



LES RENCONTRES
Comité Opéra

Septièmes rencontres du Comité Opéra

*« De Solvabilité II à l'ANI :
le mouvement mutualiste
à la croisée des chemins. »*

Le jeudi 23 mai 2013

De Solvabilité II à l'ANI : le mouvement mutualiste

à la croisée des chemins

Aujourd'hui, force est de constater que depuis l'application de la directive assurance à la Mutualité et, par voie de conséquence, Solvabilité 2, le nombre de mutuelles s'est effondré. Ce grand mouvement social est désormais réduit à très peu de structures, donc à moins de responsables mutualistes, donc et à moins de militants. Pourtant, quelle école de formation que d'être responsable d'une mutuelle !

Je suis triste devant un tel massacre. J'écoute beaucoup les hommes et les femmes aux commandes de nos mutuelles. Il me semble que leurs préoccupations actuelles sont très grandes et, de loin, beaucoup plus importantes qu'auparavant. Je pense notamment à certains aspects de la loi de sécurisation de l'emploi, imposant aux entreprises de souscrire une complémentaire santé pour l'ensemble de leurs salariés, qui vient d'être votée. Cette disposition inquiète beaucoup les responsables de nos mutuelles qui se sentent menacés, voire agressés.

De nombreuses questions se posent à nous : pourquoi le fait de rendre la complémentaire santé obligatoire pour les salariés est-il une menace pour les mutuelles locales ? Le degré d'exigence de Solvabilité 2 est-il adapté à toutes les mutuelles ? Qu'indiquent exactement les textes ? Quel avenir pour la mutualité ? Comment la FNIM a-t-elle réagi ? Les autres fédérations font-elles la même analyse ? Quels espoirs peut-on entrevoir ? Comment s'y préparer ?

Nous souhaitons redonner l'envie d'entreprendre et d'aller de l'avant à tous les responsables mutualistes présents. M. Le Pen, la balle est dans votre camp. A vous de jouer.

Michel Hermant,
Président du Comité Opéra

Intervenants

- Gérard BAPT,

Député de la Haute Garonne, Membre de la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale, Président du Fonds CMU,

- Jean-Pierre DOOR

Député du Loiret, Vice-Président de la Commission des Affaires sociales de l'Assemblée nationale,

- Julien GARCIA

Associé, Cabinet Garcia Rochette & Associés,

- Philippe MIXE

Président de la FNIM, Président de la mutuelle Just'en Famille,

- Didier ROCHETTE

Associé, Cabinet Garcia Rochette & Associés,

- Xavier TOULON

Associé fondateur de Merypta conseil et auteur de « Complémentaires santé : Il va falloir assurer !! » (Editions Tribune santé, 2012)

Débats animés par Claude LE PEN,
Economiste de la Santé et Professeur à l'Université de Paris-Dauphine

Cette conférence s'est tenue le 23 mai 2013 à l'Espace Monceau, 75008 Paris.

Les mutuelles n'en sont pas à leur premier big bang

Introduction de Claude Le Pen

Les réformes récentes vécues par les mutuelles

Avec l'article 1 de la loi de sécurisation de l'emploi, généralisant la complémentaire santé à tous les salariés, le secteur mutualiste traverse un véritable "big bang". Auparavant, d'autres changements avaient déjà entraîné des évolutions importantes pour les mutuelles.

Déjà, en 1999, avec la loi CMU, il y avait la volonté d'élargir l'accès aux soins parce que l'on s'était rendu compte que ne pas avoir de complémentaire santé était un facteur d'inégalité et qu'il fallait faciliter l'accès à la complémentaire santé pour les populations les plus défavorisées. Par la suite, tout un ensemble de mesures est venu renforcer cette volonté, notamment avec la mise en place de l'Aide à l'acquisition d'une complémentaire santé (ACS). En parallèle, la part des dépenses de santé prise en charge par les complémentaires santé a augmenté de 1 à 2 points ces dernières années, un point correspondant pratiquement à 2 Mrd€, sur les 230 Mrd€ de dépenses santé effectuées chaque année au plan national. Autre changement : la réforme de la TSCA (Taxe sur les conventions d'assurances) sur les contrats santé, menée en deux ans, a dégagé un milliard d'euros pour le financement du régime obligatoire. Il convient aussi de citer la transformation du financement de la CMU, désormais intégralement acquittée par les assurés via une taxe sur leur complémentaire santé.

Tout récemment, à la fin de 2012, un accord sur les dépassements d'honoraires a été signé entre les syndicats de médecins, les représentants des complémentaires santé et la Sécurité sociale et un « contrat d'accès aux soins » a été créé, marqué par l'engagement des complémentaires santé à financer ces dépassements. Ainsi, ces derniers seraient remboursés aux assurés du régime optionnel si le médecin respecte un certain niveau de tarification et s'engage à suivre un certain nombre d'obligations. Cette mesure, pour être mise en œuvre, devait comporter un nombre minimal de médecins signataires de ce « contrat d'accès aux soins » et le gouvernement devrait dresser un état des lieux de ce dispositif très prochainement. Durant les négociations, l'Unocam (Union nationale des organismes d'assurance maladie complémentaire), réunissant les représentants des trois familles, mutuelles, compagnies d'assurances et institutions de prévoyance, s'était vue imposer une implication plus grande des complémentaires dans le financement de la santé, fait relativement nouveau, et son manque d'enthousiasme à ce sujet n'avait pas manqué d'agacer l'Unocam, représentant l'Assurance maladie.

L'ANI, une réforme pleine de surprises

En octobre 2012, au Congrès de la Fédération nationale de la mutualité Française à Nice, le Président de la République a annoncé sa volonté de généraliser la complémentaire santé à l'ensemble des Français, arguant qu'elle était devenue indispensable pour garantir l'accès aux soins. L'idée étant qu'un accès plus large via la généralisation la rendrait encore plus nécessaire. Puis, à la surprise de tous, il y a eu l'article 1 de l'Accord national interprofessionnel (ANI) signé le 11 janvier 2013, imposant à toutes les entreprises de fournir une complémentaire santé à leurs salariés. Cet accord national interprofessionnel a été salué comme une grande victoire sur le plan social, comme une

modernisation du dogme social et comme l'entrée dans un monde de flexi-sécurité. D'un côté, l'ANI intègre une réforme des instruments collectifs et du dialogue social, de l'autre, les droits des salariés sont étendus (droits rechargeables à l'assurance chômage, généralisation des droits à la formation et mise en œuvre d'une couverture santé à tous les salariés). Deuxième surprise : le projet de loi découlant de l'ANI réintroduit les clauses de désignation au niveau des branches pour les opérateurs d'assurance maladie complémentaire, clauses qui avaient pourtant été rejetées par les signataires de l'ANI.

A ce jour, environ un tiers des branches professionnelles ont signé un accord avec clauses de désignation et, dans les autres branches où il n'y a pas d'accord, les entreprises négocient une à une des contrats de complémentaire santé pour leurs salariés, si elles souhaitent leur apporter ces couvertures. Dans l'ANI du 11 janvier, les partenaires sociaux avaient davantage pour optique des négociations entreprise par entreprise. Mais la transcription de l'ANI dans la loi comprend des clauses de désignation et ce texte a été voté par l'Assemblée nationale et le Sénat. Et ceci, malgré les nombreuses inquiétudes suscitées de part et d'autre par cette disposition, d'autant qu'il n'y a pas eu de grand débat social à ce sujet. C'est un changement brutal dans le paysage de la complémentaire santé.

Projet de loi Sécurisation de l'emploi : l'article 1 en détail

L'article 1 fixe les modalités d'application de la généralisation de la complémentaire santé à tous les salariés. Qu'en est-il précisément ?

Selon l'article 1 du projet de loi transposant l'ANI du 11 janvier 2013, les branches professionnelles non couvertes par un accord en complémentaire santé devront lancer des négociations portant sur la définition du contenu, le niveau des garanties et la répartition de la charge des cotisations entre employeurs et salariés et sur les modalités de choix du ou des organismes assurant la couverture complémentaire.

Si un accord de branche n'est pas conclu avant le 1^{er} juillet 2014, ce sera aux entreprises de négocier à leur tour. Le 1^{er} janvier 2016 au plus tard, toutes les entreprises, quel que soit le nombre de salariés qu'elles emploient, devront permettre à ceux-ci de bénéficier d'une couverture santé collective au moins égale au socle minimal. Les garanties minimales de cette couverture « balai » seront fixées par décret, selon les niveaux définis dans l'ANI, et celle-ci sera conforme à la définition des contrats « solidaires et responsables ». Point d'achoppement : alors que l'ANI du 11 janvier 2013 prévoyait la liberté de choix des assureurs en cas d'accord de branche, les clauses de désignation dans les régimes santé des branches ont été réintroduites dans le projet de loi, imposant à l'entreprise de se plier au choix de la branche si un accord est conclu. Sur ce point, suite à l'examen d'amendements s'opposant à ces clauses, il a été décidé qu'un décret devrait fixer « les conditions de transparence » de la mise en concurrence préalable lors de la désignation d'un organisme assureur.

Le projet de loi sur la sécurisation de l'emploi a été voté le 14 mai. Suite à l'adoption définitive du texte, des sénateurs du groupe UMP ont saisi le Conseil constitutionnel le 15 mai à propos de cet article 1. Ils estiment en effet que ce texte ne correspond pas à celui sur lequel les partenaires sociaux se sont entendus parce que les clauses de désignation ont été réintroduites car, dans le texte initial de l'Accord national interprofessionnel signé entre les partenaires sociaux le 11 janvier, les entreprises gardaient la main sur le choix de leur opérateur en complémentaire santé. De plus, le

groupe de sénateurs ayant saisi le Conseil constitutionnel estime que les clauses de désignation sont « *contraires à trois grands principes de notre Constitution : la liberté d'entreprendre, le principe d'égalité et la liberté contractuelle* ». Ils ont également rappelé l'avis de l'Autorité de la Concurrence du 29 mars 2013 relatif aux effets sur la concurrence de la généralisation de la couverture complémentaire collective des salariés en matière de prévoyance, défavorable aux clauses de désignation.

