complémentaires santé à adhésion obligatoire a augmenté de 22 points par rapport à 2004 sous l'impulsion des nouvelles exigences de déduction sociale, atteignant 67 % ; un niveau trois fois plus important que celui de la complémentaire santé à adhésion facultative. Ces dernières sont notamment en diminution de 8 points par rapport à 2004, tombant à 21 % des contrats.

e) Les organismes assureurs

Mis à part quelques cas particuliers de mutuelles d'entreprises, les contrats collectifs ne se distinguent pas en fonction du type d'organisme assureur qui les fournit. Les organismes assureurs se plient à la demande qui leur est adressée par les entreprises en raison du caractère exacerbé de la concurrence sur le marché de la protection sociale d'entreprise. On notera tout de même une action sociale plus marquée de la part des mutuelles et institutions de prévoyance.

2. Les raisons d'une mise en place des contrats collectifs

a) Une logique d'incitation et de fidélisation

Les entreprises jouent un rôle important dans l'accès à une garantie complémentaire santé. Une des raisons est sans doute la contribution de l'employeur et parfois celle du comité d'entreprise¹ qui diminue mécaniquement le coût de l'assurance pour le salarié. L'adoption d'une couverture complémentaire relève de la politique sociale de l'entreprise, voire de la politique de rétribution au sens large. La complémentaire constitue un véritable avantage salarial qui permet à la fois d'attirer et de retenir certaines catégories de personnel. Les raisons qui conduisent à la mise en œuvre d'un tel dispositif se rapprochent de celles qui sont à l'origine de l'adoption d'un système d'intéressement, ou plus largement d'épargne salariale.

b) Des avantages divers

Tout d'abord, la dimension collective permet de manière triviale d'avoir un poids dans la négociation avec l'organisme assureur. Ensuite, la dimension collective au sein d'une entreprise permet de mutualiser les risques et de développer une solidarité à plusieurs niveaux, mais tout d'abord entre salariés, quels que soient leur âge, leur état de santé, leur situation familiale. Enfin, pour l'assureur, la couverture d'une population entière réduit le risque d'anti-sélection. La négociation, au sein de

¹ L'employeur intervient lorsque le contrat est à adhésion obligatoire tandis que le comité d'entreprise intervient plus généralement lorsque les contrats sont à adhésion facultative.

l'entreprise avec les représentants des salariés, permet la mise en place du régime et des garanties les mieux adaptées aux besoins.

c) Une incitation fiscale et sociale

(1) Pour le salarié

Les cotisations versées par le salarié aux régimes de prévoyance complémentaire, auxquels le salarié est affilié à titre obligatoire et dont le contrat est dit « responsable », sont exonérées de charges sociales. De plus, elles sont déductibles du revenu imposable du salarié¹. Cette déduction peut être effectuée dans la limite égale à la somme de 7 % du montant annuel du plafond de la Sécurité sociale et de 3 % de la rémunération annuelle brute, sans que le total ainsi obtenu puisse excéder 3 % de huit fois le montant annuel du plafond précité. En cas d'excédent, celui-ci est ajouté à la rémunération.

(2) Pour l'entreprise

La part employeur des cotisations sont également exonérées de charges sociales². En effet, les contributions de l'employeur sont exclues de l'assiette des cotisations de Sécurité sociale pour une fraction n'excédant pas un montant égal à la somme de 6 % du montant annuel du plafond de la Sécurité sociale et 1,5 % de la rémunération annuelle soumise à cotisations de Sécurité sociale. Le total ainsi obtenu ne peut excéder 12 % du montant annuel du plafond de la Sécurité sociale. La Cour des Comptes chiffre les concours publics à 50 % du coût de la couverture complémentaire. Ces avantages financiers sont donc loin d'être négligeables.

3. Les enjeux

a) Contenir les dépenses

(1) Le comportement des assurés

Pendant longtemps, les organismes complémentaires n'ont guère mis en œuvre de politique de gestion du risque. Dans un contexte de progression des revenus, de diffusion de la couverture complémentaire et du niveau encore modéré de cotisation, les salariés manifestaient largement leur préférence pour une couverture complète du coût des soins. Ce modèle de couverture très prégnant s'est imposé à la quasi-totalité des opérateurs. C'est ainsi que les contrats laissant une partie du ticket modérateur à la charge de l'assuré ont pratiquement disparu. Adossé au tiers payant, ce modèle tolère des abus de consommation. Le désengagement du régime de base étant intégralement compensé par les complémentaires, les mesures prises n'ont d'effet que sur le coût moyen et non sur la fréquence. Les hausses des cotisations des complémentaires ne semblent pas influencer les comportements des assurés de manière significative.

¹ Article 83 du Code Général des Impôts

² Articles L.242-1 6ème à 8ème alinéas du code de la Sécurité sociale et article 113 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003

(2) Des expériences engageantes

Néanmoins, depuis quelques années, les complémentaires santé mettent en place des accords et services en vue de modifier certaines pratiques. Une des mesures phare est sans doute la création de plateformes de santé ; plateformes téléphoniques délivrant des avis raisonnés sur les devis optiques, dentaires, prothèses auditives. Ces plateformes participent à la fois à une mission d'information et d'explication des devis et à l'encadrement des dépenses. Une autre mesure consiste à tisser un réseau de partenaires en signant des conventions avec les professionnels de santé. L'aspect tarifaire constitue un élément important de ces conventions mais il n'est pas le seul ; certaines professions se sont également engagées sur des données qualitatives.

(3) Une limite

Les économies réalisées grâce à l'activité d'analyse de devis ou négociation des prix a principalement permis de réduire le reste à charge de l'assuré. De plus, l'organisme complémentaire a pu voir diminuer ses remboursements sur les contrats haut de gamme, lorsque le forfait de remboursement contractuel reste supérieur au prix négocié. Néanmoins, la mise en place des plateformes apparaît comme coûteuse pour les complémentaires et l'apport de ses structures est difficilement quantifiable. La tendance actuelle serait d'alléger les plateformes en les intégrant aux infrastructures d'assistance.

b) Portabilité des garanties

La perte des couvertures en prévoyance santé et prévoyance lourde est très fréquente lorsque les salariés quittent leur entreprise. Depuis quelques années, les partenaires sociaux essaient de mettre en place des solutions permettant de dé-corréler la rupture du contrat de travail de celle du contrat d'assurance.

(1) L'ANI

Les partenaires sociaux ont négocié la portabilité des garanties après rupture du contrat de travail lors de l'Accord National Interprofessionnel (l'ANI) du 11 janvier 2008. L'article 14 est entré en vigueur le 1er juillet 2009 pour les entreprises adhérentes aux organisations patronales signataires de l'ANI (MEDEF, CGPME, UPA). L'avenant du 18 mai 2009 a par la suite été étendu par arrêté du 7 octobre 2009¹ rendant ce dispositif applicable à toutes les entreprises du secteur privé.

Suite à cet accord, les anciens salariés peuvent garder le bénéfice des garanties appliquées dans leur ancienne entreprise pendant leur période de chômage. La garantie débute à compter de la date de cessation du contrat de travail et couvre l'ancien salarié jusqu'à la reprise d'un nouvel emploi, dans la limite de la durée égale à celle de leur dernier contrat de travail appréciée en mois entier et bornée à 9 mois. L'ancien salarié doit justifier de sa prise en charge par le régime d'assurance chômage auprès de son ancien employeur. Néanmoins, le cumul d'une activité rémunérée ne dépassant pas 110 heures par mois et d'une allocation chômage ne met pas fin à la portabilité des garanties. Par ailleurs, la suspension de l'indemnisation chômage en cas d'arrêt maladie de l'ancien salarié n'a pas d'incidence sur le maintien des garanties au titre de l'article 14 de l'ANI.

¹ Publié au JO du 15 octobre 2009

A l'exception du licenciement pour faute lourde, tous les modes de rupture du contrat de travail sont concernés, quel que soit le type de contrat de travail¹. Les ruptures de contrats d'apprentissage et de professionnalisation pouvant ouvrir droit à indemnisation par l'assurance chômage sont également concernées.

Le financement du maintien de garanties peut être assuré par un système de mutualisation mis en place par accord collectif, décision unilatérale de l'employeur ou accord référendaire approuvé à la majorité du personnel de l'entreprise. A défaut, la portabilité sera financée conjointement par l'ancien employeur et l'ancien salarié dans les proportions et dans les conditions applicables aux salariés de l'entreprise. L'ancien salarié peut renoncer au maintien de ses garanties en refusant de payer sa part de cotisation. Cette renonciation est définitive et concerne l'ensemble des garanties.

L'effet de l'extension ne concerne pas encore les secteurs d'activité dont les organisations patronales signataires ne sont pas représentatives. En conséquence, certains secteurs comme le secteur agricole ou celui des professions libérales ne seront concernés qu'après la publication d'un éventuel arrêté d'élargissement

(2) Lors d'un départ en retraite

Plus de la moitié des titulaires d'un contrat de complémentaire santé d'entreprise changent de couverture à l'âge de la retraite. Ce résultat reflète l'impact, lors du passage à la retraite, de la hausse des cotisations² tandis que le revenu des jeunes retraités peut baisser de près de moitié. Ce faible taux d'adhésion des bénéficiaires d'un contrat collectif peut également signifier que les garanties conçues pour un groupe de salariés sont inadaptées aux besoins de soins des retraités. Il s'agirait d'un réajustement des différentes garanties en fonction des besoins attendus surtout dans le cas d'un contrat obligatoire pour lequel le salarié n'a pas choisi ses niveaux de garanties.

Le marché des complémentaires à destination des anciens salariés est en pleine mutation suite à une prise de conscience grandissante de l'enjeu qu'il représente et d'un cadre législatif et réglementaire récemment bouleversé.

¹ Licenciement individuel, licenciement pour motif économique, rupture conventionnelle, démission pour "juste motif", rupture de CDD à motif défini, ou CDD arrivé à terme.

² Cette hausse est principalement due à la perte de la participation de l'employeur.

B. La loi Évin

La loi 89-1009 du 31 décembre 1989 dite loi Évin est l'acte fondamental de la protection sociale complémentaire. Nous détaillons dans cette partie le versant collectif de la loi.

1. Un tournant dans le monde de la prévoyance complémentaire

Aux prémices des assurances collectives, le déséquilibre entre l'assuré et l'organisme assureur était traditionnellement au profit de ce dernier. Bien que cela nous semble difficilement applicable maintenant, la sélection médicale des assurés lors de la souscription d'un contrat était aussi courante que les délais de carence.

A ce sujet, le rapport Gisserot, rapport établi en 1985 par un groupe de travail interministériel sur la protection sociale complémentaire avait mis l'accent sur deux problèmes majeurs : la faculté pour l'organisme assureur de résilier brutalement un contrat et les problèmes posés par la rupture du lien entre le souscripteur et le salarié-assuré.

Le premier point n'avait pas eu à attendre la loi Évin pour que les assureurs proposent des contrats viagers ne laissant la possibilité de résiliation que sur une période probatoire. Le second point avait également reçu une réponse partielle dans la mesure où les organismes assureurs proposaient assez régulièrement aux anciens salariés de leurs contrats groupe la possibilité de souscrire un contrat individuel. Néanmoins ces derniers comportaient généralement une nouvelle période de carence, un examen médical suivi d'une diminution de garantie et/ou surprime.

2. Détail du texte

La loi Évin régit, pour la partie collective obligatoire en particulier, les relations entre l'employeur, l'organisme assureur et les salariés.

a) Définitions

(1) Des couvertures visées

La loi Évin concerne les couvertures prévoyance et santé.

Article 1 *Alinéa 1 : Les dispositions du présent titre s'appliquent aux opérations ayant pour objet la prévention et la couverture du risque décès, des risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ou du risque chômage.*

(2) Des organismes habilités

Dans sa version d'origine, seuls les organismes « classiques » (points a à d) avaient le droit de proposer les couvertures visées. La Loi n°94-678 du 8 août 1994¹ a ajouté les organisations autonomes d'assurance vieillesse, les caisses de retraite complémentaire des professions libérales et la caisse nationale du barreau français.

¹ Article 14 - JORF 10 août 1994

Article 1 Alinéa 2: *Seuls sont habilités à mettre en œuvre les opérations de couverture visées au premier alinéa les organismes suivants :*

(a) Entreprises régies par le code des assurances ;

(b) Institutions de prévoyance relevant du titre III du livre IX du code de la Sécurité sociale ;

(c) Institutions de prévoyance relevant de la section 4 du chapitre II du titre II du livre VII du code rural ;

(d) Mutuelles relevant du code de la mutualité.

(e) Organismes visés aux 1°, 2°, 3° de l'article L. 621-3 et aux articles L. 644-1 et L. 723-1 du code de la Sécurité sociale pour les opérations mises en place dans le cadre des dispositions de l'article 41 de la loi n° 94-126 du 11 février 1994 relative à l'initiative et à l'entreprise individuelle.

(3) Des assurés

L'organisme assureur a l'obligation de prendre en charge les suites des états pathologiques survenus antérieurement à la souscription du contrat ou à l'adhésion des salariés

Article 2 : *Lorsque des salariés sont garantis collectivement, soit sur la base d'une convention ou d'un accord collectif, soit à la suite de la ratification par la majorité des intéressés d'un projet d'accord proposé par le chef d'entreprise, soit par décision unilatérale de l'employeur, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, l'organisme qui délivre sa garantie prend en charge les suites des états pathologiques survenus antérieurement à la souscription du contrat ou de la convention ou à l'adhésion à ceux-ci, sous réserve des sanctions prévues en cas de fausse déclaration*

Aucune pathologie ou affection qui ouvre droit au service des prestations en nature de l'assurance maladie du régime général de Sécurité sociale ne peut être exclue du champ d'application des contrats ou conventions visés au premier alinéa dans leurs dispositions relatives au remboursement ou à l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident.

b) Devoirs des trois parties

(1) Les relations assureur-salarié

Les modalités de la résiliation de la couverture doivent être prévues au contrat tant en matière de délai que de conditions d'accueil des salariés couverts. Le salarié percevant des prestations ne subit pas les conséquences d'une résiliation ou de non-renouvellement du contrat. En conséquence de quoi l'assureur doit constituer des provisions pour faire face à ses engagements. Par ailleurs, les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré.

Article 5 : *Lorsque des salariés sont garantis collectivement, dans les conditions prévues par l'article 2 de la présente loi, contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, le contrat ou la convention doit prévoir le délai de préavis applicable à sa résiliation ou à son non-renouvellement ainsi que les modalités et les conditions tarifaires selon lesquelles l'organisme peut maintenir la couverture, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, au profit des salariés concernés, sous réserve qu'ils en fassent la demande avant la fin du délai de préavis.*

Article 9 : *Les remboursements ou les indemnisations des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident ne peuvent excéder le montant des frais restant à la charge de l'assuré ou de l'adhérent après les remboursements de toute nature auxquels il a droit et avant la prise en charge instaurée par l'article L. 861-3 du code de la Sécurité sociale.*

(2) Les relations assureur-entreprise

Le chef d'entreprise reçoit chaque année de la part de l'organisme assureur un rapport sur les comptes dont le contenu est fixé par décret¹.

Article 15 : *Lorsque des salariés d'une entreprise bénéficient, dans le cadre de celle-ci, de garanties collectives mentionnées à l'article L. 911-2 du code de la Sécurité sociale, l'organisme assureur est tenu de fournir chaque année au chef d'entreprise un rapport sur les comptes de la convention ou du contrat dont le contenu est fixé par décret. Ce rapport présente en termes clairs et précis la méthodologie et les bases techniques de chacune des catégories de provisions constituées par l'organisme assureur et comporte la justification de leur caractère prudent.*

(3) Les relations entreprise-salarié

Le salarié est représenté par l'intermédiaire du comité d'entreprise qui possède un droit d'information et de consultation lors de la mise en place ou modification d'une couverture en prévoyance des salariés. Ensuite, le chef d'entreprise est tenu de remettre aux adhérents une notice d'information détaillée qui définit notamment les garanties prévues par le contrat et leurs modalités d'application. De plus, il doit présenter au comité d'entreprise ou, à défaut, aux délégués du personnel chaque année le rapport mentionné à l'article 15. Enfin, le souscripteur est également tenu d'informer préalablement par écrit les adhérents de toute réduction des garanties.

Article 12 : *Le souscripteur d'une convention ou d'un contrat conclu avec un organisme appartenant à l'une des catégories mentionnées à l'article 1er de la présente loi, en vue d'apporter à un groupe de personnes une couverture contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou des risques d'incapacité de travail ou d'invalidité, est tenu de remettre à l'adhérent une notice d'information détaillée qui définit notamment les garanties prévues par la convention ou le contrat et leurs modalités d'application.*

Le souscripteur est également tenu d'informer préalablement par écrit les adhérents de toute réduction des garanties visées à l'alinéa précédent.

Article 14 : *L'article L. 432-3 du code du travail est complété par un alinéa ainsi rédigé : « Le comité d'entreprise est obligatoirement informé et consulté préalablement à la mise en place d'une couverture des salariés contre le risque décès, les risques portant atteinte à l'intégrité physique de la personne ou liés à la maternité ou les risques d'incapacité de travail ou d'invalidité ou à la modification de la couverture existante. »*

Article 16 : *Il est inséré, après l'article L. 432-3-1 du code du travail, un article L. 432-3-2 ainsi rédigé : « Art. L. 432-3-2. - A la demande du comité d'entreprise ou, à défaut, des délégués du personnel, le chef d'entreprise leur présente chaque année le rapport mentionné à l'article 15 de la loi no 89-1009 du 31 décembre 1989 renforçant les garanties offertes aux personnes assurées contre certains risques. »*

¹ Décret no 90-769 du 30 août 1990 pris pour l'application des articles 4, 9 et 15

c) Le maintien de la couverture frais de santé

Les anciens salariés ont la possibilité de souscrire à un contrat de couverture des frais de santé sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaires médicaux et dont les modalités et les conditions tarifaires sont prévues au contrat des actifs. Les ayants droit de l'assuré décédé restent couverts pour une durée minimale de douze mois à compter du décès.

Le nouveau contrat ou la nouvelle convention doit prévoir que la garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande. De plus, les tarifs applicables aux personnes visées par l'article ne peuvent être supérieurs de plus de 50 % aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs.

L'une des innovations fondamentales de la loi Évin est sans doute dans l'article 4 puisqu'elle s'efforce de marier deux concepts a priori antagonistes : la liberté d'adhésion individuelle et la solidarité entre les générations.

Article 4 : *Lorsque des salariés sont garantis collectivement, dans les conditions prévues à l'article 2 de la présente loi, en vue d'obtenir le remboursement ou l'indemnisation des frais occasionnés par une maladie, une maternité ou un accident, le contrat ou la convention doit prévoir, sans condition de période probatoire ni d'examen ou de questionnaire médicaux, les modalités et les conditions tarifaires des nouveaux contrats ou conventions par lesquels l'organisme maintient cette couverture :*

1° Au profit des anciens salariés bénéficiaires d'une rente d'incapacité ou d'invalidité, d'une pension de retraite ou, s'ils sont privés d'emploi, d'un revenu de remplacement, sans condition de durée, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois qui suivent la rupture de leur contrat de travail ;

2° Au profit des personnes garanties du chef de l'assuré décédé, pendant une durée minimale de douze mois à compter du décès, sous réserve que les intéressés en fassent la demande dans les six mois suivant le décès.

Le nouveau contrat ou la nouvelle convention doit prévoir que la garantie prend effet, au plus tard, au lendemain de la demande.

Les tarifs applicables aux personnes visées par le présent article peuvent être supérieurs aux tarifs globaux applicables aux salariés actifs dans des conditions fixées par décret.

3. 20 ans de loi Évin

Durant près de 20 ans, l'article 4 de la loi Évin a été appliqué de manière plus ou moins stricte. L'organisme assureur pouvait soit étendre la couverture santé en vigueur dans l'entreprise aux anciens salariés concernés, soit leur proposer de souscrire une couverture santé dans le cadre d'un régime d'accueil. Ce dernier type de dispositif a connu un fort développement depuis près de 20 ans. Ainsi, les complémentaires santé ont eu l'habitude de proposer aux retraités des couvertures « proches », « similaires » ou « semblables ». Pour certaines d'entre elles, la cotisation appelée allait au-delà de la limite tarifaire. Il faut cependant différencier deux types d'anciens salariés : ceux provenant de grandes entreprises et les autres.

a) Les anciens salariés de grandes entreprises

(1) Une parfaite application

Les contrats retraités étaient fréquemment liés au contrat des actifs, avec une mutualisation des résultats des actifs et des retraités. Les garanties restaient les mêmes après le départ en retraite et la

cotisation indépendante de l'âge. Le coût évoluait de façon semblable pour les deux populations. La seule question était celle du pilotage de ce type de contrat en cas d'évolution démographique défavorable ; mais ce risque était en général à la charge de l'entreprise. Il était très fréquent de voir un régime d'actifs excédentaire compenser celui des inactifs structurellement déficitaire.

(2) Une tendance à la séparation des comptes

Le procédé consistant à mutualiser le contrat des retraités avec celui des actifs constitue un financement indirect du régime des retraités par celui des actifs et donc, indirectement, par l'entreprise. Une telle situation correspond, au sens de l'IAS19, au financement indirect par l'entreprise d'un avantage différé, qui devrait donner lieu à la constitution d'une provision IAS19. Toutes les entreprises cotées ou faisant un appel public à des investisseurs sont tenues, depuis 2005, de produire des comptes en normes IFRS. Compte tenu de l'augmentation des dépenses avec l'âge, ces provisions peuvent s'avérer représenter une part très importante du passif social des entreprises. C'est pourquoi ces dernières ont tendance à vouloir dissocier les comptes des actifs de ceux des anciens salariés.

b) Pour les petites et moyennes entreprises

Pour les entreprises plus petites, les actifs étant souvent en nombre insuffisant pour être gérés dans des comptes propres, une mutualisation des retraités comme exposé précédemment n'était que très rarement réalisées. Les assureurs avaient alors mis en place des structures contractuelles dédiées baptisées « contrats de sorties de groupe ». Pour des raisons de simplification, de suivi technique et d'adaptation aux possibilités financières des retraités, quatre à cinq niveaux de garanties étaient alors proposés par les organismes assureurs. L'ancien salarié avait à choisir entre les deux niveaux de garanties les plus proches de celui dont il bénéficiait dans son entreprise.

Les retraités provenant d'un grand nombre d'entreprises, la contrainte tarifaire n'était pas systématiquement respectée. La cotisation était rarement indépendante de l'âge, même pour les contrats collectifs, compte tenu de l'anti-sélection.

4. La jurisprudence : des garanties identiques

a) Le litige

Dans l'affaire à l'origine de la jurisprudence, une société avait conclu en 1998 un avenant d'augmentation des garanties de « frais de santé » au bénéfice de ses salariés cadres dénommé « santé 1000 ». Le contrat proposait alors le remboursement des frais réels, pour la plupart des actes sans plafond. Cet avenant organisait également les modalités de maintien des garanties aux anciens salariés, en application de l'article 4 de la loi Évin, sur la base du « régime le plus proche ». Licencié le 31 janvier 2002 alors qu'il était en arrêt maladie, un salarié cadre sollicite de l'organisme assureur le maintien de la couverture « santé 1000 » à titre individuel. En réponse, l'assureur lui propose un autre contrat intitulé « Santé 500 », comprenant des garanties quasiment identiques au précédent excepté en optique, sous prétexte que contrat « santé 1000 » n'était plus proposé à la souscription depuis le 1^{er} janvier 2000. Le salarié accepte cette proposition mais assigne malgré tout l'assureur afin d'obtenir le maintien intégral de la couverture « santé 1000 ».

b) Les jugements

Dans un premier jugement du 19 octobre 2004 du tribunal de grande instance de Lyon, il a été jugé que « si la loi a entendu garantir aux anciens salariés le maintien de la couverture des risques

santé, il ne s'agissait pas d'un maintien intégral automatique de cette couverture et qu'elle a laissé au contrat collectif d'adhésion obligatoire le soin de préciser, outre les conditions tarifaires dans la limite fixée par les textes, les modalités de ce maintien, autorisant ainsi une certaine latitude à l'organisme assureur pour proposer une couverture non pas identique, mais forcément, si l'esprit du texte veut être respecté, de nature sensiblement similaire à celle du contrat collectif ». Le raisonnement du juge du fond, favorable aux organismes assureurs, s'appuyait essentiellement sur le rejet devant l'Assemblée Nationale d'un amendement visant la suppression d'un renvoi aux dispositions contractuelles et le rejet d'un autre amendement parlementaire prônant l'ajout du mot « intégral »¹.

La solution est confirmée par la cour d'appel de Lyon, aux motifs que l'objet de l'article 4 de la loi Évin est de garantir aux anciens salariés « non pas le maintien intégral et automatique de la couverture offerte par le contrat collectif, mais une couverture similaire »².

L'affaire est finalement portée devant la deuxième Chambre civile de la Cour de cassation, qui avait donc à se prononcer sur l'étendue de l'obligation de l'organisme assureur au titre de l'article 4 de la loi Évin : celui-ci doit-il assurer une identité des garanties dont doivent bénéficier les salariés sortants ou peut-il se satisfaire de garanties similaires ?

La Cour de cassation censure l'arrêt de la cour d'appel de Lyon au motif que « il ne peut être dérogé par voie de convention aux dispositions d'ordre public de la loi n° 89-1009 qui prévoient le maintien à l'ancien salarié privé d'emploi de la couverture résultant de l'assurance de groupe souscrite par l'employeur pour la garantie des frais de santé ». Ce faisant, la cour ne fait qu'appliquer, sans visa express, l'article 10 de la loi Évin.

L'arrêt du 7 février 2008 de la Cour de cassation renvoyant les parties devant la cour d'appel de Lyon a donc semblé sonner le glas des « régimes d'accueil ».

La cour d'appel de renvoi de Lyon a confirmé, dans son jugement du 13 janvier 2009, le maintien des garanties offertes par le contrat collectif avant que l'ancien salarié ne quitte l'entreprise et sans appliquer les modifications et plafonnements de garantie intervenus sur le contrat des actifs.

