

RAPPORT D'ACTIVITE
2002-2003
DE LA COMMISSION DE CONTRÔLE DES
MUTUELLES ET INSTITUTIONS DE
PREVOYANCE
(CCMIP)

Juillet 2004

COMPOSITION DE LA COMMISSION DE CONTROLE DES MUTUELLES ET DES INSTITUTIONS DE PREVOYANCE

PRESIDENT

Jacques DELMAS-MARSALET, *conseiller d'Etat*

MEMBRES TITULAIRES

Jean-Paul DUPERTUYS, *conseiller à la Cour de cassation*

Rolande RUELLAN, *conseiller maître à la Cour des comptes*

Jacques-Philippe CHANET

Pierre JEANSON

MEMBRES SUPPLEANTS

François GOUGE, *conseiller à la Cour de cassation*

Marianne LEVY-ROSENWALD, *conseiller maître à la Cour des comptes*

Marcel FERCOQCQ

Marcel ATLAN

SOMMAIRE

PREMIER CHAPITRE : L'évolution des organismes soumis au contrôle de la commission		6
1.1	<i>Le secteur des mutuelles.....</i>	6
1.1.1	La réforme du code de la mutualité.....	6
1.1.2	La concentration du secteur des mutuelles	7
1.1.3	L'évolution de la situation économique et financière des mutuelles	8
1.2	<i>Le secteur des institutions de prévoyance.....</i>	11
1.2.1	Le renforcement des exigences prudentielles.....	11
1.2.2	L'évolution de la situation des institutions de prévoyance.....	11
1.3	<i>Le secteur des IRS.....</i>	14
DEUXIEME CHAPITRE : L'activité de la commission de 2002 à la mi 2004.....		15
2.1	<i>Les décisions de la commission.....</i>	15
2.1.1	les décisions et avis liés à la restructuration du secteur des mutuelles.....	15
2.1.2	Les décisions consécutives aux contrôles.....	15
2.2	<i>les problèmes rencontrés à l'occasion des contrôles.....</i>	16
2.2.1	Le traitement des difficultés rencontrées par les régimes de retraite surcomplémentaire gérés en répartition partiellement provisionnée	16
2.2.2	Les situations déficitaires des réalisations sanitaires et sociales révélées par les scissions imposées par la mise en oeuvre du principe de spécialité des mutuelles.	17

2.2.3	Les problèmes spécifiques posés par les administrations provisoires	18
2.2.4	La couverture excessive des arrêts de travail offerte par certains contrats collectifs.	18
2.3	<i>Les positions de la commission sur l'interprétation ou l'évolution souhaitable de la réglementation.....</i>	19
2.3.1	La nature viagère ou annuelle des prestations décès offertes par des mutuelles ou institutions de prévoyance	19
2.3.2	la réforme de la réglementation applicable aux institutions de retraite supplémentaire (IRS).....	20
2.3.3	Un aménagement suggéré dans les relations de la commission avec les commissaires aux comptes	22
TROISIEME CHAPITRE : Les bases d'une amélioration des moyens de contrôle.....		24
3.1	<i>La constitution d'un dispositif informatisé de veille et de contrôle permanent sur les mutuelles</i>	24
3.2	<i>l'animation du réseau des DRASS.....</i>	25

ANNEXES

Introduction

La Commission de contrôle des mutuelles et des institutions de prévoyance (CCMIP) est une autorité administrative indépendante créée par la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989, dite « loi Evin » renforçant les garanties des personnes assurées contre certains risques. Son contrôle s'est substitué à celui exercé par le ministre chargé de la sécurité sociale et de la mutualité. Son indépendance est garantie par le mode de désignation de ses membres, fixé par la Loi, outre son fonctionnement collégial.

En vertu des directives européennes, rendues applicables aux institutions de prévoyance par la loi du 8 août 1994 et aux mutuelles par l'ordonnance du 19 avril 2001, ces organismes sont désormais soumis aux mêmes règles prudentielles que les organismes relevant du code des assurances.

En tirant les conséquences en matière de contrôle, la loi de sécurité financière n°2003-706 du 1^{er} août 2003 a fusionné la CCMIP avec la commission de contrôle des assurances. Cette fusion n'a cependant pu intervenir effectivement qu'à la fin du premier semestre 2004 après parution des textes réglementaires d'application de ces dispositions législatives.

Aussi le présent rapport couvre-t-il la période courant de 2002, première année pleine d'activité de la commission renouvelée le 22 juin 2001, à la fin du premier semestre 2004.

PREMIER CHAPITRE : L'EVOLUTION DES ORGANISMES SOUMIS AU CONTROLE DE LA COMMISSION

1.1 Le secteur des mutuelles

La réforme du code de la mutualité, issue de la transposition des directives européennes relatives à l'assurance, a provoqué une forte restructuration du secteur mutualiste.

1.1.1 La réforme du code de la mutualité

L'ordonnance du 19 avril 2001 a introduit deux modifications majeures pour le secteur des mutuelles :

A/ Un renforcement des exigences prudentielles

L'ordonnance a considérablement renforcé les exigences prudentielles applicables au secteur pour les aligner sur celles déjà en vigueur pour les organismes relevant du code des assurances depuis 1989, déjà transposées, par la loi n° 94-678 du 8 août 1994 aux institutions de prévoyance.

Pour faciliter l'inévitable concentration économique qu'allait générer cette modification du cadre juridique dans lequel s'inscrit l'évolution des mutuelles, le législateur a maintenu la possibilité de fusions et de transferts de portefeuille d'une part, et, surtout, créé un mécanisme de substitution.

La substitution est prévue par la première directive du conseil du 24 juillet 1973 concernant l'accès à l'activité d'assurance autre que l'assurance sur la vie. Son principe est énoncé au dernier alinéa de l'article L.111-1 du code de la mutualité. La substitution est une opération par laquelle une mutuelle (le cédant) transfère ses engagements d'assurance à une autre mutuelle (le garant). Ce transfert s'effectue au travers d'une convention de substitution qui doit répondre aux exigences de l'article L.211-5 du code de la mutualité. Les accords de substitution se font sous le contrôle de la commission de contrôle mentionnée à l'article L.510-1 du code de la mutualité.

Les conditions de la substitution sont pour le garant, d'être en mesure de garantir les risques transférés en matière de marge de solvabilité et de constituer les provisions techniques suffisantes pour faire face aux engagements pris vis à vis des assurés. Pour les risques transférés le cédant se voit dispensé de l'obligation d'obtenir l'agrément, et de constituer la marge de solvabilité. Par contre, même en cas de substitution totale, le cédant reste une mutuelle du livre II et est soumis en tant que telle à toutes les dispositions applicables aux mutuelles dudit livre, en particulier pour ce qui concerne les dispositions comptables et les informations à transmettre à la commission de contrôle.

Les liens entre la mutuelle substituée et ses adhérents restent régis par le Livre I du code de la mutualité.

La substitution peut être partielle. Le cédant devra alors pour l'ensemble des garanties non substituées remplir les conditions et répondre à l'ensemble des obligations du livre II du code de la mutualité.

Le code de la mutualité offre d'autres modalités, plus classiques, de restructuration telles que la fusion, le transfert conventionnel de portefeuille ou la dissolution. L'article 90 de la loi de sécurité financière du 1^{er} août 2003 a cependant modifié l'article 113-4 du code de la mutualité ; il permet qu' « *A défaut de réunion de l'assemblée générale durant deux années civiles consécutives, la dissolution peut être prononcée par la commission de contrôle mentionnée à l'article L. 510-1, qui nomme un liquidateur* ».

B/ La séparation des activités d'assurance et de gestion des réalisations sanitaires et sociales

En application des directives européennes, le nouveau code de la mutualité applique aux mutuelles le principe de spécialité de l'activité. Ce principe leur a notamment imposé de séparer juridiquement et comptablement leurs activités d'assurance et celles de gestion de réalisations sanitaires et sociales (établissements de santé, centres de santé, magasins d'optiques, cabinets dentaires, pharmacies).

1.1.2 La concentration du secteur des mutuelles

Le secteur des mutuelles regroupe environ **18 millions d'adhérents**, avec **38 millions de personnes protégées**.

Le chiffre d'affaires global du secteur s'élève en 2002 à **16,33 milliards d'euros**, ce qui représente une augmentation de 6,7% par rapport à l'année 2001. Ce chiffre d'affaires reste essentiellement concentré sur l'assurance complémentaire santé : il se répartit comme suit, en 2002 :

- 12 Md€(soit 73%) en assurance complémentaire santé
- 2,23 Md€(soit 14%) en prévoyance et épargne retraite
- 2,1 Md€(soit 13%) en œuvres sanitaires et sociales.

L'année 2002 a été un exercice de transition. En effet, au cours de cette période, le secteur des mutuelles a connu une phase de restructuration et notamment de concentration concrétisée par des opérations de fusion et de transferts de portefeuille (près de 400 mutuelles ont été absorbées par 100 organismes), ainsi que par la mise en place de conventions de substitution.

Parmi les 5 000 mutuelles recensées en 1999, le nombre des mutuelles encore en activité fin 2003 se réduit à un nombre de l'ordre de 2500, dont plus de mille sont des mutuelles du livre III du code de la mutualité, sous l'effet de dissolution ou d'absorption. Environ 700 mutuelles ont conclu une convention de substitution. Il reste ainsi environ 800 organismes mutualistes qui portent aujourd'hui un risque d'assurance. Parmi ces mutuelles, 550 devraient relever du contrôle déconcentré des préfets de région si le projet d'arrêté soumis à la CCMIP, en 2003, par la Direction de la sécurité sociale, et qui doit fixer les critères de déconcentration du contrôle, est publié en l'état. En effet, ce projet de texte prévoit que la déconcentration au niveau régional s'appliquera aux mutuelles gérant des risques à moins d'un an, dont le montant des cotisations brutes de réassurance de chacun des trois derniers exercices ne sera pas supérieur à mille sept cents fois le plafond visé à l'article L.241-3 du code de la sécurité sociale – soit environ 50 M€. La déconcentration s'applique également aux mutuelles du livre III, à l'exception de celles qui reçoivent des transferts financiers de la part des mutuelles et unions du livre II contrôlées directement par la commission. De plus 215 dossiers de dissolution de mutuelles sont parvenus à la commission ainsi que 70 autres concernant la mutuelle d'épargne, de retraite et de prévoyance CARAC (ce sigle désignant l'ancienne caisse autonome de retraite des anciens combattants).

L'activité est à présent relativement concentrée. En effet, **30 groupements mutualistes encaissent 50% des cotisations** ; 100 organismes en totalisent les deux tiers.

Une solution alternative aux fusions est la constitution d'un groupement mutualiste. Cette formule est plus souple dans la mesure où chaque mutuelle participant à un groupe peut s'en retirer. L'objet de ces entités est essentiellement le regroupement de moyens, notamment informatiques, et la diffusion de produits communs. Les années 2001 et surtout 2002 ont connu une accélération du processus de regroupements mutualistes.

Les trois principaux groupes sont à ce jour :

Le groupe Harmonie, créé en 1988 avec un statut d'union. Ce groupe représentait 319 M€ de cotisations en 2002 ; il rassemblait 482 982 adhérents, avec 835 170 personnes protégées en 2001.

Le groupe Eovi, créé en 2002 sous forme d'association, à partir de 5 mutuelles. Ce groupe représentait 311 M€ de cotisations en 2002, et rassemblait 447 100 adhérents avec 800 000 personnes protégées en 2001.

Le groupe Initiatives, créé en 2002 sous forme d'union technique, à partir de 4 mutuelles de fonctionnaires (Impôts, Trésor, Justice, Douanes). Ce groupe représentait, en 2001, 196 M€ de cotisations, et rassemblait 305 464 adhérents avec 494 103 personnes protégées.

