



AUTORITÉ DE CONTRÔLE
DES ASSURANCES ET DES MUTUELLES
RAPPORT 2005



PROFIL

Autorité publique indépendante, créée par la loi de sécurité financière du 1^{er} août 2003, **L'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles** a pour mission, pour le compte de l'Etat, le contrôle et la surveillance de l'ensemble des acteurs du marché français de l'assurance.

En raison de leur forme juridique différente, les organismes pratiquant l'assurance sont soumis à des réglementations spécifiques inscrites dans trois codes différents — Code des assurances, Code de la Sécurité sociale et Code de la mutualité — qui transposent un ensemble unique de directives européennes.

L'ACAM assure le contrôle de **2 718 organismes** de droit français dont :

386 sociétés d'assurance

29 sociétés de réassurance

2 088 mutuelles

76 institutions de prévoyance

89 institutions de retraite supplémentaire



Profil	01
Le mot du Président	04
Partie I : Le contrôle des acteurs du marché français de l'assurance	08
Interview de la Secrétaire générale	08
1. L'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles	11
1.1. Les missions de l'ACAM	12
1.2. Organisation et fonctionnement	13
1.3. Les prérogatives de l'ACAM	14
2. L'action de L'ACAM	17
2.1. La protection des intérêts des assurés	17
2.2. Les mesures d'urgence et de sauvegarde	18
2.3. L'ouverture de procédures disciplinaires	20
2.4. Transmissions à l'autorité judiciaire	21
3. Les chiffres de l'assurance en 2005	23
3.1. Les organismes contrôlés	23
3.2. Les chiffres clés	26
4. Les relations entre l'ACAM et les assurés	30
4.1. L'activité du Bureau des Relations avec les Assurés	30
4.2. Les principaux points soulevés en 2005	33
Partie II : Les faits marquants en 2005	42
1. Les évolutions réglementaires	42
1.1. La transposition de la directive européenne sur la réassurance	42
1.2. Mise en œuvre des nouvelles dispositions concernant l'avis donné par l'Autorité sur les Commissaires aux Comptes appelés à intervenir dans les organismes d'assurance	47
1.3. Retraite professionnelle supplémentaire : un nouveau dispositif	48
2 La régulation et la coopération internationale	51
2.1. La lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme	51
2.2. Les normes IFRS et le contrôle prudentiel	53
2.3. Le projet Solvabilité 2	55



Partie III : Les acteurs du marché français de l'assurance	62
1. Les assureurs vie	62
1.1. L'évolution des primes	62
1.2. Le résultat technique	63
1.3. La couverture des engagements réglementés	64
1.4. La marge de solvabilité	64
2. Les assureurs non-vie	68
2.1. Évolution de l'activité	68
2.2. Évolution des résultats	69
2.3. La couverture des engagements réglementés	70
2.4. La marge de solvabilité	70
3. Les sociétés de groupe d'assurance mutuelle	71
4. Les mutuelles relevant du Code de la mutualité	74
4.1. L'évolution du marché	75
4.2. Les grands chantiers opérationnels et réglementaires	77
5. Les institutions de prévoyance	80
6. Les institutions de retraite supplémentaire	84
6.1. Le secteur des IRS	85
6.2. La question du provisionnement parfois insuffisant	85
6.3. La réforme des retraites de 2003	86
6.4. Le contrôle de L'ACAM	86
7. Les sociétés de réassurance	87
8. Les intermédiaires d'assurance	88
8.1. L'immatriculation des intermédiaires	88
8.2. La radiation de la liste	89
8.3. Le rôle de L'ACAM	90
Partie IV : Les données financières	92
Lexique	97



SOMMAIRE

RAPPORT ANNUEL 2005



INTRODUCTION

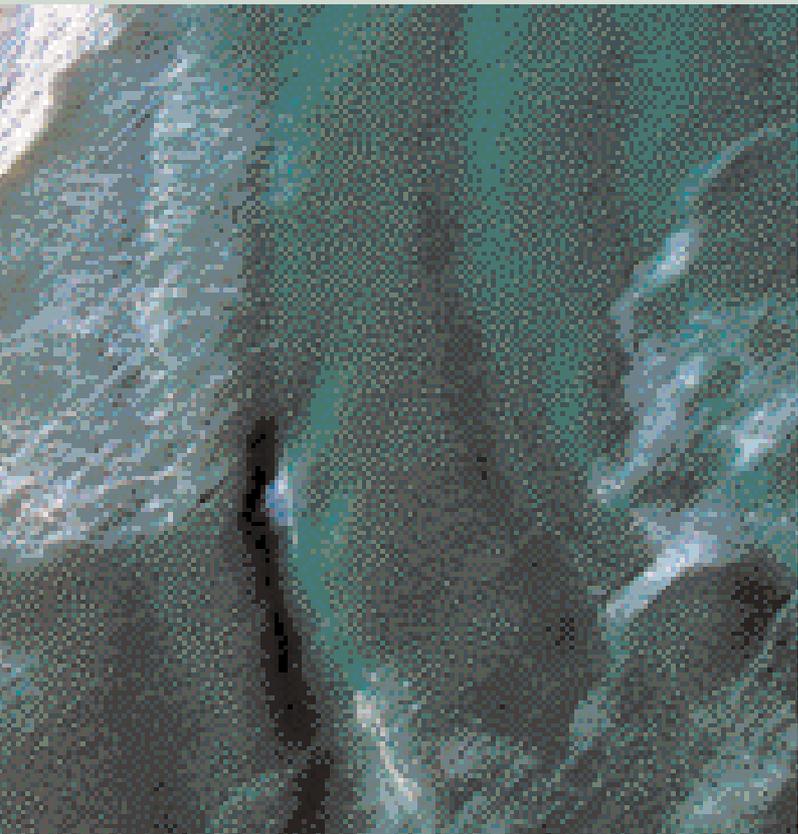
LE MOT DU PRÉSIDENT

Le secteur de la protection contre les risques de toute nature par les organismes d'assurance, de réassurance, de prévoyance et de couverture sociale, souvent mal connu du grand public, s'impose aujourd'hui comme un secteur économique de première importance. Pour ne prendre que ces deux illustrations, il gère un montant correspondant à 20 % de l'épargne accumulée par les Français au cours des temps, soit 1 300 milliards d'euros placés, et ce, à travers plus de cent millions de polices de garanties, chaque assuré en détenant en général plusieurs.

Contrôler que les protections offertes sont fiables et solides a toujours constitué une des conditions de base du bon fonctionne-

ment du secteur de l'assurance. Mais, maintenant, il faut y voir également un enjeu fondamental pour la stabilité du système financier dans son ensemble. Aussi, au fur et à mesure de son développement et de la croissance de sa technicité, le contrôle s'adapte et se perfectionne. Plusieurs modifications législatives et réglementaires importantes sont, ainsi, récemment venues enrichir le paysage de l'assurance et de la prévoyance.

En ce qui concerne les structures, la Loi de sécurité financière du 1^{er} août 2003 a posé le principe de la fusion des Commissions de Contrôle distinctes existant jusqu'alors pour le secteur des assurances et pour celui des mutuelles et institutions de prévoyance



pour créer une entité unique, dotée du statut d'autorité publique indépendante. Autorité de régulation du secteur, l'ACAM bénéficie donc de pouvoirs de décision et de gestion propres, assis sur des ressources autonomes et sur des garanties légales. Sa mission de contrôle s'étend à l'ensemble des entreprises relevant tant du Code des assurances (environ 400) que du Code de la mutualité (2 090 mutuelles) et du Code de la Sécurité sociale (165 institutions de prévoyance et de retraite supplémentaire) ; elle porte sur le respect aussi bien des règles prudentielles indispensables à la sécurité des assurés et adhérents que des textes applicables à ces organismes et des pratiques de bonne gouvernance, également essentielles pour les intérêts des bénéficiaires.

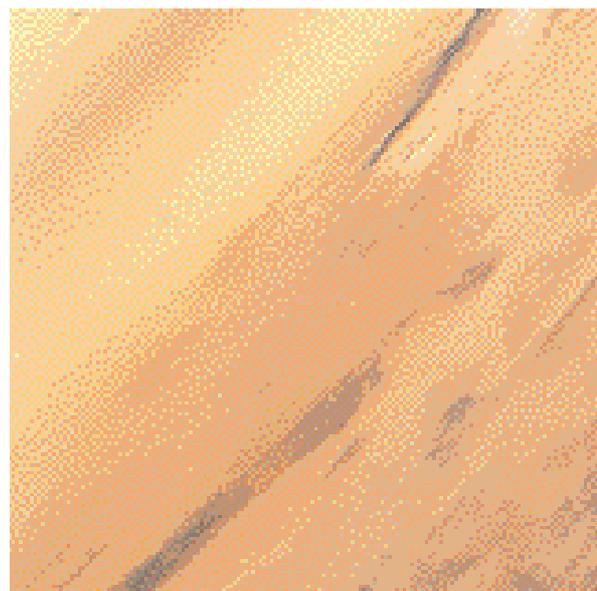
Au cours des deux premières années écoulées depuis sa création effective en juillet 2004 (alors sous le nom de CCAMIP), l'ACAM a notamment développé les services nécessaires à ses nouvelles tâches en matière de contrôle prudentiel des organismes mutualistes, de prévention du blanchiment des capitaux, et depuis peu, des intermédiaires d'assurances. Les services encadrés par son Secrétariat général disposent de pouvoirs d'investigation étendus. Organisés en brigades, ils sont en contact permanent et étroit avec les organismes qu'ils contrôlent. Ils reçoivent régulièrement leurs états prudentiels et en supervisent l'activité. En cas de problèmes graves, ils peuvent proposer au Collège de l'Autorité soit des mesures administratives de sauvegarde telles

que le placement sous administration provisoire d'un organisme, soit des sanctions disciplinaires.

De telles situations sont, heureusement, rares : le présent rapport montre qu'en 2005, les sanctions se sont limitées à neuf cas, dont un a été rendu public ; la caducité de l'agrément de cinq organismes a été prononcée, tandis que 17 organismes ne disposant pas d'agrément légal ont été mis en liquidation ; enfin, 49 organismes ont été placés sous administration provisoire et 5 sous surveillance spéciale. Si elles sont peu fréquentes, la possibilité d'actions de ce type est cependant essentielle pour éviter des dérapages qui pourraient entamer la stabilité financière du système et se révéler lourds de conséquences pour les assurés. L'Autorité dispose également de pouvoirs de recommandation, et de la possibilité d'imposer des normes prudentielles particulières aux organismes en cas de difficultés.

Je voudrais également préciser combien, à mes yeux, le domaine de l'information claire et complète à apporter aux assurés est essentiel. L'ACAM a participé activement à la préparation de la loi du 15 décembre 2005, qui vise à améliorer concrètement cette information. Elle s'est efforcée de diffuser elle-même, après consultation des organisations professionnelles, des guides de bonnes pratiques à l'intention des organismes du secteur. Je citerai notamment les recommandations publiées d'une part en avril 2005 sur la présentation des rapports de solvabilité et, d'autre part, en août 2004 sur les procédures à suivre en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux, ainsi que le travail entrepris sur la gouvernance des organismes. Ce dernier sujet, élaboré par un groupe conduit par M. Vandier, ancien Président de la MACIF, a fait l'objet d'une première esquisse mise en ligne sur le site de l'ACAM en juin 2006 pour discussion par toute personne ou organisme intéressé.

En qualité de contrôleur, nous nous intéressons, tout particulièrement, à la situation prudentielle des organismes supervisés. Je me réjouis donc de constater que le secteur de l'assurance, de la prévoyance et de la mutualité a poursuivi, en 2005, sa consolidation financière. La solvabilité globale et les ratios de couverture des risques des organismes sont en général particulièrement solides (la marge de solvabilité minimale réglementaire étant couverte en moyenne 4 fois en assurance-vie et 6 fois en assurance-dommages) ; la mission comparative conduite en 2005 par le Fonds Monétaire International l'a d'ailleurs reconnu. Il s'avère, cependant, nécessaire de poursuivre la consolidation de certaines institutions versant des suppléments de retraite et le regroupement de certaines mutuelles sociales gênées dans leur développement par une trop petite dimension. Et la vigilance continue de s'imposer face aux multiples facteurs de risques présents en France comme dans le



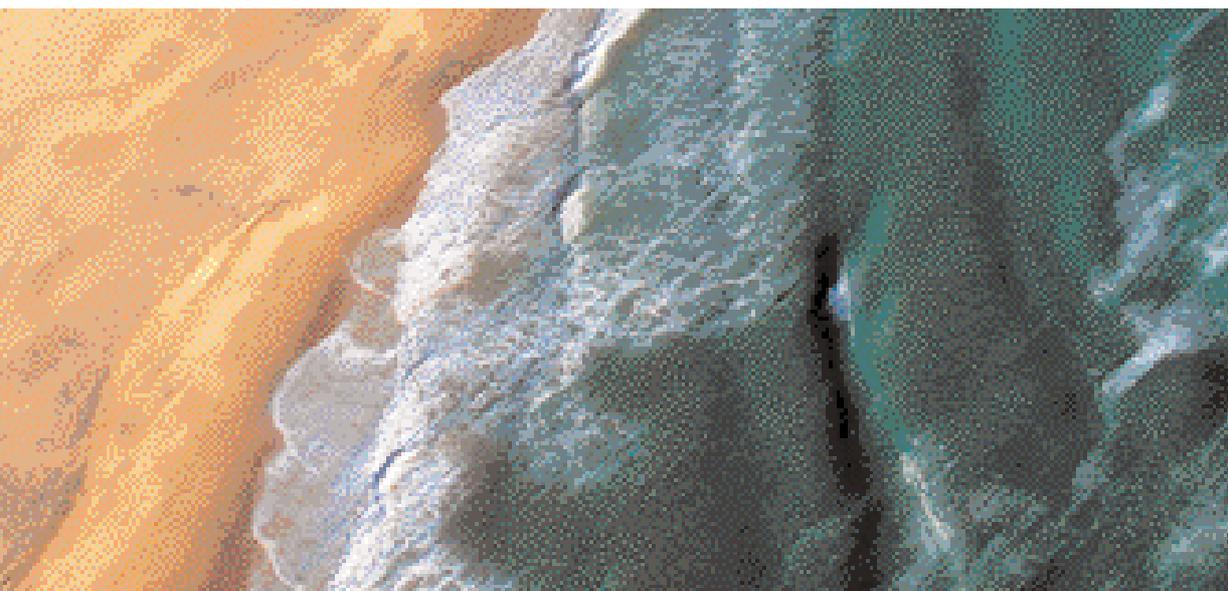
monde. La pratique de plus en plus généralisée de « stress tests » par les organismes a précisément pour objet de calibrer ces risques et d'en assurer la couverture professionnelle optimale.

Cette situation saine du secteur français de l'assurance se révèle un atout dans les discussions internationales. Celles-ci se poursuivent en coordination tant avec l'ensemble des superviseurs — notamment au sein de l'IAIS — qu'avec les fédérations professionnelles. Les travaux portent principalement sur deux dossiers lourds. D'une part, l'adaptation à l'assurance des nouvelles normes comptables IFRS déjà applicables aux groupes cotés se poursuit. D'autre part s'édifie le grand programme « Solvabilité 2 » qui, à l'horizon 2010/2012, encadrera les règles de couverture des organismes. Ce projet « Solvabilité 2 » apportera des changements significatifs à l'approche

actuelle, en introduisant notamment le recours à des modèles internes d'évaluation pour l'établissement des bilans.

J'ai plaisir à saluer, pour conclure, le dévouement de l'ensemble des agents de l'ACAM à leur mission de service public, dont l'objet direct est d'améliorer la sécurité financière de l'ensemble des assurés, c'est-à-dire de la plupart des citoyens français. Cette mission s'accomplit en bonne coordination et dans un climat de travail positif avec les organisations professionnelles comme avec le Parlement et les administrations.

Il est permis d'en attendre de larges retombées positives, tant il est vrai que la couverture du risque, préoccupation de chacun, est aussi l'affaire de tous.





L'ACAM

INTERVIEW DE LA SECRÉTAIRE GÉNÉRALE

Q : QUEL BILAN TIREZ-VOUS DE CETTE DEUXIÈME ANNÉE DE FONCTIONNEMENT DE L'ACAM ?

L'ACAM, créée en juillet 2004, vient de connaître sa première année complète de fonctionnement sous l'empire des dispositions de la loi de sécurité financière qui lui ont attribué, avec le statut d'autorité publique indépendante, la personnalité morale et l'autonomie financière. L'année 2005 a vu la montée en puissance du Secrétariat général qui s'est considérablement renforcé, avec près de 50 recrutements, pour se mettre en mesure d'assumer avec une pleine efficacité l'ensemble des missions qui lui ont été confiées.

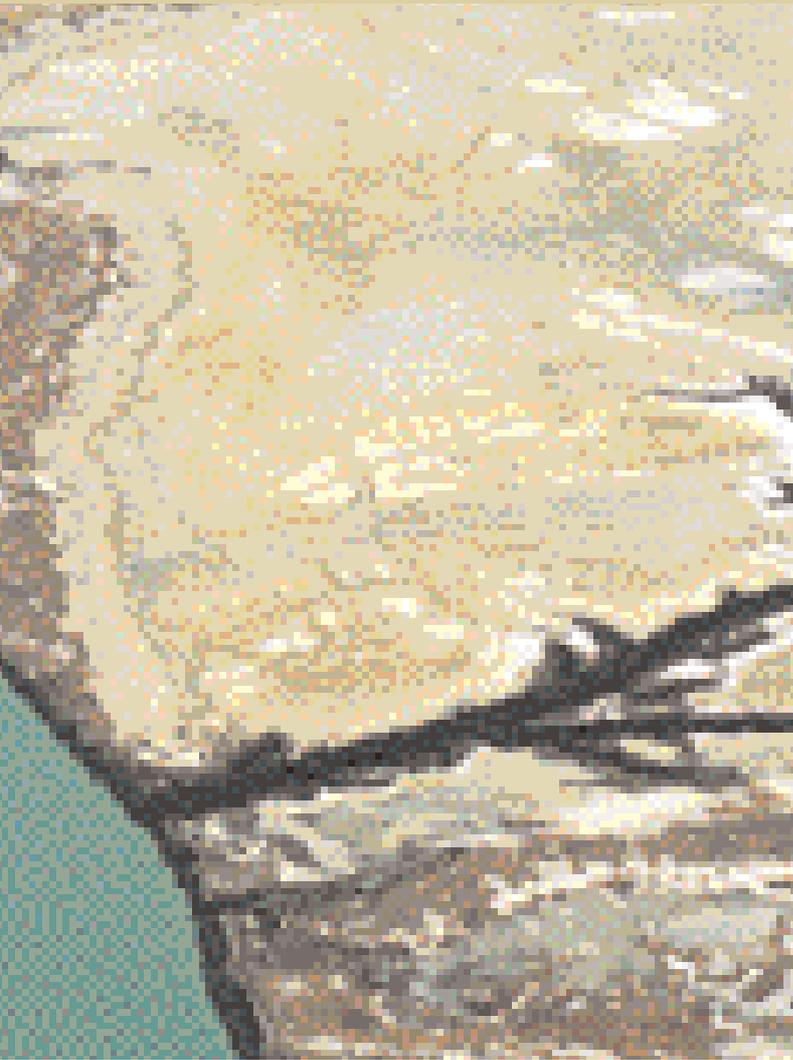
Ce renforcement s'est également traduit au plan de l'organisation puisque l'ACAM a regroupé, au sein d'une nouvelle direction du Marché, des statistiques et du système d'information, l'ensemble des services exerçant des missions d'appui aux brigades de contrôle. Je citerai en particulier le Bureau des Relations avec les Assurés, qui est désormais systématiquement consulté avant chaque contrôle sur

place, auquel il peut d'ailleurs le cas échéant participer, et le Bureau des questions comptables, chargé notamment de l'instruction des demandes d'avis préalables à la désignation des Commissaires aux Comptes.

La prise d'autonomie progressive vis-à-vis du Ministère des Finances ne trouvera toutefois son plein aboutissement que dans le courant de l'année 2006, avec le déménagement dans les nouveaux locaux de la rue Taitbout et la reprise en gestion de l'ensemble des personnels. Il faudra donc attendre 2007 pour que le fonctionnement de l'ACAM soit pleinement conforme à son statut, et qu'elle en assume financièrement toutes les charges. Son budget est d'ailleurs dimensionné dans cette perspective, ce qui lui assure une situation financière saine.

Q : ET S'AGISSANT DU CONTRÔLE DU SECTEUR ?

L'objectif demeure à terme de soumettre à un contrôle équivalent l'ensemble des acteurs relevant des directives européennes d'assurance, quel que soit



PARTIE I

LE CONTRÔLE DES ACTEURS DU MARCHÉ FRANÇAIS DE L'ASSURANCE



leur statut. Nous avons en 2005 accompli des progrès notables en ce sens : l'achèvement de la base de données administratives sur les mutuelles, qui n'avaient encore jamais été recensées de manière aussi exhaustive, constitue la première étape vers un contrôle préventif et normalisé. Mais le dossier annuel 2005 remis par les mutuelles demeure incomplet, ce qui retarde nos efforts vers l'harmonisation du reporting prudentiel. L'ACAM a néanmoins d'ores et déjà mis en place des procédures unifiées pour l'avis préalable à la désignation des Commissaires aux Comptes, l'acceptation des experts immobiliers et le traitement des réclamations d'assurés.

Après une année 2004 consacrée au traitement — souvent dans l'urgence — des situations les plus dégradées, les mutuelles et les institutions de prévoyance ont connu en 2005 leurs premiers contrôles sur place, selon des standards identiques à ce qui se pratique depuis plus d'un siècle dans les entreprises d'assurance. Je crois pouvoir dire que l'aspect pédagogique et préventif de cet exercice, de même que les capacités d'analyse des équipes du Secrétariat général, ont été reconnus.

J'observe toutefois que cet effort d'harmonisation est parfois freiné par la persistance, pour les trois secteurs, de réglementations divergentes inscrites dans les trois codes distincts.

Q : QUELLE EST VOTRE ANALYSE DU MARCHÉ FRANÇAIS EN 2005 ?

2005 poursuit la tendance observée en 2004. Ces deux années ont été de très bonnes années pour l'assurance en France. Le chiffre d'affaires de l'assurance vie, après avoir progressé de 12 % en 2004, a encore augmenté de 14 % en 2005 pour s'établir à 133 milliards d'euros et les premiers éléments disponibles pour 2006 semblent indiquer une poursuite de ce rythme élevé de croissance. En assurance non-vie, la hausse est de près de 4 %. Les évolutions par type d'activité sont cependant contrastées puisque l'assurance construction enregistre une hausse de 20 % alors que l'assurance automobile ne progresse que de 1,6 %. Sur cette dernière branche il faut néanmoins avoir à l'esprit la baisse de fréquence des sinistres qui se traduit nécessairement dans les tarifs. Au global, les résultats techniques se sont encore

améliorés en 2005 pour s'établir à 4,1 milliards d'euros en vie et à 4,6 milliards d'euros en non-vie.

Pour les mutuelles du Code de la mutualité, notre connaissance encore incomplète du secteur et l'absence de vérification, lors de contrôles sur place, de l'exactitude des données comme des méthodes de calcul utilisées, ne permet pas d'avoir une vision d'ensemble aussi précise. Il faudra, pour cela, attendre 2007.

Enfin pour les institutions de prévoyance, les contrôles sur place effectués et ciblés sur les institutions gérant des régimes complémentaires de retraite professionnelle de salariés ont mis en exergue l'hétérogénéité de ce secteur que l'Autorité continuera à suivre avec attention.

Si les enseignements de 2005 sont donc plutôt positifs, il convient néanmoins d'être prudent. L'assurance vie poursuit son développement avec une augmentation de la part des contrats en unités de compte qui transfèrent le risque vers l'assuré. Comme l'ont à juste titre rappelé les conclusions du rapport Delmas-Marsalet, auquel l'ACAM avait été associée, ce transfert doit avoir pour contrepartie une meilleure information sur les risques encourus. Il ne s'agit pas seulement là d'un enjeu de protection des intérêts des assurés, puisque les défauts d'information peuvent également avoir des répercussions financières, ainsi que l'ont prouvé les arrêts rendus par la Cour de cassation en mars 2006.

Q : QUELS SONT VOS PRINCIPAUX CHANTIERS POUR L'ANNÉE 2006 ?

Au plan opérationnel, le déménagement de l'ACAM dans de nouveaux locaux mieux adaptés à son développement et plus fonctionnels constitue l'événement majeur de l'année 2006. Le maintien d'un haut degré de mobilisation des organismes d'assurance dans la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme figure toujours en très bonne place parmi mes priorités. Enfin, le contrôle des intermédiaires d'assurance, jusqu'ici ponctuel, devra être développé selon une méthodologie et avec des moyens qui restent à déterminer, car le nombre des intervenants, sans doute plusieurs dizaines de milliers, comme l'hétérogénéité de leur situation, du grand cabinet de courtage de taille internationale à l'intermédiaire de proximité, ne permettent pas d'envisager la transposition pure et simple de ce qui se pratique dans les organismes d'assurance.

S'agissant du contrôle prudentiel proprement dit, je souhaite continuer à développer le caractère préventif et pédagogique de notre action. Ceci passe notamment par l'explication aux organismes du bien-fondé de nos demandes, et de l'intérêt qu'ils peuvent eux-mêmes trouver, en terme de pilotage, dans la bonne utilisation des outils de reporting.

C'est le message que nous avons adressé aux mutuelles lors des deux conférences du contrôle consacrées à la restitution des résultats de la première campagne de collecte des états prudentiels ainsi qu'à la présentation des nouveaux états entrés en vigueur dans l'année. La même méthode a été utilisée pour les études quantitatives d'impact liées au projet Solvabilité 2, et le sera pour la restitution de l'enquête de marché menée en 2006 sur le recours de organismes d'assurance à la réassurance dite « finite ».

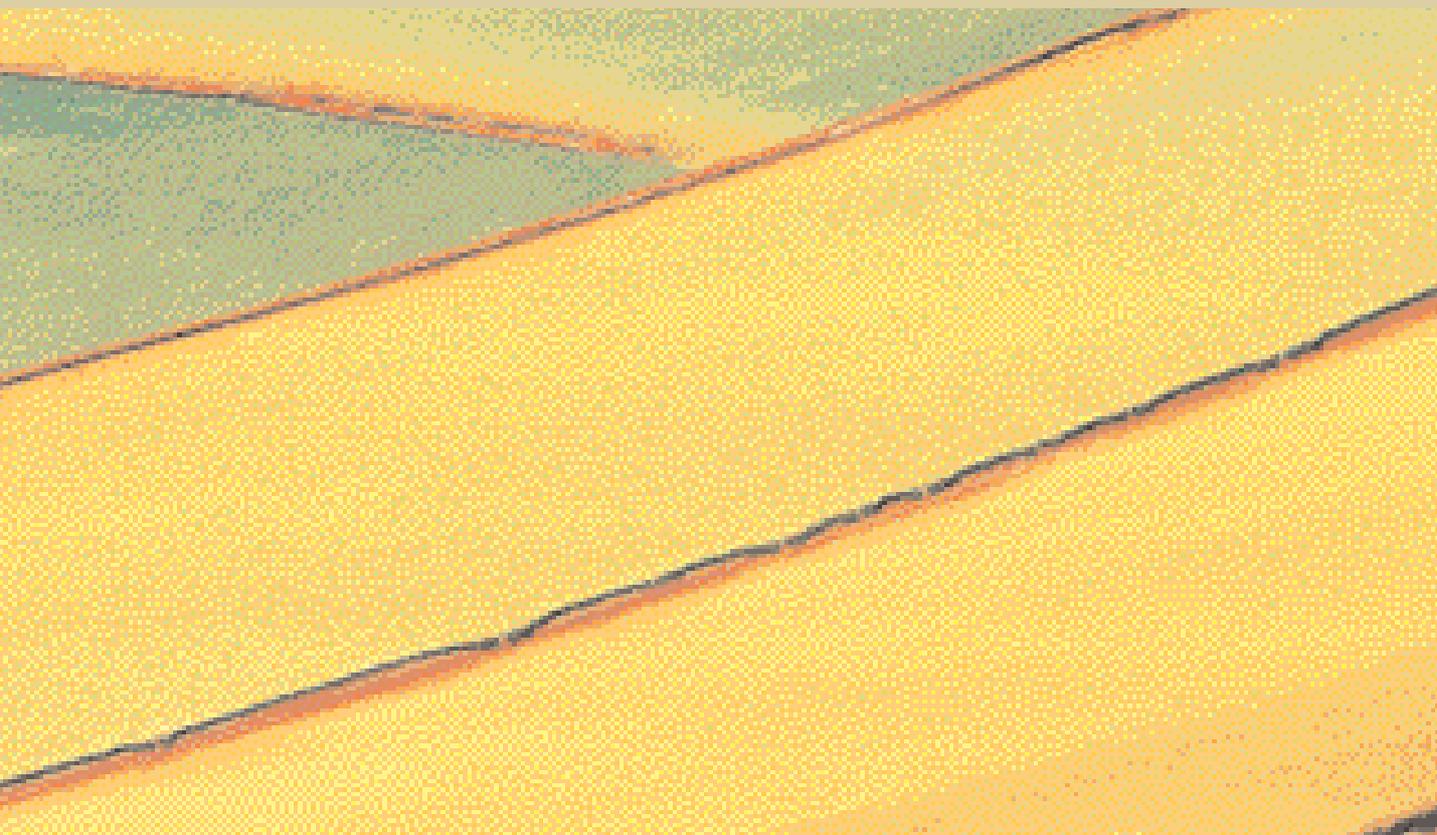
Q : A CE PROPOS, POUVEZ-VOUS FAIRE UN POINT SUR L'AVANCEMENT DU PROJET SOLVABILITÉ 2 ?

Sur Solvabilité 2, si les jeux ne sont pas encore faits aujourd'hui, ils le seront très bientôt. A ce titre il est important que les acteurs du marché français fassent entendre leurs voix et l'on peut donc se féliciter des taux de participation importants aux études quantitatives d'impact (QIS 1 et QIS 2) enregistrés par la France.

Sur le fond, on peut penser aujourd'hui que Solvabilité 2 conduira à une diminution de la prudence dans les bilans des organismes d'assurance français en raison d'une part du choix du niveau de prudence global dans les provisions techniques mais surtout dans la décision d'escompter les provisions techniques en assurance non-vie. En contrepartie, cette situation financière moins confortable devra conduire à une plus grande réactivité des entreprises avec en particulier un contrôle interne plus développé et plus efficace ainsi qu'une bonne gouvernance pour détecter rapidement les dérives et mettre en place les correctifs appropriés. Cela impliquera également une vigilance accrue du contrôle prudentiel sur ces sujets.

Par ailleurs, les entreprises auront la possibilité, sous certaines conditions, de recourir à des modèles internes pour déterminer leur besoin en capital. Les contrôleurs français ayant par tradition une formation scientifique et des connaissances d'actuaire, l'ACAM dispose des compétences nécessaires à la « validation » et à l'examen régulier de ces modèles. Il restera toutefois à concevoir une organisation du contrôle adaptée à ces nouvelles normes et qui garantisse aux organismes contrôlés un traitement homogène de leur situation. Le principal défi réside plutôt dans l'harmonisation des pratiques de contrôle au niveau européen, qui constitue l'un des objectifs affichés de Solvabilité 2 auquel le contrôle français est très attaché. Ces évolutions se préparent dès à présent, notamment au sein des comités de coordination, qui rassemblent l'ensemble des contrôleurs prenant part au contrôle des entités d'un même groupe.

Florence Lustman



1- L' AUTORITÉ DE CONTRÔLE DES ASSURANCES ET DES MUTUELLES

L'AUTORITÉ DE CONTRÔLE DES ASSURANCES ET DES MUTUELLES (ACAM), AUTORITÉ PUBLIQUE INDÉPENDANTE, EST CHARGÉE DE CONTRÔLER L'ENSEMBLE DES ACTEURS DU MARCHÉ FRANÇAIS DE L'ASSURANCE.

Créée par la loi n° 2003-706 du 1^{er} août 2003 dite loi de sécurité financière sous l'appellation de Commission de Contrôle des Assurances, des Mutuelles et des Institutions de Prévoyance (CCA-MIP), elle est issue de la fusion de la Commission de Contrôle des Assurances (CCA) et de la Commission de Contrôle des Mutuelles et des Institutions de Prévoyance (CCMIP). La loi n° 2005-1564 du 15 décembre 2005 la renomme Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM).

Le législateur a souhaité doter l'ACAM de la personnalité morale pour lui donner une autonomie budgétaire et la faire bénéficier d'un mode de financement spécifique : la contribution pour frais de contrôle

des organismes contrôlés. L'Autorité de Contrôle arrête chaque année un budget bâti sur la base des frais réels supportés pour remplir ses missions. Le Secrétaire général exerce les responsabilités d'ordonnateur des recettes et des dépenses. L'ACAM demeure soumise aux principes de la comptabilité publique, à savoir la séparation de l'ordonnateur et du comptable, avec la présence d'un Agent Comptable issu des services du Trésor Public, et au contrôle de la Cour des comptes.

L'attribution de la personnalité morale permet, également, au Président de l'ACAM d'agir au nom de l'Autorité devant toute juridiction.

1-1 Les missions de l'ACAM

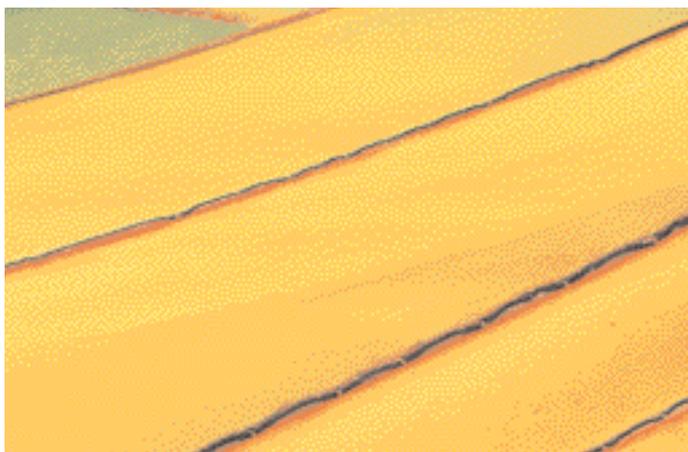
L'ACAM a pour mission principale de contrôler l'ensemble des acteurs du marché français de l'assurance, quel que soit leur statut. Dans ce cadre, elle est chargée, dans l'intérêt des assurés, de :

- veiller au respect de la réglementation par les organismes et les groupes soumis à son contrôle,
- s'assurer qu'ils sont en mesure de tenir à tout moment les engagements contractés envers les assurés ou les adhérents.

Le contrôle repose essentiellement sur l'examen de la situation financière et des conditions d'exploitation des organismes d'assurance. L'ACAM vérifie, en particulier, qu'ils évaluent correctement leurs engagements, ce qui suppose notamment un examen des contrats, statuts et règlements mutualistes. Elle s'assure qu'ils disposent, pour y faire face, de placements suffisamment sûrs et diversifiés et que leur richesse propre est supérieure au minimum réglementaire, le minimum de marge de solvabilité. Dans le cas où l'organisme appartient à un groupe, l'ACAM exerce aussi une surveillance à ce niveau.

Le contrôle qu'exerce l'ACAM concerne des entités de formes juridiques très diverses. Les entreprises soumises au contrôle de l'ACAM sont :

- les sociétés d'assurance de droit français régies par le Code des assurances ;
- les sociétés de réassurance de droit français régies par le Code des assurances ;
- les sociétés d'assurance de droit extra-communautaire opérant en France ;
- les mutuelles régies par le Code de la mutualité ;
- les institutions de prévoyance régies par le Code de la Sécurité sociale ;
- les institutions de retraite supplémentaire régies par le Code de la Sécurité sociale.



LE CONTRÔLE DE L'ENSEMBLE DU MARCHÉ

386 sociétés d'assurance
 29 sociétés de réassurance
 17 groupes d'assurance
 2 088 mutuelles
 76 institutions de prévoyance
 89 institutions de retraite supplémentaire

Dans l'exercice de sa mission, l'ACAM peut décider d'étendre le contrôle d'un organisme aux entreprises apparentées ou à tout autre organisme avec lequel a été passée, directement ou indirectement, une convention de gestion, de réassurance ou de tout autre type susceptible d'altérer son autonomie de fonctionnement ou de décision.

Par ailleurs, elle peut décider de soumettre au contrôle :

- Toute personne physique ou morale ayant reçu d'une entreprise d'assurance un mandat de souscription ou de gestion, ou souscrivant à un contrat d'assurance de groupe, ou exerçant, à quelque titre que ce soit, une activité d'intermédiation en assurance ou réassurance.
- Toute personne morale ou physique qui s'entretient, directement ou indirectement, entre une mutuelle ou une institution de prévoyance d'une part, et une personne qui souhaite adhérer ou adhère à cette mutuelle ou à cette institution d'autre part.

L'ACAM est également chargée :

- de contrôler l'application des dispositions législatives et réglementaires concernant la lutte contre le blanchiment de capitaux,
- de l'inscription des associations souscriptrices de contrats collectifs d'assurance et de Plans d'épargne retraite populaire (PERP),
- de l'agrément de certains experts dans les domaines immobilier et actuariel
- du contrôle des intermédiaires d'assurance et de réassurance.

Participant au renforcement de la fiabilité du marché, elle collabore, aussi, activement à l'élaboration des nouvelles réglementations, notamment dans les cadres européen et international.

DES POUVOIRS D'INVESTIGATION IMPORTANTS

L'ACAM dispose de larges pouvoirs d'investigation pour analyser l'organisation d'une entité, évaluer ses engagements vis-à-vis de ses assurés ou adhérents, évaluer ses actifs, contrôler le montant de ses fonds propres...

Sa compétence s'étend à toutes les opérations effectuées par les organismes contrôlés. Elle peut notamment :

- demander à l'organisme toute information qu'elle estime utile ;
- demander aux Commissaires aux Comptes (alors déliés du secret professionnel) tout renseignement sur l'organisme contrôlé ;
- recommander à un organisme de prendre toutes mesures appropriées pour renforcer sa situation financière, améliorer ses méthodes de gestion ou assurer l'adéquation de son organisation à ses activités ;
- étendre le contrôle d'un organisme aux entreprises apparentées ou à tout organisme avec lequel a été passée une convention de souscription, de gestion, de réassurance ou autre...

1-2 Organisation et fonctionnement

L'organisation de l'ACAM comporte deux niveaux distincts : elle comprend le Collège et les services du Secrétariat général chargés notamment d'effectuer des contrôles sur pièces et sur place des entités relevant de sa surveillance.

LE COLLÈGE : L'ORGANE DE DÉCISION

Composé de neuf membres, le Collège de l'Autorité est saisi par le Secrétaire général sur la base d'un rapport de contrôle lorsqu'il apparaît qu'une compagnie d'assurance, une mutuelle ou une institution enfreint la réglementation ou que sa situation financière met en danger sa solvabilité ou le respect de ses engagements envers ses assurés ou adhérents.

Les pouvoirs du Collège sont importants, il peut :

- émettre une recommandation de prendre les mesures appropriées pour renforcer la situation financière ou améliorer les méthodes de gestion ;

- prendre des mesures d'urgence et de sauvegarde : programme de rétablissement, plan de redressement, mise sous surveillance spéciale, nomination d'un administrateur provisoire, blocage d'actifs et suspension de certaines opérations, exigence d'une marge de solvabilité plus importante...

- décider des sanctions : avertissement, blâme, interdiction de certaines opérations, limitation d'activités, suspension temporaire, démission d'office d'un ou des dirigeants, retrait partiel ou total d'agrément (entraînant une cessation d'activité), transfert partiel ou total du portefeuille... Ces sanctions peuvent être prononcées contre les organismes et/ou leurs dirigeants ;

- approuver le budget ;

- définir l'organisation et les modalités du contrôle.

LES NEUF MEMBRES DU COLLÈGE DE L'ACAM

Président, :

Philippe Jurgensen, inspecteur général des Finances

Membre de droit :

le gouverneur de la Banque de France, Président de la Commission Bancaire, représenté pendant l'année 2005 par Hervé Hannoun, Premier Sous-Gouverneur, et depuis le 1^{er} janvier 2006, par le nouveau Premier Sous-Gouverneur Jean-Paul Redouin

Hauts magistrats :

- Rolande Ruellan, Vice-Présidente, conseiller maître à la Cour des comptes
- Jacques Bonnot, conseiller d'État,
- Jean-Luc Aubert, conseiller honoraire à la Cour de cassation,

Membres choisis en raison de leur compétence en matière d'assurance, de mutualité et de prévoyance :

- Hervé Cachin
- Jacques-Philippe Chanet
- Jacques-Henri Gougenheim
- Pierre Jeanson



A l'exception du gouverneur de la Banque de France, les membres de l'ACAM sont nommés pour cinq ans. Leur mandat est renouvelable une fois. Sept membres suppléants (M. Dominique Coudreau, M. Jean-François de Vulpillières, M. François-Régis Croze, M. Jean Barroux, M. Jacques Vandier, M. Marcel Atlan, M. Marcel Fercocq) sont nommés dans les mêmes conditions. Les membres titulaires et leurs suppléants ne peuvent être révoqués. Le Président est nommé par décret du Président de la République, les autres membres, à l'exception du gouverneur de la Banque de France, membre de droit, par arrêté conjoint des ministres chargés de l'Economie, de la Sécurité sociale et de la Mutualité.

