



**Comments on Consultation Paper on the Opinion on
the 2020 review of Solvency II (EIOPA-BoS-19/465)**

-Public-

**Propositions de simplifications du régime
Le cas des mutuelles françaises**

Version n°7

15 janvier 2020

Présentation de la FNIM

La Fédération nationale indépendante des mutuelles (FNIM) a été créée le 13 mars 1989 avec pour mission principale de défendre les intérêts de ses adhérents, des entreprises mutualistes françaises. La FNIM représente une trentaine de mutuelles et unions, soit 1,5 millions de personnes sur tout le territoire national. A ce titre, elle mène des actions auprès des pouvoirs publics et représente ses adhérents au sein des instances qualifiées.

Préambule

Par la publication le 15 octobre 2019 du document intitulé « *Consultation Paper on the Opinion on the 2020 review of Solvency II* », EIOPA souhaite consulter l'industrie sur d'éventuelles améliorations ou simplifications sur certains éléments du régime Solvabilité II. La FNIM, représentant des mutuelles de taille modeste ne pratiquant que l'assurance complémentaire santé, salue la volonté de simplification du régime Solvabilité II et souhaite apporter sa contribution et son expérience du terrain afin que la diversité des organismes fournisseurs de garanties d'assurance, nécessaire à la contention du risque systémique, soit prise en compte et préservée.

A titre liminaire, la FNIM s'étonne de ce que ce document, ou « *papier de consultation* », ne soit disponible qu'en version anglaise. En effet, depuis la sortie du Royaume-Uni de l'Union Européenne, parmi les 24 langues officielles de l'Union européenne, l'anglais n'est langue officielle nationale qu'en Irlande et à Malte (deux pays bilingues, dont l'autre langue est également langue officielle de l'Union Européenne). Le français, quant à lui, est langue officielle en France, en Belgique et au Luxembourg ; l'allemand est langue officielle en Allemagne, en Autriche, en Belgique et au Luxembourg. Nous comprenons qu'EIOPA ne souhaite pas changer sa langue de travail mais il aurait été de bonne administration de mettre à disposition de l'industrie consultée des traductions, surtout lorsqu'il s'agit de sujets aussi importants. L'article 20 du traité sur le fonctionnement de l'Union Européenne donnant à chacun « *le droit de s'adresser aux institutions et aux organes consultatifs de l'Union dans l'une des langues des traités et de recevoir une réponse dans la même langue* », EIOPA comprendra que la FNIM se permette d'apporter sa contribution en français et demande à ce que les conclusions de cette consultation soient également publiées en français, notamment.

La FNIM souhaite insister sur le fait que la complexité de la formule standard, ainsi que la lourdeur des règles de gouvernance, embarquées dans le dispositif Solvabilité II, ne sont clairement pas adaptées au profil de risque des mutuelles françaises de petite taille qui ne portent que des risques simples d'intensité faible.

Nos Présidents, dont le rôle est avant tout politique, ne peuvent assumer leurs fonctions de dirigeants effectifs, comme commandé par le pilier 2 de ce régime prudentiel, avec une formule standard inutilement complexe.

En effet, les missions de nos Présidents étaient déjà nombreuses avant l'entrée en vigueur du régime prudentiel Solvabilité II et le niveau actuariel attendu pour maîtriser, ne serait-ce que les grands facteurs impactant la solvabilité de leurs mutuelles sous l'empire de la formule standard, ne leur permettent pas d'exécuter sereinement leur mission de direction effective. De même, les administrateurs, dont la compétence est exigée par le pilier 2, sans qu'elle soit clairement définie, ne peuvent prendre part aux décisions en pleine connaissance de leurs impacts prudentiels. Cette complexité débridée contraint donc nos gouvernants mutualistes à tenir compte aveuglément des simulations effectuées par les agents opérationnels ou les cabinets de conseil spécialisés. Il y a ici une contradiction qui rend le dispositif, pris dans sa globalité, inapplicable pour nos membres.

L'objet de cette note est, dans le cadre de la réforme du régime Solvabilité II prévue en 2020, de proposer un dispositif de simplification dudit régime qui pourrait être applicable aux organismes d'assurance de petite taille, dont la solvabilité est confortable et qui n'assure que des risques courts. L'étude qui a permis d'établir les propositions quantitatives se fonde sur l'analyse statistique des rapports publics sur la solvabilité et la situation financière d'une centaine de mutuelles françaises spécialisées dans l'assurance complémentaire santé et susceptibles d'être éligibles au dispositif, c'est-à-dire dont les cotisations brutes annuelles sont inférieures à 150 M€.

Il convient de rappeler au préalable que les objectifs de la Directive Solvabilité II sont détaillés dans ses trois premiers considérants, où nous pouvons lire que ce régime vise à mettre en place le marché unique de l'assurance (i), un contrôle coordonné du marché de l'assurance (ii) et, enfin, à refondre dans un texte unique les anciennes directives (iii). Solvabilité II ne vise donc pas à mieux protéger les assurés européens. Une mutuelle franco-française, dont l'activité est intimement liée à celle du régime de Sécurité sociale public, n'est bien évidemment pas dans le marché unique de l'assurance, de ce fait, cette Directive n'apporte rien aux mutuelles, ni à leurs consommateurs.

Les mutuelles présentent par ailleurs un profil de risques simple, elles pratiquent généralement de la santé annuelle et du décès temporaire ; peu font de la prévoyance lourde. Leurs placements sont simples. Une immense majorité de mutuelles ne méritent donc pas un régime prudentiel si sophistiqué.

Nous avons le sentiment qu'une certaine proportion des contrôleurs travaillant pour les Autorités de contrôle européennes n'est pas en mesure de vérifier les calculs prudentiels imposés par la réglementation, du fait de leur formation (qui semble être plus juridique que scientifique). De ce fait, certaines Autorités sous-traitent intégralement leur mission de contrôle à des grands cabinets de conseil, lesquels sont pourtant des prestataires de services d'assureurs (*e.g.* le cas de l'Autorité Bulgare FSC¹). D'autres, pour les mêmes raisons, renversent au cours de leurs inspections la charge de la preuve vers le marché en demandant aux assureurs de démontrer la validité de leurs calculs. Une telle organisation des travaux de contrôle n'est pas compatible avec le droit public communautaire. Nous notons aussi que les Autorités de contrôle ne sont plus en mesure de former elles-mêmes leur propre personnel, et se font donc former par des organismes de formation, qui sont eux-mêmes financés par l'industrie de l'assurance. Ce contexte de travail est largement perfectible. Une simplification des calculs donnera donc plus de crédibilité aux travaux diligentés par les Autorités de contrôle.