Institutionnaliser la complémentaire santé

On en arrive ainsi à une institutionnalisation de la complémentaire santé qui n'est pas sans rappeler la création de la Sécurité sociale en 1945 par trois aspects : le financement de cette couverture par des cotisations pesant sur le travail, le fait qu'elle soit gérée au niveau paritaire et le fait qu'elle soit réservée aux salariés. Par ce biais, n'en arrive-t-on pas à établir une Sécurité sociale bis ayant les mêmes caractéristiques que celle créée en 1945 ? Notons cependant que la Sécurité sociale a évolué depuis sa création puisqu'elle est aujourd'hui financée à hauteur de 40 % par une taxe, la Contribution sociale généralisée (CSG), assise sur les revenus d'activité et de remplacement, et sur ceux du patrimoine et des produits de placement et plus uniquement par les cotisations basées sur les revenus du travail. De plus, la Sécurité sociale est aujourd'hui quasiment déparitarisée et nationalisée. Cela n'est pas sans rappeler le modèle britannique, avec notamment la création, récente, des agences régionales de santé. Va-t-on bientôt mettre en place une agence nationale de santé pour basculer complètement vers un système national de santé ? Parallèlement, avec la généralisation de la complémentaire santé à l'ensemble des salariés, on recrée à l'endroit des complémentaires santé les mêmes caractéristiques d'une Sécurité sociale réservée aux salariés. D'où une situation inédite en matière de couverture santé car la France sera beveridgienne à la base et bismarckienne au sommet, un modèle qui fera de l'Hexagone une exception mondiale par sa protection sociale. Si la France est en train d'innover dans ce champ, elle essaie d'avancer de manière pragmatique parce qu'elle ne s'est pas basée sur la théorie pour mettre en place cette nouveauté, l'objectif premier ayant été de trouver une contrepartie à la flexibilité. Ces décisions seront riches d'implication pour l'avenir car elles aboutissent à un changement en profondeur de notre système d'Assurance maladie, à une multiplication des financeurs et des centres de décisions, à la création de l'harmonisation et de la répartition entre les uns et les autres.

Une remise en question profonde des mutuelles avec l'ANI

Parce qu'il repose sur le choix d'un engagement entre son adhérent et sa mutuelle, le secteur mutualiste est particulièrement remis en cause avec la loi de sécurisation de l'emploi. L'un des principes de la mutualité est l'engagement militant vis-à-vis des cotisations sociales. Or, rendre obligatoire une adhésion qui était de nature électorale vient violer ce principe, par essence. De plus, les conditions déterminées par la loi risquent de favoriser les associations paritaires au détriment des organisations mutualistes. En conséquence, la mutualité et, en particulier celle ancrée à l'échelon régional ou départemental, est particulièrement inquiète des changements résultant de la loi de sécurisation de l'emploi à venir. Ces inquiétudes ont été relayées par les contentieux déposés auprès de plusieurs instances. A ce jour, l'article 1 de la loi de sécurisation de l'emploi a fait l'objet d'un recours devant le Conseil constitutionnel et nous sommes dans l'attente de l'avis des « Sages de la rue Cambon ». Cependant, si le dispositif entre tel quel en vigueur, on peut se demander si cette

généralisation de la complémentaire santé à l'ensemble des salariés n'est pas une menace pour les mutuelles et, si tel est le cas, comment elles peuvent agir pour y faire face. Ces dispositions ne vont-elles pas pousser les mutuelles à des regroupements, à des fusions ou à l'adossement sur d'autres structures ? Comment les mutuelles peuvent-elles essayer de sauvegarder leurs spécificités, entre autres, leur attachement à l'économie sociale et solidaire, le contrat électif, la proximité avec les adhérents ? C'est une situation sans précédent pour les mutuelles et les inconnues sont nombreuses.

Une autre réforme se prépare : Solvabilité II

S'y ajoutent les règles prudentielles peu à peu décidées à l'échelon européen avec la réforme Solvabilité II, et cela concerne l'ensemble du secteur assurantiel. Des nouvelles règles prudentielles qui favorisent des restructurations dans le secteur. Depuis 1945, la mutualité a déjà subi un certain nombre d'entorses à son modèle. Je pense à la séparation entre les activités d'assurances et celles de prestations, pourtant natives des mutuelles de 1945, à la création de la Sécurité sociale en 1945, autre big bang qu'elles ont traversé car elles se sont tournées vers la complémentaire santé et la prestation de soins.

La loi de sécurisation de l'emploi et Solvabilité II sont de nouveaux « big bangs » pour les mutuelles. Tout d'abord, nous allons décrypter les mesures découlant de l'ANI. Certains cherchent à tranquilliser les mutuelles en affirmant que les conditions de concurrence pour accéder aux désignations seront transparentes et qu'elles traverseront ces évolutions sans encombre. Je ne puis m'empêcher d'exprimer mon inquiétude à ce sujet et les explications me semblent indispensables.

LA GENERALISATION DE LA COMPLEMENTAIRE SANTE A L'ENSEMBLE DES SALARIES

I- L'article 1 de la loi de sécurisation de l'emploi ou comment en arrive-t-on à un paradoxe ?

Comment faciliter l'accès aux soins (des salariés) !

Gérard Bapt

L'ANI a été salué comme une grande avancée, eu égard les avantages apportés pour les salariés et la flexibilité accordée aux employeurs. Dans un deuxième temps, l'article 1 est venu s'ajouter, présenté effectivement comme une grande avancée sociale parce que généralisant la complémentaire santé à l'ensemble des salariés du secteur privé. A ceci près : il s'agit de généraliser la complémentaire santé via un contrat collectif et non par un contrat individuel. La grande proportion de salariés du privé adhérant à un contrat individuel, souvent porté par des mutuelles, devra donc s'adapter à ce changement. Deuxième remarque : seule, une proportion limitée de salariés du secteur privé ne dispose pas de couverture santé fournie par son entreprise à ce jour. C'est parfois un choix ou bien ils sont couverts par d'autres biais, notamment familiaux.

Au Congrès de la FNMF à Nice en octobre, François Hollande avait affirmé que son objectif était de faciliter l'accès de l'ensemble des Français à une complémentaire santé, y compris ceux ayant les plus grandes difficultés d'accès aux soins (salariés les plus modestes, précaires, chômeurs, étudiants). Or, cet article 1 vient bousculer l'objectif défini, à savoir recentrer les exonérations fiscales et sociales consenties aux contrats collectifs vers les personnes ne disposant pas d'une complémentaire santé en redéfinissant un contrat de base « solidaire et responsable » afin de recentrer l'effort public. On peut effectivement se poser la question de ce déséquilibre et j'avais essayé d'attirer l'attention sur ce point. Certains considèrent que, si ce sont les institutions de prévoyance qui prennent le dessus dans la généralisation de la complémentaire santé des salariés, cette couverture sera gérée comme la complémentaire retraite. Reviendra alors aux partenaires sociaux de fixer les règles, les ressources et les dépenses. Une conception choquante.

Un autre argument à l'encontre du mouvement mutualiste est celui des frais de gestion excessifs pesant sur les cotisations et tournant autour de 7 %, à comparer à un taux de 3 % pour l'Assurance maladie. Il y a un déchaînement contre les mutuelles, accusées de thésauriser, ce qui est profondément choquant. Les législateurs sont dans l'attente du verdict du Conseil Constitutionnel, y compris sur les considérations de l'Autorité de la Concurrence, apportées quelques jours avant le vote du Parlement.

Claude Le Pen

Quatre millions de personnes n'ayant pas de complémentaire santé actuellement seraient impliquées par ce changement et trois millions ayant un contrat santé individuel pourraient basculer vers un contrat collectif. En conséquence, sept millions de personnes sont potentiellement concernées par la généralisation de la complémentaire santé en entreprise. Cette décision concerne les salariés qui sont déjà relativement bien couverts et non les catégories en précarité. Le Professeur ajoute que, déjà en 1945 lors de la création de la Sécurité sociale, les franges de la population les plus exposées à la précarité avaient été mises de côté et ceux qui avaient été concernés étaient les salariés déjà pourvus. Ce n'est qu'en 1999 que l'Assurance maladie a été généralisée à l'ensemble de la population, avec la création de la CMU. Autre élément : afin de généraliser la complémentaire santé à l'ensemble des salariés, l'Etat devra consentir un effort financier de 2 Mrd€ au titre d'exonérations fiscales ou sociales mais la Cour des Comptes évalue ce montant à 4 ou 5 Mrd€.

Jean-Pierre Door

On peut se demander pourquoi cet Accord national interprofessionnel est passé par le Parlement et doit faire l'objet d'une loi pour entrer en vigueur. Alors qu'en Allemagne, il n'en serait pas ainsi et il aurait été décidé uniquement par les partenaires sociaux, il est dans la culture française de faire ratifier les décisions par le pouvoir législatif. Lorsque l'ANI a été signé le 11 janvier par les syndicats patronaux et de salariés, cet accord semblait satisfaire le groupe UMP dont je fais partie parce qu'il visait à lutter contre le chômage tout en ayant pour but de protéger les entreprises en difficultés. Au moment de la signature, l'article 1, généralisant la complémentaire santé à l'ensemble des salariés, ne posait pas de problèmes.

Une petite surprise : les clauses de désignation !

A ce jour, 52 à 58 % des salariés disposent d'une complémentaire santé via leur entreprise et élargir cette couverture à l'ensemble des salariés allait dans le bon sens. Le gouvernement a réintroduit les clauses de désignation avant l'examen par le Parlement du projet de loi. Pour l'UMP, la réintroduction des clauses de désignation venait troubler l'ensemble des débats et entraînait une orientation obligatoire, supprimant la liberté dont disposait chacun de s'orienter vers le prestataire de son choix. C'est une direction unique prise à l'échelon national et, lors de l'audition des syndicats, je me suis rendu compte que les salariés seraient tenus d'aller vers l'assureur désigné par la branche et que les entreprises n'auraient plus le pouvoir de décider puisque tout dépendrait d'un syndicat national. Lors de ces auditions, les syndicats ont affirmé ne pas être d'accord avec ces clauses de désignation, sauf l'un d'entre eux.