En effet, pour la Cour d'appel, l'interprétation de l'article 4 ne conduit pas à considérer que le législateur a entendu prévoir un maintien de garanties similaires. Elle ajoute que le fait que ce maintien génère un risque de déséquilibre ne justifie pas son adaptation. Enfin, elle maintient que la fermeture à la commercialisation du contrat « santé 1000 » n'est pas de nature à dispenser l'organisme assureur de l'exécution de son obligation légale.

Cependant l'ancien salarié se voit imposer les modifications exigées par les dispositions légales et réglementaires, fixées pour l'ensemble des assurés sociaux comme la mise en place du parcours de soin.

¹ TGI de Lyon 4ème Ch., 19 octobre 2004, RG n° 03/04547

² CA Lyon, 9 mars 2006, no 05/00395

III. La problématique actuarielle

A. La contrainte des 150 %

1. Un effet collatéral

En supprimant la possibilité d'adapter les garanties en fonction des groupes couverts, cette décision remet au goût du jour la contrainte tarifaire de l'article 4. En effet, nous montrerons que la croissance des dépenses en fonction de l'âge est bien plus forte que l'augmentation tarifaire possible. Après une période de flou autant pratique que juridique, le cadre réglementaire est recentré.

a) La cotisation de référence

L'article 1 du décret n°90-769 du 30 août 1990 imposant la contrainte tarifaire aux organismes assureurs n'est pas très précise. Le plafond de 50 % d'augmentation ne s'applique pas au montant de cotisation que l'ancien salarié payait antérieurement, mais au « tarif global applicable aux salariés actifs de l'entreprise ». Interrogé sur l'interprétation de cette limite¹, le ministère du travail a précisé que l'augmentation tarifaire s'appliquait sur la globalité de la cotisation de l'actif, part salariale et part employeur.

b) L'application de la contrainte est viagère

De plus, le ministère a mis fin au doute sur la durée d'exercice de la contrainte en la fixant viagère. La dernière phrase de la réponse précise que « l'organisme assureur peut porter l'augmentation de la cotisation à son maximum dès la première année, mais également la lisser dans le temps ».

c) L'obligation repose sur l'organisme assureur

La réponse ministérielle rappelle également que l'obligation de proposer le maintien des garanties du contrat collectif repose sur l'assureur et non sur l'employeur. Néanmoins, ce dernier se voit appliquer par les tribunaux prud'homaux une tendance jurisprudentielle tendant à lui reconnaître un devoir d'information envers le salarié.

2. Une source d'interprétation

La détermination de la borne tarifaire est aisée lorsque la complémentaire santé ne couvre que le salarié. Lorsque des ayants droit sont couverts, la question devient plus subtile. En effet, la cotisation que payait l'assuré représentait sa propre part du risque mais également celle due à la présence d'enfants ou conjoints. Or, pour ces derniers, aucune contrainte tarifaire n'est imposée par la loi Évin. Ainsi, plusieurs méthodes sont envisageables lorsque la garantie des actifs ou celle des anciens salariés ne couvre pas uniquement le salarié.

a) Méthode résultant d'une lecture directe

La première méthode résulterait d'une lecture directe de la loi. Elle pourrait conduire à considérer que la contrainte ne concerne que le montant appelé. La cotisation que paye le jeune retraité pour sa couverture individuelle serait alors à comparer au montant total de son ancienne

¹ Question n°47770 publiée au JO le 05/05/2009 et Réponse publiée au JO le 01/06/2010.

cotisation famille. De cette manière, il est très aisé de ne pas dépasser la limite réglementaire. Cependant, cette lecture n'est, sans nul doute, pas celle que souhaitait le législateur à l'époque.

b) Méthode de la cotisation moyenne

Une autre méthode consisterait à reconstituer une cotisation famille moyenne pour les anciens salariés en considérant un maintien des mêmes ayant-droits et à la comparer avec celle payée dans l'entreprise. Cependant, l'organisme assureur n'est pas tenu de respecter la contrainte pour les ayants droit¹.

c) Méthode considérant l'isolement technique de l'ouvrant-droit

Une dernière méthode consisterait à isoler techniquement la part de l'ouvrant droit dans la cotisation famille qu'il payait dans l'entreprise. Cette donnée a l'intérêt de valoriser exactement l'exposition au risque de l'actif. Une fois le coût individuel déterminé, il est alors possible de connaître la borne des 150 % à respecter.

3. Un dernier point à éclaircir

La démarche à appliquer est plus incertaine lorsque plusieurs niveaux de couverture (base et supplémentaire facultatif) sont proposés aux actifs. L'organisme assureur n'est, a priori, obligé que de conserver le niveau de base obligatoire pour les retraités et d'avoir une cotisation de référence pour cette garantie. S'il veut laisser libre choix à l'assuré de modifier son niveau de couverture, deux cotisations seraient à déterminer, aucune contrainte ne pesant sur la couverture supplémentaire.

B. Comment respecter la contrainte ?

1. Une mutualisation complète

Une solution triviale serait de créer une mutualisation complète des résultats des actifs et des anciens salariés ; les excédents des premiers venant compenser le déficit structurel des seconds. Cependant, cette solution génère un passif social important pour les entreprises qui n'en ont en général pas conscience.

En effet, les régimes couvrant les frais de santé des retraités entrent dans le cadre des avantages postérieurs à l'emploi définis par la norme IAS19. Tout financement de la part de l'entreprise, même indirect, du régime des anciens salariés crée un engagement.

2. Trouver des solutions alternatives

a) Identifier les enjeux

Conscient de l'importance de ce problème, nous nous proposons d'effectuer une analyse de la viabilité de la limite à 150 % par l'étude de deux populations réelles. Nous tenterons de mettre en exergue les éléments caractéristiques pouvant mener à des issues au problème. Nous nous efforcerons d'établir le lien entre actifs et retraités et de pointer l'importance du type de couverture actif et couverture retraité. Nous éprouverons également la méthode de détermination de la limite à 150 %.

¹ Hors veuf/veuve et orphelin

b) Le financement de la cotisation

Après avoir exposé les principaux résultats, nous envisagerons deux procédés complémentaires répondant à la problématique induite par la dérive de consommation en frais de santé avec l'âge. La première est la constitution par l'organisme assureur d'une Provision pour Risque Croissant. La seconde piste est la création d'un Fonds Collectif au sein de l'entreprise.

IV. Les projections

A. Projection des populations

1. Description des deux populations

Notre étude porte sur deux populations distinctes. Leurs différences, tant en termes de structure que de couverture et niveau de garantie, permettent de tester l'application de la contrainte tarifaire de la loi Évin.

a) Une population jeune avec un bon niveau de couverture

(1) Statistiques démographiques

La première population est issue d'une grande entreprise française assez bien représentée géographiquement sur l'hexagone. Nous la dénommerons « population 1 ».

Elle est composée d'environ 68 700 actifs répartis à 58 % et 42 % entre femmes et hommes. Les femmes sont en moyenne âgées de 38 ans et les hommes de 37 ans et demi. La couverture prend en charge la famille au sens large du salarié. Le taux de conjoints couverts est de 51 % et la répartition hommes/femmes est symétrique par rapport aux actifs ; les femmes ayant 39 ans et demi en moyenne et les hommes 45 ans en moyenne. Le taux d'enfants couverts est de 86 %, leur l'âge moyen est de 11 ans.

Compte tenu du nombre d'actifs, les retraités sont peu nombreux, atteignant 4 300 anciens salariés. Ils sont composés à 66 % de femmes et 34 % d'hommes, dont l'âge moyen est de 67 ans pour les deux sexes. Le taux de conjoints couverts est légèrement supérieur à celui des actifs, s'élevant à 58 %. Ils sont composés à 55 % d'hommes et 45 % de femmes. L'âge moyen est de 68 ans pour les hommes et 64 ans pour les femmes.

(2) Répartition de la population en fonction de l'âge

Les actifs se répartissent en deux groupes importants : les 23-30 ans et les 37-46 ans. Les effectifs les plus jeunes sont composés en grande partie par des employés sous contrats à durée déterminée conduisant à une forte mobilité et une faible consommation en frais de santé. Le nombre de salariés âgés de plus 50 ans est relativement significatif et laisse présager une forte croissance des effectifs des anciens salariés.



Figure 4 : Répartition des actifs de la population 1 en fonction de l'âge.

La création récente du régime des anciens salariés explique que cette population est principalement concentrée avant 70 ans. Seulement 2 % des assurés sont âgés de plus de 85 ans.

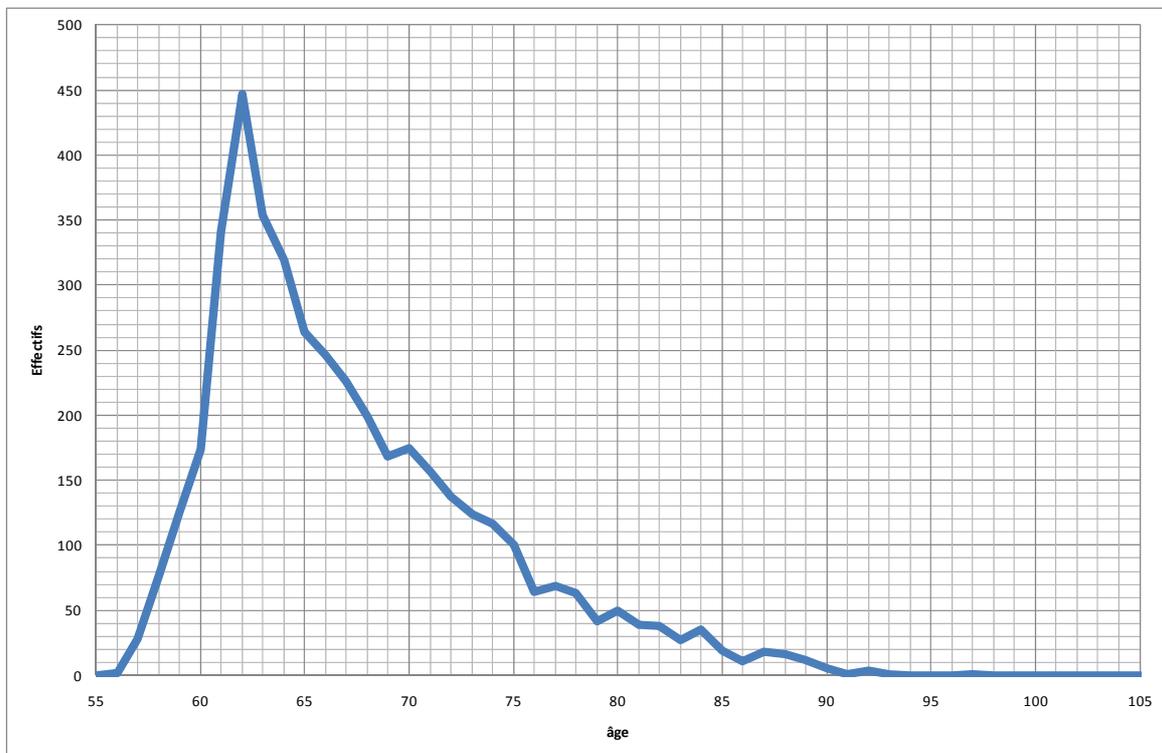


Figure 5 : Répartition des anciens salariés de la population 1 en fonction de l'âge.

(3) Un bon niveau de couverture

Le niveau de garantie est assez élevé comme le montre le tableau de l'annexe 1. Les dépassements d'honoraires sont bien couverts pour la médecine ambulatoire, le remboursement en matière d'optique peut atteindre 490 € par verre, les remboursements de soins dentaires laissent assez peu de reste à charge comme le montre le tableau comparateur de cette même annexe. La couverture est une garantie famille pour les actifs, avec une cotisation assise sur le plafond de la Sécurité sociale. La cotisation pour les inactifs est également basée sur le plafond de la Sécurité sociale et ne dépend pas de l'âge. Deux options sont proposées aux anciens salariés : une couverture famille et une couverture isolée.

b) Une population plus vieille avec une couverture standard

(1) Statistiques démographiques

La seconde population offre un régime d'accueil aux anciens salariés depuis plusieurs années. Elle est couverte par un accord de branche. Nous la dénommerons « population 2 ».

Elle comporte 66 545 actifs, répartis à 55 % et 45 % entre femmes et hommes, sont en moyenne âgés de 41 ans. Le taux de conjoints couverts est très faible, 4 %, car la convention collective ne met en place qu'une couverture famille à charge au sens de la Sécurité sociale. Le taux d'enfant par adhérent est de 92 %, dont l'âge moyen est de 11 ans.

Les retraités sont 13 110 composés à 52 % de femmes et 48 % d'hommes, dont l'âge moyen est de 73 ans pour les femmes et 72 ans pour les hommes.

(2) Répartition de la population en fonction de l'âge



Figure 6 : Répartition des actifs de la population 2 en fonction de l'âge

Les retraités sont répartis sur la tranche d'âge 63-80 ans ; l'ancienne salariée la plus âgée a 106 ans.

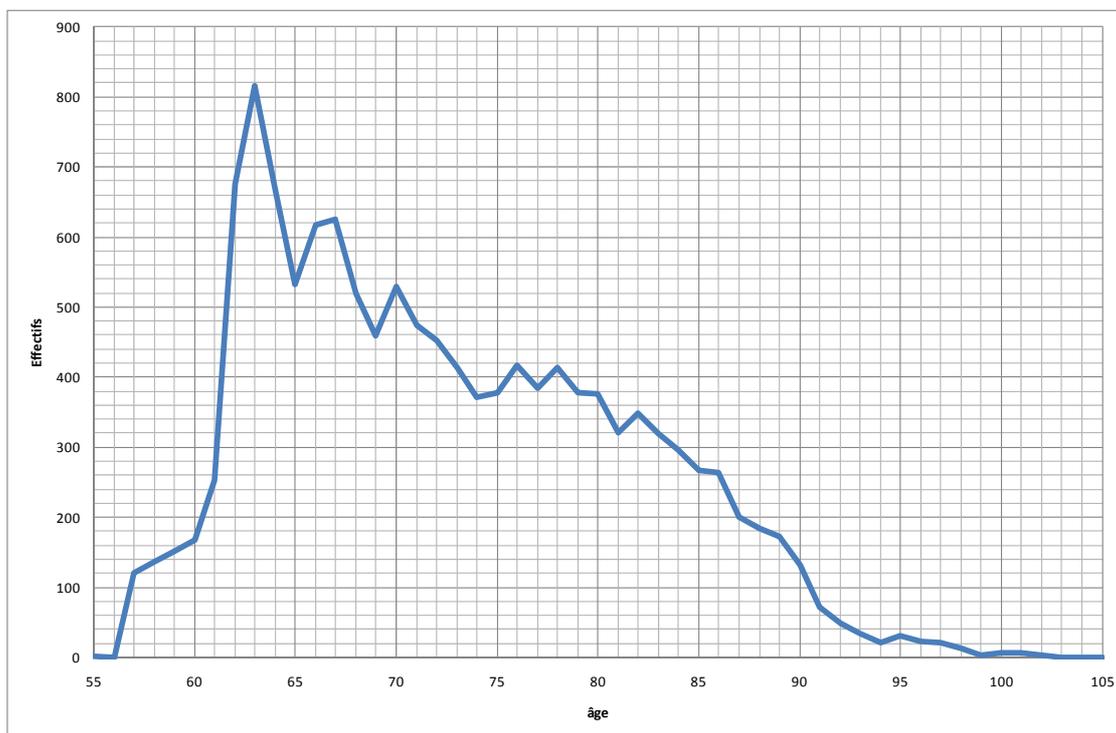


Figure 7 : Répartition des anciens salariés de la population 2 en fonction de l'âge

(3) Une couverture correcte

Le niveau de cette couverture n'est pas très élevé car il s'agit d'un régime conventionnel de branche. Toutefois, elle couvre correctement un début de dépassement d'honoraires et l'optique dans la mesure où un devis a été pratiqué. La garantie proposée aux actifs couvre la famille à charge au sens de la Sécurité sociale, la cotisation est mixte ; définie à la fois en fonction du plafond de la Sécurité sociale et du salaire. La couverture des inactifs est une couverture individuelle. La cotisation appelée est également basée sur le plafond de la Sécurité sociale mais dépend également du revenu de remplacement des inactifs assurant une solidarité verticale. Il n'y a cependant pas de solidarité horizontale : les conjoints et enfants peuvent adhérer au régime mais avec une cotisation particulière.

2. Modèle de projection de la population

a) Une projection des actifs et des retraités

La loi Évin a créé un lien direct entre les régimes des actifs et des anciens salariés. C'est pourquoi il faut prendre en considération l'entreprise dans son ensemble, du régime des actifs à celui des anciens salariés. Compte-tenu de l'horizon de projection, il nous faut estimer les mouvements en termes de sortie et d'entrée de l'entreprise. La projection de nos populations est faite par génération. Le passage d'une année à l'année suivante se fait en plusieurs étapes décrites ci-après.

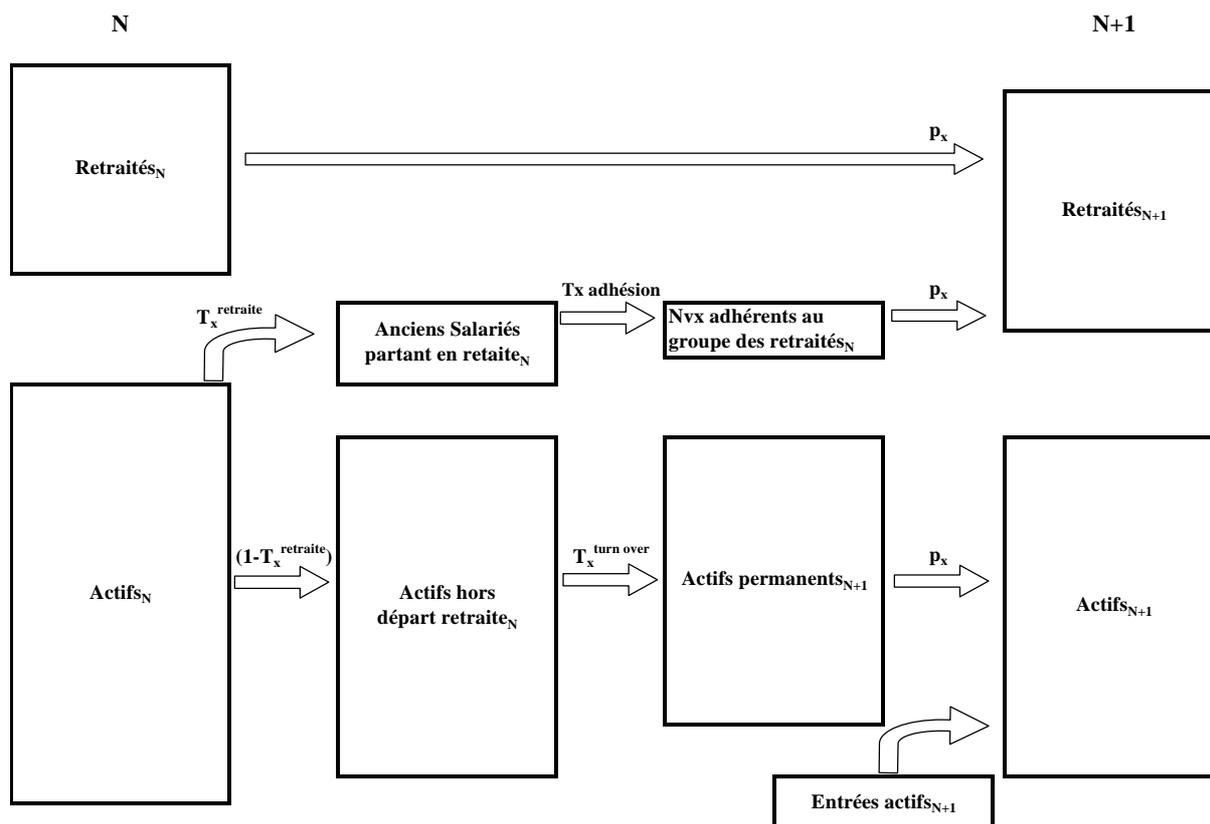


Figure 8 : Schéma de projection sur une année

Légende :

$Actifs_N$: Effectif des actifs à l'année N au prorata temporis de couverture.

$Retraités_N$: Effectif des retraités à l'année N au prorata temporis de couverture

$T_x^{turn\ over}$: Taux de mobilité des actifs.

$T_x^{retraite}$: Taux de départ en retraite. Il dépend de l'âge et de la génération.

$T_x^{adhésion}$: Taux d'adhésion des retraités au régime des anciens salariés ; hypothèse du modèle.

p_x : Taux de survie en fonction de l'âge et de la génération ; application des tables TGF-TGH06.

Les taux de mobilité et les taux de départ en retraite ont été déterminés à partir de l'analyse des données présentes dans les bases adhérents. L'historique des mouvements a été étudié sur 3 années d'observations. Les taux bruts ainsi que les taux lissés appliqués lors de la projection sont présentés en annexe 2.

b) Les grandes étapes

(1) Les actifs

Pour faire évoluer le nombre d'actifs d'une année sur l'autre, nous appliquons tout d'abord une mobilité sur la population diminuée des départs à la retraite afin d'obtenir le nombre d'actifs permanents. Les taux de mobilité ont été déterminés par âge à partir de la base adhérent à notre disposition et sont disponibles en Annexe 2. Ensuite, en fonction de la croissance des effectifs globaux prise en hypothèse, nous déterminons le nombre de nouveaux actifs à faire entrer dans notre

population pour atteindre l'objectif fixé. Une loi d'entrée¹ par âge des nouveaux actifs a été établie pour permettre de répartir ce flux de nouveaux entrants par génération. Nous obtenons alors le nombre d'actifs pour l'année considérée.

(2) L'entrée au groupe des retraités

Nous avons analysé les mouvements entre la population active et le groupe des retraités pour des départs entre 57 et 63 ans sur les années à disposition. Les valeurs obtenues sont très volatiles compte tenu des faibles effectifs par âge. Le taux d'adhésion des anciens salariés au régime des inactifs est alors appliqué aux anciens salariés partant en retraite quel que soit leur âge. Ce paramètre ayant une importance particulière, un test de sensibilité sera effectué. Après application de la mortalité, nous obtenons le nouvel effectif de retraités.

(3) Les ayants droit

La population d'ayants droit est également projetée pour la population 1 suivant un schéma similaire à la figure 8.

Pour les conjoints de la population 1, une table de mobilité par sexe et âge est appliquée, la loi de départ en retraite leur est propre également. Le nombre de nouvelles entrées est proportionnel à celui des actifs afin de conserver le taux de conjoints couverts. Le taux de conjoint est conservé à 0,48 homme pour une femme active et 0,54 femme pour un actif. La loi d'entrée permettant de répartir par âge les nouveaux conjoints dépend de l'âge et du sexe.

Les enfants d'actifs ont été projetés par un travail similaire. Nous avons déterminé les taux de mobilité leur correspondant ainsi que leur loi d'entrée. Le nombre d'enfants entrant dans la population active est lié au nombre d'actifs déjà affiliés ainsi qu'aux nouveaux entrants pour conserver un taux d'enfants couverts constant. Les événements générant leur sortie de la population active sont la mortalité, la fin de leur scolarité ainsi que le départ de l'ouvrant droit. Pour le passage du groupe des actifs au groupe des inactifs, nous avons appliqué la table de départ en retraite des ouvriers-droit avec un décalage de 35 ans qui est l'écart d'âge entre les ouvriers-droit et les enfants chez les inactifs. Pour le maintien dans le groupe des inactifs, nous avons appliqué la table de fin d'étude publiée par l'INED en 1996 ; ainsi il ne reste plus que 78 % des enfants à 18 ans et 25 % à 21 ans.

Les ayants droit de la population 2 ne sont pas projetés car ils ne sont pas mutualisés avec les anciens salariés. En effet, une cotisation particulière est appelée lorsque les ayants droit décident d'adhérer et leur compte est dissocié de celui des actifs.

3. Les prestations

a) Les données brutes

Les prestations sont celles de l'année 2009, elles ont été extraites du logiciel de gestion au 30/04/2010. Après un traitement des données par poste de consommation à l'aide du logiciel SAS, des courbes de consommation brutes par âge ont été produites par la méthode de fréquence*coût moyen.

¹ Cette loi d'entrée ne dépend pas du sexe, par contre, la proportion d'hommes et de femmes est conservée.

b) Le lissage

Afin d'obtenir des résultats cohérents, un lissage des données a été effectué. Nous avons décidé d'utiliser la méthode de Whittaker-Henderson pour sa capacité à combiner un critère de fidélité et un critère de régularité et à rechercher des valeurs ajustées satisfaisant ces deux critères.

(1) Modèle Whittaker-Henderson

Nous rappelons dans un premier temps son fonctionnement. On pose, tout d'abord, pour le critère de fidélité :

$$F = \sum_{i=0}^{\omega} w_i (c_i - \hat{c}_i)^2$$

Où (w_i) sont des poids que nous fixerons à 1, c_i est le coût réel pour la complémentaire d'un individu d'âge i et \hat{c}_i sa valeur estimée à partir des données disponibles ; on note ω l'âge ultime.

On pose pour le critère de régularité :

$$S = \sum_{i=0}^{\omega-z} (\Delta^z c_i)^2$$

Où z est un paramètre du modèle qui sera à déterminer et Δ^z est l'opérateur « différence avant », défini de la manière suivante :

$$\Delta^z u(x) = \sum_{j=0}^z \binom{z}{j} (-1)^{z-j} u(x+j)$$

Avec $z = 1$ on a $\Delta u(x) = u(x+1) - u(x)$. La minimisation de S dans le cadre discret revient donc à une minimisation, en valeur absolue, des dérivées d'ordre z en chaque point du vecteur lissé. Choisir z égal à 1 n'autorise comme régularité que la nullité de la dérivée première, c'est-à-dire la constance entre c_i et c_{i+1} . Le choix de $z=3$ conduit à annuler une dérivée d'ordre 3, c'est-à-dire que la régularité autorisée par ce choix est celle d'un polynôme d'ordre 2. Ce choix est donc celui retenu. En effet, pour z valant 1 ou 2 les irrégularités demeurent tandis que pour $z = 4$, le lissage est trop fort.