Enfin, concernant les travaux de simplification du régime Solvabilité II, nous pensons que le processus initié par l'EIOPA est inadapté. Le document support de 878 pages est inutilement complexe et contient des statistiques européennes que nous ne pouvons pas commenter ni contester. Il cible finalement quelques assureurs représentant un risque systémique et ne s'adapte pas aux spécificités de l'immense majorité des organismes à qui il s'adresse pourtant. Ce document constitue simplement une réflexion sur une modification des paramètres techniques et pas sur leur simplification. Les très rares pistes de simplification qui y sont listées (quelques paragraphes) sont exagérément restreintes si bien que nous ne pouvons pas travailler correctement sur les vraies difficultés que pose le régime Solvabilité II. Ainsi, pour toutes ces raisons, nous avons fait le choix de vous proposer une réponse libre.

Ce document peut être publié sur le site de l'EIOPA.

¹<https://www.fsc.bg/en/news/financial-supervision-commission-approves-independent-external-reviewers-to-conduct-the-reviews-in-the-insurance-and-pension-funds-sectors-8114.html>

1. Rappel : le rapport sur la solvabilité et la situation financière (SFCR)

Chaque année, les organismes soumis au régime prudentiel Solvabilité II publient un rapport sur la solvabilité et la situation financière. Le contenu de ce rapport est détaillé aux articles 290 à 298 du règlement délégué 2015/35 ; il doit respecter le formalisme suivant :

- Une synthèse reprend les principales informations détaillées dans le corps du rapport (chiffre d'affaires, les faits marquants de l'année écoulée, l'évolution de la solvabilité) ;
- Le corps du rapport doit respecter le plan défini par l'annexe XX du règlement délégué présentant l'activité de l'organisme, son système de gouvernance ainsi que les principaux indicateurs de solvabilité ;
- Les états quantitatifs annuels suivants sont portés en annexes :
 - o L'état S.02.01 sur le bilan prudentiel ;
 - o L'état S.05.01 sur les primes, sinistres et dépenses par ligne d'activé ;
 - o L'état S.12.01 sur les provisions techniques vie ;
 - o L'état S.17.01 sur les provisions techniques non-vie ;
 - o L'état S.19.01 sur les sinistres en non-vie ;
 - o L'état S.23.01 sur les fonds propres ;
 - o L'état S.25.01 sur la décomposition du SCR ;
 - o L'état S.28.01 ou l'état S.28.02 sur la décomposition du MCR.

2. Sur la construction de la base de données

Les éléments quantitatifs recueillis dans les annexes des rapports SFCR à l'inventaire 2018 pour la construction de la base de données sont les suivants :

- Les informations issues de l'état S.02.01 :
 - o Les placements ;
 - o La trésorerie ;
 - o Les meilleures estimations brutes et réassurées ;
 - o Les postes d'impôts différés actif et passif ;
- Les informations issues de l'état S.05.01 :
 - o Les cotisations acquises brutes de réassurance, en acceptation en réassurance et réassurées par groupe homogène de risque (frais de soin, perte de revenus, vie et santé similaire à la vie) ;
 - o Les prestations payées brutes de réassurance, en acceptation en réassurance et réassurées par groupe homogène de risque (frais de soin, perte de revenus, vie et santé similaire à la vie) ;
 - o Les variations des autres provisions techniques brutes de réassurance, en acceptation en réassurance et réassurées par groupe homogène de risque (frais de soin, perte de revenus, vie et santé similaire à la vie) ;
 - o Les frais par groupe homogène de risque (frais de soin, perte de revenus, vie et santé similaire à la vie) ;
- Les informations issues de l'état S.12.01 :
 - o Les meilleures estimations brutes et réassurées par groupe homogène (vie et santé similaire à la vie) ;
 - o La marge de risque par groupe homogène (vie et santé similaire à la vie) ;

- Les informations issues de l'état S.17.01 :
 - o Les meilleures estimations pour primes brutes et réassurées par groupe homogène de risque (frais de soin et protection de revenus) ;
 - o Les meilleures estimations pour sinistres brutes et réassurées par groupe homogène (frais de soin et protection de revenus) ;
 - o La marge de risque par groupe homogène (frais de soin et protection de revenus).
- Les informations issues de l'état S.23.01 :
 - o La décomposition des fonds propres selon le niveau d'éligibilité (Niveau 1 – non restreint, le niveau 1 restreint, le niveau 2 et le niveau 3) ;
 - o La décomposition des fonds propres éligibles pour couvrir le SCR ;
 - o La décomposition des fonds propres éligibles pour couvrir le MCR.
- Les informations issues de l'état S.25.01 :
 - o Les modules du SCR (marché, contrepartie, vie, non-vie, actifs incorporels et SCR opérationnel) ;
 - o Les ajustements par les provisions techniques et par les impôts différés ;
 - o Le SCR.
- Les informations issues de l'état S.28.01 ou S.28.02 :
 - o Le MCR.

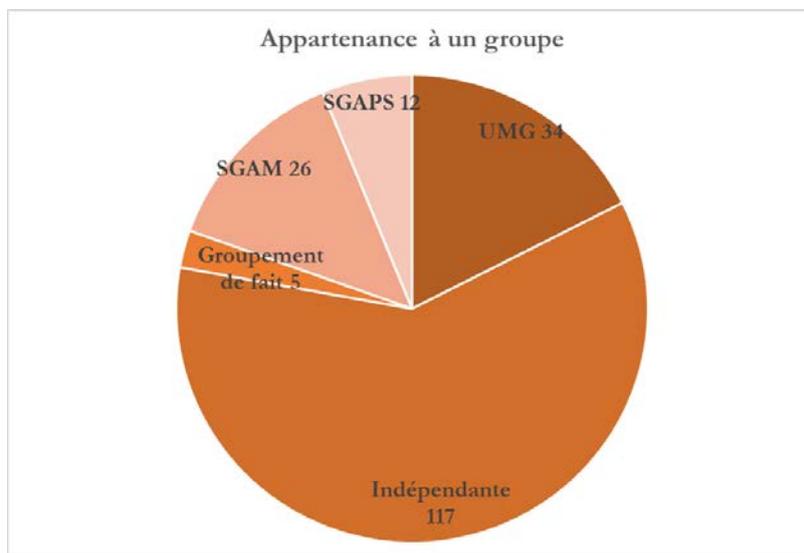
Les pistes de simplification proposées ci-après en titre 4 reposent sur l'analyse de ces différentes données publiques. Chaque rapport SFCCR a ainsi fait l'objet d'un examen individuel et les données qu'il contient ont été enregistrées manuellement dans une base Excel.

3. Analyse préalable du secteur mutualiste

D'après la liste publiée par l'Autorité de contrôle prudentiel et de résolution (ACPR), au 1^{er} janvier 2019, 194 mutuelles ou unions régies par le code de la mutualité sont soumises au régime prudentiel Solvabilité II. Toutefois, à la date de réalisation de la présente étude (au cours du second semestre 2019, seuls 162 organismes mutualistes avaient publié leurs rapports SFCCR. Il est à noter que certains groupes prudentiels publient un rapport « unique » pour l'ensemble des structures qui le composent (*e.g.* l'UMG Entis qui est composée de 7 mutuelles ne présente pas les détails sur chacune d'entre elles).