Le directeur du Trésor et le directeur de la Sécurité sociale, ou leurs représentants, sont les deux commissaires du gouvernement siégeant à l'ACAM. Ne disposant pas de voix délibérative, les commissaires du gouvernement peuvent demander une seconde délibération du collège, sauf en matière de sanction.

LE SECRÉTARIAT GÉNÉRAL :

LE CONTRÔLE ET L'INVESTIGATION

Pour remplir l'ensemble de ses missions, l'ACAM s'appuie sur un Secrétariat général composé de plusieurs services. Le Secrétaire général, issu du corps de contrôle des assurances, est nommé par arrêté conjoint des ministres chargés de l'Economie, de la Sécurité sociale et de la Mutualité, après avis du Collège.

Les brigades de contrôle sont chargées du contrôle sur place et sur pièce des organismes. Elles sont composées majoritairement de commissaires contrôleurs.

Le Secrétariat général dispose également de trois directions lui permettant de mener ses missions et d'assurer sa gestion :

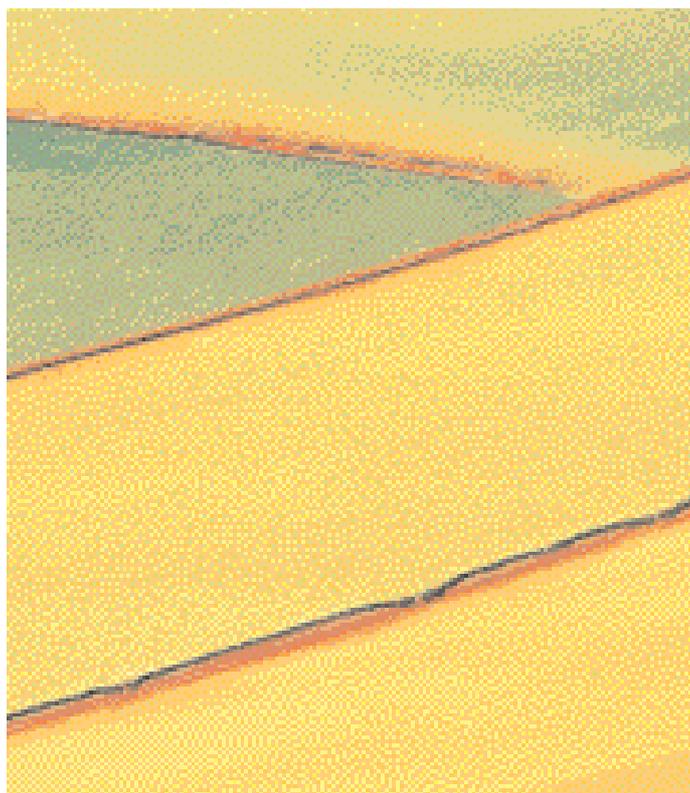
- une direction administrative et financière
- une direction internationale
- une direction du marché, des statistiques

et du système d'information, qui regroupe les services d'aide et d'appui au contrôle.

1-3 Les prérogatives de l'ACAM

Pour exercer ses missions, l'ACAM dispose des pouvoirs d'investigation les plus larges. Sa compétence s'étendant à toutes les opérations effectuées par les organismes contrôlés, l'ACAM peut leur demander toute information qu'elle juge utile à l'exercice de sa mission. Depuis la loi de sécurité financière du 1^{er} août 2003, elle a, également, la possibilité de demander communication des documents à caractère contractuel ou publicitaire, d'en exiger la modification ou de décider le retrait des documents enfreignant des dispositions législatives ou réglementaires.

L'Autorité de Contrôle est désormais saisie pour avis de toute proposition de désignation d'un Commissaire aux Comptes ou de renouvellement de son mandat. En cours de mandat, les Commissaires aux Comptes sont tenus de répondre à toute demande de renseignement émanant de l'ACAM concernant l'activité de l'organisme contrôlé, sans pouvoir lui opposer le secret professionnel et de répondre, par écrit le cas échéant, lorsque l'Autorité de contrôle décide de leur transmettre des observations écrites. Ils doivent informer spontanément l'Autorité en cas d'infraction commise par l'organisme ou lorsque des faits sont de nature à porter atteinte à la continuité de l'exploitation ou à entraîner le refus de la certification des comptes. Enfin, l'Autorité peut désigner aux frais de l'organisme contrôlé, lorsque la situation le justifie, un Commissaire aux Comptes supplémentaire.



LES MESURES PRISES PAR L'ACAM EN 2005

Au cours de l'année 2005, l'ACAM a examiné la situation de 12 entreprises d'assurance, 181 mutuelles ou unions régies par le Livre II du Code de la mutualité et 6 institutions de prévoyance.

La Commission spécialisée compétente pour les mutuelles régies par le Livre III du Code de la mutualité a pour sa part examiné la situation de 2 mutuelles et 4 unions.

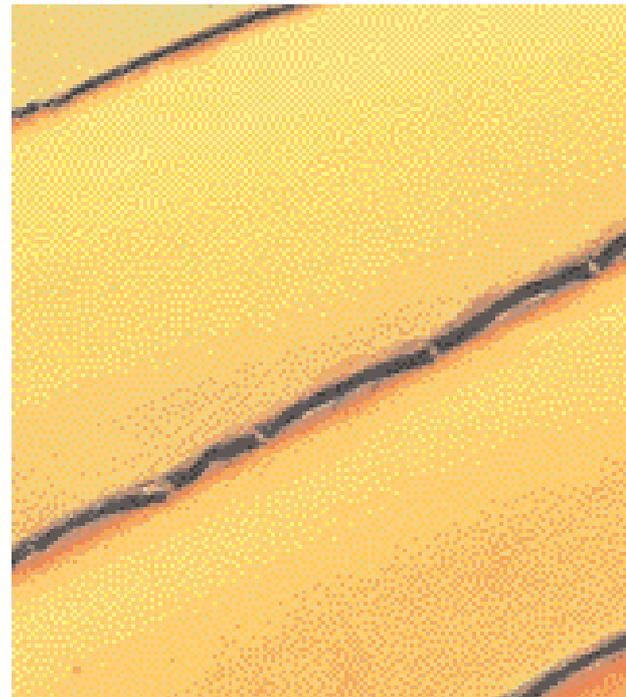
- 1 entreprise d'assurance, 2 institutions de prévoyance et 2 mutuelles ont été placées sous surveillance spéciale.
- 48 mutuelles et 1 institution de prévoyance ont été placées sous administration provisoire.
- 1 entreprise d'assurance a été soumise à l'obligation de présenter un programme de rétablissement et s'est vue exiger une marge de solvabilité plus importante.
- 24 procédures disciplinaires ont été ouvertes, dont 17 contre des dirigeants.
- 5 avertissements et 2 blâmes ont été prononcés, dont l'un assorti d'une sanction pécuniaire symbolique afin de ne pas aggraver la situation de l'organisme. Le directeur d'une mutuelle a été démis d'office et condamné à une sanction pécuniaire de 5 000 euros.

LA COOPÉRATION AVEC LA COMMISSION BANCAIRE

Autorités de contrôle spécialisées du secteur financier, l'ACAM et la Commission Bancaire collaborent étroitement dans le cadre d'une charte signée en 2001 dont les termes ont été révisés en 2004. Une participation croisée facilite ces contacts : le Président de la Commission Bancaire est de droit membre du collège de l'ACAM; de même, le Président de l'ACAM est de droit membre de la Commission Bancaire.

Cette charte organise notamment des échanges d'informations et de réflexions sur les normes prudentielles nationales et internationales, des programmes de formation, le développement d'échanges d'expérience, les échanges de personnel et d'informations concernant les entreprises et les personnes soumises au contrôle des deux institutions ou la mise en place de groupes de travail sur les questions d'intérêt commun. Les collèges de l'ACAM et de la CB tiennent désormais une réunion conjointe deux fois par an. En 2005, ces réunions se sont tenues en juin et en décembre.

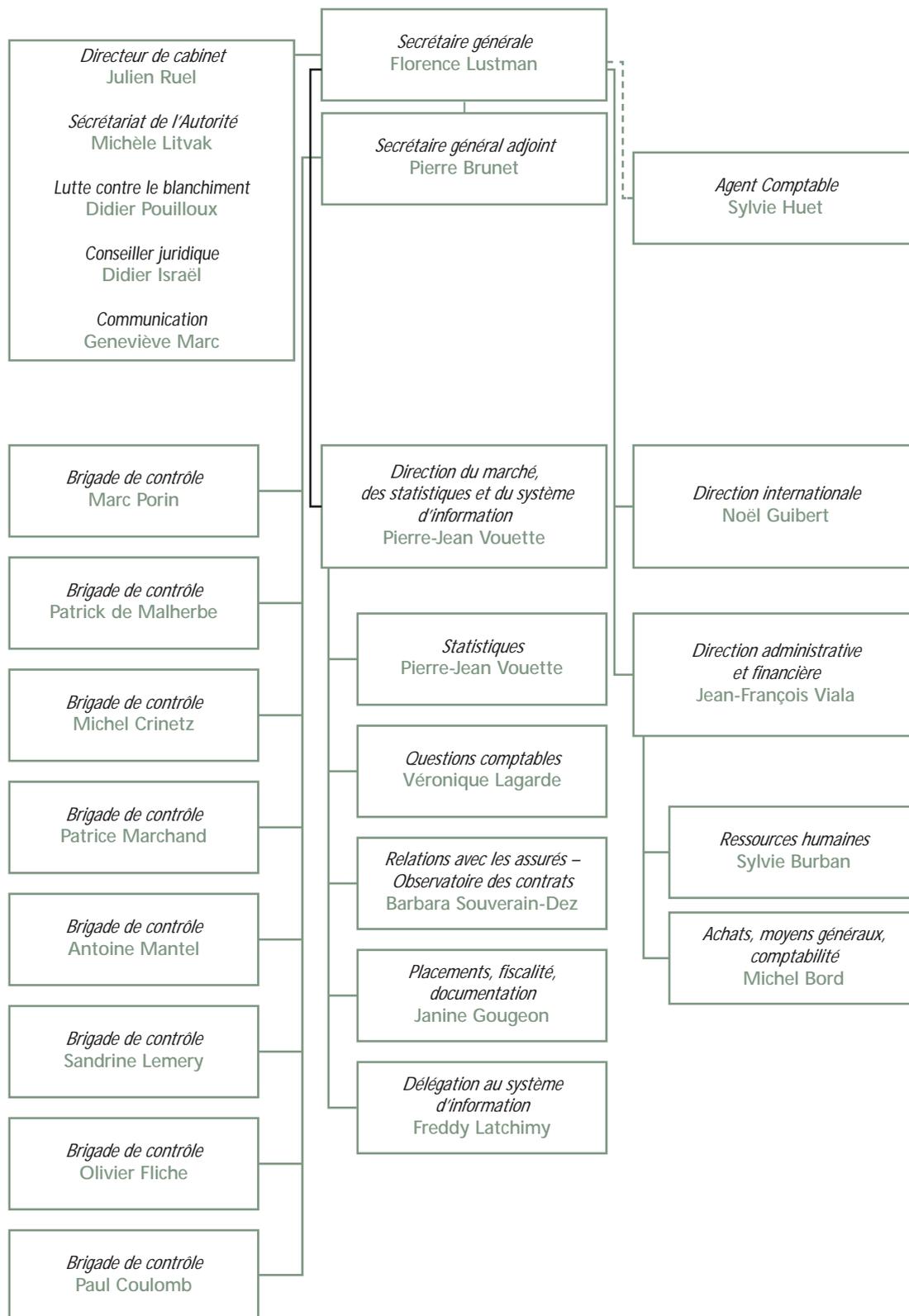
En 2005 a été approuvé en réunion conjointe le plan d'action en cas de crise prévu par la Charte de coopération. L'objectif de ce plan n'est pas de

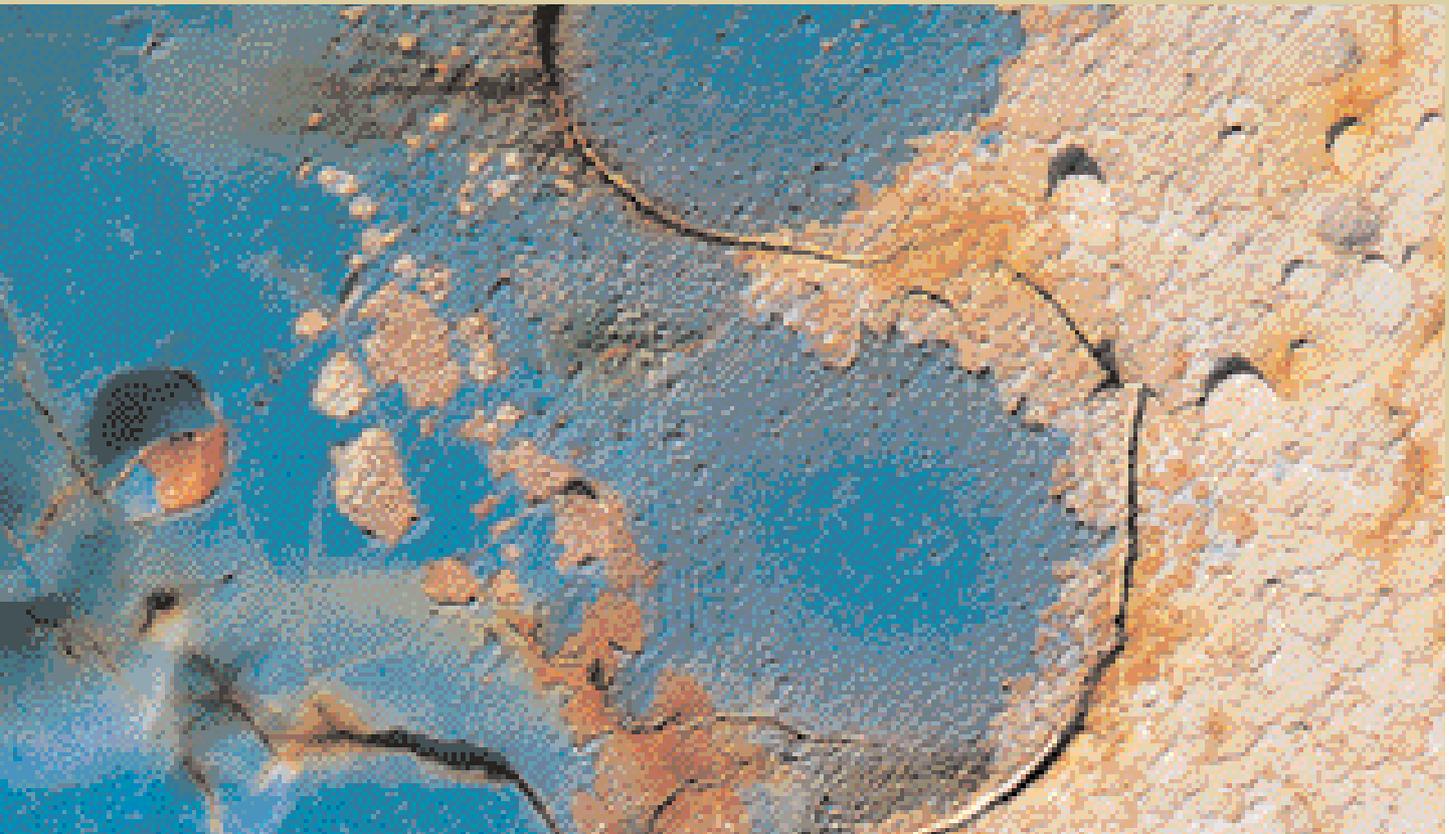


simuler une crise, mais plutôt de formaliser l'organisation et la répartition des tâches entre les autorités concernées afin de faciliter la gestion de crises éventuelles affectant le secteur financier. Aussi des démarches ont-elles été entreprises afin que l'Autorité des marchés financiers se joigne au dispositif.

En 2005, un accord de coordination concernant la surveillance complémentaire des conglomérats financiers a également été signé, entre les Présidents des deux autorités. Cet accord traite des modalités pratiques de l'identification des conglomérats financiers, de la désignation du coordonnateur, des échanges d'informations et de l'exercice de la surveillance complémentaire des conglomérats financiers dont les autorités compétentes concernées sont la CB et l'ACAM et dont l'une d'elles est désignée comme coordonnateur. Il fixe également les conditions d'association éventuelle d'autres autorités compétentes.

ORGANIGRAMME DU SÉCRÉTARIAT GÉNÉRAL - SEPTEMBRE 2006





L'ACAM 2- L'ACTION DE L'ACAM

LE COLLÈGE DE L'ACAM EST SAISI PAR LE SECRÉTAIRE GÉNÉRAL LORSQU'UN CONTRÔLE FAIT APPARAÎTRE UN DYSFONCTIONNEMENT DANS UN ORGANISME : INFRACTION À LA RÉGLEMENTATION, MENACES SUR LA SOLVABILITÉ OU LE RESPECT DES ENGAGEMENTS ENVERS SES ASSURÉS OU ADHÉRENTS. LE COLLÈGE PEUT ALORS DÉCIDER DES MESURES DE REDRESSEMENT, DES MESURES DE SAUVEGARDE OU L'OUVERTURE D'UNE PROCÉDURE DISCIPLINAIRE POUVANT DÉBOUCHER SUR DES SANCTIONS.

En 2005, le collège de l'ACAM s'est réuni à 22 reprises et a notamment examiné la situation de 199 organismes dont :

- 12 entreprises d'assurance,
- 181 mutuelles régies par le Livre II du Code de la mutualité,
- 6 institutions de prévoyance.

2-1 La protection des intérêts des assurés

La protection des intérêts des assurés, adhérents et bénéficiaires de garanties est la mission principale de l'Autorité. Elle appelle des réponses

diversifiées selon la situation de l'entité concernée. Si un espoir sérieux de sauver l'organisme subsiste, l'Autorité, consciente que le retrait des agréments est par nature préjudiciable aux assurés mais aussi aux salariés, privilégie les solutions amiables. En revanche, lorsque la situation financière de l'organisme paraît irrémédiablement compromise et qu'aucun repreneur ne semble susceptible de s'intéresser à son activité, l'Autorité s'efforce de mettre fin le plus rapidement possible à ses opérations.

L'incitation des dirigeants à rechercher un soutien extérieur, par la voie de partenariats ou d'adossements, lorsqu'ils peuvent encore le faire dans

de bonnes conditions pour leurs assurés, débute avant même la transmission du dossier au collège, qui vient alors l'appuyer de son autorité. Elle nécessite la confidentialité absolue sur les difficultés de l'organisme, pour éviter les risques d'aggravation de sa situation.

Les principaux résultats de l'ACAM demeurent donc peu connus du public comme des professionnels, alors que les retraits d'agrément décidés en dernier recours sont au contraire promis à la plus grande publicité. En 2005, l'Autorité a ainsi pu préserver les intérêts d'adhérents de plusieurs mutuelles et institutions de prévoyance en difficulté, en obtenant leur rapprochement avec des organismes plus solvables.

La protection des intérêts des assurés ne se limite cependant pas à l'attention portée sur la situation financière des organismes d'assurance. Ainsi, l'Autorité a infligé une sanction disciplinaire à une entreprise d'assurance qui avait favorisé l'achat à crédit de contrats d'assurance-vie en unités de compte selon des montages qui ont généré des pertes importantes pour les assurés, dont l'information avait été insuffisante et qui n'avaient pas toujours bénéficié des conseils les mieux adaptés.

LA COMMISSION SPÉCIALISÉE DANS LES MUTUELLES DU LIVRE III DU CODE DE LA MUTUALITÉ

La loi de sécurité financière offre à l'Autorité la faculté de créer en son sein des Commissions spécialisées dans des matières dont la liste a été fixée par décret. Soucieux d'élaborer une doctrine commune aux trois grandes catégories d'entités pratiquant l'assurance, le Collège n'a pas souhaité, au moins dans un premier temps, créer d'autre Commission spécialisée que celle compétente pour les mutuelles régies par le Livre III du Code de la mutualité (mutuelles gérant des œuvres sanitaires et sociales), légalement obligatoire. Cette Commission a tenu six réunions en 2005, et examiné la situation de deux mutuelles et de quatre unions.

2-2 Les mesures d'urgence et de sauvegarde

MISES SOUS SURVEILLANCE SPÉCIALE

Cette mesure permet à l'Autorité, par l'intermédiaire des contrôleurs qu'elle en charge, d'être informée sans délai de toutes les décisions importantes prises par l'organisme. Elle peut être adoptée isolément ou en complément de mesures de redressement, dont l'application peut ainsi être contrôlée plus étroitement.

En 2005, l'Autorité a placé une entreprise d'assurance, deux institutions de prévoyance et une mutuelle sous surveillance spéciale. Elle a en revanche levé la surveillance spéciale à laquelle était soumise une autre entreprise d'assurance.

De son côté, la Commission spécialisée a placé sous surveillance spéciale une mutuelle régie par le Livre III du Code de la mutualité afin de vérifier que les engagements pris par ses nouveaux dirigeants étaient effectivement tenus. Ces dirigeants étaient entrés en fonction à l'issue d'une période d'administration provisoire, qui avait eu pour effet de convaincre les organes délibérants de la nécessité de mesures de redressement.

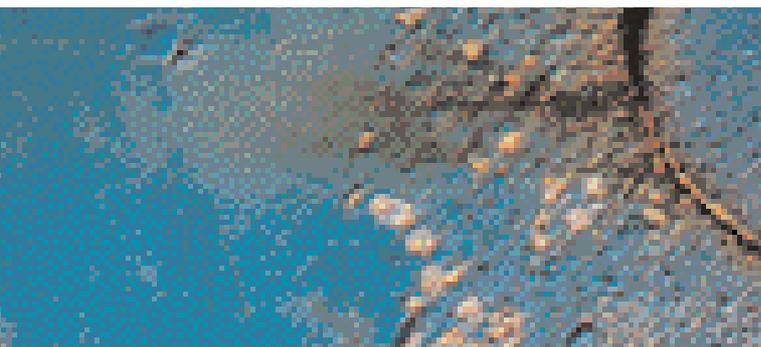
PLANS DE REDRESSEMENT ET PLANS DE FINANCEMENT À COURT TERME

L'Autorité est tenue d'exiger un plan de redressement dès que la marge de solvabilité d'un organisme pratiquant l'assurance n'atteint plus le minimum requis. Un plan de financement à court terme doit même être mis en place dès que cette marge se situe en dessous d'un montant encore inférieur appelé « fonds de garantie ». Ces plans sont élaborés par l'entité et soumis à l'approbation de l'Autorité. Ils n'excluent pas l'ouverture par le collège d'une procédure de sanction pour les mêmes faits.

En 2005, une mutuelle a dû soumettre à l'Autorité un plan de redressement qui consistait, principalement, en une augmentation des cotisations, accompagnée de mesures d'économies dans sa gestion.

PROGRAMMES DE RÉTABLISSEMENT

Cette mesure de redressement peut être décidée par l'Autorité lorsque la situation financière de l'organisme est telle que les intérêts des assurés, adhérents et bénéficiaires de garanties sont menacés. L'organisme doit alors dans le délai d'un mois lui soumettre pour approbation un programme prévoyant



toutes mesures propres à rétablir son équilibre. Le choix de ce dispositif permet d'associer les dirigeants à la définition des mesures à prendre, tout en laissant à l'Autorité le soin d'apprécier l'adéquation de ces mesures aux difficultés rencontrées. Il suppose de la part de l'Autorité un jugement favorable sur l'aptitude et la volonté des dirigeants concernés à mener à bien le redressement de leur organisme.

Le premier programme de rétablissement soumis à l'Autorité a dû être rejeté en raison du caractère peu réaliste de ses projections de chiffre d'affaires et de sinistralité, et de la modélisation incorrecte de la couverture en réassurance. Un second programme de rétablissement a été approuvé à la fin de l'année.

EXIGENCE D'UNE MARGE DE SOLVABILITÉ RENFORCÉE

Cette mesure, de même que celle qui permet à l'Autorité de réduire la prise en compte, dans la marge de solvabilité constituée, du recours à la réassurance, est issue de la transposition en droit français de la directive appelée Solvabilité 1.

Au cours de l'année 2005, l'Autorité a demandé à une entreprise d'assurance de satisfaire à une marge de solvabilité renforcée car les résultats du test d'exigibilité avaient démontré que, dans une conjonction d'hypothèses défavorables, la société pourrait connaître un risque d'insolvabilité. Elle a décidé, pour la même entreprise, de limiter la réduction de marge de solvabilité issue de la prise en charge de la réassurance en raison de la forte dégradation sur l'année 2005 de la qualité du programme de réassurance.

NOMINATION D'UN ADMINISTRATEUR PROVISOIRE

Un administrateur provisoire peut être désigné par l'ACAM dans trois hypothèses : lorsque l'Autorité a prononcé la suspension temporaire d'un ou plusieurs dirigeants de l'entité, sur demande des dirigeants eux-mêmes lorsqu'ils estiment ne plus être en mesure d'exercer normalement leurs fonctions, à l'initiative de l'Autorité lorsque la gestion de l'organisme ou sa situation financière sont susceptibles de compromettre les intérêts des assurés, adhérents et bénéficiaires.

Le placement d'une entité sous administration provisoire comporte nécessairement un désaveu de l'action des dirigeants, même lorsqu'ils l'ont eux-mêmes sollicitée. Cette dernière faculté, instaurée pour faire face à des situations exceptionnelles, ne saurait devenir une mesure de gestion courante par laquelle des dirigeants se reposeraient sur l'auto-

rité publique pour imposer les changements qu'ils n'auraient pas su — ou pas voulu — faire accepter eux-mêmes.

Au début de l'année 2005, l'ACAM a placé sous administration provisoire 43 mutuelles situées en Guadeloupe qui n'avaient pas obtenu l'agrément pour exercer l'assurance directe, et dont l'union « substitutive » était en liquidation judiciaire. Le tribunal a décidé la mise en liquidation judiciaire de ces mutuelles, demandée par l'administrateur provisoire. D'autres mutuelles locales ont cependant proposé à leurs adhérents la poursuite de leurs garanties.

Par ailleurs, l'Autorité a placé deux autres mutuelles, pratiquant le remboursement des frais de soins, sous administration provisoire. L'une d'elles connaissait de graves défaillances en matière administrative et comptable et des problèmes de solvabilité. L'administrateur provisoire est, cependant, parvenu à obtenir la fusion avec une mutuelle solvable, préservant ainsi les intérêts des adhérents. La seconde s'était portée caution pour la construction d'une clinique appartenant à sa mutuelle « sœur » du Livre III puis avait accordé à cette clinique, qui connaissait de graves problèmes de trésorerie, d'importantes avances en compte courant. Le placement sous redressement judiciaire de la clinique a généré une situation critique pour la mutuelle du Livre II, la mutuelle du Livre III et l'union de moyens qu'elles avaient constituée. L'action vigoureuse de l'administrateur provisoire a permis d'éviter la cessation des paiements, ouvrant ainsi la voie à une solution assurant la pérennité de l'activité.

Au cours du premier semestre 2005, l'Autorité a également placé sous administration provisoire une institution de prévoyance dont le régime de retraite connaissait depuis plusieurs années une grave insuffisance de couverture. L'administrateur provisoire, en accord avec les partenaires sociaux, a préparé un plan de redressement soumis à l'Autorité en 2006.

Par ailleurs, la Commission spécialisée dans les mutuelles du Livre III a nommé au début de l'année 2005, dans une mutuelle dont les résultats ne cessaient de se dégrader, un administrateur provisoire qui est parvenu à faire accepter d'importantes économies dans la gestion tout en préservant le service rendu à la population locale, pour laquelle la mutuelle représentait un élément essentiel d'accès aux soins.

RECOMMANDATIONS

La loi de sécurité financière du 1^{er} août 2003 a attribué à l'ACAM le pouvoir d'adresser à toute personne soumise à son contrôle une recommandation de prendre toutes les mesures qu'elle juge appropriées pour restaurer sa situation financière, améliorer ses méthodes de gestion ou assurer l'adéquation de son organisation à ses activités ou à ses objectifs de développement. Il s'agit d'une mesure sans visée coercitive ni punitive, mais qui, en contrepartie peut concerner des domaines dans lesquels l'action de l'Autorité ne pouvait porter jusqu'alors, comme ceux de la gestion ou de l'organisation des entités. Cette mesure n'est pas limitée aux organismes soumis au contrôle permanent de l'Autorité, mais s'étend aussi à toutes les personnes qu'elle peut décider ponctuellement de soumettre à son contrôle, comme les intermédiaires d'assurance.

Aucune recommandation n'a été émise en 2005.

2-3 L'ouverture de procédures disciplinaires

Le déclenchement d'une procédure de sanction se matérialise par l'envoi, par le Président de l'Autorité, d'une lettre portant à la connaissance de l'organisme les griefs retenus à son encontre ou à l'encontre de ses dirigeants. Les personnes concernées peuvent alors faire parvenir au collègue leurs observations écrites, puis sont convoquées à une audition au cours de laquelle elles sont en mesure de présenter leur défense oralement.

Le décret du 15 juillet 2004 portant organisation et fonctionnement de l'ACAM a renforcé les droits de la défense en instaurant notamment la possibilité pour les personnes mises en cause de demander que l'audience soit publique. La décision finale en la matière revient toutefois au Président de l'Autorité, qui peut s'y opposer lorsque la publicité est susceptible de porter atteinte au secret des affaires ou à tout autre secret protégé par la loi. En pratique, aucune des sociétés entendues jusqu'à présent en matière disciplinaire n'a souhaité faire usage de ce droit.

Au cours de l'année 2005, l'ACAM a ouvert 24 procédures disciplinaires, dont 17 contre des dirigeants. Sur ces 24 procédures, 9 ont abouti à des sanctions disciplinaires (dont 2 ont été retirées par la suite) et 12 étaient encore en cours au 30 décembre 2005.

A l'exception du retrait d'agrément et du transfert d'office du portefeuille de contrats, qui donnent obligatoirement lieu à une insertion au Journal officiel, l'Autorité décide, au regard des circonstances de l'espèce, de rendre publique ou non une sanction. Dans ce cas, elle peut procéder à son insertion dans une ou plusieurs publications qu'elle désigne, et l'affichage dans des lieux et pour une durée qu'elle indique. A ce jour, l'Autorité s'est limitée à des publications au Journal officiel.

Ces sanctions peuvent être prononcées soit à l'encontre des organismes, soit à l'encontre de leurs dirigeants. Dans ce dernier cas, le respect du contradictoire impose que ceux-ci soient personnellement mis à même de présenter leurs observations devant l'Autorité.

L'Autorité peut prononcer les sanctions suivantes à l'encontre des organismes soumis à son contrôle : l'avertissement, le blâme, l'interdiction d'effectuer certaines opérations ou toutes autres limitations dans l'exercice de l'activité, la suspension temporaire d'un ou plusieurs dirigeants de l'entreprise, la démission d'office d'un ou plusieurs dirigeants de l'entreprise, le retrait total ou partiel des agréments et le transfert d'office de tout ou partie du portefeuille de contrats.

L'Autorité peut prononcer, soit à la place, soit en sus de ces sanctions, une sanction pécuniaire plafonnée à 3 % du chiffre d'affaires hors taxes réalisé au cours du dernier exercice.

En 2005, 5 avertissements et 2 blâmes ont été prononcés, dont l'un assorti d'une sanction pécuniaire symbolique d'un euro afin de ne pas aggraver la situation financière de l'organisme. L'un de ces avertissements a été retiré après que l'organisme a mis fin à l'infraction sanctionnée dans des conditions les plus favorables aux assurés. Une décision de transfert d'office du portefeuille d'une mutuelle a, également, été retirée en considération de la solution de substitution trouvée par l'organisme qui préservait les intérêts de ses adhérents dans des conditions équivalentes, voire supérieures, à celles qui auraient résulté du transfert. Par ailleurs, le directeur d'une autre mutuelle pratiquant le remboursement des frais de soins a été démis d'office et condamné à une sanction pécuniaire de 5 000 euros.

DE NOUVELLES MODALITÉS POUR LA PUBLICATION DES DÉCISIONS DE SANCTION

La loi du 15 décembre 2005 portant diverses adaptations au droit communautaire dans le domaine de l'assurance a modifié les conditions dans lesquelles l'ACAM peut faire publier ses décisions de sanction. Jusqu'à l'entrée en vigueur de cette loi, l'Autorité ne pouvait faire procéder à la publication tant que sa décision n'était pas devenue définitive, c'est-à-dire au mieux tant que le délai de recours devant le Conseil d'État n'était pas expiré. Lorsqu'un recours était exercé, la publication ne pouvait être effectuée avant que la Haute juridiction ait tranché et ait validé la décision.

La nouvelle loi aligne le régime applicable à l'ACAM sur celui en vigueur pour la publication des décisions de sanction prises par la Commission Bancaire et l'Autorité des marchés financiers. De plus, elle décourage certains recours qui, sous l'empire de l'ancien texte, visaient principalement à bloquer la publication de décisions de sanction qui, sur le fond, n'étaient pas réellement contestées.

2-4 Transmissions à l'autorité judiciaire

Les articles L.310-22 du Code des assurances, L.510-14 du Code de la mutualité et L.951-13-1 du Code de la Sécurité sociale obligent l'Autorité, lorsqu'elle relève des faits de nature à justifier des poursuites pénales, à transmettre le dossier avec un avis motivé au Procureur de la République territorialement compétent, sans préjudice des sanctions qu'elle peut être amenée à prononcer pour les mêmes faits.

En 2005, l'Autorité a transmis au Procureur le dossier de plusieurs mutuelles pratiquant des opérations d'assurance sans disposer d'un agrément ni bénéficier d'une convention de substitution. Celui d'une mutuelle fonctionnant depuis plusieurs années sans réunir d'assemblée générale a également été transmis, cette mutuelle ne pouvant, par conséquent soumettre pour approbation ses comptes annuels ou solliciter l'autorisation de percevoir les cotisations et verser les prestations.

LES PROCÉDURES JUDICIAIRES OUVERTES SUITE AUX DÉCISIONS DE L'ACAM

DEVANT LE CONSEIL D'ÉTAT

Le début de l'année 2005 a été marqué par l'introduction de deux requêtes, la première en référé suspension, la seconde en annulation, contre la décision du 5 janvier 2005 par laquelle l'ACAM avait désigné un administrateur provisoire et lui avait conféré les pouvoirs dévolus au conseil d'administration et aux dirigeants salariés de la « Mutuelle des artisans de la Guadeloupe ». Par ordonnance du 24 février 2005, le juge des référés a rejeté la demande de suspension. Il a ainsi considéré qu'en l'état de l'instruction aucun des moyens soulevés par la mutuelle requérante n'était de nature à créer un doute sérieux sur la légalité de la décision prise le 5 janvier 2005. La requête en annulation a quant à elle fait l'objet d'un désistement le 27 octobre 2005, la mutuelle requérante n'ayant produit aucun mémoire complémentaire.

Un an plus tard, ce sera au tour de « l'Union des mutuelles de prévoyance de la Martinique (UMPM) » de saisir le juge des référés du Conseil d'Etat. La requête tendait cette fois à la suspension de la décision en date du 23 novembre 2005 par laquelle l'ACAM avait refusé d'approuver le renouvellement des conventions de substitution conclues avec quinze mutuelles de la Martinique, lesquelles arrivaient à échéance le 31 décembre 2005. L'organisme requérant demandait également qu'il soit enjoint à l'ACAM de délivrer les approbations sollicitées ou, à tout le moins, de réexaminer la demande d'approbation. Le juge des référés a rejeté la demande. Il a estimé, en premier lieu, qu'une convention ne pouvait être renouvelée qu'avant son expiration. Or, en tant qu'elle refusait d'approuver le renouvellement sollicité, la décision contestée avait donc épuisé ses effets le 1^{er} janvier 2006. En conséquence, la requête tendant à sa suspension, enregistrée le 27 janvier suivant, était dépourvue d'objet et n'était donc pas recevable. En deuxième lieu, si la décision litigieuse pouvait également être regardée comme valant également refus d'approuver une nouvelle convention, force était toutefois de constater qu'il ressortait des termes mêmes de la décision critiquée qu'aucun des moyens soulevés par la requérante n'était de nature à faire naître, en l'état de l'instruction, un doute sérieux sur la légalité de sa décision. Enfin, le Conseil d'État a relevé qu'il appartenait à l'UMPM de saisir, le cas échéant, l'ACAM d'une demande d'approbation de nouvelles conventions de substitution, en apportant, si elle était en mesure de le faire, les justificatifs nécessaires quant à sa situation financière. La requête au fond de l'UMPM a pour sa part été rejetée par arrêt du 26 juillet 2006, aucun des moyens invoqués n'étant susceptibles d'entraîner l'annulation de la mesure litigieuse.

Les différents opposant la Poste à certains de ses clients se sont également traduits par l'introduction de deux actions devant le juge des référés du Conseil d'Etat. Ces demandes tendaient à ce qu'il soit ordonné à l'ACAM de lui communiquer une copie du rapport de contrôle effectué sur les placements financiers effectués par La Poste dans le cadre du produit « Benific ». Deux ordonnances de rejet pour irrecevabilité ont été rendues par le Conseil d'Etat.



DEVANT LE TRIBUNAL DES CONFLITS

L'affaire de la MNEF a été à l'origine d'une importante décision du Tribunal des conflits sur la responsabilité des administrateurs provisoires, arrêt qui complète utilement l'avis du Conseil d'Etat rendu quelques semaines auparavant.

En juin 1999, l'Inspection Générale des Affaires Sociales avait remis à la CCMIP un rapport sur la gestion de cette mutuelle. Ce document mettait en exergue le développement sans contrôle réel d'une politique aventureuse de diversification des activités de la mutuelle au détriment de l'intérêt de ses adhérents. Au regard de ces éléments, la Commission avait fait usage des pouvoirs prévus à l'article L. 531-4 de l'ancien Code de la mutualité selon lequel, en cas d'irrégularité grave constatée dans le fonctionnement d'une mutuelle ou si des difficultés financières de nature à mettre en cause l'existence d'une mutuelle persistent sans que les instances dirigeantes réussissent à y faire face, elle pouvait confier les pouvoirs dévolus au conseil d'administration à un ou plusieurs administrateurs provisoires. A cet effet, elle avait nommé deux administrateurs provisoires. A l'issue de leur mandat, ceux-ci avaient déposé au Tribunal de grande instance de Paris (TGI) une déclaration de cessation totale d'activité de la mutuelle. Par jugement du 17 novembre 2000, le tribunal avait ouvert la procédure de liquidation judiciaire à l'égard de la MNEF et procédé à la nomination d'un mandataire liquidateur. Ce dernier avait alors constaté que le passif de la mutuelle était notamment constitué par les patrimoines de plusieurs de ses anciennes filiales dont les administrateurs provisoires avaient décidé la dissolution sans liquidation par transmission universelle à la MNEF. En outre, la Mutuelle des Etudiants (MDE), créée pour reprendre la MNEF, n'avait pas repris l'ensemble du personnel et les administrateurs provisoires avaient licencié 96 salariés, les coûts étant supportés par la MNEF dans le cadre des accords passés avec la nouvelle mutuelle. Le liquidateur ayant évalué le passif à 27 004 190 euros et l'actif réalisé et réalisable à environ 25 000 000 euros, il avait assigné le 14 novembre 2003 devant le TGI, l'ancien directeur général de l'organisme, et les deux administrateurs provisoires aux fins, sur le fondement de l'article L. 624-3 du Code de commerce, de leur condamnation à supporter solidairement le montant de cette insuffisance d'actif qu'il estimait être imputable aux fautes de gestion commises par les assignés.

Le préfet de la Région Ile-de-France avait déposé un déclinatoire de compétence le 4 décembre 2003 en tant que le contentieux était dirigé contre les administrateurs provisoires. Par jugement du 29 avril 2004, le TGI a rejeté ce déclinatoire, ce qui conduit le préfet à prendre un arrêté d'élevation du conflit.