1.1.3 L'évolution de la situation économique et financière des mutuelles

Le tableau ci-après indique l'évolution des chiffres significatifs du secteur.

Montants en milliards d'euros

Exercice	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Cotisations	11,77	11,85	12,35	12,79	13,30	14,23
Prestations	9,33	9,92	10,35	10,89	11,38	12,24
Prestations / cotisations	79%	84%	84%	85%	86%	86%
Résultat d'exploitation*	n.c.	0,05	-0,02	-0,19	-0,45	-0,44
Provisions techniques	15,73	17,35	18,83	20,24	21,72	25,45
Résultat financier	1,17	1,51	1,53	1,42	1,53	1,61
Rendement des placements	5,66%	6,64%	6,24%	5,33%	5,41%	4,92%
Résultat net*	n.c.	0,43	0,38	0,12	0,00	-0,04

- chiffres fournis pour la complémentaire santé uniquement
- FNMF/DRM

Ces éléments font apparaître :

- une augmentation importante des prestations et des provisions,
- une tendance à la hausse du ratio prestations/cotisations, le ratio combiné¹ en complémentaire santé passant de ce fait de 98 % en 1997 à 104 % en 2002,
- une dépendance du résultat par rapport aux produits des placements,
- une baisse continue du rendement des placements depuis 1998.

¹ Le ratio combiné est le rapport : prestations + dotation aux provisions + frais de gestion sur cotisations

Une telle évolution se situe dans un contexte d'augmentation des dépenses de santé d'une part, de dégradation des marchés financiers d'autre part. Il convient de souligner que le ratio prestations / cotisations est de 89% pour la complémentaire santé, alors qu'il reste inférieur à 75% pour les risques longs (en non vie : incapacité invalidité ; et en vie : décès épargne retraite)

Le tableau suivant indique le taux d'évolution des dépenses de biens et soins médicaux, qui atteignent 136,3 milliards d'euros en 2002, comparé à l'évolution annuelle des prestations mutualistes. Celles-ci représentent 7,5% du total, 75,7% étant pris en charge par la sécurité sociale, 2,5% par les institutions de prévoyance, 2,7% par les sociétés d'assurance, 1,0% par l'Etat et les collectivités locales, et 10,6% restant à la charge des ménages.

Evolution des financements des dépenses de santé :

Evolution / année antérieure	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Dépenses totales	2,4%	1,6%	3,5%	3,6%	5,3%	5,6%	6,0%
Dépenses de la sécurité sociale	2,2%	1,9%	3,2%	3,7%	5,0%	5,7%	6,4%
Dépenses des mutuelles	5,7%	2,0%	5,9%	4,6%	3,8%	7,6%	7,5%
Dépenses des institutions de prévoyance	9,6%	6,3%	12,7%	6,5%	10,3%	6,5%	9,6%

Source FNMF/DRM et CTIP

Le taux d'augmentation des dépenses de santé s'intensifie nettement à partir de 2000. Mis à part l'année 2000, le taux d'augmentation des prestations mutualistes dépasse systématiquement celui des dépenses totales.

Le tableau suivant illustre la dégradation des marchés financiers, qui fragilise le rendement des placements.

Indicateurs	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Taux de rendement des emprunts d'état à long terme (TME)	5,6%	4,7%	4,6%	5,6%	5,0%	4,9%
Taux du marché monétaire (TMM)	3,2%	3,2%	2,7%	4,1%	4,4%	3,3%
Cours des actions françaises (CAC 40)	2 998,9	3 942,7	5 958,3	5 926,4	4 624,6	3 063,9

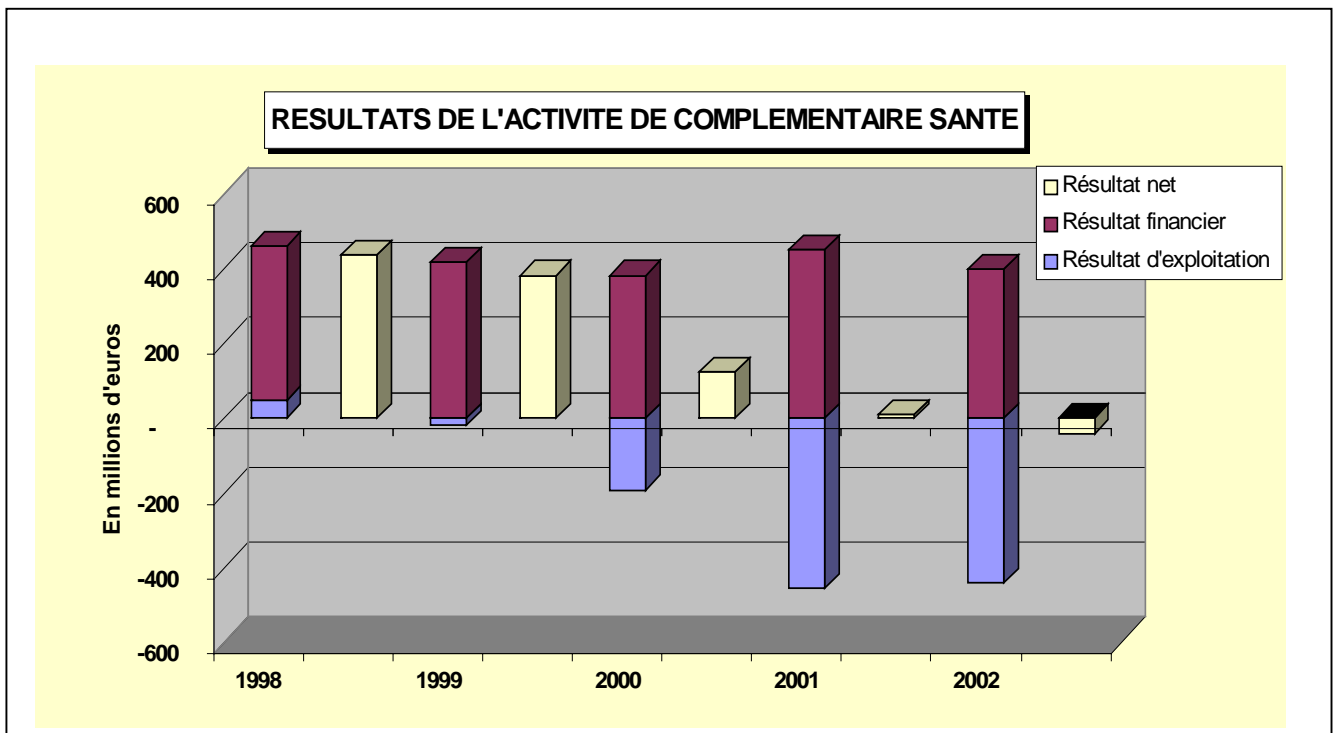
Source FNMF/DRM

De ces éléments ressortent :

- deux périodes successives de baisse des taux longs : 1997-1999 et 2000 – 2002, malgré une remontée en 2000. Ce contexte est susceptible d'affecter le rendement des portefeuilles obligataires à l'occasion de l'arrivée à échéance d'obligations souscrites à des taux avantageux et remplacées par des obligations à taux beaucoup plus bas.
- Un faible niveau des taux à court terme, qui baisse de nouveau à partir de 2001, malgré une remontée en 2000.
- Une baisse du cours des actions depuis 2000 accentuée en 2001 et 2002.

L'impact de ces facteurs apparaît à travers l'évolution du taux de rendement des placements des mutuelles indiquée précédemment (tableau relatif à l'évolution des chiffres significatifs du secteur).

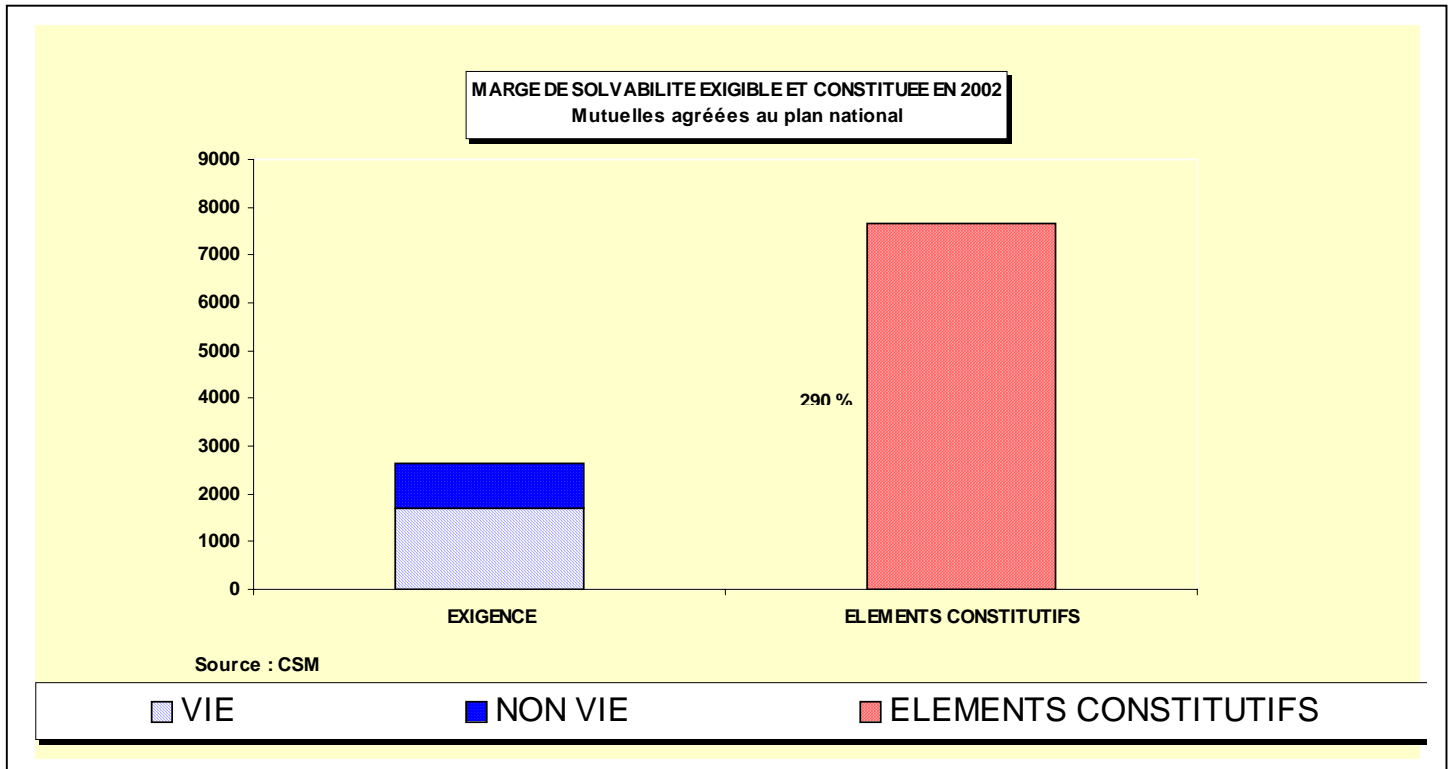
Dans ces conditions, **en complémentaire santé**, qui représente 84% de l'activité d'assurance des mutuelles, le résultat se détériore depuis 1998, comme l'illustre le graphique suivant. Le résultat d'exploitation de cette activité devient négatif à partir de l'année 2000, ce déficit se creusant fortement en 2001 ; le résultat financier joue de plus en plus difficilement son rôle de contrepois au résultat technique. Ainsi, comme l'illustre le graphique suivant, le résultat net décroît depuis 1998, il devient pratiquement nul en 2001 et même négatif en 2002.



Source FNMF/DRM

Cependant, les **activités de prévoyance des mutuelles** ont connu un développement relativement important ces dernières années : pour l'activité non-vie hors complémentaire santé (incapacité-invalidité), les cotisations sont passées de 320 à 462 M€ (soit 44% d'augmentation) entre 1998 et 2002 ; pour l'activité vie (décès, épargne, retraite), les cotisations sont passées de 1,40 Md€ à 1,77 Md€ (soit 26% d'augmentation), indiquant une implication réelle de la mutualité dans les risques longs.