3.1. Sur les groupements et les mutuelles indépendantes

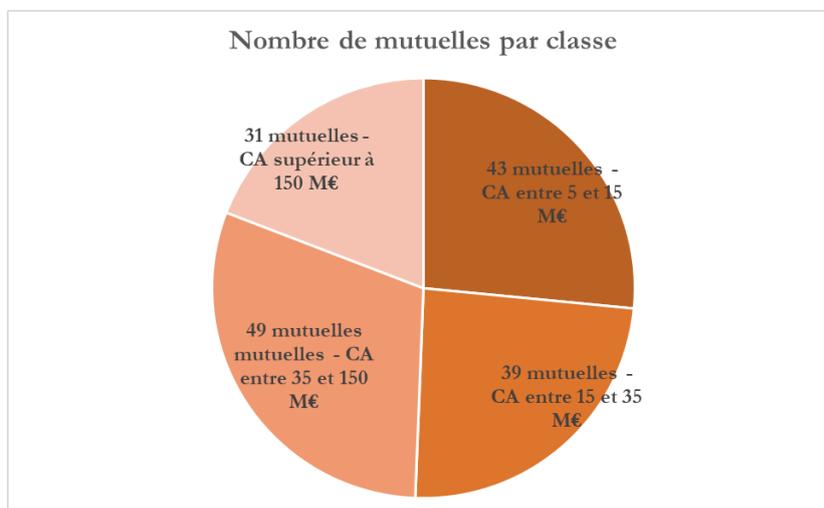
Selon qu'elles appartiennent à un groupe assurantiel (de type SGAM), un groupe paritaire (de type SGAPS), un groupe mutualiste (de type UMG), un groupement mutualiste de fait ou qu'elles soient indépendantes, les 194 mutuelles ou unions régies par le code de la mutualité recensées au 1^{er} janvier 2019 se répartissent comme suit :



3.2. Une proposition de catégorisation de l'ensemble des mutuelles

Sur la base des 162 rapports SFCR disponibles, les mutuelles peuvent être ventilées selon quatre classes différentes en fonction de leurs cotisations brutes annuelles : de 0 à 15 M€, de 15 M€ à 35 M€, de 35 M€ à 150 M€ et plus de 150 M€.

Ainsi, les 162 mutuelles évoquées *supra* seraient réparties comme suit :



Compte tenu du fait que les 32 mutuelles qui n'ont pas publié leurs rapports SFCR ne sont vraisemblablement pas dans la catégorie supérieure à 150 M€, il peut être supposé qu'au 1^{er} janvier 2019, **le nombre de mutuelles soumises au régime solvabilité et dont les cotisations annuelles sont inférieures à 150 M€ s'établit à 163 et qu'elles se répartissent à peu près uniformément dans chacune des trois catégories de taille restantes (5-15 M€, 15-35 M€ et 35-150 M€).**

3.3. Sur les indicateurs économiques par catégories

3.3.1. *Les cotisations santé*

Le chiffre d'affaires de l'ensemble des mutuelles s'élève à environ 18 milliards sur l'exercice 2018. Il se distribue de la façon suivante.

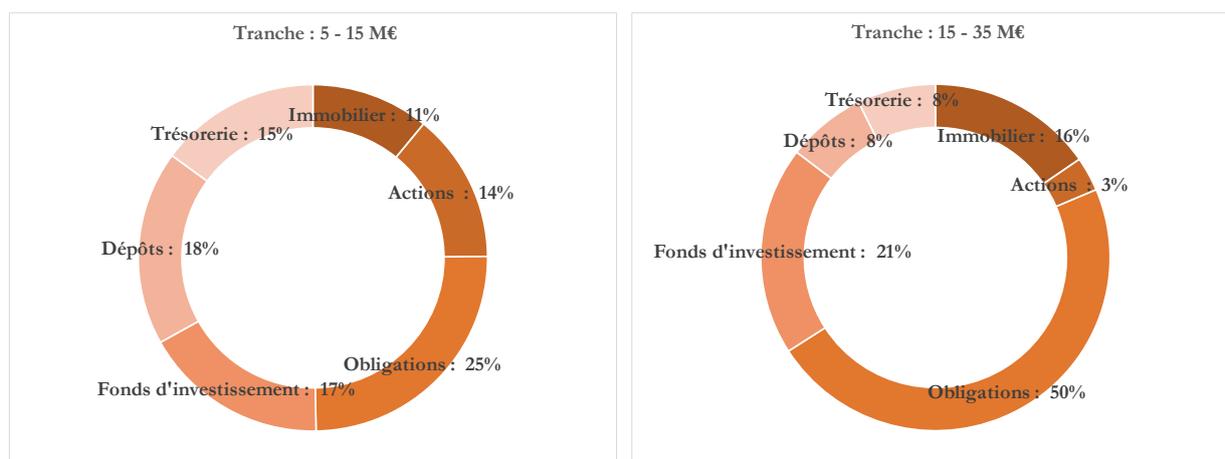
<i>Décomposition du chiffre d'affaires du marché selon celui généré par chaque mutuelle</i>	
Mutuelles générant un chiffre d'affaires inférieur à 15 M€	346 M€
Mutuelles générant un chiffre d'affaires compris entre 15 et 35 M€	786 M€
Mutuelles générant un chiffre d'affaires compris entre 35 M€ et 150 M€	3 298 M€
Mutuelles générant un chiffre d'affaires supérieur à 150 M€	13 506 M€
Total	17 936 M€

Les cotisations des mutuelles dont le chiffre d'affaires est inférieur à 15 M€ sont réassurées à hauteur de 8%, ce taux se situe à 11% pour celles qui ont un chiffre d'affaires compris entre 15 et 35 M€. La réassurance s'élève à 16% pour les organismes ayant un niveau de cotisations compris entre 35 M€ et 150 M€. Pour les mutuelles les plus importantes, *i.e.* celles qui ont une activité supérieure à 150 M€, les cotisations sont réassurées à 10% environ.

Il est à noter que la situation particulière de deux mutuelles réassurées à presque 100% biaise la moyenne de la catégorie de 35-150 M€. L'exclusion de ces deux structures fixe la moyenne de réassurance à environ 10% sur l'ensemble des mutuelles.

3.3.2. *Le portefeuille de placements*

Par catégories, la décomposition moyenne du portefeuille de placements des mutuelles concernées se présente comme suit :





Les mutuelles de la tranche 5 – 15 M€ ont investi dans des placements moins risqués que les mutuelles présentant un chiffre d'affaires plus important. Ces placements sont en grande partie des dépôts et de la trésorerie pour plus de 30% et des obligations pour 25%.

Dans la tranche 15 – 35 M€, la part obligataire est plus importante et représente la moitié du portefeuille de placements. Le recours aux fonds d'investissements est également plus fréquent.

Dans une même logique, les mutuelles de la tranche 35 – 150 M€ présentent une exposition obligataire plus importante et les fonds d'investissements sont également plus représentés.

