



Fondation Paris-Dauphine



Mutuelles confrontées à la concurrence et à la régulation

Synthèse de conférence

Petit-déjeuner de la Chaire Gouvernance et Régulation

Université Paris-Dauphine, 27 septembre 2018



Table des matières

Une question sensible et politique	3
Quelle soutenabilité pour l'assurance santé ?	5
Les défis de la nouvelle réglementation prudentielle	7
Echanges avec la salle	9

Mutuelles confrontées à la concurrence et à la régulation

Petit-déjeuner de la Chaire Gouvernance et Régulation
27 septembre 2018

Bien qu'elles exercent en grande partie sur les mêmes marchés, les sociétés d'assurance, mutuelles et institutions de prévoyance sont régies par des cadres juridiques distincts, doublés d'un environnement réglementaire toujours plus contraint. Les mutuelles, plus particulièrement, ont connu un mouvement d'intense concentration dans les années 2000, pour faire face à un contexte devenu ultra-concurrentiel et répondre aux évolutions induites par les directives européennes et la régulation. Qu'implique l'ouverture d'un sujet aussi sensible que celui de la santé à la concurrence ? Quelle est encore la spécificité des mutuelles dans ce nouvel environnement ?

Une question sensible et politique

Christine Héлары-Olivier

Consultante, spécialiste des assureurs non lucratifs

L'activité d'assurance est réglementée à l'échelle européenne. Pour des raisons historiques, elle relève de trois codes, couvrant quatre formes juridiques :

- **Le Code des assurances** distingue deux formes juridiques, les sociétés anonymes et les mutuelles d'assurance, avec un corpus de règles identiques, hormis, principalement, sur la gouvernance.
- **Le Code de la sécurité sociale**, dans son Livre IX, est dédié aux institutions de prévoyance.
- **Le Code de la mutualité** traite dans son Livre II des mutuelles qui pratiquent des opérations d'assurance, et consacre son Livre III à celles qui dispensent des actions sanitaires et sociales.

Historiquement, chacune de ces familles s'étaient consacrées à un marché particulier de l'assurance : complémentaire santé pour les mutuelles du Code la mutualité, remplacement de revenus pour les institutions de prévoyance, risques habitation et automobile pour les mutuelles d'assurance, gros risques et assurances dommages pour les sociétés anonymes d'assurance... Pendant des décennies, ces structures de natures juridiques différentes ont vécu en vase clos, sur leur marché. Les fédérations qui les représentaient, essentiellement politiques, dans le meilleur des cas s'ignoraient les unes les autres.

Un brouillage des frontières

Ce paysage s'est peu à peu transformé, réinterrogeant les spécificités des mutuelles. A la parution des 3^{èmes} directives européennes d'assurance de 1992, la Mutualité française – comme l'ensemble des acteurs susceptibles d'exercer une activité assurantielle – a eu le choix de s'y conformer ou non. Bien que s'étant officiellement prononcée en faveur de l'intégration de ces directives, pour des motifs essentiellement politiques et stratégiques, elle intervint pour repousser l'échéance et cela n'est qu'au 1^{er} janvier 2003 que le nouveau code de la mutualité entra en vigueur. L'on comptait à l'époque quelque 6 000 mutuelles. Elles ne sont plus aujourd'hui que 400.

Hier, les codes traçaient la ligne de partage des eaux entre les différents types d'acteurs. Depuis, la frontière s'est déplacée ; elle sépare désormais le lucratif du non lucratif. Cependant cette distinction est très ténue, sachant que toutes les mutuelles opèrent, d'une manière ou d'une autre, avec des sociétés lucratives qu'elles ont parfois elles-mêmes créées, et inversement que nombre d'assureurs comptent des mutuelles dans leur environnement.

Aujourd'hui, le Code des assurances accueille les règles prudentielles commandant les trois familles d'assureurs. Il devient en quelque sorte le code pivot, le Code de la Sécurité sociale dans son Livre IX et le Code de la mutualité devenant des codes « suiveurs », sans connotation péjorative.