Malgré ce contexte difficile, les fonds propres dont dispose le secteur mutualiste permettent une couverture à **290%** de l'exigence de marge de solvabilité.



1.2 Le secteur des institutions de prévoyance

1.2.1 Le renforcement des exigences prudentielles

En 1996, la transposition au code de la sécurité sociale des directives assurances imposait aux institutions de prévoyance, la nature et les modes de calcul des provisions techniques et de la marge de solvabilité comparables à ceux requis pour les organismes soumis au code des assurances.

En 1998, les institutions de prévoyance ont été dotées d'un plan comptable et d'états réglementaires prudentiels comparables aux sociétés d'assurances.

Entre 1994 et 2000, le nombre des institutions de prévoyance est passé de 89 à 75. Cette évolution est la conséquence des exigences réglementaires en matière de marge de solvabilité et de couverture des engagements ainsi que des moyens techniques nécessaires à la mise en place du nouveau plan comptable qui ont poussé les organismes à se rapprocher par des fusions ou par la mise en commun de moyens de gestion.

1.2.2 L'évolution de la situation des institutions de prévoyance.

Les institutions de prévoyance comptaient près de **14 millions de cotisants** en 2002 contre 10 millions en 2000. Fin 2002, **1,8 millions d'entreprises** adhéraient aux institutions de prévoyance. Sur la période de 2000 à 2002, le nombre des institutions de prévoyance s'est stabilisé à **75**.

L'activité du secteur est retracée dans les tableaux et graphiques suivants :

Evolution des cotisations par risque en 2002 (en millions d'euros)

	2001	2002	%
Frais de santé	3 444	3 759	9,1%
Décès, rente d'éducation et de conjoint	1 537	1 671	8,7%
Incapacité, invalidité, mensualisation	1 608	1 703	5,9%
Retraite par capitalisation, IFC	520	606	16,5%
Autres dont Dépendance	43	44	2,3%
Total	7 152	7 783	8,8%

Source Centre Technique des Institutions de Prévoyance

Cotisations et prestations (1) – opérations directes (en millions d'euros)

	Cotisations			Prestations (1)		
	2001	2002	▲ 02/01	2001	2002	▲ 02/01
Décès, rentes d'éducation et de conjoint	1 537	1 671	8.7 %	1 192	1 472	23.5 %
Indemnités de fin de carrière	192	291	51.6 %	146	190	30 %
Retraite par capitalisation	327	315	- 3.7 %	355	327	- 7.9 %
Autres	36	36	n.s.	34	38	n.s.
SOUS-TOTAL VIE	2 092	2 313	10.6 %	1 727	2 027	17.4 %
Frais de soins de santé	3 445	3 759	9.1 %	3 103	3 540	14.1 %
Mensualisation	283	294	3.9 %	259	255	- 1.5 %
Incapacité, invalidité	1 325	1 409	6.3 %	1 551	1 945	25.4 %
Dépendance	5	5	n.s.	2	3	n.s.
Autres	2	3	n.s.	1	1	n.s.
SOUS-TOTAL NON-VIE	5 060	5 470	8.1 %	4 916	5 744	16.8 %
TOTAL	7 152	7 783	8.8 %	6 643	7 771	16.9 %

(1) prestations versées au cours de l'exercice + variation des provisions mathématiques et des prestations à payer.

Source Centre Technique des Institutions de Prévoyance

Répartition de l'activité des institutions de prévoyance (7.8 milliards d'euros)

Frais de soins de santé	48 %
Décès, rentes de conjoint et d'éducation	21 %
Incapacité, Invalidité	18 %
Mensualisation	4 %
Retraite par capitalisation	4 %
Indemnités de fin de carrière	4 %
Autres (dont dépendance)	1 %

Source Centre Technique des Institutions de Prévoyance

FONDS PROPRES ET PROVISIONS TECHNIQUES (EN MILLIONS D'EUROS)

	2001	2002	Variation 02/01
FONDS PROPRES (après affectation du résultat)	8 577	7 640	-10,9 %
Provisions mathématiques	10 429	11 834	+ 13,5 %
Provisions pour sinistres à payer	1 952	2 217	+ 13,6 %
Autres provisions techniques	796	1 217	+ 52,9 %
TOTAL DES PROVISIONS TECHNIQUES	13 177	15 268	+ 15,9 %

Source Centre Technique des Institutions de Prévoyance

Evolution des réserves et des provisions techniques (en millions d'euros)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002
Provisions techniques	5 998	7 113	8 089	9 696	10 761	11 953	13 777	15 268
Réserves	5 124	5 664	6 047	6 391	6 972	7 777	8 577	7 640

Source Centre Technique des Institutions de Prévoyance

Il convient de noter que les évolutions réglementaires en matière de taux et de tables de mortalité alliées à un marché financier orienté à la baisse ont contraint le secteur à augmenter ses provisions techniques qui passent de 12 à 15,3 milliards entre 2000 et 2002. La mauvaise conjoncture financière n'a pas empêché les institutions de prévoyance d'augmenter leurs fonds propres de 7,4 € à 8,7Mds€ de 2000 à 2001 mais sa dégradation les a ramenés à 7,6Mds€ en 2002. La valeur nette comptable des placements en représentation passe de 17Mds€ à 19,3Mds€ en 2002. Sur 2001, la valeur de réalisation de ces placements a dégagé une plus-value latente de 530M€. En revanche, sur 2002, cette valeur de réalisation baisse de 8% et a contraint les institutions de prévoyance à constituer des provisions pour dépréciation à caractère durable (PDD) et une provision pour risque d'exigibilité (PRE) à hauteur de 900M€.

Ainsi, l'augmentation du montant des provisions a provoqué la baisse de 23 % à 16 % de 2000 à 2002 du ratio d'indépendance financière.

Par ailleurs, le taux de couverture des engagements réglementés passe de 150 % à 124 % entre 2000 et 2002 ; la marge de solvabilité passe, en tenant compte des plus values latentes, de 11,29 fois à 4,92 fois le minimum réglementaire et, hors plus values latentes, de 7,6 à 4,11 fois le besoin de marge réglementaire. Toutefois, ces ratios recouvrent des situations différentes : un tiers des institutions ont une solvabilité égale à 6 fois la marge réglementaire, un second tiers présente une solvabilité comprise entre 3 et 6 fois la marge réglementaire et le dernier tiers présente une marge inférieure à 3 fois le minimum de marge de solvabilité. Deux institutions en défaut de marge ont fusionné en 2003 avec une autre institution résolvant ainsi leur problème de solvabilité.

Le ratio combiné du secteur était, en 2002, de 98 %. Les frais généraux représentent, en moyenne, 4 % des cotisations.

Enfin, le rendement financier moyen des placements était tombé en 2002, de 2% en raison de la baisse des marchés financiers. Ce rendement financier est pour un tiers des institutions supérieur à 4 % ; pour 40 % d'entre elles il est compris entre 0 et 4 % ; pour 27% ce rendement est négatif.

1.3 Le secteur des institutions de retraite supplémentaire (IRS)

Les institutions de retraite supplémentaire sont des organismes paritaires qui versent des prestations de retraite s'ajoutant à celles qui sont servies par les « régimes de base » de la sécurité sociale et par les régimes de retraite complémentaire, dans le cadre d'une entreprise d'un groupe d'entreprises ou d'une branche professionnelle. Depuis le 21 août 2003 le secteur est réglementé par l'article 116 de la loi portant réforme des retraites du 21 août 2003.

La loi du 8 août 1994 relative à la protection sociale complémentaire des salariés et portant transposition des directives n° 92-49 et n° 92-96 des 18 juin et 10 novembre 1992 du Conseil des communautés européennes prescrit une quasi-fermeture du dispositif ; il ne peut dès lors être créé de nouvelles institutions de retraite supplémentaire que dans le cas où les salariés d'une entreprise, ne relevant pas auparavant pour leur retraite complémentaire des institutions participant à une solidarité interprofessionnelle, viennent à en relever. Ainsi après la loi du 8 août 1994 seule la décision d'une intégration d'un régime de retraite, jusque là non compensé, à l'ensemble ARRCO-AGIRC permet la création d'une IRS. Les dispositions de cette loi continuent à régir la gestion du secteur jusqu'en 2008.

Les institutions, dont l'effectif était encore de 90 en 2003 (une dizaine d'institutions est en cours de dissolution), versent annuellement 1 milliard de prestations à 400 000 allocataires. L'importance économique des droits acquis dans ce secteur peut être exprimée par la valeur actuelle des prestations à venir; leur « valeur cumulée actualisée » dépasserait 20 milliards d'euros dans les conditions actuelles de gestion des régimes.

Les institutions de retraite supplémentaire sont, selon leur évolution juridique, en position « ouverte », « fermée » (aux nouveaux salariés), « en extinction » (sans attribution de nouveaux droits) ou « dissoutes, ou en demande de dissolution ». En 2004 des institutions d'une certaine importance restent ouvertes aux nouveaux salariés embauchés dans les entreprises adhérentes au règlement de l'institution.

Des contrats entre institutions ou entreprises adhérentes et sociétés d'assurance participent au préfinancement des droits acquis dans les règlements de retraite. L'on peut estimer globalement proche de 70% le préfinancement des engagements actuellement évalués dans le secteur. Cependant, cette moyenne recouvre une certaine disparité et certaines institutions sont encore sous-provisionnées.

La solvabilité future de certaines institutions est rendue difficile à apprécier par l'existence de clauses de sauvegarde prévues dans le règlement de certaines d'entre elles, clauses permettant de diminuer le niveau des prestations en cas d'insuffisance des ressources.

DEUXIEME CHAPITRE : L'ACTIVITE DE LA COMMISSION DE 2002 A LA MI 2004.

La commission s'est réunie à 20 reprises en 2002, 8 reprises en 2003, 6 reprises durant le premier semestre de 2004. L'importance de l'activité de la commission a été limitée par la faiblesse des moyens du contrôle, tant au niveau du secrétariat général qu'à celui des DRASS. Les agents affectés dans ces services ont été mobilisés en 2002 et 2003 par la charge exceptionnelle de travail suscitée par l'afflux des dossiers d'agrément (sur lequel la commission était sollicitée par les services ministériels pour donner un avis relatif à la solvabilité des organismes) et des dossiers de fusion, de transfert et de substitution.

2.1 Les décisions de la commission.

2.1.1 les décisions et avis liés à la restructuration du secteur des mutuelles

Depuis la mise en œuvre du nouveau code de la mutualité, la commission :

- a donné un avis sur la solvabilité de 451 organismes
- a approuvé 152 conventions de substitution pour 131 organismes substituant (voir tableau en annexe 2) : les conventions ont concerné 689 mutuelles qui ont ainsi bénéficié d'une dispense d'agrément.

Son secrétariat général a participé aux réunions du conseil supérieur de la mutualité qui a examiné les demandes d'agrément de 290 mutuelles.

La commission a conçu, en concertation avec les fédérations professionnelles et le CTIP, et diffusé deux guides méthodologiques d'élaboration des rapports de solvabilité pour les mutuelles. Elle a également conçu et diffusé aux directions régionales des affaires sanitaires et sociales et aux fédérations professionnelles un guide de contrôle à l'usage des services déconcentrés sur le contrôle des mutuelles.

2.1.2 Les décisions consécutives aux contrôles.

La commission peut prendre à l'égard des organismes sous contrôle l'ensemble des mesures et sanctions décrites à l'annexe 1 du présent rapport. Il s'agit pour l'essentiel du pouvoir d'exiger des organismes dont la solvabilité est défectueuse ou dont la gestion n'est pas jugée conforme à l'intérêt des adhérents, qu'ils présentent pour approbation à la commission des mesures de redressement. Lorsque la situation financière ou la gestion de l'organisme sont de nature à compromettre les intérêts des adhérents, la commission peut également prendre des mesures d'urgence se traduisant le plus souvent par la nomination d'administrateurs provisoires.