Enfin, les mutuelles de la tranche >150 M€ ont une exposition obligataire de presque 60%, ont moins recours aux fonds d'investissements que les mutuelles des tranches inférieures mais détiennent environ 7% d'actions en direct.

3.3.3. Les provisions techniques santé

Par catégories, la moyenne des provisions techniques, évaluées en « meilleure estimation, est répartie comme suit :

Meilleure estimation (en K€)	0 – 15 M€	15 – 35 M€	35 – 150 M€	>150 M€
ME pour primes brute	-314	378	-1 094	-11 012
ME pour primes réassurée	-68	3	107	-694
ME pour primes nette	-245	375	-1 201	-10 317
ME pour sinistres brute	972	2 656	8 489	70 387
ME pour sinistres réassurée	71	319	1 602	9 911
ME pour sinistres nette	901	2 337	6 886	60 476
ME totale	656	2 713	5 685	50 159

3.3.4. Les comptes de résultat moyens

Par catégories, les comptes de résultat santé moyens, hors réassurance, se présentent comme suit :

(en K€)	0 – 15 M€	15 – 35 M€	35 – 150 M€	>150 M€
Cotisations	8 524	22 675	71 896	514 483
Charge des prestations	-6 826	-17 873	-54 195	-382 964
Frais	-1 344	-5 187	-12 120	-93 359
Résultat technique	355	-385	5 581	38 161
Ratio de sinistralité	80%	79%	75%	74%
Ratio de sinistralité combiné	96%	102%	92%	93%

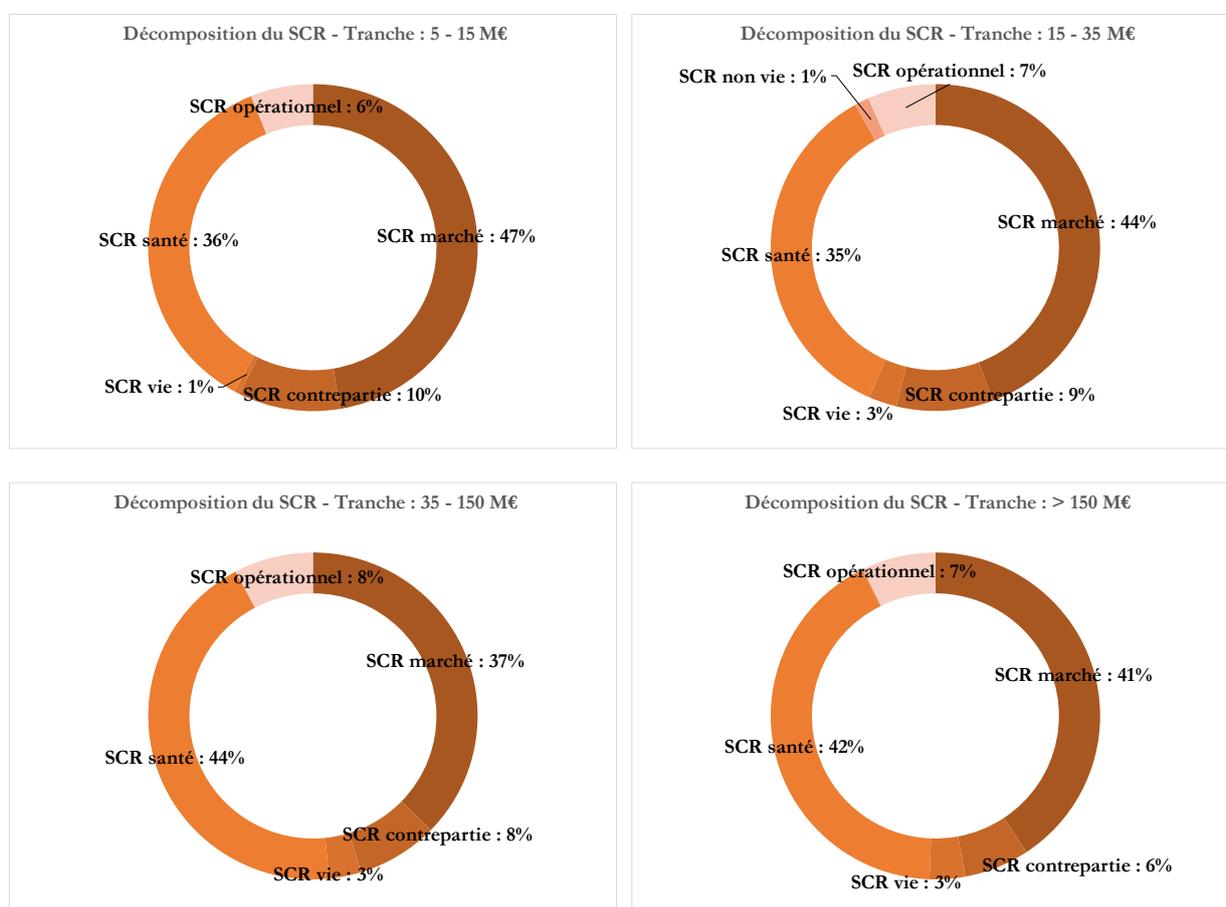
3.3.5. La décomposition du SCR

Pour les mutuelles dont l'activité est essentiellement de la santé (SCR souscription santé supérieur au SCR souscription vie) et par catégories, la décomposition du SCR se présente comme suit :

(en K€)	0 – 15 M€	15 – 35 M€	35 – 150 M€	>150 M€
SCR marché	2 268	5 299	10 977	95 828
SCR contrepartie	480	1 135	2 351	15 106
SCR vie	25	331	930	8 234
SCR santé	1 723	4 225	12 898	99 226
SCR non vie	-	165	-	236
Effet de diversification	-927	-2 555	-6 560	-54 043
SCR incorporels	-	8	18	38
BSCR	3 569	8 608	20 614	164 625
SCR opérationnel	294	793	2 272	16 954
Ajustements	-510	-598	-1 709	-6 423
SCR	3 352	8 804	21 176	175 156
Fonds propres	12 971	29 533	71 675	462 332
Couverture SCR	387%	335%	338%	264%

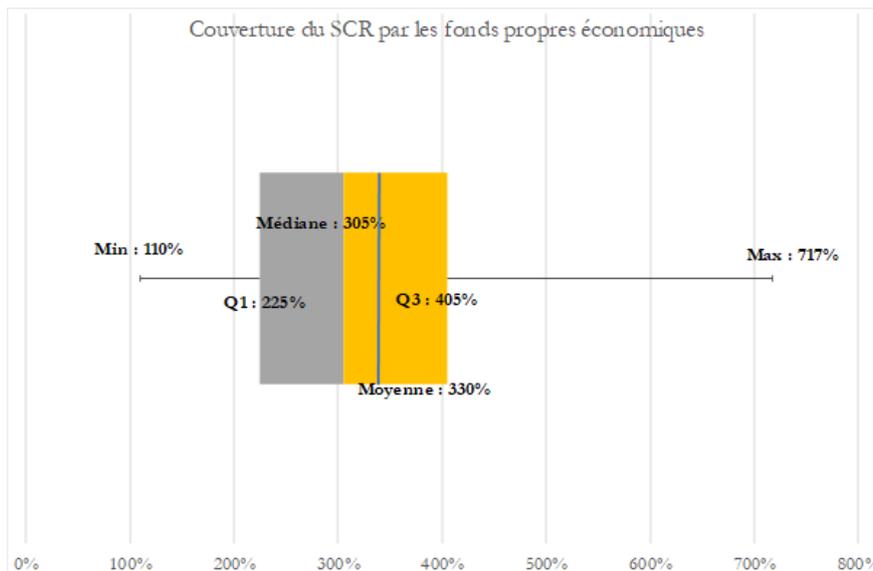
Il apparaît que les plus petites mutuelles sont aussi les plus solvables. Cela s'explique par une gestion plus prudente notamment en matière d'investissements financiers.