Le 29 mars, l'Autorité de la Concurrence a rendu un avis dans lequel il a considéré ces clauses de désignation comme une atteinte à la concurrence et a estimé que celles-ci ne devaient participer aux débats, ni figurer dans la loi. Fort de cet avis, le groupe UMP a demandé au gouvernement, via un amendement, de revenir sur le texte initial de l'ANI signé par les partenaires sociaux. Le gouvernement s'est braqué et a porté seul cet article 1, les autres articles de la loi ayant été validés dans l'ensemble. Le groupe UMP n'a pas voté l'ensemble du projet de loi découlant de l'ANI, comme l'article 1 avait été maintenu en l'état. Lorsque le projet de loi est passé au Sénat, l'article 1 a été rejeté. Face à cette difficulté, le gouvernement a procédé à un vote bloqué, une procédure très rare. La loi a été à nouveau rejetée. En deuxième lecture à l'Assemblée nationale, le gouvernement a remis les clauses de désignation. Face à cela, le texte est passé en commission mixte paritaire et a fait l'objet de longues discussions mais il est alors passé à une ou deux voix. La loi a été votée. Le 15 mai, le groupe UMP a déposé un recours devant le Conseil constitutionnel et a demandé l'annulation de l'article 1 de la loi. Cette mesure est une atteinte à la liberté et à la concurrence quant au choix d'un organisme de complémentaire santé par l'entreprise.

Si les clauses de désignation avaient déjà cours, l'accord signé le 11 janvier 2013 par les partenaires sociaux avait fait l'objet d'une déviation lors de sa transposition dans la loi par rapport au texte initial. Il y a un réel danger. Et nous avons été saisis par des centaines de représentants de mutuelles et de compagnies d'assurances, inquiets de leur avenir.

Selon [Claude Le Pen](#), la logique de cette histoire tient à ce que les partisans des clauses de désignation se sont accrochés à cette disposition, quand bien même elle est problématique, non pas pour des raisons techniques mais essentiellement pour des raisons politiques.

L'Avis de l'Autorité de la Concurrence

Saisie par l'Association pour la promotion de l'assurance collective (Apac) le 1^{er} février 2013, l'Autorité de la Concurrence a rendu, le 29 mars, un avis sur la généralisation de la couverture complémentaire santé obligatoire prévue par l'Accord national interprofessionnel signé entre des organisations patronales et syndicales le 11 janvier. Elle émet plusieurs préconisations en faveur d'une concurrence effective entre les différents acteurs du secteur de la protection complémentaire collective, eu égard les frais de santé.

Selon cet avis, les entreprises doivent rester libres de retenir le ou les organismes de leur choix, si des négociations ont lieu au niveau de chaque branche professionnelle par les partenaires sociaux. L'Autorité de la Concurrence estime en effet que « *si les clauses de désignation ne sont pas contraires, en elles-mêmes, aux règles de la concurrence, leur mise en œuvre doit être encadrée pour maintenir la concurrence sur le marché de l'assurance complémentaire santé* ». Et « *surtout lorsqu'elles s'accompagnent de clauses dites de « migration », [elles] produisent des effets qui sont susceptibles de restreindre significativement le libre jeu de la concurrence. En effet, ces clauses contraignent les entreprises disposant déjà d'un contrat d'assurance collective à souscrire à l'organisme désigné par l'accord de branche, emportent la contrainte, pour les salariés d'une branche, de cotiser pour une couverture complémentaire alors qu'ils n'en éprouvent pas nécessairement le besoin : ils peuvent déjà être couverts par un contrat individuel ou par un conjoint et bénéficier de conditions tarifaires plus avantageuses. Les employeurs, quant à eux, perdent toute marge de manœuvre pour choisir un régime de protection complémentaire adapté à leur entreprise* », explique le communiqué de presse émis par cette instance.

De plus, les organismes désignés disposent d'un avantage dans la mesure où ils peuvent s'appuyer sur cette position pour proposer d'autres produits d'assurance à l'ensemble des salariés de la branche.

Faisant valoir une dynamique concurrentielle au profit des entreprises et des salariés, l'Autorité de la Concurrence formule quatre recommandations :

- ***Garantir l'égalité entre les différentes catégories d'organismes d'assurance collective***

« Il est [...] nécessaire de prévoir une harmonisation des régimes applicables aux différents types d'organismes, notamment sur la possibilité de financer l'action sociale et la constitution de droits non contributifs (versement des prestations alors même que l'entreprise ne serait pas à jour dans le paiement de ses cotisations) qui peut être demandée, dans un but de solidarité, par les partenaires sociaux. »

- ***Faire primer la liberté de l'employeur dans le choix de l'organisme d'assurance collective***

« Ce principe est en effet le mieux à même de permettre une concurrence effective et non faussée entre les différents organismes d'assurance. Il doit, à ce titre, être privilégié. »

- ***Les clauses de recommandation ou, lorsqu'elles sont justifiées, de désignation doivent nécessairement proposer plusieurs organismes***

« La mutualisation des risques par les partenaires sociaux, si elle peut présenter des risques pour la concurrence, présente aussi un certain nombre d'avantages pour les entreprises et doit donc être rendue possible. Mais l'Autorité considère que la possibilité pour les partenaires sociaux de recommander ou de désigner des organismes doit nécessairement porter sur plusieurs opérateurs (au moins deux) choisis après une mise en concurrence effective. Les employeurs seraient, alors, libres de choisir entre les offres proposées par les opérateurs sélectionnés. »

- ***Imposer une mise en concurrence des organismes susceptibles d'être recommandés ou***

désignés

« L'Autorité préconise enfin que la loi impose la mise en concurrence effective des organismes d'assurance susceptibles d'être désignés ou recommandés. La procédure de mise en concurrence devra être organisée et contrôlée par un organe ad hoc composé en partie de personnalités indépendantes, depuis la définition du cahier des charges jusqu'à la sélection des mieux-disants. Des règles strictes d'impartialité et de prévention des conflits d'intérêts devront être prévues. Cette mise en concurrence doit concerner la mise en œuvre de ces clauses ainsi que leur réexamen. »

L'Autorité de la Concurrence recommande aussi de ramener la périodicité maximale des clauses de désignation comme des clauses de recommandation à trois ans au lieu de cinq ans. Cette disposition devra également s'appliquer aux conventions en cours.

Source : communiqué de presse de l'Autorité de la Concurrence

Jean-Pierre Door

La Cour des Comptes a estimé le coût de la généralisation de la complémentaire santé aux salariés à un montant compris entre 2 et 2,5 Mrd€ pour l'Etat et à 2 Mrd€ pour les entreprises. Soit 4 à 4,5 Mrd€ en tout.

Sont principalement concernées par cette disposition les TPE de moins de 10 salariés et, en particulier, les artisans et les commerçants ayant en règle générale deux à trois salariés. Avec cette mesure, ils seront dans l'obligation de quitter leur assureur habituel pour se tourner vers celui choisi par la branche et, s'ils n'en avaient pas jusque là, ils seront tenus d'aller vers l'assureur désigné. Certains ont d'ores et déjà annoncé qu'ils refuseraient de se plier à cette obligation.

Lors de l'examen de la loi, j'avais introduit un amendement afin que l'employeur puisse donner un chèque santé d'un montant de 10 à 20 € à son salarié, celui-ci pouvant ainsi s'assurer auprès d'un organisme librement choisi en complétant la somme. Cet amendement a été rejeté.

Gérard Bapt

Le problème intrinsèque : l'accès aux soins des personnes en difficultés

Les contradictions sont nombreuses concernant l'intégration des clauses de désignation dans l'article 1 de la loi sur la sécurisation de l'emploi. En premier lieu, l'UPA (Union professionnelle artisanale) y est tout-à-fait favorable alors qu'elle représente les petites entreprises. De même, certains membres du gouvernement considèrent que le choix ou la recommandation d'un ou de plusieurs opérateurs santé par une branche professionnelle ne fait pas obstacle à la liberté de l'entreprise, qu'il y ait des clauses de désignation ou de recommandation ou non. La confusion règne. Or, le problème intrinsèque réside en la nécessité d'améliorer l'accès aux soins pour l'ensemble des personnes en difficultés. Pour exemple, des patients vont directement au service des urgences à l'hôpital parce qu'ils n'auront pas à verser le tiers-payant, ce qui augmente le coût pour l'Assurance maladie. Cela impose de revoir le fonctionnement du système.

Au final, pourquoi l'article 1 a-t-il été intégré dans la loi de sécurisation de l'emploi ? Parce que c'était la condition sine qua non pour que la CFDT (Confédération française démocratique du travail) accepte l'accentuation de la flexibilité au profit de l'employeur. Le gouvernement se défend de favoriser les institutions de prévoyance via l'intégration des clauses de désignation dans la loi, arguant que les branches auront le choix.

L'article 1 de la loi de sécurisation est-il inconstitutionnel ? L'avenir le dira.

Dans la salle, [Jean-François Chadelat](#), Président honoraire du Fonds CMU, considère que l'article 1 est inconstitutionnel parce qu'il « constitue une rupture manifeste d'égalité devant les charges publiques puisque les contrats collectifs bénéficient d'exonérations fiscales et sociales ». Ceux qui seront toujours assurés en individuel (jeunes, étudiants, chômeurs, retraités, sans-emploi, personnes aux revenus limités..) ne bénéficieront pas de ces aides alors que les salariés y auront droit. Pour cette raison, il a la certitude que le Conseil Constitutionnel va procéder à l'annulation de cet article 1, suite au recours porté devant cette instance. Un avis qu'il avait déjà énoncé en 2003 et partagé par la Cour des Comptes, l'Inspection générale des affaires sociales et d'autres instances.

Selon les calculs auxquels il s'est livré, l'évaluation effectuée dans l'étude d'impact du gouvernement – soit 2,5 Mrd€ de charges publiques – est bien inférieure au coût réel qu'engendrera la généralisation de la complémentaire santé à toutes les entreprises. Il estime ce coût à environ 4 Mrd€.

[Philippe Mixe](#)

Le principe des clauses de désignation pose problème à un grand nombre de politiques. Le projet de loi est venu contrarier l'accord du 11 janvier, dans la transcription faite par le gouvernement. Deuxième élément, l'Autorité de la Concurrence a été saisie par l'Apac (Association pour la promotion de l'assurance collective) à propos des clauses de désignation. Dans l'avis qu'elle a rendue, l'Autorité de la Concurrence préconise de garantir la liberté de choix de l'employeur et énonce qu'en cas de désignation, des précautions et des justifications devraient entourer cette démarche.