L'activité de la commission depuis 2002 est synthétisée dans le tableau suivant :

	MUTUELLES			INSTITUTIONS DE PREVOYANCE		
	2002	2003	2004	2002	2003	2004
Rapports de contrôle sur place	2	2	2	0	1	0
Lettres d'observations	15 ^(a) lettres à 11 organismes	5 lettres à 4 organismes	1	2	3	0
Injonctions	9 ^(b et c)	0	0 et 2 ^(c)	0	0	0
Mise sous administration provisoire	2	2	11 ^(d)	1	0	0
Liquidation ^(e)	0	0	75			

- a) 3 de ces lettres d'observations concernent des affaires qui ont donné lieu à injonctions
b) 4 de ces injonctions concernent des affaires qui ont donné lieu à des lettres d'observations
c) Dans 3 cas de situations déficitaires des réalisations sanitaires et sociales révélées par les scissions imposées par la mise en œuvre du principe de spécialité des mutuelles, la commission a dû imposer à des mutuelles de mettre effectivement en œuvre ce principe : l'une en 2002, deux autres en 2004.
d) 2 de ces mises sous administrateurs provisoires ont débouché sur des liquidations judiciaires.
e) Le pouvoir de nommer directement des liquidateurs a été confié à la commission de contrôle par l'article 90 de la loi de sécurité financière du 1^{er} août 2003.

La commission bancaire a saisi la commission d'un dossier en 2003. La commission a elle-même saisi l'autorité des marchés financiers sur un dossier en 2004. Ces dossiers concernaient des intermédiaires financiers de mutuelles.

Par ailleurs, le secrétariat général a représenté la commission au conseil national de la comptabilité.

2.2 les problèmes rencontrés à l'occasion des contrôles

2.2.1 *Le traitement des difficultés rencontrées par les régimes de retraite surcomplémentaire gérés en répartition partiellement provisionnée*

a) Les régimes relevant de la branche 26 sont des régimes dans lesquels les cotisations ouvrent droit à un certain nombre d'unités de rente qui constituent les prestations et dans lesquels une provision technique spéciale (PTS) doit être constituée pour garantir les engagements contractés vis-à-vis des adhérents.

La provision technique spéciale, capitalisée au taux de 3,5%, est alimentée par :

- les cotisations versées, nettes de prélèvements et de taxes,
- au moins 85 % du rendement des actifs cantonnés, c'est-à-dire spécialement affectés à ces opérations, dans le cadre d'un règlement particulier. La répartition et le mode d'évaluation de ces actifs sont définies au livre IX, titre III, chapitre II, section 10 du code de la sécurité sociale.

En matière de marge de solvabilité, le montant minimal à constituer est égal à 4 % de la provision technique spéciale, dans la limite d'une provision mathématique théorique. Si la provision technique spéciale est supérieure à la provision mathématique théorique, le montant minimal de la marge de solvabilité à constituer est égal à 4 % de la provision mathématique théorique.

b) La commission a notamment eu à traiter du « Complément de Retraite des Fonctionnaires » (CREF) géré, à l'époque, par l'union nationale des mutuelles retraite des instituteurs et fonctionnaires de l'Education nationale et de la Fonction publique (UNMRIFEN-FP).

c) Elle a également été saisie du dossier de deux institutions de prévoyance qui gèrent un régime de retraite relevant de la branche 26 : la CARCO et la CRESP

2.2.2 Les situations déficitaires des réalisations sanitaires et sociales révélées par les scissions imposées par la mise en oeuvre du principe de spécialité des mutuelles.

Alors que, jusqu'à présent, les déficits accumulés par certaines réalisations sanitaires et sociales étaient couverts par les excédents ou les réserves des activités d'assurance, cette scission contraint désormais les établissements et centres sanitaires et sociaux à mieux équilibrer leurs dépenses par les recettes provenant de la gestion de leurs activités. La loi ne permet en effet aux mutuelles d'assurance de contribuer au financement de ces structures que de manière limitée. Ceci est de bonne gestion mais pose deux sortes de problèmes :

A/ Si certaines de ces activités sont le plus souvent bénéficiaires (dentaire et optique notamment), d'autres **sont structurellement déficitaires**, notamment les centres de santé qui ne sont remboursés que sur la base des tarifs conventionnels du secteur 1.

Ainsi, depuis la fin 2003, la commission de contrôle est saisie de dossiers de réalisations sanitaires et sociales dont la situation financière la contraint à nommer des administrateurs provisoires et, parfois, à envisager, au terme du mandat de ceux-ci, une liquidation ou une cession. La commission a ainsi validé 6 programmes de rétablissement de mutuelles relevant du livre III du code de la mutualité (réalisations sanitaires et sociales) et a nommé des administrateurs provisoires dans 5 mutuelles relevant du même livre.

Certains de ces dossiers concernent des centres situés dans des zones (Paris, région PACA,) où l'excès d'offre de soins est avéré ; mais ces centres relevant du secteur conventionné, répondent plus particulièrement au besoin de soins de populations défavorisées, dans des zones où les capacités nouvelles d'accueil de l'hôpital public sont réduites.

Or, les scissions opérées en 2002 et 2003 révèlent aujourd'hui pleinement les déficits de ces organismes.

B/ Par ailleurs, les modalités de **scission** entre les mutuelles du livre II et les mutuelles du livre III ne sont pas apparues à la commission, **suffisamment encadrées par les textes**. En effet, si l'article L.111-1 du code de la mutualité pose le principe de spécialité des activités, l'article L.113-3

du même code relatif aux scissions ne prévoit aucune procédure particulière à l'égard des scissions spécifiques que constituent celles intervenant entre mutuelles d'assurance et mutuelles gérant des réalisations sanitaires et sociales.

Dans ce vide juridique, la commission estime que l'esprit des textes est bien d'amener les mutuelles à procéder, à l'occasion de ces scissions, à un partage de leurs actifs. En tout état de cause, la commission sera amenée à vérifier que les scissions ont été effectuées de façon à doter les réalisations sanitaires et sociales des moyens nécessaires pour assurer leur fonctionnement et l'équilibre de leur exploitation pendant cinq ans.

L'examen des premiers dossiers de situations difficiles révélées par les scissions fait apparaître que tel n'est pas le cas dans un certain nombre de mutuelles. Au regard de ces constats, la création d'une commission spécifique aux mutuelles du livre III au sein du collège de la future Commission de Contrôle des Assurances, des Mutuelles et des Institutions de Prévoyance (CCMIP) paraît tout à fait judicieuse.

La commission a demandé à son secrétariat général et au ministère de mener une enquête auprès des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) de façon à recenser précisément le nombre et la typologie des mutuelles relevant du livre III. Cette enquête devrait être l'occasion de mieux cerner la situation qui prévaut à l'issue des scissions au regard des besoins financiers d'une part, et de la demande sanitaire et sociale d'autre part.

L'attention de l'ensemble des parties concernées (directions régionales mais aussi directions départementales et agences régionales de l'hospitalisation) devrait être appelée sur la nécessité de mettre en place des modalités de coopération pour examiner ces situations. La commission a, en effet, constaté, lors de l'examen des dossiers ponctuels qui lui ont été soumis, qu'un trop grand cloisonnement existe entre les structures chargées, dans les DRASS, de l'agrément et du contrôle des mutuelles d'une part, et celles chargées de la tutelle sanitaire et sociale d'autre part.

2.2.3 Les problèmes spécifiques posés par les administrations provisoires

La commission a, parfois, éprouvé des difficultés à trouver des administrateurs provisoires en raison des lourdes responsabilités et des risques que fait peser sur eux l'évolution de la jurisprudence et le comportement de certains liquidateurs, et des difficultés à trouver, dans ces conditions, une assurance responsabilité civile adaptée.

Elle estime souhaitable qu'une réflexion concertée entre les pouvoirs publics, la commission de contrôle et les fédérations, soit ouverte pour rechercher les voies et moyens de mieux protéger l'action des administrateurs provisoires, sans remettre en cause le principe de leur responsabilité propre.

Cette réflexion devrait, par ailleurs, concerner la recherche d'un élargissement du vivier des administrateurs provisoires.

2.2.4 La couverture excessive des arrêts de travail offerte par certains contrats collectifs.

A l'occasion de l'examen de plusieurs dossiers, la commission a noté une corrélation entre l'inflation des dépenses de couverture complémentaire liées à des arrêts de travail ou à des mises en incapacité et le caractère excessif de la couverture de ce risque par certains contrats proposés tant par des mutuelles que par des institutions de prévoyance – qui vont souvent jusqu'à prévoir un

revenu de remplacement égal et même supérieur à la rémunération d'activité alors même qu'en arrêt de travail les intéressés ne s'exposent pas à des frais professionnels.

Cette inflation des dépenses liées aux arrêts de travail (également constatée dans le régime général de sécurité sociale) a significativement menacé la solvabilité de certains des organismes sous contrôle, ce qui a amené la commission à exiger d'eux qu'ils dénoncent les contrats les plus coûteux et à souhaiter que les conventions et accords collectifs de travail proposant ces garanties soient révisés de façon à ne pas créer d'incitation à des arrêts abusifs.

Il est apparu en effet à la commission nécessaire d'éviter que les salariés et leurs employeurs fassent peser sur la collectivité et les régimes complémentaires les conséquences de mises en arrêt de travail où en incapacité abusive qui peuvent s'avérer être une façon détournée de mises en préretraite ou en chômage technique. Cette observation trouve tout son intérêt dans le contexte actuel de réforme de l'assurance maladie. Le seul contrôle médical sur la pertinence des prescriptions ne saurait suffire si persistent, par ailleurs, des incitations financières à ces abus.

Par lettre du 30 juin 2004, la commission de contrôle a appelé l'attention du ministre de la santé et de la protection sociale sur les problèmes ainsi soulevés par de telles garanties.

2.3 Les positions de la commission sur l'interprétation ou l'évolution souhaitable de la réglementation

2.3.1 La nature viagère ou annuelle des prestations décès offertes par des mutuelles ou institutions de prévoyance

Lors de sa réunion du 30 avril 2003, la commission a examiné la réglementation applicable aux prestations décès telles que la couverture des frais d'obsèques lorsqu'elle est incluse dans une garantie santé. Elle a pris acte du fait que la prestation décès n'entre pas dans le champ d'application de la loi Evin de 1989 et doit faire l'objet d'un agrément spécifique. Ainsi, les mutuelles ont le choix entre :

- attribuer à cette prestation un caractère viager : dans ce cas, des provisions mathématiques doivent être constituées,
- attribuer à cette prestation un caractère annuel : la constitution de provisions mathématiques n'est alors pas nécessaire ; dans ce cas, il est cependant impératif de préciser de façon explicite dans le règlement ou le contrat collectif qu'il s'agit d'une prestation annuelle, l'Assemblée Générale devant statuer chaque année sur la poursuite éventuelle de cette prestation , avec information complète des adhérents.

Toutefois, même lorsque la prestation décès n'est qu'annuelle, elle génère des capitaux sous risques qui doivent être pris en compte dans le calcul du besoin de marge de solvabilité, même si aucune provision mathématique n'est à constituer par ailleurs.

2.3.2 la réforme de la réglementation applicable aux institutions de retraite supplémentaire (IRS)

La commission a, en février 2003, chargé un groupe de travail de proposer les aménagements nécessaires à un meilleur encadrement de l'activité des institutions de retraite supplémentaire (IRS).

Le cadre légal était jusqu'alors, en effet, lacunaire et inégalitaire.