Aux termes de sa décision du 12 décembre 2005, le Tribunal des conflits a annulé l'arrêté de conflit, confirmant ainsi la seule compétence du juge judiciaire pour connaître du litige. La solution du Tribunal des conflits, éclairée des conclusions conformes de son commissaire Gilles Bachelier, rappelle que :

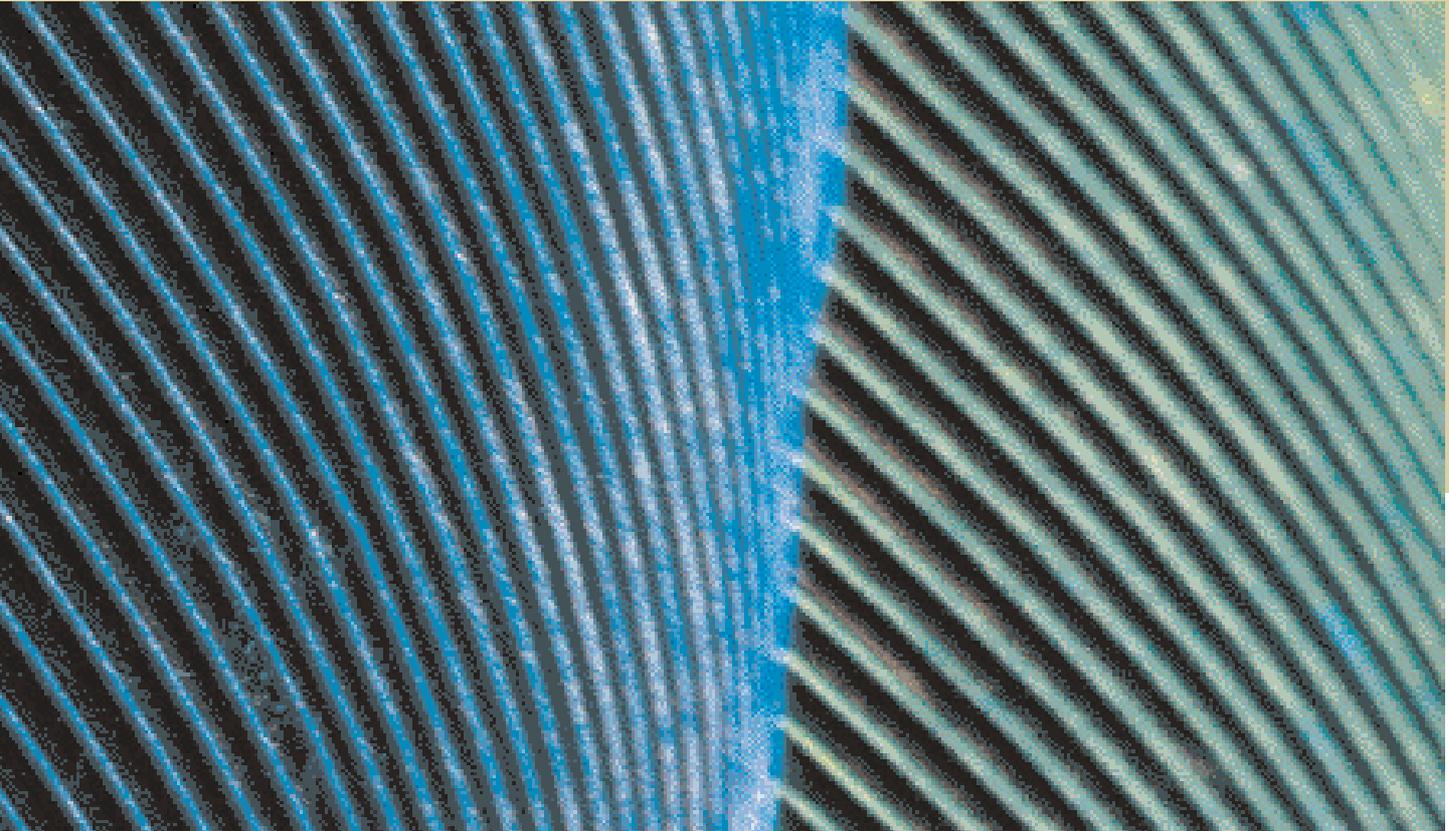
- Le législateur n'a confié à la Commission aucun pouvoir propre de gestion d'une mutuelle.

- S'il appartient à la Commission de donner aux administrateurs provisoires des directives générales dans la mesure où cette nomination est faite pour permettre le retour à un fonctionnement régulier de la mutuelle, pour autant cela ne fait pas de la Commission un mandant au sens de l'article 1984 du code civil. Les administrateurs ont la qualité de dirigeants d'une personne morale de droit privé.
- Les administrateurs ne sauraient être regardés comme des collaborateurs du service public et être assimilés ainsi à des agents publics puisque tant le critère tiré de l'existence d'une activité d'intérêt général que celui d'un lien avec une personne publique font défaut ici.
- Il n'existe ici aucune mission d'intérêt général exercée par les administrateurs provisoires. Ils ont agi pour le seul compte de la mutuelle et en son seul nom.

Il résulte de ce qui précède qu'il est désormais clair que les fautes commises par un administrateur provisoire dans le cadre de son mandat relèvent du droit privé. Sa situation n'est donc en rien distincte de celle de tout dirigeant d'entreprise. Il lui appartient dès lors de s'assurer afin de couvrir l'éventuelle mise en jeu de leur responsabilité civile.

DEVANT LE TRIBUNAL ADMINISTRATIF DE PARIS

La juridiction administrative a eu à trancher une nouvelle requête introduite par M. Christian L., fondateur et actionnaire principal, des sociétés ICD SA et ICD VIE, organismes à propos desquels la Commission de contrôle des assurances avait pris six décisions en 2000, entraînant ainsi leur cessation d'activités. M. L. demandait en l'espèce la condamnation de l'Etat à lui verser une somme de 163 000 000 euros, augmentée des intérêts au taux légal avec capitalisation de ces intérêts, en réparation du préjudice résultant des décisions prises par la Commission de contrôle des assurances et annulées par le Conseil d'Etat. Le Tribunal administratif de Paris a rejeté la demande par décision du 13 janvier 2006. En premier lieu, le jugement rappelle que les décisions, prises en vertu des dispositions de l'article L. 310-18 du code des assurances alors en vigueur, ont été annulées au seul motif que la Commission de contrôle des assurances avait méconnu l'exigence d'impartialité découlant des stipulations du paragraphe 1 de l'article 6 de la convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales. Il relève ensuite que les préjudices allégués par M. L. ne trouvent pas leur origine dans la méconnaissance par la Commission de contrôle des assurances de l'exigence d'impartialité, mais résultent de l'exécution des décisions énumérées ci-dessus. Or, la responsabilité de l'Etat n'est susceptible d'être engagée à raison des décisions prises par une autorité administrative indépendante chargée d'une mission de régulation dans un secteur économique ou financier que si ses actes sont constitutifs d'une faute lourde. Force est toutefois de relever qu'en l'espèce, le rapport à l'origine de la procédure disciplinaire relevait de multiples méconnaissances des dispositions du code des assurances, lesquelles mettaient en cause la solvabilité et la couverture des engagements réglementés des sociétés. Le Tribunal conclut son raisonnement en soulignant que le requérant pour sa part s'était borné à fournir des éléments d'explication imprécis et essentiellement affirmatifs. Il ne démontrait donc nullement en quoi la CCA aurait commis une faute lourde dans l'exercice de sa mission. Les prétentions indemnitaires ne peuvent par suite qu'être rejetées.



L'ACAM 3- LES CHIFFRES DE L'ASSURANCE EN 2005

Une croissance soutenue en assurance de personnes, un contexte financier favorable et peu d'événements catastrophiques ont permis au marché français de l'assurance d'obtenir des résultats très satisfaisants tout en confortant sa place de 4^{ème} marché mondial derrière les Etats-Unis, le Japon et le Royaume-Uni.

Près de 230 milliards d'euros, soit 13 % de plus que l'année précédente, de primes et/ou cotisations ont été encaissées par les acteurs du marché soit directement auprès des assurés, soit sur le marché secondaire du risque que représente la réassurance.

Comme dans la plupart des pays développés, l'assurance vie, secteur où la croissance est la plus forte, est prédominante avec 60 % des encaissements, devant l'assurance non vie (35 %) et les réassureurs spécialisés (5 %).

3-1 Les organismes contrôlés

Le 15 juillet 2004, l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles a remplacé la Commission de Contrôle des Assurances (CCA) et la Commission de Contrôle des Mutuelles et des Institutions des Prévoyance (CCMIP).

Depuis cette date, les entreprises soumises au contrôle de l'ACAM sont :

- les sociétés d'assurance de droit français régies par le Code des assurances ;
- les institutions de prévoyance de droit français régies par le Code de la Sécurité sociale ;
- les mutuelles régies par le Code de la mutualité ;
- les institutions de retraite supplémentaire régies par le Code de la Sécurité sociale ;
- les sociétés d'assurance de droit extracommunautaire opérant en France ;

- les sociétés de réassurance de droit français régies par le Code des assurances.

Les organismes, les plus nombreux mais également les moins bien connus, sont les mutuelles relevant du Code de la mutualité. Pour ce type d'entité, la transposition en 2002 des directives européennes affirmant le principe de spécialisation, exige de scinder des activités préalablement pratiquées au sein d'un même périmètre juridique. La partie correspondant à de l'assurance, au sens européen du terme, est désormais pratiquée par des mutuelles appelées « Livre II » tandis que les activités de gestion de réalisations sanitaires et sociales sont désormais assumées par des mutuelles appelées « Livre III ». Il existe également des organismes, environ 70, ne relevant d'aucune de ces catégories. Ils sont qualifiés de mutuelles « Livre I ».

La transposition des directives européennes a entraîné de fortes restructurations dans le secteur des mutuelles. Sur environ 5 000 mutuelles en

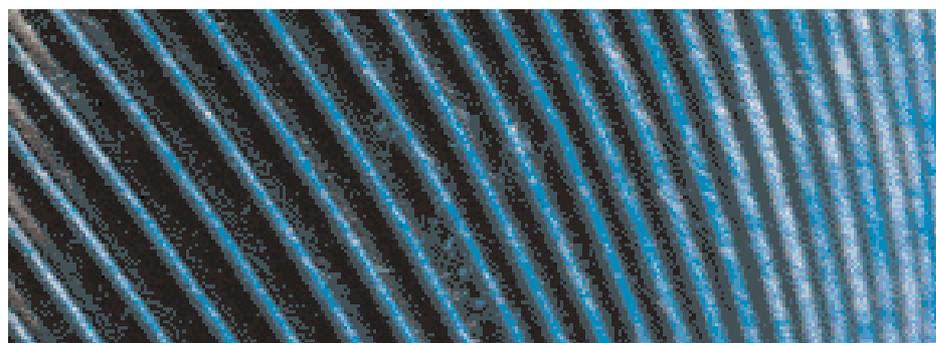
France il y a quelques années, lors de la création de l'ACAM en 2004, il n'en restait que 2 400. Et l'opération de fiabilisation exhaustive des répertoires de mutuelles disponibles, initiée par l'ACAM dans le courant de l'été 2005, a permis de recenser, au 31 décembre 2005, un nombre de mutuelles actives de 2 091.

UNE DOUBLE SPÉCIALISATION DES ORGANISMES

Les directives européennes en assurance prévoient un principe de spécialisation à deux niveaux. Le premier niveau stipule que l'activité d'assurance doit être isolée au sein d'un périmètre juridique spécifique qui ne peut avoir d'activité en dehors de l'assurance. Le second niveau précise que, au sein du secteur de l'assurance, les catégories de garanties sont ventilées en branches et qu'un assureur pratiquant des opérations dépendant de la durée de la vie humaine (assurance vie) ne peut pratiquer simultanément d'autres opérations d'assurance (assurance non-vie). Ce second niveau de spécialisation comporte une exception : un assureur vie, appelé alors assureur mixte, peut demander un agrément pour couvrir des risques de dommages corporels (complémentaire santé, assurance dépendance, ...).

RÉPARTITION DES ORGANISMES CONTRÔLÉS AU 31/12/2005.

	Fin 2004	Nouvelles	Disparitions	Fin 2005
Vie-Capitalisation-Mixte	119	1	1	119
Non-Vie	274	3	10	267
Total assurance	393	5	12	386
Réassurance	30	1	2	29
Total assurance et réassurance	423	6	14	415
Autres entités contrôlées	49	1	0	50
Total organismes relevant du Code des assurances	472	7	14	465
Institutions de prévoyance	79	0	3	76
Institutions de retraite supplémentaires	environ 95	-	-	89
Total organismes relevant du Code de la Sécurité sociale				165
Mutuelles « Livre I »				70
Mutuelles pratiquant des opérations d'assurance « Livre II »				1 273
Mutuelles gérant des réalisations sanitaires et sociales « Livre III »				748
Total organismes relevant du Code de la mutualité	environ 2400			2 091
Total organismes contrôlés				2 718
Dont organismes régis par les directives européennes en matière d'assurance				1 900



Bien que la totalité des mutuelles soit en dernier ressort contrôlée par l'ACAM, qui seule détient un pouvoir de sanction, une grande partie d'entre elles, en fonction de leur taille et des activités pratiquées, fait l'objet d'un contrôle permanent au niveau régional, par les services des Préfets de région.

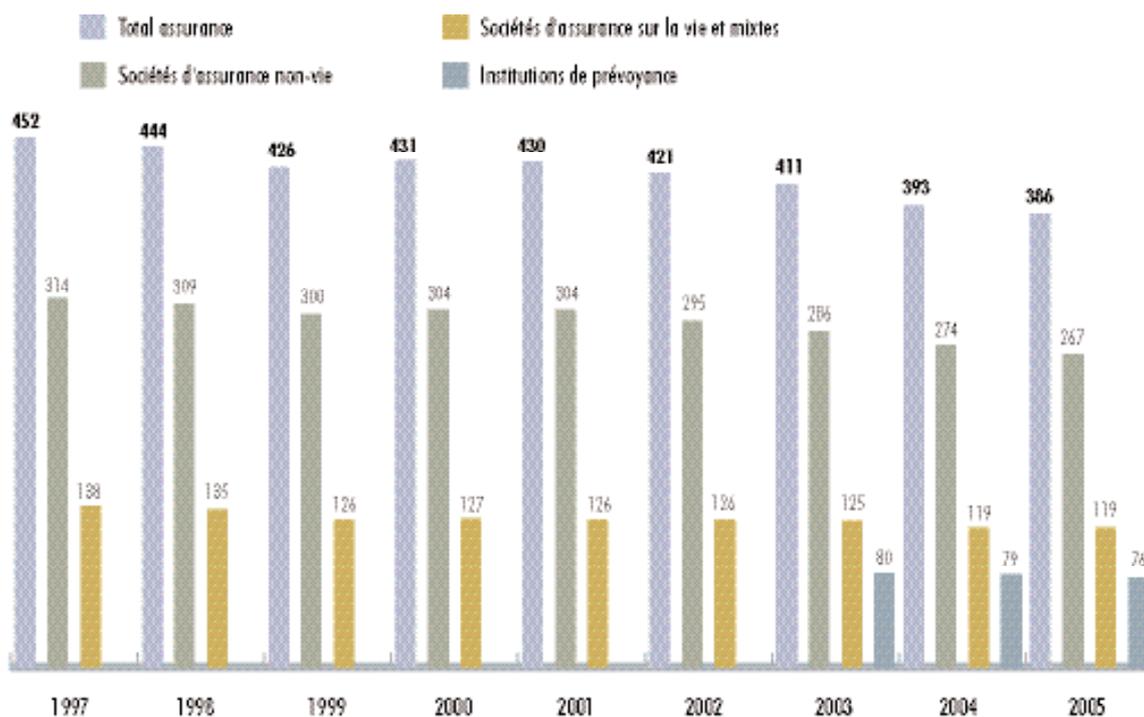
UNE DIMINUTION DU NOMBRE D'ORGANISMES

Dans le secteur de l'assurance, on observe nettement une tendance à la diminution du nombre d'organismes. La raison majeure réside dans la persistance du mouvement de concentration, les rapprochements et constitutions de groupes se traduisant généralement par la fusion des structures dont l'activité est similaire.

De plus, la diminution du nombre de mutuelles est une tendance appelée à se poursuivre

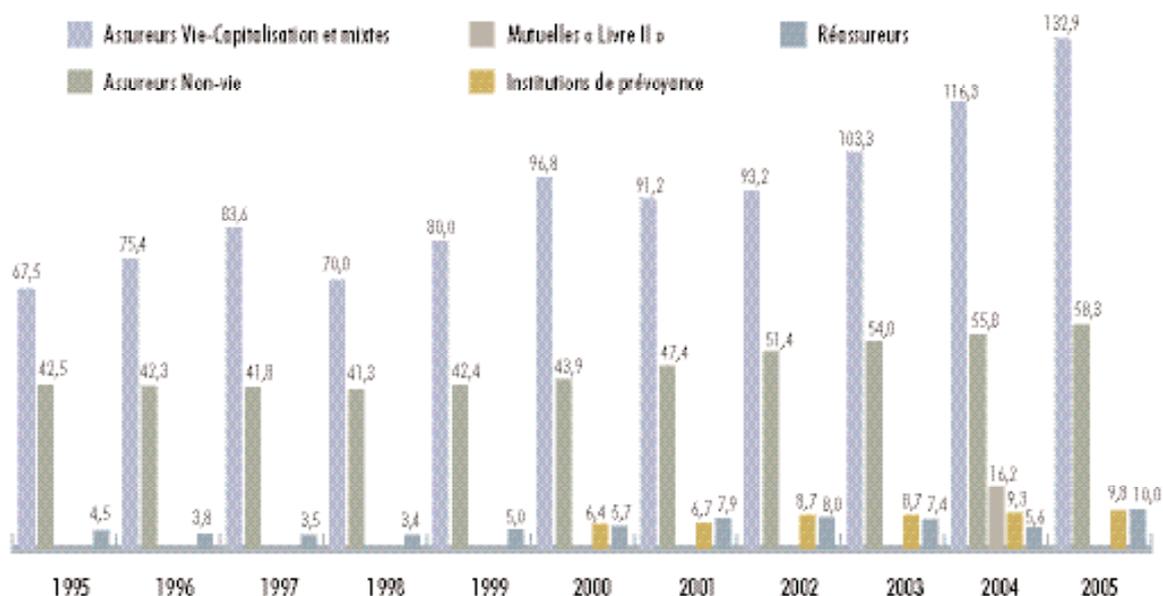
en raison notamment de l'entrée en vigueur début 2007 du relèvement d'un minimum financier appelé « fond minimum de garantie » qui ne permettra probablement pas à certaines mutuelles de poursuivre leur activité de manière autonome.

Cette tendance à la baisse touche également, pour des raisons différentes, d'autres familles d'organismes contrôlés par l'ACAM. Ainsi, la loi du 21 août 2003 portant réforme des retraites a organisé la disparition des institutions de retraite supplémentaire d'ici 2007, soit par transformation en institutions de prévoyance, soit par transfert de leur engagements à un autre organisme et transformation en institution de gestion de retraite supplémentaire, soit par dissolution.



3-2 Les chiffres clés

LE CHIFFRE D'AFFAIRES DE L'ASSURANCE FRANÇAISE



Les éléments 2005 ne sont pas disponibles pour les mutuelles. Pour les autres organismes, il s'agit d'estimations à partir de données réelles représentant globalement 91,7 % du marché, soit vie-mixte : 91,3 %, non-vie : 92,2 %, IP 68,7 %, réass : 95,4 %.

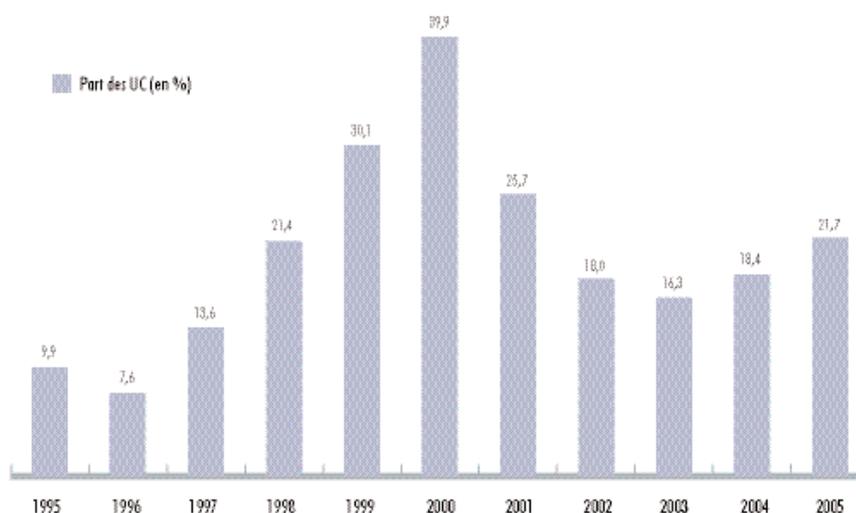
Sur l'année 2005, la répartition de l'activité entre les trois familles d'acteurs sur le marché français a été la suivante :

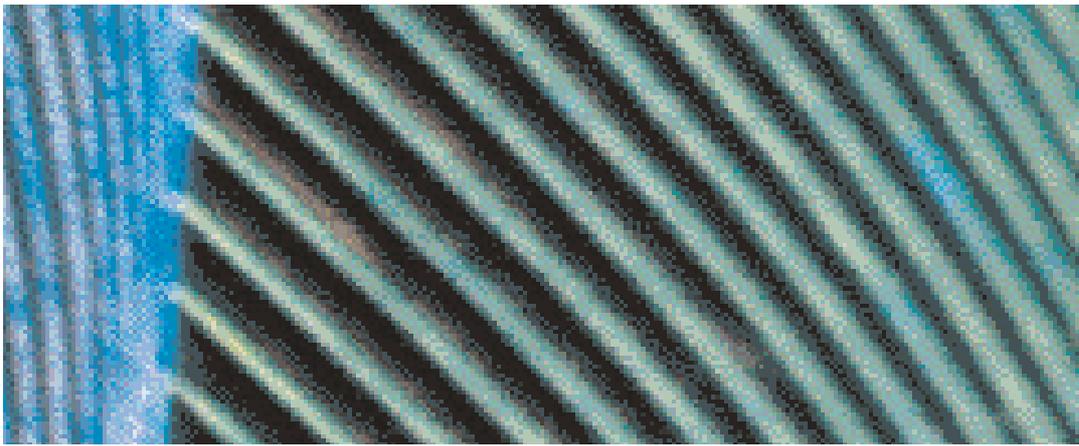
	Assureurs	Institutions de prévoyance	Mutuelles
Activité vie	96,0 %	2,2 %	1,8 %
Activité non-vie	74,7 %	8,2 %	17,0 %
Ensemble	87,1 %	4,7 %	8,2 %

Les campagnes de sensibilisation au risque de longévité concomitantes au lancement du Plan

d'épargne retraite populaire (PERP), dont l'effet était déjà sensible sur la seconde moitié de l'année 2004, ont poursuivi leurs effets sur le début de l'année 2005. En fin d'année, le changement de fiscalité sur les plans d'épargne logement a généré un mouvement de transfert vers des contrats d'assurance. Globalement, le chiffre d'affaires de l'assurance vie a progressé de plus de 14 % et les premiers éléments disponibles sur l'année 2006 montrent une poursuite de ce rythme élevé. La poursuite de la hausse des marchés financiers a favorisé les souscriptions de contrats en unités de compte, (+37 %) qui représentent désormais près de 22 % des souscriptions, et 18,5 % des encours.

ÉVOLUTION DE LA PART DES CONTRATS EN UNITÉS DE COMPTE DANS LE TOTAL DE L'ACTIVITÉ VIE :





La croissance de l'activité en dommages corporels, très vive en 2004, s'est un peu ralentie en 2005 mais demeure élevée (8,5 %).

LE CAS PARTICULIER DES DOMMAGES CORPORELS

Au sein de l'activité non-vie, une partie de l'activité ne peut être effectuée que par des organismes relevant du Code des assurances, notamment l'assurance automobile. Inversement, les dommages corporels, et notamment les garanties de frais de soins (connues commercialement sous l'appellation de complémentaire santé) présentent la particularité de pouvoir être couverts par des assureurs régis par le Code des assurances, des mutuelles du Code de la mutualité ou des institutions de prévoyance.

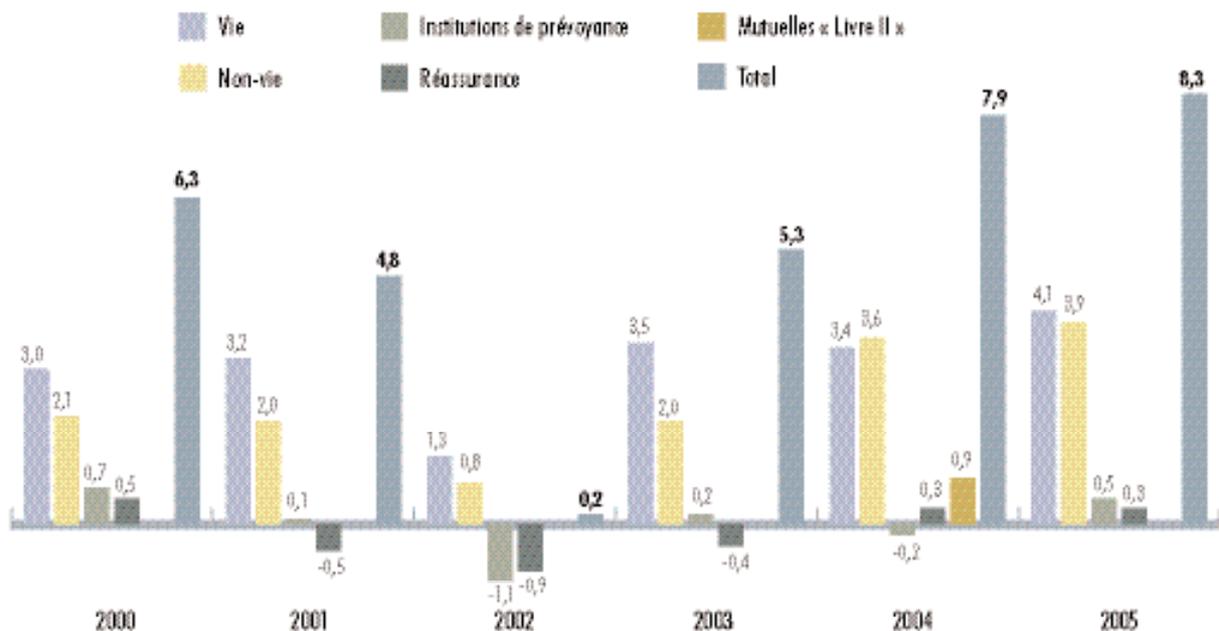
Total	Assureurs	Institutions de prévoyance	Mutuelles
Dommages corporels	38,1 %	19,2 %	42,6 %
dont complémentaire santé	26,8 %	18,5 %	54,7 %

En assurance non-vie, outre les dommages corporels, l'activité est très dynamique en Assurance construction (+20 %), qui bénéficie de la santé d'ensemble du secteur, et en Responsabilité civile générale (+5,1%) sous l'effet de hausses tarifaires. En Automobile, qui demeure la première branche d'activité non-vie avec 37 % de l'activité, la poursuite de la baisse de fréquence se traduit dans les tarifs, ce qui pèse sur le chiffre d'affaires qui ne progresse que de 1,6 %. Globalement l'activité des assureurs non-vie est en hausse de 3,8 %.

UNE ÉVOLUTION POSITIVE DES RÉSULTATS NETS

A l'issue d'une année où les événements de type catastrophe ayant une incidence sur le marché français ont été peu nombreux, et dans un contexte financier particulièrement favorable caractérisé par la poursuite de la hausse des marchés actions et la valorisation des actifs immobiliers, le résultat net des assureurs s'avère très satisfaisant.

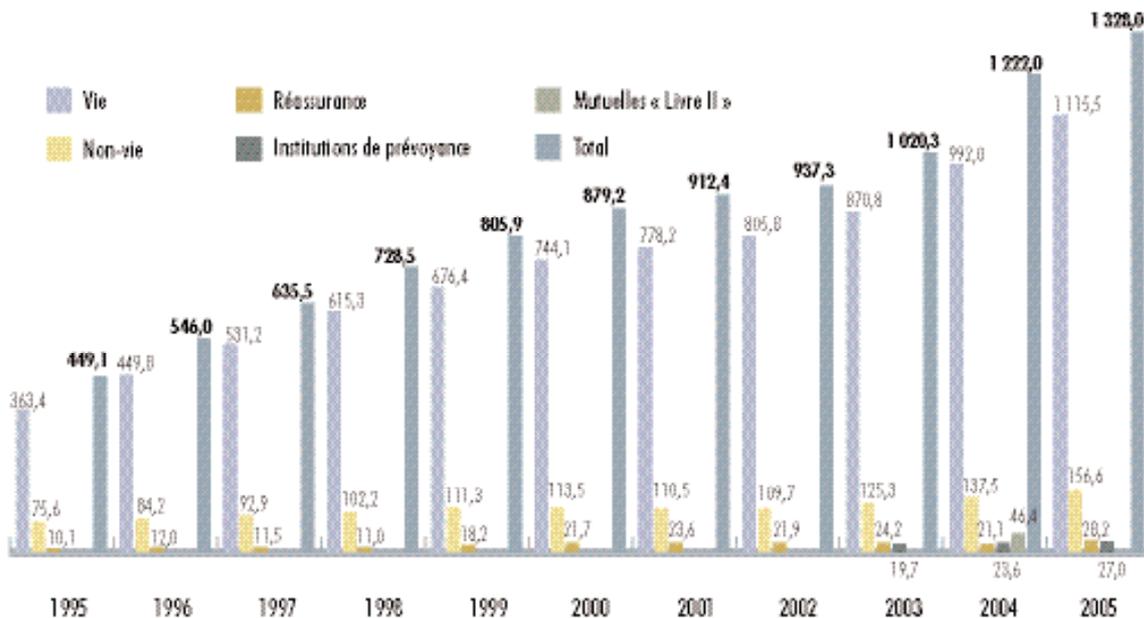
L'ÉVOLUTION DES RÉSULTATS NETS AU BILAN



LES PLACEMENTS

A la fin de l'année 2005, la valeur de réalisation des placements des organismes d'assurance français dépassait 1 350 milliards d'euros.

PLACEMENTS EN VALEUR DE MARCHÉ



LA STRUCTURE DES PLACEMENTS

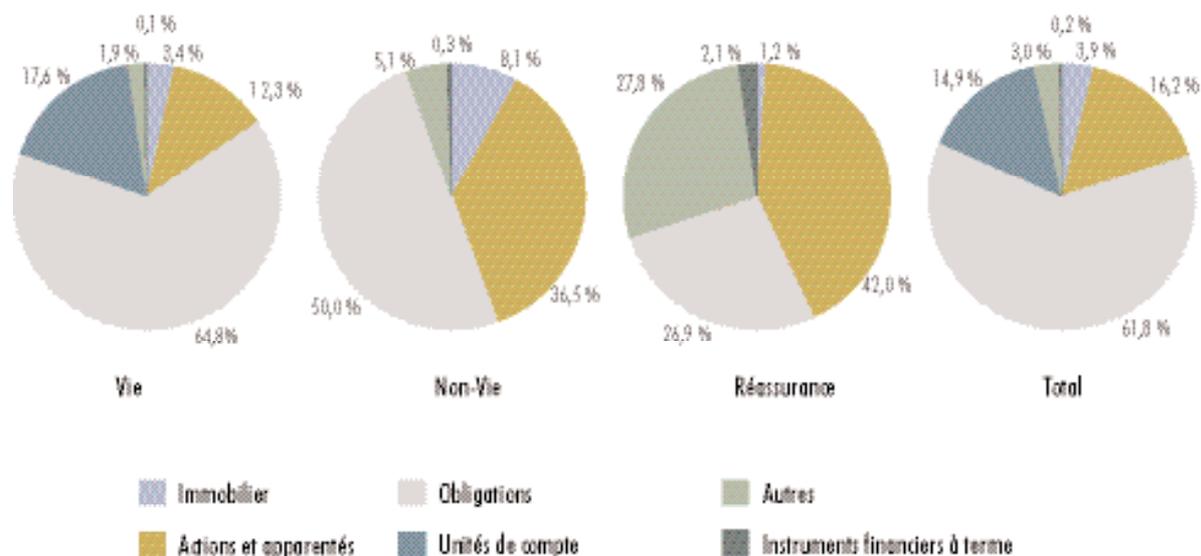
La réglementation prévoit une double présentation de la valeur des actifs. Au bilan des entreprises, ceux-ci sont présentés en coût historique, corrigé des amortissements ou dépréciation. En annexe aux comptes, les placements sont présentés à la fois en coût historique et en valeur de marché.

La structure des placements des assureurs à fin 2005 (2004 pour les mutuelles) selon ces deux présentations est présentée ci-dessous. A l'échelle du marché, la différence entre les valeurs de réalisation et

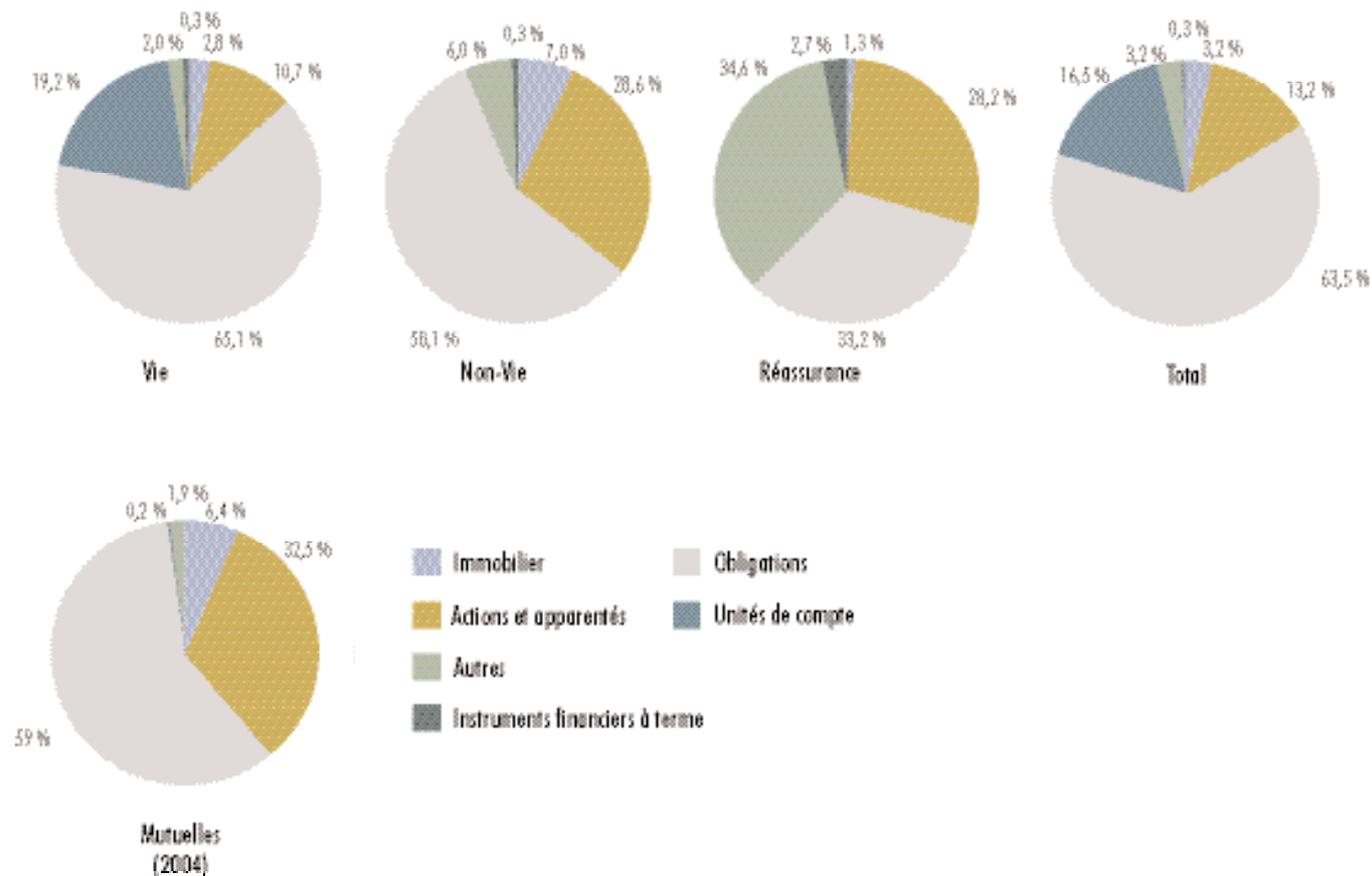
les valeurs historiques (plus-values latentes) représente 11 % des actifs comptabilisés, mais avec des variations importantes selon les classes d'actif. Conséquence de la hausse des marchés financiers en 2005, le taux de plus-values latentes sur actifs de type actions a doublé en un an pour atteindre 36 %. Il est également élevé pour les actifs immobiliers (34 %). Le taux de plus values latentes sur actifs obligataires est de 8,2 %.

STRUCTURE DU STOCK DE PLUS VALUES LATENTES :
Immobilier : 10 %, Actions : 43 %, obligations : 47 %.

VALEUR DE MARCHÉ



VALEUR COMPTABLE

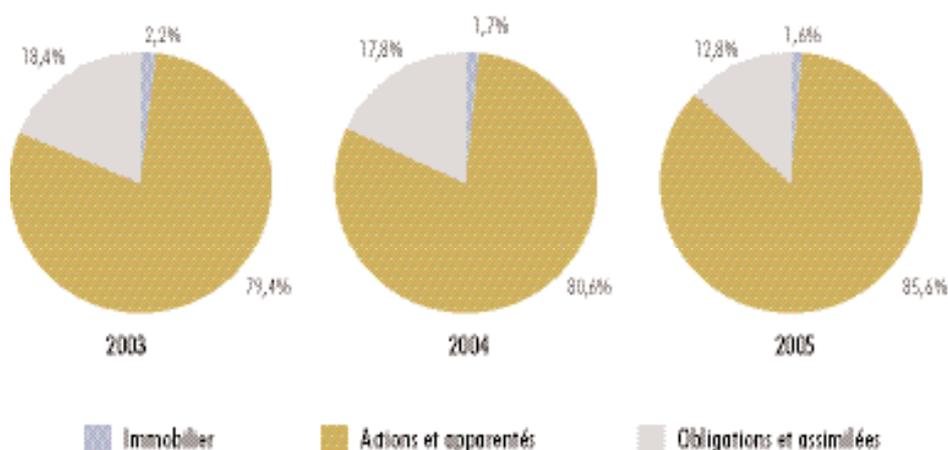


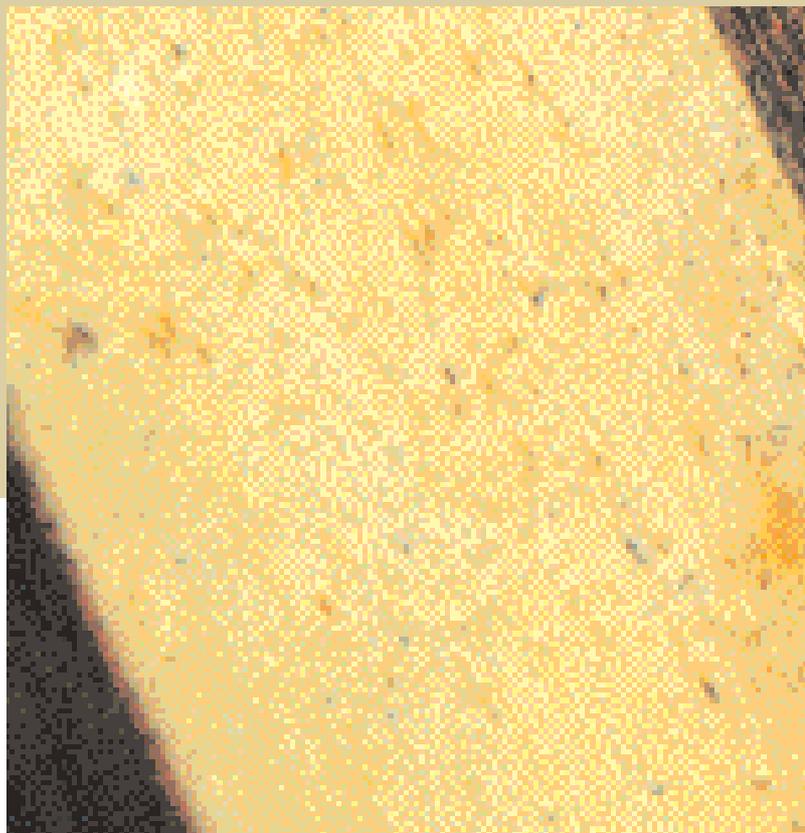
L'importance de la gestion actif-passif, qui vise à adosser les échéances anticipées des entrées et sorties de trésorerie, apparaît clairement dans ces tableaux. Les assureurs non-vie et réassureurs peuvent anticiper des sorties de trésorerie étalées sur la durée de leurs engagements. Les assureurs vie, quant à eux, alors que leurs engagements sont potentiellement de plus longue durée, doivent tenir compte de l'effet cliquet et de la valeur de rachat pour les contrats d'épargne. Ces garanties ont pour conséquences d'ajouter une contrainte annuelle de rendement mini-

um de l'actif ainsi qu'une contrainte permanente de liquidité. La réponse de marché des assureurs vie est de privilégier les actifs de type obligataire, qui représentent près de 80 % du total hors unités de compte, alors que les assureurs non-vie et les réassureurs moins soumis à ces contraintes accordent une place qui peut être importante aux actions et à l'immobilier.

Chez les assureurs vie, la répartition des actifs en unités de compte – qui ne comportent pas d'effet cliquet – est sensiblement différente :

RÉPARTITION DES PLACEMENTS EN UNITÉS DE COMPTE





L'ACAM

4- LES RELATIONS ENTRE L'ACAM ET LES ASSURÉS

LE BUREAU DES RELATIONS AVEC LES ASSURÉS - OBSERVATOIRE DES CONTRATS DE L'ACAM ANALYSE ET SURVEILLE LES CONTRATS D'ASSURANCE. IL EST SAISI DES RÉCLAMATIONS RELATIVES AUX CONTRATS PAR LES PARTICULIERS, LES ASSOCIATIONS DE CONSOMMATEURS OU LES ORGANISMES D'ASSURANCE. EN 2005, IL A TRAITÉ 2 336 DOSSIERS DE RÉCLAMATION, VOLUME QUI EST À RAPPROCHER DU NOMBRE TOTAL DES CONTRATS EN COURS QUI AVOISINE LA CENTAINE DE MILLIONS.