Le critère à minimiser est une combinaison linéaire de la fidélité et de la régularité. Le poids de chacun des deux termes étant contrôlé par un second paramètre h :

$$M = F + hS$$

La solution de ce problème d'optimisation satisfait aux conditions :

$$\frac{\partial M}{\partial c_i} = 0, \quad 0 \leq i \leq \omega$$

La résolution de ce système d'équations peut être effectuée au moyen de quelques manipulations matricielles. Avec les notations classiques $c = (c_i)_{0 \leq i \leq \omega}$ et $\hat{c} = (\hat{c}_i)_{0 \leq i \leq \omega}$, on peut écrire $F = {}^t(c - \hat{c})(c - \hat{c})$ et $S = {}^t \Delta^z c / \Delta^z c$. On introduit ensuite la matrice K_z de taille $(\omega-z, \omega)$ dont les termes sont les coefficients binomiaux d'ordre z dont le signe alterné confère la formule de l'opérateur « différence avant » défini ci-dessus. On obtient par exemple pour $z = 3$ et $\omega = 6$ la matrice suivante :

$$K_z = \begin{bmatrix} 1 & -3 & 3 & -1 & 0 & 0 \\ 0 & 1 & -3 & 3 & -1 & 0 \\ 0 & 0 & 1 & -3 & 3 & -1 \end{bmatrix}$$

On peut alors réécrire le critère M sous la forme :

$$M = {}^t(c - \hat{e})(c - \hat{e}) + h {}^t c {}^t K_2 K_2 c.$$

En développant, on remarque que l'on a

$$M = {}^t c c - 2 {}^t c \hat{e} + {}^t \hat{e} c + h {}^t c {}^t K_2 K_2 c.$$

En dérivant par rapport à c on obtient :

$$\frac{\partial M}{\partial c} = 2c - 2\hat{e} + 2h {}^t K_2 K_2 c.$$

La résolution de $\frac{\partial M}{\partial c} = 0$ conduit alors à l'expression suivante

$$c^* = (Id + h {}^t K_2 K_2)^{-1} \hat{e}.$$

Où Id est la matrice identité.

(2) Le choix des paramètres

Plusieurs essais ont été réalisés en vue de la détermination de la valeur du paramètre h avec des valeurs comprises entre 1 et 500. Les différences entraînées par le changement du paramètre se situent essentiellement à l'adolescence. Plus le paramètre est élevé, plus la régularité est favorisée au détriment de la fidélité. En revanche, les différences résultant du changement du paramètre pour des âges postérieurs à 25 ans sont assez faibles, inférieures à 2 %. Souhaitant garder une bonne fidélité aux données brutes, nous assignerons au paramètre h la valeur 20.

(3) Les courbes obtenues

Pour la population 1, avec un bon niveau de couverture, nous obtenons les courbes suivantes :

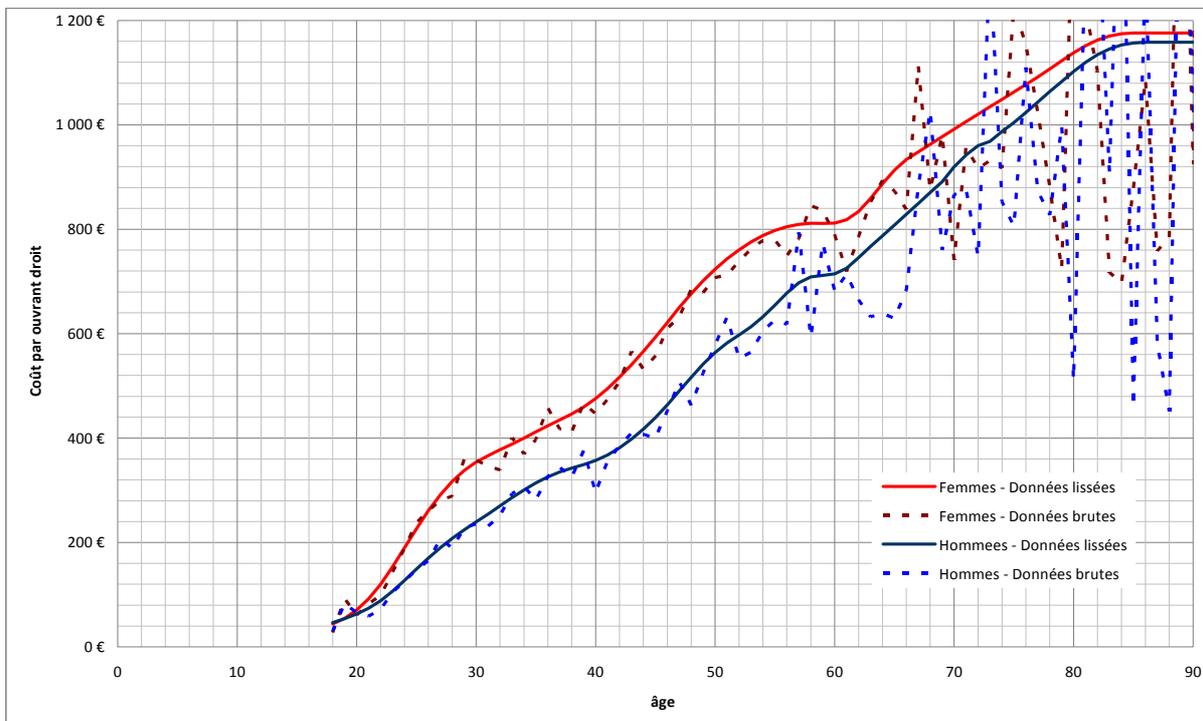


Figure 9 : Courbe consommation en frais de santé de l'ouvrant droit population 1

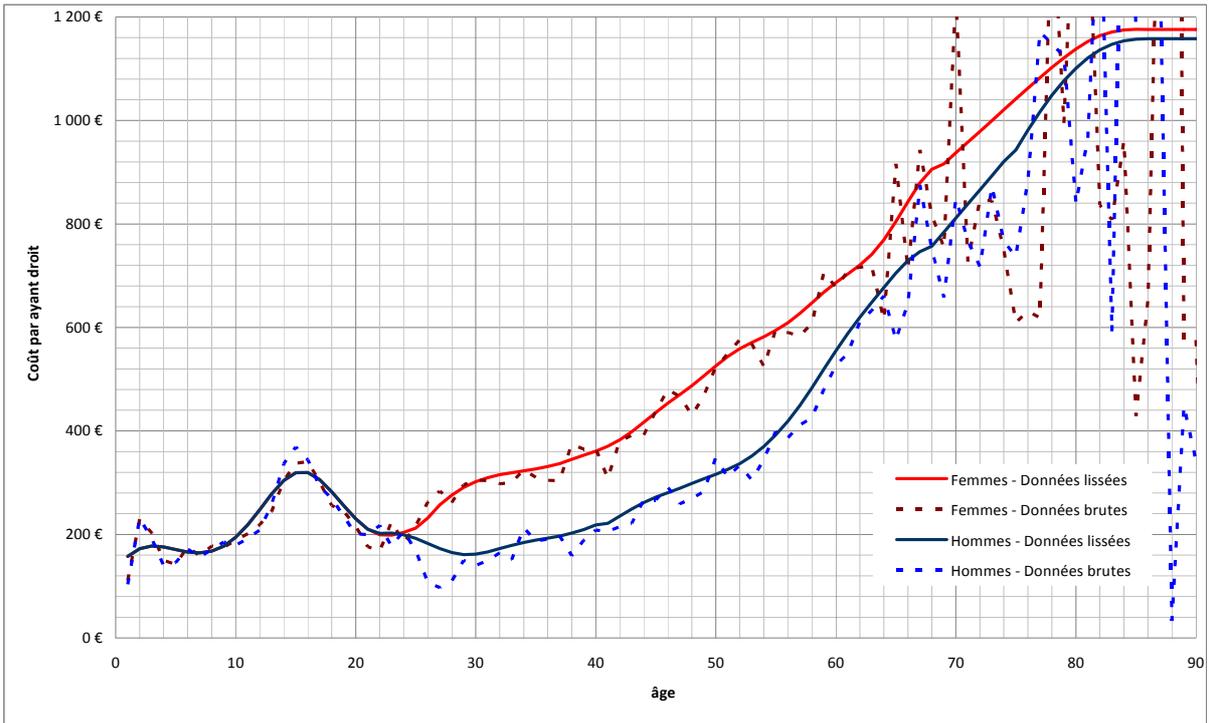


Figure 10 : Courbe consommation en frais de santé de l'ayant droit population 1

Pour la population 2, nous obtenons les courbes suivantes :

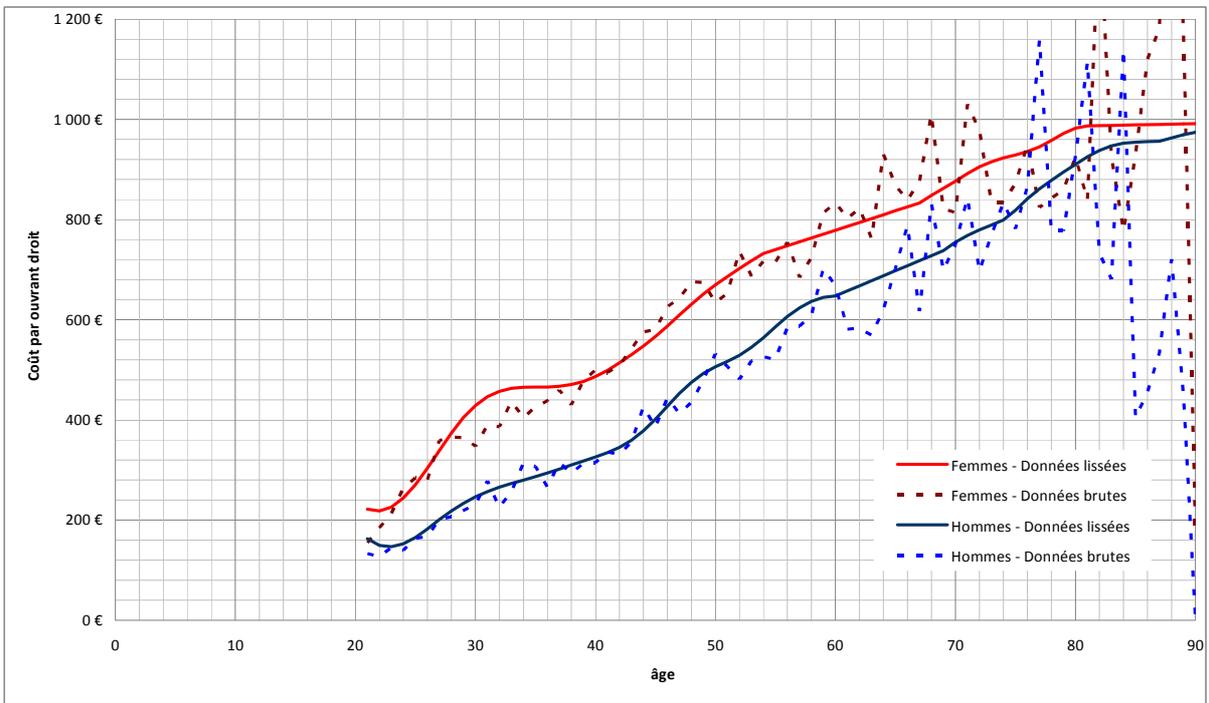


Figure 11 : Courbe consommation en frais de santé de l'ouvrant droit population 2

c) Le taux d'inflation des prestations

Le déséquilibre provoqué par le vieillissement de la population étant le principal objet du mémoire, l'évolution des prestations liée aux autres facteurs que l'âge ne sera pas traitée en détail. Elle est tout de même prise en compte par un taux d'inflation qui leur est propre. Ce taux regroupe l'inflation générale des prix et l'augmentation du coût des actes médicaux induite par le développement des nouvelles technologies. Il prend également en compte le désengagement général de la Sécurité sociale. Compte tenu du taux d'augmentation de la Consommation Médicale Totale (CMT) depuis 2000 mais aussi de la tendance affichée du désengagement de la Sécurité sociale, nous posons une inflation des prestations égale à 3 %. Nous effectuerons des tests pour vérifier la sensibilité de nos résultats à cette donnée.

B. Résultats marquants

1. Un écart d'âge qui se creuse entre actifs et anciens salariés

a) La population active ne vieillit pas de manière significative

(1) Un vieillissement limité de la population active

Les projections mènent à un faible vieillissement de la population 1. En effet, le profil relativement jeune des entrées, 28 ans en moyenne, maintient un fort effectif jeune mais ne compense pas le poids grandissant des seniors. La projection prend en compte le décalage d'âge de départ à la retraite à partir de la génération 1955 passant de 60,25 ans à 61,11 ans¹ en moyenne. En prenant une hypothèse de croissance à 1 %, la population vieillit sur les 15 premières années de projection pour ensuite se stabiliser. L'âge moyen de la population active augmente de 18 mois sur l'horizon de projection. La population active atteint 39 ans et demi d'âge moyen à horizon 2039.



Figure 12 : Projection des actifs de la population 1 à 1 % de croissance à horizon 10 et 30 ans

Les conjoints vieillissent d'une demi-année atteignant 45 ans et demi pour les hommes et 40 ans pour les femmes sur l'horizon de projection.

¹ L'âge est inférieur en moyenne à l'âge légal du fait des carrières longues.

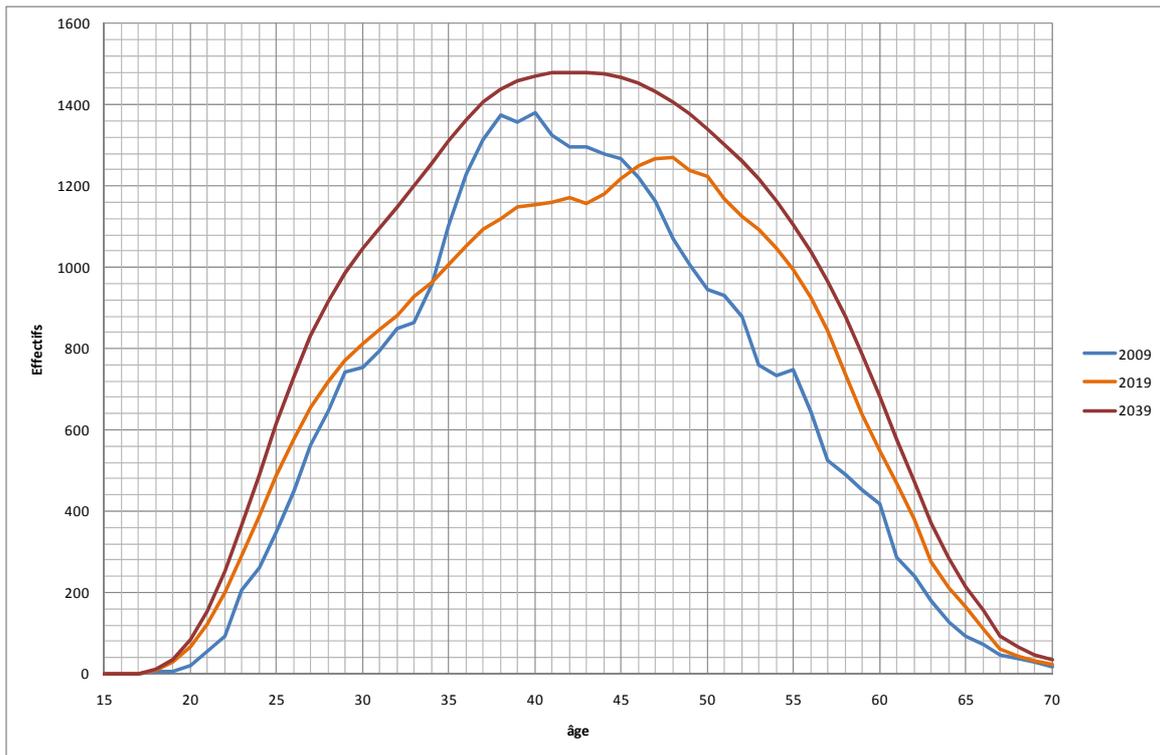


Figure 13 :Projection des conjoints de la population 1 à horizon 10 et 30 ans

La structure de la population 2 étant plus homogène et l'âge moyen n'augmente pas non plus de manière significative. Les nouveaux actifs ont 32 ans en moyenne. Les actifs nés avant 1955 partent en moyenne à la retraite vers 62 ans tandis que ceux nés après partent vers 64 ans. La composition de la population reste constante.

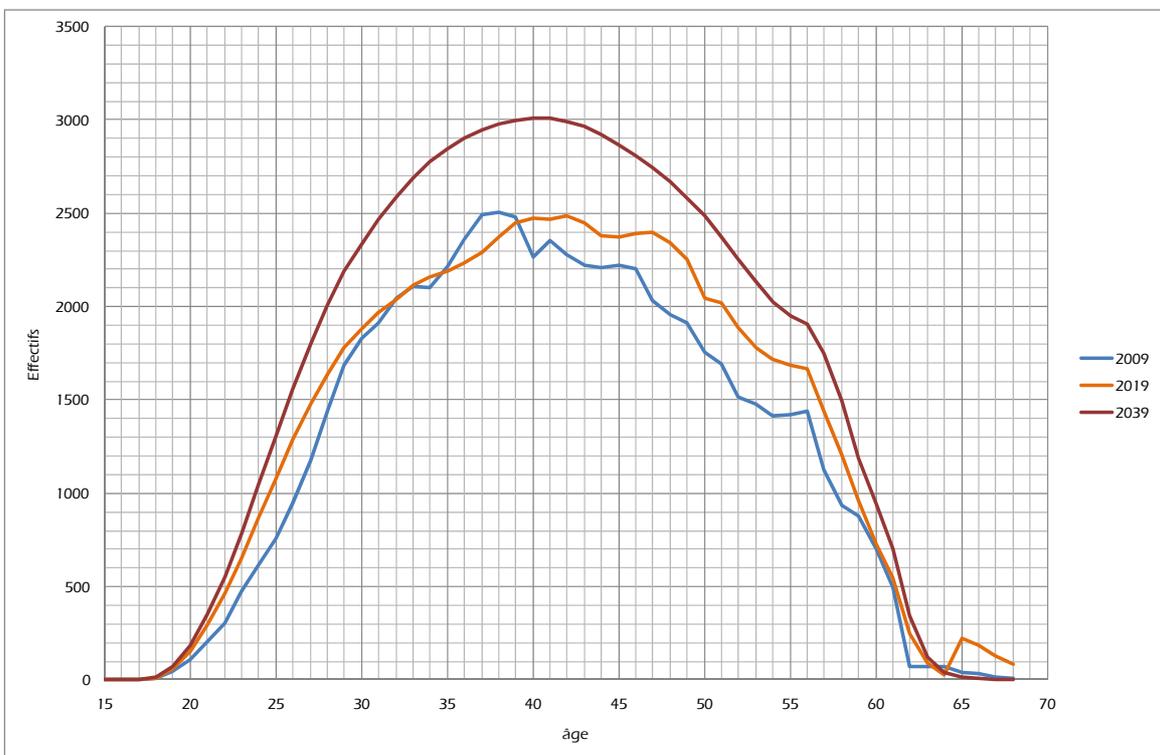


Figure 14 :Projection de la population 2 à 1 % de croissance à horizon 10 et 30 ans

(2) Sensibilité au taux de croissance

La variable de pilotage de la population active est principalement son taux de croissance global. L'âge moyen est directement influencé par cette hypothèse. Nous présentons dans les tableaux suivants la sensibilité de l'âge moyen des populations actives à ce paramètre.

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
-1%	37.9	40.1	41.5	41.8	41.4	40.9	40.8
0%	37.9	39.7	40.8	40.9	40.5	40.1	40.1
1%	37.9	39.3	40.1	40.0	39.7	39.4	39.4
2%	37.9	38.9	39.4	39.3	39.0	38.8	38.8

Figure 15 : Sensibilité de l'âge moyen de la population active 1 au taux de croissance des effectifs

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
-1%	42.5	43.8	44.5	44.6	44.3	44.1	44.0
0%	42.5	43.5	43.9	43.9	43.7	43.5	43.5
1%	42.5	43.2	43.4	43.4	43.2	43.1	43.1
2%	42.5	42.9	43.0	42.9	42.7	42.6	42.6

Figure 16 : Sensibilité de l'âge moyen des conjoints d'actifs de la population 1 au taux de croissance des effectifs

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
-1%	41.3	42.8	43.1	42.9	42.9	42.7	42.6
0%	41.3	42.3	42.5	42.2	42.2	42.1	42.0
1%	41.3	42.0	41.9	41.6	41.6	41.5	41.5
2%	41.3	41.6	41.4	41.0	41.0	41.0	41.0

Figure 17 : Sensibilité de l'âge moyen de la population active 2 au taux de croissance des effectifs

b) Les anciens salariés, une amplification du vieillissement

(1) Un âge moyen qui ne cesse de croître

Pour la population 1, nous prenons en première hypothèse un taux d'adhésion de 40 % au régime des anciens salariés. Compte tenu du nombre élevé d'actifs, le groupe des anciens salariés est en croissance annuelle moyenne de 5 % sur l'horizon de projection. Le groupe des anciens salariés passe ainsi de 4 300 à près de 17 500 avec l'hypothèse de croissance de la population active de 1 %. La structure générationnelle de la population change profondément comme le montre le graphique suivant. La proportion hommes/femmes se rapproche de la parité ; atteignant 40 %/60 % sur l'horizon de projection. L'âge moyen de la population croît sensiblement avec un écart d'âge grandissant entre les hommes et les femmes. La population totale gagne 8 ans pour atteindre 75 ans, avec 73,5 ans pour les hommes et 76 ans pour les femmes.

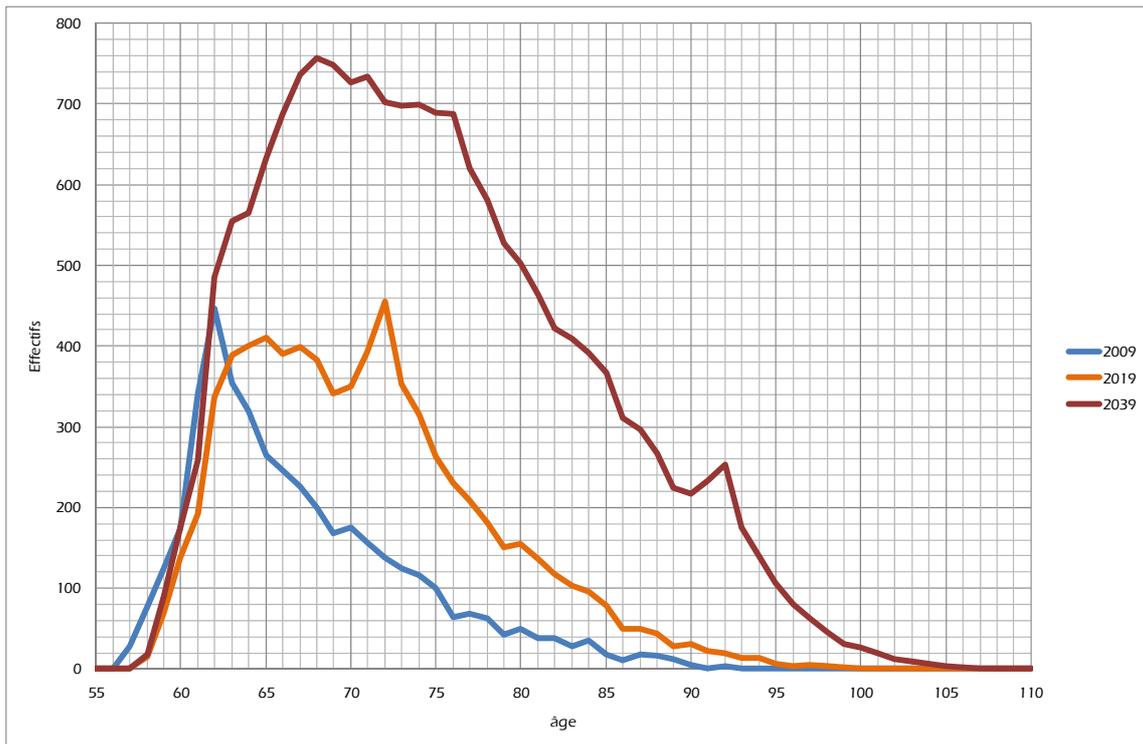


Figure 18 :Projection des anciens salariés de la population 1 à horizon 10 et 30 ans

Les conjoints des retraités de la population 1 ont un taux d'adhésion au régime des anciens salariés plus élevé que les ouvrants droit. En effet, la couverture famille est plus attractive que la couverture isolée. Le groupe des conjoints est en croissance annuelle moyenne de 4,5 % sur l'horizon de projection passant de 2 500 à 9 200 personnes. La proportion hommes/femmes reste identique. L'âge moyen augmente de près de 9 ans, atteignant 75 ans pour le groupe.