La loi du 8 août 1994 a constitué une avancée importante en ce qu'elle a supprimé la possibilité jusqu'alors ouverte par le décret de 1946 relatif aux organismes de sécurité sociale et aux institutions de prévoyance de l'époque, de gérer un régime sur complémentaire sans garantir les engagements. Cependant, cette loi (article L.941-1 du code de la sécurité sociale), si elle a posé le principe de l'obligation d'un provisionnement des engagements de ces IRS, a assorti ce principe d'une dérogation permettant aux IRS de ne provisionner que les engagements nés après 1994 – dérogation paradoxale dans la mesure où elle tend à privilégier les droits des salariés en cours de constitution par rapport aux droits déjà liquidés.

Cette césure arbitraire arrêtée à la date de promulgation de la loi de 1994 constituait un premier facteur d'inégalité entre adhérents d'IRS différentes selon la date de constitution de l'institution ou d'adhésion des salariés.

Aux termes de l'article L.941-1 du code de la sécurité sociale, les régimes pouvaient choisir plusieurs types de constitutions des garanties ; provisionnement dans l'IRS, provisionnement dans l'entreprise, conclusion d'un contrat avec une entreprise d'assurance ou un établissement de crédit.

Cette diversité des modalités de constitution de garanties constituait un second facteur d'inégalité entre adhérents des IRS, les actifs cantonnés des IRS étant grevés d'un privilège général, ce qui n'est pas le cas de ceux affectés à la couverture des provisions de retraite inscrites au bilan des entreprises participantes.

Au demeurant, compte tenu de la relative incohérence du cadre législatif retenu, le décret d'application de ces dispositions, prévu par l'article L.941-5 du code de la sécurité sociale, n'avait jamais été pris.

Le groupe de travail a constaté que le niveau de provisionnement des régimes gérés par les IRS est très variable, allant de l'absence totale de provisionnement au provisionnement intégral dans un nombre cependant limité de cas. Au demeurant, certains régimes logent toutes les provisions constituées dans l'IRS, d'autres dans les entreprises participantes, la plupart privilégiant une situation mixte (en partie provisionnés dans l'IRS et en partie dans les entreprises participantes) : à cet égard, le groupe a noté que le plafond d'exonération des contributions des employeurs à ces régimes, posé par l'article L.242-1 du code de la sécurité sociale, qui est de 85% du plafond de la sécurité sociale, est un frein non négligeable au transfert de provisions importantes dans les IRS.

Le groupe de travail a souligné que le contexte international et national était favorable à une amélioration du cadre légal d'activité des IRS :

- la directive européenne, adoptée début mai 2003, par le conseil des ministres européens, et relative aux fonds de pension, destinée à être transposée en droit interne avant 2005, concerne les IRS : or, ce texte contient un certain nombre de règles minimales à remplir. En outre, l'application

prochaine (2005) en comptabilité française des normes comptables internationales IAS (règlement européen du 19 juin 2002) va imposer un provisionnement intégral des engagements de retraite par les groupes d'entreprises cotés en bourse. (avec traitement particulier des entreprises d'assurance). Or, le règlement n°99-02 du comité de la réglementation comptable, applicable à la combinaison des comptes de groupe, impose un provisionnement intégral des engagements contractés par la totalité des entités non autonomes d'un groupe – ces engagements devant être comptabilisés en application des normes IAS19 -.

- le projet de loi portant réforme des retraites, voté depuis lors (loi du 21 août 2003) visait, entre autres objectifs, à sécuriser les régimes de retraite surcomplémentaire. En outre, il modifie l'article L.242-1 du code de la sécurité sociale (qui fixe les modalités de déduction des contributions des employeurs aux régimes de retraite surcomplémentaire et aux régimes de prévoyance) de façon à permettre aux pouvoirs publics de moduler les facultés de déduction entre les différents types de risques (retraite, prévoyance).

Pour le groupe de travail, l'aménagement de la loi devait permettre de définir une garantie suffisante des engagements pris par les régimes gérés par les IRS sans imposer, a priori, de contraintes excessives aux entreprises.

Sur la base des travaux du groupe de travail, la commission a proposé de définir un objectif de provisionnement intégral à terme. Pour les institutions qui ne remplissent pas cette obligation lors de la promulgation du texte, impose, à un terme qui pourrait être de 25 ans, un tel provisionnement intégral. Ce provisionnement devait couvrir tous les engagements et non plus seulement, comme actuellement, le provisionnement des seuls engagements nés après 1994.

La commission a en outre considéré qu'une externalisation d'une partie du provisionnement était souhaitable. Elle a proposé de fixer un objectif minimum à cinq ans de provisionnement externe à l'entreprise (dans l'IRS ou auprès d'un organisme assureur) de 50% des engagements correspondant aux prestations de retraite liquidées - étant précisé que les régimes ayant dépassé ce taux à la date de promulgation de la loi ne pourraient pas descendre en dessous de ce taux à compter de cette date-. La commission pourrait cependant accorder un délai supplémentaire de cinq ans sur demande dûment motivée de l'IRS et justifiée par la situation économique de l'entreprise.

Enfin, le groupe de travail estimait que l'accompagnement de ces dispositions contraignantes par un aménagement des dispositions existantes relatives à l'exonération de cotisations sociales sur les contributions des employeurs aux régimes de retraite et de prévoyance (article L.242-1CSS) serait un facteur incitatif.

Un amendement inspiré par les propositions de groupe de travail a été déposé par le sénateur Gouteyron au cours du débat parlementaire sur le projet de loi portant réforme des retraites.

Cependant, le gouvernement a déposé un amendement qui permettait de remplir les mêmes objectifs selon une architecture simplifiée par rapport aux propositions du groupe de travail.

C'est ainsi que l'article 116 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites ouvre aux actuelles institutions de retraite supplémentaire la possibilité, avant le 31 décembre 2008, d'opter pour l'une des trois solutions suivantes :

1°) se transformer en institution de prévoyance fusionnée avec une institution de prévoyance existante. Cette transformation devrait en principe entraîner l'application des normes prudentielles applicables à ce type d'organismes. Cependant, l'article 116, II prévoit qu'un décret en Conseil

d'Etat organise une période transitoire maximale de quinze ans par dérogation aux dispositions prudentielles applicables aux institutions de prévoyance. les engagements que les institutions de prévoyance vont être amenées à garantir ne devraient pas aller au-delà de ce qu'un organisme d'assurance relevant des directives européennes relatives à l'assurance peut assurer sans mettre en péril sa solvabilité ;

2°) modifier leurs statuts en vue de devenir des institutions de simple gestion de retraite supplémentaire et, lorsqu'elles disposent de réserves ou de provisions, transférer celles-ci à un organisme assureur (article 116, VI) ;

3°) procéder à leur dissolution, ce qui entraîne leur liquidation.

Les institutions de retraite supplémentaire qui n'auront pas opté pour l'une de ces trois solutions avant le 31 décembre 2008 seront dissoutes à compter de cette date (article 116, III).

Les institutions qui opteront pour la deuxième solution devront modifier leurs statuts afin d'une part de limiter leur objet social à la seule réalisation d'opérations de gestion administrative des régimes de retraite supplémentaire de leurs entreprises adhérentes et d'autre part de mettre leurs statuts en conformité avec les dispositions relatives au fonctionnement des institutions de prévoyance.

Elles devront également avoir transféré leurs provisions ou réserves à un tiers assureur. Le décret simple prévu pour organiser ce transfert précisera la nature des contrats qui pourront être souscrits avec des organismes assureurs.

En outre, pendant la période pendant laquelle elles demeurent des institutions de retraite supplémentaire et n'ont pas encore exercé d'option, ces institutions devront chaque année communiquer à la CCAMIP un certain nombre d'informations permettant à cette institution d'apprécier le niveau de couverture des engagements.

2.3.3 Un aménagement suggéré dans les relations de la commission avec les commissaires aux comptes

Le premier alinéa de l'article L.951-6 du code de la sécurité sociale dispose que : « la commission peut demander aux commissaires aux comptes d'une institution tout renseignement sur l'activité de celle-ci. Les commissaires aux comptes sont alors déliés, à son égard, du secret professionnel ».

Cette formulation est cependant trop imprécise pour être normative et le terme de « renseignements » peut prêter à interprétation, le terme pouvant simplement renvoyer à des éléments oraux et non écrits.

Il semble donc que seule une modification de l'article 66 du décret du 12 août 1969 permettrait à la commission d'avoir la garantie d'obtenir les documents qu'elle souhaite consulter, et aux commissaires aux comptes de voir leur responsabilité déchargée, notamment vis-à-vis de leurs clients. Cet article 66 dispose en effet que : « les dossiers et documents établis en application du présent article doivent être conservés pendant dix ans, même après la cessation des fonctions. Ils sont à la disposition du conseil régional, du conseil national, des chambres de discipline, du procureur général près la cour d'appel, de la commission des opérations de bourse, de la cour des comptes, de la chambre régionale des comptes, qui peuvent requérir du commissaire aux comptes les

explications et les justifications qu'ils estiment nécessaires concernant ces pièces et les opérations qui doivent y être mentionnées ».

Aussi la commission a-t-elle saisi, en 2003, le gouvernement pour qu'il inscrive la commission de contrôle parmi les institutions énumérées à l'article 66 du décret du 12 août 1969. Aucune réforme n'étant jusqu'ici intervenue, l'opportunité d'une évolution réglementaire a, de nouveau, été signalée par le président de la commission par lettre adressée au garde des sceaux le 6 juillet 2004.

TROISIEME CHAPITRE : LES BASES D'UNE AMELIORATION DES MOYENS DE CONTROLE

3.1 La constitution d'un dispositif informatisé de veille et de contrôle permanent sur les mutuelles

Le secrétariat général avait, en 2000, mené à bien l'informatisation de recueil des comptes et états statistiques des institutions de prévoyance en nombre restreint (environ 90 à l'époque).

S'agissant des mutuelles, dont le nombre est notablement plus important (3.000 en 2003), l'informatisation du contrôle permanent, qui n'avait pas été entreprise jusqu'ici, doit permettre d'améliorer l'efficacité du contrôle. Le secrétariat général a commencé, en 2003, à informatiser un recueil de données financières et comptables sur les mutuelles et a mené une réflexion concertée avec les directions du ministère et la commission de contrôle des assurances sur le développement d'un système d'informations partagées avec la DREES et la DSS sur les mutuelles et les institutions de prévoyance.

Seule une telle informatisation permet d'avoir une image d'ensemble des organismes contrôlés au regard de leurs principaux ratios, et de les positionner les uns par rapport aux autres. Outre une meilleure connaissance du secteur, la commission de contrôle dispose ainsi des moyens de fixer des critères de choix des organismes à contrôler en fonction de la réalité statistique constatée.

Il convient néanmoins de bâtir un véritable système d'information associant la commission de contrôle au niveau national et les directions régionales des affaires sanitaires et sociales qui se voient confier le contrôle d'une grande partie du secteur des mutuelles. Un tel dispositif suppose que la fiabilité des données transmises par les organismes soit systématiquement vérifiée avant validation. Cette vigilance sur la fiabilité des données est d'autant plus importante pour le secteur des mutuelles que celui-ci connaît de profondes transformations (restructurations déjà évoquées, application d'un nouveau plan comptable, application de nouveaux états statistiques qui doivent être publiés avant la fin 2004).

Ce projet de système d'information doit en outre être pensé dans le cadre de la mise en place du répertoire national des organismes d'assurance complémentaire dont le ministre de la santé et de la protection sociale a demandé au fonds de financement de la couverture maladie universelle (FFCMU) d'assurer la maîtrise d'ouvrage.