En intégrant les effets de diversification et les ajustements, la décomposition du SCR par catégories se présente comme suit :



Les principales composantes du SCR sont donc les modules « marché » (plus de 40% dans la plupart des tranches) et « souscription santé » (entre 36% et 44%).

Pour ce qui concerne la solvabilité, les principales statistiques sont synthétisées ci-après. La couverture de SCR moyenne s'élève à 330%. Les trois quarts des organismes couvrent leur SCR à plus de 225%.



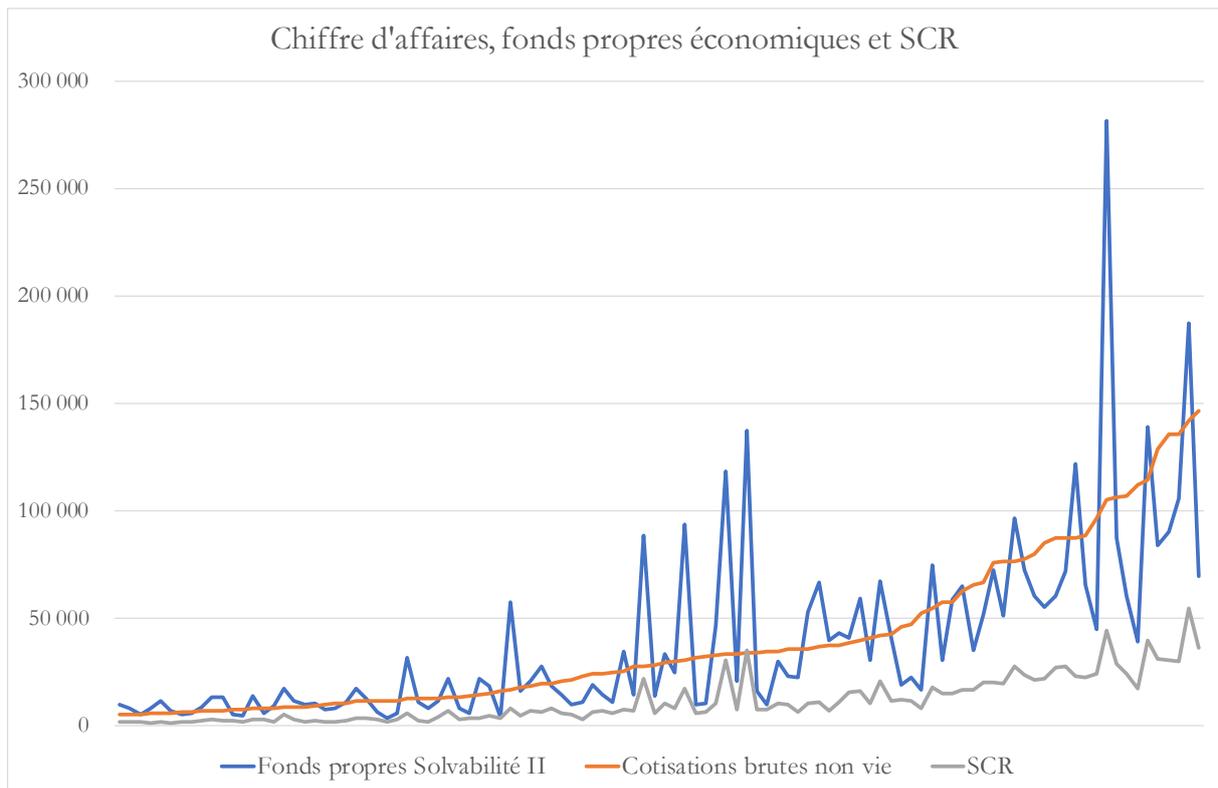
4. Propositions de simplifications

4.1. Périmètre de l'étude

Les travaux statistiques qui suivent utilisent uniquement les données prudentielles 2018 des mutuelles dont le chiffre d'affaires est compris entre 0 et 150 M€ et dont la principale activité est la santé ; cette population se compose de 107 organismes représentant un chiffre d'affaires en complémentaire santé d'environ **4 milliards d'euros**. Compte tenu du fait que les 32 mutuelles qui n'ont pas publié leurs rapports SFCR font vraisemblablement partie de cette catégorie, les propositions de simplification objet du présent rapport pourraient concerner **entre 130 et 140 mutuelles**.

4.2. Illustration de l'explication corrélative des fonds propres et du SCR par les cotisations

Pour les 107 mutuelles présentant un chiffre d'affaires inférieur à 150 M€, l'illustration (par chiffre d'affaires croissant) de leur SCR et de leur niveau de fonds propres économiques est présentée ci-après.



Il est observable que le chiffre d'affaires, les fonds propres économiques et le SCR sont des variables qui pourraient être corrélées. Ainsi une méthode semblable à celle en vigueur sous le précédent régime prudentiel, avec un pourcentage des cotisations comme indicateur du besoin de fonds propres, pourrait vraisemblablement être acceptable. Néanmoins, comme montré ci-dessous, le risque de marché ne semble pas pouvoir être ignoré complètement, compte tenu de la conjoncture actuelle et des tendances repérées dans la présente étude.

4.3. La proposition de méthode simplifiée pour l'établissement du bilan prudentiel

Sous le régime Solvabilité II, un bilan prudentiel est établi afin de déterminer les fonds propres économiques permettant la couverture des exigences prudentielles.

Le bilan prudentiel Solvabilité II présente les principales spécificités suivantes par rapport au bilan social en normes comptables françaises :

- Les placements sont en valeur de marché ;
- Les provisions techniques sont en valeur de transfert. Elles sont calculées comme la somme des meilleures estimations et de la marge de risque ;
- Les impôts différés actifs et passifs doivent être pris en compte.

Ces éléments permettent de mesurer la valeur réelle des fonds propres d'un organisme d'assurance et ne présentent pas de complexité démesurée en matière d'exécution des calculs, à l'exception de la marge pour risque qui dépend normalement des modules de souscription, de contrepartie et opérationnel.