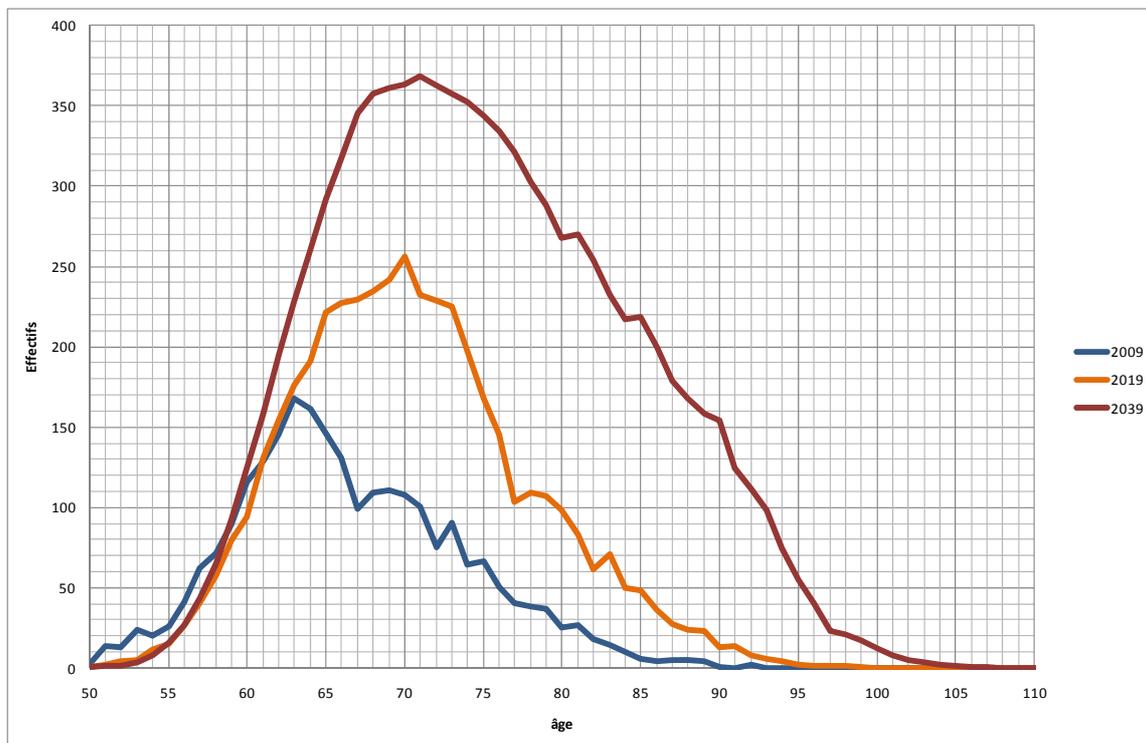


Figure 19 :Projection des conjoints des anciens salariés de la population 1 à horizon 10 et 30 ans

Pour la population 2, nous prenons en première hypothèse un taux d'adhésion de 40 % au régime des anciens salariés. La structure générationnelle de la population reste similaire en raison de l'ancienneté du régime. Les effectifs des anciens salariés sont en croissance annuelle moyenne de 2 % sur l'horizon de projection. Le groupe des anciens salariés passe ainsi de 13 100 à environ de 23 100 avec l'hypothèse de croissance de la population active de 1 %. La proportion de femmes augmente légèrement, passant de 52 % à 56%. L'âge moyen de la population augmente légèrement avec un écart d'âge qui se resserre entre les hommes et les femmes. La population totale gagne un peu plus de 2 ans pour atteindre 74 ans et demi, avec 74 ans pour les hommes et 75 ans pour les femmes.

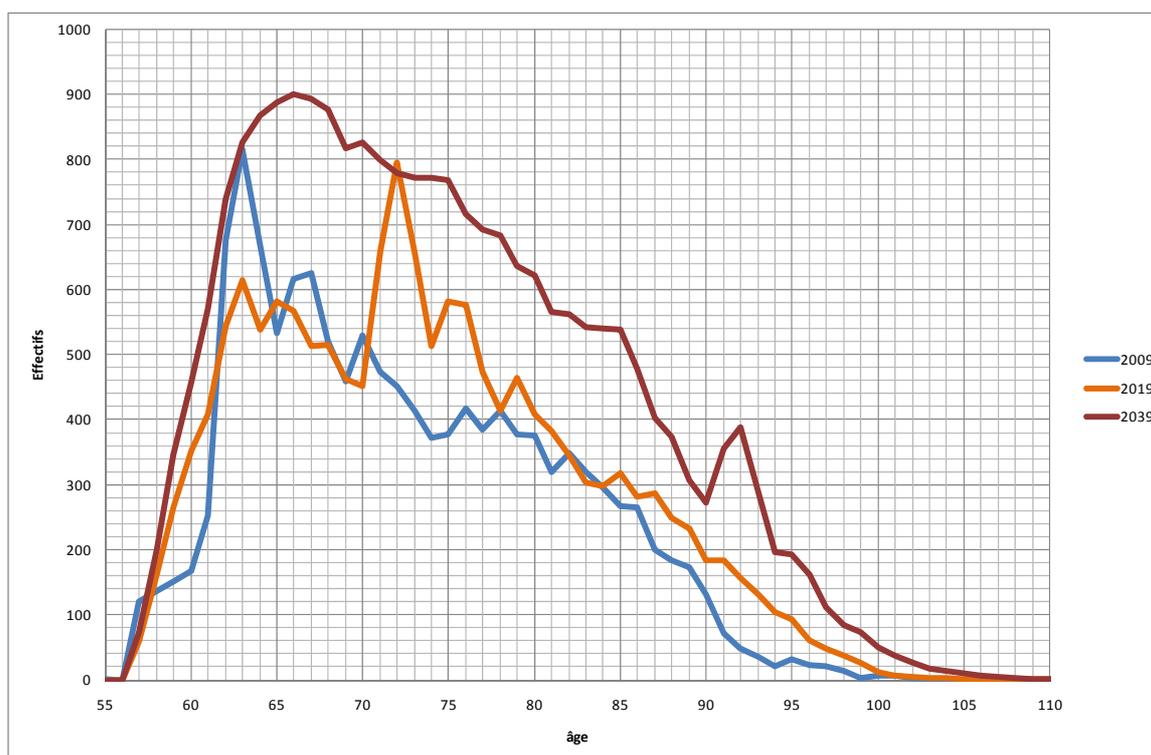


Figure 20 :Projection des anciens salariés de la population 2 à horizon 10 et 30 ans

Le régime des anciens salariés de la population 1 rattrape son retard par rapport à l'ancienneté de celui de la population 2. La structure de ces deux régimes est très similaire à horizon de notre projection.

(2) Sensibilité au taux d'adhésion

Le taux d'adhésion a un impact croissant à horizon 15 ans. L'écart entre les deux hypothèses est alors de 2 ans et 2 ans et demi. Ensuite l'écart se réduit d'une année ; la structure de la population atteint sa forme générée par le modèle.

D'une manière générale, le vieillissement est assez bien marqué quelle que soit l'hypothèse sélectionnée. L'âge des groupes des anciens salariés tend vers une limite proche de 75 ans, avec une dérive lorsque le taux d'adhésion des nouveaux adhérents n'est pas très élevé.

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
30%	67.3	69.7	71.7	72.7	73.6	74.4	75.4
40%	67.3	69.3	70.9	71.8	72.7	73.7	74.9
50%	67.3	69.0	70.3	71.1	72.1	73.2	74.6
60%	67.3	68.6	69.8	70.6	71.6	72.9	74.3

Figure 21 :Sensibilité de l'âge moyen des anciens salariés de la population 1 au taux d'adhésion

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
30%	66.3	69.1	71.1	72.5	73.6	74.7	75.5
40%	66.3	68.7	70.5	71.8	72.9	74.0	75.1
50%	66.3	68.4	70.0	71.2	72.4	73.6	74.8
60%	66.3	68.1	69.5	70.8	72.1	73.4	74.6

Figure 22 :Sensibilité de l'âge moyen des conjoints d'anciens salariés de la population 1 au taux d'adhésion

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
30%	72.4	74.5	75.5	75.9	76.1	76.0	75.8
40%	72.4	74.1	74.6	74.8	74.9	75.0	75.1
50%	72.4	73.8	73.8	73.9	74.1	74.3	74.7
60%	72.4	73.4	73.2	73.2	73.5	73.9	74.4

Figure 23 :Sensibilité de l'âge moyen des anciens salariés de la population 2 au taux d'adhésion

(3) Sensibilité au taux de croissance des actifs

Le taux de croissance des actifs n'a pas d'influence significative sur les projections. Les résultats ne commencent à diverger qu'après vingt années de projections.

L'âge moyen limite de 75 ans se confirme lorsque la population croît de manière constante. Si le nombre d'actifs diminue (diminution de 1 % par an), le nombre de nouvelles entrées au groupe des anciens salariés s'avère insuffisant à long terme pour contenir l'âge moyen du groupe. A contrario, une population en croissance soutenue permet de garder un âge moyen légèrement inférieur à la limite constatée.

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
-1%	67.3	69.3	71.0	72.0	73.0	74.2	75.7
0%	67.3	69.3	71.0	71.9	72.8	74.0	75.3
1%	67.3	69.3	70.9	71.8	72.7	73.7	74.9
2%	67.3	69.3	70.9	71.7	72.5	73.4	74.5

Figure 24 :Sensibilité de l'âge moyen des anciens salariés de la population 1 au taux de croissance des actifs

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
-1%	66.3	68.7	70.6	72.0	73.3	74.7	76.1
0%	66.3	68.7	70.5	71.9	73.1	74.4	75.6
1%	66.3	68.7	70.5	71.8	72.9	74.0	75.1
2%	66.3	68.7	70.4	71.7	72.7	73.7	74.5

Figure 25 : Sensibilité de l'âge moyen des conjoints d'anciens salariés de la population 1 au taux de croissance des actifs

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
-1%	72.4	74.1	74.6	74.8	75.2	75.6	76.0
0%	72.4	74.1	74.6	74.8	75.0	75.3	75.6
1%	72.4	74.1	74.6	74.8	74.9	75.0	75.1
2%	72.4	74.1	74.6	74.7	74.8	74.7	74.6

Figure 26 : Sensibilité de l'âge moyen des anciens salariés de la population 2 au taux de croissance des actifs

2. Des niveaux de prestation divergents

Le niveau moyen des prestations versées aux adhérents dépend directement de l'âge moyen du groupe. Nous raisonnons en euros constants 2009, hors dérive des prestations, afin de ne présenter que la dérive liée à l'âge.

Les résultats mis en avant ci-après sont issus des hypothèses centrales. Les tests de sensibilité sont détaillés en annexe 3.

a) Une consommation constante des actifs

Le coût moyen des actifs pour la complémentaire varie assez peu à long terme étant donné que l'âge moyen reste stable. Néanmoins, la consommation des actifs de la population 1 augmente sur les 15 premières années de projections.

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
Actifs population 1	435.0 €	459.3 €	472.6 €	471.4 €	465.5 €	461.0 €	461.2 €
Actifs population 2	484.9 €	495.8 €	493.7 €	490.3 €	489.3 €	488.2 €	487.9 €
Conjoints d'actifs population 1	352.7 €	362.2 €	368.1 €	368.7 €	365.8 €	355.4 €	332.0 €
Famille d'actifs population 1	805.5 €	838.5 €	854.3 €	852.1 €	845.9 €	840.5 €	839.0 €

Figure 27 : Evolution de la consommation annuelle moyenne des actifs

b) Une dérive de la consommation des anciens salariés

L'augmentation de la consommation en raison de l'augmentation de l'âge est significative dans le cas de la population 1 : le gain de 8 ans de l'âge moyen se traduit par une augmentation de la consommation de 12 % sur l'horizon de projection. La population 2 ayant déjà un âge moyen élevé, la dérive de la consommation n'est que de l'ordre de 3 % sur 30 ans

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
anciens salariés population 1	924.7 €	960.3 €	984.7 €	994.4 €	1 003.4 €	1 014.5 €	1 028.7 €
anciens salariés population 2	880.7 €	897.4 €	902.4 €	904.9 €	906.1 €	905.6 €	906.8 €
conjointes anciens salariés population 1	802.8 €	856.8 €	894.7 €	921.9 €	943.1 €	961.5 €	977.4 €
Famille anciens salariés population 1	1 393.0 €	1 479.1 €	1 532.4 €	1 532.5 €	1 527.6 €	1 530.4 €	1 544.5 €

Figure 28 : Evolution de la consommation annuelle moyenne des anciens salariés

3. Détermination du rapport des consommations moyennes

Les consommations moyennes des différents groupes ayant été calculées, nous pouvons à présent tester les différentes méthodes de détermination du rapport entre la consommation moyenne des retraités et celle des actifs. L'objectif de cette comparaison est de voir si ce rapport est bien inférieur ou égal à 150 % et ainsi de mesurer la viabilité de la limite fixée par la loi Évin.

Pour la détermination de la cotisation maximale à appliquer aux anciens salariés, le décret d'application de la loi Évin fait référence au tarif des actifs. Cependant, la détermination du rapport par lecture directe des taux de cotisations ne permet pas d'avoir une idée exacte de la situation en raison des cas particuliers auxquels nous faisons face.

En effet, pour la population 1, les taux de cotisations des anciens salariés prévoient une certaine solidarité des célibataires vers les familles. Le rapport des cotisations des retraités sur celles des actifs s'élève à 148,85 % sur la base d'une cotisation moyenne des anciens salariés. Cependant, Ce rapport regroupe deux situations différentes : il s'établit à 105 % pour les isolés et à 180 % pour les familles.

De même, pour la population 2, les cotisations dépendent du revenu d'activité pour les actifs et du revenu de remplacement pour les anciens salariés. Le rapport moyen de la cotisation de l'ancien salarié sur celle de l'actif s'établit 116 %.

Le rapport calculé par la suite est effectué sur la prime pure et ne tient pas compte des différentes taxes et taux de chargements pour frais de gestion. Néanmoins, ces derniers étant de niveau équivalent pour les deux régimes, ils se simplifient lors du calcul du quotient.

a) Le rapport selon la méthode d'isolement technique de l'ouvrant droit

Le rapport de la consommation en frais de santé moyenne des anciens salariés sur celle des actifs est très éloigné de la limite réglementaire. Les projections font apparaître une amélioration de la situation à court terme en raison de l'augmentation du coût moyen des actifs. Cependant, avec un âge moyen de l'ordre de 39 ans pour les actifs et de 75 ans pour les anciens salariés, le rapport dépasse la contrainte de près de 50 %.

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
âge moyen des actifs	37.9 ans	39.3 ans	40.1 ans	40.0 ans	39.7 ans	39.4 ans	39.4 ans
âge moyen des anciens salariés	67.3 ans	69.3 ans	70.9 ans	71.8 ans	72.7 ans	73.7 ans	74.9 ans
rapport des consommation moyenne	213%	209%	208%	211%	216%	220%	223%

Figure 29 : Evolution du rapport de consommation pour la population 1

La situation de la population 2 semble légèrement plus favorable en raison de l'âge élevé de la population active et du niveau de consommation relativement soutenu en résultant. Le rapport est assez stable dans le temps. Néanmoins, le calcul effectué indique une valeur prise supérieure de près de 25 % à celle autorisée.

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
âge moyen des actifs	41.3 ans	42.0 ans	41.9 ans	41.6 ans	41.6 ans	41.5 ans	41.5 ans
âge moyen des anciens salariés	72.4 ans	74.1 ans	74.6 ans	74.8 ans	74.9 ans	75.0 ans	75.1 ans
rapport des consommation moyenne	182%	181%	183%	185%	185%	185%	186%

Figure 30 : Evolution du rapport de consommation pour la population 2

En effectuant les calculs avec la méthode de l'isolement technique de l'ouvrant droit, le respect de la borne fixée par le décret apparaît irréalisable.

b) Rapport selon la méthode de la cotisation moyenne

Nous essayons à présent de comparer la consommation d'une famille du groupe des anciens salariés de celle d'une famille du groupe des actifs. Nous présentons les résultats obtenus sur la projection de la population 1. Le niveau est plus proche de la borne réglementaire, mais il reste plus élevé. De plus, les projections conduisent à une dérive durable du rapport.

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
rapport des consommation moyenne	173%	176%	179%	180%	181%	182%	184%

Figure 31 : Evolution du rapport de la consommation famille moyenne

c) Rapport selon la lecture directe de la loi

Lorsque la consommation en frais de santé moyenne des anciens salariés est comparée à la consommation moyenne de la famille active, le rapport respecte la contrainte réglementaire. Ce

rapport a tout de même tendance à dériver, mais il semble peu probable qu'il dépasse la borne fixée à 150 %. En effet, il faudrait observer une diminution du taux de conjoints et d'enfants par ouvrant droit de près de 40 %¹ pour dépasser la contrainte. L'évolution démographique de la population ne laisse pas présager une telle situation.

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
rapport des consommation moyenne	115%	115%	115%	117%	119%	121%	123%

Figure 32 : Evolution du rapport résultant d'une lecture directe de la loi

La méthode de détermination du rapport a donc une incidence significative sur son respect de la borne réglementaire. En effet, le rapport est presque divisé par deux entre la méthode de l'isolement technique de l'ouvrant droit et celle issue de la lecture directe de la loi.

¹ Le taux de conjoint par actif tomberait à 31 % et le taux d'enfant par actif à 52 %.

V. Le financement de l'écart entre la cotisation d'équilibre et la cotisation plafonnée loi Évin

Comme nous venons de le montrer, le respect de la contrainte tarifaire n'est pas possible lorsque l'on propose des niveaux de garanties identiques aux actifs et retraités. Il faut donc parvenir à financer la différence entre la cotisation d'équilibre des anciens salariés et celle résultant du calcul de la cotisation maximale possible.

Dans la réponse du 1^{er} juin 2010¹, le ministère du travail précise que l'obligation résultant de l'article 4 de la loi Évin pèse sur l'organisme assureur. Nous présentons succinctement et qualitativement le mécanisme utilisé par les complémentaires santé pour combler ce déficit structurel.

A. La Provision pour Risque Croissant (PRC)

1. Une constitution classique en assurance

a) L'existence des provisions

(1) Les raisons de l'existence

Les provisions techniques sont duales aux engagements pris par l'assureur². En effet, compte-tenu de l'inversion du cycle de production propre à l'assurance, les provisions constituent la contre-valeur des sommes qui seront à verser en contre partie du versement de la prime. Par la signature du contrat, l'assureur fait promesse de couvrir l'assuré contre les conséquences financières de l'aléa auquel ce dernier est confronté.

Ainsi les provisions existent pour trois raisons. La première est juridique, l'assureur a l'obligation légale de respecter l'engagement qu'il a pris. La deuxième est économique, les provisions sont la valeur actuelle probable des prestations qui seront versées dans le futur diminuées des cotisations des assurés. Enfin, la dernière raison est comptable ; il s'agit de respecter le principe d'indépendance des exercices en constatant pour chacun d'eux les sommes qui leur sont rattachées.

(2) Une obligation réglementaire

La réglementation définit de façon exhaustive les différentes provisions réglementaires à constituer. Cependant, elle ne fait qu'indiquer des principes de calculs. Le souci du Législateur est de garantir la solvabilité de l'organisme assureur ; les dispositions législatives sont avant tout prudentielles. Ainsi l'article R331-1 du code des assurances édicte que « Les provisions doivent être suffisantes pour le règlement intégral de leurs engagements vis-à-vis des assurés ou bénéficiaires de contrats ».

On constate donc que seule une obligation de minima est imposée, il est laissé à l'assureur le soin de déterminer le niveau qu'il souhaite atteindre en fonction de l'analyse du risque qu'il aura effectuée.

¹ Question 47770 publiée au JO le 05/05/2010 page 4178 et Réponse publiée au JO le 01/06/2010 page 6086.

² Le terme « assureur » est à prendre, dans cette partie, au sens le plus large. Bien que les différents organismes assureurs relèvent de codes différents, l'harmonisation de la réglementation de ces dernières années a conduit à des obligations équivalentes en termes de provisionnement.

b) La provision pour risque croissant

(1) Définition et mode de calcul

La provision pour risque croissant est définie pour les opérations d'assurance contre les risques de maladie et d'invalidité¹. Les contrats visés en priorité sont ceux pour lesquels un engagement a été pris sur plusieurs années et dont les prestations augmenteront plus vite que les cotisations. Elle se calcule comme la différence entre la valeur actuelle des engagements respectivement pris par l'assureur et par les assurés. En tant que provision non-vie, le choix des hypothèses est libre, y compris dans le cadre de l'évaluation réglementaire de la provision ; il doit cependant être justifié.

L'organisation des calculs des provisions pour risque croissant se fait en trois temps. Il convient tout d'abord de déterminer le montant prévisible de la prestation et des cotisations, ensuite d'évaluer la probabilité qu'elle a d'être versée et enfin d'actualiser les flux futurs.

(2) Des conditions d'existence particulières

La constitution de provision pour risque croissant peut paraître hors de propos lorsqu'on constate qu'elle concerne des sinistres dont la survenance se fera à l'occasion d'un exercice futur et qui seront couverts par des cotisations futures. Il y a donc deux conditions qui justifient cette provision. L'assureur, confronté à un risque viager, doit être dans l'impossibilité de se désengager et les résultats probables des futurs exercices doivent être identifiés comme déficitaires. Ceci nous conduit donc à considérer les problématiques nouvelles concernant les contrats collectifs d'entreprises.

2. Les PRC pour les contrats collectifs santé

a) Une provision justifiée

La loi impose une prise en charge de tous les salariés quittant l'entreprise qui en font la demande. L'organisme assureur est donc confronté à des contrats à adhésion individuelle facultative, qui ont, par nature, un fort risque d'antisélection et ne peut pas les résilier individuellement. Or les garanties proposées doivent être, si on interprète en ce sens la jurisprudence, identiques à celles proposées dans le contrat collectif. L'organisme assureur n'a de surcroît pas de maîtrise directe sur les cotisations, si l'on s'en réfère à l'article 1 du décret n°90-769 du 30 août 1990 cité supra.

La consommation en frais de santé augmentant radicalement avec l'âge, l'organisme assureur se trouve donc confronté à un engagement viager dont il ne maîtrise pas l'équilibre.

b) Une constitution sur fonds propres

Comme il est possible de le constater sur les graphiques ci-dessous, la consommation moyenne à 60-65 ans est déjà supérieure à la borne réglementaire. Cela signifie que l'assureur ne peut pas compenser, ne serait-ce que partiellement, les pertes futures par un gain initial sur les jeunes retraités.

¹ Article R331-6-5 du Code des Assurances, Article R212-23-6 du Code de la mutualité et Article R931-10-14 du Code de la Sécurité sociale

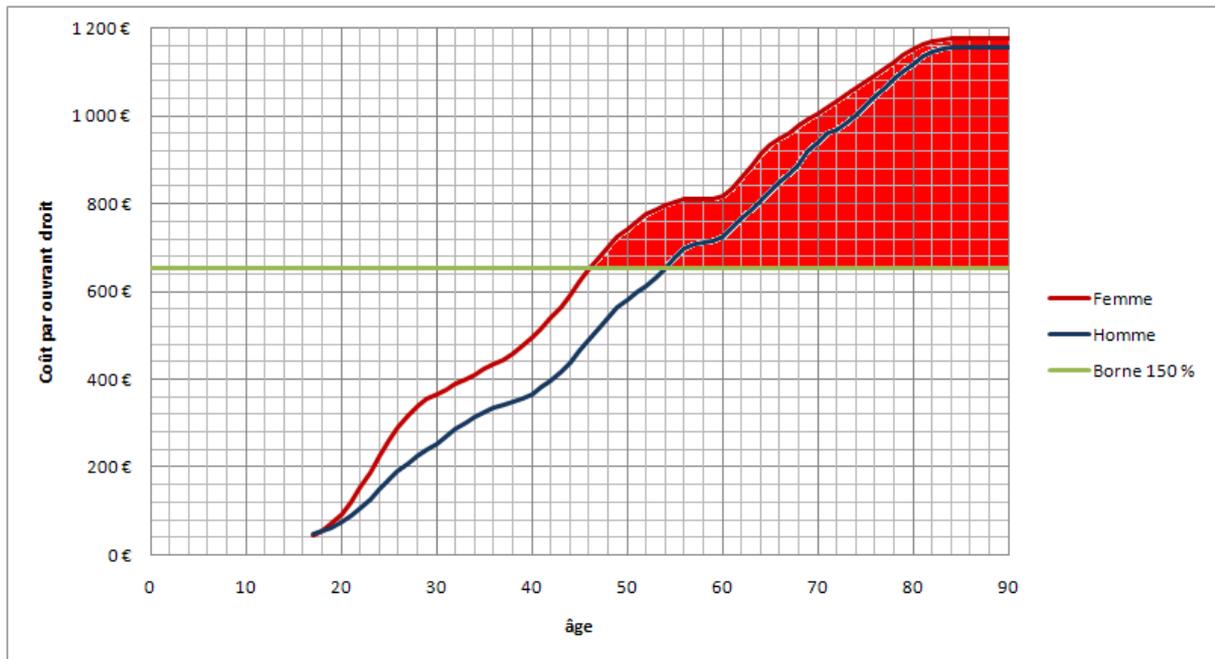


Figure 33 : Consommation de la population 1

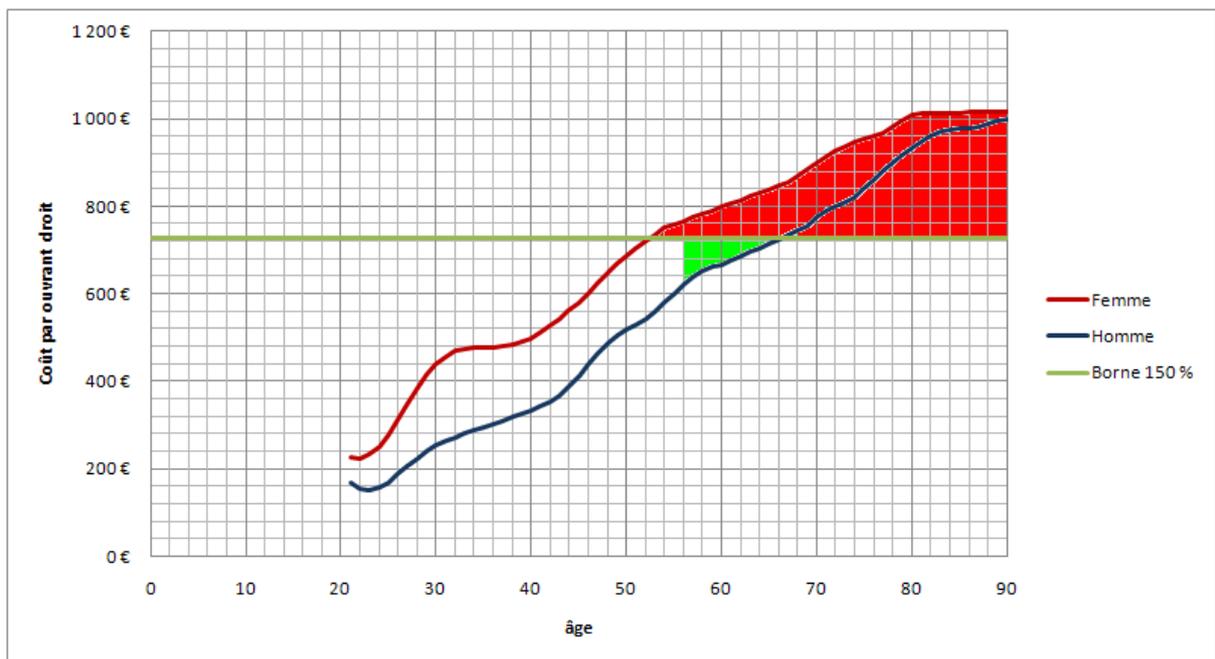


Figure 34 : Consommation de la population 2

Pour parvenir à un niveau de provision suffisant, l'organisme assureur doit alors constituer la PRC à partir de ses fonds propres. Cette constitution nécessite des ressources importantes compte tenu de la dérive de consommation. Ceci implique fatalement une majoration du chargement technique des actifs ou une minoration de la quote-part des résultats affectés au régime des actifs.