LE BRA INTERVIENT PARALLÈLEMENT À D'AUTRES PROCÉDURES EXISTANTES EN MATIÈRE DE RÉCLAMATIONS. EN EFFET, LES ASSURÉS ONT LA POSSIBILITÉ DE S'ADRESSER DIRECTEMENT AUX SERVICES DE RELATIONS CLIENTS DES ORGANISMES CONTRÔLÉS, AUX DIFFÉRENTES ASSOCIATIONS DE CONSOMMATEURS ; ILS ONT ÉGALEMENT LE CHOIX D'OPTER POUR LA MÉDIATION INTERNE OU CELLE MISE EN PLACE PAR LES FÉDÉRATIONS PROFESSIONNELLES. TOUTEFOIS, L'ANALYSE DES DOSSIERS TRAITÉS PAR LE BRA SE RÉVÈLE RICHE D'ENSEIGNEMENTS.

4-1 L'activité du Bureau des Relations avec les Assurés

PRÉSENTATION

L'ACAM est chargée de veiller au respect des dispositions qui régissent le contrat d'assurance en France. La conception des contrats, leurs modalités de distribution et de souscription, la portée des garanties délivrées, leur tarification puis leur mise en œuvre, conditionnent le devenir de l'organisme d'assurance et, par voie de conséquence, sa capacité à remplir ses engagements. Aussi la surveillance des contrats fait-elle partie intégrante de la mission de contrôle prudentiel exercée par l'ACAM.

Cette surveillance s'exprime par les contrôles sur place et par l'action d'un bureau appelé Bureau des Relations avec les Assurés - Observatoire des contrats (BRA).

Le BRA est investi d'une mission d'instruction, d'analyse et de traitement de réclamations, mais également de veille des contrats d'assurance et d'études juridiques. Le BRA est, ainsi, saisi des réclamations relatives à un contrat d'assurance que formulent les assurés, mais il peut aussi l'être par des associations de consommateurs, des conciliateurs de justice, des notaires, voire par des organismes d'assurance eux-mêmes ou des courtiers. La réclamation est prise



en compte dès que le litige est constitué par écrit entre l'assuré et l'organisme d'assurance.

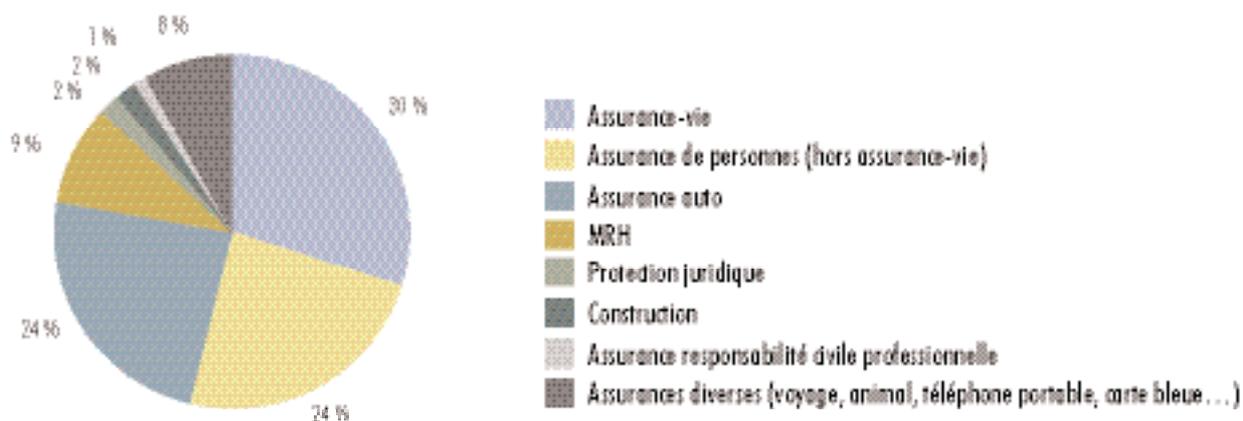
Le BRA peut inviter l'organisme d'assurance à réexaminer une affaire en se conformant à ses obligations légales, réglementaires et contractuelles mais il n'est pas doté de pouvoirs coercitifs. Auprès des assurés, le BRA n'intervient pas en qualité de conseil en assurance ni pour apprécier la réalité des faits qui lui sont soumis ou les conclusions des d'experts. Il cesse d'être compétent lorsqu'une instance judiciaire est saisie de la réclamation.

Observatoire privilégié des pratiques de marché en matière de commercialisation et d'exécution des contrats, le BRA est également amené à surveiller et analyser les contrats d'assurance en vigueur.

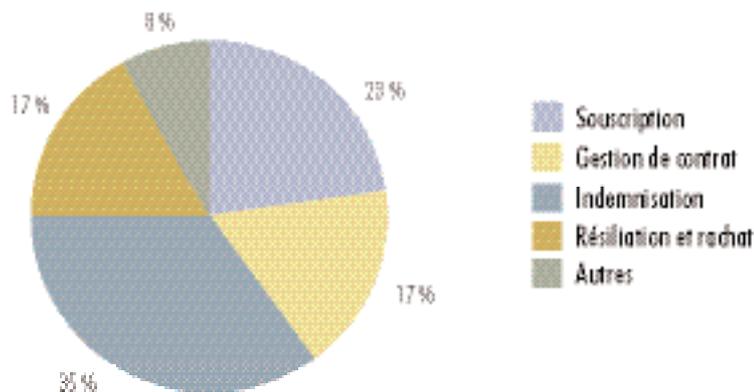
L'ACTIVITÉ EN 2005

En 2005, le BRA a traité 2 336 dossiers de réclamations contre 2 339 en 2004 et 2 590 en 2003. Les dossiers qui ont nécessité une intervention se répartissent de la façon suivante :

RÉPARTITION PAR CATÉGORIE D'ASSURANCE DES RÉCLAMATIONS AYANT DONNÉ LIEU À UNE INTERVENTION AUPRÈS DES ENTREPRISES D'ASSURANCE



RÉPARTITION PAR OBJET DES RÉCLAMATIONS AYANT DONNÉ LIEU À UNE INTERVENTION AUPRÈS DES ENTREPRISES D'ASSURANCE :



Les positions des assureurs ont été jugées conformes à la réglementation ou aux dispositions contractuelles dans 46 % des cas.

Après intervention du BRA auprès des entités concernées, il a été constaté que :

- les assureurs ont modifié leur position en faveur des assurés dans 44 % des cas,
- les assureurs ont maintenu une position contraire aux observations du BRA dans 10 % des cas.

OBLIGATIONS EN MATIÈRE D'INFORMATION ET DE TRANSPARENCE : DE NOUVEAUX TEXTES EN 2005

L'année 2005 n'a pas démenti la sensibilité, voire l'attachement des juges et du législateur aux obligations d'information et de conseil dues aux consommateurs et, plus particulièrement, aux assurés ou adhérents à un contrat d'assurance. Le rapport Delmas-Marsalet, remis le 21 novembre 2005 au Ministère de l'Economie, des finances et de l'industrie préconise sur ce point un certain nombre de recommandations, notamment en matière d'information et de conseil, visant à améliorer la commercialisation des produits financiers, au nombre desquels se trouvent les contrats d'assurance-vie.

La loi n° 2005-67 du 28 janvier 2005 tendant à conforter la confiance et la protection du consommateur, dite loi Chatel, est entrée en vigueur le 28 juillet 2005. Les organismes d'assurance sont dorénavant tenus, en application des articles L. 113-15-1 du Code des assurances, L. 221-10-1 du Code de la mutualité et L. 932-21-1 du Code de la Sécurité sociale, de rappeler, avec l'avis d'échéance, la date limite à laquelle l'assuré peut dénoncer la reconduction tacite de son contrat.

L'ordonnance du 6 juin 2005 (et son décret du 25 novembre 2005), applicable depuis le 1^{er} décembre 2005, a mis en place un régime particulier en matière d'information du consommateur pour la commercialisation de produits financiers à distance (par téléphone, Internet, télécopie). Ce régime s'applique aux opérations pratiquées aussi bien par les entreprises d'assurance que par les mutuelles, les unions de mutuelles et les institutions de prévoyance.

Dans le même esprit, la loi n°2005-1564 du 15 décembre 2005 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de l'assurance, dite loi DDAC, a notamment transposé la Directive intermédiation. Elle impose dorénavant à l'intermédiaire visé à l'article L. 511-1 du Code des assurances de fournir au souscripteur éventuel des informations relatives notamment à son identité, à son immatriculation, aux procédures de recours et de réclamations ainsi que, le cas échéant, à l'existence de ses liens financiers avec une ou plusieurs entreprises d'assurance. La loi impose également à l'intermédiaire un conseil de l'assuré, exprimé par écrit.

La loi DDAC et les arrêtés postérieurs, qui devront, selon le projet de décret, modifier et compléter le régime de l'information précontractuelle en matière d'assurance-vie, tendraient à résoudre partiellement certaines difficultés posées par le régime antérieur. Cette loi comporte également de nouvelles avancées en matière d'information et de lisibilité des contrats. L'expérience permettra de savoir dans quelle mesure le nouveau dispositif, et notamment l'« encadré » au contenu limitatif et non personnalisé, apportera toute l'efficacité escomptée.

Les juges s'astreignent, pour leur part également, à faire respecter par les assureurs leurs obligations de transparence et d'information. C'est également ce que le BRA s'est efforcé de réaliser en 2005 à l'occasion des réclamations dont il a été saisi.

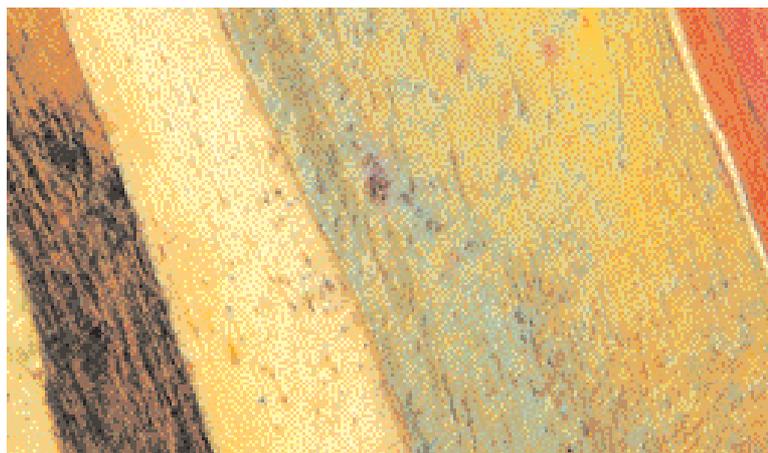
4-2 Les principaux points soulevés en 2005

LE DROIT DE RENONCIATION AUX CONTRATS D'ASSURANCE VIE LIBELLÉS EN UNITÉS DE COMPTE

Dans sa rédaction antérieure à la loi n°2005-1564 du 15 décembre 2005 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de l'assurance, l'article L. 132-5-1 du Code des assurances disposait, en substance, que si le délai de renonciation de l'assuré à son contrat d'assurance-vie est de trente jours à compter du premier versement, le défaut de remise, par l'assureur, des documents et informations dont la communication est prescrite par ledit Code entraîne, de plein droit, prorogation de ce délai jusqu'au trentième jour suivant la date à laquelle l'assuré aura finalement reçu ces documents et informations. Or, s'agissant des contrats libellés en unités de compte, cette prorogation peut s'avérer extrêmement préjudiciable pour les assureurs en période de crise boursière. En effet, en cas d'exercice par l'assuré de son droit de renonciation après prorogation du délai susvisé, l'assureur est tenu de lui restituer, parfois des années après la souscription du contrat, l'intégralité des primes versées depuis l'origine. En 2005, en dépit de l'augmentation significative de la valeur des titres cotés en bourse, le BRA a continué de recenser un certain nombre de réclamations concernant l'exercice par les assurés de ce droit de renonciation.

La problématique est, à peu de chose près, toujours la même : l'assuré fait savoir à son assureur qu'il entend renoncer à son contrat d'assurance-vie sur le fondement de l'article susvisé, ou, tout du moins, qu'il souhaite obtenir le remboursement de l'intégralité des sommes qu'il a versées sur son contrat. Cette demande de renonciation, plus ou moins explicite, intervient au moment où l'assuré s'aperçoit, généralement à réception de son relevé annuel d'information, que son contrat n'évolue pas comme il l'avait pensé. L'assuré argue alors qu'il souhaitait, avant tout, lorsqu'il a souscrit son contrat, que celui-ci lui assure un complément de retraite ou un capital garanti et qu'il n'a pas été mis en mesure de comprendre l'implication de son engagement. L'assuré soutient ainsi qu'il n'a pas eu conscience, au moment où il l'a conclu, du caractère risqué de son contrat.

La difficulté provient de ce qu'ayant généralement dépassé le délai de renonciation de trente jours à compter de son premier versement, l'exercice de ce droit lui est quasi-systématiquement refusé par son assureur. Il tente alors de se prévaloir de la prorogation de ce délai en raison du défaut de remise des documents et informations susvisés. S'engage ainsi un débat sur le



point de savoir s'il a bien été remis à l'assuré toutes les informations légales et réglementaires nécessaires à une bonne compréhension du mécanisme et des enjeux de son contrat.

Alors que l'assuré procède à une comparaison minutieuse entre les informations qui lui ont été remises et celles qu'il prétend qu'auraient dû l'être si les dispositions du Code des assurances avaient été strictement respectées, les assureurs, eux, considèrent qu'ils ont suffisamment informé leur cocontractant. Au soutien de leur affirmation, ces derniers se prévalaient généralement, en 2005, des arguments suivants :

- Les « conditions générales valant note d'information », dont les assurés avaient reconnu avoir pris connaissance aux termes de leur bulletin d'adhésion, les informaient clairement du fait que leur contrat était soumis aux aléas boursiers ;

- L'absence de jurisprudence tranchée sur le point de savoir si, d'une part, un seul document intitulé « conditions générales valant note d'information » pouvait ou non valablement remplacer l'exigence légale des « deux documents distincts » (proposition d'assurance ou de contrat / note d'information) et si, d'autre part, l'omission de l'une des mentions prescrites par l'article A. 132-5 du Code des assurances suffisait à ce que le délai de trente jours soit prorogé ;

- L'absence de conformité, pour le moins partielle, des articles L. 132-5-1 et A. 132-5 du Code des assurances à la directive 2002/83/CE ;

- Le fait que les valeurs de rachat n'avaient pas à être nécessairement personnalisées, en particulier lorsqu'elles ne pouvaient être exactement établies au moment de la souscription ;

- Et très souvent, la mauvaise foi de l'assuré qui avait, le cas échéant, réalisé des arbitrages sur son contrat ou procédé à des rachats partiels et qui n'avait jamais manifesté son intention de renoncer à son contrat lorsque la bourse participait au bon rendement de celui-ci.

En cas d'absence de remise à l'assuré de l'ensemble des documents et informations susvisés, et face aux divergences de positions des Cours d'appel quant aux conséquences de certains manquements, la position du BRA en 2005 a été de souligner le caractère incomplet de l'information délivrée et de rappeler à l'entreprise d'assurance que l'assuré était susceptible de faire valoir son droit de renonciation au contrat en cause.

Les enseignements des arrêts de la Cour de cassation du 7 mars 2006, qui ont souligné l'exigence du formalisme de l'information de l'article L. 132-5-1, ont donné au BRA des moyens supplémentaires d'intervenir auprès des assureurs, y compris dans le cadre de réclamations qui lui sont parvenues en 2005. En effet, la plupart des arguments des assureurs susvisés ont été mis à mal par la Cour suprême. Or, certains assureurs, auprès desquels le BRA était déjà intervenu, avaient maintenu leur décision de refus de faire droit aux demandes de renonciation dont ils étaient saisis, tout en indiquant qu'ils n'hésiteraient pas à revoir leur position à la suite des arrêts à venir, voire à se conformer à la position qu'adopterait la Cour de cassation.

Pour l'heure, l'ACAM constate que certains assureurs ont indiqué qu'ils continueraient, en dépit des termes des arrêts du 7 mars 2006 sur ce point, de prendre en considération l'apparente mauvaise foi des assurés dans leur appréciation des demandes de renonciation. Le rapport d'activité 2006 indiquera s'ils ont fini par se conformer aux textes en vigueur. Il tirera peut-être également les premières conséquences de l'application contractuelle de la loi DDAC. Il dira ainsi notamment si l'information, succincte et non personnalisée, devant figurer dans l'« encadré » visé au nouvel article L. 132-5-2 du Code des assurances, aura réellement eu pour conséquence de faire prendre conscience aux assurés du risque qu'ils encourent en souscrivant des contrats d'assurance-vie en unités de compte et de leur en faire comprendre les modalités de fonctionnement.

LES RÉCLAMATIONS CONCERNANT L'ASSURANCE EMPRUNTEURS

L'assurance emprunteurs est très fréquemment une assurance de groupe. Elle vise à garantir les risques de décès, d'invalidité, d'incapacité et de perte d'emploi des emprunteurs. Deux éléments la caractérisent. D'une part, souscrite par un établissement de crédit en garantie d'un prêt, le bénéficiaire des prestations n'est pas l'assuré mais l'établissement de crédit. D'autre part, elle n'est pas automatiquement soumise aux dispositions du Code des assurances applicables aux contrats groupe.

Au travers des réclamations qu'il reçoit, le BRA a été amené à constater l'opacité des contrats d'assurance emprunteurs et l'insuffisance de l'information donnée aux adhérents. Ces réclamations visent essentiellement quatre cas :

• *Les fausses déclarations intentionnelles*

Les déclarations fausses ou incomplètes constituent une source abondante de litiges. La plupart ayant trait à des déclarations inexactes concernant l'état de santé de l'assuré au moment de la souscription ou aux cas d'antécédents médicaux non déclarés.

Le BRA est principalement saisi de réclamations d'assurés qui contestent le refus de prise en charge opposé par leur assureur sur le fondement de l'article L 113-8 du Code des assurances, lequel dispose : « le contrat d'assurance est nul en cas de réticence ou de fausse déclaration intentionnelle de la part de l'assuré, quand cette réticence ou cette fausse déclaration change l'objet du risque ou en diminue l'opinion pour l'assureur, alors même que le risque omis ou dénaturé par l'assuré a été sans influence sur le sinistre. »

Les assurés font valoir que l'inexactitude de leur déclaration, qu'ils reconnaissent en règle générale, ne procède pas d'une mauvaise foi de leur part mais relève soit d'un simple oubli, soit d'une absence de conscience de la gravité de leur état de santé, soit encore d'une incompréhension ou d'une imprécision des questions posées aux termes du questionnaire médical qu'ils ont eu à remplir. Ils soutiennent que leur assureur aurait dû faire application des dispositions de l'article L 113-9 du Code des assurances en vertu duquel : « l'omission ou la déclaration inexacte de la part de l'assuré dont la mauvaise foi n'est pas établie n'entraîne pas la nullité de l'assurance [...] »

S'il est des cas dans lesquels l'application de l'article L 113-8 précité paraît justifiée tant la mauvaise foi de l'assuré semble avérée, il est à regretter que l'assureur écarte quasi systématiquement le recours à l'article L 113-9 du Code des assurances. En outre, le plus souvent, l'assureur se contente de notifier à l'assuré l'annulation de son contrat sur la base de l'article L 113-8, sans aucune justification.

Au regard de ces réclamations, le BRA, non habilité, par ailleurs, à porter une appréciation sur la bonne ou la mauvaise foi de l'assuré, informe en règle générale l'assureur du cas qui lui est soumis et sollicite de sa part des explications en lui rappelant qu'en vertu de l'article 2268 du Code civil « la bonne foi est toujours présumée, et c'est à celui qui allègue la mauvaise foi à la prouver ».

Lorsqu'il est en possession des informations nécessaires, le BRA peut apprécier la régularité « formelle » des refus opposés par les assureurs ou relever des manquements dans le contenu ou dans la présentation, parfois tendancieuse, des questions posées aux assurés. Un trop grand nombre de questionnaires paraissent, en effet, encore confus, imprécis et difficiles à remplir correctement par un assuré moyennement attentionné, souvent pressé par son banquier et inconscient des conséquences des erreurs qu'il peut commettre dans les réponses apportées.

L'ACAM constate que ses interventions en la matière ne sont que très peu suivies d'effet par les assureurs, lesquels ont tendance à justifier l'absence de motivation de leur refus de prise en charge par le secret médical auquel ils sont tenus.

• ***Les garanties inadaptées à la situation de l'emprunteur***

Le BRA est saisi par des assurés auxquels il a été demandé de souscrire des contrats d'assurance emprunteurs totalement inadaptés à leur situation.

A titre d'exemple, on citera le cas d'un assuré âgé de 72 ans qui avait été accepté au titre d'un contrat dont les garanties cessaient à l'âge de 65 ans. Sa date de naissance figurait pourtant clairement sur son contrat. Une autre réclamation reçue par le BRA concernait un contrat souscrit par un assuré non salarié, dont la garantie « chômage » ne pouvait pourtant être mise en jeu que si la perte d'emploi était consécutive à un licenciement susceptible d'ouvrir droit à l'allocation d'assurance chômage prévue aux articles L 351-3 et suivants du Code du travail.

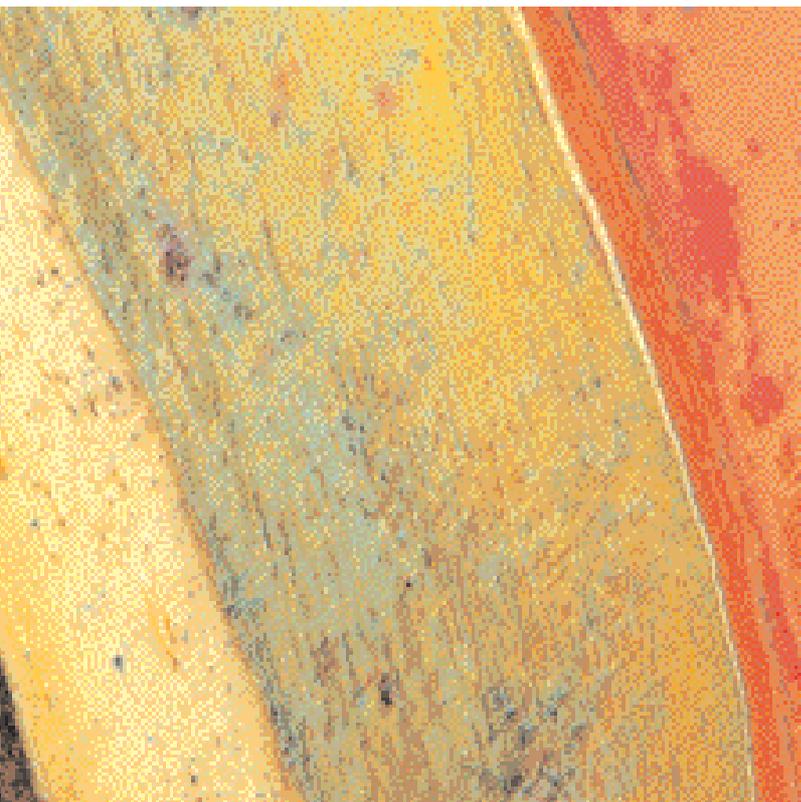
• ***Des conditions de mise en œuvre de la garantie extrêmement restrictives***

S'agissant de la garantie perte d'emploi, le BRA a reçu de nombreuses réclamations d'adhérents dont il était clair que les conditions de mise en jeu de la garantie n'étaient pas réunies (absence de versement d'allocations chômage, fin d'une période d'essai ou d'un CDD, arrêts de travail insuffisamment longs...).

Toutefois, dans certaines de ces situations, le BRA a été amené à intervenir en raison d'une application de l'assureur trop restrictive des conditions d'ouverture des prestations. Notamment, dans des cas pour lesquels l'assureur avait considéré que le fait pour l'assuré, pendant sa période de chômage, d'avoir repris une activité réduite pour une très courte durée justifiait un refus de prise en charge, dès lors que son indemnisation par l'ASSEDIC s'en était trouvée limitée. Pourtant, l'indemnisation perçue par l'assuré n'avait jamais complètement cessé alors que le contrat litigieux écartait seulement les cas d'interruption du versement et n'exigeait pas, comme condition de garantie, que le montant de l'indemnité versée soit total.

Le BRA est également intervenu auprès d'assureurs qui avaient estimé que le fait, pour un assuré, d'avoir adhéré à une convention de reclassement personnalisée, ouvrant droit au versement d'une allocation spécifique de reclassement (ASR), était de nature à fonder un refus de prise en charge dans la mesure où cette allocation ne constituait pas un revenu de remplacement et que l'assuré ne répondait pas, dans un tel cas, à la définition de demandeur d'emploi.





Dans ces hypothèses, le BRA considère en outre que la position des assureurs va à l'encontre de la politique de l'emploi, laquelle vise à favoriser la réinsertion des demandeurs d'emploi, notamment par la création de mesures d'accompagnement spécifiques aux licenciements économiques.

• ***Des interruptions prématurées du règlement des prestations***

Le BRA a également reçu plusieurs réclamations relatives à la cessation de la prise en charge des échéances d'un emprunt par l'assureur, à partir du moment où l'assuré commence à percevoir une pension de retraite, sa mise à la retraite faisant suite à son état d'invalidité.

Dans de tels cas, le BRA a rappelé aux assureurs que la jurisprudence tendait actuellement à distinguer les situations de retraite « classiques » (atteinte par le salarié de l'âge de 65 ans, départ ou mise en retraite du salarié entre 60 et 65 ans lorsqu'il peut bénéficier d'une retraite à taux plein), des situations de retraite provoquées par l'état de santé du salarié, ces dernières ne faisant pas obstacle au maintien de la garantie. Ainsi, aux termes de deux arrêts des 13 juillet et 20 octobre 2005, la deuxième Chambre civile de la Cour de cassation a jugé, pour un assuré percevant une pension vieillesse qui s'était

substituée à sa pension d'invalidité en application de l'article L 341-15 du Code de la Sécurité sociale, que ce dernier continuait de remplir la condition de la garantie, laquelle était subordonnée à la perception de prestations en espèce ou d'une pension versée par la Sécurité sociale.

Concernant une garantie « Invalidité absolue et définitive », le BRA est aussi intervenu auprès d'assureurs qui avaient refusé leur prise en charge au motif que leurs assurés n'étaient pas empêchés d'exercer l'ensemble des actes de la vie courante. Il a pu récemment invoquer un arrêt de la Cour de cassation du 8 mars 2006 qui a jugé qu'une clause contractuelle selon laquelle l'assuré devait « avoir recours à une tierce personne pour effectuer les actes ordinaires de la vie », n'exigeait pas la nécessité d'un recours permanent à un tiers pour effectuer l'ensemble des actes ordinaires de la vie courante.

Enfin, d'une manière générale, le BRA a rappelé aux assureurs, à plusieurs occasions, que les exclusions devaient être clairement définies et précisées dans les contrats, afin de permettre aux souscripteurs de connaître exactement l'étendue de leurs garanties. A défaut, il a précisé que les exclusions ne pouvaient être opposées aux assurés, conformément à ce que la deuxième Chambre de la Cour de cassation est venue rappeler aux termes de deux arrêts rendus le 18 janvier 2006. Il attire également régulièrement l'attention des assureurs sur le fait que la terminologie employée dans les contrats se doit d'être claire, compréhensible par tous et cohérente.

LA MODIFICATION DES CONTRATS COLLECTIFS

Les contrats collectifs (également appelés par le Code des assurances « contrats d'assurance de groupe » ou par le Code de la Sécurité sociale et le Code de la mutualité « opérations collectives ») sont des contrats souscrits auprès d'un organisme assureur par une personne morale (association, club sportif...) ou un chef d'entreprise au profit d'un ensemble de personnes susceptible de venir y adhérer ultérieurement. Les parties au contrat sont le souscripteur et l'organisme assureur, à l'exclusion de l'adhérent, qui n'en est que l'assuré. Cette adhésion peut revêtir pour les intéressés, selon les cas, un caractère obligatoire ou facultatif.

Que le contrat collectif soit soumis au Code des assurances, au Code de la mutualité ou au Code de la Sécurité sociale, les parties sont libres de modifier, à tout moment, le contrat qui les unit. Cette modification, qui n'est pas nécessairement favorable aux adhérents, s'impose pourtant à ces derniers. Leur unique protection réside, en conséquence, dans le fait de les informer de la modification opérée. S'agissant des contrats à adhésion

facultative, les adhérents seront alors libres de choisir entre rester dans le groupe et subir la modification ou en sortir en dénonçant leur adhésion.

Sur ce point, pour les entreprises d'assurances, l'ancien article L. 140-4 du Code des assurances disposait que : « le souscripteur est tenu de remettre à l'adhérent une notice établie par l'assureur qui définit les garanties et leurs modalités d'entrée en vigueur ainsi que les formalités à accomplir en cas de sinistre ; d'informer par écrit les adhérents des modifications qu'il est prévu, le cas échéant, d'apporter à leurs droits et obligations ». Aucune précision n'était fournie sur la date à laquelle cette information devait être donnée : dès l'adhésion ou au contraire après l'adhésion, au moment où la modification est envisagée ou encore au moment où elle est décidée ?

La loi DDAC n°2005-1564 du 15 décembre 2005 a répondu expressément à cette question, d'une part, en modifiant l'article L. 140-4 du Code des assurances, devenu L. 141-4. Cet article prévoit aujourd'hui que le souscripteur doit informer par écrit les adhérents des modifications, au minimum trois mois avant la date prévue de leur entrée en vigueur. Et, d'autre part, en créant en matière de contrat d'assurance-vie et de capitalisation, un nouvel article L. 132-5-3 du Code des assurances qui prévoit que la notice remise à l'adhérent doit préciser que « les droits et obligations de l'adhérent peuvent être modifiés par des avenants auxdits contrats ». Ces dispositions n'étaient toutefois pas applicables aux modifications des contrats d'assurance de groupe que le BRA a eu à connaître en 2005.

S'agissant des opérations collectives à caractère facultatif réalisées par les mutuelles ou unions soumises au Code de la mutualité, l'article L. 221-6 du Code de la mutualité prévoit des dispositions quasi-similaires en contraignant le souscripteur à remettre à ses adhérents une notice informative, tant au moment de leur adhésion, en même temps que les statuts, qu'en cas de modification des garanties. Il en est de même des articles L. 932-6 et L. 932-18 du Code de la Sécurité sociale applicables aux institutions de prévoyance. Un délai d'un mois est accordé à l'adhérent pour lui permettre de dénoncer son adhésion.

En raison de l'ignorance légitime des adhérents de ce mécanisme, le BRA reçoit un grand nombre de réclamations portant sur des modifications de contrats collectifs à adhésion facultative. Les assurés s'étonnent en effet de se voir imposer des modifications à leur contrat, qu'ils pensaient intangibles sans leur accord.

Suivant les cas, le rôle du BRA peut se limiter à expliquer aux assurés le fonctionnement des contrats d'assurance de groupe. Les assurés découvrent alors, à cette occasion, qu'ils n'ont pas souscrit un contrat individuel. Le BRA est cependant malheureusement encore trop souvent contraint d'aller au-delà de ce simple rappel et d'intervenir auprès des organismes assureurs. Il constate en effet fréquemment que des irrégularités flagrantes sont commises dans l'information donnée aux assurés lors des modifications opérées par les parties.

La CCAMIP, à l'époque, est même allée jusqu'à sanctionner un organisme pour de tels faits. Il convient de relever que, dans cette affaire, au-delà du défaut d'information sur la baisse d'un taux de rendement minimum garantie de contrats d'assurance vie, il était apparu à la Commission de contrôle que l'association souscriptrice ne paraissait pas fonctionner de manière indépendante de l'assureur, ce qui l'avait conduit à estimer que les adhérents seraient susceptibles de remettre en cause la validité du consentement à la diminution de leurs garanties donné en leur nom par le souscripteur. Là encore, la loi DDAC du 15 décembre 2005, complétée par son décret d'application, a posé un principe de transparence des associations souscriptrices et d'information de ses membres. Les rapports d'activité futurs diront si ces dispositions auront permis de rendre plus lisible la relation assureur - association.

Cette année encore, le BRA est intervenu à de nombreuses reprises concernant des modifications de taux de rendement minimum garantis opérées sur des contrats collectifs d'assurance vie. Dans une affaire concernant une mutuelle et une union, il a ainsi relevé qu'en plus d'avoir agi en parfaite contradiction avec les dispositions légales susvisées, la mutuelle et l'union avaient violé leurs engagements à l'égard des adhérents. Dans cette espèce, la mutuelle et l'union s'étaient en effet engagées, aux termes de la notice d'information remise aux adhérents, à ne pas modifier le contrat sans leur accord express. Or, elles n'ont pas craint de modifier le taux minimum garanti porté sur cette notice, sans même en aviser les adhérents dans les formes légales requises.

Il est à regretter que cette intervention n'ait pas été suivie d'effet, alors qu'environ 75 % des demandes formulées par le BRA aux organismes assureurs sont satisfaites en la matière, les droits de l'adhérent antérieurs à la modification étant rétablis. Il peut s'agir pourtant de cas dans lesquels les manquements relevés sont moins avérés que dans l'espèce susvisée.

RÉSILIATION ET LOI CHATEL

Si, parmi les contrats groupe, les contrats collectifs à adhésion obligatoire semblent être perçus par les adhérents comme des contrats spécifiques pouvant être régis par des dispositions légales différentes des contrats individuels, il n'en est pas de même de ceux à adhésion facultative pour lesquels les adhérents ignorent généralement jusqu'à l'existence de l'association souscriptrice du contrat.

La loi n°2005-67 du 28 janvier 2005 tendant à conforter la confiance et la protection du consommateur, dite loi Chatel, a ainsi été l'occasion, pour bon nombre d'assurés, de découvrir qu'ils n'avaient pas souscrit un contrat individuel mais qu'ils avaient adhéré à un contrat groupe, dont le souscripteur était une association.

En effet, forts de cette loi dont les médias se sont fait largement l'écho, de nombreux adhérents ont sollicité la résiliation de leur contrat en application des articles L. 113-15-1 du Code des assurances, L. 221-10-1 du Code de la mutualité et L. 932-21-1 du Code de la Sécurité sociale.

Ces articles, issus de la loi Chatel, offrent aux assurés une nouvelle possibilité de résiliation des contrats à tacite reconduction dès lors que, en substance, les avis d'échéance mentionnant la date limite d'exercice de leur droit de résiliation annuel ne leur ont pas été adressés, qu'ils l'ont été tardivement ou encore, lorsque ces avis n'ont pas fait mention de cette date limite.

Pourtant, les adhérents aux contrats collectifs ne peuvent se prévaloir de ces articles dans la mesure où ils ne visent, pour les mutuelles, les unions et les institutions de prévoyance, que les opérations individuelles et où ils précisent en matière d'assurance : « les dispositions du présent article ne sont applicables ni aux assurances sur la vie ni aux contrats de groupe et autres opérations collectives ». C'est en conséquence généralement à la suite du refus de résiliation que leur oppose leur organisme d'assurance que les adhérents, peu convaincus par les explications qui leur sont fournies, saisissent le BRA.

L'incompréhension des adhérents nous semble justifiée. On regrettera en effet que ces derniers ne puissent pas bénéficier sur ce point des mêmes droits qu'un assuré titulaire d'un contrat individuel.

La loi Chatel a connu, en fin d'année 2005 et au début de l'année 2006, quelques difficultés d'application, certains organismes d'assurance (assureurs, mutuelles ou Institutions de prévoyance) ou intermédiaires ayant refusé, sans fondement, toute demande de résiliation formulée en application des articles susvisés.



L'UTILISATION DE L'ASSURANCE DE PROTECTION JURIDIQUE

Compte tenu de la judiciarisation de la société, l'assurance protection juridique devrait pouvoir compléter les systèmes d'aide juridictionnelle et d'information juridique mis en place par l'Etat et permettre ainsi un plus large accès à la justice et au droit. Dans cet esprit, il paraît primordial que les entreprises d'assurance proposent aux assurés un service de qualité en privilégiant, pour les garanties offertes, la transparence et la lisibilité qui leur font trop souvent défaut à l'heure actuelle.

Or, en 2005, le BRA a de nouveau été amené à constater que les assurés n'avaient, pour certains, pas connaissance de l'existence même de leur assurance protection juridique. Notamment lorsque celle-ci est segmentée, c'est-à-dire, selon la nouvelle terminologie, couvrant un domaine d'intervention bien déterminé et intégrée dans un contrat support, tel que le contrat automobile ou multirisques habitation. Les assurés manquent, également, d'informations relatives au champ d'application et au fonctionnement de leur(s) contrat(s) de protection juridique.

En la matière, le risque assuré est le risque de survenance du litige ou du différend. En effet, la définition légale, telle que posée par l'article L. 127-1 du Code des assurances vise « *le différend ou le litige opposant l'assuré à un tiers* ». L'objet de la protection juridique est donc de prémunir l'assuré contre la survenance éventuelle de certains différends ou litiges.

Parmi les réclamations reçues par le BRA portant sur des litiges non pris en charge par la garantie, il a été relevé des difficultés liées au vocabulaire utilisé, lequel ne permettait pas aux assurés de déterminer si le litige était bien couvert par la garantie. La terminologie employée n'est en effet pas commune à tous les contrats et s'avère parfois peu explicite ou insuffisamment définie. Il en est ainsi notamment des garanties proposées, mais également de la notion même de sinistre garanti. Préciser ces notions (définition claire, type de garantie, étendue...) permettrait d'éviter la plupart des ambiguïtés relatives aux événements pour lesquels l'assuré ne peut bénéficier de la garantie.

Par ailleurs, dans les protections juridiques segmentées (ne faisant pas l'objet d'un contrat autonome), l'assuré n'est pas toujours tenu informé du déclenchement de cette assurance ou l'est parfois de manière peu compréhensible. Il en résulte pour lui une confusion entre les difficultés portant sur le fond de son litige et celles afférentes au traitement de son dossier dans le cadre de son assurance protection juridique.

Le BRA a, également, régulièrement constaté, en cas de désaccord entre assureur et assuré concernant les mesures à prendre pour régler un différend, ou en présence d'un conflit d'intérêt entre eux (si la victime et le responsable ont le même assureur, ou si l'assureur couvre simultanément un assuré en responsabilité civile et en protection juridique), que l'assureur n'informe pas systématiquement l'assuré de l'existence de la procédure d'arbitrage prévue à l'article L. 127-4 du Code des assurances, ni de son droit à saisir librement un avocat. Une telle information est cependant imposée par l'article L. 127-5 du Code des assurances.

Ces manquements et cette absence de transparence génèrent, en outre bien souvent une totale incompréhension pour l'assuré, des démarches réalisées par son assureur, ce qui a tendance à le rendre méfiant notamment lorsque ce dernier lui oppose un refus de donner une suite judiciaire à son litige.

La rédaction des clauses des contrats de protection juridique a, néanmoins, sensiblement évolué de manière positive ces dernières années, même s'il demeure certains contrats non encore modifiés.

Par ailleurs, toujours dans un souci de transparence et d'amélioration de l'information, les membres de la FFSA ont, le 21 juin 2005, pris l'engagement d'adopter un vocabulaire spécifique et de préciser les modalités de mise en jeu des garanties issues des contrats d'assurance protection juridique. Le Comité consultatif du secteur financier doit également rendre prochainement un avis sur les solutions permettant d'améliorer les pratiques des assureurs en la matière. Une diminution du nombre de réclamations concernant ce domaine est donc à espérer, malgré la généralisation des contrats d'assurance protection juridique. Cette assurance couvre, en effet, des domaines de plus en plus variés, tant d'ordre professionnel que privé. Il est même aujourd'hui question, pour certains contrats autonomes, de litiges relatifs aux relations de voisinage, au droit du travail, au droit fiscal et même au droit de la famille. Il s'agit toutefois encore de cas marginaux, les assureurs étant réticents à couvrir des domaines juridiques générateurs d'un trop grand nombre de contentieux. En outre, lorsque ces assurances sont proposées, elles se trouvent généralement conditionnées par d'importants délais de carence et de nombreux cas d'exclusions, ce qui a tendance à réduire de beaucoup le champ d'application des garanties.

L'OPPOSABILITÉ DES CLAUSES CONTRACTUELLES

Le BRA est très fréquemment saisi de réclamations d'assurés qui se voient opposer par leur assureur, au soutien de leur refus d'indemnisation, des dispositions légales non mentionnées dans leur contrat ou des clauses contractuelles sujettes à interprétation.