2- Les clauses de désignation sont-elles anticoncurrentielles ?

La mutualisation très large, argument n° 1 des promoteurs de la désignation

L'argument généralement mis en avant par les promoteurs des clauses de désignation est la mutualisation très large. Or, l'Autorité de la Concurrence estime qu'en matière de santé, la mutualisation n'agit pas. Dans son avis, elle explique que « le nombre d'assurés n'est [...] pas dans un tel contexte un facteur déterminant dans la maîtrise de la sinistralité car il ne fait pas baisser la volatilité et ne diminue pas le coût de l'assurance. Si un tel mécanisme est justifié en prévoyance, en santé, y-est-il inscrit, « l'importance de la fréquence des prestations (prestations par an et par bénéficiaires en moyenne) et le caractère modeste du montant moyen des remboursements font que la mutualisation, telle qu'invoquée par les institutions de prévoyance est, somme toute, inopérante ». En outre, l'Autorité de la Concurrence considère que la survenance du risque maladie

varie moins en fonction du type d'activité ou de la taille de l'entreprise que de critères tenant aux personnes mêmes, tels que l'âge ou l'état de santé de ces derniers. S'il doit y avoir désignation, ajoute cette instance, la justification doit être extrêmement forte et elle préconise la liberté de choix. Malgré cet avis, les désignations ont été maintenues dans la loi. C'est la première fois qu'un avis de l'Autorité de la Concurrence n'est pas suivi d'effets dans la loi ayant trait au même sujet. L'Autorité de la Concurrence avait été saisie par la voie consultative. Elle pourrait ultérieurement être saisie par la voie contentieuse. Et il est de jurisprudence constante qu'elle confirme au plan judiciaire l'avis qu'elle a émis par voie consultative. On peut donc s'attendre à ce que des contentieux surgissent. Il est bien évident que les clauses de désignation d'un accord de branche déshabillent les mutuelles de leurs adhérents. Il est clair qu'un accord de branche à l'échelon national échappera de facto au réseau mutualiste de terrain car, seules, des structures de taille importante pourront se voir attribuer ces contrats.

Il est assez particulier de voir les mêmes interlocuteurs se réunir le lundi pour bâtir ensemble les bases d'un contrat destiné à une branche précise et, le mardi, se réunir à nouveau pour se l'auto-attribuer. Ceux qui désignent deviennent les désignés. Dans le prolongement, on peut se poser la question du financement de telle ou telle organisation dans une optique de « paix sociale ». Cela se dit et s'écrit. Et, on le sait, le rapport Perruchot sur le financement des syndicats n'a pas été rendu public car « trop sensible ». Même non publié, on peut se le procurer sur Internet. Ne refusons pas le débat sur des sujets sensibles et délicats parce que nous sommes, paraît-il, dans une époque de transparence et de concurrence saine et libre.

En France, le financement des organisations syndicales est opaque

Une copie du rapport Perruchot est téléchargeable sur le site Internet du journal *Le Point* (www.lepoint.fr). Selon cet hebdomadaire, en 2007, Nicolas Perruchot, Député du Loir-et-Cher, souhaite créer une commission d'enquête afin d'apporter des éclaircissements sur le financement des syndicats patronaux et de salariés. Après avoir dû faire face à une réticence certaine, cette commission est malgré tout mise en place et le rapport, rédigé. Mais en novembre 2011, sa publication n'aura pas lieu parce qu'il n'a pas été adopté par manque de voix. C'est un fait exceptionnel dans l'Histoire de la V^{ème} République.

Si ses auteurs estiment que la compilation de ces informations est dans l'intérêt des syndicats de salariés et des organisations professionnelles, c'est à cause d'affaires récentes ayant été fortement médiatisées, comme celle ayant trait à l'UIMM.

Selon ce rapport, « *il ressort des investigations conduites par la commission que les mécanismes de financement des organisations syndicales et professionnelles sont structurellement opaques, non par souci délibéré de cacher quoi que ce soit, mais en raison de modalités d'organisation qui leur sont propres. S'ajoute à cette difficulté l'absence de prise en considération de certains paramètres matériels importants, comme la mise à disposition de personnels ou de locaux. Un tel constat est d'autant plus regrettable que les sommes en jeu sont significatives* ».

La loi n° 2008-789 du 20 août 2008 portant rénovation de la démocratie sociale et réforme du temps de travail est un pas vers la transparence, avec l'obligation pour ces organisations de publier leurs comptes et un meilleur encadrement des mises à disposition de salariés. Cependant, la commission chargée d'enquêter à ce sujet a constaté « *une extrême complexité dans les circuits de financements légaux et conventionnels en vigueur, celle-ci ouvrant la voie à de possibles dérives* ».

Les organisations syndicales et patronales bénéficient de quatre sources de financement : les adhérents, les employeurs, l'Etat et les organisations paritaires. Si les auteurs du document relèvent qu'un montant relativement limité d'aides publiques nationales est destiné aux syndicats de manière explicite, il existe des aides indirectes servant à financer les élections prud'homales et la formation des conseillers siégeant dans ces tribunaux, des aides budgétaires pour développer les négociations collectives... Il existe également des « *financements implicites attribués à travers le Conseil économique, social et environnemental, l'Institut de recherche économique et sociale et les conseils économiques, sociaux et environnementaux régionaux* », énonce ce document. Les collectivités territoriales interviennent également en attribuant des aides en nature via la fourniture de moyens matériels (locaux, entretien de ces locaux, chauffage...). Au total, le financement de ces organisations n'émane que partiellement de leurs adhérents.

Nicolas Perruchot et les co-auteurs de ce document pointent le « *paradoxe d'un syndicalisme avec peu d'adhérents, éloigné du terrain, et cependant présenté comme puissant et actif* ». Ils mettent en avant « *deux caractéristiques essentielles du mouvement syndical : la liberté d'organisation des structures syndicales et la grande autonomie conservée par chacune d'entre elles dans son fonctionnement* ». Avec notamment « *des modalités de consolidation comptable optionnelles, qui rendent parfois plus difficile l'appréciation globale des données financières* ».

Dénommées « *financements du paritarisme* », des ressources subissent un partage paritaire entre organisations d'employeurs et de salariés. Elles consistent en des défraiements et rémunérations, souvent appelées « *préciputs* » ou émanent des cotisations obligatoires et sont spécialement établies pour « *financer le développement du dialogue social ou de la négociation collective* ».

Toujours selon ce rapport, « *les comptes des principales organisations d'employeurs, en particulier les confédérations interprofessionnelles, font apparaître de substantiels versements en provenance d'organismes chargés d'une mission d'intérêt général [...]* ». Ceux-ci sont issus d'organismes ayant pour objet la formation professionnelle, la protection sociale et l'emploi.

Contribuent notamment au financement des organisations d'employeurs :
« – *les différentes branches du régime général de la Sécurité sociale, représentées par l'Agence centrale des organismes de sécurité sociale (ACOSS), qui centralise les ressources de la Sécurité sociale, et les trois caisses : Caisse nationale des allocations familiales (CNAF), la Caisse nationale de l'assurance maladie des travailleurs salariés (CNAM) et la Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés (CNAV) ;*
– *les régimes de retraite complémentaires obligatoires de l'ensemble des salariés et des cadres spécifiquement, soit respectivement l'ARRCO et l'AGIRC.*
Les versements en cause sont liés à l'exercice de mandats dans les instances délibératives des organismes susmentionnés. »

Gérard Adam, coauteur d'un rapport intitulé « *Reconstruire le dialogue social* », exprime dans le document rédigé par les députés un avis sur les accords de branche: « *nous manquons, en France, d'un système d'aide et d'appui à la négociation collective. Certains accords, notamment dans des petites branches, parce qu'ils sont juridiquement mal construits, créent davantage de problèmes qu'ils n'en résolvent* ».

Source : Rapport Perruchot en ligne sur le Point.fr

Les frais de gestion de la Sécurité sociale difficilement comparables à ceux des mutuelles

Au regard des mutuelles, le simple transfert des adhérents salariés ayant un contrat individuel vers un contrat collectif, qu'il y ait accord de branche ou non, est une révolution colossale : de 30 à 50 % de nos adhérents se volatiliserait ainsi. Comme Gérard Bapt l'a énoncé, on reproche aux mutuelles des frais de gestion trop élevés. Cependant, il faudra à nouveau dépenser des frais d'acquisition pour reconquérir les 30 à 50 % d'adhérents que vont perdre les mutuelles parce qu'ils seront pris en charge par un contrat collectif. Une étude du Cabinet Jalma indique que les frais de gestion de la Sécurité sociale sont difficilement comparables à ceux des mutuelles. En effet, les 5 % représentés par ces frais de gestion et généralement évoqués ne prennent en compte que le coût de gestion des remboursements stricto sensu. Selon l'étude, ces frais « sont appliqués sur une assiette qui comprend aussi bien les dépenses de ville remboursées sur la base de décomptes unitaires que celles relatives à l'hôpital qui fonctionnent sur la base d'un budget global. [...] Autant dire que l'on confond des dizaines de millions d'opérations d'un côté et quelques écritures comptables de l'autre. » Et, sauf erreur, le recouvrement des cotisations dévolues à la Sécurité sociale ne revient pas à ce même organisme mais aux Urssaf. Au final, le Cabinet Jalma évalue les frais de gestion de l'Assurance maladie entre 25 et 30 % du coût total de son fonctionnement. Soit un taux bien supérieur aux 5 % qu'elle annonce ! Il faut sortir de ce langage outrancier, excessif et non documenté qui vient accabler les mutuelles en les faisant passer pour riches et ponctionnables à l'envi pour alimenter telle ou telle aide.

Financement des dépenses de santé : des frais de gestion en trompe-l'œil, selon Jalma

Intitulée « Toujours plus de bureaucratie » et parue dans « Quelques vérités sur le système de santé », une tribune rédigée et publiée par le cabinet de conseil spécialisé en économie de la santé Jalma évalue les frais de gestion du système de financement des dépenses de santé, en listant un à un les postes que les pouvoirs publics n'ont pas jugés utiles de retenir dans cette comptabilisation.