B. Financement collectif

Nous envisageons d'analyser, dans cette partie, dans quelle mesure il serait possible d'anticiper, durant la vie active des salariés, la contrainte de la loi Évin au travers du mécanisme d'un financement collectif.

L'objectif d'un tel mécanisme est de constituer, via l'entreprise, des réserves permettant de favoriser la mutualisation entre les générations en période de retraite et de financer partiellement la cotisation des retraités par la mise en œuvre d'une cotisation spécifique pour les actifs.

Le propos de cette partie est d'initier une réflexion sur ce mécanisme de financement d'une couverture frais de santé mise en place récemment. L'analyse du mécanisme sur un contrat plus ancien serait la même, mais la mise de départ serait plus importante.

1. Principe de fonctionnement

a) Schéma de fonctionnement

Le principe est relativement simple, il nécessite la mise en œuvre d'un régime à cotisation définie chez les actifs pour permettre de baisser la cotisation des retraités au niveau exigé par la loi.

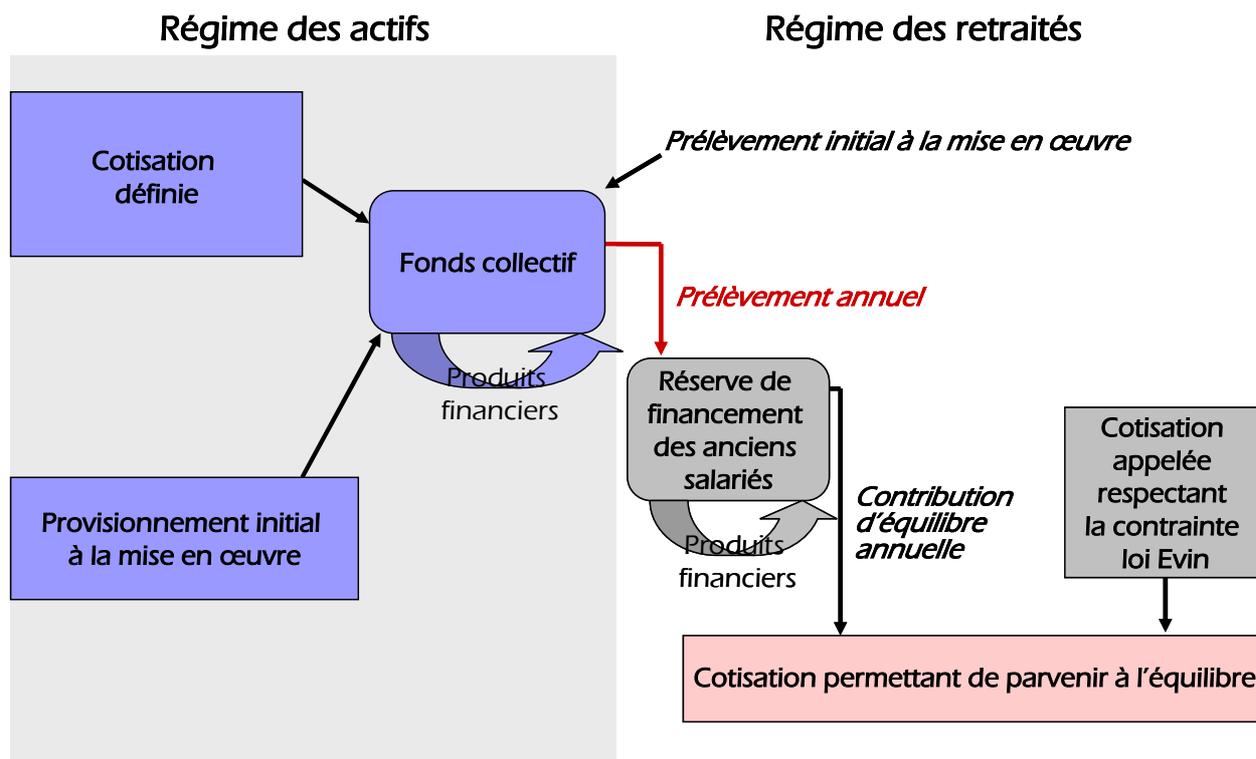


Figure 35 : Schéma de fonctionnement du financement collectif

b) Principes

Des versements dans un fonds collectif d'un montant relativement faible au regard de la cotisation au régime de frais de santé des actifs permettent, compte tenu d'hypothèses de mortalité, de

mobilité, d'adhésion des nouveaux retraités et de rendement financier propres à chaque entreprise, de financer la cotisation des anciens salariés de manière non négligeable.

La mobilité des actifs et le taux d'adhésion au régime des anciens salariés sont les deux hypothèses dont l'impact est le plus significatif. En effet, ne bénéficient de l'aide au financement que les anciens salariés au régime santé des retraités. Plus ils sont nombreux, plus ce financement doit être important.

c) Les éléments principaux

(1) Cotisation spécifique provenant du régime des actifs

Une cotisation définie est appelée pour chaque actif présent dans l'entreprise. Elle est versée dans un fonds collectif pour être capitalisée.

(2) Cotisation des retraités respectant la loi Évin

La cotisation que versent effectivement les retraités est déterminée à partir de la cotisation maximale pouvant être appelée dans le respect de la loi Évin.

La différence entre la cotisation d'équilibre, calculée à la date d'entrée du nouveau retraité dans le régime, et la cotisation effectivement appelée constitue le montant permettant de définir la contribution d'équilibre. Celle-ci fait l'objet du calcul d'un capital constitutif à la date d'adhésion du nouveau retraité, prélevé sur le fonds collectif pour être versé dans la réserve de financement. Ensuite, chaque année, elle est prélevée sur la réserve de financement pour équilibrer le régime.

(3) Prélèvement du fonds collectif vers la réserve de financement

Le prélèvement du fonds collectif vers la réserve de financement intervient donc lors de l'adhésion d'un nouveau retraité au régime de frais de santé. Le prélèvement doit représenter le capital constitutif de la contribution d'équilibre, calculé viagèrement, puisque la lecture stricte de la loi Evin précise que la contrainte de tarif s'applique pendant toute la vie du retraité. Il dépend donc :

- De la cotisation des actifs (qui fixe celle des retraités),
- De la cotisation d'équilibre viagère des nouveaux retraités,
- De l'hypothèse d'évolution de la cotisation des actifs (souvent exprimée en pourcentage du plafond de la Sécurité Sociale),
- De l'hypothèse de l'évolution des frais de santé,
- D'un taux d'actualisation,
- D'une espérance de vie du retraité...

d) Pilotage du montage

(1) Pilotage du système

Les paramètres d'équilibre doivent être revus régulièrement qu'il s'agisse de la cotisation alimentant le fonds, du montant transféré du fonds vers la réserve ou de la détermination de la cotisation des retraités. Le pilotage du dispositif est essentiel et nécessite l'implication de l'entreprise et des représentants des salariés. Pour ce faire, une structure de type paritaire assurant le suivi est bien

appropriée et est habilitée à prendre les décisions concernant le niveau d'utilisation de la réserve de financement.

(2) En cas de fermeture du fonds collectif

Lorsque le fonds n'est plus alimenté, il faut procéder à la détermination de deux cotisations versées par les retraités.

- Tout d'abord celle des retraités présents à la date d'arrêt de versement des cotisations. Pour eux, le montant présent dans la réserve a été constitué de manière pouvoir appeler de manière viagère une cotisation loi Évin. Il est donc possible de maintenir l'aide au niveau atteint.
- Pour la cotisation des futurs retraités ayant participé à la constitution du fonds collectif, le calcul est basé sur des projections actuarielles de la population et des montants disponibles dans le fonds collectif.

2. Application du modèle sur une population

Nous testons le procédé du financement collectif sur la population 1 car c'est celle qui présente un rapport de consommation le plus éloigné de la limite réglementaire.

Nous raisonnons tout d'abord en euros constants 2009 et hors inflation des prestations. Nous considérons un taux de rendement financier théorique de 1,5 % pour le fonds collectif et la réserve de financement. Le montage effectué ne sert qu'à apporter une solution à la problématique induite par l'écart d'âge moyen entre la population active et celle des anciens salariés.

a) Détermination des paramètres

Pour déterminer les valeurs prises par les différents paramètres, il suffit de remonter le schéma présenté à la figure 35 et d'équilibrer les différents paramètres.

(1) Contribution d'équilibre

La contribution d'équilibre nécessaire par ancien salarié est déterminée en faisant la différence entre la cotisation loi Évin et la cotisation d'équilibre des anciens salariés¹.

La cotisation loi Évin est calculée en multipliant la cotisation d'équilibre des actifs par 1,5.

La contribution d'équilibre constitue le besoin en financement supplémentaire par retraité. Elle est alors multipliée par le nombre d'anciens salariés présents au régime pour obtenir le montant à prélever sur la réserve de couverture pour équilibrer le régime.

¹ C'est-à-dire celle égalisant les prestations payées. Elle correspond à celle déterminée au IV.B.2.b)

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
Cotisation équilibre anciens salariés	924.7 €	960.3 €	984.7 €	994.4 €	1 003.4 €	1 014.5 €	1 028.7 €
Cotisation équilibre Actifs	435.0 €	459.3 €	472.6 €	471.4 €	465.5 €	461.0 €	461.2 €
Cotisation loi Evin	652.5 €	689.0 €	708.9 €	707.1 €	698.3 €	691.5 €	691.8 €
Contribution d'équilibre moyenne	272.2 €	271.4 €	275.8 €	287.3 €	305.1 €	323.1 €	336.9 €

Figure 36 : Détermination de la contribution d'équilibre.

(2) Prélèvement annuel

Le prélèvement annuel doit permettre de pérenniser le fonctionnement de la réserve de financement pour les anciens salariés présents. Son montant est donc déterminé à partir des entrées de l'année au groupe des anciens salariés en les multipliant par la contribution d'équilibre nécessaire à la date d'entrée au régime des anciens salariés et par le facteur de rente viagère à l'âge d'entrée au régime des anciens salariés.

Le pilotage du système mis en place prend toute son importance à ce niveau. En effet, si à un moment donné, la réserve de financement s'avérait ne plus être actuariellement suffisante pour couvrir l'ensemble des contributions d'équilibre futures des retraités¹, il devra être décidé par les partenaires sociaux de réaliser un prélèvement exceptionnel sur le fonds collectif². Une telle décision entrainerait de fait un nouveau calcul de la cotisation définie devant être appelée auprès des actifs pour permettre de retrouver l'équilibre du fonds collectif. Dans le cas contraire, le montage serait structurellement voué à être fermé.

(3) Cotisation définie

Le niveau de la cotisation définie est fixé de manière à avoir un fonds collectif suffisant pour suivre la croissance projetée des effectifs d'actifs générant une augmentation du prélèvement annuel et à ne pas devoir doter un montant trop important lors de la mise en œuvre du dispositif.

Compte tenu du nombre d'actifs et du taux d'adhésion au régime des anciens salariés, le niveau initial est fixé, dans notre simulation, à 0,18 % du PSS, soit 61,75 € par an en 2009. Il représente 6,75% de la cotisation d'équilibre de la garantie famille mais 14 % de la part de l'ouvrant droit. Il doit, de plus, être adapté en fonction du nombre d'actifs et de la valeur des prélèvements annuels.

(4) Montant initiaux

Le provisionnement initial du fonds collectif et de la réserve de financement n'est pas obligatoire. Un niveau de cotisation plus élevé suffirait à mettre en place le système. Cependant, dans une volonté de limiter l'effort de la part des actifs, un compromis peut être effectué.

¹ En raison d'une dérive des frais de santé supérieure à celle anticipée, par exemple.

² La responsabilité de la suffisance de la réserve n'incombe pas à l'assureur.

Le provisionnement initial à la mise en œuvre du fonds collectif est déterminé en groupe fermé sur les actifs présents dans l'entreprise. Il est la différence entre les prélèvements futurs vers la réserve de financement des anciens salariés et les cotisations au fonds collectif à recevoir. Compte tenu du taux de cotisation définie choisi et des hypothèses de mobilité, le montant initial à verser au fonds collectif s'élève à 6 502 421 €¹. En additionnant les cotisations 2009 versées par les actifs, on obtient une situation initiale à 10 745 484 € avant prélèvement.

Nous déterminons ensuite le niveau initial qui doit être affecté à la réserve de financement des anciens salariés pour permettre de faire bénéficier les retraités déjà couverts de ce montage. Ce montant est déterminé à partir d'un facteur de rente viager et s'élève à 3 155 656 €. Le montant de la réserve de financement s'élève, après prélèvement annuel sur le fonds collectif et avant contribution d'équilibre, à 5 416 969 € en 2009.

Ce mécanisme de financement collectif est destiné à des régimes collectifs. L'utilisation des réserves du régime frais de santé préexistant ou de résultats du contrat, lorsqu'ils existent, peut être une source de financement de ces provisionnements initiaux.

b) Evolution des principaux éléments du montage

(1) Un équilibre sur l'horizon de projection

Nous reprenons les hypothèses centrales de notre modèle de projections, à savoir un taux de croissance des effectifs d'actifs à 1 % par an et un taux d'adhésion au régime des anciens salariés de 40 %. Les mouvements des salariés sont les mêmes qu'indiqués en partie IV. Les effectifs en mouvement sont indiqués dans le tableau ci-dessous.

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
Actifs	68 707	72 095	75 773	79 633	83 692	87 960	92 449
Entrées annuelles au régime des anciens salariés	381	341	499	668	739	743	725
Anciens salariés couverts	4 296	5 646	7 345	9 824	12 636	15 294	17 456

Figure 37 : Evolution des effectifs de différents groupes projetés

Les résultats des projections en groupe ouvert sont présentés dans le tableau ci-après. Le niveau de cotisation déterminé permet de suivre, sur notre horizon de projection, l'augmentation du nombre d'anciens salariés adhérant au régime et surtout la dérive du rapport des consommations.

¹ Notons à titre indicatif qu'une cotisation définie à 0,22 % PSS conduirait à un montant initial nul.

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
rapport des consommations	213%	209%	208%	211%	216%	220%	223%
alimentation du fonds	4 242 963 €	4 452 169 €	4 679 323 €	4 917 704 €	5 168 347 €	5 431 935 €	5 709 147 €
Fonds collectif santé	10 745 384 €	24 032 327 €	37 480 152 €	46 466 485 €	51 470 709 €	54 633 955 €	58 398 583 €
prélèvement annuel	2 261 323 €	2 033 441 €	3 070 889 €	4 339 195 €	5 173 477 €	5 596 065 €	5 783 915 €
réserve de financement des anciens salariés	5 416 969 €	8 610 711 €	13 288 552 €	21 971 034 €	32 015 638 €	40 338 619 €	44 659 160 €
contribution d'équilibre annuelle	1 169 192 €	1 532 058 €	2 025 877 €	2 822 580 €	3 855 541 €	4 940 955 €	5 880 956 €

Figure 38 : Principaux éléments constitutifs du montage du fonds collectif – euros constants 2009

Le graphique suivant représente les niveaux pris respectivement par le fonds collectif et la réserve de financement sur notre horizon de projection. La croissance initiale du fonds collectif s'atténue à partir de 2024, date à laquelle le niveau du prélèvement annuel rejoint le niveau atteint par les cotisations versées par les actifs. La réserve de financement voit son niveau s'accélérer jusqu'en 2034, date à laquelle la contribution annuelle atteint un niveau proche du prélèvement annuel.

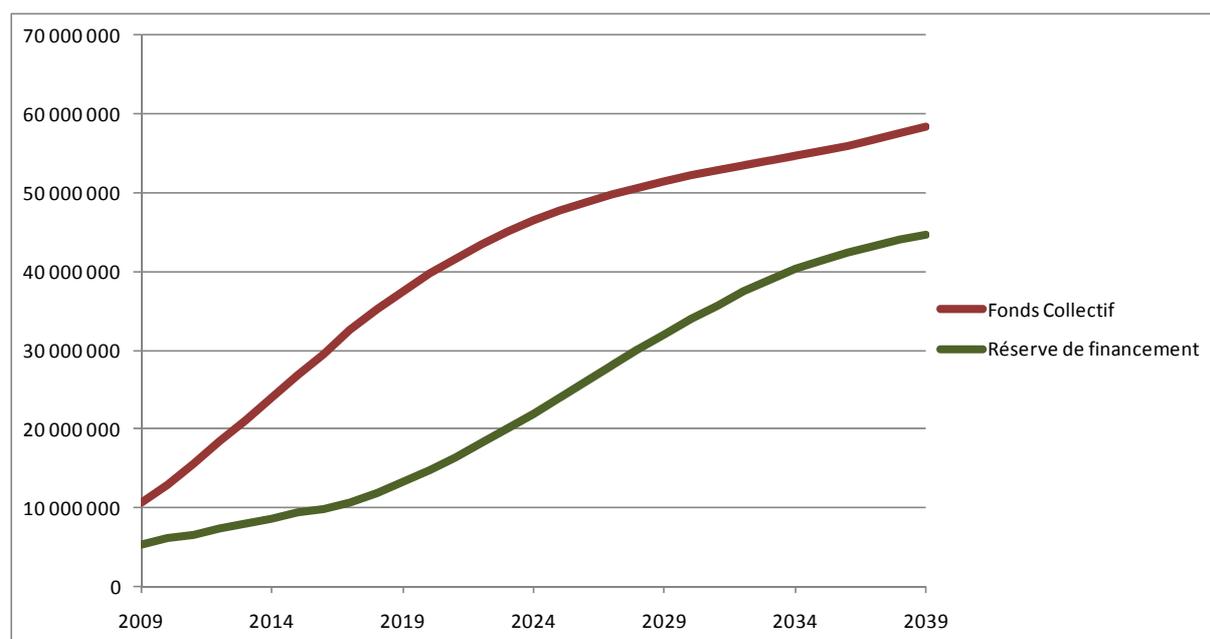


Figure 39 : Evolution du fonds collectif et de la réserve de financement – euros constants 2009

(2) Sensibilité aux hypothèses

Nous présentons tout d'abord la sensibilité de la cotisation définie aux hypothèses de projection.

Le provisionnement initial à la mise en œuvre du fonds collectif est supposé constant, égal à 6,5 millions d'euros. Le mécanisme de détermination de la cotisation définie est la recherche de l'équilibre du modèle en groupe ouvert.

Nous obtenons les résultats suivant :

	taux croissance 0%	taux croissance 1%	taux croissance 2%
taux adhésion 30 %	0.130% PASS	0.140% PASS	0.145% PASS
taux adhésion 40 %	0.170% PASS	0.180% PASS	0.190% PASS
taux adhésion 50 %	0.210% PASS	0.222% PASS	0.235% PASS
taux adhésion 60 %	0.250% PASS	0.264% PASS	0.275% PASS

Figure 40 : Sensibilité de la cotisation définie aux hypothèses de projection

La cotisation devant être appelée auprès des actifs pour l'alimentation du fonds collectif est cinq fois plus sensible au taux d'adhésion des anciens salariés au régime qu'au taux de croissance des effectifs. Un écart de 10 % sur le taux d'adhésion génère une augmentation moyenne de 25 % de la cotisation appelée auprès des actifs.

Nous considérons à présent un modèle structurellement déficitaire. Pour cela nous prenons l'hypothèse d'un écart entre le taux d'inflation des prestations et le taux d'augmentation du PSS de 1 %. Le taux de rendement financier est maintenu à 1,5 %.

En gardant le taux de cotisation définie identique, le prélèvement initial nécessaire à la mise en route du fonds collectif s'accroît de manière significative et atteint alors 17 096 964 €. Les besoins de la réserve de financement s'avèrent, dès 2024, supérieurs à l'alimentation du fonds collectif. Une telle situation nécessiterait un réajustement du niveau de cotisation des actifs.

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
rapport des consommations	213%	209%	208%	211%	216%	220%	223%
alimentation du fonds	4 242 963 €	4 452 169 €	4 679 323 €	4 917 704 €	5 168 347 €	5 431 935 €	5 709 147 €
Fonds collectif santé	17 096 964 €	30 682 534 €	43 756 080 €	50 825 079 €	51 601 310 €	47 856 931 €	42 076 055 €
prélèvement annuel	2 261 323 €	2 137 167 €	3 392 172 €	5 037 671 €	6 312 625 €	7 176 572 €	7 795 843 €
réserve de financement des anciens salariés	5 416 969 €	8 762 896 €	13 899 505 €	23 831 575 €	35 846 845 €	46 227 960 €	51 735 491 €
contribution d'équilibre annuelle	1 169 192 €	1 610 209 €	2 237 829 €	3 276 928 €	4 704 493 €	6 336 439 €	7 926 641 €

Figure 41 : Principaux éléments constitutifs du montage du fonds collectif – écart 1 %

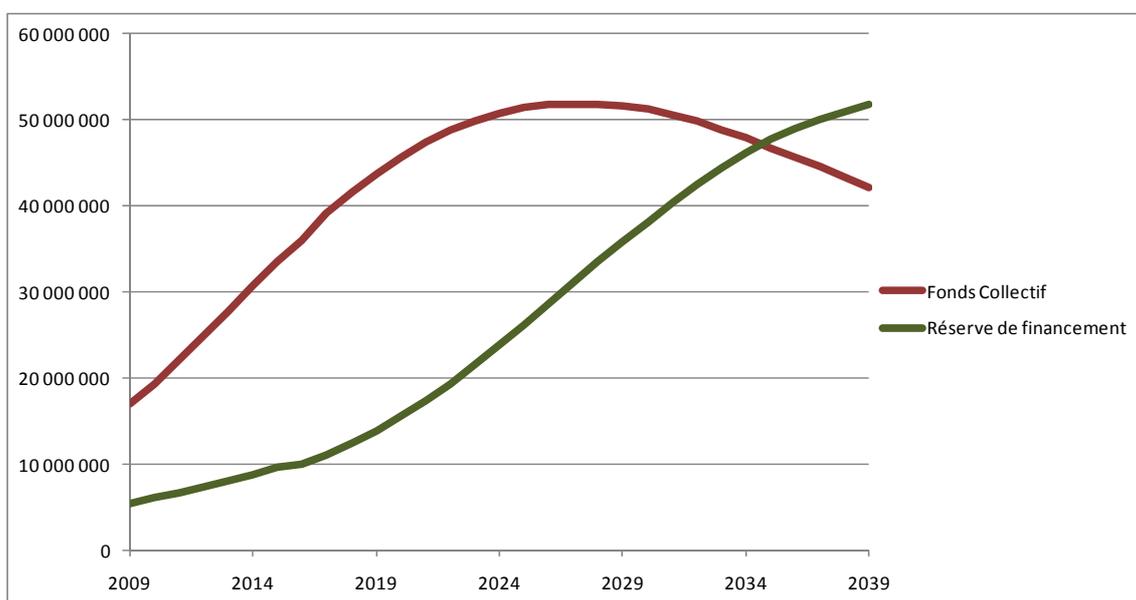


Figure 42 : Evolution du fonds collectif et de la réserve de financement – écart 1 %

3. Particularités du montage

(1) Absence de passif social

Le seul engagement de l'entreprise est de verser une cotisation définie, l'employeur n'étant pas obligé de financer l'intégralité de la cotisation mais par exemple la même part que dans la cotisation santé. Un provisionnement est totalement effectué pour les droits des retraités et pour les droits en cours d'acquisition des futurs retraités.

L'engagement de l'entreprise se limite au versement de la cotisation déterminée par un avenant à l'accord d'entreprise. Une modification de la cotisation peut être prise en compte par un nouvel avenant.

Nous avons vu précédemment que la mise en place à un instant t nécessite néanmoins une reconstitution pour les retraités déjà affiliés de la provision nécessaire. Afin que ceux-ci ne soient pas financés par les actifs, cette provision peut celle-ci peut être constituée à partir de réserves disponibles.

La rédaction de l'accord mettant en place ce mécanisme doit spécifier qu'aucune autre intervention de la part de l'entreprise (directement ou par le biais des réserves éventuelles des actifs) ne sera possible ultérieurement, ceci afin d'éviter qu'il puisse être considéré que l'employeur a un engagement vis-à-vis des retraités.

(2) Caractéristiques de la cotisation des actifs

La cotisation définie versée au fonds collectif peut revêtir plusieurs formes.

Elle peut être incluse dans la cotisation santé des actifs ou être appelée via une cotisation additionnelle spécifique.

Le fait de l'inclure dans la cotisation des actifs¹ permet d'augmenter proportionnellement le tarif des complémentaires santé et par ce moyen d'augmenter aussi la cotisation maximale pouvant être appelée après des anciens salariés. Cette solution réduit donc d'autant le besoin d'une contribution d'équilibre.

Selon notre projection, ce procédé permet de diminuer la cotisation définie appelée auprès des actifs de 25 %, passant à 0,135 % du PSS, et le provisionnement initial du fonds collectif de 19 %, celui-ci étant ramené à 5 263 646 €. Cette cotisation subit néanmoins la contribution CMU et les autres taxes sur les cotisations².

Cette cotisation peut être également considérée comme étant une cotisation retraite déductible, fiscalement et socialement, dans les conditions des régimes à cotisation définie.

(3) Des droits collectifs

La réserve de financement du régime frais de santé des anciens salariés ne confère pas de droit individuel acquis. Cela signifie qu'il n'y a pas d'avantage substitutif si le salarié quitte l'entreprise avant

¹ par exemple dans les chargements de l'assureur.

² Taxe H1N1 en 2010, projet d'une taxe à 3,5 % sur tous les contrats complémentaires, même responsables, à partir du 1^{er} janvier 2011.

l'âge de la retraite ou s'il décide de ne pas adhérer au régime des anciens salariés à la retraite¹. Le montage constitue un régime à cotisation définie à droits collectifs.