Le nouveau défi de la gouvernance

Quelles différences persistent entre ces organismes aux formes juridiques distinctes ? La solidarité, souvent invoquée par les mutuelles, ne saurait être un critère distinctif ; elle est le principe même de l'assurance, qui mutualise les risques et en santé le contrat responsable impose les mêmes règles à tous. De même la recherche du profit est-elle strictement nécessaire pour l'ensemble des organismes : qu'ils soient lucratifs ou non, ils pratiquent une activité commerciale : l'assurance. C'est la répartition du bénéfice qui s'opère différemment entre une société de capitaux et une société de personnes. Quant à l'obligation de transparence, elle est plus importante pour les sociétés de capitaux que pour les sociétés de personnes.

Du point de vue juridique, la distinction entre ces organismes réside essentiellement dans les règles de gouvernance. En vertu de l'ordonnance du 4 mai 2017 modifiant le 1^{er} article du Code de la mutualité, les mutuelles doivent ainsi mettre en place une gouvernance démocratique fixée par les statuts, prévoyant la participation des membres. Cette nouvelle rédaction du code relève d'un véritable défi, si l'on considère qu'une telle gouvernance pour être crédible devra se rapprocher du fonctionnement démocratique tel qu'il est appliqué à l'échelle nationale. Impossible, par exemple, qu'un candidat unique se présente à une élection.

Au-delà de ces aspects juridiques, ces questions touchant à la santé de l'ensemble de la population française et à sa prise en charge financière par différents acteurs sont éminemment politiques. Elles sont si sensibles que divers rapports commandés à leur propos n'ont jamais été rendus publics. Peut-être leurs conclusions auraient-elles déplu à certaines fédérations ou certains secteurs... Quoi qu'il en soit, il paraît aujourd'hui nécessaire d'engager une réflexion globale sur la protection sociale, en dépassant le seul secteur de la santé pour embrasser plus largement la prévoyance, la famille, le chômage ou encore la retraite. En la matière, la réponse revient d'abord aux politiques.

Quelle soutenabilité pour l'assurance santé ?

Albert Lautman

Directeur général, Mutualité française

Le sujet qui nous occupe aujourd'hui est sous-tendu par deux phénomènes qui me semblent distincts, sans lien de causalité stricte : l'évolution du cadre réglementaire, prudentiel et de supervision du secteur de l'assurance d'une part, les spécificités du marché de la santé et son ultra-réglementation d'autre part. La concurrence accrue qui touche le secteur de l'assurance santé depuis une quinzaine d'années ne me paraît pas liée au choix de la Mutualité d'entrer dans les directives assurance. Quant au développement des contrats collectifs, il est bien antérieur à la loi ANI du 14 juin 2013 généralisant la complémentaire santé à tous les salariés. Dans tous les cas, il était inéluctable qu'une vague de régulation déferle sur un secteur aussi important que celui de l'assurance santé.

Ultra-concurrence et réglementation, un délicat équilibre

Le caractère ultra-concurrentiel du marché de l'assurance santé soulève des questions existentielles sur la place des mutuelles et leurs spécificités.

Faisant mentir certaines prédictions, le monde des mutuelles santé s'est plutôt bien adapté aux directives assurance, puis à la directive Solvabilité II imposant de nouvelles règles prudentielles. Les mutuelles ont également su prendre le virage du marché individuel vers celui du collectif, dont elles sont aujourd'hui le premier acteur. Cette évolution a néanmoins entraîné une très grande fragilisation de leur modèle économique. Le nombre de mutuelles s'est drastiquement contracté, et leurs marges techniques sont passées de près de 5 % à 0 %. Aujourd'hui, elles sont confrontées à une question : quelle est leur spécificité, et quel est leur avenir ?

L'évolution du marché – en particulier la dissociation du collectif, devenu ultra-compétitif et où tous les acteurs perdent de l'argent – questionne fondamentalement la soutenabilité de notre système d'assurance santé. A cela, la puissance publique répond en accroissant son champ d'intervention.