Les frais de gestion du système de financement des dépenses de santé correspondraient à peine à 5 % des remboursements, clame l'Assurance maladie. « *Le problème* », énonce Jalma, « *est que les chiffres annoncés ne correspondent à aucune réalité concrète* ». En effet, ces 5 % correspondent uniquement aux coûts de gestion des remboursements. Y sont incluses les dépenses de remboursements de la médecine de ville, fonctionnant sur des décomptes unitaires, et celles de l'hôpital, fonctionnant à partir d'un budget global. Comme près de la moitié des dépenses est réalisée à l'hôpital, « *les 5 % sont en réalité 10 % pour la médecine de ville, ce qui n'est pas encore excessif mais tout de même moins glorieux* », souligne cette étude.

De plus, les structures hospitalières disposant de comptabilité, d'accueil aux malades et de toute une batterie de services, « *au bout du compte, l'hôpital est vraisemblablement au moins aussi cher à gérer que la médecine de ville et nous nous retrouvons effectivement à 10 %, mais de l'ensemble des dépenses cette fois-ci* », a analysé le cabinet spécialisé en santé.

Ce n'est pas tout : les recettes de la Sécurité sociale (CSG, cotisations patronales) sont collectées par les URSSAF mais aussi par les administrations fiscales pour ce qui est des taxes perçues sur les cigarettes et l'alcool. « *Il faut donc également comptabiliser dans les frais de gestion de l'Assurance*

maladie une partie du coût des administrations fiscales concernées », pointe Jalma. Soit un ratio de 3 % en tant que coût global du recouvrement de ces sommes.

Par ailleurs, pour la médecine de ville, il faut également tenir compte de la gestion des cabinets comprenant accueil des patients, comptabilité et autres fonctions administratives. Ainsi que l'explique cette tribune, *« dans le cadre de Sesam-Vitale, un transfert massif de charges a été réalisé par le régime obligatoire en direction des professionnels libéraux »*. Pour ce poste, il convient d'ajouter cinq points supplémentaires, ce qui porte les frais de gestion à 18 % pour le moment.

Dans cet inventaire s'ajoute le temps consacré par les infirmières et médecins à des tâches administratives, soit un ratio de 2 % en plus calculé par Jalma et un total de 20 %.

C'est oublier de considérer les dépenses relatives aux médicaments et il convient de tenir compte de la promotion et la distribution des médicaments, ainsi que des charges administratives des pharmacies, engendrant un coût supplémentaire de 3 à 5 % du total des dépenses de santé. Ce qui porte le ratio à près de 30 % de frais de gestion.

Cerise sur le gâteau, le ministère de la Santé a un coût, estimé dans cette tribune à 2 % des dépenses de santé.

L'addition est donc passée d'un "modeste" 5 % à près de 33 %, un taux qui se rapproche de celui des Etats-Unis et qui fait dire à Jalma que *« notre système de santé est vraisemblablement l'un des plus mal gérés de la planète »* !

Pourquoi en est-on arrivé là ? Selon l'étude, *« aucune des réformes de fond qui auraient permis de rationaliser le système n'a été menée à son terme »* et *« là où un organisme suffirait, il y en a des dizaines. CNAMTS, MSA, mutuelles de fonctionnaires, gestionnaires du régime des TNS et des multiples régimes spéciaux cohabitent dans un capharnaüm indescriptible »*.

La conclusion de Jalma est sans appel : *« ce qui est réellement en cause est l'absence de pilote dans l'avion. L'Etat règne sur un système de santé sans réellement gouverner, à la manière d'un roi fainéant »*.

Source : Panorama de l'Assurance santé 2013 publié par le Cabinet Jalma (p 88 à 93)

Le tsunami provoqué par les clauses de désignation n'aura pas lieu

Xavier Toulon

Vis-à-vis de la loi de sécurisation professionnelle, deux aspects sont à considérer. D'une part, il y a la contestation des règles du jeu en train de s'installer, avec les clauses de désignation, et à mon sens, il faut procéder à un rééquilibrage. D'autre part, que les règles du jeu conviennent ou non, on joue ou on ne joue pas. En revanche, il me semble que le fameux « tsunami » que pourraient provoquer les clauses de désignation n'aura pas lieu. Selon les scénarios, il y aurait de 400 000 à 600 000 entreprises à équiper en complémentaire santé. L'urgence pour les mutuelles aujourd'hui, c'est de s'entraîner pour le match. Qu'elles continuent à porter un discours pour contester les clauses de désignation, c'est une chose. Mais le match a commencé.

La généralisation de la complémentaire santé via la loi de sécurisation de l'emploi est associée au fait que les assurés aient une bonne couverture santé. Or, avoir une complémentaire santé n'est pas un gage d'accès aux soins. C'est simplement un moyen. La France est le pays de l'OCDE où le reste-à-charge des assurés est le plus faible et où les complémentaires santé contribuent le plus aux dépenses de santé (sauf les Etats-Unis où les assurances privées jouent aussi un rôle important dans le financement mais le modèle santé de ce pays est spécifique). Depuis 2008, année où la crise économique s'est installée, plus de 15 % ont renoncé à des soins à cause de leur coût financier. Et selon une étude récente réalisée conjointement par la Banque Postale et la Mutuelle générale, ainsi qu'une autre commandée par Europ Assistance, cette proportion est beaucoup plus élevée puisque 27 à 29 % des Français renoncent à des soins. Mathématiquement, comme 7 % des Français n'ont pas de complémentaires, cela implique qu'environ 22 % de ceux ayant une assurance santé renoncent à des soins. Ces renoncements touchent l'optique, le dentaire et sont imputables aux dépassements d'honoraires. Avec la généralisation de la complémentaire santé introduite par la loi, la majorité des chefs d'entreprise vont se contenter de répondre à cette nouvelle obligation en optant pour la couverture de socle minimal. Elle ne rembourse pas les dépassements d'honoraires et la prise en charge de l'optique est limitée à 100 euros par an. Or, une paire de lunettes coûte 395 € en France en moyenne, et pour les presbytes, ce montant est pratiquement de 800 €. Quant aux prothèses dentaires, leur coût moyen est de 600 € et la couverture socle prévue dans la loi prévoit une prise en charge de 125 % du tarif de la Sécurité sociale, soit 21 €. La couverture de socle minimal définie dans la loi n'apporte pas une solution satisfaisante. Or, les Français doivent pouvoir se soigner convenablement.

Repenser le modèle de la complémentaire santé

Selon les Comptes nationaux de la santé, les 25 % de Français ayant les dépenses de santé les plus faibles ont un reste-à-charge annuel d'environ 40 € après remboursement par la Sécurité sociale. Celui-ci est pris en charge par les complémentaires santé à hauteur de 87 %. Les 25 % de Français en affection longue durée ont les dépenses de santé les plus importantes et les reste-à-charge les plus élevés, autour de 1 800 €, et leur coût est élevé pour la mutuelle. La complémentaire santé rembourse 55 % de ce reste-à-charge. En France, des assurés en complémentaire santé ayant une maladie grave doivent assumer de leur poche un reste-à-charge de pratiquement 900 € bien qu'ils soient couverts. Cela pose un problème de modèle pour les complémentaires santé. L'article 1 de la loi de sécurisation de l'emploi sème une confusion énorme car il reproduit ce modèle d'une complémentaire santé très efficace à la condition qu'il ne se passe pas grand-chose.

[Claude Le Pen](#) intervient alors : si l'assurance santé ne résout pas tous les problèmes, ne pas en avoir est cependant un facteur d'inégalité d'accès aux soins. Les complémentaires santé sont un élément de diminution des inégalités mais ces couvertures étant différentes les unes des autres, elles créent d'autres inégalités. Il y a donc de grands écarts entre une assurance santé minimale de type CMU et une autre, luxueuse, qui prend en charge les dépassements d'honoraires ou couvre la chambre individuelle en cas d'hospitalisation. Il anticipe les problèmes à régler une fois la loi de généralisation des complémentaires santé via l'entreprise en vigueur, à savoir quelles dispositions prendre pour ceux qui ne sont pas couverts par cette loi et comment faire pour diminuer le reste-à-charge.

Philippe Mixe

Il est peut-être temps de réfléchir à nouveau au modèle de la complémentaire santé. Depuis deux à trois ans, 13,27 % de taxes sont venu s'ajouter à la cotisation à payer, nécessairement répercuté sur l'adhérent. Et de nouvelles charges s'additionnent au fur et à mesure, Solvabilité II étant un exemple parce que cette réforme oblige les mutuelles à investir dans des moyens humains et techniques importants. D'un côté, les mutuelles sont pointées du doigt parce que leurs frais de gestion seraient élevés. De l'autre, elles sont de plus en plus taxées et se voient imposer de nouvelles charges sous prétexte d'un retour sur investissement pour l'adhérent difficile à appréhender.

Cette généralisation de la complémentaire santé à l'ensemble des salariés est un obstacle à la généralisation de cette assurance à tous les citoyens français ou aux personnes résidant en France parce qu'il ne restera plus suffisamment de marge financière pour accorder des avantages identiques aux contrats individuels restants.

Suite à la loi de sécurisation de l'emploi, à la Mutuelle Just'en Famille, par exemple, avec la volatilité des salariés, la moyenne d'âge des adhérents restants passera à 72 ans. Sans avantages fiscaux ou sociaux, Just'en Famille devra gérer le mauvais risque tandis que le bon risque, lui, bénéficiera des avantages. Les mutuelles vont donc se retrouver à gérer les mauvais risques car les salariés représentent le bon risque. Les partenaires sociaux ont clairement exprimé leur opposition à la révision des avantages fiscaux et sociaux sur les contrats santé collectifs. Les mois à venir vont être difficiles à vivre...