Dans de tels cas, les interventions du BRA peuvent consister, d'une part, à rappeler aux assureurs que le Code des assurances leur fait obligation de mentionner dans leurs contrats le contenu de certains articles. Mais, les assureurs répondent que dans de nombreux cas, ledit Code n'édicte aucune sanction à cette obligation. Sur ce point, la seconde Chambre civile de la Cour de cassation vient de donner au BRA un contre-argument de poids puisqu'elle a jugé, aux termes d'un arrêt de principe marquant un revirement de jurisprudence en date du 2 juin 2005, que l'inobservation des dispositions de l'article R. 112-1 du Code des assurances est sanctionnée par l'inopposabilité à l'assuré du délai de prescription édicté par l'article L. 114-1 du même code. Or, l'article R. 112-1 précité précise que les contrats d'assurance doivent notamment rappeler la prescription des actions en dérivant. Ainsi, concrètement, si un contrat d'assurance ne rappelle pas le délai de prescription biennale applicable en la matière dans les conditions de l'article L. 114-1 dudit code, l'assuré ne peut se voir

opposer par son assureur cette prescription, et ce, en dépit de son caractère d'ordre public.

D'autre part, le BRA peut être amené à faire remarquer aux assureurs qu'en application de l'article L. 133-2 du Code de la consommation, en cas de contradiction entre plusieurs clauses contractuelles ou d'hésitation quant à l'interprétation de l'une d'entre elles, la solution à retenir doit être celle la plus favorable aux assurés. Il fait également référence aux articles L. 113-1 et L. 112-4 du Code des assurances lesquels imposent, pour le premier, que les clauses d'exclusion soient formelles et limitées, et, pour le second, qu'elles figurent dans les contrats en caractères très apparents. Les assureurs restent souvent cependant indifférents à ces arguments, se contentant de faire valoir que leurs clauses sont claires et limitées.

L'ACAM constate ainsi que les assureurs ne sont pas plus réceptifs à la position dégagée, au fil de ces arrêts, par la Cour de cassation. Celle-ci ne cesse en effet de rappeler qu'une clause d'exclusion de garantie ne peut être formelle et limitée dès lors qu'elle doit être interprétée (Cass. civ. 1^{ère}, 22 mai 2001). Elle considère également qu'une liste exhaustive des exclusions doit être établie et que l'adverbe « notamment » est à bannir des contrats (Cass. civ. 1^{ère}, 4 mai 1999). Tout récemment encore, la deuxième Chambre civile de la Cour de cassation, par deux arrêts du 18 janvier 2006, est venue conforter la position du BRA en précisant que l'expression utilisée par une clause d'exclusion devait viser une donnée scientifiquement établie et une maladie définie par la médecine. Que tel n'était pas le cas du « mal de dos », ni de l'« alcoolisme ».

LA COMMUNICATION DES CONTRATS D'ASSURANCE-VIE APRÈS LE DÉCÈS DES ASSURÉS

Ce sujet, ni nouveau, ni réellement résolu, donne très régulièrement l'occasion au BRA d'intervenir auprès des assureurs.

Un grand nombre de bénéficiaires de contrats d'assurance vie ou d'ayants droit de l'assuré se plaignent, en effet, du refus qu'opposent les assureurs à leurs demandes de transmission des contrats ou des historiques d'opérations réalisées par les assurés décédés. Ces demandes de communication sont, en général, motivées, pour les bénéficiaires, par le souci de s'assurer que le capital qui leur est versé par l'assureur est bien conforme aux dispositions contractuelles et à la volonté de l'assuré. Pour les ayants droit qui n'ont pas la qualité de bénéficiaires, il s'agit davantage de vérifier s'ils peuvent prétendre, dans les conditions de l'article

L. 132-13 du Code des assurances, à une réduction des primes d'assurance versées de son vivant par l'assuré, dès lors que ces primes étaient manifestement exagérées au regard des facultés de ce dernier. Au soutien de leur refus de communication, les assureurs invoquent, de manière plus ou moins explicite, le secret professionnel auquel ils sont soumis.

S'il est indéniable que les assureurs sont liés par un tel secret, le BRA considère que celui-ci ne doit pas systématiquement servir d'obstacle aux vérifications légitimes auxquelles ayants droit et bénéficiaires souhaitent se livrer. En effet, admettre que personne ne peut avoir accès à ces documents après la mort de l'assuré reviendrait à considérer que seuls les ayants droit et les bénéficiaires qui, par chance, les possèdent déjà, seraient en mesure de solliciter l'application de l'article L. 132-13 précité ou de vérifier que l'assureur a bien respecté ses obligations contractuelles.

En l'absence, à notre connaissance, de décision de principe rendue en la matière, le BRA intervient généralement auprès des assureurs pour leur rappeler, s'agissant des demandes formulées par les héritiers réservataires de l'assuré décédé, les termes de la réponse ministérielle n°5713 du 23 novembre 1981. Celle-ci précise que l'héritier, continuateur de la personne du défunt, doit pouvoir obtenir la communication, soit du contrat d'assurance vie souscrit par son auteur, dès lors que ce dernier n'a pas demandé que le contrat reste secret à l'égard de ses héritiers, soit, dans le cas contraire, des éléments du contrat qu'il est nécessaire de connaître pour déterminer s'il y a lieu de mettre en œuvre les dispositions d'ordre public de l'article L. 132-13 susvisé. Le BRA rappelle également aux assureurs que les juges requièrent régulièrement, dans de tels cas, la communication des contrats d'assurance vie aux bénéficiaires qui les saisissent.

LA GARANTIE DES ACCIDENTS DE LA VIE (GAV)

L'application des contrats garantie des accidents de la vie (GAV) semble engendrer un certain nombre de problèmes liés aux conditions d'octroi de la garantie.

L'objet de ces contrats consiste à couvrir les conséquences des dommages corporels survenus à la suite d'un accident de la vie privée. Des prestations sont versées si les victimes conservent une invalidité permanente, parfois même partielle mais supérieure à un seuil défini par le contrat, ou si elles décèdent. L'esprit de la GAV est d'offrir une couverture contre les conséquences durables de ces accidents. Les mauvaises chutes, les blessures survenues lors de la pratique du bricolage, du jardinage ou d'un sport sont les exemples d'accidents de la vie fréquemment mentionnés dans les documents publicitaires.

Certains contrôles sur place d'organismes assureurs ont mis en lumière une politique d'indemnisation assise sur une interprétation réductrice de la notion d'accident, exigeant de façon systématique l'existence d'un élément extérieur.

En effet, pour pouvoir être pris en charge, les sinistres déclarés doivent répondre en tout point à la définition de « l'accident » telle qu'elle figure dans le contrat en cause. Cet accident, les assureurs l'entendent généralement comme une atteinte corporelle, non intentionnelle de la part de l'assuré, provenant de l'action soudaine, imprévue, « d'une cause extérieure ». Or, cette dernière condition, dont il n'existe aucune définition légale ni jurisprudentielle, est dans ce domaine, en raison de sa complexité et de son caractère obscur, la principale source de conflit entre assurés et assureurs.

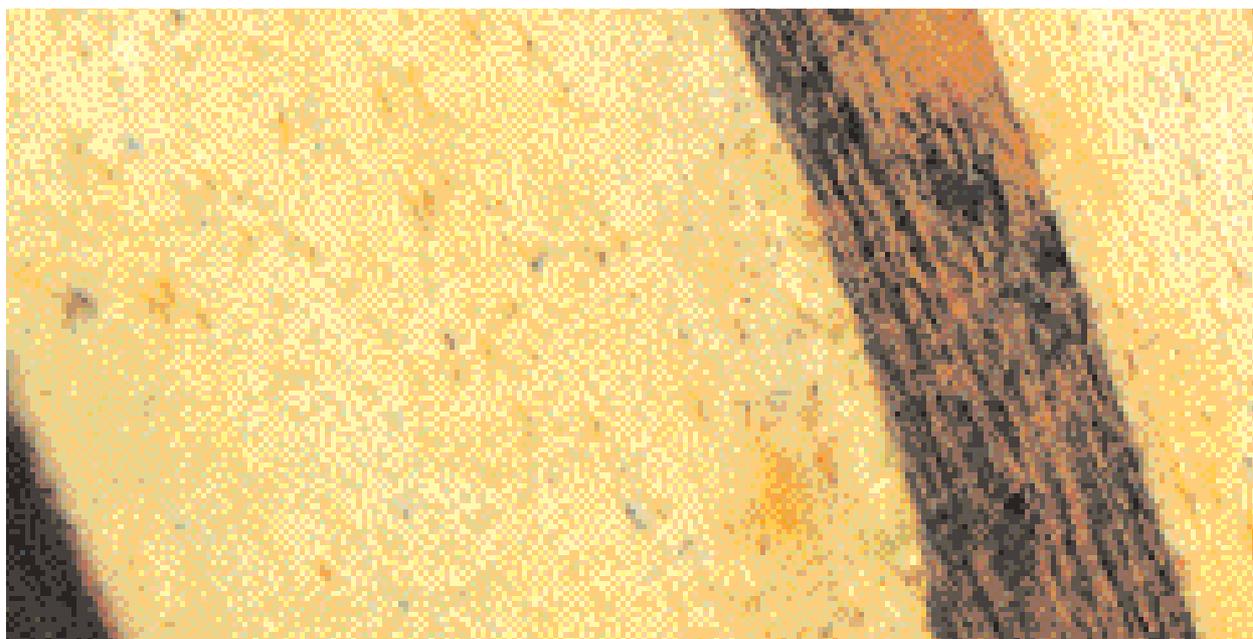
Il s'agit d'une notion de fait, les tribunaux appréciant au cas par cas, en fonction des circonstances de l'espèce, si l'accident peut ou non correspondre à la définition qu'en donne le contrat d'assurance.

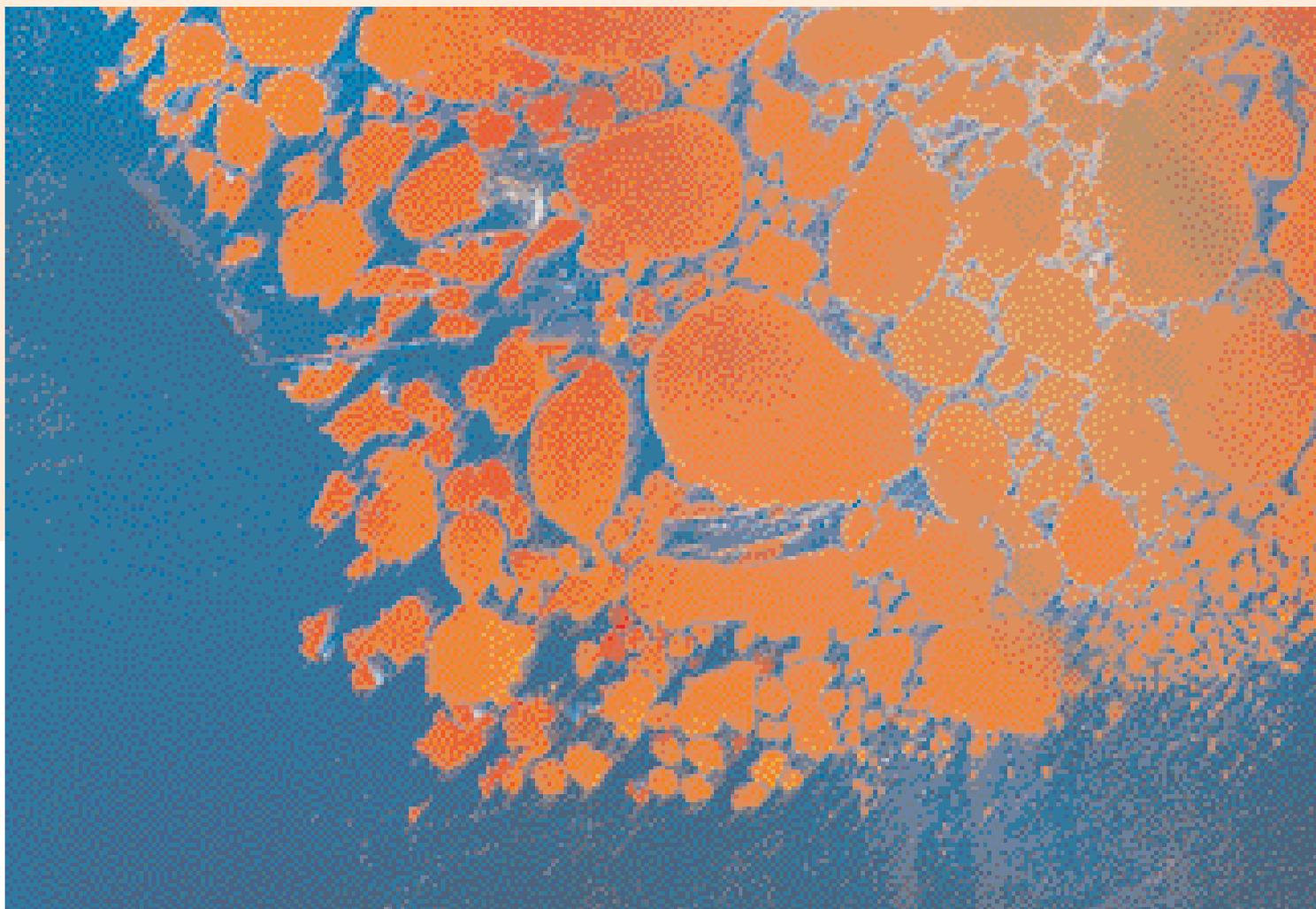
Outre les difficultés liées au caractère restrictif de la définition contractuelle de l'accident d'une part, et à l'appréciation des circonstances de fait d'autre part, il est regrettable de noter que les contrats « GAV » dressent souvent de longues listes d'affections exclues de leur champ de couverture.

Il en découle une augmentation significative des refus de garantie opposés aux assurés qui risquent de dénaturer l'esprit de la GAV et de lui ôter une grande partie de son intérêt pour les assurés, lesquels souscrivent ce type de contrat dans le but de se prémunir contre l'ensemble des accidents courants de l'existence. Les réclamations que le BRA reçoit, en nombre croissant, démontrent que les assurés s'interrogent sur le bien-fondé des refus qui leur sont opposés.

Il est d'ailleurs à redouter que le succès commercial qu'a connu cette garantie au cours des trois dernières années ne se tarisse rapidement et que le nombre de conflits et contentieux n'aille en s'amplifiant.

Si le fait pour les assureurs de se prémunir contre les abus des assurés qui tentent de faire jouer leur contrat pour des maladies dont ils souffrent depuis longtemps est parfaitement légitime, il apparaît dangereux et contraire à la nature de la GAV de refuser systématiquement la garantie lorsque aucun élément dit « extérieur » n'est à l'origine du dommage.





LES FAITS MARQUANTS EN 2005

1- LES ÉVOLUTIONS RÉGLEMENTAIRES

1-1 La transposition de la directive européenne relative à la réassurance

La directive 2005/68/CE relative à la réassurance est en voie de transposition en droit français. Cette directive se fixe comme objectif l'organisation d'un libre marché au profit des entreprises de réassurance européennes.

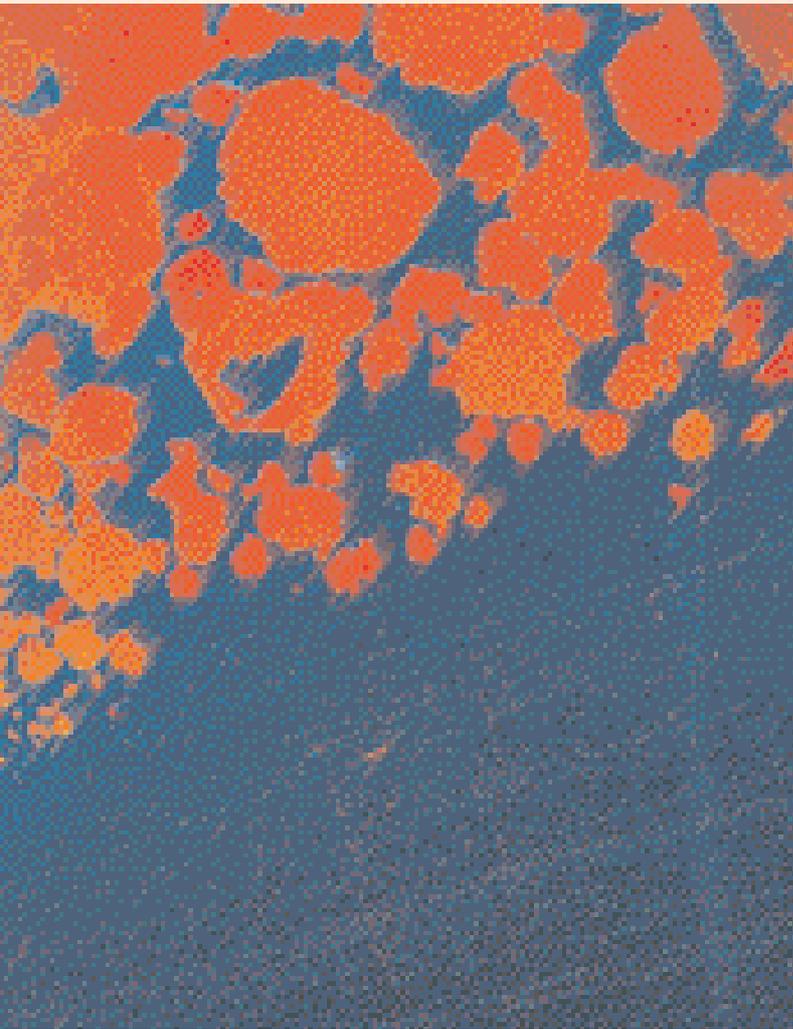
La liberté d'opérer organisée par la directive au profit des réassureurs européens s'inspire étroitement de celle dont bénéficient les assureurs directs.

L'ORGANISATION D'UN LIBRE MARCHÉ

La liberté d'opérer passe d'abord par l'obtention d'un agrément auprès des autorités du

pays du siège. Cet agrément est subordonné à plusieurs éléments, notamment : à l'élaboration d'un projet industriel crédible, au recrutement de dirigeants compétents et à la réunion de fonds propres de nature à ne pas entraver une gestion saine et prudente de l'entreprise. En revanche, à la différence de l'assurance directe, aucun agrément n'est exigé des réassureurs non communautaires puisque la réassurance est l'un des premiers services à avoir été libérés par le GATT, l'ancêtre de l'OMC.

Le second élément essentiel de l'organisation du marché réside dans l'harmonisation des régimes financiers applicables aux réassureurs. A cet égard, la directive réforme profondément le cadre d'opération des réassureurs, qui sont désormais eux aussi astreints à des exigences de solvabilité. En revanche, elle n'innove guère quant à la conception



PARTIE II

LES FAITS MARQUANTS EN 2005

des normes, décalquant les trois piliers de l'assurance directe, provisions techniques suffisantes, actifs adéquats et minimum d'excédent d'actif, prévoyant les aménagements nécessaires pour les adapter aux spécificités de la réassurance.

La directive n'apporte pas non plus d'éléments nouveaux au sujet des placements effectués par les réassureurs. Comme en assurance directe, ceux-ci doivent respecter des exigences de suffisance, de liquidité, de sécurité, de rendement et de congruence et faire l'objet d'une gestion prudente et soucieuse de diversification. Néanmoins, la directive pointe spécifiquement le risque de décaissement massif en cas de survenance de catastrophe majeure. Par ailleurs, le nouveau texte autorise des facilités de gestion du risque de change et un recours accru aux placements non cotés. En revanche, le total des investissements dans un même groupe doit être plafonné à 10 % de la base de dispersion.

LES INNOVATIONS CONCERNANT LA MARGE DE SOLVABILITÉ

C'est en termes de marge de solvabilité que la directive apporte le plus d'innovations :

La marge « solo » disponible est exclue des participations détenues dans des organismes régulés (assurance, banque, investissement), lorsque le réassureur n'est pas soumis à surveillance complémentaire. Cette dernière restriction reste, en réalité, assez formelle puisque la déduction des participations est conforme à la pratique de bon nombre d'autorités de contrôle lorsqu'elles vérifient l'adéquate répartition des capitaux propres au sein d'un groupe.

Les autorités de contrôle disposent de la faculté d'écarter les montages de réassurance qui n'organisent qu'un transfert insuffisant d'aléa sur le cessionnaire. La directive précise, d'ailleurs, le concept de « réassurance finite ».

L'exigence de marge est alignée sur le niveau en vigueur en assurance non-vie. Toutefois, la directive ouvre l'option d'appliquer les règles vie à certaines acceptations vie (en pratique, en France, à toutes les opérations hormis les collectives décès). Naturellement, cette option devrait être retenue par la France. Cet alignement sur l'assurance directe s'accompagne de plusieurs dispositions de mise en cohérence, par exemple la généralisation de la déduction des participations de la marge disponible ou de la modulation des abattements de réassurance.

Un tel alignement ne va pas sans poser quelques problèmes d'application puisqu'il nécessite d'isoler, dans les traités accidents, la part de primes de RC générale (et la part de RC dans les traités transports). Surtout, il suppose de la part des entreprises de réassurance une information sur la nature des risques garantis, sur leur volume, sur leur sinistralité et sur leurs modalités de gestion, de même niveau et aussi précoce qu'en assurance directe en dépit de l'écran que constituent souvent les cédantes.

LA SÉCURITÉ DES ASSURÉS ET LE DÉVELOPPEMENT DE LA TITRISATION

De façon plus générale, s'il est très probable que la directive favorise effectivement l'essor de la réassurance européenne, il est moins certain qu'elle ne contribue pas à affaiblir la sécurité des assurés. Ce texte interdit en effet aux autorités de contrôle d'exiger des réassureurs européens qu'ils constituent des nantissements pour sécuriser les provisions pour primes non acquises et les provisions de sinistres de leurs cédantes. Une telle absence de gage nécessitera, pour ces dernières, de tester régulièrement la valeur de leurs créances sur leurs cessionnaires, tout spécialement dans les opérations à déroulement lent.

C'est peut être un facteur favorable au développement de la titrisation. Dans ce domaine, la directive fait véritablement œuvre novatrice en reconnaissant explicitement la pertinence de moyens alternatifs de transfert de risque d'assurance. A ce stade, elle consacre comme « véhicule de titrisation », toute entité juridique (autre qu'un assureur) supportant des risques d'assurance reçus d'un assureur et qui dispose par avance de l'intégralité des ressources nécessaires pour faire face à son engagement maximum.

Le collège de l'ACAM a manifesté son intérêt de principe pour les opérations de titrisation, mais il restera vigilant quant à la réalité du transfert de risques.

LE LANCEMENT D'UNE ENQUÊTE SUR LA RÉASSURANCE « FINITE »

Depuis fin 2004, la réassurance « finite » a été l'objet d'investigations, aux Etats-Unis dans un premier temps, puis dans le monde entier. Il est apparu que le transfert de risque induit par ce type de réassurance n'est pas toujours bien apprécié, et que celle-ci a été utilisée et l'est encore par certaines entreprises pour améliorer leur situation financière apparente aux yeux des Commissaires aux Comptes, des contrôleurs, de leurs actionnaires ou de leurs sociétaires. Dans ce contexte, l'ACAM réalise en 2006 une enquête sur l'utilisation de ces produits par les assureurs en France.

La réassurance traditionnelle peut se définir comme le transfert de risque d'un assureur à un réassureur en échange d'une prime fixe, sur la base, en général, de traités annuels. Au contraire, en matière de réassurance financière ou « finite », le transfert de risque d'assurance était lors de son apparition dans les années 90 quasiment nul. Ces opérations s'apparentaient plus à des plans de financement qu'à de la réassurance véritable. Elles ont ensuite évolué, principalement pour des raisons réglementaires, en renforçant la part de risque d'assurance associée au risque financier pur.

Les contrats de réassurance « finite » souvent pluriannuels présentent deux caractéristiques majeures :

- le réassureur assume un risque d'assurance limité à la fois en montant et par une clause de participation aux bénéfices qui module la prime en fonction des résultats de l'assureur.
- les revenus financiers que la prime de réassurance va générer pour le réassureur sont explicitement pris en compte dans la tarification.

Il s'agit de produits complexes, construits sur mesure et, fréquemment, peu transparents. Leur comptabilisation est problématique, les normes n'étant pas toujours claires et variant d'un pays à l'autre. Les contrats de réassurance « finite » peuvent, en effet, permettre de lisser les résultats et de reporter l'annonce de pertes. Il est donc parfois difficile de mesurer le transfert de risque effectif et l'impact sur les résultats et le bilan des sociétés concernées. Suite aux enquêtes et aux investigations des autorités judiciaires et des contrôleurs (notamment aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne, en Irlande et en Australie), l'association internationale des contrôleurs d'assurance (AICA, IAIS en anglais) a publié en octobre 2005 un document d'orientation sur la réassurance « finite ». Les exigences réglementaires sur la transmission des informations afférentes à ces traités ont été renforcées aux Etats-Unis. Au niveau européen, en plus des enquêtes menées par les différentes autorités de contrôle, la directive « réassurance » mentionne explicitement ce type de réassurance et autorise les pays membres à arrêter des dispositions spécifiques concernant le contrôle de cette activité.

L'enquête, réalisée au cours du 1^{er} semestre 2006 par l'ACAM, a pour objectif de faire un état des lieux des traités de réassurance « finite » souscrits par l'ensemble des organismes assureurs français (assureurs, mutuelles et institutions de prévoyance) et de sensibiliser le marché à cette problématique. Les assureurs devront indiquer s'ils ont souscrit ou non des traités de réassurance « finite », et le cas échéant transmettre une copie de ces traités pour en permettre l'analyse. Les résultats de l'enquête devraient être présentés à la profession à la fin de 2006 ou au début de 2007.

L'APPEL AUX MARCHÉS FINANCIERS COMME ALTERNATIVE À LA RÉASSURANCE : LES CAT BONDS

Les Cat Bonds ou obligations catastrophes naturelles sont nées au milieu des années 90 aux Etats-Unis. Après l'ouragan Andrew en Floride en 1992 et le tremblement de Terre de Northridge en Californie en 1994, de nombreux assureurs ont connu de sérieuses difficultés. La couverture des catastrophes naturelles est alors devenue un vrai sujet pour l'industrie de l'assurance. Plus récemment, les tempêtes Lothar et Martin en Europe en 1999, le tsunami en Asie du sud-est fin 2004, l'ouragan Katrina en Louisiane en 2005 et aujourd'hui la menace d'une pandémie de grippe aviaire soulignent, encore, combien la couverture des risques catastrophiques est un enjeu fort pour le secteur de l'assurance.

Le secteur de l'assurance est aujourd'hui, néanmoins, confronté à un paradoxe. Malgré un niveau de fonds propres élevé, ce niveau semble insuffisant pour couvrir les risques extrêmes, catastrophes naturelles ou attaques terroristes majeures. Si la réassurance traditionnelle (transfert de risques d'assurance à un réassureur en échange d'une prime fixe) semble être la réponse à ce paradoxe, les réassureurs, quant à eux sont de moins en moins enclins à accepter des risques qui pourraient atteindre plusieurs dizaines de milliards de dollars, comme ce serait le cas pour un tremblement de terre à Los Angeles, par exemple.

Les techniques de gestion alternative des risques, dont les Cat Bonds, se sont donc développées comme élément de réponse à ce paradoxe.

1- Présentation du mécanisme des Cat bonds

Un Cat Bond est une obligation dont le versement des intérêts et le remboursement du principal dépendent de la survenance d'une ou plusieurs catastrophes naturelles. Les fonds sont investis dans des titres sans risque tels que des OAT ou des obligations de haute qualité (notées AAA ou AA par les agences de notation) dont les intérêts sont versés à l'investisseur. Celui-ci est aussi rémunéré pour porter le risque par une prime versée par l'émetteur du Cat Bond (un assureur ou un réassureur dans la plupart des cas). Le seul risque transféré est donc un risque d'assurance. Le Cat Bond est en général émis via une entité juridique ad hoc, appelé « Special Purpose Vehicle » (SPV), comme c'est le cas pour la titrisation des prêts. Parmi les éléments figurant dans le contrat, on trouve notamment :

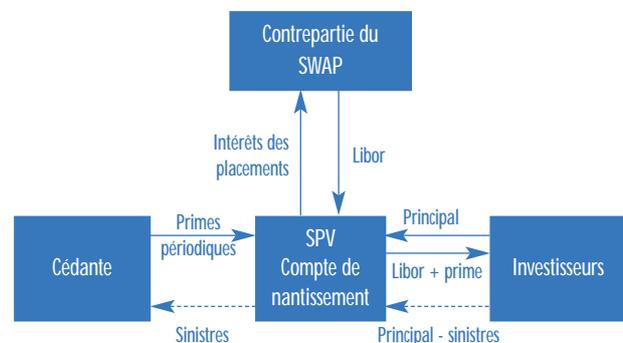
- La période de couverture
- La nature des événements catastrophiques couverts
- Le mécanisme d'indemnisation.



Flux financiers liés à un Cat Bond

- 1/ Le SPV émet des Cat Bonds et entre dans un contrat de couverture avec la cédante ; les fonds des investisseurs sont placés par le SPV dans des actifs sans risque.
- 2/ En régime « normal » : la cédante paie la prime au SPV et les investisseurs reçoivent les intérêts des placements et la prime.
- 3/ En cas de survenance d'un sinistre : le SPV paie le sinistre à la cédante, avec les intérêts des placements, et en vendant une partie des actifs si nécessaire.
- 4/ A maturité : les actifs restants du SPV sont liquidés et versés à l'investisseur.

Le SPV peut aussi rentrer dans un swap pour permettre aux investisseurs de se couvrir contre le risque de taux, en échangeant les intérêts des placements contre le LIBOR par exemple.



2- Les étapes de la construction d'un Cat Bond

La modélisation du produit se fait en trois étapes :

- construction d'une bibliothèque d'événements catastrophiques : chaque événement est décrit par sa probabilité d'occurrence et ses caractéristiques (intensité, localisation, ...). Cette bibliothèque prend en compte des événements déjà survenus dans le passé et d'autres non observés mais possibles (comme un tremblement de terre majeur au centre des Etats-Unis).
- évaluation des conséquences monétaires en fonction du type, de la valeur et de la localisation des biens assurés
- évaluation des pertes subies par le Cat Bond en fonction des éléments déclencheurs de son intervention.

Les techniques utilisées pour valoriser les Cat Bonds font appel à la fois aux méthodes utilisées traditionnellement en assurance (méthodes actuarielles) et aux méthodes utilisées en finance pour valoriser les dérivés de crédit par exemple. La modélisation des catastrophes naturelles joue un rôle essentiel ; à mesure que celle-ci s'améliore, la valorisation des Cat Bonds devient plus simple.

3- La nature de l'élément déclencheur de l'indemnisation

L'élément qui déclenche l'indemnisation de la cédante est un des éléments les plus importants de la valorisation. Celui-ci a longtemps été le montant des sinistres. Dans ce cas, le remboursement est égal au montant des pertes de la cédante, comme pour les traités de réassurance traditionnelle. Mais les investisseurs sont, alors, soumis à deux aléas importants : le risque que le portefeuille de la cédante concentre des mauvais risques et la lenteur

de l'estimation des dégâts. Les indices de branche permettent d'éviter le premier de ces risques. Le remboursement dépend, alors, des résultats de l'ensemble des assureurs d'une branche. Il existe, néanmoins, un risque pour la cédante que les revenus du Cat Bond soient insuffisants pour couvrir les sinistres. L'investisseur évite l'exposition au risque de souscription d'une entreprise en particulier, mais conserve celui de l'industrie.

L'autre solution consiste à entrer, après une catastrophe, les paramètres de celle-ci dans un modèle de dommages géré par un tiers, qui estime les pertes de la cédante en fonction de son portefeuille et cette estimation sert pour le remboursement. La complexité du modèle rend ce type d'indicateur peu transparent pour l'investisseur.

Enfin, on peut également mettre en place des déclencheurs paramétriques, le remboursement dépendra, alors, du lieu et de l'intensité de la catastrophe (indice de Richter d'un tremblement de terre par exemple). Ce type d'indices réduit les problèmes de transparence et le délai de paiement car les informations sont immédiatement accessibles, mais le risque de décorrélacion entre le montant touché par la cédante et les sinistres réels est plus important. Les indices paramétriques sont une adaptation plus fine de ce type de modèle aux risques réels de la cédante. Ils prennent en compte des zones plus petites et le remboursement est fonction du niveau d'exposition de la cédante sur ces « micro zones ». Au final, la nature de l'élément déclencheur est donc un équilibre entre les intérêts divergents des émetteurs et des investisseurs.

4- La notation des Cat Bonds

Comme une obligation traditionnelle, un Cat Bond est aussi noté par une agence de notation qui évalue sa probabilité de défaut. La prime de risque d'un Cat Bond pour une note donnée (BB par exemple), initialement supérieure à celle d'une obligation traditionnelle, s'en rapproche désormais. Cette prime de risque payée par la cédante (qui est égale à la rémunération de l'investisseur au-delà du taux sans risque) est déterminée par trois éléments :

- l'espérance mathématique des pertes pour l'investisseur (qui est aussi reflétée par la notation du Cat Bond) ;
- une prime supplémentaire pour rémunérer l'aversion de l'investisseur pour ce type de risque ;
- une dernière partie qui regroupe un ensemble de rémunérations supplémentaires difficiles à quantifier : manque de liquidité du titre, méconnaissance de ce type de produit, jeu de l'offre et de la demande ...

5- Un marché encore jeune en rapide développement

Par nature, les Cat Bonds sont un instrument privilégié et complémentaire à la réassurance traditionnelle pour les assureurs et réassureurs importants mais aussi pour les fonds de garantie et les pools de réassurance qu'ils soient privés ou publics. Le coût de mise sur le marché reste, cependant, un obstacle à leur développement.

A leurs débuts, ces produits ont essentiellement été achetés par des assureurs et des réassureurs qui comprenaient bien la façon dont ils fonctionnaient. Ce premier cercle s'est élargi aujourd'hui à des investisseurs intéressés par la

décorrélacion avec les marchés financiers et les produits à taux fixes (obligations). Aujourd'hui, les acheteurs sont aussi les banques commerciales, les fonds de pension, les gérants institutionnels et des fonds dédiés aux Cat Bonds.

Les émissions de Cat Bonds se sont réellement développées à partir de 1997 et représenteraient 4 milliards de dollars en 2004. Mais, leur montant total est difficile à estimer. En effet, certains Cat Bonds sont vendus à un seul investisseur (ou un groupe) et la transaction n'est pas toujours rendue publique. Ce nombre de transactions serait en hausse en 2004, selon le rapport de MMC Securities. La durée des contrats se standardise, elle est généralement comprise entre 2 et 5 ans. Le montant unitaire d'une émission, actuellement de l'ordre de 200 milliards de dollars, est en hausse. Les émetteurs renouvellent en général les titres lorsque ceux-ci arrivent à échéance. Actuellement, un peu plus de la moitié des titres couvrent des risques aux Etats-Unis, où l'exposition aux catastrophes naturelles est très importante (ouragans, tremblements de terre, tsunamis, ...).

L'ouragan Katrina a servi de véritable test, passé avec succès, pour le marché encore jeune des Cat Bonds. Pour la première fois, l'un d'eux pourrait quasiment entièrement être mis en défaut. Ce Cat Bond, dont le principal est égal à 190 milliards de dollars, a été émis en août 2005 au travers du SPV « Kamp Re 2005 » par Swiss Re, pour le compte de Zurich Financial Services. Celui-ci devait être activé si dans les 5 ans suivant son émission, la compagnie devait payer plus d'1 milliard de dollars pour un tremblement de terre ou un ouragan aux Etats-Unis. La notation de « Kamp Re » a été abaissée après le passage de l'ouragan de BB+ à CC par S&P. Malgré ceci, 2005 est une année record pour l'émission des Cat Bonds : plus 3,2 milliards de dollars, dont les deux tiers après Katrina.

Des obligations couvrant le risque de mortalité ont aussi été émises depuis 2004 pour couvrir la dérive du taux de mortalité, qui pourrait résulter d'une épidémie telle la grippe aviaire ou d'une attaque terroriste. L'émission d'obligations couvrant le risque de mortalité ou le marché des dérivés climatiques, essentiellement au Chicago Mercantile Exchange (bourse du climat du CME), sont d'autres champs d'application pour la titrisation des risques catastrophes. En France, AXA a titrisé une partie de son portefeuille automobile.

Les marchés financiers sont et seront sans doute de plus en plus sollicités pour couvrir les risques d'assurance, la gamme de risques couverts s'est élargie : du risque d'épidémie à la couverture des catastrophes naturelles. La titrisation représente une alternative intéressante pour les fonds de garantie des catastrophes et les entités importantes. L'importance des volumes échangés sur les marchés financiers et la décorrélacion entre le risque catastrophe et les risques de défaut et de fluctuations des marchés financiers plaident en la faveur de l'utilisation de ces produits. Pour preuve, en 2005, l'offre et la demande se sont accrues dans un contexte rendu difficile par l'ouragan Katrina et la menace que constitue la grippe aviaire.

Les Cat Bonds ne remplaceront certes pas la réassurance traditionnelle mais ils sont en train de gagner leur place en complément de celle-ci pour la couverture des risques.

1-2 Mise en œuvre des nouvelles dispositions concernant l'avis donné par l'Autorité sur les Commissaires aux Comptes appelés à intervenir dans les organismes d'assurance

LA LOI DE SÉCURITÉ FINANCIÈRE A ATTRIBUÉ À L'ACAM DE NOUVEAUX POUVOIRS CONCERNANT LES COMMISSAIRES AUX COMPTES DES ORGANISMES D'ASSURANCE.

La loi de sécurité financière (LSF) du 1^{er} août 2003 a réorganisé assez largement la profession de Commissaire aux Comptes et attribué de nouvelles compétences à l'ACAM. Celles-ci concernent principalement l'instauration d'un avis préalable à la nomination des Commissaires aux Comptes, la possibilité de désigner un commissaire supplémentaire et de transmettre aux Commissaires aux Comptes des observations écrites. Au cas particulier de l'avis préalable à la désignation ou au renouvellement du Commissaire aux Comptes, les dispositions réglementaires introduites dans les trois codes (Code des assurances, Code de la mutualité et Code de la Sécurité sociale) prévoient que le Commissaire aux Comptes doit présenter « toutes les garanties d'expérience, de compétence ou d'indépendance nécessaires à l'exercice de ses fonctions ». Les textes en vigueur donnent à l'Autorité de Contrôle un délai de deux mois pour statuer sur les demandes d'avis et prévoient la possibilité de prorogation de ce délai en cas de demande d'informations complémentaires.

EN CONCERTATION AVEC LA COMMISSION BANCAIRE, LES MODALITÉS PRATIQUES D'EXAMEN DES DEMANDES D'AVIS ONT ÉTÉ PRÉCISÉES.

Les pouvoirs attribués à la Commission Bancaire ayant été définis dans des termes identiques par la LSF, des travaux visant à coordonner les approches en ce domaine ont été engagés, dans le cadre de la coopération entre la Commission Bancaire et l'ACAM. Cette réflexion commune a visé à définir les modalités de mise en œuvre de ces nouvelles dispositions sur la base des dispositions réglementaires et de l'expérience pratique à ce jour.

• *L'élaboration d'un dossier-type*

Au vu des nouvelles dispositions et compte tenu du caractère disparate des demandes reçues, il est apparu nécessaire d'élaborer un dossier-type recensant les différentes informations de base nécessaires à l'émission de l'avis préalable. Cette démarche répond au souhait de standardiser les informations col-

lectées afin d'améliorer et de faciliter le traitement des dossiers en limitant le nombre de demandes d'informations complémentaires.

Dans cet esprit, le dossier-type comprend non seulement le recensement des informations nécessaires à l'Autorité de Contrôle mais aussi, dans un souci didactique, un bref rappel des dispositions en vigueur, notamment :

- Les obligations en termes de désignation d'un ou plusieurs Commissaires aux Comptes (cas particulier des comptes consolidés ou combinés, de la substitution,...)
- L'obligation de désigner un Commissaire aux Comptes suppléant
- L'obligation de préciser le nom de l'associé technique responsable désigné comme « responsable de mission » aux termes des trois codes
- Le recensement des cas de saisine de l'ACAM (nomination d'un Commissaire aux Comptes, qu'il soit titulaire ou suppléant, renouvellement ou changement d'associé technique responsable)
- Le renvoi au Code de déontologie de la profession de Commissaire aux Comptes (décret n° 2005-1412 du 16 novembre 2005)
- Le rappel du devoir de signalement impartit au Commissaire aux Comptes vis à vis de l'Autorité de Contrôle

• *La composition du dossier-type*

Ce dossier-type comprend deux volets principaux :

- un état complété par l'organisme assujéti précisant le ou les mandat(s) concerné(s), les motifs de la demande d'avis et la prise en compte par le dirigeant responsable de l'expérience du Commissaire aux Comptes pressenti,
- une déclaration remplie par le Commissaire aux Comptes et par laquelle il confirme avoir mis en œuvre les normes professionnelles et considéré les dispositions du Code de déontologie de la profession en matière d'acceptation de mission, notamment en termes d'indépendance et de compétence dans le contexte spécifique de la mission envisagée.

Cette dernière déclaration est accompagnée de deux fiches :

- la première vise à préciser l'expérience professionnelle du Commissaire aux Comptes signataire en lien avec la nature du mandat envisagé et les particularités de l'organisme concerné : ce lien apparaît primordial dans la mesure où la compétence demandée est multi-formes (connaissance des particularités du Code dont relève l'organisme concerné, connaissances actuarielles en cas d'engagements faisant appel à ces calculs, connaissance des normes IFRS pour les groupes faisant appel public à l'épargne,...). Il ne s'agit pas d'un simple recensement des mandats de commissaire

riat aux comptes, l'expérience du domaine de l'assurance pouvant aussi avoir été acquise par le Commissaire aux Comptes en participant à des missions d'audit ou de conseil, en suivant ou en dispensant des formations,...