Mais la condition première de la fiabilité de ce système d'informations est que les mutuelles elles-mêmes transmettent bien à la commission et aux DRASS, conformément à la réglementation applicable, les comptes et états statistiques qui qu'elles doivent légalement établir et transmettre aux autorités de contrôle sous peine de sanctions. A cet égard, le secrétariat général a noté une sensible dégradation des délais de transmission sans doute liée à la mise en place du nouveau code de la mutualité et d'un nouveau plan comptable. En juin 2004, certaines mutuelles n'avaient, en effet, pas adressé leurs comptes 2002 à la commission. Celle-ci a estimé que, trois ans après la parution du nouveau code, les mutuelles fonctionnant normalement devaient impérativement être en mesure de présenter des comptes dans les délais légaux.

3.2 L'animation du réseau des DRASS

Une fois la période d'agrément des mutuelles consécutive à la promulgation du nouveau code de la mutualité achevée, il est apparu qu'il convenait de réactiver le travail en réseau avec les DRASS.

En effet, comme par le passé, les DRASS doivent continuer à assurer le contrôle de la grande majorité des mutuelles réalisant un faible chiffre d'affaire lorsqu'il s'agit de mutuelles d'assurance et des mutuelles gérant des réalisations sanitaires et sociales.

Sans attendre la publication en cours d'un arrêté fixant les seuils de chiffre d'affaire sous lesquels les mutuelles seront placées sous le contrôle des DRASS, il résulte de la loi de sécurité financière que les DRASS seront compétentes pour les seules mutuelles relevant des branches 1 et 2 (mutuelles de santé gérant des risques à moins d'un an) et pour les mutuelles du livre III.

Aussi le secrétariat général a-t-il veillé à diffuser dès 2003 la formation et l'information nécessaire aux agents de contrôle des DRASS.

A la fin de l'année 2003, le secrétariat général de la CCMIP a réuni l'ensemble des correspondants des DRASS. Cette rencontre a été l'occasion pour le président et la secrétaire générale de la commission de leur rappeler l'importance de leur rôle dans le dispositif de contrôle des mutuelles – les DRASS assureront le contrôle d'environ 2.700 des 3.000 mutuelles, livres II et III compris, situées sur le territoire national. Cette importance se manifeste tant en matière de recueil et d'exploitation des données permettant un contrôle permanent et une veille sur les organismes sur lesquels ils ont reçu compétence, d'établissement et d'instruction des rapports de contrôle sur place, que de restitution au ministère et à la commission d'une image actualisée de l'évolution du secteur des mutuelles situées dans leur région.

Parallèlement, le secrétariat général s'est engagé à mettre à disposition des services déconcentrés l'information et la formation nécessaire à la réalisation de ces missions. Faisant suite aux formations organisées par le ministère chargé de la mutualité sur les procédures d'agrément, une formation au contrôle a été organisée par la direction de la sécurité sociale et animée par le secrétariat général de la commission de contrôle les 30 et 31 mars. Elle a réuni une cinquantaine d'agents des directions régionales et a permis d'identifier un besoin prioritaire de formation complémentaire au maniement du nouveau plan comptable des mutuelles.

Un guide de contrôle a ainsi pu être conçu en association avec les représentants de quatre DRASS et sa version temporaire a été diffusée à l'ensemble des services.

ANNEXES

ANNEXE 1

MISSIONS ET POUVOIRS DE LA COMMISSION

1.1 Missions

La compétence de la commission de contrôle des mutuelles et institutions de prévoyance CCMIP a été définie aux articles L 951-1 du Code de la sécurité sociale et L 510-1 du Code de la mutualité. Elle concerne, d'une part l'ensemble des organismes relevant du Code de la mutualité et, d'autre part, les institutions de retraite complémentaire et supplémentaire ou de prévoyance relevant du Code de la sécurité sociale ou du Code rural, à l'exception notable des institutions de retraite complémentaire intégrées aux compensations AGIRC et ARRCO. Le contrôle s'exerce uniquement sur les organismes et non pas directement sur les régimes que ces organismes gèrent. Il est à noter que le contrôle des mutuelles ne disposant pas de caisse autonome et versant moins de 22,867 millions d'euros (150 millions de francs) de prestations en 1990 est déconcentré et exercé directement par les préfets de région (en pratique, les DRASS).

La commission veille au respect des intérêts des adhérents et de leurs ayants droits des organismes placés sous son contrôle. Elle veille ainsi au respect par ces organismes des règles qui leur étaient applicables en matière de constitution des provisions nécessaires au paiement des prestations, à la couverture de ces engagements par des actifs admis en représentation, et à la constitution d'une marge de solvabilité. Elle contrôle par ailleurs le respect, par ces organismes, de la législation qui leur est applicable.

Dans le cadre de ces missions générales, la CCMIP s'est vue confier, par le nouveau code de la mutualité, le soin d'approuver les conventions de substitution et d'accorder des dispenses d'agrément aux mutuelles substituées. La CCMIP est également compétente pour donner un avis sur les projets de fusion et de transfert de portefeuille. Cette compétence a pris une particulière importance en 2002 et 2003, années au cours desquelles le mécanisme de la substitution et de fusion ont été les moyens les plus employés par le secteur pour réaliser la concentration économique qui leur a été imposée par la transposition, dans le nouveau code de la mutualité, des directives européennes relatives à l'assurance.

1.2 Pouvoirs.

1.2.1 Les pouvoirs de la commission

Ces pouvoirs sont énumérés:

- pour ce qui concerne les modalités d'investigation aux articles L.951-4 à L.951-8 du code de la sécurité sociale
- concernant les mesures susceptibles d'être prises par la commission de contrôle :
- pour les mutuelles, unions et fédérations, aux articles L.510-1 à L.510-11 du code de la mutualité
- pour les institutions de prévoyance, aux articles L 951-1 à L 951-11 du code de la sécurité sociale

Les modalités d'investigation sont prévues par les articles L 951-4, L 951-5 et L 951-8 du code de la sécurité sociale :

Article L.951-4 : « Le contrôle des institutions est effectué sur pièces et sur place. La commission organise ce contrôle et en définit les modalités ; à cette fin, sont mis à sa disposition, en tant que de besoin, les membres de l'inspection générale des affaires sociales ainsi que les autres fonctionnaires commissionnés par elle qui sont nécessaires à l'exercice de sa mission.

« Pour le contrôle des institutions de prévoyance, sont également mis à la disposition de la commission, en tant que de besoin, les commissaires contrôleurs des assurances, dans les conditions définies par décret ».

Article L.951-5 : « La commission peut demander aux institutions toutes informations nécessaires à l'exercice de sa mission.

Elle peut également leur demander la communication des rapports des commissaires aux comptes et, d'une manière générale, de tous documents comptables dont elle peut, en tant que de besoin, demander la certification.

Elle peut porter à la connaissance du public toutes informations qu'elle estime nécessaires.

Article L.951-8 : « En cas de contrôle sur place, un rapport est établi. Si des observations sont formulées par le vérificateur, il en est donné connaissance à l'institution. La commission prend connaissance des observations formulées par le vérificateur et des réponses apportées par l'institution. Les résultats des contrôles sur place sont communiqués au conseil d'administration de l'institution contrôlée. Ils sont également transmis aux commissaires aux comptes. »

Outre les modalités d'investigation, la commission dispose d'une gamme étendue de pouvoirs, adaptés à la nature des organismes contrôlés et gradués en fonction de la gravité des manquements qu'il s'agit de corriger ou de sanctionner : soit des pouvoirs de nature administrative, soit des pouvoirs de sanction. Les pouvoirs de nature administrative s'entendent de:

- la mise en garde,
- l'injonction de prendre toutes mesures destinées à rétablir ou renforcer l'équilibre financier,
- les mesures d'urgence (mise sous surveillance spéciale, restriction ou interdiction de la libre disposition de tout ou partie des actifs, limitation ou suspension temporaire de certaines opérations, désignation d'un administrateur provisoire)

Lorsqu'un organisme a enfreint une disposition législative ou réglementaire ou n'a pas déféré à une injonction, la commission peut prononcer à son encontre, ou à celle de ses dirigeants, une ou plusieurs sanctions disciplinaires suivantes :

- l'avertissement,
- le blâme,
- l'interdiction d'effectuer certaines opérations et toutes limitations dans l'exercice de l'activité, la suspension temporaire d'un ou plusieurs dirigeants de l'organisme contrôlé,
- la démission d'office d'un ou plusieurs dirigeants de la mutuelle, de l'union ou de la fédération en cause,
- le retrait total ou, partiel d'agrément ou d'autorisation
- le transfert d'office de tout ou partie de portefeuille de contrats de la mutuelle (ou des bulletins d'adhésions à des règlements, de contrats ou d'opérations pour les institutions de prévoyance

1.2.2 Les mesures et sanctions que la commission peut prendre:

Les mesures :

La commission peut prononcer des mises en garde (article L.510-7 du code de la mutualité pour les mutuelles ; article L 951-9 de la sécurité sociale pour les institutions de prévoyance) aux organismes soumis à son contrôle, après les avoir mis en mesure de présenter des observations ; elle peut également leur enjoindre de prendre dans un délai déterminé toutes mesures destinées à rétablir ou renforcer leur équilibre financier ou à corriger leurs pratiques.

A la suite d'un rapport spécial d'un commissaire aux comptes établi lorsque les concours financiers, subventions, prêts et aides de toute nature accordés par une mutuelle ou une union du Livre II au bénéficiaire d'une mutuelle du Livre III font l'objet de réserves de sa part dans l'annexe de son rapport annuel (article L.114-39 du code de la mutualité), la commission peut, après avoir mis en mesure l'organisme de présenter des observations, l'enjoindre de cesser dans un délai déterminé les transferts en cause.

La commission doit intervenir en cas de problèmes avérés au regard de la solvabilité d'un organisme du Livre II ou d'une institution de prévoyance (article L.510-3 du code de la mutualité pour les mutuelles; article L.951-2 du code de la sécurité sociale pour les institutions de prévoyance).

En cas de défaut de marge de solvabilité, la commission exige que l'organisme lui soumette un plan de redressement dans un délai d'un mois à compter de sa demande (article R.510-4 Code de la mutualité) . Si la marge de solvabilité n'atteint pas le montant du fonds de garantie, ou si ce fonds n'est pas constitué réglementairement, la commission exige un plan de financement à court terme qui doit lui être présenté dans un délai d'un mois à compter de sa demande (R.510-5 Code de la mutualité).

La commission peut exiger un programme de rétablissement (article R 510-3 du code de la mutualité): lorsque la gestion de l'organisme ne lui paraît pas conforme aux intérêts des membres participants et des bénéficiaires, exiger que lui soit soumis pour approbation dans un délai d'un mois, un programme de rétablissement prévoyant toutes mesures propres à rétablir l'équilibre de l'organisme.

La commission peut prendre des mesures d'urgence (article L.510-9, R.510-9, R.510-10 Code de la mutualité) : lorsque la situation financière et le fonctionnement de l'organisme compromettent les intérêts des membres participants et des bénéficiaires, la commission peut prendre les mesures d'urgence suivantes :

1° Placer l'organisme sous surveillance spéciale. Dans ce cas l'agent en charge du contrôle doit être immédiatement informé des décisions prises par le conseil d'administration ou la direction de l'organisme. Il doit être informé en permanence de l'élaboration du programme de rétablissement, du plan de redressement ou du plan de financement exigé. Il veille à l'exécution des décisions et mesures (R.510-3 Code de la mutualité).