Comment s'est constitué le paysage actuel ? Rappelons qu'historiquement, les assureurs ne s'intéressaient pas à la santé en raison de son caractère hautement réglementé, corollaire de sa dimension politique. Cependant, dès lors que le collectif s'est développé et a été isolé des autres risques (lesquels sont plutôt de « mauvais » risques), la porte s'est ouverte à une offre d'assurance globale pour les employeurs. Dès lors, la santé se devait de figurer dans la gamme de services proposées par les assureurs. Ceux-ci ont investi un domaine qui était jusque-là un monopole de fait des mutuelles. En conséquence, ce marché est devenu éminemment concurrentiel. Celui des contrats individuels pour les personnes de plus de 80 ans, en revanche, l'est nettement moins !

En théorie, le cadre réglementaire limite la possibilité de sélectionner les risques. Dans les faits toutefois, la disjonction des marchés collectif et individuel permet d'opérer

un ciblage des risques et d'engager une guerre commerciale sur les meilleurs d'entre eux, c'est-à-dire auprès des jeunes et des actifs. Pour leur part, les mutuelles assurent 70 % des plus de 65 ans, et près de la totalité des plus de 75 ans. Pour cette population, les offres des assureurs sont inabordables. En conséquence, les mutuelles sont contraintes de moduler leurs cotisations en fonction de l'âge, pour conquérir de jeunes assurés et éviter un vieillissement trop rapide de leur portefeuille.

La régulation n'est pas la question

Le vrai sujet n'est donc pas la contrainte prudentielle et régulatrice, qui n'explique que partiellement le mouvement de concentration des mutuelles. La question fondamentale est d'une autre nature : quel avenir pour le marché de l'assurance santé, dès lors que sont en concurrence des acteurs qui n'exercent pas exactement le même métier et ne couvrent pas exactement le même portefeuille de risques ? La puissance publique n'a-t-elle pas intérêt à ce qu'un acteur assure les personnes écartées de l'emploi, retraitées ou dont la probabilité d'être malades est forte ? Plus se développeront des traitements médicaux pointus et individualisés, plus la santé sera difficilement assurable pour les profils présentant de mauvais risques. Quelle est la soutenabilité de l'assurance santé des retraités à l'horizon de dix ans, avec des retraites non indexées et des dépenses de santé croissant de près de 4 % par an ?

La concurrence exerce manifestement un effet inflationniste sur le coût de la santé. En témoignent les proportions irrationnelles prises par le marché de l'optique : l'assurance santé a organisé un marché où la qualité d'un produit se juge à l'aune du taux de remboursement des lunettes. La puissance publique répond à ces problèmes en surréglementant toujours davantage l'assurance santé, par exemple via le reste à charge zéro – dont, du reste, je me félicite. *In fine*, cette logique place toutefois les acteurs dans un équilibre extrêmement délicat.

Une fois encore, ces difficultés ne tiennent pas à la réglementation prudentielle. Ainsi, l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR) n'est pas à l'origine des projets de contrats-types en complémentaire santé ou de labellisation des mutuelles pour les seniors, entre autres exemples. Au contraire, l'ACPR nous aide à faire œuvre de pédagogie auprès des décideurs politiques, pour revenir vers une certaine rationalité économique.

Les défis de la nouvelle réglementation prudentielle

Bruno Longet

Directeur du contrôle des assurances, ACPR

Dans le cadre de sa mission générale – concourir à la stabilité du système financier –, l'ACPR est en charge de la surveillance prudentielle des banques et des assurances afin de garantir leur solvabilité. En cela, elle n'est pas directement intéressée par les questions de concurrence ou de compétitivité. En revanche, elle doit d'abord s'assurer que les organismes financiers disposent de fonds propres de bonne qualité et suffisants pour faire face à leurs risques. Ces derniers doivent être identifiés, mesurés et maîtrisés.

Comme nous l'avons vu, le monde des mutuelles fait l'objet d'un profond mouvement de concentration. Chaque année disparaissent en moyenne 20 à 40 organismes. La réglementation participe en partie de ce phénomène, dans la mesure où les acteurs doivent rationaliser et améliorer leur dispositif de gouvernance et de gestion des risques et répondre à des exigences de solvabilité renforcées. Pour autant, la réglementation prudentielle n'a pas pour but une restructuration du secteur des mutuelles.