- La seconde vise à décrire l'organisation interne de la structure d'exercice professionnel, notamment en matière de ressources humaines et techniques spécialisées dans le domaine de l'assurance, tant en audit qu'en actuariat, ainsi qu'en matière de formation continue et de documentation technique dans ce domaine.

Ces dispositions pratiques illustrent l'importance qu'attache l'Autorité à la qualité des missions d'audit réalisées par les Commissaires aux Comptes dans les entités soumises à son contrôle.



1-3 Retraite professionnelle supplémentaire : un nouveau dispositif

L'ordonnance n° 2006-344 du 23 mars 2006 relative aux retraites professionnelles supplémentaires transpose en droit français la directive n° 2003-641 du Parlement européen et du Conseil du 3 juin 2003 concernant les activités et la surveillance des institutions de retraite professionnelle. La transposition est opérée dans les trois codes des assurances, de la mutualité, de la Sécurité sociale.

Cette ordonnance, harmonisant principalement le cadre prudentiel de l'activité transfrontalière des régimes de retraite supplémentaire d'entreprise, vise à simplifier leur gestion au bénéfice des entreprises implantées dans différents pays européens et de leurs salariés.

L'ordonnance définit deux aspects :

- les règles prudentielles auxquelles sont soumises les institutions de retraite professionnelle supplémentaire (RPS), entreprises d'assurance, mutuelles ou unions régies par le Livre II du Code de la mutualité et institutions de prévoyance, pour les opérations collectives de retraite en entreprise (régimes dits de l'article 83 du Code général des impôts, plans d'épargne retraite en entreprise - PERE -, indemnités de fins de carrière, régimes dits de l'article 39 du Code général des impôts subordonnant le versement de la prestation à la présence dans l'entreprise du salarié au

moment du départ en retraite), et les contrats d'assurance de groupe destinés aux non-salariés.

- les modalités de gestion des opérations transfrontalières de gestion d'un plan d'épargne pour la retraite collectif (PERCO) en créant l'institution de retraite professionnelle collective (IRPROCO).

Les régimes de base et complémentaire obligatoires et les contrats souscrits par des organisations représentatives d'agents de collectivités publiques ne sont pas concernés.

Les opérations « RPS » doivent respecter le droit social et le droit du travail du pays d'accueil. Les institutions étrangères opérant en France sont soumises au droit social, au droit du travail et aux obligations d'information français. Elles bénéficient d'un cadre fiscal et sont soumises aux prélèvements sociaux français dans des conditions non discriminatoires. Elles sont autorisées à proposer en France un PERCO.

L'AGRÈMENT « RPS » : RÈGLE COMMUNE POUR LE CADRE PRUDENTIEL DE L'ACTIVITÉ TRANSFRONTALIÈRE DES RÉGIMES DE RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE D'ENTREPRISE ET L'IRPROCO.

Pour la réalisation des opérations de retraite professionnelle supplémentaire (RPS) par les organismes d'assurances, un agrément dit « RPS » est requis auprès du comité des entreprises d'assurances (CEA) ou du Ministère chargé des affaires sociales, y compris pour la procédure applicable aux institutions de retraite professionnelles étrangères souhaitant proposer leurs services en France. Il est subordonné à l'obtention préalable de l'agrément d'assurance au titre des branches 20, 22 ou 26 pour celles des entreprises non encore agréées dans ces branches.

L'agrément est délivré de droit, sur demande, aux organismes d'assurance agréés pour pratiquer les opérations dépendant de la vie humaine (y compris les opérations relatives à la branche 26) depuis la date d'entrée en vigueur de l'ordonnance.

LE CADRE PRUDENTIEL DE L'ACTIVITÉ TRANSFRONTALIÈRE DES RÉGIMES DE RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE D'ENTREPRISE

• Les règles prudentielles opposables

Le cantonnement des actifs :

Les actifs des institutions de retraite supplémentaire sont cantonnés.

Un cantonnement distinct est prévu lorsque l'ACAM le demande pour les activités transfrontalières de l'organisme d'assurance.

En cas de sous-couverture des engagements contenus dans le canton, l'assureur et le ou les souscripteurs doivent convenir d'un plan de redresse-

ment pour parfaire la représentation des engagements. En cas de désaccord entre les parties, l'ACAM détermine le montant et le calendrier d'affectation d'actifs par l'entreprise d'assurance.

Les comptes annuels et la déclaration sur la politique de placement :

Des comptes annuels spécifiques doivent retracer l'activité de retraite professionnelle concernée et doivent être portés à la connaissance périodique ou sur demande du souscripteur et/ou des assurés et analysés par l'élaboration de la déclaration sur la politique de placement.

Le transfert de l'activité d'assurance directe sur la vie :

Les organismes d'assurances peuvent continuer à pratiquer leurs opérations concernant l'assurance directe sur la vie, mais également transférer les contrats existants sous le nouveau régime institution de retraite professionnelle « IRP » à la condition expresse de l'autorisation préalable par le CEA ou le Ministère chargé des affaires sociales.

• *La sauvegarde des intérêts des assurés*

Les droits des assurés sont renforcés pour les opérations placées sous le nouvel agrément et les opérations correspondantes cantonnées. Pour les contrats concernant les non-salariés et les contrats en entreprise lorsque le salarié quitte l'entreprise, les droits individuels relatifs à ces contrats sont transférables. La notice d'information doit préciser les modalités d'exercice de la clause de la transférabilité.

Un conseil de surveillance, paritaire, est par ailleurs chargé de veiller à la bonne exécution du contrat et à la représentation des intérêts des adhérents. Les membres du conseil sont soumis au secret professionnel.

Les assurés doivent disposer d'une information sur les comptes, soit périodiquement, soit à leur demande.

Ils bénéficient d'un privilège lié au cantonnement des activités d'institution de retraite professionnelle, en cas de liquidation. Pour les assurés des contrats non cantonnés, un privilège identique leur est octroyé.

En cas de transfert des contrats d'assurance directe sur la vie sous le nouveau régime IRP, le passage des contrats de l'actif général au canton ne doit pas porter atteinte aux intérêts des assurés. Le CEA veille à ce que le transfert comporte un apport d'actifs représentatifs des engagements du contrat dont la quote-part des éventuelles plus-values latentes de l'actif général.

• *Le rôle de l'ACAM*

La surveillance de la couverture des engagements :

cf. Les règles prudentielles opposables.

La libre prestation de services :

Par parallélisme avec les règles régissant la libre prestation de service, l'ACAM est compétente pour la procédure que doivent suivre les institutions françaises voulant proposer leurs services en tant qu'institution de retraite professionnelle à l'étranger.

Le respect des droits des assurés :

cf. La sauvegarde des intérêts des assurés.

Sanctions :

L'ACAM est l'autorité compétente pour imposer des sanctions aux institutions de retraite professionnelle transfrontalières en cas de carence de l'autorité de contrôle du pays d'origine. La directive prévoit que l'Etat membre peut interdire la libre disposition des actifs détenus par un dépositaire ou un conservateur : cette interdiction est prononcée selon une procédure judiciaire de référé.

LA CRÉATION D'UNE NOUVELLE INSTITUTION L'IRPROCO

L'ordonnance définit un nouveau cadre juridique pour les opérations transfrontalières de gestion d'un plan d'épargne pour la retraite collectif (PERCO) par une institution d'autres Etats de l'Union Européenne. Elle crée l'institution de retraite professionnelle collective (IRPROCO).

Le PERCO peut désormais être une IRPROCO.

L'IRPROCO est administrée par une personne morale de droit privé, juridiquement distincte de toute entreprise ou groupement d'entreprises ayant signé une convention ou un accord mettant en place cette institution.

Cette personne morale doit être agréée par le Comité des établissements de crédit et des entreprises d'investissement et ne peut être ni une association Loi 1901, ni une entreprise d'investissement, ni un établissement de crédit, ni un organisme d'assurance, ni une institution de retraite supplémentaire (IRS), ni une institution de gestion de retraite supplémentaire (IGRS).

Cette personne morale a pour objet exclusif d'administrer, dans la phase de constitution de l'épargne, un ou plusieurs PERCO, qui continuent à être mis en place par accord collectif.

Elle tient notamment les comptes d'instru-

ments financiers ouverts au nom de chaque bénéficiaire ou confie cette prestation à une personne dûment agréée qui exerce ce service à titre principal. Elle peut également tenir les comptes d'instruments financiers des PEE, PEI ou accords de participation, lorsqu'ils sont ouverts au nom des bénéficiaires d'entreprises ayant ouvert un PERCO dont elle assure l'administration.

L'IRPROCO assure les obligations d'information prévues par la directive, et tient les comptes annuels du plan.

La gestion financière de l'IRPROCO continue à relever de la société de gestion choisie au titre du PERCO.

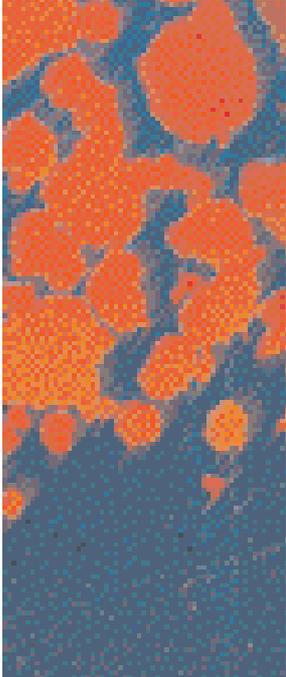
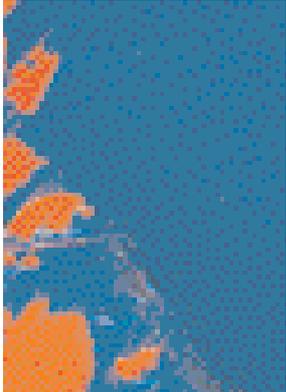
Pour les opérations transfrontalières,

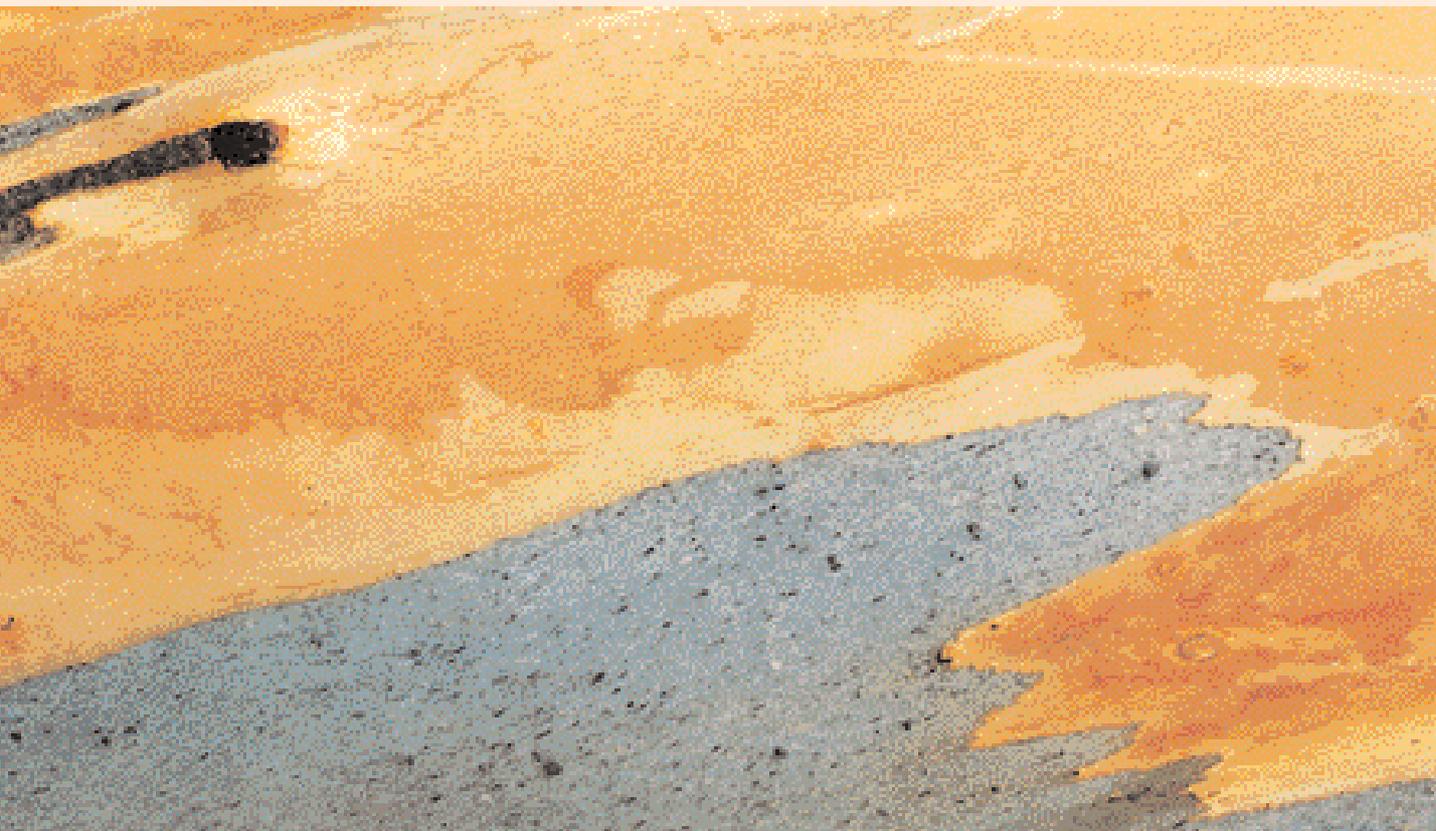
l'IRPROCO ne peut prendre aucun engagement de couvrir les risques décès, invalidité ou liés à la durée de vie humaine. Lors de la liquidation des droits, si le participant choisit une sortie en rente selon le droit du pays d'accueil, l'institution doit recourir soit à une institution de retraite professionnelle étrangère, soit à un organisme d'assurance.

Enfin, en dehors des opérations transfrontalières, un PERCO peut continuer à être mis en place sans recourir à une IRPROCO lorsqu'il a vocation à être proposé sur le seul territoire français.

L'Autorité des Marchés financiers (AMF) dispose des pouvoirs de sanction prévus par le Code monétaire et financier pour contrôler l'IRPROCO.

IRP, IGRS, IRS ET RPS: QUATRE NOTIONS À NE PAS CONFONDRE

IRP (Institution de retraite professionnelle)	IGRS (Institution de gestion de retraite supplémentaire)	IRS (Institution de retraite supplémentaire)	RPS (Retraite professionnelle supplémentaire)
<p>Terme utilisé par la directive n°2003-641, mais non repris en tant que tel en droit français, où une IRP se définit comme tout organisme (institution) agréé pour réaliser des opérations de Retraite Professionnelle Supplémentaire (RPS).</p>	<p>L'IGRS est exclue du dispositif RPS ; comme pour l'IRS, elle ne doit pas être confondue avec un organisme ou une institution réalisant des opérations de retraite professionnelle supplémentaire.</p>	<p>L'IRS est exclue du dispositif RPS ; il ne faut donc pas la confondre avec un organisme ou une institution réalisant des opérations de retraite professionnelle supplémentaire.</p>	<p>Terme introduit dans l'ordonnance n°2006-344 transposant la directive européenne n°2003-641 pour désigner l'ensemble des opérations collectives de retraite en entreprise entrant dans son champ d'application</p>
<p>En pratique, sont visés les organismes d'assurance et les PERCO devenus Institutions de Retraite Professionnelle Collective (IRPROCO).</p>	<p>L'IGRS sera l'organisme succédant à l'IRS, pour celles des IRS transférant leurs engagements à un organisme d'assurance par contrat d'ici le 31/12/2008. Elle sera un outil de pilotage et de gestion administrative des cotisations et prestations des bénéficiaires du régime de retraite supplémentaire</p>	<p>L'IRS est un organisme relevant du Code de la Sécurité sociale ayant, en vertu de l'article 116 de la loi n°2003-775 du 21 août 2003 dite Fillon, vocation à se transformer et ce d'ici le 31/12/2008.</p>	
		<p>Trois hypothèses existent en vue de cette évolution: soit en institution de prévoyance, soit en institution de gestion de retraite supplémentaire avec transfert des engagements à un organisme assureur, soit la dissolution.</p>	



LES FAITS MARQUANTS EN 2005

2- LA RÉGULATION ET LA COOPÉRATION INTERNATIONALE

2-1 La lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme

L' ACTION DE L'ACAM

L'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles est chargée de surveiller la mise en œuvre, par les organismes d'assurance, des mesures de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. Il s'agit évidemment d'une des missions essentielles de l'ACAM qui, pour tenir compte du rapport fait en 2004 par le FMI sur la situation de l'assurance en France, a décidé de renforcer son action dans ce domaine. Il en va de même pour les courtiers et les sociétés de courtage d'assurance et de réassurance que l'Autorité peut soumettre à son contrôle.

• De nouvelles « recommandations »

En juin 2001, la Commission de contrôle des assurances avait émis à l'intention des entreprises d'assurance vie et de capitalisation une série de recommandations. Mais, depuis les attentats du 11 septembre 2001 à New-York, la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme s'est fortement accrue dans la plupart des grands pays industrialisés, et notamment en France. Il est donc apparu nécessaire d'actualiser ces recommandations pour tenir compte des évolutions réglementaires et pour prendre en compte l'expérience acquise depuis plus de trois ans. Un nouveau guide des « bonnes pratiques » a été adopté par le Collège de l'ACAM en mars 2005 afin de faciliter la tâche des organismes d'assurance soumis aux obligations de vigilance. Ce document, accessible à tout public sur le site internet de l'Autorité (www.acam-france.fr), rassemble

dans un volume unique un corpus de textes non codifiés ou relevant de codes différents ainsi qu'un ensemble de « recommandations ».

• **Des contrôles sur place.**

Les contrôles anti-blanchiment sont devenus des contrôles à part entière que les commissaires contrôleurs des assurances et les autres agents habilités par le collège entreprennent régulièrement. L'ACAM a le pouvoir de sanctionner un organisme qui n'a pas mis en place les procédures en la matière ou ne les respecte pas et ce, même si un examen approfondi de son portefeuille devait démontrer par la suite qu'il n'a pas servi d'intermédiaire à une opération de blanchiment. Le nombre des contrôles sur place augmentera à partir de 2006 grâce à un renforcement significatif des effectifs de la cellule anti-blanchiment et par une coopération renforcée avec les brigades de contrôle. L'objectif affiché par l'Autorité étant d'avoir effectué un contrôle sur place de la moitié des entreprises d'assurance vie avant fin 2008, en choisissant prioritairement les entreprises les plus sensibles en raison de la nature de leurs contrats ou de leur réseau de production, ainsi que celles apparaissant le moins bien armées du fait de déficiences connues ou supposées dans leur organisation interne.

• **Des actions de sensibilisation.**

Afin de sensibiliser les acteurs professionnels et d'attirer leur attention sur la nécessité de s'investir réellement et efficacement dans la lutte contre le blanchiment des capitaux, des actions de communication sont régulièrement menées : articles de presse, participation à des colloques ou des conférences, et actions de formation.

• **Une meilleure prise en compte des relations entre les compagnies et leurs courtiers.**

Les relations entre les courtiers et les compagnies d'assurance sont, nonobstant les dispositions légales et réglementaires en vigueur, des relations contractuelles dont le résultat final résulte de négociations.

Alors qu'en assurance de dommages une tradition orale semble parfois perdurer, en matière d'assurance vie, il apparaît important que ces relations soient matérialisées par une convention de courtage écrite qui fixe les droits et les devoirs de chacune des parties. Généralement, ces conventions fixent la durée de la collaboration, les conditions de prorogation ou de rupture, les modalités de la rémunération du courtier ainsi que des règles de souscription. Dans le cadre de la négociation, il apparaît aussi souhaitable que des « règles anti-blanchiment » figurent dans ces conventions de courtage permettant notamment aux partenaires de rompre la convention de courtage

rapidement et sans contrepartie financière, lorsqu'il s'avère que l'autre partie n'a pas respecté les dispositions législatives et réglementaires en vigueur en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et de financement du terrorisme. En fonction de la situation particulière de chacun des partenaires ou de la nature des affaires traitées, il appartient aussi aux compagnies d'assurance et aux courtiers de négocier entre eux la mise en œuvre de mesures de vigilance spécifiques pouvant conduire à renforcer le dispositif législatif et réglementaire en vigueur.

LA COOPÉRATION DE L'ACAM AVEC LES AUTRES ACTEURS DE LA LUTTE CONTRE LE BLANCHIMENT DES CAPITAUX

• **TRACFIN**

En collaboration avec TRACFIN, l'Autorité a poursuivi son action de sensibilisation du marché français. L'accent a été mis sur la qualité des déclarations de soupçon plutôt que sur leur seul nombre. Il apparaît en effet essentiel que les déclarations transmises à TRACFIN soient suffisamment étayées et puissent être facilement exploitées.

Le nombre de déclarations issues du secteur des assurances a évolué comme suit : 168 en 2001 (4,7 % du nombre total de déclarations), 338 en 2002 (4,9 %), 620 en 2003 (6,6 %), 575 en 2004 (5,0 %).

• **Le Groupe d'action financière sur le blanchiment des capitaux (GAFI)**

Sur le plan international, l'Autorité a poursuivi sa participation aux travaux du GAFI. En octobre 2001, le GAFI avait adopté 8 « recommandations spéciales » relatives à la lutte contre le financement du terrorisme. En juin 2003, le GAFI a adopté la révision de ses « 40 recommandations » relatives à la lutte contre le blanchiment de capitaux.

• **FINATER**

L'ACAM intervient aussi dans le domaine de la lutte contre le financement du terrorisme. Une structure interne au ministère de l'Economie et des Finances, dénommée FINATER, a été instituée à la fin de l'année 2001 et réunit, tous les deux mois environ, les responsables du ministère concernés par la lutte contre le financement du terrorisme. Le Secrétaire général de l'ACAM y participe systématiquement.

ÉVOLUTIONS RÉGLEMENTAIRES

L'année 2005 a été marquée par la codification de la partie réglementaire du Code monétaire et financier. Le décret 91-160 du 13 février 1991 qui a longtemps servi de référence est donc abrogé et ses dispositions sont désormais à rechercher dans les articles 562, 563 et 564 de la partie réglementaire

du Code précité. Afin de faciliter l'usage de ce nouveau Code un petit tableau de correspondance est fourni ci-après :

Décret 91-160	Art. 1	Art. 2	Art. 3
Code	R 562-11	R 562-1	R 563-1
Décret 91-160	Art. 4	Art. 5	Art. 6
Code	R 563-2	R 562-2	R 563-3
Décret 91-160	Art. 7	Art. 8	
Code	R 564-1	D 564-2	

En outre, le Parlement européen a adopté le 26 octobre 2005 une nouvelle directive anti-blanchiment qui se substitue aux précédentes. Publiée au Journal officiel de l'Union Européenne le 25 novembre 2005, cette directive doit être transposée en droit français avant le 15 décembre 2007.

« Le blanchiment est le fait de faciliter, par tout moyen, la justification mensongère de l'origine des biens ou des revenus de l'auteur d'un crime ou d'un délit ayant procuré à celui-ci un profit direct ou indirect. Constitue également un blanchiment le fait d'apporter un concours à une opération de placement, de dissimulation ou de conversion du produit direct d'un crime ou d'un délit. »

« Le blanchiment est puni de dix ans d'emprisonnement et de 750.000 euros d'amende lorsqu'il est commis de façon habituelle ou en utilisant les facilités que procure l'exercice d'une activité professionnelle. » articles 324-1 et 324-2 du Code pénal

CONDITIONS D'APPLICATIONS DES NORMES IFRS

Depuis le 1^{er} janvier 2005, les entreprises européennes faisant appel public à l'épargne sont tenues d'établir leurs comptes consolidés conformément aux normes comptables internationales publiées par l'International Accounting Standards Board (IASB) et adoptées à cette date par l'Union Européenne. Le règlement européen n°1606/2002 qui fonde cette obligation laisse par ailleurs à la discrétion des États membres un certain nombre d'options qui permettent d'étendre ou non le champ d'application de ces nouvelles normes IFRS.

En France, l'utilisation des IFRS est strictement limitée aux comptes consolidés. Il est, en effet, interdit d'établir des comptes sociaux conformément aux IFRS. Tous les organismes d'assurance, qu'ils fassent ou non appel public à l'épargne, continueront donc à publier leurs comptes sociaux conformément aux normes comptables françaises. Les éléments nécessaires à l'appréciation des exigences de marge de solvabilité et de couverture des engagements réglementés prévues par le Code des assurances restent donc disponibles dans les mêmes conditions. Il en va de même plus généralement de tous les éléments du compte-rendu détaillé annuel remis chaque année à l'ACAM.

Si le « passage » aux normes IFRS s'avère sans incidence sur la surveillance prudentielle « solo », exercée au niveau de l'entité juridique et qui représente la part essentielle du contrôle, la situation est différente en ce qui concerne la surveillance complémentaire, exercée au niveau « groupe ».

En application de l'article R. 334-41 du Code des assurances, les entreprises appartenant à un groupe d'assurance doivent en effet présenter une solvabilité ajustée positive sur la base des comptes consolidés ou combinés établis conformément aux normes comptables françaises.

Pour les organismes faisant appel public à l'épargne ainsi que pour ceux qui feraient le choix de l'application des normes comptables internationales pour leurs comptes consolidés, les éléments nécessaires à l'appréciation de l'exigence de marge de solvabilité ajustée et à l'établissement du dossier y afférent, ne sont donc plus automatiquement disponibles.

CONSÉQUENCES POUR LA DÉFINITION DES RÈGLES PRUDENTIELLES

L'application des normes IFRS pour l'établissement des comptes consolidés imposait donc une évolution du Code des assurances et, plus précisément, soulevait la question suivante : fallait-il créer des règles prudentielles – relatives à la surveillance

2-2 LES NORMES IFRS ET LE CONTRÔLE PRUDENTIEL

Depuis le 1er janvier 2005, les entreprises européennes faisant appel public à l'épargne sont tenues d'établir leurs comptes consolidés conformément aux normes comptables internationales IFRS. Trois textes parus en 2005 précisent la nature et les modalités des retraitements prudentiels imposés dans ce cadre.

Les sociétés d'assurance qui établissent depuis le 1^{er} janvier 2005 des comptes consolidés conformément aux normes comptables internationales IFRS [*International Financial Reporting Standards*] sont soumises à l'obligation réglementaire de retravailler les postes de leur bilan entrant dans le calcul de leur marge de solvabilité ajustée. Trois nouveaux textes, de niveau législatif ou réglementaire, précisent la nature et les modalités de ces retraitements : l'ordonnance n° 2005-861 du 28 juillet 2005, le décret n° 2005-952 du 9 août 2005, ainsi qu'un arrêté du 2 août 2005.

complémentaire – spécifiques pour les groupes d'assurance publiant des comptes consolidés IFRS ? Deux raisons majeures ont conduit à répondre par la négative.

En premier lieu, la création de deux corpus distincts de règles, le premier s'adressant aux groupes d'assurance établissant des comptes « normes françaises » et le second aux groupes appliquant les normes internationales, aurait créé une rupture d'égalité entre les deux catégories de groupes d'assurance définies ci-dessus.

En second lieu et surtout, les normes IFRS n'offrent pas, aujourd'hui, de garanties suffisantes en termes de comparabilité, de fiabilité et de pertinence pour l'établissement des comptes des entreprises d'assurance.

S'agissant de la comparabilité tout d'abord, l'importance du nombre d'options que les IFRS laissent à la discrétion des sociétés d'assurance est beaucoup trop élevé, de même que l'étendue des marges d'interprétation qu'elles recèlent. L'IASB n'a en effet pas encore défini à ce stade de méthode de valorisation des engagements techniques, qu'il s'agisse de contrats contenant un risque significatif d'assurance (et relevant donc d'IFRS 4, norme sur les contrats d'assurance) ou de contrats relevant de la norme IAS 39 sur les instruments financiers (s'agissant plus particulièrement de la valorisation de ces contrats à leur « juste valeur », comme le permet l'option du même nom). La gamme des options aujourd'hui ouvertes aux assureurs en matière de valorisation de leurs passifs techniques est donc extrêmement étendue, pour ne pas dire quasiment illimitée.

A ces problèmes de comparabilité, s'ajoute le manque de pertinence et de fiabilité de certains principes comptables proposés par l'IASB. Pour ne prendre, là encore, qu'un exemple, celui de l'évaluation de la juste valeur d'un instrument financier, la référence, acceptée par l'IASB, à une cotation régulière n'apparaît pas acceptable si le marché est insuffisamment liquide ou si l'entreprise y est en situation dominante. En l'absence de cotation régulière, la pertinence même de la notion de « juste valeur » d'un instrument financier, actif ou passif, semble par ailleurs très contestable.

Il est ainsi apparu que les normes IAS/IFRS, dans leur état actuel ne permettent pas de produire des comptes qui pourraient aujourd'hui servir de base à l'exercice de la surveillance prudentielle. Par conséquent, le régulateur a décidé de maintenir, pour les entreprises appartenant à un groupe d'assurance, l'obligation de présenter une solvabilité ajustée posi-

tive sur la base des comptes consolidés ou combinés établis conformément aux normes françaises et d'exiger une réconciliation de l'ensemble des postes du bilan nécessaires à la surveillance complémentaire. Ceci fait l'objet des trois textes publiés courant 2005 (l'ordonnance n° 2005-861 du 28 juillet 2005, le décret n° 2005-952 du 9 août 2005, ainsi qu'un arrêté du 2 août 2005).

LES NOUVELLES CONDITIONS POUR LE CONTRÔLE

La solution retenue permet aux contrôleurs d'exercer de manière satisfaisante la surveillance complémentaire des groupes, qu'ils utilisent ou non les normes IFRS pour l'établissement de leurs comptes consolidés, tout en ne faisant pas peser sur les entreprises visées de contraintes et de charges de travail supplémentaires qui ne seraient pas strictement nécessaires.

Le principe de base qui sous-tend le dispositif réglementaire mis en place et dont les justifications viennent d'être exposées est simple. Les sociétés d'assurance établissant des comptes consolidés conformément aux normes comptables internationales doivent a priori retraiter l'ensemble des postes du bilan nécessaires au calcul de leur marge de solvabilité ajustée, de manière à ce que cette dernière continue à être calculée conformément aux règles comptables françaises définies par le règlement CRC 2000-05. La marge ajustée d'un organisme d'assurance établissant des comptes consolidés aux « normes françaises » continuera ainsi à pouvoir être comparée à celle d'un organisme établissant des comptes IFRS et conservera toute sa pertinence.

C'est précisément ce qui est désormais énoncé à l'article R. 334-42 du Code des assurances, modifié par le décret n° 2005-952 du 9 août 2005 : « En outre, si une entreprise utilise les normes comptables internationales adoptées par règlement de la Commission européenne, les données consolidées ou combinées prises en compte pour le calcul de sa marge de solvabilité ajustée font l'objet des retraitements nécessaires pour assurer la comparabilité de cette marge avec celle des entreprises n'appliquant pas ces normes. ».

LA RÉGLEMENTATION CONCERNANT LES RETRAITEMENTS COMPTABLES

Un arrêté, en date du 2 août 2005, définit les nouveaux états réglementaires de présentation des retraitements effectués par les sociétés d'assurance visées (modification de l'annexe à l'article A. 344-14 du Code des assurances) et crée un nouvel article A. 334-5 qui précise une liste indicative des retraitements à effectuer parmi les plus importants. La non-exhaustivité des retraitements énumérés mérite d'être

soulignée. Elle permet, notamment, d'éviter une péremption rapide du Code des assurances, puisque les normes IFRS ne forment aujourd'hui pas un corpus stable de normes et sont amenées à évoluer au cours des mois et des années à venir. La rédaction du Code des assurances est ici empreinte de pragmatisme. Le nouvel article A. 334-5 précise en effet que l'ACAM « peut dispenser une entreprise ou l'ensemble des entreprises d'assurance d'effectuer un ou plusieurs des retraitements mentionnés à l'article R. 334-42 dès lors que ce ou ces retraitements, pris ensemble ou séparément, ont un impact marginal sur le calcul de la marge de solvabilité ajustée ». La réglementation instaure un dispositif qui permet d'éviter tout retraitement des comptes publiés qui ne serait pas strictement nécessaire à l'exercice de la surveillance complémentaire. L'inutilité de tel ou tel retraitement pourra être appréciée au niveau de la société ou à celui de l'ensemble du marché et cette appréciation relèvera de l'autorité de contrôle prudentiel.

Enfin, il est apparu nécessaire de donner aux contrôleurs d'assurance la possibilité de voir garantie la fiabilité des retraitements effectués. Le Code des assurances précise désormais dans son article L. 310-14, modifié par l'ordonnance n° 2005-861 du 28 juillet 2005, que l'ACAM « peut demander la certification [par les Commissaires aux Comptes] des retraitements opérés (...) pour le calcul de la marge de solvabilité ajustée des entreprises appliquant les normes comptables internationales (...) ». Cette certification se présente comme une option facultative dont les contrôleurs prudentiels pourront faire ponctuellement usage en cas de doute sur le calcul de marge de solvabilité ajustée qui leur serait communiqué. Elle n'a donc pas vocation à être systématique. Là encore, la réglementation apparaît pragmatique : les charges supplémentaires pesant sur les sociétés d'assurance appliquant les IFRS et sur leur Commissaires aux Comptes sont limitées au strict nécessaire en vue d'un exercice pleinement satisfaisant de la surveillance complémentaire.

LE CONTEXTE SPÉCIFIQUE DE MISE EN ŒUVRE DES IFRS DANS LE SECTEUR DES ASSURANCES

Le référentiel IFRS revêt un caractère spécifique pour les entreprises d'assurance. En effet, la norme IFRS4 « Contrats d'assurance » publiée en mars 2004 traite pour l'essentiel de la définition du contrat d'assurance et des informations à publier en annexe, mais ne précise pas les règles d'évaluation des contrats d'assurance : en l'attente de la publication d'une norme complémentaire en ce domaine, attendue en 2009 ou 2010, les règles comptables locales d'évaluation restent applicables, la norme prévoyant toutefois la possibilité d'opérer des changements de méthodes comptables sous certaines conditions et ouvrant par ailleurs la possibilité aux organismes de changer le taux d'actualisation de certaines provisions techniques en fonction de l'évolution du taux de marché.

La norme IFRS4 comprend aussi quelques dispositions transitoires notamment le « shadow accounting » ou « comptabilité reflet » : ce mécanisme permet de neutraliser partiellement les variations de juste valeur des actifs de placement dans la mesure où il autorise, pour les contrats avec participation aux bénéfices, à traiter les plus et moins-values latentes sur les actifs en représentation de ces contrats comme s'il s'agissait de plus ou moins-values réalisées et à ajuster en conséquence les passifs d'assurance pour la part revenant aux assurés ainsi que les frais d'acquisition reportés et les valeurs de portefeuille.

2-3 Le projet Solvabilité 2

Le projet Solvabilité 2 piloté par la Commission européenne vise à réformer en profondeur les règles de solvabilité auxquelles sont soumises les entreprises d'assurance. Ses objectifs : créer un système plus harmonisé, avec une meilleure prise en compte des risques assumés par les organismes d'assurance, et plus cohérent avec le système prudentiel bancaire.

Dans les entreprises d'assurance, la marge de solvabilité correspond au capital réglementaire obligatoirement détenu pour faire face aux événements imprévus. Le système de Solvabilité en vigueur aujourd'hui, mis en place dans les années 1970, a été révisé en 2002 par les directives « Solvabilité 1 ». Le projet Solvabilité 2, plus large, tient compte, quant à lui, des évolutions actuelles constatées dans plusieurs domaines : gestion des risques, techniques financières, normes de surveillance prudentielles etc. Il vise notamment, une meilleure corrélation entre les exigences de solvabilité imposées aux entreprises d'assurance et les risques auxquels elles sont confrontées.

LE PROJET SOLVABILITÉ 2 : TROIS OBJECTIFS MAJEURS :

- Étendre l'exercice de révision à l'ensemble du système prudentiel,
- Créer un cadre prudentiel plus adapté aux risques réels pesant sur les entreprises d'assurance,
- Améliorer l'harmonisation européenne, internationale et intersectorielle.

LES DIFFÉRENTS ACTEURS DU PROJET

- La Commission européenne pilote le projet à travers un groupe de travail « Solvabilité » et rédige la directive de principes officiellement prévue pour juillet 2007.

- Les États membres sont partie prenante au projet via les ministères compétents et à travers les autorités de contrôle. Le Comité européen des contrôleurs des assurances et des pensions professionnelles (CECAPP ou CEIOPS en anglais), auquel participe activement l'ACAM, se trouve ainsi pleinement impliqué

dans le processus d'élaboration de la future directive. Il a mis en place plusieurs groupes de travail chargés de répondre aux demandes d'avis techniques formulés par la Commission. Le CECAPP a été notamment invité à fournir un avis technique préliminaire sur plusieurs points précis. Trois séries d'appel à conseil lors de demande d'avis lui ont été adressées à cet effet.

- Les professionnels (compagnies d'assurances, fédérations professionnelles, actuaires, consultants) sont, quant à eux, consultés sur les projets d'avis du CECAPP et sur les projets de la Commission.

LES PRINCIPES GÉNÉRAUX DU PROJET

A l'issue d'une première phase d'études et de concertation, la Commission européenne a retenu en avril 2003 une architecture à trois piliers comparable à celle définie pour le secteur bancaire par le Comité de Bâle (Bâle II) : exigences quantitatives, activités de surveillance, information et publicité.

• *Pilier I : Les règles quantitatives*

Le pilier I vise à définir les règles quantitatives dans trois domaines :

- Les provisions techniques avec la prise en compte dans leur définition de deux éléments nouveaux : leur nécessaire harmonisation et les conséquences de l'influence des nouvelles normes comptables. La question du niveau des provisions techniques s'avère centrale pour la robustesse du futur système de solvabilité

- Le capital avec une nouvelle définition de deux niveaux de capital : le capital minimum ou MCR (en anglais, minimum capital requirement) et le capital cible ou SCR (solvabilité complète requise, en anglais, solvency capital requirement). Schématiquement, le MCR peut se définir comme le niveau de capital en dessous duquel une entreprise d'assurance ne peut plus fonctionner normalement. Il résulte d'un calcul simple et juridiquement robuste. Par contre, le SCR représente la modélisation de besoins en capital fondée sur la réalité des risques au delà de provisions harmonisées. Le niveau idéal de SCR résulterait ainsi, d'un modèle défini par chaque entreprise, le « modèle interne », mais pourrait aussi être calculé par la modélisation d'une formule standard. Avant d'arrêter une position sur ce thème stratégique, la Commission européenne a demandé que des études d'impact quantitatives soient réalisées, ce qui devrait permettre de confronter les hypothèses examinées à la réalité. (Cf encadré les études quantitatives d'impact).

- Les règles de couverture, pour l'instant conservées à titre de « filet de sécurité ».

• *Pilier II : Le processus de contrôle prudentiel*

L'objectif poursuivi, dans le cadre du Pilier II est de définir et d'harmoniser les activités de surveil-

lance aussi bien au niveau des entreprises d'assurance elles-mêmes qu'à l'échelon des superviseurs.

Au sein des organismes d'assurance, ce sont, ainsi, les mécanismes de contrôle interne et d'organisation qui sont visés ainsi que les principes de la gestion des risques. Dans ce cadre, les questions liées à la gouvernance d'entreprise feront l'objet d'une attention particulière : honnêteté individuelle des dirigeants, compétence collective du Conseil, compétence individuelle des dirigeants et des intervenants extérieurs. Concernant le contrôle, la lumière est mise sur le contrôle et la gestion des procédures internes : existence des procédures écrites, fiabilité du système d'audit interne. Sur la gestion des risques, il sera vérifié que l'entreprise décide valablement de sa politique de risques, les mesure correctement et réagit s'ils ne sont pas conformes à la politique définie.

Pour les superviseurs, l'harmonisation concerne tous les principes et outils de supervision, aussi bien les processus de contrôle des entités contrôlées que les pouvoirs et moyens d'action dévolus au superviseur. Quelques règles ont déjà été énoncées : fixation d'un minima dans les objectifs et pouvoirs accordés aux superviseurs, définition d'un processus de contrôle complet sur pièces et sur place, organisation de simulations de situations de crise et mise en place d'outils de pré-alerte.

• *Pilier III : Information*

Le pilier III regroupe les éléments d'information qui doivent être fournis par les entreprises d'assurance :

- information publique pour renforcer la discipline de marché,
- coordination des dossiers annuels prudentiels,
- règles d'information des assurés.

Le pilier III de Solvabilité 2 possède un champ plus large que le pilier III de Bâle II. En effet, il comprend des exigences de publication d'informations par les entreprises en vue d'améliorer la transparence de l'information et de promouvoir une meilleure discipline de marché. Et il inclut les exigences de reporting aux superviseurs par le biais, notamment, du dossier annuel.

Si la construction du pilier III est subordonnée à l'avancement des deux premiers piliers, deux grands principes en ont, déjà, été posés par le CECAPP :

- le principe de cohérence maximum entre les exigences comptables de publication d'informations dans les annexes des comptes et les mêmes exigences liées à la mise en place du pilier III ;
- le principe d'harmonisation des états réglementaires de reporting aux superviseurs, avec comme objectif un dossier annuel européen.