3- Contrats collectifs versus contrats individuels

Au moment du passage à la retraite

Julien Garcia

En réponse à une demande de Jean-Pierre Door, Julien Garcia explique qu'au moment du passage d'un salarié à la retraite, s'il disposait d'un contrat collectif par son entreprise, il doit renoncer à celui-ci. La seule alternative étant de prendre un contrat individuel qui, lui, ne bénéficiera pas de la subvention versée par l'entreprise. La loi Evin s'applique alors et l'assureur du contrat collectif est tenu de lui proposer des garanties santé équivalentes et peut modifier la tarification dans une certaine limite. Pour l'assureur, l'impact financier est alors neutre car il fait payer à l'assuré la part que l'employeur prenait en charge. Le Code de la Mutualité définit les critères permettant de moduler les cotisations et les prestations. Selon l'âge et le lieu de résidence de l'assuré, la tarification ne sera pas la même. Il y a une forte sensibilité de la consommation médicale liée à l'âge mais aussi au lieu de résidence, les tarifs des prestations de soins n'étant pas les mêmes à Marseille ou à Tétèghem. En revanche, introduire des distorsions de tarification pour des populations homogènes d'adhérents est interdit.

La règle des grands nombres

Didier Rochette

Des contrats groupe obtenus par les clauses de désignation, le gouvernement espère des bénéfices par l'application de la loi des grands nombres, d'où des négociations facilitées si tous les contrats de la branche reviennent à un assureur. La loi des grands nombres, c'est le principe de base de l'assurance. Dans les contrats de complémentaires santé, ce sont des garanties de faible intensité et de fréquence élevée. La règle des grands nombres est atteinte assez vite sur ce type de garanties. L'impact de ce principe, s'il existe, est clairement relativisé, comme le dit l'Autorité de la Concurrence dans son avis. Cette instance donne un autre argument en faveur de la concurrence. Les marges des institutions de prévoyance sur les contrats collectifs sont extrêmement faibles, d'où des marges de négociations quasiment nulles et des prix au plus bas. Si l'on examine les chiffres, le ratio de sinistralité atteint 100 %. Comme l'avait préconisé l'Autorité de la Concurrence, dans son avis, la loi de sécurisation de l'emploi prévoit des clauses de revoyure à trois ans mais l'on sait que changer d'assureur pour toute une branche est extrêmement lourd. Les assureurs sélectionnés par les branches peuvent alors faire évoluer les tarifs comme ils le souhaitent au moment de revoir les contrats puisque les branches ne changeront pas aussi facilement d'opérateur. On peut donc craindre de ces clauses de désignation qu'elles aient pour effet de faire monter les prix, dans un second temps.

Julien Garcia

Les cotisations des contrats collectifs sont inférieures à celles des contrats individuels. En santé collective, les tarifs sont négociés et les prestations par tête peuvent être supérieures, pour un montant identique versé en individuel et en collectif. C'est un élément pour lequel on a peu d'explications. Il est vrai que l'âge moyen d'un assuré en collectif est souvent inférieur à celui d'une personne assurée en individuel.

On peut se demander si le caractère obligatoire des contrats collectifs est vraiment nécessaire. Il existe dans la fonction publique des contrats collectifs facultatifs sous forme de contrats labellisés comprenant un barème de garanties encadrées. L'employeur d'Etat a négocié ces différents barèmes et l'assureur est tenu d'accepter les fonctionnaires travaillant pour ces entreprises à ces conditions. En moyenne, le coût d'un assuré est de 350-400 € par an et le poste de dépenses le plus important est la pharmacie. On pourrait imaginer des systèmes comprenant des franchises afin d'inciter à ne pas consommer des produits dont l'efficacité ne serait pas optimale. C'est une piste de réflexion pour la détermination du barème de remboursement.

Plus de transparence dans les conditions d'attribution des contrats collectifs

Didier Rochette

Afin de rendre plus transparentes les conditions d'attribution des contrats collectifs, l'Autorité de la Concurrence préconise la création de commissions neutres avec des personnalités indépendantes, sélectionnées pour leurs compétences. Une solution qui n'est pas forcément idéale mais qui a déjà

été utilisée lors des appels d'offres concernant le référencement des contrats labellisés proposés aux fonctionnaires.

Dans la salle, [Pascale Soyeux](#), Directrice des assurances collectives à la Mutuelle générale, évoque les remises en concurrence des accords de branches et le fait que les accords de branche tendent à ne changer pas d'organisme lorsqu'il y a clause de revoyure. De même, des organismes tendraient à élargir leur nombre d'assurés au motif que certaines populations qui ne sont pas dans le périmètre de la branche seraient tenues de prendre une couverture auprès d'eux. Si l'on parle de transparence, il faudrait examiner la suspicion selon laquelle ces organismes participeraient de manière occulte au financement des syndicats. Ainsi, on aborderait le vrai sujet.

Selon [Claude Le Pen](#), un décret officiel dénommé « such and like » est paru le 22 mai et oblige à déclarer les conflits d'intérêt de manière rigoureuse. Sur ce chapitre, la France est en retard par rapport aux pays anglo-saxons. Entre les organismes paritaires actifs au niveau des branches et les assureurs paritaires existe une situation potentielle de conflits d'intérêts.

[Jean-Pierre Door](#)

Le député affirme qu'il a été choqué lors de la discussion du texte de loi parce que « la clause de désignation entraînait obligatoirement et nécessairement un conflit d'intérêt à l'égard des partisans les plus virulents des clauses de désignation. Après l'accord du 11 janvier, il n'y avait pas de problème. Huit jours plus tard, lorsque l'on a demandé aux signataires de l'accord s'ils souhaitaient retirer les clauses de désignations, tous étaient d'accord sauf l'un d'entre eux. C'est alors que nous avons parlé de conflits d'intérêts ».

Dans la salle, [Jean-François Chadelat](#), Président du Fonds CMU, précise qu'un certain nombre de rapports de l'Inspection générale des affaires sociales donne des informations sur les institutions de prévoyance et sur le financement occulte. Il indique que, dans un très grand nombre d'accords de branche, figure explicitement une cotisation pour un fonds d'aide au financement du paritarisme, appelée par les institutions de prévoyance. C'est un financement officiel, agréé par un arrêté ministériel. Et considérant que les trois familles de la complémentaire santé (mutuelles, compagnies d'assurance, institutions de prévoyance) ne jouent pas à armes égales, il redoute l'avenir pour les complémentaires santé autres que les institutions de prévoyance et, en particulier, pour les mutuelles de terrain.

Clauses de désignation : désormais, rien ne sera plus comme avant

[Philippe Mixe](#)

« J'ai la faiblesse de croire que rien ne sera plus comme avant pour les clauses de désignation. Je pense que tout le tapage, tout le bruit et toutes les études ont permis de faire le maximum afin d'espérer qu'elles soient correctement cernées, encadrées, moralisées et transparentes et je pense qu'il n'y aura pas une avalanche de nouvelles désignations. » Aux clauses de désignation sont associées les clauses de migration, obligeant les salariés à changer d'opérateur de complémentaire santé. Il y aura peu de clauses de migration, pense le Président de la FNIM. Si une entreprise a signé un contrat pour l'attribution d'une complémentaire santé à ses salariés et si une branche décide

d'entrer dans une logique d'accord à ce sujet, il n'est pas évident que les entreprises auront l'obligation de migrer vers les accords de branche. C'est ce sur quoi la FNIM fonde ses espoirs et veillera. Avec l'Apac, la FNIM entend aussi être attentive au fait que le maximum de précautions encadrent et entourent ces éventuelles nouvelles désignations.

Le simple transfert de l'individuel vers le collectif, sans accord de branche, sera le véritable tsunami. Les mutuelles de terrain doivent donc être prêtes à passer à l'offensive à l'égard des TPE et PME qui vont être dans l'obligation d'adopter un contrat collectif en assurance santé, une partie des entreprises étant déjà équipée.

Le coût de la cotisation est-il le seul argument à considérer lorsqu'il faut opter pour une complémentaire santé ? Une complémentaire santé n'ayant que le bon risque à assurer sera en mesure d'être attractive en matière de prix. Les salariés devant quitter les portefeuilles individuels avec cette nouvelle loi, les étudiants, les chômeurs, les retraités et les fonctionnaires ne bénéficieront pas de la généralisation de la complémentaire santé aux salariés car ils sont en dehors du champ. Les mutuelles ancrées dans leur territorialité doivent s'adapter et passer d'une culture individuelle à une culture collective. L'esprit mutualiste doit être mis maintenant au service d'une nouvelle cible d'adhérents et de prospects. La FNIM s'attachera à aider ses adhérents dans ce revirement.

Mutuelles, il faut non seulement entrer sur le court mais aussi gagner le match !

Xavier Toulon

Concernant l'ANI, « j'ai le sentiment qu'il y a une ambiguïté dans le monde mutualiste consistant à penser que, s'il n'y a pas de clauses de désignation, la partie est gagnée. Ce n'est pas vrai. Les mutuelles ont un droit, celui de rentrer sur le court. Cela ne veut pas dire que le match sera gagné ».

La loi découlant de l'ANI fait émerger un marché de TPE. Il y a environ quatre millions de salariés à assurer en santé pour 600 000 entreprises ayant en moyenne six à sept salariés. Les compagnies d'assurance détiennent 40 % de ce marché, les institutions de prévoyance interviennent à hauteur de 43 % et les mutuelles arrivent en troisième position, avec 17 %. Actuellement, certains acteurs ont déjà commencé à se préparer à ces changements. Il s'agit essentiellement des cabinets de courtage et des compagnies d'assurances. Une certitude mécanique existe : les mutuelles vont perdre des assurés et, en conséquence, voir diminuer leur chiffre d'affaires et elles vont perdre des niveaux de marge qu'elles ne retrouveront pas en collectif. Certains acteurs sont en train de se positionner sur le marché des TPE-PME car ils sont dans leur droit, avant d'éventuelles désignations par les branches, et risquent de prendre des parts de marché aux mutuelles en visant leurs portefeuilles collectifs. La réactivité des mutuelles doit être d'autant plus grande que le collectif n'est pas viscéralement ancré dans leur esprit. Il y a donc un effort à fournir pour adapter ces structures en termes de distribution, de gestion, de suivi technique des risques sur le collectif. Les mutuelles qui pourraient être les premières victimes des mesures résultant de l'ANI ne se sont pas vraiment mises en action. Il est de mon devoir de vous alerter à ce sujet parce que les changements vont être rapides et brutaux.