(4) Aspect fiscal et social

Le traitement fiscal de la contribution doit encore être clarifié, mais il pourrait prendre les formes suivantes.

- Dans le cas d'une cotisation considérée comme une cotisation santé, le montant doit être intégré à l'assiette des taxes sur les cotisations, mais est déductible du salaire imposable.
- Dans le cas d'une cotisation considérée comme une cotisation retraite, le dispositif est considéré comme étant un contrat assujéti dans la catégorie des contrats de retraite à cotisation définie. Le dispositif subit à l'entrée l'ensemble des assujettissements². La particularité est qu'à la sortie, le retraité ne perçoit pas d'avantage retraite mais bénéficie d'une cotisation spécifique pour ses frais de santé.

La contribution d'équilibre versée à l'organisme assureur doit a priori être intégrée au revenu imposable de l'ancien salarié.

Malgré son aspect perfectible, le montage d'un tel financement collectif offre une alternative au financement de la cotisation des anciens salariés et permet d'assurer une solidarité intergénérationnelle au sein même de l'entreprise.

¹ Ce point soulève questionnement, dans l'hypothèse d'une cotisation spécifique indépendante de la cotisation santé, dans la mesure où le montage ainsi constitué ressemble fort à un article 83. Pourtant, ces montages existent.

² CSG-CRDS pour le salarié et forfait social pour l'employeur de 4 % en 2010

Conclusion

Les études actuarielles qui ont été réalisées au cours de ce mémoire amènent différentes réflexions.

Sur le plan technique, le respect de la loi Évin dans son interprétation la plus objective est impossible sans compensation de la part des actifs, ne serait-ce qu'indirectement.

Toutefois, les projections montrent que les régimes d'anciens salariés en rythme de croisière ont une structure relativement stable conduisant à un âge limite. Le rapport des consommations, bien que supérieur à 150 % et atteignant des valeurs différentes en fonction des compositions des populations actives, tend vers un palier stable (sous l'hypothèse que la forme de la courbe de consommation en fonction de l'âge ne se déforme pas trop dans le temps).

Le financement du différentiel de cotisation doit s'anticiper de manière à garantir la pérennité du système. Le principe du financement collectif a l'avantage, dans notre cas particulier, d'impliquer les partenaires sociaux dans un processus de solidarité intergénérationnelle.

Néanmoins, au vu de l'importance des sommes devant être mises en jeu et de la complexité des montages permettant d'y parvenir, nous pouvons être amenés à nous demander dans quelle mesure une lecture plus souple de la loi Évin mêlée à une adéquation des garanties aux besoins ne serait pas préférable.

Glossaire et Abréviations

Glossaire

Base de remboursement, tarif de convention, tarif de responsabilité : Tarif fixé par la Sécurité sociale pour tout acte pratiqué par un professionnel de santé.

Ticket modérateur, c'est-à-dire la partie des dépenses de santé qui reste à charge du patient après le remboursement de l'Assurance Maladie

Secteur I, Secteur II : Le secteur 1 rassemble les professionnels de santé soumis à la Convention et qui ne sont pas autorisés à pratiquer des dépassements d'honoraires. Le secteur 2 classe les médecins en "honoraires libres", c'est-à-dire qui sont autorisés à appliquer un tarif différent de celui fixé par la Convention.

Antisélection : Comportement qui conduit un assuré, lorsque l'adhésion est facultative, à choisir la couverture du risque qui lui semble la plus utile.

Solidarité intergénérationnelle : mécanisme qui met en jeu des transferts monétaires entre les générations

Abréviations

FFSA : Fédération Française des Sociétés d'Assurance

GEMA : Groupement des entreprises mutuelles d'assurances

IRDES : Institut de recherche et documentation en économie de la santé

ANI : Accord National Interprofessionnel

IAS 19 : International Accounting Standards 19

PASS : Plafond Annuel de la Sécurité sociale

PMSS : Plafond Mensuel de la Sécurité sociale

TM : Ticket modérateur

BR : Base de remboursement

TC : Tarif de convention

TR : Tarif de responsabilité

FR : Frais réels

Bibliographie

FENINA A. GEFFROY Y. DUEE M. (2008) *Les comptes nationaux de la santé 2007*. Études et Résultats N°655.

FRANC C., PERRONNIN M., PIERRE A. (2007) *Changer de couverture complémentaire santé à l'âge de la retraite*. Questions d'économie de la santé IRDES

GARNERO M., RATTIER M-O. (2009) *Les contrats les plus souscrits auprès des complémentaires santé en 2007*. Etudes et Résultats N°698.

Prof GETZEN T. (2007) *Modeling long term healthcare Cost Trends*. The Society of Actuaries.

MOUQUET M-C. OBERLIN P (2008) *L'impact du vieillissement sur les structures de soin à l'horizon 2010, 2020, 2030* Etudes et Résultats N°654.

NAIMI J-C. (2008) *La loi Évin à l'épreuve de la jurisprudence*. AGEFI

PLANCHET F., WINTER J. (2006) *Les provisions techniques des contrats de prévoyance collective*. Economica.

Rochereau T., Guillaume S. (2010) *Panorama 2009 de la couverture complémentaire santé d'entreprise*. IRDES

Turquet P. (2008), *L'obtention d'une couverture complémentaire maladie dans le cadre de l'entreprise*.

Annexes

Annexe 1 : Tables construites pour les projections

Tables relatives à la population 1

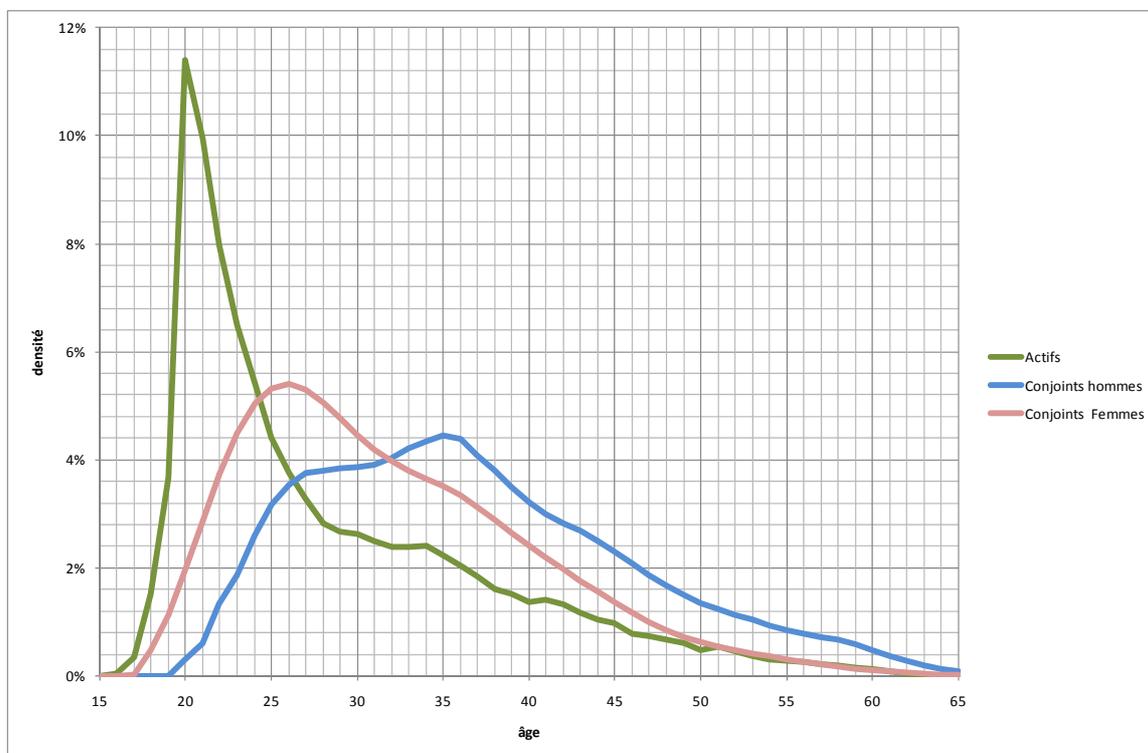


Figure 1 : Loi d'entrée de la population 1

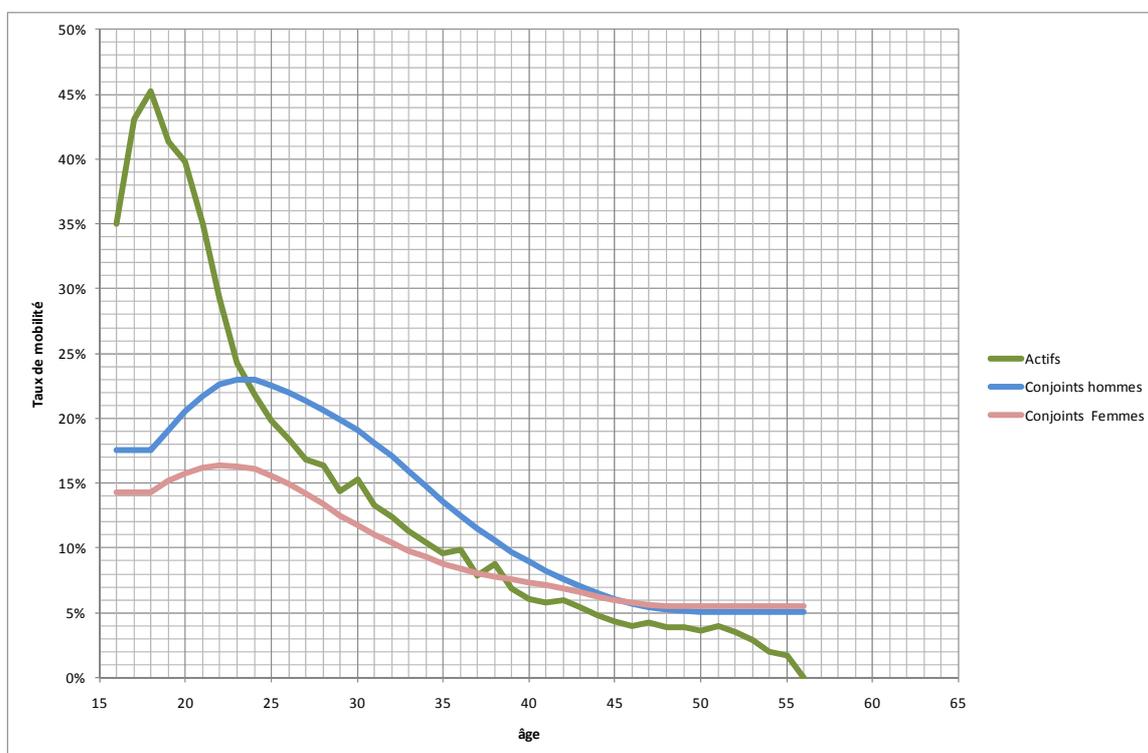


Figure 2 : Taux de mobilité de la population 1

Population 1 :

âge	Loi d'entrée		
	Actifs	Conjoints hommes	Conjoints Femmes
15	0.00%	0.00%	0.00%
16	0.03%	0.00%	0.00%
17	0.34%	0.00%	0.02%
18	1.52%	0.00%	0.48%
19	3.66%	0.00%	1.13%
20	11.39%	0.30%	1.95%
21	9.95%	0.60%	2.86%
22	7.96%	1.34%	3.74%
23	6.48%	1.86%	4.49%
24	5.43%	2.61%	5.03%
25	4.40%	3.16%	5.32%
26	3.75%	3.55%	5.40%
27	3.27%	3.75%	5.29%
28	2.82%	3.81%	5.06%
29	2.68%	3.84%	4.77%
30	2.63%	3.86%	4.46%
31	2.51%	3.91%	4.18%
32	2.38%	4.04%	3.97%
33	2.38%	4.20%	3.80%
34	2.42%	4.34%	3.66%
35	2.24%	4.46%	3.51%
36	2.05%	4.38%	3.33%
37	1.85%	4.09%	3.13%
38	1.61%	3.80%	2.89%
39	1.52%	3.49%	2.65%
40	1.37%	3.21%	2.41%
41	1.41%	2.99%	2.18%
42	1.32%	2.83%	1.97%
43	1.18%	2.68%	1.76%
44	1.05%	2.50%	1.56%
45	0.97%	2.30%	1.37%
46	0.79%	2.08%	1.18%
47	0.73%	1.86%	1.00%
48	0.67%	1.66%	0.85%
49	0.61%	1.49%	0.73%
50	0.47%	1.35%	0.63%
51	0.55%	1.23%	0.55%
52	0.45%	1.13%	0.48%
53	0.36%	1.04%	0.42%
54	0.30%	0.94%	0.37%
55	0.28%	0.85%	0.31%
56	0.25%	0.79%	0.26%
57	0.22%	0.73%	0.21%
58	0.19%	0.66%	0.17%
59	0.16%	0.58%	0.14%
60	0.13%	0.48%	0.11%
61	0.09%	0.37%	0.08%
62	0.03%	0.27%	0.06%
63	0.00%	0.19%	0.04%
64	0.00%	0.12%	0.03%
65	0.00%	0.08%	0.01%

âge	Taux de sortie		
	Actifs	Conjoints hommes	Conjoints Femmes
16	35.00%	17.51%	14.32%
17	43.07%	17.51%	14.32%
18	45.25%	17.51%	14.32%
19	41.31%	19.07%	15.20%
20	39.80%	20.53%	15.78%
21	35.00%	21.75%	16.16%
22	29.30%	22.61%	16.35%
23	24.22%	23.01%	16.32%
24	21.78%	22.95%	16.06%
25	19.79%	22.56%	15.58%
26	18.35%	21.98%	14.95%
27	16.79%	21.31%	14.18%
28	16.36%	20.63%	13.35%
29	14.42%	19.90%	12.52%
30	15.26%	19.08%	11.73%
31	13.30%	18.13%	11.01%
32	12.39%	17.06%	10.38%
33	11.35%	15.91%	9.80%
34	10.37%	14.72%	9.27%
35	9.57%	13.56%	8.79%
36	9.82%	12.46%	8.38%
37	7.88%	11.46%	8.05%
38	8.76%	10.54%	7.80%
39	6.83%	9.70%	7.59%
40	6.07%	8.95%	7.36%
41	5.80%	8.26%	7.12%
42	5.96%	7.63%	6.86%
43	5.47%	7.05%	6.57%
44	4.76%	6.53%	6.27%
45	4.37%	6.09%	5.99%
46	4.01%	5.73%	5.75%
47	4.28%	5.47%	5.63%
48	3.84%	5.28%	5.52%
49	3.92%	5.16%	5.52%
50	3.64%	5.10%	5.52%
51	4.02%	5.10%	5.52%
52	3.56%	5.10%	5.52%
53	2.88%	5.10%	5.52%
54	2.00%	5.10%	5.52%
55	1.75%	5.10%	5.52%
56	0.00%	5.10%	5.52%

Comparaison avec les données brutes :

Taux de sortie ACTIFS				
âge	PROJECTION	2005/2006	2006/2007	2007/2008
16	35,00%	21,43%	16,00%	20,00%
17	43,07%	40,74%	45,31%	26,83%
18	45,25%	44,42%	46,06%	37,96%
19	41,31%	41,41%	41,20%	44,70%
20	39,80%	38,18%	41,38%	37,89%
21	35,00%	33,96%	36,03%	34,88%
22	29,30%	28,73%	29,86%	29,84%
23	24,22%	23,50%	24,93%	28,39%
24	21,78%	20,30%	23,23%	23,39%
25	19,79%	19,37%	20,22%	21,65%
26	18,35%	16,73%	19,93%	18,33%
27	16,79%	16,39%	17,20%	17,03%
28	16,36%	16,49%	16,24%	17,63%
29	14,42%	14,35%	14,48%	16,68%
30	15,26%	13,31%	17,17%	13,72%
31	13,30%	13,04%	13,56%	14,77%
32	12,39%	11,65%	13,12%	12,89%
33	11,35%	10,16%	12,52%	12,47%
34	10,37%	10,06%	10,69%	11,72%
35	9,57%	9,03%	10,11%	10,35%
36	9,82%	8,79%	10,85%	9,69%
37	7,88%	7,61%	8,15%	9,91%
38	8,76%	8,61%	8,90%	8,32%
39	6,83%	6,06%	7,60%	7,51%
40	6,07%	5,59%	6,56%	7,22%
41	5,80%	5,58%	6,02%	6,63%
42	5,96%	5,69%	6,23%	5,95%
43	5,47%	5,38%	5,55%	5,61%
44	4,76%	5,05%	4,47%	5,75%
45	4,37%	3,73%	5,00%	5,09%
46	4,01%	4,11%	3,90%	3,98%
47	4,28%	4,13%	4,44%	5,40%
48	3,84%	3,68%	4,00%	4,11%
49	3,92%	3,15%	4,69%	3,53%
50	3,64%	3,53%	3,75%	3,09%
51	4,02%	4,49%	3,54%	3,23%
52	3,56%	3,60%	3,51%	4,36%
53	2,88%	3,46%	2,29%	3,68%
54	2,00%	4,05%	4,23%	3,28%

Loi d'entrée ACTIFS				
âge	PROJECTION	2006	2007	2008
16	0,03%	0,00%	0,01%	0,00%
17	0,34%	0,39%	0,33%	0,34%
18	1,52%	2,88%	3,31%	2,86%
19	3,66%	8,97%	8,07%	8,21%
20	11,39%	10,65%	10,01%	9,86%
21	9,95%	9,85%	9,55%	9,71%
22	7,96%	8,09%	8,29%	8,37%
23	6,48%	6,74%	6,52%	6,82%
24	5,43%	5,79%	5,71%	5,05%
25	4,40%	4,93%	4,65%	4,46%
26	3,75%	3,85%	3,71%	3,75%
27	3,27%	3,20%	3,23%	3,17%
28	2,82%	3,02%	2,48%	2,74%
29	2,68%	2,57%	2,24%	2,34%
30	2,63%	2,36%	2,32%	2,02%
31	2,51%	2,50%	2,14%	2,21%
32	2,38%	2,33%	2,22%	1,99%
33	2,38%	2,27%	2,17%	1,96%
34	2,42%	2,14%	2,39%	1,68%
35	2,24%	2,15%	2,24%	1,92%
36	2,05%	1,84%	1,96%	1,96%
37	1,85%	1,51%	1,72%	1,76%
38	1,61%	1,40%	1,63%	1,44%
39	1,52%	1,19%	1,36%	1,31%
40	1,37%	1,10%	1,28%	1,39%
41	1,41%	1,08%	1,09%	1,30%
42	1,32%	0,98%	1,11%	1,14%
43	1,18%	0,81%	1,08%	1,21%
44	1,05%	0,68%	1,07%	1,15%
45	0,97%	0,69%	0,70%	0,96%
46	0,79%	0,63%	0,69%	0,83%
47	0,73%	0,41%	0,59%	0,86%
48	0,67%	0,43%	0,61%	0,76%
49	0,61%	0,40%	0,46%	0,58%
50	0,47%	0,32%	0,51%	0,54%
51	0,55%	0,34%	0,38%	0,35%
52	0,45%	0,24%	0,43%	0,60%
53	0,36%	0,21%	0,35%	0,39%
54	0,30%	0,18%	0,31%	0,34%

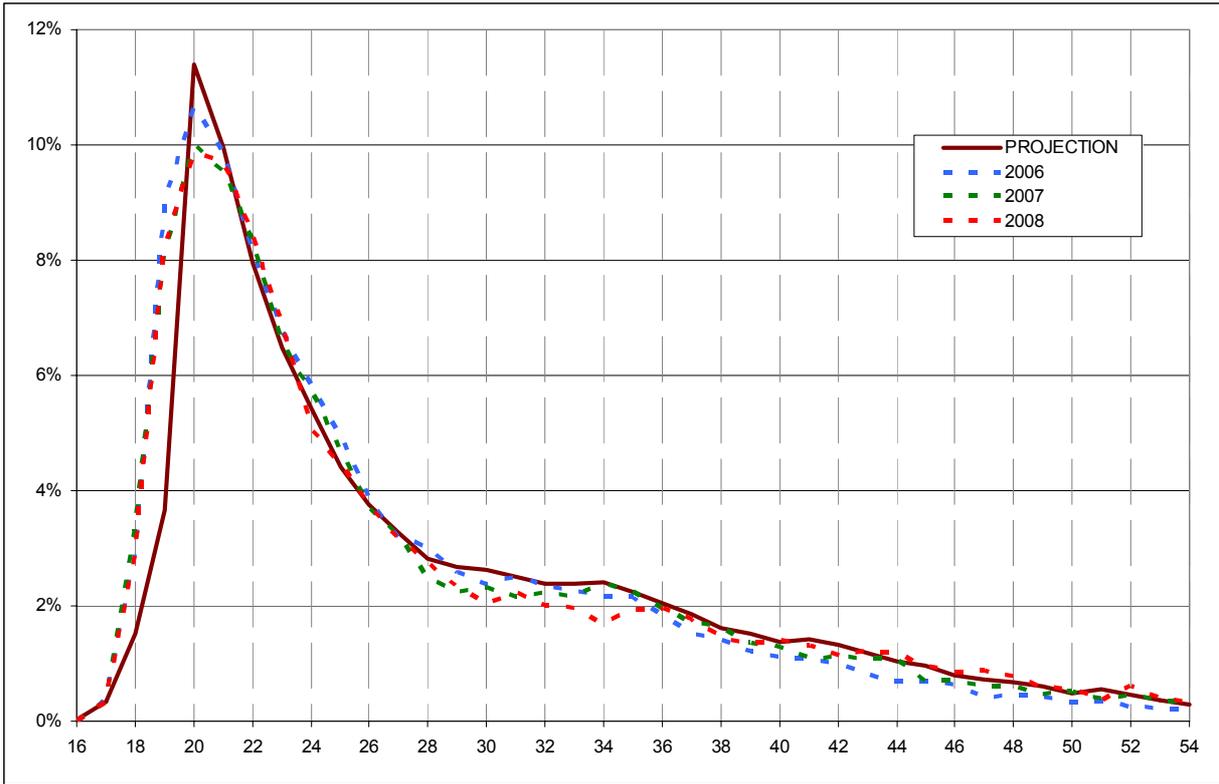


Figure 3 : Comparaison de la répartition des entrées d'actifs de la population 1

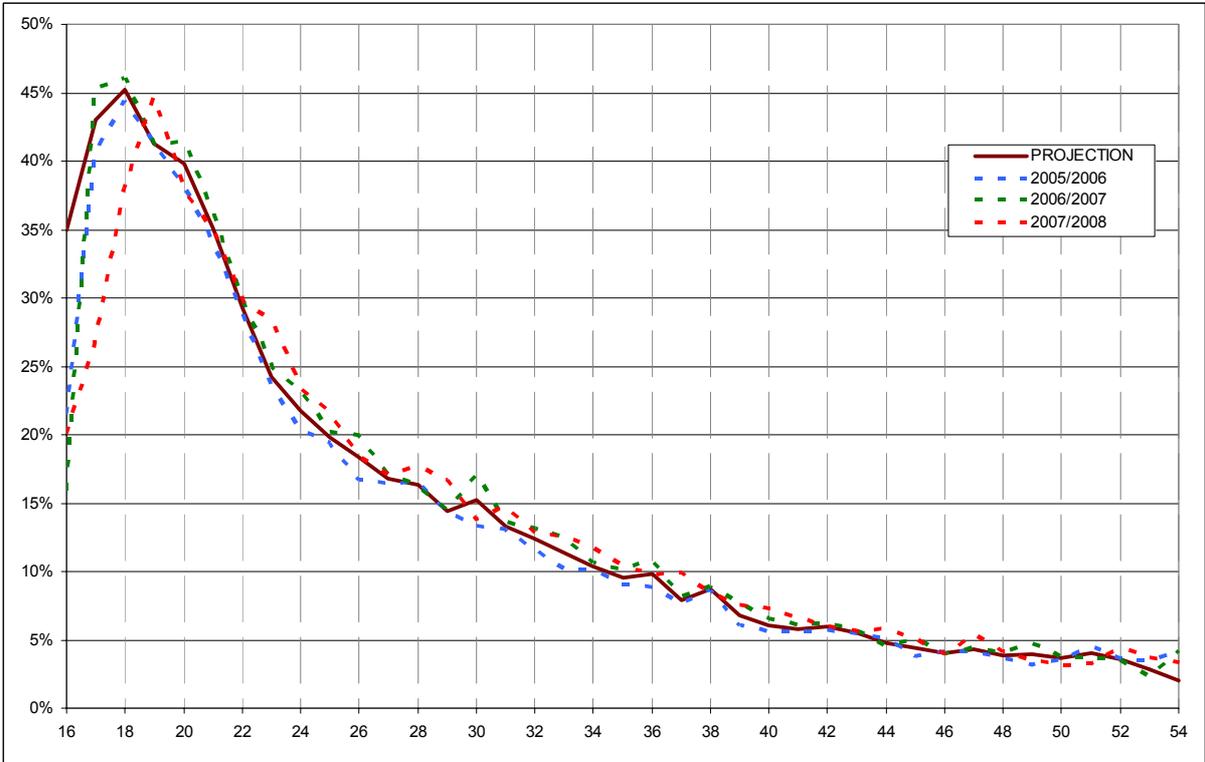


Figure 4 : Comparaison des taux de mobilité de la population 1

Taux de sortie CONJOINTS					Loi d'entrée des conjoints				
âge	Conjoints Hommes	Moyenne 2005/2008	Conjoints Femmes	Moyenne 2005/2008	âge	Conjoints Hommes	Moyenne 2005/2008	Conjoints Femmes	Moyenne 2005/2008
17	17,51%	#DIV/0!	14,32%	20,63%	16	0,01%	0,00%	0,10%	0,02%
18	17,51%	#DIV/0!	14,32%	12,64%	17	0,05%	0,00%	0,31%	0,48%
19	17,51%	20,63%	14,32%	14,30%	18	0,11%	0,00%	0,76%	1,13%
20	19,07%	11,82%	15,20%	17,80%	19	0,31%	0,30%	1,67%	1,95%
21	20,53%	25,56%	15,78%	13,60%	20	0,81%	0,60%	2,80%	2,86%
22	21,75%	18,99%	16,16%	15,30%	21	1,38%	1,34%	3,82%	3,74%
23	22,61%	23,69%	16,35%	16,31%	22	1,63%	1,86%	5,03%	4,49%
24	23,01%	26,76%	16,32%	17,68%	23	2,67%	2,61%	5,49%	5,03%
25	22,95%	19,91%	16,06%	16,70%	24	3,39%	3,16%	5,05%	5,32%
26	22,56%	23,74%	15,58%	13,68%	25	3,64%	3,55%	5,34%	5,40%
27	21,98%	21,00%	14,95%	16,28%	26	3,68%	3,75%	5,37%	5,29%
28	21,31%	20,45%	14,18%	14,16%	27	3,87%	3,81%	4,87%	5,06%
29	20,63%	20,57%	13,35%	12,96%	28	3,58%	3,84%	5,10%	4,77%
30	19,90%	19,71%	12,52%	12,53%	29	3,91%	3,86%	4,19%	4,46%
31	19,08%	20,83%	11,73%	11,88%	30	3,76%	3,91%	3,95%	4,18%
32	18,13%	17,15%	11,01%	10,37%	31	4,06%	4,04%	3,88%	3,97%
33	17,06%	17,60%	10,38%	10,21%	32	4,06%	4,20%	3,66%	3,80%
34	15,91%	16,21%	9,80%	10,65%	33	4,53%	4,34%	4,11%	3,66%
35	14,72%	14,00%	9,27%	9,44%	34	4,34%	4,46%	3,46%	3,51%
36	13,56%	13,81%	8,79%	9,05%	35	4,20%	4,38%	3,37%	3,33%
37	12,46%	11,72%	8,38%	7,59%	36	4,34%	4,09%	3,38%	3,13%
38	11,46%	12,08%	8,05%	7,57%	37	3,52%	3,80%	2,69%	2,89%
39	10,54%	10,69%	7,80%	8,02%	38	3,71%	3,49%	2,65%	2,65%
40	9,70%	9,37%	7,59%	8,37%	39	2,88%	3,21%	2,23%	2,41%
41	8,95%	8,87%	7,36%	7,16%	40	3,04%	2,99%	2,20%	2,18%
42	8,26%	8,22%	7,12%	6,65%	41	2,69%	2,83%	2,12%	1,97%
43	7,63%	8,26%	6,86%	7,25%	42	3,00%	2,68%	1,60%	1,76%
44	7,05%	6,89%	6,57%	6,31%	43	2,37%	2,50%	1,68%	1,56%
45	6,53%	6,23%	6,27%	6,37%	44	2,35%	2,30%	1,36%	1,37%
46	6,09%	6,33%	5,99%	5,75%	45	2,01%	2,08%	1,38%	1,18%
47	5,73%	5,53%	5,75%	6,43%	46	1,83%	1,86%	0,92%	1,00%
48	5,47%	5,18%	5,63%	5,77%	47	1,64%	1,66%	0,63%	0,85%
49	5,28%	5,09%	5,52%	5,52%	48	1,57%	1,49%	0,73%	0,73%
50	5,16%	5,95%	5,52%	6,96%	49	1,32%	1,35%	0,78%	0,63%
51	5,10%	4,93%	5,52%	6,65%	50	1,10%	1,23%	0,42%	0,55%
52	5,10%	4,99%	5,52%	7,96%	51	1,19%	1,13%	0,65%	0,48%
53	5,10%	5,25%	5,52%	11,64%	52	1,18%	1,04%	0,39%	0,42%
54	5,10%	7,05%	5,52%	14,04%	53	0,86%	0,94%	0,26%	0,37%
					54	0,78%	0,85%	0,42%	0,31%