Ainsi, la seule proposition de simplification pour l'établissement du bilan prudentiel serait de retenir **une marge de risque à 6% du SCR simplifié** et non plus 6% des modules de souscription, de contrepartie et opérationnel. Cette simplification est prudente sur le plan prudentiel puisque le SCR simplifié, comme montré ci-dessous, sera structurellement supérieur au SCR détaillé.

4.4. La proposition de méthode simplifiée pour le calcul du capital de solvabilité requis (SCR)

Comme cette étude le montre et comme cela pouvait être facilement anticipé, les principales composantes du SCR sont le module de risque de souscription santé ainsi que le module de risque de marché.

Le SCR souscription santé dépend fortement des cotisations nettes de réassurance. Le SCR marché dépend quant à lui du volume et de la qualité des placements de la mutuelle. Selon la formule standard, les placements les plus risqués sont les actions, les fonds d'investissement et l'immobilier.

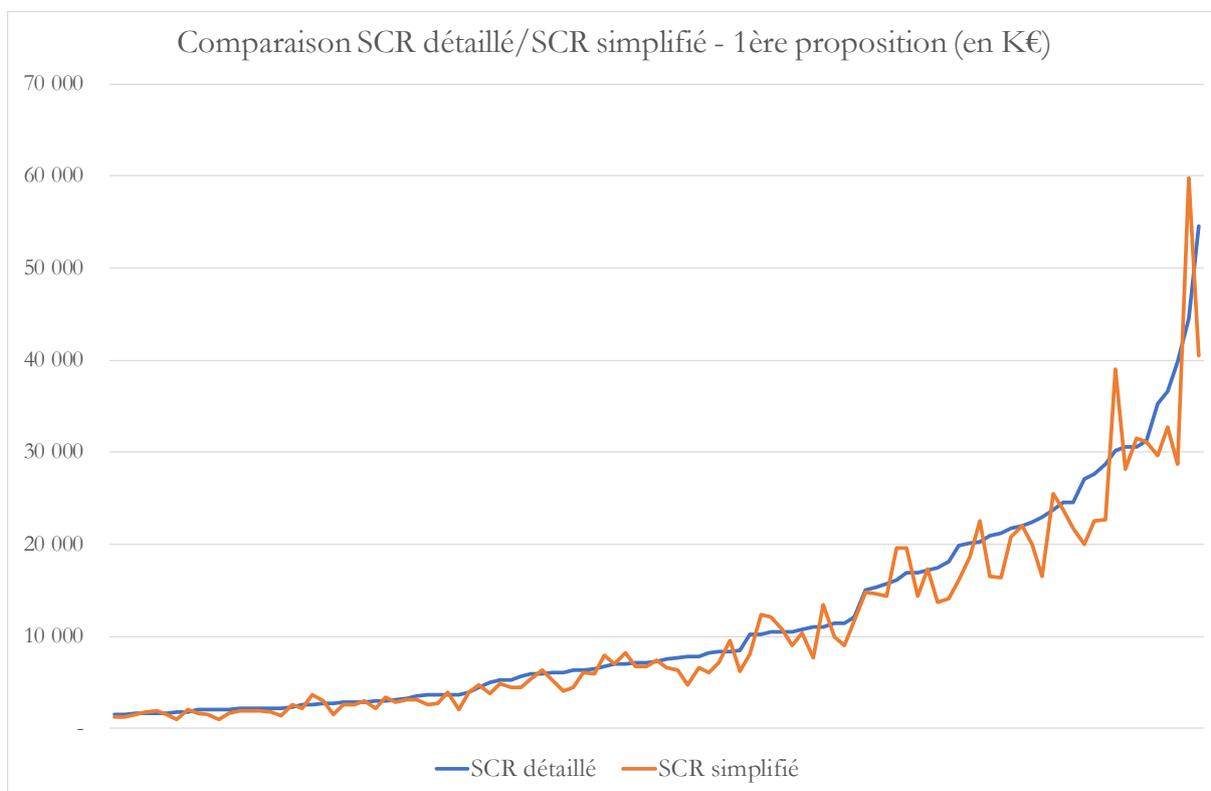
Une régression bilinéaire a donc été effectuée afin d'expliquer le montant du SCR selon les deux variables suivantes :

- Les cotisations nettes de réassurance ;
- La somme de la valeur de marché des actions, de l'immobilier et des fonds d'investissement appelée dans la suite de cette étude « Assiette de placements à risque ».

Cette régression bilinéaire, qui présente un coefficient de détermination (R^2) de 96,67%, permettrait de proposer la simplification suivante :

$$\text{SCR simplifié} = 17\% \cdot \text{Cotisations nettes} + 22\% \cdot \text{Assiette de placements à risque}$$

Comme illustré ci-après, cette formule a le mérite de relativement bien faire correspondre, en moyenne, le SCR simplifié et le SCR détaillé, mais elle présente l'inconvénient majeur d'être imprudente sur le plan prudentiel pour environ la moitié des organismes lorsque le SCR simplifié est inférieur au SCR détaillé.