2° Restreindre ou interdire la libre disposition de tout ou partie des actifs de l'organisme.(L510-9 du code de la mutualité)¹

A cet effet, la commission peut :

- Prescrire par lettre recommandée à toute société ou collectivité émettrice ou dépositaire de refuser l'exécution de toute opération portant sur des comptes ou des titres appartenant à l'organisme, ainsi que le paiement des intérêts et dividendes afférents auxdits titres ou subordonner l'exécution de ces opérations au visa préalable d'une personne accréditée par la commission à cet effet (R.510-9 Code de la mutualité);
- Faire inscrire, par lettre recommandée, une hypothèque sur les immeubles (R.510-9 Code de la mutualité) ;
- Prescrire, par lettre recommandée au conservateur des hypothèques, de refuser la transcription de tous actes, l'inscription de toute hypothèque portant sur les immeubles, ainsi que la radiation d'une hypothèque consentie par un tiers au profit de l'organisme (R.510-9 Code de la mutualité) ;
- Exiger le dépôt à la Caisse des dépôts et consignations des grosses des prêts hypothécaires² consentis par l'organisme (R510-9 Code de la mutualité) ;
- Exiger que tous les fonds, titres et valeurs détenus ou possédés par l'organisme soient transférés à la Banque de France ou à la Caisse des dépôts et consignations pour y être déposés sur un compte bloqué. Ce compte ne peut être débité sur ordre de son titulaire que sur autorisation expresse de la commission ou de toute personne désignée par elle, et seulement pour un montant déterminé (R.510-9 Code de la mutualité) ;

3° Limiter ou suspendre temporairement certaines opérations (R.510-10 Code de la mutualité).

4° Ordonner la suspension de paiement des valeurs de rachat ou le versement d'avances sur les bulletins d'adhésion ou contrats collectifs (R.510-10 Code de la mutualité)

La commission peut désigner un ou plusieurs administrateurs provisoires (L.510-10, R.510-7 Code de la mutualité) lorsque la situation financière et le fonctionnement de l'organisme compromettent les intérêts des membres participants et des bénéficiaires (article L.510-9 Code de la mutualité).

La mise en œuvre des mesures d'urgence citées ci-dessus, y compris la nomination d'administrateurs provisoires, ne nécessite pas le respect d'une procédure contradictoire. Celle-ci doit, en revanche, être respectée à l'issue d'un délai de trois mois pour apprécier l'opportunité de la prolonger dans le temps.

La commission en cas de mesure d'urgence et de nomination d'administrateur provisoire respecte certaines règles de procédures (R.510-7 Code de la mutualité) : elle doit avertir dans les plus brefs délais l'organisme et dispose d'un délai de trois mois pour entendre les responsables de l'organisme, délai au terme duquel la commission décide de lever ou confirmer sa décision.

¹ Le cas échéant la commission informe les autorités compétentes des Etats membres de la Communauté européenne ou parties à l'accord sur l'Espace économique européen et peut leur demander de prendre les mesures nécessaires pour restreindre ou interdire dans les mêmes conditions, selon le droit de ces Etats, la libre disposition des actifs de l'organisme.

² Il s'agit de la copie de l'acte de prêt hypothécaire revêtu de sa formule exécutoire.

La commission peut procéder à la liquidation ou au transfert d'établissements ou de services d'organismes du Livre III :

Conformément à l'article L.510-10 du code de la mutualité, la commission peut, en cas d'irrégularité grave ou lorsque le fonctionnement de l'organisme est gravement compromis, soit :

- prononcer la liquidation de l'établissement ou du service après consultation de l'assemblée générale ;
- déterminer les modalités de son transfert vers un autre organisme du Livre III.

Dans ce dernier cas, il n'est pas exigé que l'organisme reprenneur se situe dans la même région, auquel cas une coordination avec les services compétents de cette autre région peut être opportune.

Les sanctions

Pour les institutions de prévoyance, les références sont les articles L 951-10 et R 951-3-2 du code de la sécurité sociale. Pour les mutuelles, l'article L 510-11 du code de la mutualité :

Lorsque la situation d'un organisme le justifie (infraction à une disposition législative ou réglementaire dans le domaine relevant du contrôle de la commission ou exercice de pratiques qui mettent en péril la marge de solvabilité ou l'exécution des engagements que l'organisme a contractés envers les membres participants, ayants droit ou bénéficiaires), **la commission prend une des sanctions fixées à l'article L.510-11 du code de la mutualité (L.951-10 du code de la sécurité sociale pour les institutions de prévoyance)**. A ce titre, la commission peut prononcer à l'encontre de l'organisme, ou celle de ses dirigeants, l'une ou plusieurs des sanctions disciplinaires suivantes en fonction de la gravité du manquement :

- 1° L'avertissement;
- 2° Le blâme;
- 3° L'interdiction d'effectuer certaines opérations et toutes autres limitations dans l'exercice de l'activité;
- 4° La suspension temporaire d'un ou plusieurs dirigeants de la mutuelle, de l'union ou de la fédération;
- 5° La démission d'office d'un ou plusieurs dirigeants de la mutuelle, de l'union ou de la fédération;
- 6° Le retrait total ou partiel d'agrément;
- 7° Le transfert d'office, après organisation d'un appel d'offres fructueux, de tout ou partie de portefeuille de contrats de la mutuelle ou de l'union. [le transfert d'office de tout ou partie de portefeuille de contrats de la mutuelle (ou des bulletins d'adhésions à des règlements, de contrats ou d'opérations pour les institutions de prévoyance)].

Lorsqu'une sanction prononcée par la commission de contrôle est devenue définitive, la commission peut, aux frais de la mutuelle, de l'union ou de la fédération sanctionnée, ou de l'institution de prévoyance, ordonner l'insertion de sa décision au registre national des mutuelles et dans trois journaux ou publications qu'elle désigne, et l'affichage dans les lieux et pour la durée qu'elle indique. Cette procédure ne s'applique pas aux sanctions énoncées aux 1° et 2° ci-dessus.

Dans tous les cas prévus à l'article L 510-11 du code de la mutualité et à l'article L 951-10 du code de la sécurité sociale, la commission de contrôle statue après une procédure contradictoire. Elle informe obligatoirement les intéressés de leur droit à être entendus. Lorsqu'ils font usage de cette faculté, ils peuvent se faire représenter ou assister. Les mutuelles, les unions ou les fédérations, sanctionnées peuvent, dans un délai de deux mois qui suit la notification de la décision, former un

recours de pleine juridiction devant le Conseil d'Etat. En application du code de la sécurité sociale, la commission est dotée des mêmes pouvoirs à l'égard des institutions de prévoyance et des institutions de retraite supplémentaire.

La procédure est :

1) contradictoire :

Le contrôle est effectué sur pièces et sur place dans les conditions prévues par le code de la sécurité sociale et par le code de la mutualité. Ces conditions impliquent qu'en cas de rapport sur place, un rapport soit établi. Il est donné connaissance à l'organisme des observations éventuellement formulées par le vérificateur, lesquelles appellent réponse de l'institution. Cette procédure se déroule en deux temps, les constatations des rapporteurs étant suivies des réponses apportées par l'institution. Cet échange est, le cas échéant, relayé par la Direction régionale des affaires sanitaires et sociales (DRASS). Le dossier, rapport et réponse, est ensuite soumis à la Commission. Seules les situations justifiant de mesures d'urgence nécessitent une information immédiate de la commission, la procédure contradictoire étant alors, de par les deux codes, réservée à la levée ou à la confirmation desdites mesures.

Le suivi du rapport de contrôle est systématiquement assuré. Même lorsque aucune recommandation particulière n'est notifiée – ce qui est l'exception - l'organisme doit néanmoins recevoir une lettre clôturant la procédure de contrôle.

2) garantie par le secret professionnel qui s'impose tant aux membres du collège qu'aux agents en charge du contrôle, qui peut être levé dans le cadre d'une procédure pénale

3) sous le contrôle du juge administratif : toute décision disciplinaire de la commission est susceptible de recours direct de pleine juridiction devant le Conseil d'Etat.

Lorsque la commission relève des faits de nature à justifier des poursuites pénales, elle doit transmettre le dossier au Procureur de la République, sans préjudice des sanctions qu'elle peut prononcer.

ANNEXE 2

TABLEAUX DES CONVENTIONS DE SUBSTITUTION, FUSIONS ET TRANSFERTS

Conventions de substitution

	Mutuelles substituantes	Mutuelles substituées
2002	111	665
2003	16	19
2004 (premier semestre)	4	5
TOTAL	131	689

Fusions

	Mutuelles fusionnantes	Mutuelles fusionnées
2002	50	283
2003	35	59
2004 (premier semestre)	3	21
TOTAL	88	363

Transferts

	Mutuelles transférantes	Mutuelles transférées
2002	20	42
2003	22	33
2004 (premier semestre)	9	13
TOTAL	51	88

ANNEXE 3

**SYNTHESE DE L'ETUDE DU SECTEUR DES MUTUELLES
SUR LA BASE D'UN ECHANTILLON DE 105 ORGANISMES**

**ETUDE DU SECTEUR DES MUTUELLES SUR LA BASE
D'UN ECHANTILLON DE 105 ORGANISMES**

La synthèse présentée porte sur 105 organismes relevant directement du contrôle de la commission, auxquelles adhèrent 13,5 millions de personnes, qui totalisent 9,84 Md€ de chiffre d'affaires, soit 85 % des cotisations brutes correspondant aux organismes relevant directement de la commission, qui peut être estimé à de 11,5 Md€

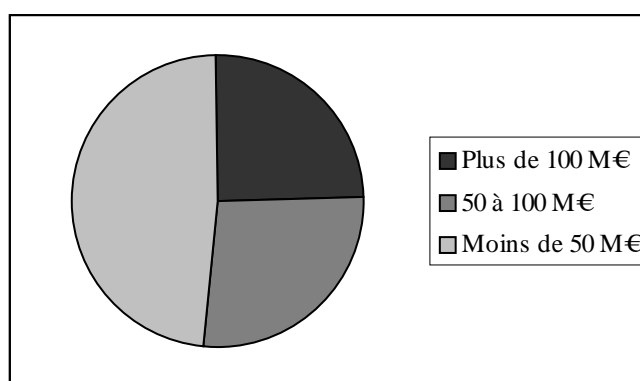
1) Le degré de concentration du secteur

Sur l'échantillon étudié :

- 26 mutuelles ont un chiffre d'affaire annuel supérieur à 100 M€ (6,4 Md€).
Les dix premiers réalisent 4,3 Md€ de cotisations brutes en 2002 (37% du chiffre d'affaire global).
- 28 mutuelles réalisent un chiffre d'affaire annuel compris entre 50 M€ et 100 M€ (2 Md€),
- 51 mutuelles réalisent un chiffre d'affaire inférieure à 50 M€ (1,3 Md€)

Ces différents éléments révèlent ainsi une concentration du secteur mutualiste qui est sans doute encore appelée à se développer.

Le graphique suivant présente la répartition de l'échantillon en fonction du volume des cotisations relatives à l'exercice 2002.



55 % des mutuelles de l'échantillon n'assurent que des risques à moins d'un an, dans les branches accident et maladie, pour un chiffre d'affaire total de 3,38 Md€ (34 % du chiffre d'affaire de l'échantillon étudié). 45 % interviennent dans des risques à long terme, incluant en particulier les risques vie décès, pour un chiffre d'affaires de 6,59 Md€ (66 % du chiffre d'affaire total de l'échantillon).

2) Les opérations de reprise des engagements

Parmi les 105 organismes du périmètre de l'échantillon étudié, 58 ont repris les engagements de 537 mutuelles, par voie de substitution, de fusion ou de transfert de portefeuille (tableau n° 5). Les organismes repreneurs représentent au total 6,83 Md€ de cotisations brutes et 11,67 Md€ de provisions techniques brutes, après les substitutions ou fusions intervenues en 2002. Ils figurent, ainsi que le nombre de mutuelles reprises, dans le tableau qui suit, où apparaît globalement le nombre d'organismes concernés par tranche de cotisations brutes.