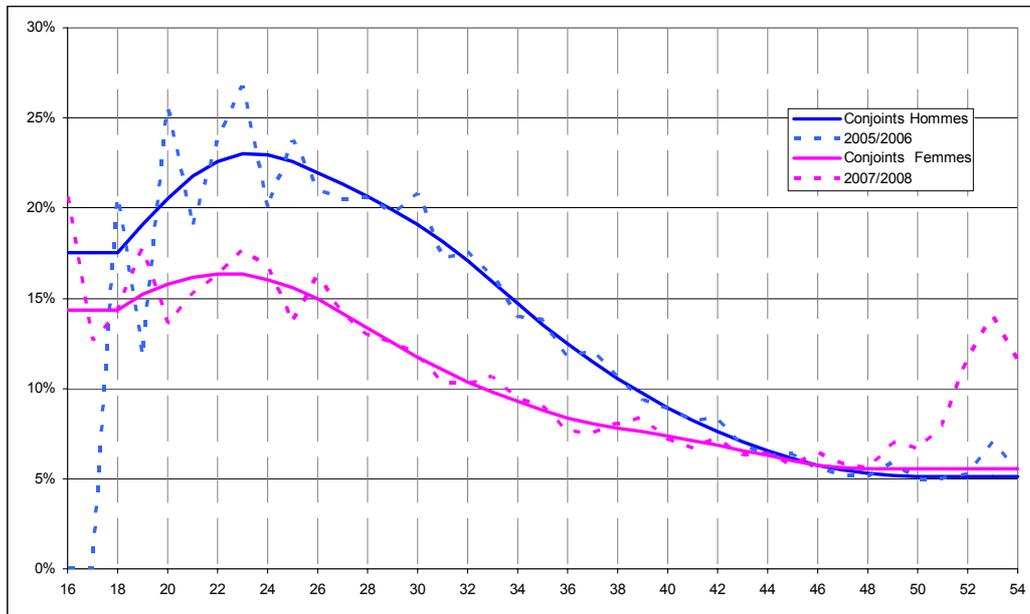


Figure 5 : Comparaison des taux de mobilité des conjoints de la population I

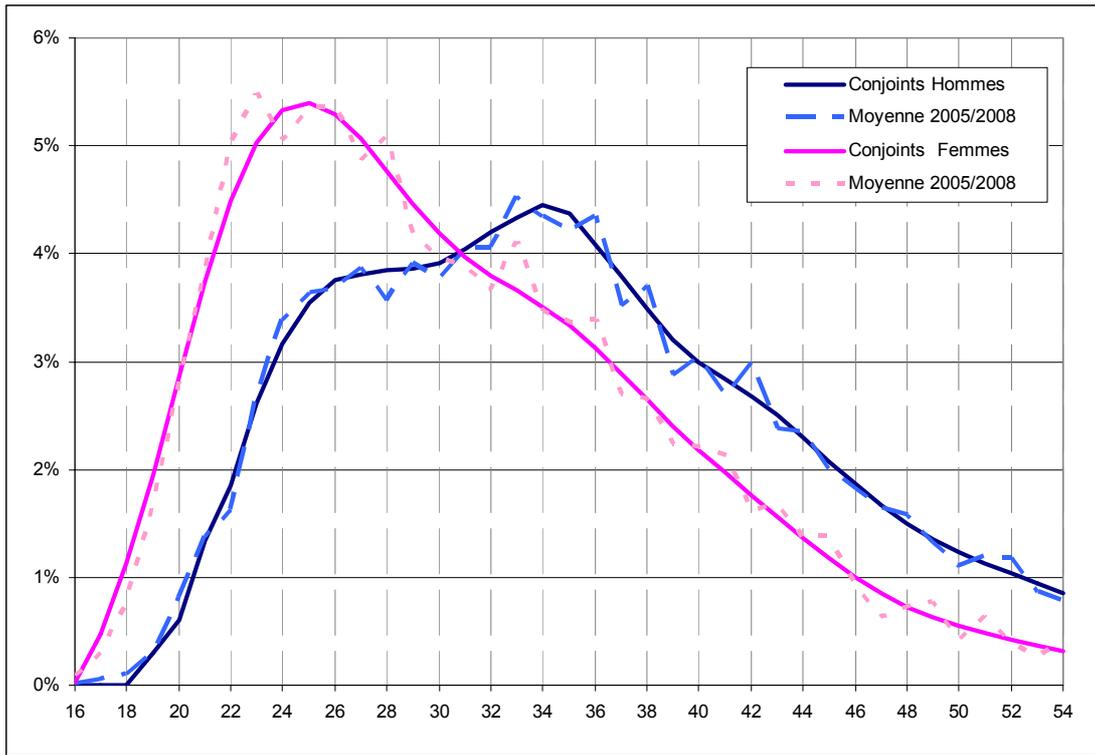


Figure 6 : Comparaison de la répartition d'entrées des conjoints de la population 1

Départ en retraite

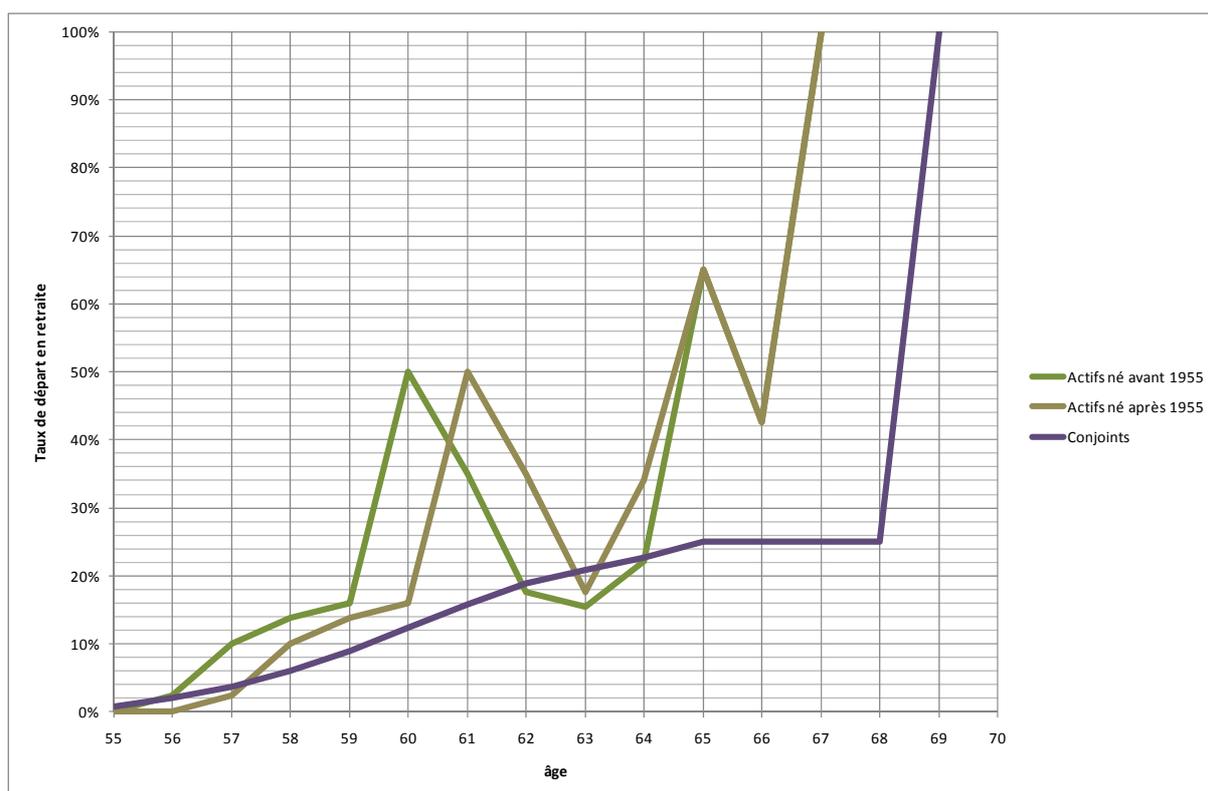


Figure 7 : Taux de départ en retraite de la population 1

âge	taux départ en retraite		
	Actifs né avant 1955	Actifs né après 1955	Conjoints
55	0.00%	0.00%	0.85%
56	2.50%	0.00%	1.97%
57	10.00%	2.50%	3.70%
58	13.81%	10.00%	6.07%
59	16.00%	13.81%	9.01%
60	50.00%	16.00%	12.36%
61	35.00%	50.00%	15.80%
62	17.66%	35.00%	18.82%
63	15.43%	17.66%	20.89%
64	22.13%	34.15%	22.70%
65	65.07%	65.07%	25.00%
66	42.59%	42.59%	25.00%
67	100.00%	100.00%	25.00%
68			25.00%
69			100.00%

Comparaison avec les données brutes :

âge	Taux de sortie ACTIFS			
	PROJECTION	2005/2006	2006/2007	2007/2008
56	2,50%	10,48%	10,46%	14,47%
57	10,00%	17,55%	18,30%	20,69%
58	13,81%	13,65%	16,38%	17,07%
59	16,00%	17,77%	15,72%	16,27%
60	50,00%	63,51%	62,84%	66,14%
61	35,00%	45,05%	40,60%	44,53%
62	17,66%	24,07%	16,39%	19,75%
63	15,43%	18,92%	14,63%	15,69%
64	22,13%	12,90%	20,00%	11,43%
65	65,07%	70,59%	62,96%	66,67%
66	42,59%	54,55%	80,00%	60,00%
67	100,00%	16,39%	17,20%	17,03%

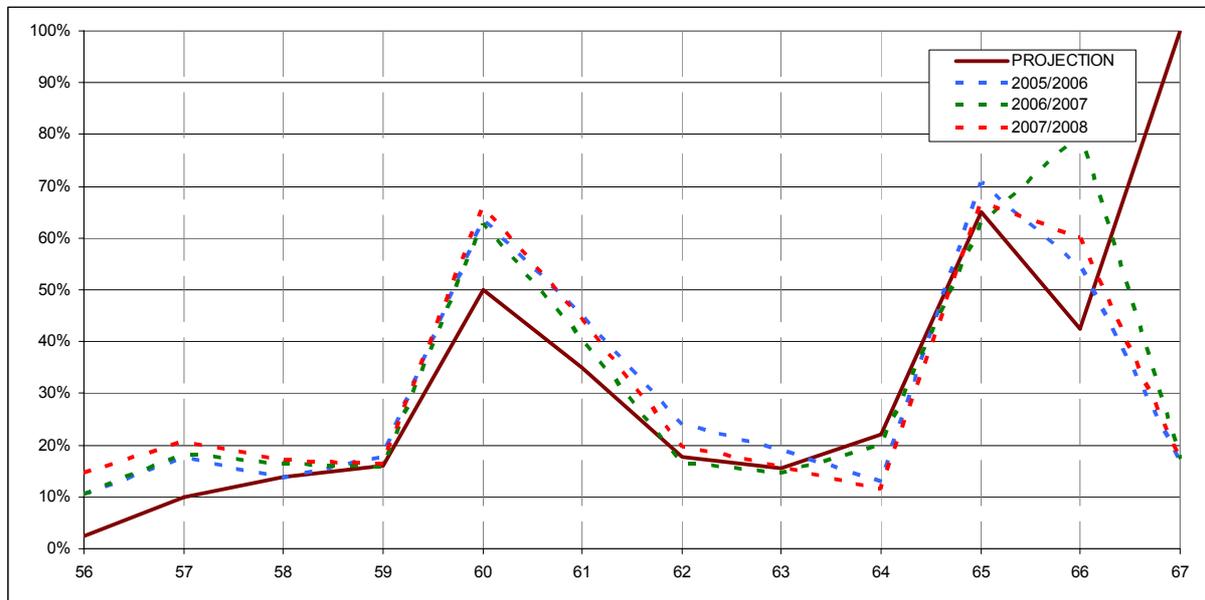


Figure 8 : Taux de départ en retraite de la population 1 comparés aux taux de sortie

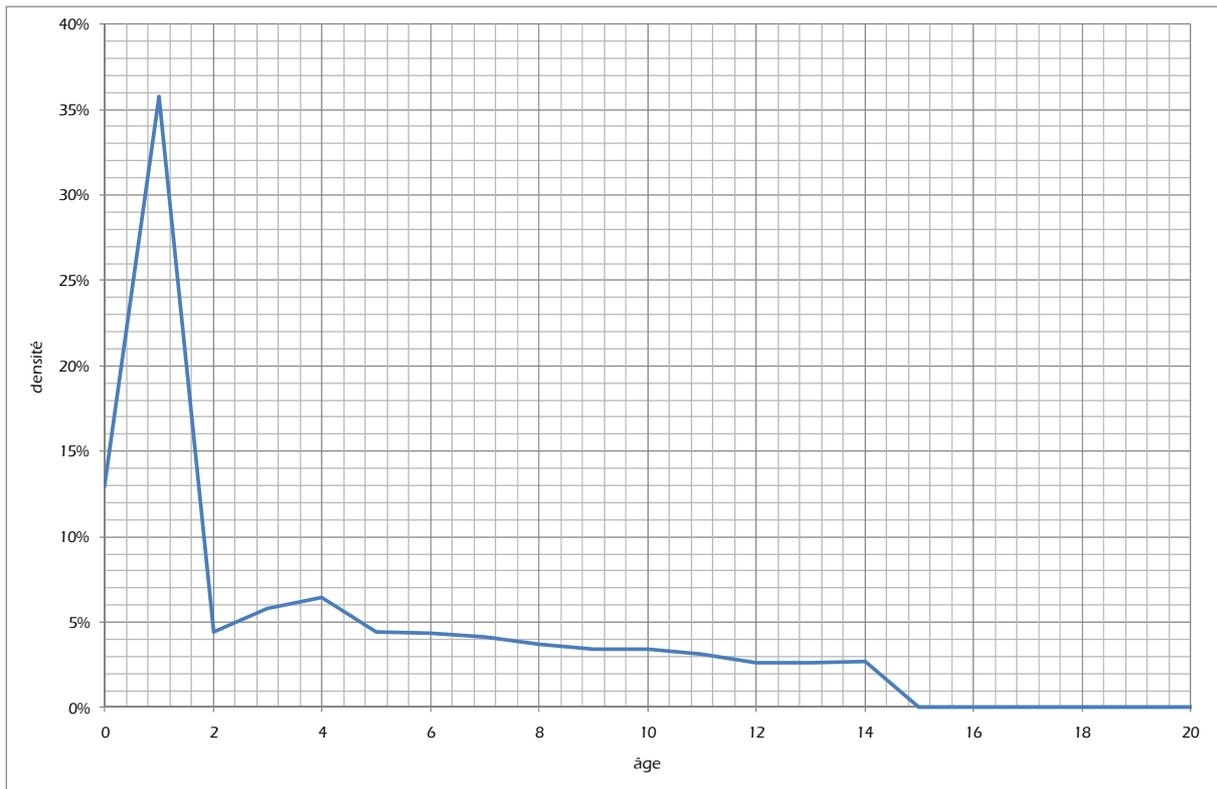


Figure 9 : Loi d'entrée des enfants de la population 1

Comparaison avec les données brutes

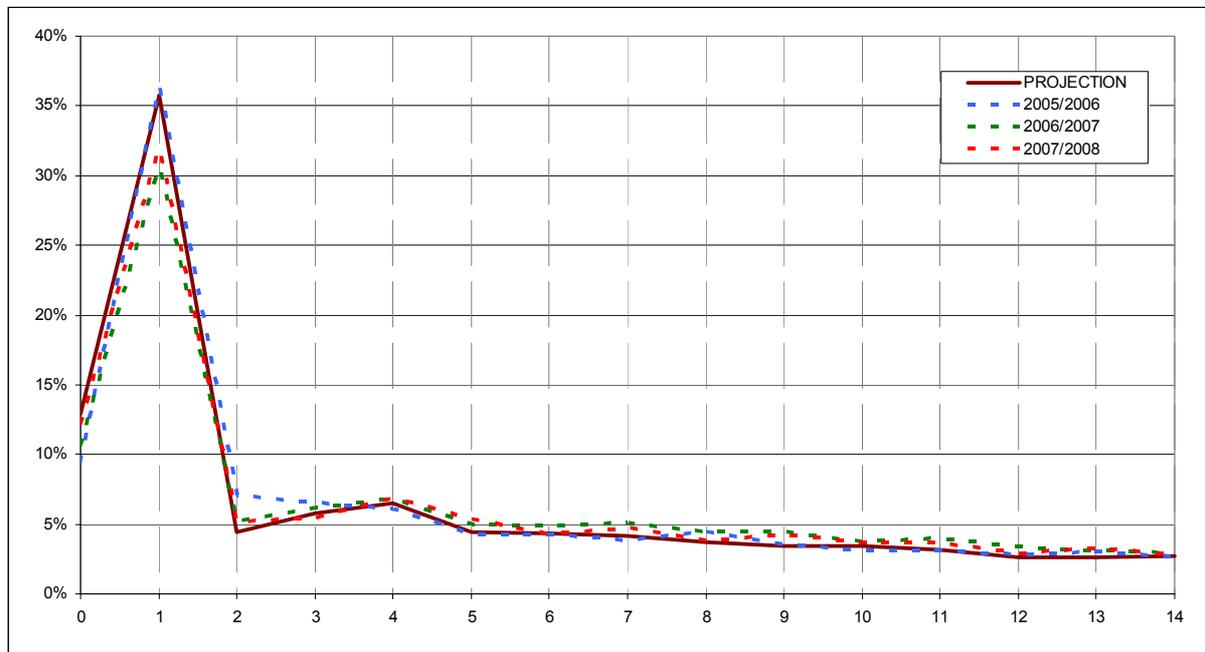


Figure 10 : Comparaison de la répartition des entrées d'enfants de la population 1