L'ÉVOLUTION DES TRAVAUX

• L'avancée des travaux sur le Pilier I

Les provisions techniques :

L'importance des provisions techniques en assurance en fait un point essentiel de l'harmonisation du système de solvabilité. Aussi, la question cruciale en débat aujourd'hui est-elle celle de leur évaluation.

Dans la deuxième vague de réponses aux demandes d'avis, le CECAPP a affirmé le principe de la prudence des provisions techniques et recommandé d'harmoniser le niveau de confiance requis des provisions techniques (approche dite du percentile). Cette approche suppose implicitement que les provisions techniques suivent une loi de probabilité pour laquelle on peut définir une espérance mathématique et un écart type. Un niveau de confiance à 75 % (ou 90 %) signifie que l'on a une probabilité de 75 % que l'évaluation soit suffisante.

Cette approche s'avère relativement aisée pour les risques de masse pour lesquels joue la loi des grands nombres. Elle est, par contre, plus délicate pour les risques longs ou catastrophiques ainsi que pour l'assurance vie. En assurance vie, elle n'apparaît pas vraiment praticable comme l'ont montré les résultats des premières études quantitatives d'impact (QIS 1).

En décembre, la profession européenne (CEA & CRO Forum) a diffusé un document revendiquant l'absence de prudence, dans les provisions techniques et proposant une approche alternative. Au lieu d'une marge de prudence, ce serait « une marge de marché » (Market Value Margin) qui serait ajoutée à l'espérance mathématique de coût des provisions techniques (Best estimate). Ce concept issu des travaux comptables de l'IASB n'avait jusqu'à présent jamais été repris dans les approches prudentielles. Il repose sur l'idée que les provisions techniques doivent être calculées de façon à pouvoir être transférées à une autre entreprise. Le problème essentiel de cette approche réside dans l'inexistence d'un marché des portefeuilles d'assurance. Les prix de transfert des rares opérations observées sont assez erratiques. Néanmoins, tant le CECAPP que la Commission européenne ont décidé d'intégrer cette approche « marge de marché » dans leurs travaux.

De son côté, la Fédération française des sociétés d'assurances (FFSA) a soutenu cette proposition précisant qu'elle ne souhaitait pas une baisse des provisions techniques inscrites au bilan des entreprises mais qu'elle veillerait à éviter une « double » exigence de prudence.

Par ailleurs, le Comité de niveau 2 (EIOPC) a recommandé dans sa séance du 5 avril 2006 l'actualisation des provisions techniques y compris dans les branches IARD.

Au total, et compte tenu des enjeux importants sous jacents à l'harmonisation des provisions techniques, le débat s'est plutôt complexifié durant les derniers mois.

L'exigence de capital :

Le **SCR** (initialement capital cible) est un niveau de capital qui permet à l'entreprise d'absorber un certain montant de pertes. Il correspond, en principe, à une probabilité de ruine à un an inférieure à 0,5 %. Son non respect implique, de la part de l'Autorité de Contrôle, une action souple et s'inscrivant dans la durée. Son calcul vise à prendre en compte les risques pris par l'entreprise. Il peut donc être relativement complexe, ce qui militerait pour un calcul par l'intermédiaire d'un modèle interne. D'ailleurs, une des conditions de l'acceptation de l'utilisation d'un modèle interne pour le calcul du SCR est l'utilisation effective de ce modèle pour la gestion des risques de l'entreprise.

Des modèles internes sont en cours de préparation par tous les grands groupes européens. Leur utilisation pour le calcul de l'exigence de capital est un défi pour les autorités de contrôle qui devront développer les compétences pour « valider » l'utilisation de ces modèles. Et il sera, alors, nécessaire d'assurer une cohérence des exigences des différentes autorités européennes.

En l'absence de modèle interne, les entreprises devront utiliser la formule standard pour le calcul de leur exigence de SCR. La deuxième vague d'études quantitatives d'impact (QIS 2) devrait permettre ainsi de tester les différents modules potentiels de calcul.

Des travaux ont été engagés au niveau français sur ce que pourrait être cette formule standard. La FFSA en particulier a fait certaines propositions qui présentent, notamment, l'originalité d'essayer d'évaluer le risque Actif-Passif.

Le **MCR** quant à lui, est un minimum au-dessous duquel l'entreprise ne devrait pas tomber ; il doit en principe entraîner le retrait d'agrément s'il n'est pas couvert rapidement. Son mode de calcul devrait être plus simple que celui du SCR et robuste d'un point de vue juridique. Cependant, certains acteurs n'ont pas renoncé à envisager une relation de proportionnalité entre les deux. Le choix d'un tel lien rigide entre les deux niveaux de capital détruirait en fait la logique qui avait présidé à cette orientation puisque l'un doit traduire au mieux le profil de risque de l'entreprise

(le SCR) et l'autre doit rester simple et proche dans sa détermination de l'actuelle marge de solvabilité (le MCR).

Règles d'actif :

La démarche retenue a été celle appelée « prudent person plus ». Au delà des principes et des procédures liées au principe de gestion dit « personne prudente », certaines limitations quantitatives pourraient être conservées. Le principe de règles de dispersion semble également acquis, avec des limitations sur les actifs non négociables.

• L'avancée des travaux sur le Pilier II

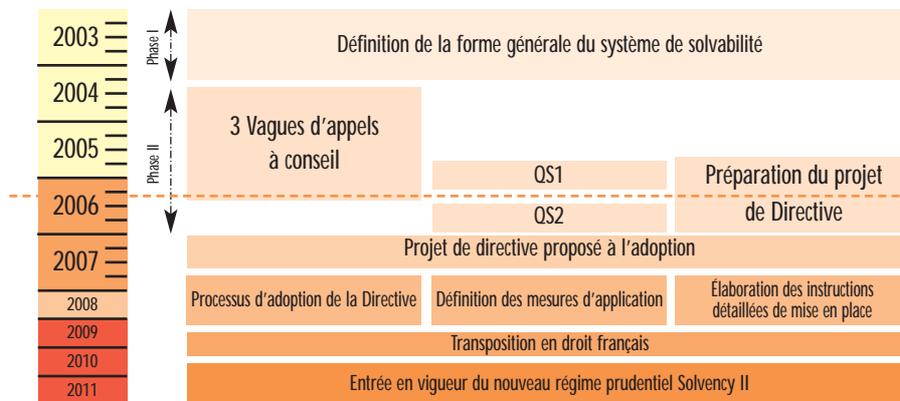
L'existence de pratiques de contrôle différentes selon les pays, par exemple en ce qui concerne l'importance du contrôle sur place ou la rigueur du formalisme, rend nécessaire la convergence et l'harmonisation des processus de contrôle. Pour ce faire, un processus d'évaluation par les pairs (peer review) est prévu. Ce dispositif, pour être efficace, devrait être plus conçu comme un processus d'enrichissement mutuel que de surveillance réciproque. Il

devrait contribuer à la diffusion des meilleures pratiques. L'harmonisation des états composant le dossier annuel prudentiel (états de liquidation des provisions techniques notamment) constituerait un facteur important de cette convergence.

Par ailleurs, les travaux en cours sur le Pilier II prévoient, comme dans le cadre de Bâle II pour les banques, la possibilité pour les « autorités de contrôle » d'augmenter le besoin de capital d'une entreprise d'assurance. Cette faculté serait ouverte dans le cas où les autorités de contrôle considéreraient une inadéquation entre la formule standard et le profil de risque de l'entreprise contrôlée : couverture de risques particuliers, politique de placements, insuffisance des contrôles internes et des procédures.

Enfin, le renforcement des exigences sur les contrôles internes correspond à une évolution de la supervision vers le contrôle des contrôles. Cette démarche prend toute sa signification pour les grandes entreprises.

Calendrier général



Calendrier général pour 2006*

MARS 2006	Résultats de la première étude quantitative d'impact (QS1) Thème abordé : quantification du degré de prudence dans les provisions techniques
AVRIL 2006	Réponse du CEIOPS à la Commission Européenne sur la 3 ^{ème} vague d'appels à conseil
MAI 2006	Début de la deuxième étude quantitative (QS2) Thème abordé : quantification du besoin de solvabilité à l'aide d'une formule standard
JUILLET 2006	Document consultatif additionnel du CEIOPS Thème abordé : problématiques des groupes, traitement de la réassurance dans le cadre du Pilier 2, qualifications du management et pouvoirs de supervision
SEPTEMBRE 2006	Résultats de la première étude quantitative d'impact
OCTOBRE 2006	Premier objectif de Directive
NOVEMBRE 2006	Document consultatif additionnel du CEIOPS Thèmes abordés : exigences de solvabilité après revue du dispositif de gestion des risques et de contrôle interne, mesures de sécurité
NOVEMBRE 2006	Document consultatif additionnel du CEIOPS Thèmes abordés : composantes du Pilier 1
DÉCEMBRE 2006	Deuxième projet de Directive

* D'après le rapport sur l'état d'avancement des travaux du CEIOPS sur le projet Solvency II

LES ÉTUDES QUANTITATIVES D'IMPACT (QIS)

Sur demande de la Commission européenne (Call for advice ou CFA), le CECAPP a réalisé deux études d'impact quantitatives : QIS 1 et QIS 2 dont l'objectif majeur est d'évaluer l'impact quantitatif des règles ou principes étudiés.

La première étude quantitative d'impact (QIS 1), préparée en mai 2005 et lancée à l'automne 2005, visait à une évaluation du niveau de prudence des provisions techniques. 50 entreprises françaises couvrant 50 % du marché en vie et 45 % en non vie ont répondu.

L'objectif du QIS 1 était de tenter un calcul des provisions techniques selon un principe harmonisé avec :

- une évaluation du Best Estimate des Cash Flows futurs,
- l'actualisation avec une courbe de taux sans risque,
- une marge de prudence harmonisée à 75 %, 90 %, ou 60 %.



LES PRINCIPAUX RÉSULTATS ET ENSEIGNEMENTS DU QIS 1

• Les résultats du QIS 1 en France

La première étude quantitative d'impact a été marquée par un taux de participation des entreprises françaises très satisfaisant : 47 entreprises ont ainsi participé, ce qui représente près de 50 % du marché en vie (en pourcentage des provisions techniques) et 45 % en non-vie (en pourcentage des primes émises). Une grande diversité des participants a été observée, tant concernant la taille des entreprises que pour les risques modélisés, notamment en assurance non-vie, pour laquelle la plupart des branches ont été représentées.

	Petites	Moyennes	Grandes	Total	Part de marché
Assurance vie	14 %	29 %	57 %	100 %	50 %
Assurance non-vie	38 %	41 %	22 %	100 %	45 %

Classification vie : les grandes (respectivement petites) entreprises sont celles pour lesquelles les provisions techniques sont supérieures (respectivement inférieures) à 10 Mds € (respectivement 1 Md€)

Classification non-vie : les grandes (respectivement petites) entreprises sont celles pour lesquelles les primes émises brutes de cessions sont supérieures (respectivement inférieures) à 1 Mds € (respectivement 200 M€).

En assurance vie et non-vie, la plupart des participants a pu fournir une estimation du *best estimate* ainsi que des informations qualitatives sur les méthodes utilisées et les difficultés rencontrées lors de la mise en œuvre des différentes approches à tester. Les résultats présentés ci-dessous, issus des synthèses française et européenne, doivent être considérés avec précaution compte tenu des délais très contraints dont ont disposé les participants ainsi que des choix et simplifications techniques qui en découlent.

En assurance non-vie

En France, le niveau de provisionnement actuel global en assurance non-vie apparaît satisfaisant : le best estimate représente ainsi 88 % (chiffres 2004) des provisions actuellement constituées (hors actualisation). Le quantile à 75 % représente 93 % des provisions constituées.

Le choix du découpage par risque a été laissé libre pour ce premier QIS : les risques finalement retenus sont très proches des indications du CECAPP, i.e. des branches prévues par la directive comptable.

Les réponses obtenues ont permis de mettre en évidence l'impact assez faible du choix des quantiles sur le niveau de provisionnement.

Provisions actualisées	Best estimate	Quantile 75 %	Quantile 90 %
Automobile	85 %	88 %	93 %
Dommages aux biens	82 %	85 %	89 %
RC générale	78 %	81 %	84 %
Total	82 %	85 %	88 %

Le choix du taux d'actualisation influe en revanche de manière plus notable sur les différents quantiles : le best estimate passe ainsi de 88 % à 82 % des provisions techniques avec actualisation et le quantile à 75 % de 93 % à 85 %.

Les différents résultats obtenus dans le cadre de cette première étude présentent une forte variabilité en fonction des participants, et plus particulièrement sur certaines branches de la responsabilité civile générale.

En assurance vie

Le calcul des provisions harmonisées en assurance vie dépend fortement de la prise en compte ou non des participations aux bénéficiaires (PB) futures : ainsi, hors PB futures, le montant des provisions calculées en best estimate représente 78 % des provisions constituées contre 102 % avec prise en compte de ces PB futures.

A peine le tiers des participants a été en mesure de modéliser les provisions techniques en

approche quantile en raison notamment des difficultés à prendre en compte les PB futures, le comportement des assurés ou encore les évolutions de mortalité.

Au final, le QIS 1 sur le marché français a largement atteint les objectifs fixés par le CECAPP : l'évaluation des provisions techniques sur de nouvelles bases harmonisées a pu être testée, ainsi que la capacité des entreprises à la mettre en œuvre. La qualité des réponses tant sur le plan quantitatif que qualitatif a notamment permis d'identifier les principales difficultés rencontrées : délais très courts et insuffisance des spécifications.

• *Les résultats du QIS 1 en Europe*

Sur l'ensemble de l'Europe, plus de 300 entreprises ont participé à cette première étude d'impact :

- 190 compagnies pratiquant des opérations non-vie ;
- 150 assureurs vie ;
- et 4 réassureurs spécialisés.

Près de 91 % des réponses contenaient des données quantitatives utilisables, synthétisées dans 19 rapports par pays.

En assurance non-vie, la part de marché moyenne (sur la base des primes) des participants a été de 44 % contre 43 % pour l'assurance vie (sur la base des provisions). Les principales causes de non-participation ont été le manque de temps, de ressources ou d'expérience. Les grandes entreprises se sont retrouvées plus représentées que les petites ou moyennes.

Sur l'ensemble des risques modélisés, peu de différences sont observables entre les trois niveaux de confiance testés (75 %, 90 % et 60 %), les trois niveaux de marge pour risque (risk margin) étant relativement faibles en comparaison avec le best estimate. Les provisions actualisées évaluées sur la base du quantile à 75 % ou 90 % se sont révélées inférieures au niveau de provisionnement actuel. A l'instar de la France, l'actualisation des provisions a un impact relativement important (10 à 15 % des provisions).

Pour l'assurance vie, la prise en compte des participations aux bénéfices futures se révèle avoir un impact important sur les provisions et on observe des difficultés d'évaluation des distributions best estimate et des quantiles pour les contrats avec participation aux bénéfices. Les méthodologies et résultats sont assez hétérogènes entre pays, ainsi qu'au sein d'un pays.

Les résultats obtenus à l'échelon européen apparaissent homogènes et sont considérés comme

significatifs par la majorité des autorités de contrôle. Les résultats obtenus pour ce premier QIS ont permis de recueillir deux types d'informations :

- des informations qualitatives méthodologiques qui représentent l'un des objectifs principaux de l'exercice ;
- l'impact d'une harmonisation du niveau des provisions techniques au plan européen.

• *Pour conclure...*

Certains risques apparaissent difficiles à modéliser en approche quantile :

- les catastrophes naturelles
- le comportement des assurés
- la mortalité future, etc.

En conséquence, en « Vie », à peine un tiers des participants a fourni une estimation des quantiles. Par ailleurs, peu d'informations sont disponibles sur certains secteurs tels que le crédit, l'assistance et les acceptations en réassurance qui ont le plus souvent été exclus des estimations

En IARD, la plupart des entreprises ont été capables de calculer la valeur probable et les niveaux de confiance à 75 % et 90 %. Ces résultats ont permis de confirmer la « prudence » des provisions techniques dans les branches « Non vie ». En « Vie », la valeur centrale a été calculée dans tous les cas. Mais, les entreprises ont connu beaucoup plus de difficultés pour les calculs avec niveau de confiance (percentiles), ces difficultés étant liées à la durée des engagements.

Les contraintes de temps, un certain manque au niveau des spécifications et des difficultés méthodologiques sur quelques points précis (traitement de la réassurance, choix et harmonisation de certaines hypothèses techniques...) constituent les principales difficultés rencontrées dans ce premier exercice.

Les objectifs ont néanmoins été atteints. Ainsi :

- les provisions techniques ont pu être évaluées sur une nouvelle base ;
- les entreprises d'assurance ont montré leur capacité à implémenter les méthodes proposées ;
- les réponses qualitatives apportées ont été jugées de grande qualité.

La deuxième vague de QIS (QIS 2) lancée début mai 2006, vise à évaluer les différents risques afin de construire les formules SCR et MCR. Il s'agit d'une étape essentielle dans le processus qui devrait ensuite conduire au calibrage. L'évolution future des ressources financières demandées aux entreprises d'assurance en dépendra directement.

LE CONTRÔLE DES GROUPES

Le système « Solvabilité 2 » reste basé sur le contrôle des entités juridiques (contrôle solo). Au sein du CECAPP, un consensus a cependant été atteint pour un renforcement des pouvoirs du contrôleur « groupe » et une claire définition de ses pouvoirs : exigence de capital au niveau groupe, honorabilité et compétence des dirigeants au niveau groupe (fit & proper), contrôle interne.

L'industrie de l'assurance a, d'ailleurs, pris des positions très fortes sur ce sujet souhaitant la désignation d'un « lead supervisor », seul point de contact du groupe. Mais, quelques pays restent très attachés aux prérogatives des contrôleurs solo.

Les dossiers avancent néanmoins sur certains points :

Validation des modèles internes

Le processus sera piloté par le superviseur du groupe en étroite coopération avec les superviseurs solos des entités légales du groupe. En cas de désaccord, la proposition du CECAPP pourrait être que le contrôleur groupe applique le modèle interne pour le calcul du capital du groupe tandis que les contrôleurs solos insatisfaits par ce modèle pourraient demander un capital supplémentaire au titre du pilier II.

Même si formellement la présentation est différente de celle de la directive bancaire (Bâle II), les résultats sont très voisins : le superviseur groupe dirige le processus et assume ses responsabilités au niveau groupe tandis que les superviseurs locaux conservent — en cas de désaccord — leurs prérogatives pour les entreprises relevant de leur juridiction.

Contrôle des sous-groupes

Le dispositif actuel a été fortement critiqué par les entreprises qui considèrent qu'il conduit à des duplications insupportables. En effet, la directive 98/78 est construite de façon telle qu'elle prévoit, sauf dispense, de soumettre tous les sous-groupes au contrôle. Ces dispenses ont d'ailleurs souvent été accordées pour éviter un empilement de contrôles sans pertinence.

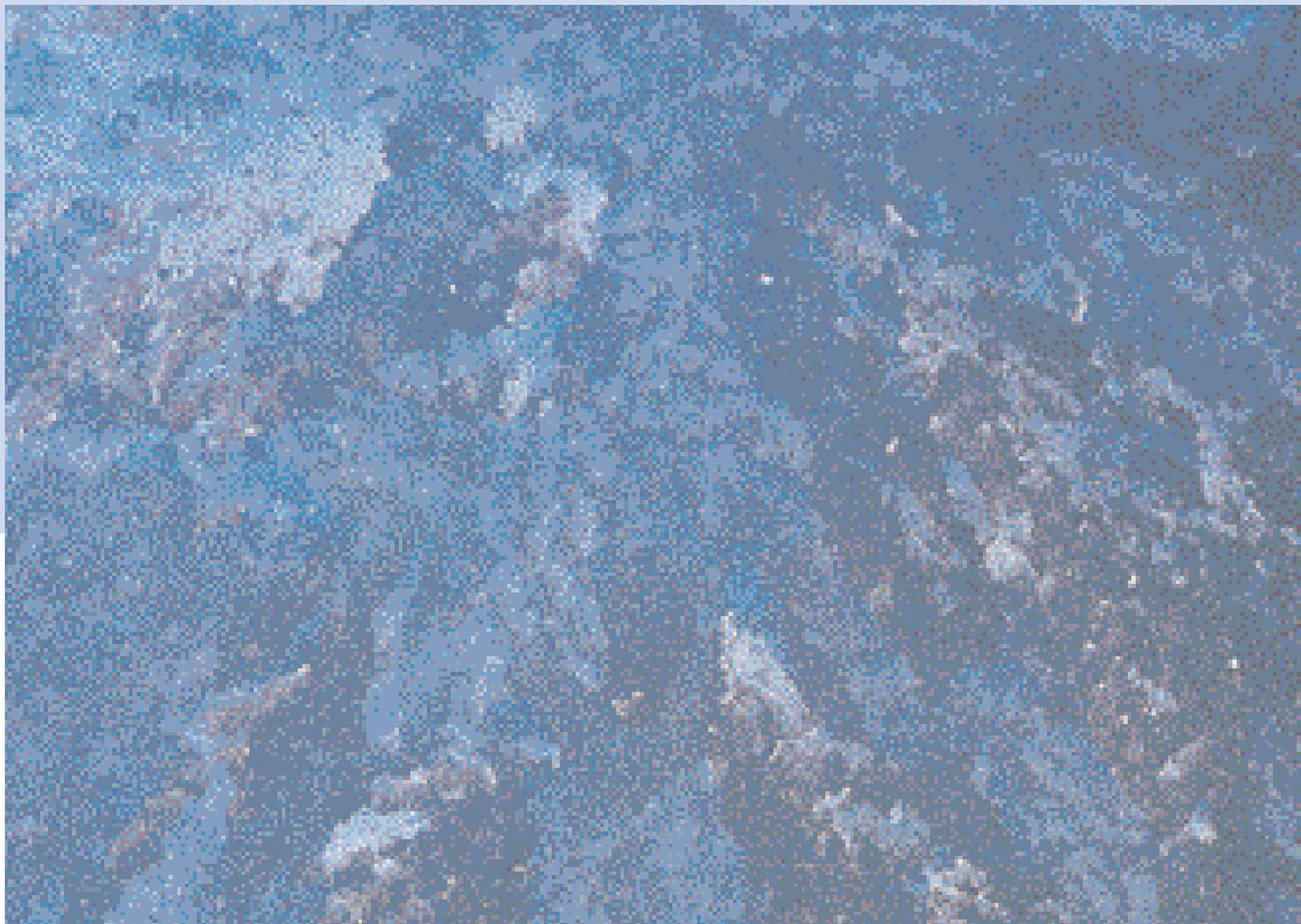
En réalité, le véritable enjeu réside dans la question du contrôle des sous groupes nationaux. Les propositions du groupe de travail devraient aboutir à se rapprocher de la directive bancaire. Le principe d'un contrôle des groupes sur une base globale serait ainsi affirmé, celui des sous-groupes sur une base nationale restant possible. Même si cela devrait conduire concrètement à une solution voisine, certains souhaitent une obligation avec dérogation tandis que d'autres préconisent une solution plus ouverte où la règle serait l'absence de contrôle avec la possibilité de décision de contrôle de l'autorité nationale selon certains critères.

Les effets de diversification

Un autre débat actuel concerne la reconnaissance des effets de diversification au niveau de l'exigence de SCR d'un groupe et de sa prise en compte au niveau des filiales. L'orientation actuelle est d'examiner la possibilité d'utiliser un instrument de capital nouveau (« capital support ») au niveau des filiales qui serait en fait une promesse de capital.

La question de la collaboration avec les pays tiers est également examinée, aussi bien pour les groupes qui y ont leur tête que pour les groupes qui y ont une activité importante.





LES ACTEURS DU MARCHÉ FRANÇAIS DE L'ASSURANCE

1- LES ASSUREURS VIE

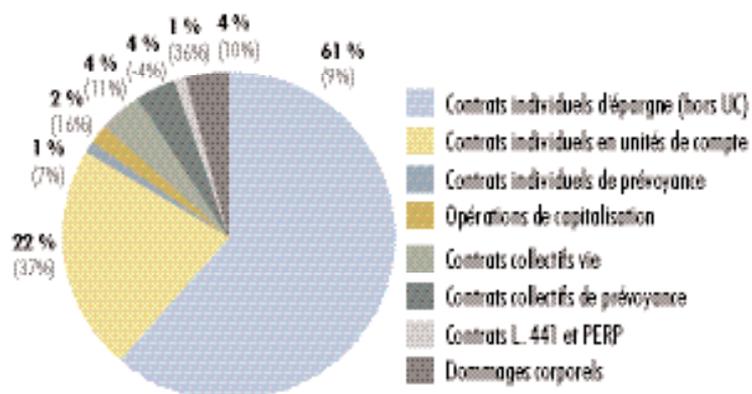
- **4^e marché vie mondial**
- **119 sociétés** vie-capitalisation-mixte en France fin 2005 (119 en 2004)
- **133 milliards** d'euros de primes (+ 14 %)

1-1 L'évolution des primes

133 MILLIARDS D'EUROS DE PRIMES EN 2005

En 2005, les primes émises par les sociétés vie ou mixte se sont élevées à 133 milliards d'euros, en progression de 14,3 % par rapport à l'exercice 2004. Les premières indications sur le début de l'année 2006 indiquent que ce rythme rapide de progression se poursuit, notamment sous l'effet du réemploi de fonds auparavant investis dans des plans épargne logement.

RÉPARTITION DES AFFAIRES DIRECTES EN 2005 (ET ÉVOLUTION DES ENCAISSEMENTS SUR UN AN)
(Répartition / Évolution / 2004)



PARTIE III

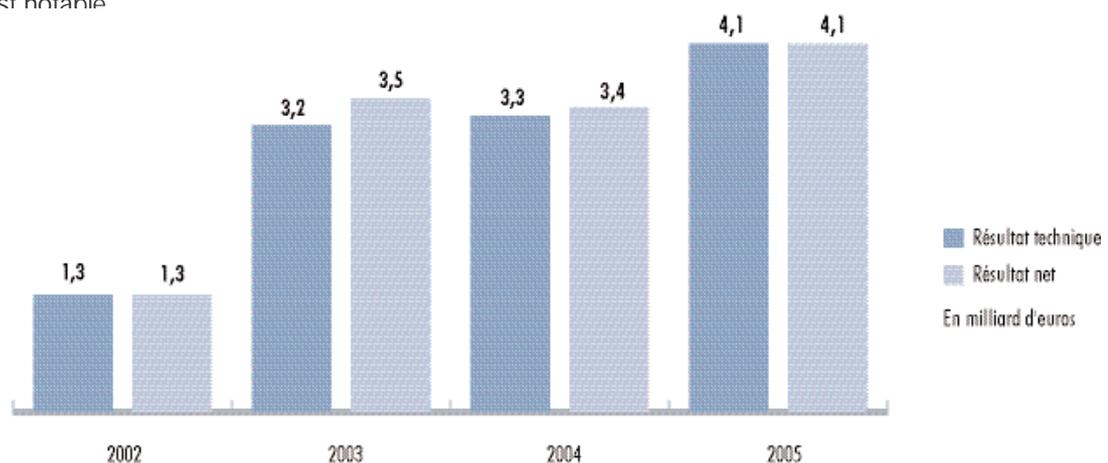
LES ACTEURS DU MARCHÉ FRANÇAIS DE L'ASSURANCE

UNE FORTE PROGRESSION DES CONTRATS EN UNITÉS DE COMPTE

Cette répartition fait apparaître l'influence de la situation des marchés sur la structure de l'activité. Dans un contexte de marchés financiers orientés à la hausse, les souscriptions de contrats en unités de compte progressent plus fortement que les contrats d'épargne sans risque de placement, qui demeurent, cependant, très nettement majoritaires. La progression des contrats de type PERP ou L. 441, qui visent explicitement à couvrir des besoins d'assurance-retraite, est notable.

1- 2 Le résultat technique

Afin de rendre les comptes des assureurs comparables indépendamment de leur niveau de fonds propres, la réglementation comptable en assurance isole un résultat technique, avant influence du placement des fonds propres, des produits et charges exceptionnelles et de la fiscalité. L'environnement financier favorable se traduit logiquement par un résultat en forte progression.



Le résultat technique représente un bénéfice de 3 % du total des primes dont la formation s'explique ainsi : lorsqu'un assureur vie a souscrit 100 de primes, il a par ailleurs également encaissé 46 de produits financiers et ses réassureurs lui ont apporté 8 de ressources. En contrepartie de la garantie apportée par ses réassureurs, il leur a versé 8,

ses frais de gestion lui ont coûté 8, il a payé des sinistres ou augmenté le montant des provisions techniques pour 109 et a majoré le montant des prestations de 26 sous forme de participation aux bénéfiques. La différence entre ces ressources et dépenses a représenté en 2005 un bénéfice de 3.

Ressources		Charges	
Primes	100 %	58 %	Sinistres payés
Résultat financier technique	46 %	51 %	Accroissement des provisions techniques
Charges incombant aux réassureurs	8 %	26 %	Participation aux résultats
		8 %	Primes cédées aux réassureurs
		8 %	Frais d'acquisition et d'administration
Total des ressources	154 %	151 %	Total des charges
		3 %	Bénéfice

1-3 La couverture des engagements réglementés

La couverture des engagements réglementés est une exigence prudentielle visant à ce que les assureurs disposent d'actifs sûrs, liquides et rentables au moins à hauteur de leurs engagements envers les assurés et de leurs autres dettes privilégiées.

Les engagements à couvrir au titre des opérations d'assurance vie représentaient 1 002 milliards

d'euros à fin 2005, contre 903 milliards d'euros un an plus tôt, soit une progression de 11 %. Les actifs affectés en couverture atteignaient 853 milliards d'euros auxquels s'ajoutaient 152 milliards d'euros d'actifs divers, lesquels comportent les actifs en couverture des engagements en unités de compte (180 milliards d'euros). Le ratio global de couverture des engagements privilégiés augmente de 0,3 points à 104,2 % pour un minimum réglementaire de 100 %. Hors unités de compte, qui correspondent à des engagements couverts par construction à 100 %, le taux de couverture des engagements est de 105,1 %.

en milliards €	2002	2003	2004	2005
Prov math en UC	119,7	131,3	147,7	179,6
Autres prov au bilan	633,5	691,0	740,4	818,5
Autres passifs réglementés	12,9	14,8	15,1	4,4
Total engagements réglementés	766,1	837,1	903,2	1002,4
Placements	657,2	729,6	781,9	853,1
Autres actifs admissibles	134,8	146,4	156,5	191,7
Excédent de couverture	25,9	39,0	35,2	42,3
Ratio de couverture	103,4 %	104,7 %	103,9 %	104,2 %
Ratio de couverture hors UC	104,0 %	105,5 %	104,7 %	105,1 %

1-4 La marge de solvabilité

En plus des provisions suffisantes, couvertes par des actifs suffisamment sûr, liquides, rentables et diversifiés, la réglementation impose aux assureurs de disposer d'une richesse propre minimum, dont le montant dépend des activités pratiquées. Cette richesse minimum est appelée exigence de

marge de solvabilité. La richesse effectivement disponible s'évalue à partir de la situation patrimoniale telle qu'elle apparaît au bilan des entreprises à laquelle s'ajoutent les plus-values latentes enregistrées en annexe au bilan. Fin 2005, l'exigence minimale de marge des assureurs vie était de 38 milliards d'euros contre 34 milliards un an plus tôt.

Le taux de couverture de l'exigence minimale de marge de solvabilité a évolué ainsi :

	2002	2003	2004	2005
Bilan	131 %	139 %	133 %	126,1 %
Bilan + plus-values latentes	242 %	288 %	343 %	373,4 %

Pour la seconde année consécutive, le taux de couverture de la marge de solvabilité augmente sensiblement pour représenter plus de 3,5 fois le minimum réglementaire. Cette hausse provient de l'accroissement du stock de plus-values latentes due :

- à une évolution favorable des marchés actions,
- à la poursuite de la hausse de valeur des actifs immobiliers,
- à la poursuite de la baisse des taux qui augmente mécaniquement la valeur des obligations en portefeuille.



LES PRODUITS STRUCTURÉS

Les services de l'Autorité des marchés financiers (AMF) et de l'ACAM ont constaté que certains établissements financiers ont mis au point des produits structurés complexes proposés uniquement en tant que support en unité de compte de contrat d'assurance-vie. Ces montages leur permettent de se soustraire aux contraintes de valorisation et d'information liées à la création et à la distribution d'un OPCVM ou d'un placement par appel public à l'épargne. Ces produits sont structurés pour la plupart sous la forme d'obligations de droit français émises par une société de gestion française ou l'une de ses filiales et cotées sur une bourse étrangère. Des produits au mécanisme similaire sont parfois émis sous forme de Bons à moyen terme (BMTN) ou sous forme de « Euro medium term note » (EMTN).

Il s'agit de produits complexes dont le profil risque/rendement s'apparente à celui de fonds à formule. L'une ou plusieurs des caractéristiques du titre – revenus annuels, valeur de remboursement, durée de vie du titre – sont déterminées en fonction de la performance d'un panier d'actions ou d'un indice sous-jacent, parfois suivant une formule compliquée. Le problème réside dans les garanties offertes aux souscripteurs. Certains titres examinés présentent, en effet, soit une garantie en capital partielle, soit une garantie qui disparaît dans les cas les plus défavorables, ou tout simplement une absence complète de garantie de capital. Enfin, certains produits comportent un effet de levier implicite.

La commercialisation de ces produits en tant qu'unité de compte d'un contrat d'assurance-vie peut se révéler non conforme à la réglementation. Les exigences d'information auxquelles ils sont soumis, ainsi que les conditions sous lesquelles ils peuvent être admis en couverture des engagements réglementés parmi les placements des organismes d'assurance, ne sont pas toujours respectées.

1- Le problème de l'admissibilité des produits structurés en tant qu'unité de compte

L'article L. 131-1 du Code des assurances fixe les conditions d'éligibilité d'un support en tant qu'unité de compte d'un contrat d'assurance vie ; celles-ci ne sont pas toujours remplies dans le cas des produits structurés.

• L'INSUFFISANCE DE LA PROTECTION DE L'ÉPARGNE INVESTIE - à l'échéance

Plusieurs titres n'offrent qu'une garantie en capital, à l'échéance, partielle ou restreinte. Cette garantie est donnée dans des termes souvent imprécis et parfois contradictoires. De plus, présenter un titre comportant un risque en capital comme une obligation peut être source de confusion, dans le cadre de produits proposés à des particuliers.

- en cours de vie

La plupart de ces titres n'offre aucune garantie de valeur en cas de rachat avant l'échéance. Et le cours théorique du produit est une valeur fournie par l'émetteur dans le cadre d'un engagement de fixer des prix à une périodicité donnée. Il dépend d'un calcul de valorisation complexe résultant notamment de l'évaluation d'options. Il n'existe pas en général de contre-valorisation, ni par l'assureur, ni par un tiers indépendant de l'assureur et de l'émetteur.

• LE NON RESPECT DES CRITÈRES DE LA LISTE DRESSÉE À L'ARTICLE R. 131-1 DU CODE DES ASSURANCES

Les obligations et les BMTN figurent sur la liste des supports admissibles en tant qu'unités de compte sous certaines conditions : les obligations d'émetteurs privés sont visées par le 1° de l'article R. 131-1, qui renvoie au 2° de l'article R. 332-2 : « obligations, parts de fonds communs de créance et titres participatifs négociés sur un marché reconnu ». Le 1° de l'article R. 131-1 renvoie également au 2° ter de l'article R. 332-2, qui vise les « bons à moyen terme négociables répondant aux conditions mentionnées à l'article R. 332 14 1, et émis par des personnes morales autres que les États membres de l'OCDE ayant leur siège social sur le territoire de ces États et dont des titres sont négociés sur un marché reconnu ». Les produits dénommés « EMTN » ne figurent pas dans la liste de l'article R. 332-2. Il est néanmoins possible de les assimiler à des obligations ou à des BMTN, auquel cas les conditions équivalentes s'appliquent.

Le marché reconnu est défini par l'article R. 332-2 comme faisant partie des « marchés réglementés des États parties à l'accord sur l'Espace économique européen ou les marchés de pays tiers membres de l'OCDE en fonctionnement régulier ».

Ainsi, la qualification d'obligation ou de BMTN ne suffit pas à rendre éligible un produit financier, encore faut-il qu'il soit négocié sur un marché reconnu. Or, si une bourse européenne réglementée est de plein droit un marché reconnu, la négociation explicitement exigée par la réglementation n'est pas acquise par la simple inscription à la cote, qui n'assure pas la liquidité

de l'actif support ni une fixation de son cours selon un mécanisme de marché. Par exemple, ne peuvent pas être considérés comme **négociés** sur un **marché reconnu** :

- un titre dont le cours de bourse n'est qu'indicatif et ne repose sur aucune transaction ;
- un titre dont le cours n'est pas publié assez fréquemment ;
- un titre ne faisant l'objet d'aucune transaction ;
- un titre dont la notice précise que seules les opérations de vente sont possibles sur le marché secondaire.

• LE MANQUE DE GARANTIES DU CONTRAT

Certains produits financiers ont une durée inférieure à huit ans, donc inférieure à la durée du contrat, ce qui ne permet pas d'énoncer les garanties, en infraction à l'article L. 131-1.

2- Le non respect de l'obligation des exigences d'information des assurés

Un produit structuré sous la forme d'une obligation n'est pas soumis à des règles identiques aux OPCVM en ce qui concerne l'information, notamment le prospectus. L'information exigée apporte plus de précisions quant à l'émetteur mais est moins explicite quant aux caractéristiques financières du produit.

Le Code des assurances impose néanmoins que l'assureur fournisse au souscripteur une « indication des caractéristiques principales » de chaque unité de compte.

Les documents pré-contractuels et contractuels doivent donc répondre à certaines exigences en termes d'information du souscripteur. A cet égard, la présentation du support devrait comporter des indications sur l'émetteur, les garanties, les frais, les investisseurs concernés, le niveau de risque encouru, les inconvénients du produit financier, les paris implicites et l'économie générale du produit.

Enfin, les documents commerciaux qui comportent des simulations devraient présenter des scénarios défavorables aboutissant à une performance nulle, négative ou inférieure au taux sans risque. La présentation de simulations fondées sur des données relatives au passé se doit d'être précise et rigoureuse afin de limiter la confusion entre perspectives et réalisations.

3- La question de l'admissibilité en représentation des engagements réglementés

Certains produits structurés sont utilisés par les organismes d'assurance en tant que placements, souvent sous l'appellation EMTN. Il convient de rappeler ici que leur classification dans la catégorie adéquate de l'article R. 332-2 du Code des assurances permet de déterminer les limites dans lesquelles ils sont admis en couverture des engagements réglementés, ainsi que les règles qui s'appliquent pour leur comptabilisation.

Lorsque le produit est assimilable à une obligation négociée sur un marché reconnu ou à un BMTN répondant aux conditions fixées à l'article R. 332-14-1, il peut être classé dans la catégorie correspondante de l'article R. 332-2 et, lorsqu'il n'est pas indexé, bénéficie du régime comptable de l'article R. 332-19.

En revanche, lorsque le produit n'est pas négocié sur un marché reconnu, il doit être classé dans la catégorie visée au 6° de l'article R. 332-2, avec des

règles moins favorables. En particulier, il doit être comptabilisé selon les règles définies à l'article R. 332-20. De plus, pour chaque émetteur, les titres de ce type ne peuvent être admis en couverture des engagements vis-à-vis des assurés qu'à hauteur de 1 % de la base de dispersion, conformément à l'article R. 332-3-1 du Code des assurances.

LES TONTINES

La constitution d'une tontine consiste en la mise en commun d'un bien, entre deux personnes ou plus, qui stipulent que ce bien reviendra au dernier survivant. Si ce type d'opération peut être mis en place librement par des particuliers, notamment pour des acquisitions immobilières, il peut également être proposé, sous une forme légèrement différente, par des sociétés dédiées : les sociétés à forme tontinière.

• DÉFINITION ET FONCTIONNEMENT

Les sociétés à forme tontinière constituent des formes particulières de sociétés d'assurance mutuelles. A ce titre, elles doivent, pour fonctionner, détenir un agrément administratif (branche 23 : opérations tontinières) et se consacrer exclusivement à cette activité : en application de l'article L.321-1 « aucun agrément ne peut être accordé à une entreprise tontinière pour des opérations autres que tontinières ».

Le fonctionnement des tontines est le suivant : les sociétés constituent des associations comprenant des adhérents, dont les cotisations sont capitalisées de manière commune. A chaque association est associé un fonds, géré distinctement, alimenté par les différentes cotisations et les éventuels revenus et plus ou moins values, sous la seule déduction des frais de gestion et d'acquisition statutaires. A la liquidation de l'association, dont la durée de vie est prévue dès le départ, les fonds constitués sont partagés entre les survivants (pour une association en cas de vie) ou les ayants droits des décédés (pour une association en cas de décès).