Tranches de cotisations	Nb. Total d'organismes	Nb. d'organismes repreneurs	Nb. d'organismes repris
Plus de 100 M€	26	18	127
50 à 100 M€	28	16	108
Moins de 50 M€	51	24	302
TOTAL	105	58	537

C'est dans la tranche de cotisations supérieures à 100 M€ que se trouve la plus forte proportion d'organismes repreneurs (18/26 soit environ deux tiers). Cette proportion décroît avec les tranches de cotisations : 54% pour la tranche intermédiaire et 47% pour la tranche des cotisations inférieures à 50 M€. Le nombre moyen d'entités reprises par organisme repreneur est de l'ordre de 7 pour les deux tranches supérieures en montant de cotisations ; il passe à près de 13 pour les organismes de moins de 50 M€ de cotisations. Le nombre important de mutuelles reprises pour cette dernière tranche se concentre en grande partie sur cinq organismes repreneurs, qui ont absorbé 254 mutuelles, dans des opérations pouvant concerner parfois plus de 60 organismes repris.

Plusieurs facteurs peuvent expliquer la concentration d'un nombre important d'entités par le même organisme :

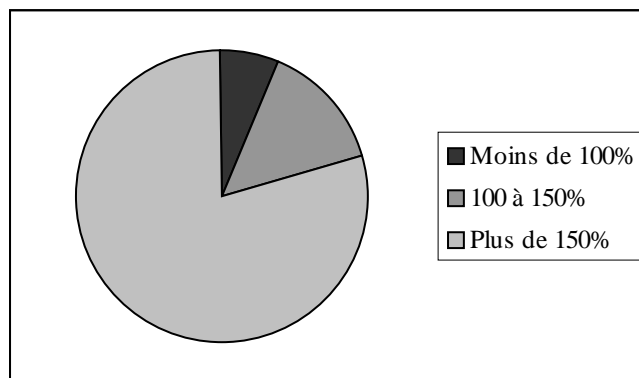
- le rassemblement par un organisme fédérateur d'un ensemble d'entités territoriales,
- le regroupement autour d'un pôle régional d'un ensemble important de très petites entités locales,
- une politique de croissance par absorption de mutuelles déjà importantes.

3) La disparité de la situation financière des organismes.

3.1. Un quart environ des mutuelles sont en situation de fragilité.

7 organismes (264 M€ soit 2,7 % du chiffre d'affaire total), au vu des comptes établis pour l'exercice 2002, présentent une insuffisance de couverture de la marge de solvabilité réglementaire. Par ailleurs, 15 mutuelles représentent (1,93 Md'€ soit 19,6 % du chiffre d'affaire global) présentent une couverture de la marge entre 100 à 150 %.

Le graphique suivant présente la répartition de l'échantillon en fonction du taux de couverture de la marge de solvabilité à l'issue de l'exercice 2002.



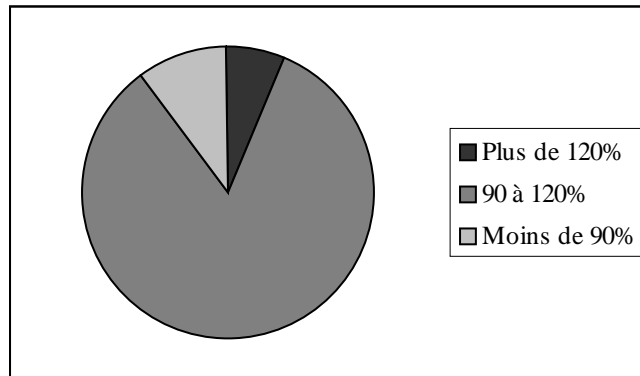
3.2. Situation des mutuelles au regard du ratio combiné

Le ratio combiné dépasse 120% pour 7 des organismes (178 M€ soit 1,8 % du chiffre d'affaire global) ce qui montre la dépendance de ces organismes par rapport à l'appoint que peut apporter le produit des placements. Il s'agit là d'un facteur de vulnérabilité, tant que subsistent de façon significative des incertitudes liées aux marchés financiers. 6 de ces organismes ont enregistré en 2002 un résultat négatif.

Ces 7 organismes ont un chiffre d'affaires inférieur à 50 M€

11 mutuelles (1,4 Md'€ soit 14,5 % du chiffre d'affaire global) ont un ratio combiné inférieur ou égal à 90 %. 5 de ces mutuelles ont un chiffre d'affaire supérieur à 100 M€

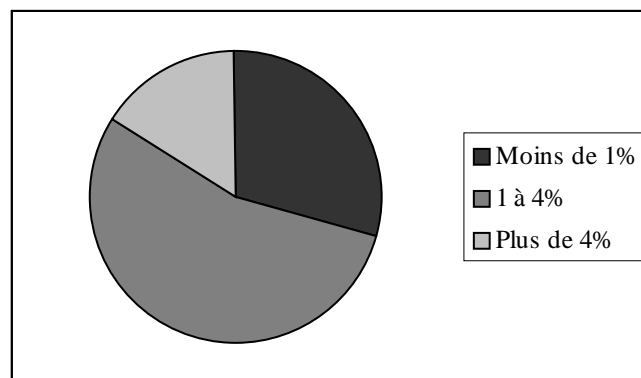
Le graphique suivant présente la répartition de l'échantillon en fonction du ratio combiné relatif à l'exercice 2002.



3.3 Le taux de rendement des placements.

Enfin, le taux de rendement des placements, compte tenu des produits et des plus ou moins values réalisées est négatif pour 18 mutuelles, et inférieur à 1 % pour 13 autres. Il est supérieur à 4 % pour 17 mutuelles.

Le graphique suivant présente la répartition de l'échantillon en fonction du taux de rendement des placements pour l'exercice 2002.



ANNEXE 4

INDICATEURS SUR LE SECTEUR DES INSTITUTIONS DE PREVOYANCE : Ratios d'analyse financière et prudentielle des institutions de prévoyance

RATIOS CLASSIQUES			
	2000	2001	2002
Financement Permanent			
Capitaux permanents / actifs immobilisés	28%	29%	26%
Indépendance Financière			
Capitaux permanents / Passif	23%	22%	16%
Liquidité de l'actif			
Actifs circulants/Actif	11%	10%	11%
Solvabilité Générale			
Actif/ Capitaux étrangers	129%	129%	119%
couverture des engagements	119%	119%	107%
couverture de la marge réglementaire	3,37	4,47	2,66
<i>(hors plus values latentes)</i>	3,37	3,76	2,51
Taux de liquidation			
Placements / P.T.B.R+Fonds Propres	78%	80%	51%

ANNEXE 5

TEXTE LEGISLATIF SUR LES

INSTITUTIONS DE RETRAITE SUPPLEMENTAIRE

EXTRAIT DU CODE DE LA SECURITE SOCIALE
TITRE IV « INSTITUTIONS DE GESTION DE RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE »

Article 116 de la Loi n°2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites introduisant les articles L 941-1 à L 941-4 au code de la sécurité sociale (I de l'article 116) :

« Art. L. 941-1. - Les institutions de retraite supplémentaire régies par le présent titre dans sa rédaction en vigueur à la date de publication de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites, qui à cette date ne sont pas en cours de dissolution, doivent, avant le 31 décembre 2008, soit déposer une demande en vue de leur agrément en qualité d'institution de prévoyance relevant du titre III du livre IX ou en vue de leur fusion avec une institution de prévoyance agréée, soit se transformer, sans constitution d'une nouvelle personne morale, en institutions de gestion de retraite supplémentaire régies par le présent titre.

« Art. L. 941-2. - Les institutions de gestion de retraite supplémentaire mentionnées à l'article L. 941-1 ne peuvent accomplir d'opérations autres que celles relatives à la gestion administrative du ou des régimes de retraite supplémentaire ou d'indemnités de fin de carrière de leurs entreprises adhérentes.

« Art. L. 941-3. - Les articles L. 931-9, L. 931-13, L. 931-17, L. 931-20 et L. 931-25 à L. 931-28 et les dispositions du chapitre Ier du titre III du présent livre relatives à la composition et au fonctionnement du conseil d'administration et de la commission paritaire ou de l'assemblée générale s'appliquent aux institutions de gestion de retraite supplémentaire.

« Art. L. 941-4. - Un décret en Conseil d'Etat précise en tant que de besoin les modalités de fonctionnement des institutions de gestion de retraite supplémentaire et notamment les mentions qu'elles doivent faire figurer dans leurs statuts et documents d'information. Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale détermine les états comptables et statistiques que les institutions adressent chaque année à la Commission de contrôle des assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance ».

Suite de l'article 116 de la Loi n°2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites (II à VII):

« II. - Un décret en Conseil d'Etat détermine en tant que de besoin les adaptations transitoires aux dispositions du titre III du livre IX du code de la sécurité sociale qui peuvent être appliquées pendant une période ne pouvant excéder quinze ans aux institutions de prévoyance créées ou fusionnées en application de l'article L. 941-1 dudit code.

III. - En l'absence de transmission d'un dossier complet de demande d'agrément conforme à l'article L. 941-1 du même code ou du dépôt des modifications statutaires rendues éventuellement nécessaires par l'application des articles L. 941-2 à L. 941-4 du même code dans le délai prévu audit

article L. 941-1, ou en cas de refus d'agrément, les institutions mentionnées à cet article sont dissoutes et cessent toutes les opérations qui ne sont pas nécessaires à leur liquidation. Le liquidateur est nommé par le conseil d'administration de l'institution ou, en cas de carence, par la Commission de contrôle des assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance.

Un arrêté du ministre chargé de la sécurité sociale précise les modalités de conversion en rentes viagères des réserves et provisions constituées par lesdites institutions.

IV. - Jusqu'à leur transformation, fusion ou dissolution, les institutions de retraite supplémentaire mentionnées au premier alinéa de l'article L. 941-1 du code de la sécurité sociale sont soumises aux dispositions du titre IV du livre IX du même code dans leur rédaction en vigueur à la date de publication de la présente loi. Elles adressent, au plus tard le 30 juin 2004 et ensuite chaque année dans les six mois suivant la clôture de chaque exercice, à la Commission de contrôle des assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance une note technique décrivant leurs engagements tels que visés à l'article L. 941-2 dans sa rédaction antérieure à la publication de la présente loi et exposant le mode de calcul de ces engagements ainsi que les modalités de constitution des provisions nécessaires à la couverture de ces engagements, un état relatif à l'exercice clos, comprenant les provisions constituées par l'institution, ses placements ainsi que, le cas échéant, les provisions inscrites au passif du bilan de la ou des entreprises adhérentes à l'institution ou les engagements figurant dans l'annexe et une copie de tout contrat ou convention conclu par la ou les entreprises adhérentes en vue de couvrir ou de contribuer à la couverture des engagements relatifs au régime de retraite mis en œuvre par l'institution de retraite supplémentaire.

La Commission de contrôle des assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance peut préciser la nature et le contenu des informations figurant dans les documents mentionnés au premier alinéa.

V. - Au dernier alinéa de l'article L. 931-36 du code de la sécurité sociale, après les mots : « certains risques », sont insérés les mots : « et le cas échéant pour les opérations des institutions de prévoyance créées ou fusionnées en application de l'article L. 941-1 tant qu'elles mettent en œuvre les adaptations prévues au II de l'article 116 de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites ».

VI. - Un décret détermine les conditions dans lesquelles les institutions relevant du titre IV du livre IX du code de la sécurité sociale qui se transforment en institutions de gestion de retraite supplémentaire modifient, par voie d'accord collectif, leurs règlements afin de transférer à une institution de prévoyance régie par le titre III du livre IX du code de la sécurité sociale, à une entreprise d'assurance régie par le code des assurances ou à une mutuelle régie par le titre II du code de la mutualité les provisions ou réserves qu'elles ont constituées. Ces modifications ne sont applicables que sous réserve de leur approbation par la Commission de contrôle des assurances, des mutuelles et des institutions de prévoyance.

VII. - A titre exceptionnel, les contributions des employeurs versées pendant la période transitoire prévue à l'article L. 941-1 du code de la sécurité sociale sont exclues de l'assiette des cotisations et contributions sociales dans des conditions prévues par la plus prochaine loi de financement de la sécurité sociale. »