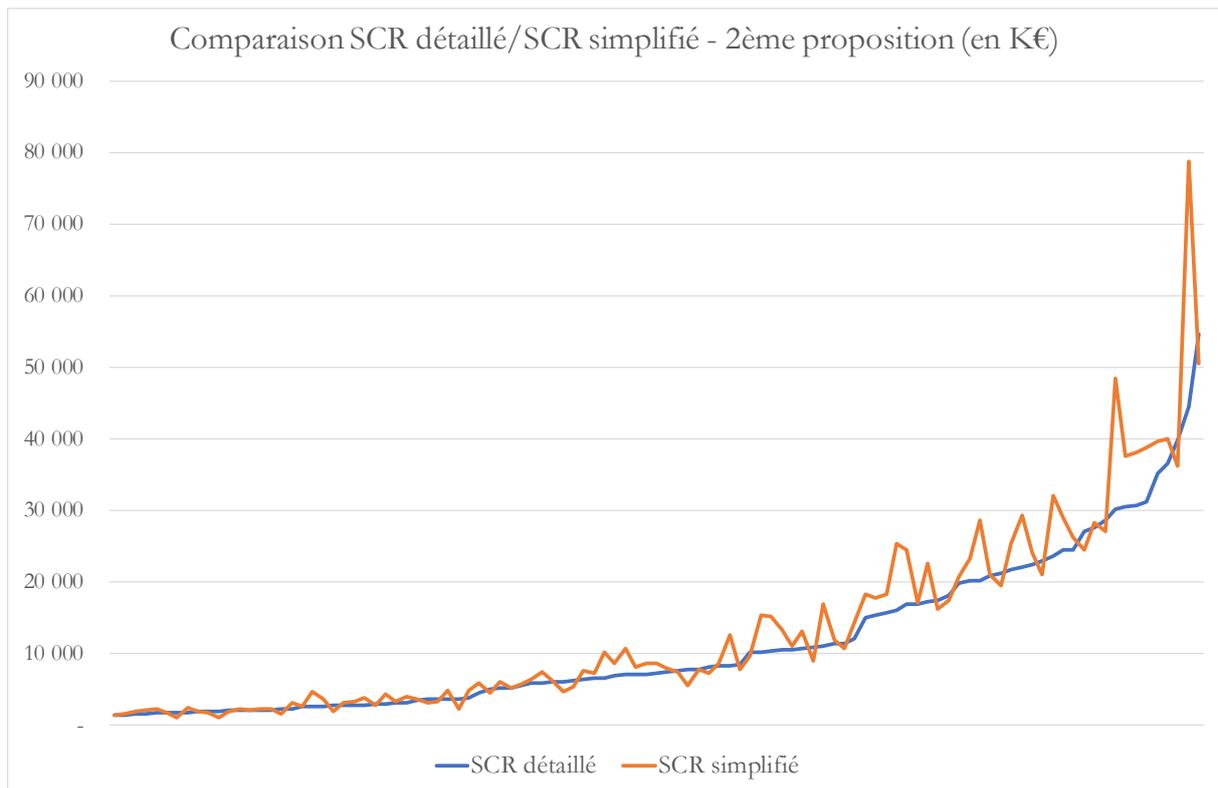


Pour les SCR inférieurs à 10 M€, le modèle semble relativement bien calibré.

En revanche, pour les mutuelles ayant un SCR supérieur à 10 M€, la prédiction est plus volatile. Aussi, afin de tenir compte de la sous-estimation souvent observée sur cette catégorie, par prudence, la proposition suivante peut être émise :

$$\text{SCR simplifié} = 20\% \cdot \text{Cotisations nettes} + 30\% \cdot \text{Assiette de placements à risque}$$

Sous cette nouvelle proposition, la comparaison entre les SCR détaillés et les SCR simplifiés se présenterait comme suit :



Il est ici patent que cette nouvelle proposition de simplification sécurisée, sur le plan prudentiel, la mesure de la solvabilité des mutuelles concernées. Il est à noter que cette proposition est très pénalisante en solvabilité pour les mutuelles qui détiennent des fonds d'investissements et qui parviennent à les observer par transparence dans le calcul détaillé.

Ainsi, pour des raisons de prudence, la proposition de simplification du SCR est la suivante :

$$\text{SCR simplifié} = 20\% \cdot \text{Cotisations nettes} + 30\% \cdot \text{Assiette de placements à risque}$$

4.5. La proposition de méthode simplifiée pour le calcul du minimum de capital requis (MCR)

Le MCR est calculé actuellement selon une formule linéaire dépendant des cotisations et des meilleures estimations nettes de réassurance. Le MCR doit être compris entre 25% et 45% du SCR (le *corridor*) et ne doit pas être inférieur à un minimum absolu (défini entre 2,5 M€ et 6,2 M€ selon l'activité pratiquée).

La proposition naturelle de simplification est ici de **remplacer le SCR détaillé par le SCR simplifié** pour le calcul du *corridor*.

Par ailleurs, il est proposé que le calcul du **MCR trimestriel**, souvent au minimum absolu pour ces organismes et en tout cas très peu volatile sur des périodes infra-annuelles, ne soit **plus imposé**.

4.6. Les propositions de simplifications concernant les piliers 2 et 3 de la Directive Solvabilité II

Le principe des quatre yeux

Concernant le principe des quatre yeux, nous rappelons que la Directive Solvabilité II n'impose pas deux dirigeants effectifs aux organismes d'assurance. Ce principe des « quatre yeux » a été introduit dans la réglementation lors de la rédaction du règlement délégué 2035/15 qui complète la directive précitée, lequel précise dans son article 258 que « *les entreprises d'assurance et de réassurance veillent à être effectivement dirigées par au moins deux personnes* ». Sur ce sujet bien précis, l'action de la Commission européenne excède clairement ses pouvoirs car elle introduit une exigence nouvelle des plus importantes sans accroche juridique dans la Directive.

Quoi qu'il en soit, la Directive n'impose donc pas deux postes de direction générale aux structures qui n'en ont pas. Nous ne trouvons pas la moindre référence à ce principe dans la Directive.

Nous comprenons que ce principe a vraisemblablement été introduit par le CEIOPS (ex-EIOPA), sous l'influence du Portugal et de l'Allemagne, en 2005, dans une consultation publique (le CP-04-05). L'expression « *four eyes principle* » était alors utilisée le superviseur anglais, le FSA, dans son guide de contrôle (son *Handbook*), qui, comme vous le savez, a fortement inspiré le CEIOPS puis l'EIOPA (des passages entiers de ce *Handbook* ont été repris dans les niveaux 2 et 3 du régime Solvabilité II, notamment sur les modalités de contrôle prudentiel « *supervisory review process* »). Le principe des « quatre yeux » exprimait à cette époque une notion de contre-pouvoir, et pas vraiment une « double signature ». Les anglo-saxons ont eux-mêmes alerté le CEIOPS dès 2004 sans succès ; les réponses aux consultations publiques sont encore en ligne.

Ce principe des quatre yeux est inadapté aux sociétés salariant moins de 150 personnes, ce qui représente l'immense majorité des mutuelles soumises à Solvabilité II en France. Nous continuons de penser que ce principe est nécessairement respecté en France car aucun organisme d'assurance ne peut être piloté par moins de deux personnes. Les Conseils d'administration des sociétés habilitées à effectuer des opérations d'assurance sont tous composés de plus de dix personnes.

Sous-traitance des travaux confiés aux fonctions clefs

Pour ce qui concerne la sous-traitance, nous comprenons que les fonctions clefs ne peuvent pas être sous-traitées intégralement, alors que cette possibilité est clairement prévue dans la Directive, *cf.* 31^{ème} considérant (lequel évoque la sous-traitance intégrale et le soutien technique). Ainsi, l'EIOPA et les autres Autorités de supervision européennes appliquent une doctrine qui heurte la volonté des parlementaires européens en imposant au marché de maîtriser pleinement les activités sous-traitées ; la sous-traitance devient ainsi superfétatoire.

Rôle du Président et fonction de direction effective

Le code de la mutualité est peu disert sur les modalités d'exercice de la mission de direction effective du Président d'une mutuelle. On peut rappeler que l'article L. 211-14 du Code de la mutualité précise, s'agissant du dirigeant opérationnel, que le conseil d'administration « *fixe les conditions dans lesquelles il lui délègue les pouvoirs nécessaires à la direction effective de la mutuelle ou de l'union* ». Aucune disposition similaire n'existe s'agissant du Président et les articles L. 114-8 et L. 114-20 du code de la mutualité l'autorisent simplement à convoquer l'assemblée générale, le conseil d'administration et à fixer l'ordre du jour de ces deux instances. Le président du conseil d'administration ne semble disposer, donc, par cette seule qualité, des pouvoirs nécessaires pour diriger la mutuelle. Ces pouvoirs sont détenus par le conseil d'administration qui, aux termes des articles L. 114-16 et L. 114-17, administre la mutuelle, détermine les orientations, veille à leur application, opère toutes vérifications et contrôles qu'il juge opportuns et se saisit de toute question intéressant la bonne marche de l'organisme.