Dans l'esprit des chefs d'entreprise, la complémentaire santé obligatoire pour leurs salariés va être un problème additionnel à gérer et ils la percevront comme une taxe supplémentaire. Ils auront des difficultés de compréhension. Par rapport à leurs concurrents, les mutuelles ont un chemin en or,

celui de la proximité avec les TPE. Sous ce vocable, j'entends la disponibilité, l'accompagnement et le service qui sont dans les gènes des mutuelles. Un chef d'entreprise est prêt à payer 3 ou 4 % en plus s'il a la certitude d'être accompagné de manière systématique en cas de souci avec la complémentaire santé. C'est une valeur ajoutée inestimable pour lui et un « boulevard » pour les mutuelles. De ce point de vue, la loi de sécurisation de l'emploi est donc une opportunité pour les mutuelles si elles montent dans le train dès maintenant.

Conclusion : la complémentaire santé entre dans un nouveau monde

Claude Le Pen

Le marché va changer, les clients vont changer, les typologies de contrats et de concurrents vont changer. La complémentaire santé entre dans un nouveau monde, avec ou sans clauses de désignation. Au-delà des dispositions consécutives à l'ANI, les mutuelles santé doivent évoluer et changer.

En vue de résumer la première partie de cette matinée, trois ou quatre points ressortent. En premier lieu, une certaine incompréhension entoure l'intégration des clauses de désignation dans l'article 1 de la loi découlant de l'ANI. Pourquoi y figurent-elles ? Deuxième point : il reste une incertitude puisque le Conseil Constitutionnel a été saisi et n'a pas encore rendu sa décision. Troisième élément : quelle que soit cette issue, les mutuelles doivent faire un effort d'adaptation, davantage lié au passage du contrat individuel au contrat collectif qu'au changement de cible (individus versus entreprises). Le contrat collectif, c'est une autre logique : acteurs, produits, modes de gestion et de commercialisation, marges, lien avec l'assuré, tout est différent. Un grand changement culturel va s'opérer pour les mutuelles, conséquence cachée de cette affaire, sous réserve de clauses de migration et de la rapidité avec laquelle on obligera les salariés déjà sous contrat à changer et à passer à l'un des contrats désignés.

Les incertitudes sont nombreuses. Une seule certitude transparaît : ça change et ça va changer. Et les mutuelles 1945 sont confrontées à d'autres changements, indépendamment de la loi résultant de l'ANI. Il en est ainsi de la réforme Solvabilité II.

SOLVABILITE II

1- Ce qui va changer avec Solvabilité II

Ca coince à cause d'Omnibus 2

Julien Garcia

L'entrée en vigueur de Solvabilité II devrait intervenir en 2015 ou en 2016, a priori, car les dispositions définitives sont encore en cours de négociation, notamment sur les engagements de long terme qui concernent un petit nombre de mutuelles dans la mesure où elles sont très peu à proposer ce type de garanties.

Lors des discussions relatives à Omnibus 2, visant à modifier des éléments de la directive Solvabilité 2, certains sujets ont refait surface, notamment les exigences translatives applicables aux engagements de long terme. En effet, les principes de la directive sont peu compatibles avec ce type d'engagement dans la mesure où une exigence de fonds propres exemplaire est présentée. De plus, le principe de valorisation du bilan est beaucoup trop sensible aux fluctuations du marché. Le premier pilier consiste à calculer le besoin en capital et repose sur une approche standard modulaire relativement complexe à mettre en œuvre. Celle-ci peut se faire sur un mode calculatoire simple mais il faut acquérir la méthode. Ce modèle conduit à une exigence de fonds propres supérieure à celle de Solvabilité 1 : le surplus de couverture, c'est-à-dire les fonds propres qui dépassaient le besoin de couverture de marge, va diminuer d'environ 20 %. Il y a aussi des compétences techniques à développer pour valoriser le bilan prudentiel, les provisions techniques et parvenir à regarder en transparence les actifs.

Dans le pilier 2 de Solvabilité II, il y a des éléments consistant à réformer le système de gouvernance, notamment en créant des fonctions clés et des fonctions d'audit interne indépendante via la mise en place d'un lot de procédures. Il faudra donc rédiger ce corps de normes, censé tout documenter et encadrer : les décisions managériales, les circuits d'information, les méthodes de travail. Dans les mutuelles existent, bien entendu, des procédures mais elles ne répondent pas aux exigences futures. A cela s'ajoutent des exigences de communication et d'information aux assurés et un reporting destiné au superviseur qui dépasse largement celui réalisé actuellement.

Solvabilité II ou la réforme aux trois piliers

Projet destiné à réformer au niveau européen les règles prudentielles applicables au secteur de l'assurance, Solvabilité II (Solvency II en anglais) a pour objectif de renforcer l'évaluation des risques encourus par les organismes assurantiels dans le cadre de leur activité par l'adaptation de ceux-ci à des exigences réglementaires. Actuellement en cours d'élaboration par les institutions européennes, elle est dans la lignée de Bâle II, réforme similaire concernant les banques, entrée en vigueur en 2006.

Cette réforme comprend trois piliers, chacun déterminant un aspect spécifique des risques encourus par ces entreprises :

- le premier pilier définit les exigences quantitatives, notamment en termes de fonds propres et de calculs des provisions techniques ;
- le deuxième pilier détermine les exigences en matière d'organisation et de gouvernance des organismes ;
- le troisième pilier indique les exigences à respecter en matière d'informations prudentielles et de publication.

Un quatrième aspect, constitué par le contrôle des groupes, complète ces trois piliers. Il intègre une dimension supplémentaire quant à la surveillance des organismes d'assurance qui font partie d'un groupe.

Avec Solvabilité II, les règles prudentielles actuellement en vigueur sont amenées à changer considérablement. En effet, la réforme repose sur l'application de principes (*principle-based*) et non plus sur l'utilisation de règles (*rule-based*). Dans la pratique, cela passe par l'instauration d'une concurrence équitable, l'harmonisation des principes et des pratiques de contrôle, la mise en place d'un reporting européen unifié, et la mise en place de normes prudentielles prenant en compte

l'ensemble des risques. Solvabilité II a aussi pour objectif de généraliser l'évaluation des éléments du bilan à une "juste valeur" (*fair value*).

Dans l'optique d'une mise en œuvre progressive de ces nouvelles règles, l'adoption de cette réforme se déroulera en plusieurs étapes. Elle suit la procédure « *Lamfalussy* », qui répartit la réglementation en principes, complétés par des mesures de mise en œuvre. Dans un premier temps, les grands principes de la réforme sont définis par une directive cadre (Niveau 1). Dans un deuxième temps, les éléments plus techniques sont spécifiés par des mesures d'application et des règles plus précises sont formalisées (Niveau 2). Au niveau 3, dans l'optique d'une application convergente dans les états européens, des recommandations sont adoptées pour permettre la mise en pratique des normes fixées par les niveaux 1 et 2. Avec le niveau 4, il s'agira de vérifier la conformité des droits nationaux au droit européen et de procéder à d'éventuelles adaptations.

Pour préciser cette application, la directive-cadre du projet Solvabilité II doit être parachevée par une autre directive dénommée Omnibus 2. Cette dernière devra intégrer les modifications décidées dans le Traité de Lisbonne et permettra la création de l'EIOPA (*European Insurance and Occupational Pensions Authority* en anglais ou l'Autorité Européenne des Assurances et des Pensions Professionnelles, en Français), basé à Francfort, en Allemagne. L'EIOPA est une entité indépendante vis-à-vis du Parlement européen et du Conseil de l'Europe.

Source : Autorité de contrôle prudentiel (ACP)

L'ORSA, kesako ?

Cette réforme intègre également des dispositifs nouveaux comme l'obligation de l'ORSA. C'est quasiment une innovation pour le secteur de l'assurance et il s'inspire légèrement du rapport de solvabilité français. A tout le moins, il est animé par les mêmes ambitions mais il devrait être davantage documenté et encadré. Le poids de ces contraintes supplémentaires est évident et les organismes d'envergure modeste, en particulier, vont devoir en subir les conséquences. Dans un questionnaire adressé au marché, il avait été demandé si les organismes envisageaient de s'adosser à une autre entité. Environ 20 % estiment qu'il est nécessaire de se rapprocher d'un autre organisme en raison de l'entrée en vigueur de Solvabilité II.

Didier Rochette

L'application de la directive de 2003 a eu un impact restructurant très élevé : on dénombrait approximativement 6 000 mutuelles cette année-là et, deux ans plus tard, il n'y en avait plus que 2 000. Avec Solvabilité II, l'impact devrait être moins fort et 20 % des mutuelles devraient disparaître. Le mécanisme de la substitution avait été créé afin de permettre à certaines mutuelles de survivre parce qu'elles n'étaient pas en mesure de respecter les exigences de fonds propres.

2- Une réforme qui va trop loin ?

Des efforts à faire pour les mutuelles

Pour les mutuelles, il y a des efforts à faire afin de se mettre aux normes en termes de gouvernance et de procédures et, dans une moindre mesure, en termes de fonds propres et de calculs. La formule

standard, qui paraît un peu compliqué, est inspirée des modèles en vigueur chez Axa et Generali au début des années 2000. Les formules de calcul à appliquer sont fermées et il n'est pas nécessaire d'utiliser des modèles stochastiques que, seuls, les actuaires maîtrisent. Construire le bilan prudentiel d'une mutuelle, calculer les provisions techniques, les provisions pour sinistres à payer (PASP) se feront comme à présent mais il faudra intégrer un taux d'intérêt. La pratique ne changera pas considérablement, comme les engagements des mutuelles sont sur deux ans dans la mesure où un assuré ne peut plus réclamer un remboursement au-delà de cette période.

Concernant le pilier I et les exigences de calcul, il est possible de développer des modèles simples permettant de satisfaire à la réglementation. Ensuite, les interrogations demeurent face à ce que décidera l'ACP en cas de non couverture des exigences de capital. Comme il y a deux niveaux de capital, il y a un minimum au-dessous duquel les mutuelles perdront leurs agréments. Elles auront aussi une sorte de capital cible à atteindre. Que se passera-t-il si elles ne l'atteignent pas ? A ce stade, nous n'avons pas la réponse.