La « révolution » prudentielle Solvabilité II

Environ la moitié des mutuelles sont soumises à Solvabilité II, qui a profondément réformé le cadre prudentiel des organismes d'assurance entrée en vigueur le 1er janvier 2016. Pour rappel, celle-ci se décline en trois « piliers » :

- Des exigences quantitatives en matière de fonds propres (pilier I) ;
- Des exigences qualitatives, prévoyant notamment la mise en place d'une gouvernance garantissant la bonne appréhension et la maîtrise des risques par les instances dirigeantes (pilier II) ;
- Des obligations en matière d'information du public et du superviseur (pilier III).

De toutes ces mesures, celles qui traitent de la gouvernance sont probablement les plus sensibles et les plus difficiles à mettre en œuvre par l'ensemble des acteurs, et notamment pour les mutuelles. Elles impliquent en particulier l'instauration de deux dirigeants dits « effectifs » et de quatre responsables de fonctions clés, ainsi que le renforcement du rôle des conseils d'administration et de surveillance.

Le superviseur doit s'assurer du bon déploiement des nouvelles règles de gouvernance et accompagner les organismes.

Ces dispositions induisent une telle évolution – pour ne pas dire, une révolution organisationnelle – que tous les acteurs n'étaient pas en parfaite conformité au 1er janvier 2016. En vertu du principe de proportionnalité, les exigences sont ajustées à la taille des organismes ainsi qu'aux risques qu'ils font courir. Des aménagements (cumuls de fonctions clés ...) sont donc possibles par exemple pour des organismes de petite

dimension qui ne présente pas de risques particuliers.

Autre révolution, Solvabilité II nous conduit à aborder les notions de risques et d'appétence au risque avec des professionnels qui n'ont pas toujours cette culture. Nous entendons accompagner les organismes, dans le dialogue, afin que ceux-ci s'approprient ces thématiques prudentielles. Cela demande donc du temps.

Ajoutons que la nouvelle réglementation prudentielle comporte un volet relatif à la constitution optionnelle de groupes dits prudentiels, allant au-delà de la simple mise en commun de moyens et appliquant des mécanismes de gouvernance centralisés ainsi que de solidarité financière – point majeur. Ces dispositions constituent une réelle avancée mais peuvent être délicates à mettre en œuvre dans le monde mutualiste.

En raison de sa complexité, cette nouvelle réglementation a suscité des *a priori* négatifs. Pourtant, ses règles invitent les acteurs à se poser des questions pertinentes très souvent « de bon sens » : l'orientation stratégique de l'organisme est-elle définie ? Quels risques veut-on prendre ? Sont-ils bien appréhendés dans la durée, projetés, encadrés et contrôlés ? Les conseils d'administration sont-ils informés de façon claire et transparente ? Les mutuelles constituent une population très diversifiée, dont certaines petites structures ont besoin d'être accompagnées pour intégrer ces nouveaux principes. Le superviseur est conscient que pour certaines, le coût d'entrée est lourd. Nous tenons compte de ces situations, ainsi que de la culture propre au monde mutualiste qui doit être préservée. A cet égard, si le défi à relever est important, il ne se montre pas moins bon élève que le reste du secteur de l'assurance !

Qu'en est-il des mutuelles de la fonction publique ?

Christine Héлары-Olivier

En entrant dans les directives européennes d'assurance, les mutuelles qui s'étaient historiquement dédiées aux agents publics ont perdu certains des avantages dont elles avaient longtemps bénéficié. En 2007, le gouvernement a autorisé les employeurs de la fonction publique à financer des organismes d'assurance, quelle qu'en soit la forme juridique, pour participer à la protection sociale complémentaire santé de leurs agents. Dans la fonction publique d'Etat a par exemple été mis en place un mécanisme dit de référencement, équivalent d'un appel d'offres. Ce mécanisme a été lancé une première fois dans les années 2008-2009 par huit ministères... dont sept ont renommé les mutuelles historiques. La Cour des comptes s'en est émue, à juste titre. Une deuxième procédure de référencement a davantage ouvert le marché. Pour autant, le mécanisme actuel reste insatisfaisant, marqué par une certaine iniquité entre les différentes populations d'agents notamment.