L'organe décisionnel (qui dispose donc des pouvoirs y attachés) est le conseil d'administration et non son Président.

Nous ne comprenons pas pourquoi les présidents de mutuelles sont nécessairement dirigeants effectifs. En effet, nous précisons qu'en application des dispositions des articles R. 322-168 du Code des assurances et R. 931-3-45-3 du Code de la sécurité sociale, les personnes qui dirigent effectivement les autres types d'organismes d'assurance sont :

- Pour les organismes relevant du Code des assurances : le directeur général ou les membres du directoire, ainsi que, le cas échéant, le ou les directeurs généraux délégués ;
- Pour les organismes relevant du Code de la sécurité sociale : le directeur général et le directeur général délégué.

Honorabilité et compétences

Au sujet de l'honorabilité des dirigeants et administrateurs, nous soulignons que ces exigences étaient déjà applicables en France (l'honorabilité était déjà évoquée dans la loi de 1898 sur les Sociétés de secours mutuel). Toutefois, la notion de compétence est une notion fuyante, on l'associe souvent à l'expérience, mais le sujet n'est pas clair. Limiter les places aux seules personnes ayant de l'expérience nous priverait de ressources, de talents et d'idées nouvelles. Surtout, cela heurte les principes mutualistes selon lesquels tout membre d'une mutuelle peut faire partie de son Conseil d'administration.

Nous continuons de penser que les candidats honorables qui n'ont pas, lors de leur candidature, de solides compétences en assurances, peuvent les acquérir ultérieurement, et, de ce fait, qu'ils ne doivent pas être écartés.

Fonctions clefs

Il n'existe aucune définition claire de ce qu'est une fonction clef, la seule référence est celle donnée dans le 31^{ème} considérant de la Directive Solvabilité II (lequel n'est pas repris dans les versions consolidées publiques) disposant ce qui suit : « *On entend par fonction [clef] la capacité administrative de rem-plier certaines tâches de gouvernance. L'identification d'une fonction [clef] donnée n'empêche pas les entreprises de décider librement de la façon d'organiser cette fonction [clef] en pratique, sauf prescription contraire dans la présente directive. Ceci ne devrait pas conduire à des exigences trop lourdes, car il faudrait tenir compte de la nature, de l'ampleur et de la complexité des opérations de l'entreprise. Ces fonctions [clefs] devraient donc pouvoir être confiées au personnel de l'entreprise elle-même, s'appuyer sur les conseils d'experts extérieurs ou être sous-traitées à des experts dans les limi-tes fixées par la présente directive* ».

Qui plus est, il est extrêmement difficile, pour une petite mutuelle, de recruter des responsables de fonctions clefs chevronnés. En régions ou territoires ultramarins, cela s'avère tout bonnement impossible. Il convient d'assouplir les exigences sur ce sujet.

Compétences des responsables de fonctions clefs et des administrateurs

Concernant les compétences des responsables de fonctions clefs et des administrateurs, nous continuons de penser que le niveau d'exigence de l'Autorité de contrôle repose sur un texte qui ne respecte pas, selon nous, le principe de « *clarté de la loi* » lequel est protégé par l'article 34 de notre Constitution du 4 octobre 1958, puisqu'il ne permet pas de comprendre quel est le niveau d'exigence de la loi ni l'effort à fournir pour l'atteindre. Ce texte est donc de nature à fonder des jugements arbitraires et des situations inévitables susceptibles d'être sanctionnées par le Conseil d'État ou la Cour européenne des droits de l'Homme.

Conséquences de la complexité réglementaire

Le régime prudentiel réduit l'indépendance des mutuelles dans un contexte oligopolistique déjà existant, au détriment de leurs adhérents. Un mouvement de concentration forcé des organismes de mutuelles est déjà à l'œuvre depuis plusieurs années, comme le relève le Rapport 2014 sur la situation financière des organismes complémentaires assurant une couverture santé, édité par la Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (Drees) : « *En 2013, le nombre d'organismes qui exercent des opérations d'assurance (sociétés d'assurance, mutuelles et institutions de prévoyance) a de nouveau diminué. Ce recul du nombre d'acteurs est tout aussi marqué sur le champ des organismes pratiquant une activité de complémentaire santé, c'est-à-dire ceux assujettis à la taxe de solidarité additionnelle perçue au profit du fonds CMU (dite « taxe CMU-C ») : depuis 2001, le nombre de mutuelles a notamment été divisé par trois et le nombre d'institutions de prévoyance par deux* »².

² Rapport Drees (direction de l'administration centrale des ministères sanitaires et sociaux) 2014 « La situation financière des

Nous dénombrons plus que 288 mutuelles agréées en 2020 alors qu'elles étaient environ 2000 en 2001.

Reporting

La solvabilité des mutuelles est globalement stable en cours d'année. Les états prudentiels trimestriels ont donc une utilité très limitée en santé ; au surplus, toute Autorité de contrôle peut demander l'établissement de situations prudentielles à toute époque de l'année.

Par ailleurs, l'obligation de publier un rapport SFCR ainsi qu'un rapport RRS, lesquels sont basés sur le même plan impose un travail de rédaction redondant.

Pour ce qui concerne les piliers 2 et 3, les propositions de simplifications sont les suivantes :

Les fonctions clefs constituent des notions attachées à des exigences imprécises. Elles sont difficilement mises en œuvre par les organismes ayant moins de 50 salariés. Elles sont donc supprimées et remplacées par des tâches concrètes à exécuter chaque année, lesquelles sont listées exhaustivement ci-après :

- Rédaction d'un rapport actuariel ;
- Rédaction d'un rapport ORSA ;
- Établissement d'un plan d'audit ;
- Établissement d'un plan de conformité.

Ces tâches peuvent être effectuées sans restriction par la même personne et être sous-traitées.

La mise à jour périodique des politiques écrites n'est plus exigée.

Les mutuelles ont un seul dirigeant effectif.

Les deux rapports de solvabilité (SFCR et RRS) sont fusionnés dans un document unique désigné « rapport sur la solvabilité et la gouvernance » ; ce document est publié.

Les QRT sont mécaniquement simplifiés par l'ajustement de la formule de calcul du SCR.

La stabilité de la solvabilité des organismes concernés nous conduit à proposer la suppression des états trimestriels. L'Autorité de contrôle peut demander à toute époque de l'année un calcul de SCR détaillé (non simplifié).

4.7. Proposition de modalités d'utilisation du régime simplifié

En matière de modalités de détermination de l'éligibilité des mutuelles au régime simplifié, il est proposé que celle-ci serait acquise, **sur autorisation de l'Autorité de contrôle**, lorsque les conditions suivantes sont toutes réunies :

- Le chiffre d'affaires de l'organisme est inférieur à **150 M€** ;
- Son taux de couverture de SCR détaillé est supérieur à **200%** ;
- L'organisme n'assure que **des garanties santé ou décès annuelles** (pas de prévoyance lourde ou de décès viager).