Tables relatives à la population 2

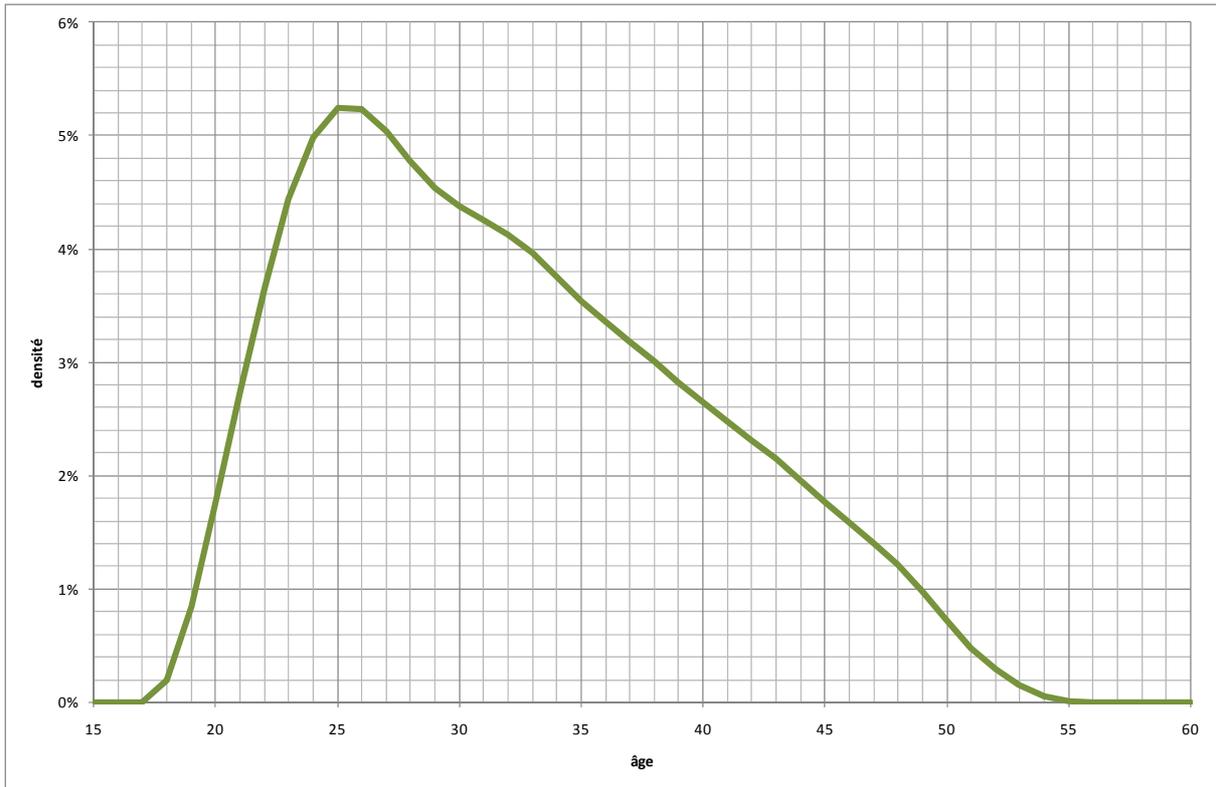


Figure 11 :Loi d'entrée par âge des actifs de la population 2

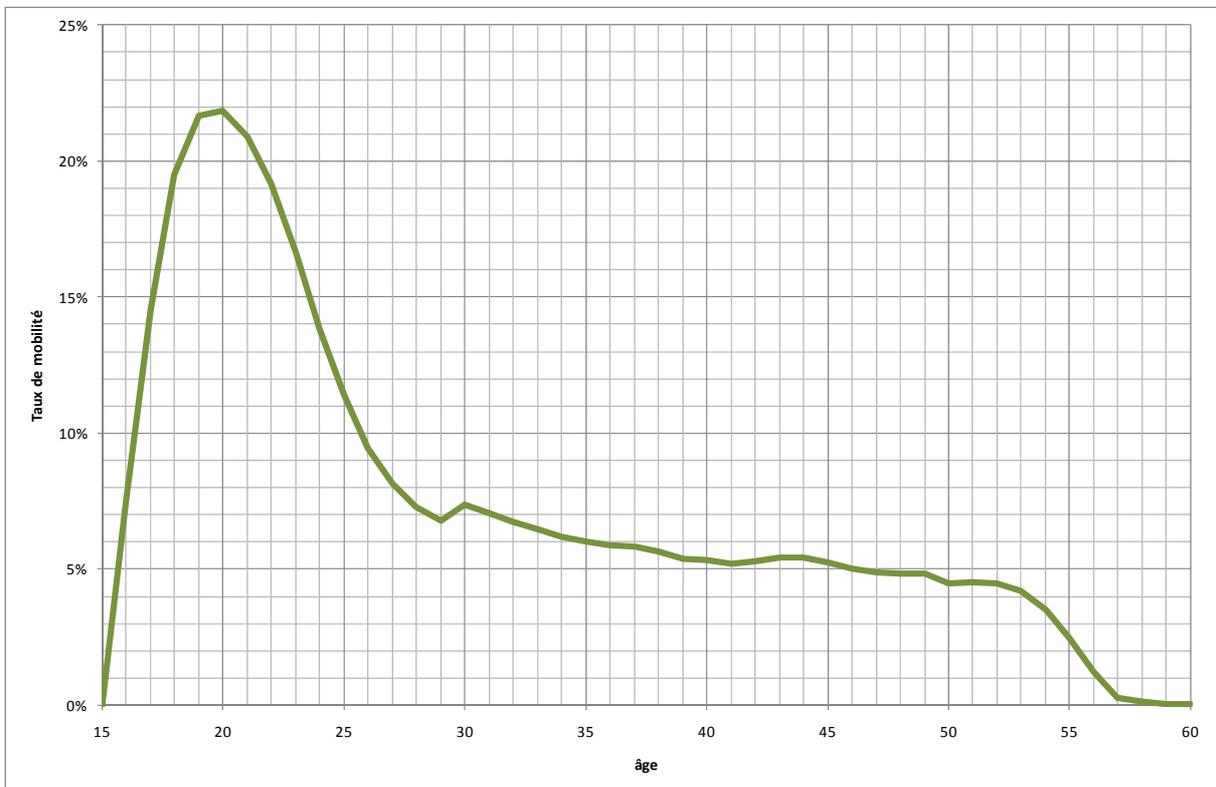


Figure 12 :Taux de mobilité par âge des actifs de la population 2

population 2

âge	loi d'entrée		âge	taux de sortie	
	brute	lissée		brut	lissés
15	0.01%	0.00%	15	0.17%	0.00%
16	0.10%	0.00%	16	1.10%	7.42%
17	0.37%	0.00%	17	1.72%	14.50%
18	0.89%	0.20%	18	23.84%	19.48%
19	1.00%	0.84%	19	19.61%	21.69%
20	2.22%	1.75%	20	18.96%	21.86%
21	2.45%	2.73%	21	18.94%	20.91%
22	2.96%	3.66%	22	20.35%	19.17%
23	4.06%	4.44%	23	16.20%	16.65%
24	4.91%	4.98%	24	11.96%	13.85%
25	5.08%	5.24%	25	10.74%	11.38%
26	4.84%	5.23%	26	9.46%	9.47%
27	4.18%	5.04%	27	7.50%	8.13%
28	4.68%	4.78%	28	6.90%	7.29%
29	4.19%	4.54%	29	6.65%	6.79%
30	3.30%	4.37%	30	6.26%	7.38%
31	4.22%	4.25%	31	5.78%	7.05%
32	4.30%	4.13%	32	5.64%	6.75%
33	3.75%	3.96%	33	5.42%	6.46%
34	3.07%	3.75%	34	5.16%	6.21%
35	3.16%	3.54%	35	4.99%	6.01%
36	2.90%	3.35%	36	4.63%	5.90%
37	3.36%	3.18%	37	5.01%	5.81%
38	2.63%	3.01%	38	5.00%	5.65%
39	2.76%	2.83%	39	4.53%	5.38%
40	2.31%	2.65%	40	4.05%	5.34%
41	1.99%	2.48%	41	4.06%	5.22%
42	2.25%	2.32%	42	3.95%	5.28%
43	2.22%	2.14%	43	4.76%	5.41%
44	1.85%	1.96%	44	4.40%	5.41%
45	1.41%	1.76%	45	4.33%	5.25%
46	1.39%	1.58%	46	3.73%	5.03%
47	1.34%	1.40%	47	3.74%	4.88%
48	1.18%	1.21%	48	4.12%	4.84%
49	1.01%	0.98%	49	3.99%	4.85%
50	1.04%	0.72%	50	3.67%	4.49%
51	1.05%	0.48%	51	4.00%	4.52%
52	0.96%	0.29%	52	3.65%	4.46%
53	0.87%	0.15%	53	3.62%	4.19%
54	0.80%	0.06%	54	3.35%	3.54%
55	0.70%	0.01%	55	3.11%	2.48%
56	0.60%	0.00%	56	0.00%	1.23%
57	0.45%	0.00%	57	0.00%	0.26%
58	0.20%	0.00%	58	0.00%	0.14%
59	0.00%	0.00%	59	0.00%	0.06%
60	0.00%	0.00%	60	0.00%	0.05%

Comparaison avec les données brutes

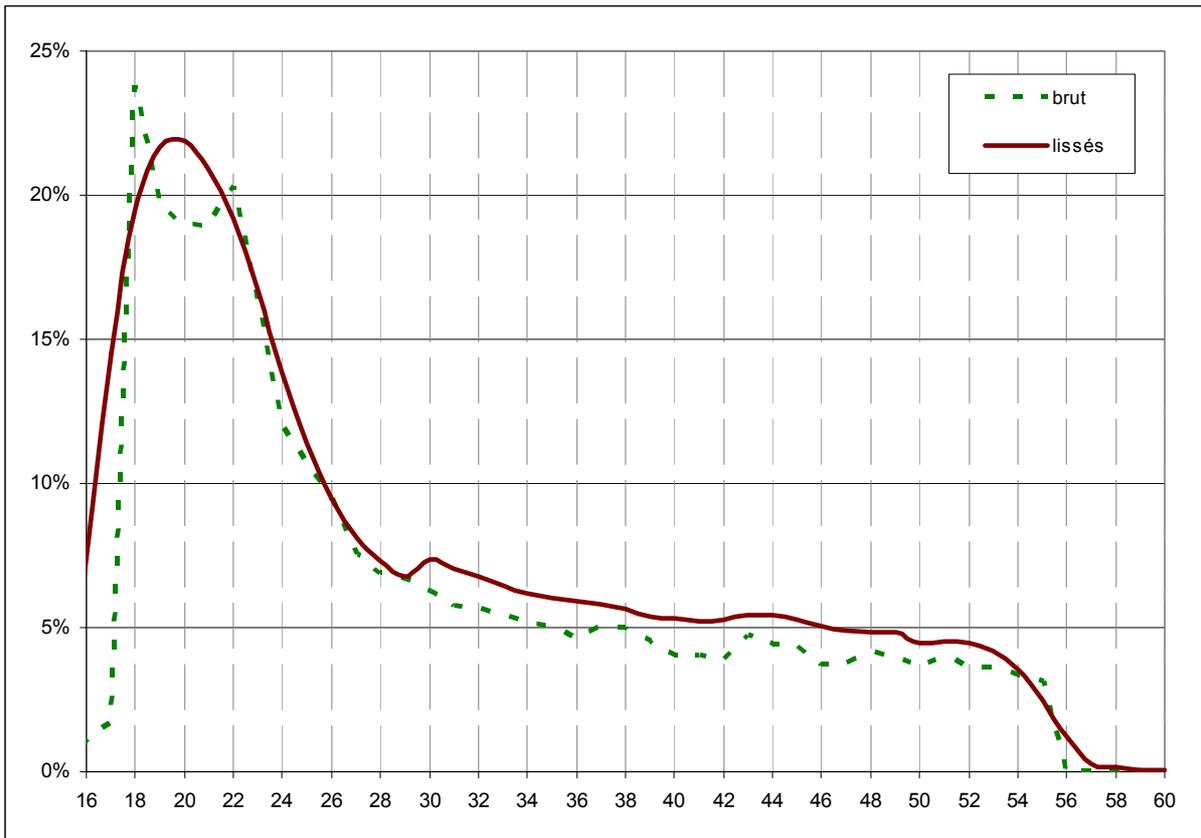


Figure 13 : Comparaison de la répartition des entrées par âge des actifs de la population 2

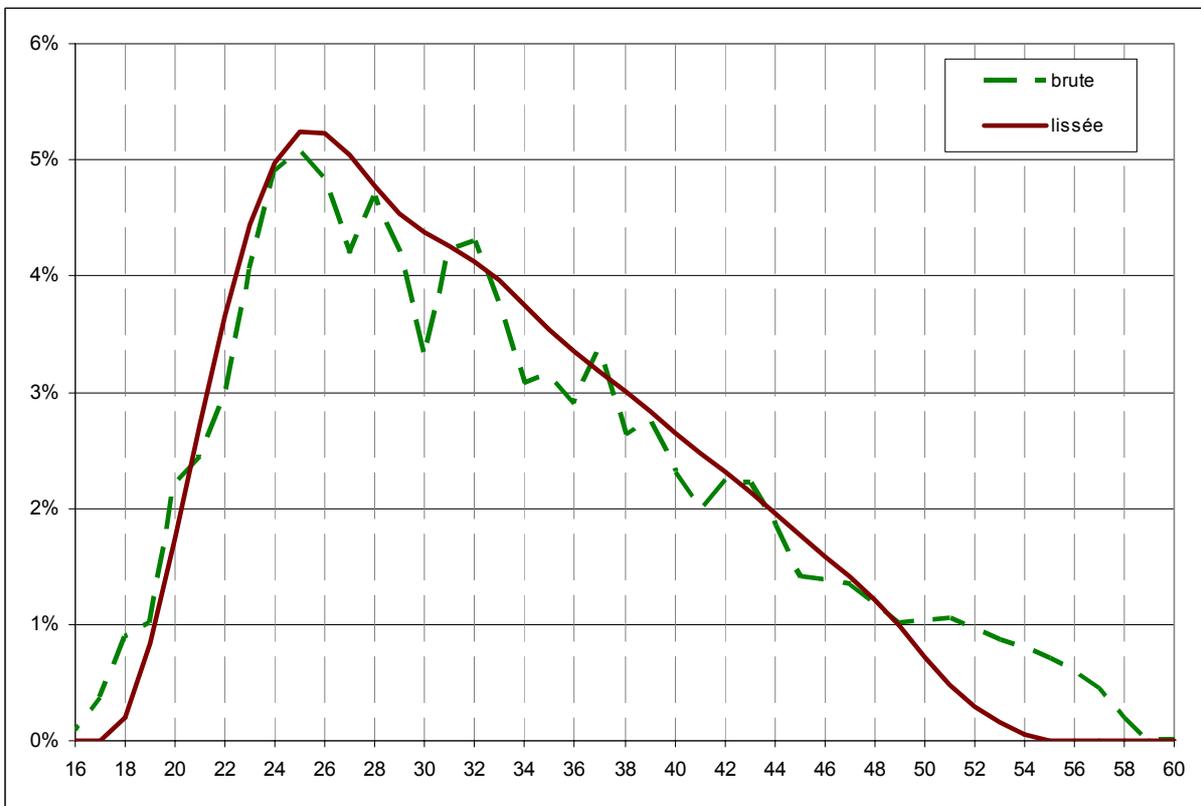


Figure 14 : Comparaison des taux de mobilité par âge des actifs de la population 2

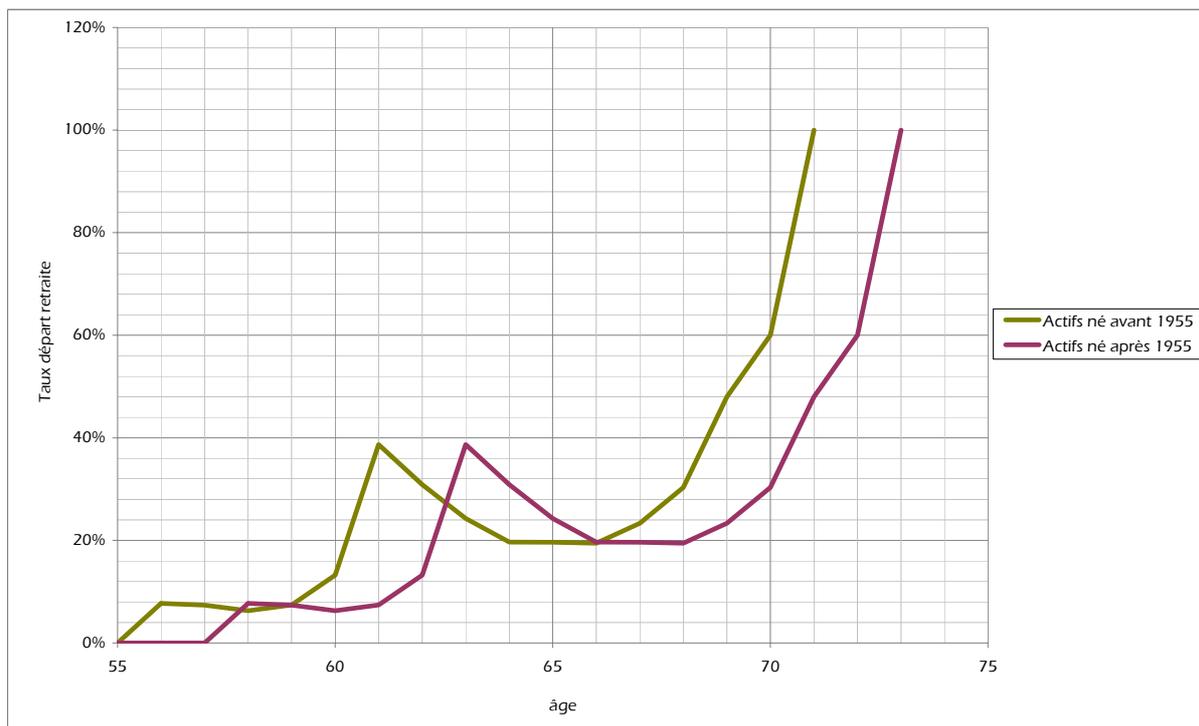
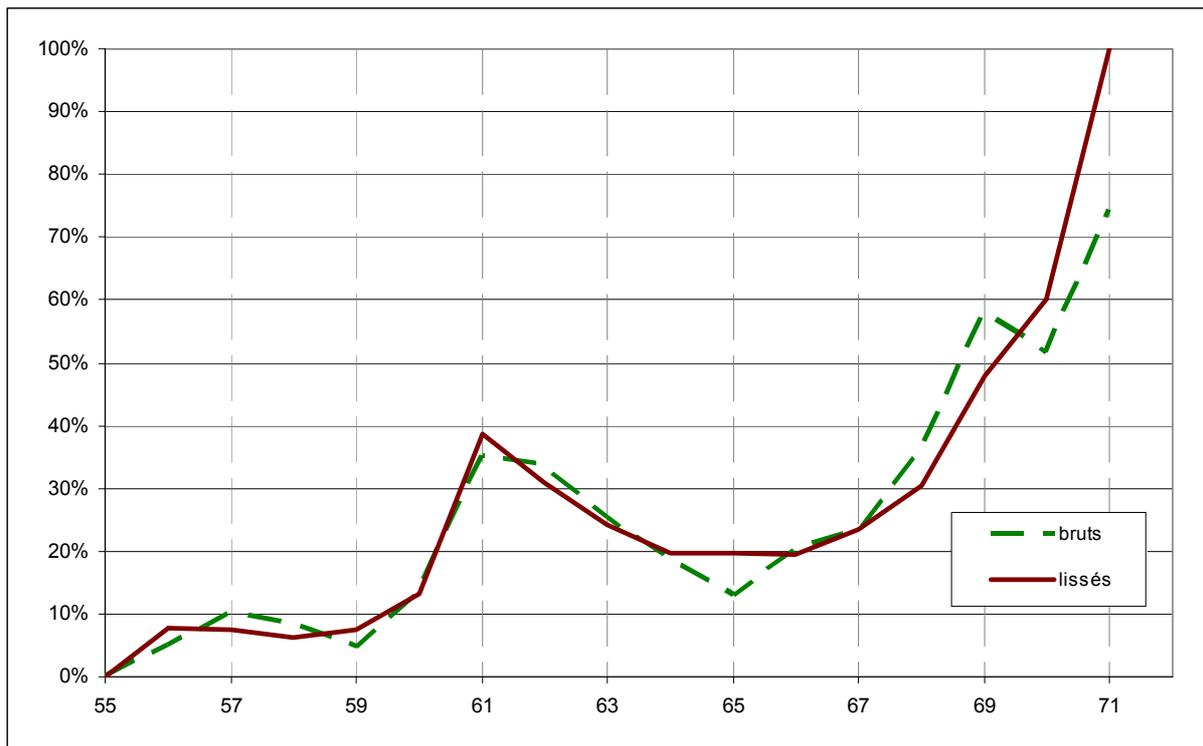


Figure 15 : Taux de départ en retraite de la population 2

âge	taux départ en retraite	
	Actifs né avant 1955	Actifs né après 1955
55	0.00%	0.00%
56	7.71%	0.00%
57	7.37%	0.00%
58	6.32%	7.71%
59	7.40%	7.37%
60	13.23%	6.32%
61	38.70%	7.40%
62	30.88%	13.23%
63	24.26%	38.70%
64	19.69%	30.88%
65	19.62%	24.26%
66	19.44%	19.69%
67	23.35%	19.62%
68	30.31%	19.44%
69	47.99%	23.35%
70	60.00%	30.31%
71	100.00%	47.99%
72		60.00%
73		100.00%

Comparaison avec les données brutes



Annexe 2 : Sensibilité des projections de la consommation des actifs et anciens salariés

Nous présentons tout d'abord les résultats des tests de sensibilité des projections de consommation en frais de santé des actifs :

Sensibilité au taux de croissance des effectifs :

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
-1%	435.00	474.32	497.98	501.17	494.20	486.23	485.21
0%	435.00	466.62	484.73	485.47	479.04	473.02	472.78
1%	435.00	459.31	472.59	471.41	465.52	460.98	461.21
2%	435.00	452.37	461.46	458.80	453.43	450.00	450.49

Figure 16 : Sensibilité de la consommation moyenne des actifs de la population 1 au taux de croissance

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
-1%	352.72	369.97	381.69	385.20	382.21	371.34	349.41
0%	352.72	365.96	374.58	376.47	373.49	362.99	340.39
1%	352.72	362.17	368.10	368.71	365.78	355.43	331.98
2%	352.72	358.58	362.18	361.79	358.93	348.56	324.18

Figure 17 : Sensibilité de la consommation moyenne des conjoints d'actifs de la population 1 au taux de croissance

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
-1%	484.92	507.30	511.13	509.46	508.38	505.68	503.88
0%	484.92	501.37	502.02	499.36	498.31	496.56	495.67
1%	484.92	495.77	493.69	490.29	489.28	488.19	487.88
2%	484.92	490.46	486.04	482.11	481.16	480.52	480.57

Figure 18 : Sensibilité de la consommation moyenne des actifs de la population 2 au taux de croissance

La consommation moyenne d'une famille de la population 1 est indiquée dans le tableau suivant.

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
-1%	805.53	860.11	890.29	891.51	883.76	875.14	872.34
0%	805.53	849.02	871.51	870.83	863.85	857.08	855.07
1%	805.53	838.50	854.30	852.15	845.88	840.55	839.00
2%	805.53	828.53	838.52	835.23	829.62	825.41	824.08

Figure 19 : Sensibilité de la consommation famille moyenne de la population 1 au taux de croissance

Nous présentons à présent les résultats des tests de sensibilité des projections de consommation en frais de santé des anciens salariés :

Sensibilité au taux de croissance des effectifs des actifs :

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
-1%	924.7	960.6	985.9	997.1	1008.0	1021.8	1039.9
0%	924.7	960.5	985.3	995.8	1005.8	1018.3	1034.4
1%	924.7	960.3	984.7	994.4	1003.4	1014.5	1028.7
2%	924.7	960.3	984.7	994.4	1003.4	1014.5	1028.7

Figure 20 : Sensibilité de la consommation des anciens salariés de la population 1 au taux de croissance des effectifs des actifs

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
-1%	802.8	857.3	897.1	927.2	952.1	975.5	997.2
0%	802.8	857.1	895.9	924.6	947.7	968.7	987.5
1%	802.8	856.8	894.7	921.9	943.1	961.5	977.4
2%	802.8	856.8	894.7	921.9	943.1	961.5	977.4

Figure 21 : Sensibilité de la consommation des conjoints des anciens salariés de la population 1 au taux de croissance des effectifs des actifs

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
-1%	880.7	897.4	902.6	905.8	909.0	911.4	916.2
0%	880.7	897.4	902.5	905.4	907.5	908.6	911.6
1%	880.7	897.4	902.4	904.9	906.1	905.6	906.8
2%	880.7	897.4	902.4	904.9	906.1	905.6	906.8

Figure 22 : Sensibilité de la consommation des anciens salariés de la population 2 au taux de croissance des effectifs des actifs

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
-1%	1393.0	1479.1	1532.3	1533.1	1529.0	1533.2	1550.4
0%	1393.0	1479.1	1532.4	1532.8	1528.3	1531.8	1547.5
1%	1393.0	1479.1	1532.4	1532.5	1527.6	1530.4	1544.5
2%	1393.0	1479.1	1532.4	1532.5	1527.6	1530.4	1544.5

Figure 23 : Sensibilité de la consommation famille moyenne des anciens salariés de la population 1 au taux de croissance des effectifs des actifs

Sensibilité au taux d'adhésion au régime des anciens salariés :

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
30%	924.7	967.6	996.9	1008.1	1015.1	1022.2	1032.9
40%	924.7	960.3	984.7	994.4	1003.4	1014.5	1028.7
50%	924.7	953.8	975.0	984.5	995.5	1009.6	1026.1
60%	924.7	948.0	967.0	976.9	989.7	1006.1	1024.3

Figure 24 : Sensibilité de la consommation des anciens salariés de la population 1 au taux d'adhésion

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
30%	802.8	866.4	910.7	938.7	956.8	970.8	982.9
40%	802.8	856.8	894.7	921.9	943.1	961.5	977.4
50%	802.8	848.5	882.3	909.9	933.8	955.5	973.9
60%	802.8	841.1	872.4	900.8	927.1	951.2	971.5

Figure 25 : Sensibilité de la consommation des conjoints des anciens salariés de la population 1 au taux d'adhésion

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
30%	880.7	901.5	912.3	916.9	917.1	913.4	911.3
40%	880.7	897.4	902.4	904.9	906.1	905.6	906.8
50%	880.7	893.5	894.2	895.6	898.2	900.4	903.9
60%	880.7	889.9	887.1	888.3	892.3	896.7	901.9

Figure 26 : Sensibilité de la consommation des anciens salariés de la population 2 au taux d'adhésion

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
30%	1393.0	1484.3	1545.0	1551.1	1544.8	1542.3	1551.9
40%	1393.0	1479.1	1532.4	1532.5	1527.6	1530.4	1544.5
50%	1393.0	1474.4	1522.3	1519.0	1515.9	1522.6	1539.8
60%	1393.0	1470.2	1514.1	1508.7	1507.5	1517.2	1536.6

Figure 27 : Sensibilité de la consommation famille moyenne des anciens salariés de la population 1 au taux d'adhésion

Nous présentons ci-dessous les résultats des tests de sensibilité du rapport de consommation en frais de santé des anciens salariés sur celle des actifs

Sensibilité au taux de croissance des effectifs des actifs :

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
-1%	2.13	2.03	1.98	1.99	2.04	2.10	2.14
0%	2.13	2.06	2.03	2.05	2.10	2.15	2.19
1%	2.13	2.09	2.08	2.11	2.16	2.20	2.23
2%	2.13	2.09	2.08	2.11	2.16	2.20	2.23

Figure 28 : Sensibilité du rapport méthode isolation technique de la population 1 au taux de croissance des actifs

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
-1%	1.82	1.77	1.77	1.78	1.79	1.80	1.82
0%	1.82	1.79	1.80	1.81	1.82	1.83	1.84
1%	1.82	1.81	1.83	1.85	1.85	1.85	1.86
2%	1.82	1.81	1.83	1.85	1.85	1.85	1.86

Figure 29 : Sensibilité du rapport méthode isolation technique de la population 2 au taux de croissance des actifs

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
-1%	1.73	1.72	1.72	1.72	1.73	1.75	1.78
0%	1.73	1.74	1.76	1.76	1.77	1.79	1.81
1%	1.73	1.76	1.79	1.80	1.81	1.82	1.84
2%	1.73	1.79	1.83	1.83	1.84	1.85	1.87

Figure 30 : Sensibilité du rapport méthode consommation moyenne de la population 1 au taux de croissance des actifs

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
-1%	1.15	1.12	1.11	1.12	1.14	1.17	1.19
0%	1.15	1.13	1.13	1.14	1.16	1.19	1.21
1%	1.15	1.15	1.15	1.17	1.19	1.21	1.23
2%	1.15	1.16	1.17	1.19	1.21	1.22	1.24

Figure 31 : Sensibilité du rapport méthode lecture directe de la population 1 au taux de croissance des actifs

Sensibilité au taux d'adhésion au régime des anciens salariés :

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
30%	2.13	2.11	2.11	2.14	2.18	2.22	2.24
40%	2.13	2.09	2.08	2.11	2.16	2.20	2.23
50%	2.13	2.08	2.06	2.09	2.14	2.19	2.22
60%	2.13	2.06	2.05	2.07	2.13	2.18	2.22

Figure 32 : Sensibilité du rapport méthode isolation technique de la population 1 au taux d'adhésion

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
30%	1.82	1.83	1.85	1.87	1.87	1.87	1.87
40%	1.82	1.81	1.83	1.85	1.85	1.85	1.86
50%	1.82	1.80	1.81	1.83	1.84	1.84	1.85
60%	1.82	1.79	1.80	1.81	1.82	1.84	1.85

Figure 33 : Sensibilité du rapport méthode isolation technique de la population 2 au taux d'adhésion

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
30%	1.73	1.77	1.81	1.82	1.83	1.83	1.85
40%	1.73	1.76	1.79	1.80	1.81	1.82	1.84
50%	1.73	1.76	1.78	1.78	1.79	1.81	1.84
60%	1.73	1.75	1.77	1.77	1.78	1.80	1.83

Figure 34 : Sensibilité du rapport méthode consommation moyenne de la population 1 au taux d'adhésion

	2009	2014	2019	2024	2029	2034	2039
30%	1.15	1.15	1.17	1.18	1.20	1.22	1.23
40%	1.15	1.15	1.15	1.17	1.19	1.21	1.23
50%	1.15	1.14	1.14	1.16	1.18	1.20	1.22
60%	1.15	1.13	1.13	1.15	1.17	1.20	1.22

Figure 35 : Sensibilité du rapport méthode lecture directe de la population 1 au taux d'adhésion