Pour plus d'informations sur le sujet, on pourra utilement se référer à l'un de mes articles publié dans la Revue de Droit Sanitaire et Social de novembre/décembre 2016 Dalloz page 1149 et suivantes : la protection sociale complémentaire dans la fonction publique d'Etat : la fin du référencement « Canada dry » ?

Les nouvelles exigences de fonds propres ont-elles joué un rôle dans le processus de regroupement des mutuelles ?

Bruno Longet

Les mutuelles qui ne peuvent répondre aux exigences de fonds propres sont très minoritaires. Ce n'est donc pas ce facteur qui explique la concentration des organismes, mais plutôt l'évolution de l'environnement concurrentiel.

Albert Lautman

Bien plus que des fonds propres, les dirigeants des mutuelles – surtout des plus petites – se préoccupent des urgences techniques liées à la déclaration sociale nominative, au prélèvement à la source, à la directive sur la distribution d'assurance, au règlement général sur la protection des données ou encore au tiers payant !

Ces dernières années, de nombreuses mutuelles ont fait appel à l'épargne publique pour renforcer leurs fonds propres, par l'émission de dette subordonnée. La communication financière n'est pas toujours à la hauteur des exigences des investisseurs, ce qui pousse parfois les mutuelles à émettre auprès d'autres mutuelles – d'où des liens compliqués. Quelle est la position de l'ACPR sur ce sujet ?

Bruno Longet

La complexité des dispositifs n'est pas interdite. Notre souci majeur est que les intérêts des assurés soient préservés, et bien évidemment que la loi soit respectée.

Quels outils d'accompagnement l'ACPR propose-t-elle aux structures pour les aider à gérer leurs risques et à préserver l'intérêt des assurés dans les meilleures conditions ?

Bruno Longet

Nous faisons œuvre de pédagogie auprès des organismes et les brigades de contrôle. Nous avons des échanges privilégiés avec leurs dirigeants. Pour autant, notre rôle n'est en aucun cas de gérer ou de piloter en « double commande » les entreprises que nous contrôlons. Il est important de bien délimiter notre champ d'intervention, chacun des acteurs devant rester dans son rôle et prendre ses responsabilités.

Les innovations qui se dessinent, notamment en matière de tarification au parcours, offrent-elles des pistes intéressantes pour le secteur ? La régulation est-elle un frein ou un facilitateur pour cette innovation ?

Albert Lautman

La Mutualité française voit d'un œil favorable les grandes lignes du plan de transformation du système de santé qui se dessine : évolution du mode de financement (notamment à l'épisode de soin), constitution d'une meilleure réponse de proximité doublée d'une maîtrise de l'évolution des dépenses... Toutefois, cela ne change pas fondamentalement la donne sur la soutenabilité de la partie purement assurantielle.

A confier le secteur à des acteurs purement lucratifs, ne risquerait-on pas d'exclure certains profils de l'assurance santé ?

Albert Lautman

C'est l'un des principaux enjeux des années à venir. Les assureurs sont pris dans une tension entre le jeu concurrentiel et le besoin de régulation. S'agissant de santé, les réponses à ces questions ne peuvent venir que d'un renforcement du cadre réglemen-

taire, avec par exemple un mécanisme d'égalisation des portefeuilles de risques. Les Pays-Bas ont ainsi adopté un système de compensation entre assureurs. Toutefois, les acteurs économiques sont-ils prêts à accepter une présence renforcée de l'Etat et de la régulation ? Dans le même temps, nous sommes conscients que le seul jeu du marché conduira le système dans l'impasse.

L'activité de complémentaire santé des mutuelles s'équilibre, mais pas davantage. De fait, les acteurs doivent s'attacher à proposer des réponses d'ensemble de protection sociale, au-delà de la santé, aussi s'interroger sur les risques émergents et encore imaginer une offre innovante de services. Cela remet en cause la gouvernance, les modèles économiques et les frontières entre les familles. Nous vivons une période de profonde mutation, dont j'ignore comment elle aboutira. Il n'en reste pas moins que les assureurs et la puissance publique doivent mener une réflexion sur l'avenir du système et sa capacité à assurer un certain nombre de risques en adhésion individuelle, à un horizon de dix ans, quand la génération du « baby-boom » atteindra l'âge de la dépendance.