Avec l'ORSA, il y a un autre élément qualitatif, le nouveau rapport de solvabilité qui devait être purement qualitatif au départ. Finalement, pour respecter les conditions de la directive, il faut en passer par des calculs. Ne perdons pas de vue que les mutuelles ont un profil de risque simple à modéliser chaque année. S'il y a une dérive de la sinistralité, la mutuelle augmente les cotisations. D'un point de vue purement prudentiel, le raisonnement à tenir ainsi que les calculs ne présentent pas de difficultés.

Quid du retour sur investissement pour l'adhérent ?

Philippe Mixe

C'est plutôt rassurant parce que dès que l'on parle de Solvabilité II, les mutuelles expriment de l'effroi, de la crainte et de l'incompréhension. C'est comme si, en haut lieu, on disait qu'il y avait trop de mutuelles et qu'il convenait de réguler tout cela afin qu'il n'en reste plus qu'une poignée. On peut se demander si Solvabilité II ne participe pas de ce discours et si, sous des prétextes fort louables de contrôle, d'équilibre financier, de solvabilité, on ne chercherait pas à atteindre par un biais détourné cet objectif. Ce côté rassurant n'est pas ressenti dans les mutuelles où l'on empile rapport sur rapport pour être en conformité. Il faut aujourd'hui toute une batterie d'outils et de technicité pour faire face à ces obligations. Et je ne suis pas persuadé du retour sur investissement de ces charges pour les adhérents. A travers ces nouvelles exigences, le modèle de protection sociale de notre beau pays est fondamentalement remis en cause. Et si, pour présider une mutuelle ou y être élu, il faut être énarque ou polytechnicien, nous aurons perdu de ce lien social, de cette proximité et de cette notion de service propres aux mutuelles ancrées dans leur territoire.

Pour une mutuelle, l'application de telles réformes a un prix élevé que l'adhérent doit payer. On peut donc réfléchir à des principes de proportionnalité utilisables dans des structures comme les nôtres quant à l'application de ces règles. Est-on en droit de réfléchir à des mutualisations de moyens pertinentes qui permettraient de pouvoir faire face à ces obligations ? Car non seulement il y a la loi découlant de l'ANI et Solvabilité II mais aussi l'avalanche de taxes tombées sur les complémentaires santé ces dernières années, le projet d'unification des codes et l'entrée en fiscalité des mutuelles au 1^{er} janvier 2013 les assujettissant à l'impôt sur les sociétés, bien qu'elles soient des organismes à but non lucratif. « Il y a parfois des paradoxes que j'ai bien du mal à appréhender ! », lâche Philippe Mixe.

La normalisation, une nouvelle logique

Claude Le Pen

Avec Solvabilité II, on normalise et, ceci, à l'échelon européen. Un peu partout, il y a la montée de cette logique de normalisation, censée être au bénéfice du consommateur. Cette normalisation appelée capitaliste ne passe pas par le profit mais par des règles. C'est un paradoxe. Il est vrai que les structures capitalistes ont plus de facilités à s'adapter à ce corpus réglementaire que les sociétés de taille moyenne ayant des cultures plus locales. C'est un véritable changement culturel auquel est confrontée toute la France, au-delà du secteur mutualiste. Et de noter que Solvabilité II mais aussi Bâle III ont été inspirés par les bouleversements de marché observés aux Etats-Unis et par les grandes crises bancaires.

Didier Rochette

On peut douter que Solvabilité II soit un élément positif pour le contrôle prudentiel des organismes d'assurances. Il n'y a pas de certitudes quant à la volonté des pouvoirs publics d'étouffer les petites structures. En revanche, c'est une certitude de la part des concurrents acteurs en complémentaire santé de taille importante. Les modèles internes qu'ils utilisent sont ceux prônés par la réforme. Les imposer à tous les opérateurs permet de créer un marché unique et de prendre la main sur ce marché. On voit aujourd'hui que toutes les parties prenantes sont assez mal à l'aise avec Solvabilité II qui, je vous le rappelle, a été votée lors de 2009 en pleine crise financière. Ce qui était assez inattendu. Dès que la directive a été votée, les instances européennes se sont rendu compte qu'il y avait un problème.

A vouloir chausser tout le monde du même soulier, il y aura beaucoup de boiteux

Dans la salle, [Gérard Sabatié](#), Président honoraire de la mutuelle d'Argenson, administrateur de la FNIM, estime que « ce n'est pas parce que cela vient des directives européennes que c'est bon pour la France et que c'est bon en particulier pour les mutuelles ». A son avis, les mutuelles doivent être défendues pour leurs spécificités et il faut chercher à combattre par tous les moyens légaux cette assimilation aux autres familles de la complémentaire santé.

Didier Rochette

Bien qu'elle ait été votée, la directive Solvabilité II n'est pas du tout adaptée aux mutuelles. Il y a l'éventualité d'une annulation de cette directive mais celle-ci paraît peu probable.

Julien Garcia

A l'échelon européen, les préoccupations des mutuelles ont été entendues et défendues, notamment par rapport au pilier 2, au pilier 3 avec le reporting et aussi par rapport à l'indépendance de la fonction d'audit interne. On sait que, pour disposer d'une fonction d'audit interne indépendante, il faut une personne à temps plein, ce qui ne peut se faire que dans les organismes ayant environ 75 salariés. Lors des discussions, la France était un peu isolée pour défendre son

marché, composé d'un grand nombre d'organismes de taille modeste. C'est la réalité des négociations. Néanmoins, certains aspects spécifiques aux mutuelles n'ont pas été pris en compte.

La FNIM revendique la sortie de Solvabilité II pour les mutuelles de terrain

Philippe Mixe

A l'opposé de la FNIM, il y a toute une partie du mouvement mutualiste qui s'accommode de l'ANI, par exemple et qui, à force de nier les valeurs et les fondements du mutualisme, est entrée en quelque sorte dans la logique de l'économie capitalistique. « Si l'on veut jouer dans la cour des assureurs, avec leurs arguments et leurs atouts, on perdra car ce métier-là, ils le feront bien mieux que nous », anticipe Philippe Mixe. Cette acceptation d'une portion majoritaire du mouvement mutualiste est en partie à l'origine des maux subis par la mutualité ces derniers temps. Et d'ajouter : « je demande et je revendique la sortie de Solvabilité 2 pour nos mutuelles de terrain ou une adaptation forte afin que les règles soient à la mesure des enjeux qui sont les nôtres ».

Julien Garcia

Pendant que le sujet est sur la table, les seuils d'exemption peuvent encore être négociés. Paradoxalement, cet élément n'a pas été discuté et les points concernant la mutualité sont figés actuellement. Si l'un d'entre eux mérite d'être revu, c'est ce seuil d'exemption et notamment ce qui se passera après l'entrée en vigueur de Solvabilité 2 pour les organismes sous ce seuil. Toutefois, il devrait y avoir une volonté d'harmonisation afin de ne pas établir deux réglementations parallèles.

Didier Rochette

Pour ce faire, c'est dans le cadre des négociations sur Omnibus 2 qu'il faudrait intervenir.

Dans la [salle](#), on indique qu'en acceptation de réassurances de branches et d'institutions de prévoyance, le chiffre d'affaires d'Axa est de 1,8 Mrd€, celui de Generali est de 550 M€ et celui d'Allianz est de 200 M€. D'où un certain détachement des compagnies d'assurances vis-à-vis des clauses de désignation.

Julien Garcia

L'objectif de la directive Solvabilité II n'est pas non plus de protéger l'assuré. En France, avait-on besoin de le protéger davantage ? Je n'en ai pas le sentiment. La réglementation est plutôt bien faite, subtile, peut-être un peu technique mais elle fonctionne très bien. De grandes catastrophes n'ont pas eu lieu dans le secteur de l'assurance en France. Cela résulte aussi de la mise en place d'un marché unique de l'assurance. Est-ce que ça intéresse les mutuelles ? Si celles-ci souhaitent se développer en Europe, il est nécessaire d'adapter au préalable le statut de la mutuelle européenne. Celles qui ont la volonté de se diversifier à l'étranger souhaitent avant tout le faire dans des pays francophones comme ceux du Maghreb.

Philippe Mixe

Avec l'évolution des règles, on peut se poser la question de la coassurance. Sauf erreur, le Code de la Mutualité n'interdit pas la coassurance.

Didier Rochette

C'est un problème qui sera bientôt réglé. L'ACP a mis en place un groupe de travail à ce sujet. Elle se demandait ce qu'il advenait des adhérents coassurés par deux mutuelles. Sont-ils des demi-adhérents dans chacune des mutuelles ou sont-ils adhérents à part entière de chacune des mutuelles ? Des questions institutionnelles étaient difficiles à trancher. Une solution a néanmoins été trouvée et le texte devrait passer avec le premier véhicule législatif adéquat, vraisemblablement la transposition en droit français de Solvabilité 2. Car l'évolution va dans ce sens.

7^{èmes} Rencontres : la conclusion

Comme l'énonce le titre de cette conférence, les mutuelles sont actuellement à la croisée des chemins. Que ce soit l'article 1 de la loi ANI ou Solvabilité II, elles n'ont d'autres choix que de s'impliquer dans ces changements, de faire preuve de souplesse et de procéder aux adaptations nécessaires. Car il faut agir, et vite !

Est-on à l'aube d'une nouvelle ère de la complémentaire santé ? Ces réformes ne sont-elles pas les prémisses d'une refonte, au niveau structurel, de la Sécurité sociale qui entraînerait nécessairement un changement de modèle pour les complémentaires santé ? Que prépare le gouvernement avec la réflexion qu'il a entamée sur la refonte du cahier des charges des contrats « solidaires et responsables » ?

A tout le moins, ça bouge en complémentaire santé !

Une partie de l'article 1 invalidée par le Conseil constitutionnel

Le 13 juin, le Conseil constitutionnel a invalidé les clauses de désignation et de migration intégrées à l'article 1 de la loi de sécurisation de l'emploi car il a considéré qu'elles remettaient en cause l'article 4 de la Déclaration de 1789, et notamment la liberté d'entreprendre et la liberté contractuelle en découlant.

La disposition censurée ne remet pas en cause la généralisation des contrats collectifs santé à tous les salariés.

Source : Communiqué de presse du Conseil constitutionnel