La durée légale des associations en cas de vie doit être comprise entre 10 et 25 ans. Une telle association ne peut accueillir de nouveaux membres au cours des cinq années précédant sa liquidation. Les dispositions réglementaires précisent que la répartition des fonds d'une association, lors de la liquidation de celle-ci, doit être effectuée au prorata des montants de souscription de chacun et en fonction de l'âge des sociétaires et de l'époque des règlements. Cela revient donc à prendre en compte, pour chaque versement, la probabilité de survie au terme de l'adhérent. Par ailleurs, afin que la répartition puisse refléter les risques relatifs réellement pris par chaque adhérent, les associations doivent comporter au minimum 200 membres.

• LE MARCHÉ FRANÇAIS ET LES PERSPECTIVES

On dénombre 3 sociétés d'assurance à forme tontinière sur le marché français. Ces entreprises gèrent au total 46 associations en cas de vie. Aucune de ces entreprises n'a constitué d'association en cas de décès. Néanmoins, des contre-assurances en cas de décès souscrites auprès d'autres entreprises sont systématiquement proposées.

Le chiffre d'affaires des opérations tontinières s'élevait en 2004 à 156,8 millions d'euros. Ce chiffre relativement modeste en comparaison des montants placés sur les produits d'assurance vie peut s'expliquer à la fois par le risque du produit, qui n'offre aucune garantie de capital au terme, et surtout par l'indisponibilité des sommes : l'argent investi est, en effet, bloqué jusqu'à la liquidation de l'association sans aucune possibilité de rachat.

A contrario, ce type d'épargne procure aux gérants des conditions d'investissements bien moins contraignantes qu'en assurance vie. Ceux-ci connaissent, en effet, dès le départ l'horizon d'investissement et ont la certitude qu'aucun rachat ne les obligera à vendre de titre au cours de la période. Par ailleurs, il est possible de mettre en œuvre une sécurisation progressive des fonds au fur et à mesure qu'on se rapproche du terme de l'association. Cette souplesse d'investissement a probablement contribué aux bons rendements observés sur les tontines arrivant à échéance. Cela doit toutefois être analysé en prenant en compte le risque présenté par cet investissement, qui n'offre aucune garantie sur le montant à l'échéance.

Enfin, les cotisations versées aux tontines ne sont pas assujetties à l'impôt sur la fortune, du fait de l'indisponibilité, jusqu'au terme, de l'argent investi et de l'absence de garantie. Cet avantage ne semble toutefois pas spécialement mis en avant lors de la commercialisation des produits. De plus, les montants des cotisations moyennes versées n'indiquent pas que cette exemption fiscale soit déterminante dans le choix des investisseurs. De façon plus générale, on observe paradoxalement que les spécificités principales de ce type d'épargne sont peu prises en compte au moment de la souscription. Ainsi la caractéristique la plus originale, qui réside dans l'éventuel gain viager résultant du décès d'autres adhérents de l'association, est très largement atténuée par la souscription quasi-systématique de contre-assurance en cas de décès.

LES RÉGIMES COLLECTIFS EN POINTS DITS « RÉGIMES L 441 »

Les régimes dits L 441 ou de branche 26 sont des régimes de retraite collectifs prévoyant un cantonnement des actifs qui permet aux assurés de bénéficier d'un privilège supérieur au privilège général de l'assurance vie.

L'ordonnance n° 59-75 du 7 janvier 1959 a créé des régimes collectifs de retraite dont les droits sont exprimés en points. Lors de la codification de 1976, les dispositions de l'ordonnance ont été regroupées dans le chapitre 441 du Code des assurances. La première directive vie 79/267/CEE a homologué l'existence de ces régimes, classés en branche 26, tout en les distinguant des assurances sur la vie classiques.

Pas plus en 1959 que lors de la codification ou qu'ultérieurement, le droit du contrat d'assurance terrestre, issu de la loi de juillet 1930 et intégré à présent dans le Livre premier du Code des assurances, n'a été étendu aux régimes du chapitre 441. Il en résulte que, hormis quelques rares articles de ce Livre premier, les dispositions protectrices des cotisants et rentiers de ces régimes se limitent à celles énoncées dans le chapitre 441, qui sont peu consistantes et au surplus, partiellement obsolètes.

La discordance avec l'assurance vie classique se complique par le fait que les deuxième et troisième directives vie ont introduit des dispositions relatives au « droit du contrat et conditions d'assurance » qui, aux termes de la première directive, sont censées s'appliquer aussi à la branche 26. Dispositions dont la transposition en droit français semble en lacune.

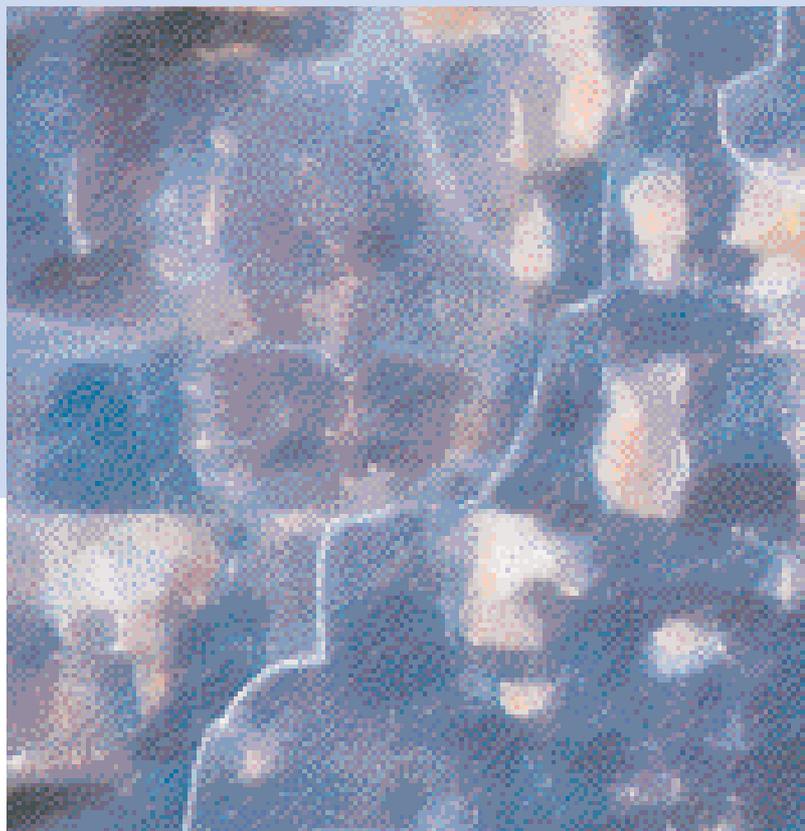
A cela s'ajoute que certains régimes du chapitre 441, de création récente, répondent aux critères de définition du PERP et sont à ce titre régis par les règles juridiques particulières à cette famille de contrats.

Dans ce contexte, une étude approfondie sur les dispositions de Livre I du Code des assurances qu'il faudrait rendre applicables aux régimes 441 apparaît nécessaire. Cette réflexion devra être étendue aux mutuelles régies par le Code de la mutualité et aux institutions de prévoyance, en assurant une bonne coordination entre les trois codes

Une mesure de clarification pourrait, en effet, consister à rapprocher le droit des régimes considérés de celui qui régit les formules d'assurance retraite relevant des branches 20 et 22. Il conviendrait au préalable de recenser et d'analyser toutes les dispositions du Livre premier du Code des assurances qui méritent de s'appliquer, avec adaptation le cas échéant, aux régimes 441.

Cette démarche serait à compléter dans un second temps d'une mise en harmonie des dispositions qui existent pour les régimes de retraite en points similaires régis par les codes de la mutualité et de la Sécurité sociale, en tenant compte de leurs spécificités.





LES ACTEURS DU MARCHÉ FRANÇAIS DE L'ASSURANCE

2- LES ASSUREURS NON VIE

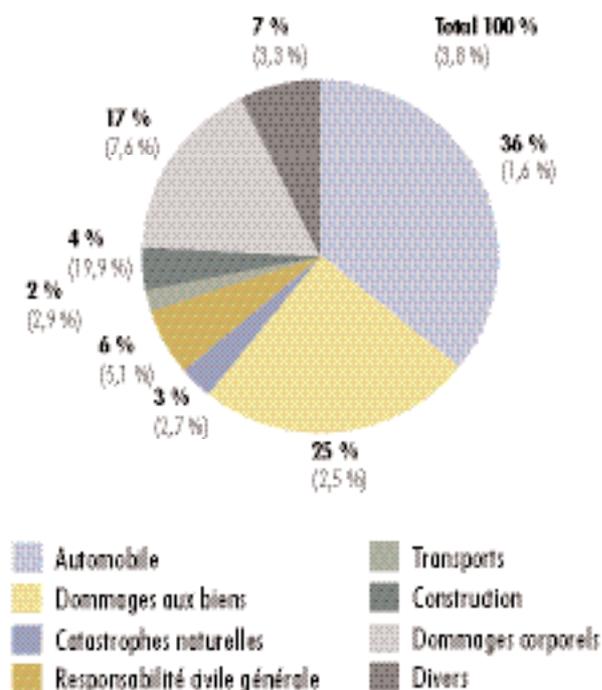
- le 5^e marché non-vie mondial
- 267 sociétés fin 2005 (274 en 2004)
- 58,3 milliards d'euros de chiffre d'affaires (+ 4 %)

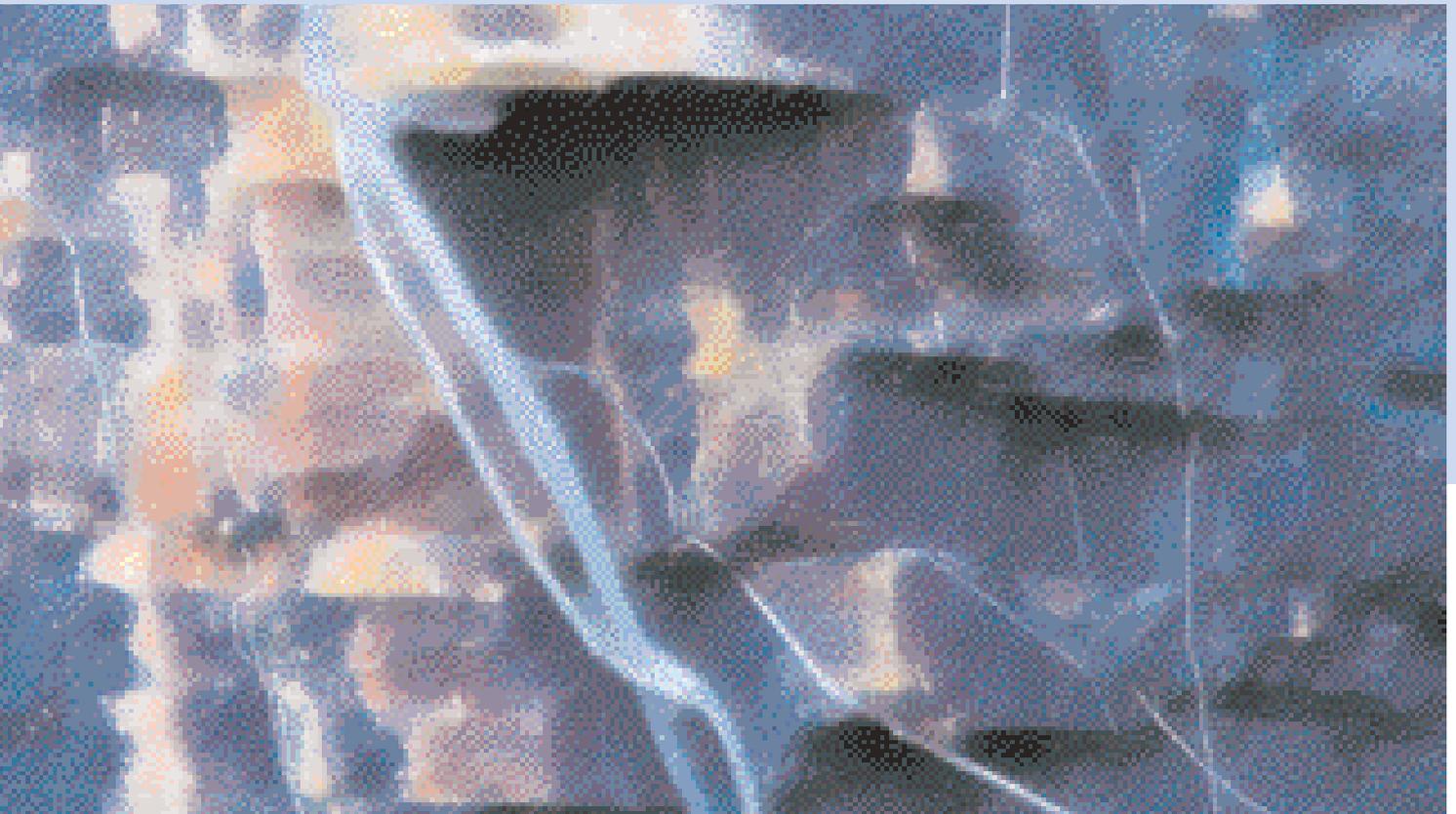
2-1 Évolution de l'activité

En 2005, le chiffre d'affaires de l'assurance non-vie, exprimé en primes acquises, s'est élevé à 58,3 milliards d'euros, en progression de 4 % par rapport à l'exercice 2004.

L'automobile, principale branche exploitée, affiche un faible taux de croissance qui correspond à la traduction tarifaire de l'amélioration des fréquences de sinistres enregistrées ces dernières années.

RÉPARTITION DES AFFAIRES DIRECTES EN 2005
(ET ÉVOLUTION DES ENCAISSEMENTS SUR UN AN)



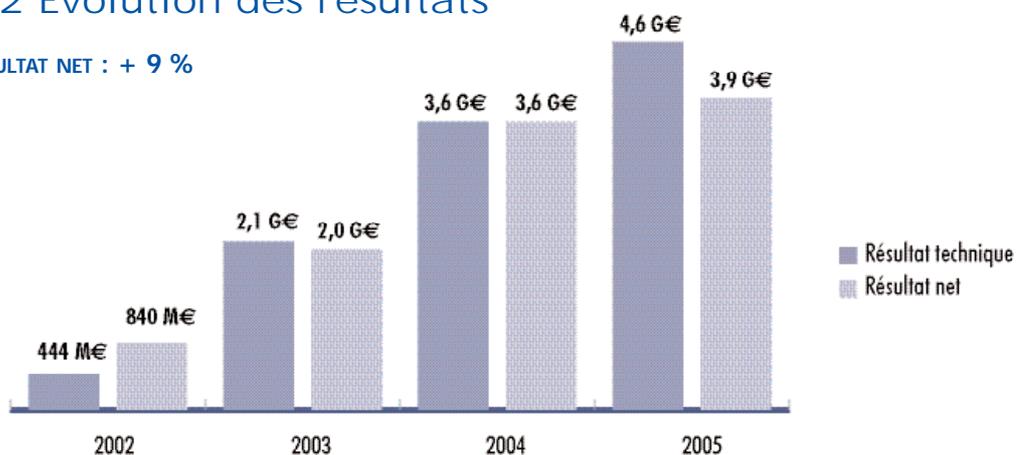


Les principales sources de croissance du secteur non-vie ont été l'assurance construction toujours tirée par le niveau d'activité élevé du secteur, la couverture des dommages corporels où

les tarifs accompagnent l'accroissement des dépenses de santé et la responsabilité civile générale sous l'effet des rehaussements tarifaires.

2-2 Évolution des résultats

RÉSULTAT NET : + 9 %



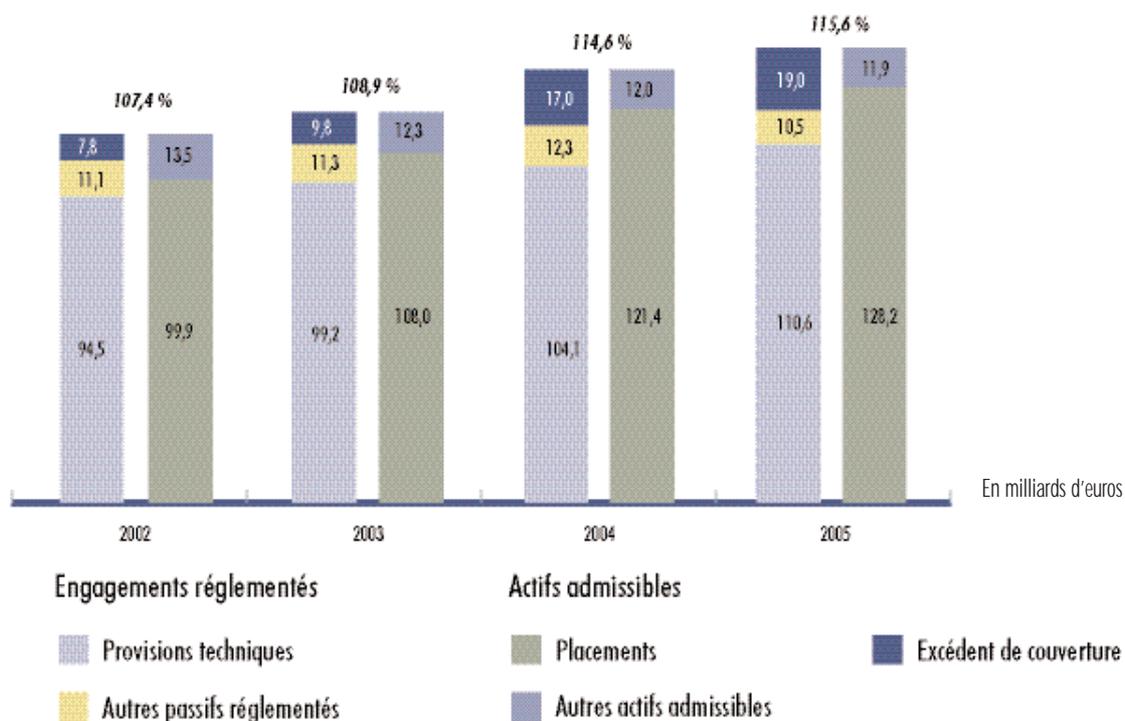
Le résultat net des assureurs non vie augmente de 9 % en un an. Durant la même période, le résultat technique augmente de 28 %.

Comme pour le marché de l'assurance vie, les assureurs non vie ont bénéficié d'un

environnement financier favorable qui s'est conjugué à un contexte de sinistralité favorable en risques de masse et relativement peu de sinistres importants pour faire de l'année 2005 une année satisfaisante.

2-3 La couverture des engagements

DES ENGAGEMENTS RÉGLEMENTÉS COUVERTS
À 115,6 % EN 2005



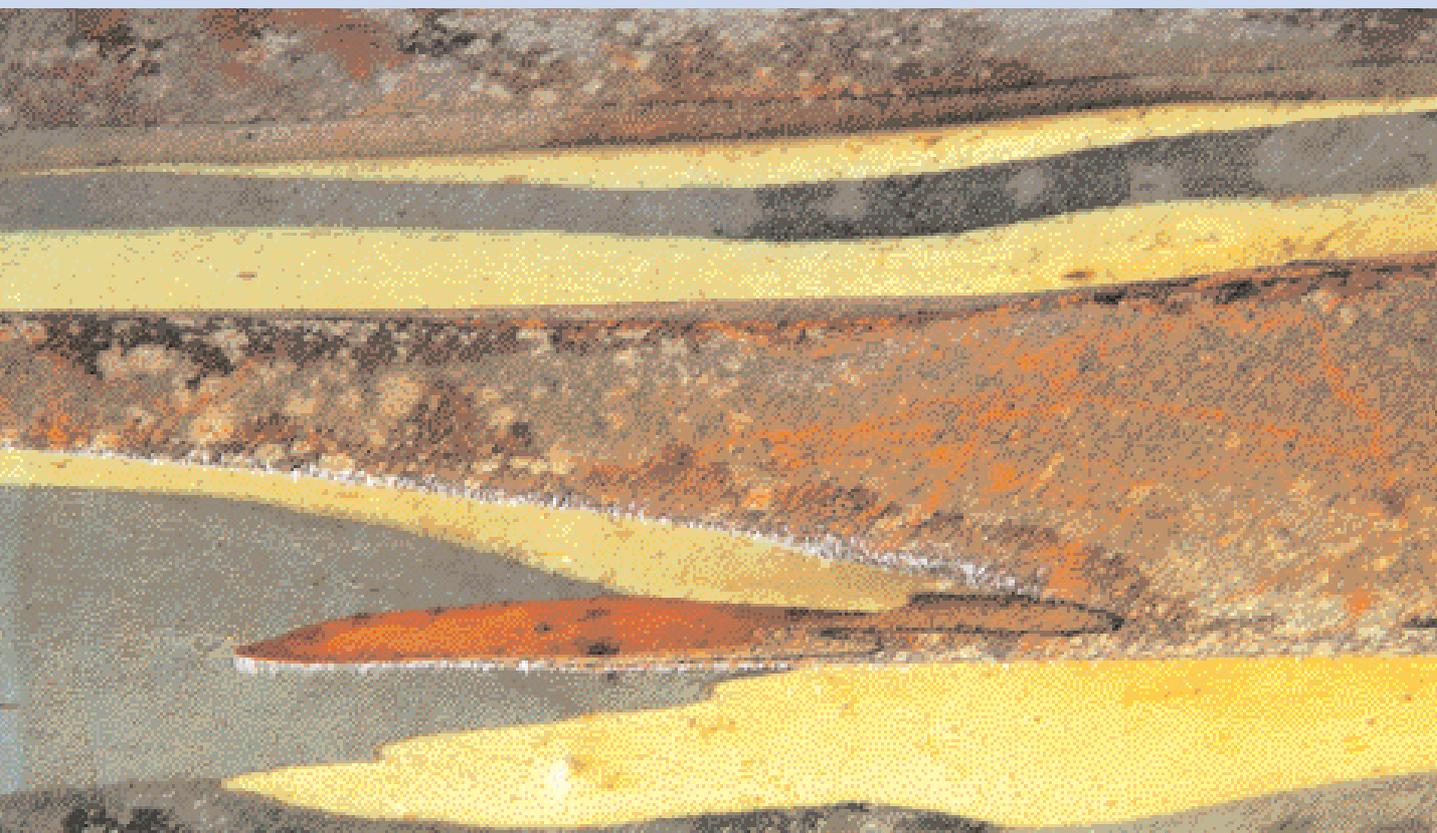
Comme en assurance vie, les assureurs non vie doivent couvrir leurs engagements envers les assurés ainsi que leurs autres engagements privilégiés par des actifs suffisamment sûrs, liquides, rentables et diversifiés. Ces engagements sont pour l'essentiel retracés dans deux postes du bilan. Sous le double effet d'une sinistralité relativement clémente et d'une année favorable en gestion financière, le ratio de couverture des engagements des assureurs non-vie augmente sensiblement.

2-4 La marge de solvabilité

La marge de solvabilité à constituer par les entreprises d'assurance non-vie est passée de 8,9 milliards d'euros en 2004 à 9,2 milliards d'euros en 2005. A cette date, les sociétés non-vie couvraient globalement le minimum réglementaire de marge à 327 % avec les éléments de bilan, et à 643 % en tenant compte des plus-values latentes.

	2002	2003	2004	2005
Bilan	339 %	352 %	332 %	327 %
Bilan + plus-values latentes	482 %	562 %	549 %	643 %





3- LES ACTEURS DU MARCHÉ FRANÇAIS DE L'ASSURANCE LES SOCIÉTÉS DE GROUPE D'ASSURANCE MUTUELLE

L'ordonnance du 29 août 2001 a mis à la disposition des sociétés d'assurance mutuelles une nouvelle entité juridique, la société de groupe d'assurance mutuelle (SGAM), dont l'activité principale est de nouer ou de gérer, avec un ou plusieurs organismes d'assurance (société d'assurance mutuelle, institution de prévoyance ou mutuelle relevant du Code de la mutualité), des liens de solidarité financière, en application de l'article L. 322-1-2 du Code des assurances, et ceci en l'absence de relations capitalistiques. La SGAM fonctionne, en effet, sans capital social. La création d'une SGAM permet, par ailleurs, aux entités qui financent son fonctionnement et qui lui sont liées par une « convention d'affiliation », conformément à l'article L. 322-1-3 du Code

des assurances et aux articles correspondants des Codes de la mutualité et de la Sécurité sociale, de favoriser leur cohérence stratégique ou opérationnelle.

A la date de rédaction du présent rapport, quatre SGAM ont été créées et plusieurs projets sont en cours d'élaboration.

Le Code des assurances prévoit, dans ses articles L. 322-1-4 et R. 322-161, que l'affiliation d'une entité à une SGAM est soumise à déclaration préalable auprès du Comité des Entreprises d'Assurances (CEA), qui dispose d'un délai de trois mois pour s'opposer à une affiliation contraire aux intérêts des assurés. L'avis de l'ACAM étant sollicité par le CEA,

la conformité des statuts de la SGAM et des conventions d'affiliation aux exigences réglementaires (notamment en matière de gouvernance, de pouvoirs de la SGAM et de modalités d'affiliation, de retrait et d'exclusion) fait l'objet d'un examen approfondi par l'autorité de contrôle.

La création d'une SGAM représente un enjeu central pour le contrôle prudentiel. Elle met en œuvre des « liens de solidarité financière importants et durables » prévus par les codes, les éléments suivants méritent ainsi une attention particulière :

- l'intérêt des assurés commande que la solidarité financière instituée puisse être mise en œuvre au profit d'une « entreprise affiliée » dont les difficultés ne lui permettraient temporairement plus de respecter les exigences réglementaires de couverture de ses engagements réglementés ou de sa marge de solvabilité. A ce titre, il est plus que souhaitable que les statuts de la SGAM mentionnent le non-respect des règles prudentielles comme facteur déclenchant de la solidarité financière ;

- le caractère « durable » des liens de solidarité financière prévus par la réglementation implique a priori pour les entreprises affiliées un certain nombre de contraintes : les statuts et les conventions d'affiliation à la SGAM peuvent à bon droit prévoir l'interdiction pour une entité de s'affilier à une autre SGAM, ou l'application de pénalités financières en cas de retrait prématuré.

S'agissant des modalités de mise en œuvre de cette aide financière, la réglementation ne dresse pas de liste limitative de moyens de financement. Une large gamme d'options demeure ouverte aux SGAM : souscription d'emprunt émis par l'entreprise affiliée sollicitant une aide financière, soit directement auprès des autres entreprises affiliées, soit par l'intermédiaire de la SGAM, cautionnement d'un emprunt, création d'un « fonds de solidarité » abondé par les entreprises affiliées. La diversité des possibilités est d'ailleurs attestée par celle des choix retenus par les SGAM qui existent aujourd'hui. Par ailleurs, si la SGAM ne peut pratiquer elle-même d'opérations de réassurance, elle peut favoriser l'établissement entre ses membres de tels liens, soit via la signature de traités de réassurance directement entre ses affiliées, soit via une société de réassurance mutuelle qui peut elle-même être affiliée à la SGAM.

Un strict encadrement de ces mécanismes s'impose cependant : le déclenchement de la solidarité financière de la SGAM au profit d'un de ses membres ne saurait en effet avoir pour conséquence de menacer la solvabilité des autres entreprises affiliées. Des limitations à l'octroi d'aides financières doivent par conséquent être prévues et la SGAM doit se doter de moyens de contrôle lui permettant d'encadrer l'emploi fait des aides accordées.

LA NÉCESSITÉ D'UNE LIMITATION À L'OCTROI DES AIDES FINANCIÈRES

Le déclenchement de la solidarité financière ne doit être ni automatique, ni illimité. A cet égard, une mention explicite dans les statuts, précisant que l'octroi d'une aide financière à une entreprise affiliée ne peut avoir pour conséquence de mettre en péril la solvabilité des autres entreprises affiliées et le respect de leurs contraintes prudentielles, constitue un garde-fou important. Dans le même sens, la subordination de l'octroi d'une aide à la mise en œuvre, par l'entreprise affiliée qui en bénéficie, d'un certain nombre de mesures (ce qui pourrait s'apparenter à un « plan de redressement » validé par la SGAM) est une exigence justifiée.

LA MISE EN PLACE DE MOYENS DE CONTRÔLE

L'existence d'une solidarité financière impose que la SGAM soit dotée par ses membres de moyens de contrôle et de sanction des entreprises affiliées. Les codes ouvrent une telle possibilité et il importe que les statuts des entités affiliées, les statuts de la SGAM et les conventions d'affiliation les présentent.

En particulier l'article R. 322-161 II. du Code des assurances énonce que les statuts peuvent :

- conférer à la société de groupe d'assurance mutuelle des pouvoirs de contrôle à l'égard des entreprises affiliées par convention, à condition que les statuts de celles-ci le permettent, y compris en ce qui concerne leur gestion. Ils peuvent notamment, à la même condition :

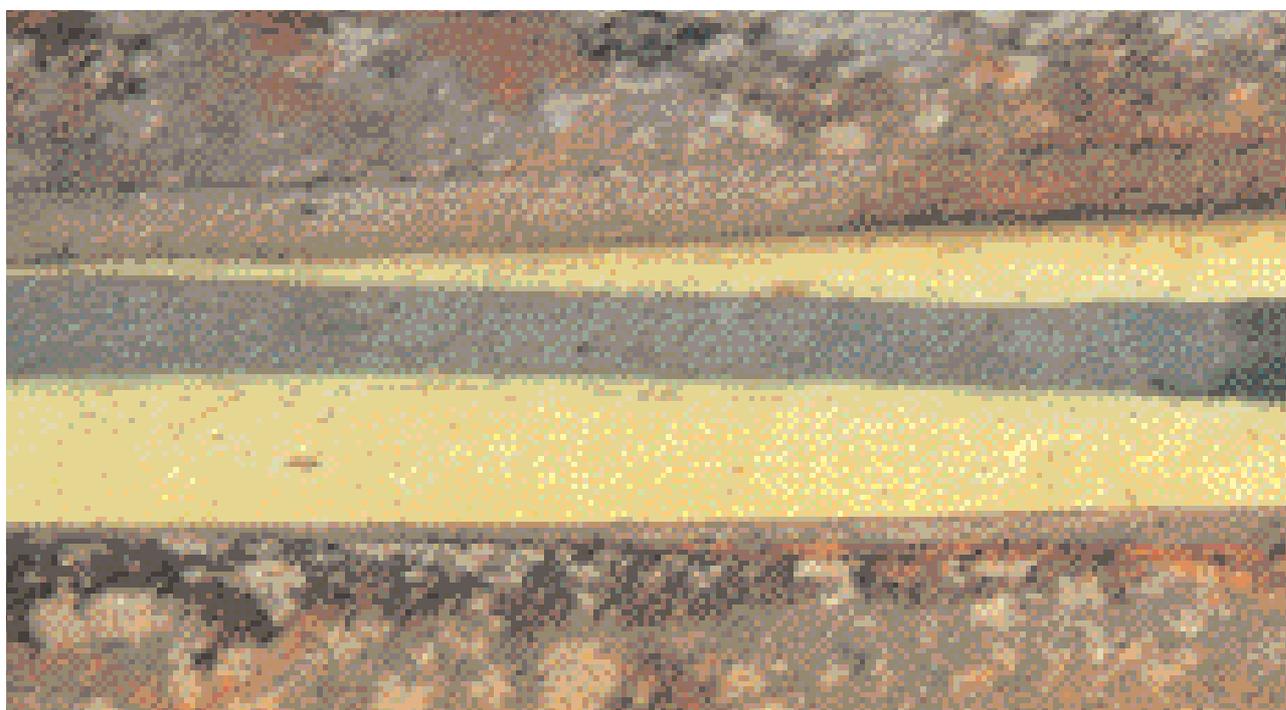
- subordonner à l'autorisation préalable du conseil d'administration ou du conseil de surveillance de la société la conclusion par ces entreprises d'opérations énumérées par les statuts, notamment la cession d'immeubles par nature, la cession totale ou partielle d'actifs ou de participations, la constitution de sûretés et l'octroi de cautions, avals ou garanties ;
- prévoir des pouvoirs de sanction de la société à l'égard de ces entreprises.

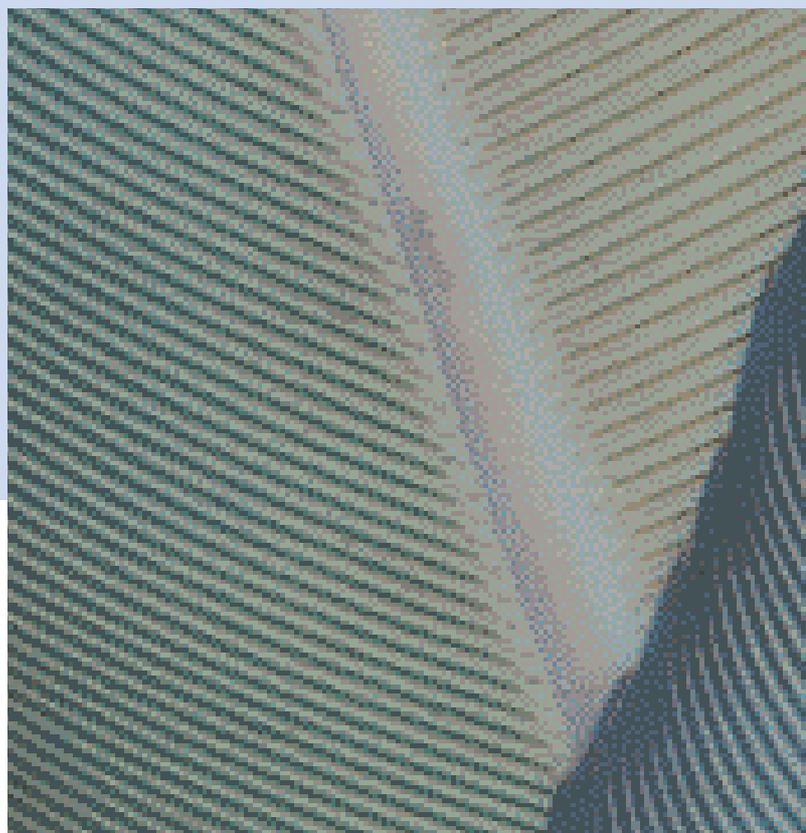
Les statuts peuvent également prévoir que toute entreprise demandant son admission à la société de groupe d'assurance mutuelle modifie au préalable ses propres statuts afin de reconnaître à la société de groupe d'assurance mutuelle le droit de demander la convocation de l'assemblée générale de ladite entreprise et de proposer lors de celle-ci l'élection de nouveaux candidats au poste d'administrateur ou de membre du conseil de surveillance. »

Ces dispositions semblent particulièrement utiles lorsqu'une entreprise s'est vue octroyer par la

SGAM des moyens financiers. D'autres modalités de contrôle, notamment la possibilité pour la SGAM de faire diligenter des audits au sein d'une entreprise affiliée, participent de la même logique et ont été d'ailleurs retenues par certaines des SGAM existantes.

Il convient, enfin, de prohiber explicitement le retrait d'une entreprise affiliée qui a reçu préalablement de la SGAM des aides financières. Le CEA et l'ACAM seront particulièrement vigilants sur ce point, sachant que le retrait ou l'exclusion d'une SGAM est conditionné par une déclaration préalable au CEA.



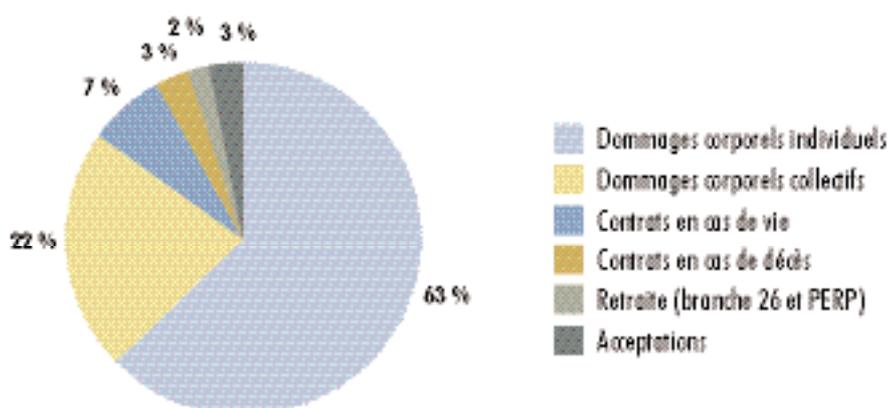


LES ACTEURS DU MARCHÉ FRANÇAIS DE L'ASSURANCE

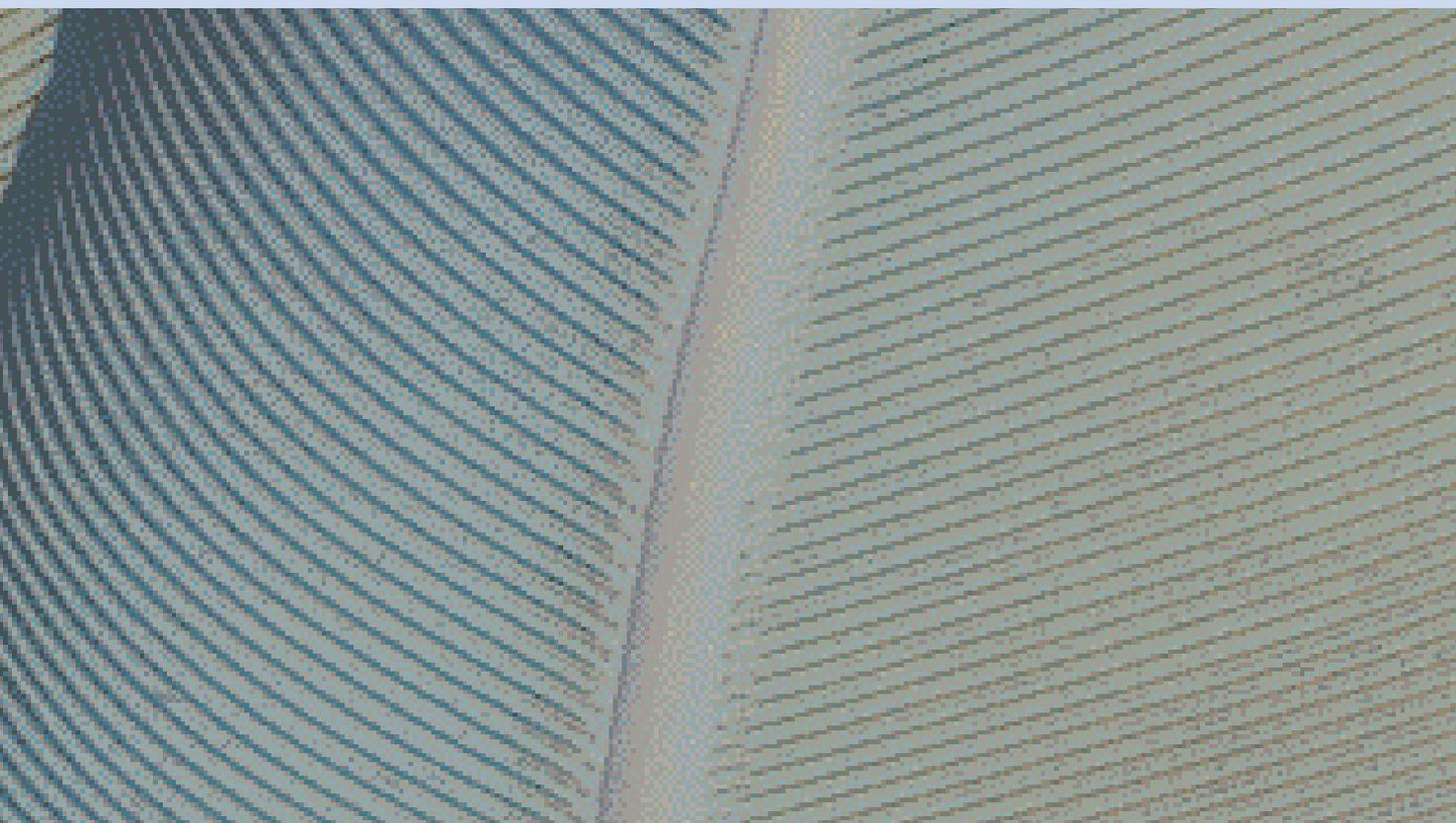
4- LES MUTUELLES RELEVANT DU CODE DE LA MUTUALITÉ

- 2 091 mutuelles fin 2005
- 16,2 milliards d'euros de cotisations encaissées en 2004

16,2 MILLIARDS D'EUROS* DE COTISATIONS ENCAISSÉES PAR LES 2091 MUTUELLES PRATIQUANT DES OPÉRATIONS D'ASSURANCE



*Seuls des éléments sur l'activité 2004 des mutuelles sont disponibles.



Les mutuelles « Livre II » du Code de la mutualité sont en grande partie spécialisées dans la fourniture de couvertures de dommages corporels, et notamment de contrats de complémentaire santé. En complémentaire santé individuelle, la part de marché des mutuelles est de 68 % (27 % pour les assureurs et 5 % pour les institutions de prévoyance).

A fin 2004, le résultat net au bilan ressortait en bénéfice de 870 millions d'euros pour un résultat technique de 750 millions d'euros.

A la même date, les 29,1 milliards d'euros d'engagement des mutuelles étaient couverts à hauteur de 128 % par des actifs admissibles, tandis que les éléments de marge de solvabilité représentaient trois fois les besoins (4,7 milliards d'euros), dont 2,75 fois sous forme d'éléments de bilan.

4.1. L'évolution du marché

UNE POURSUITE DE LA CONCENTRATION DU SECTEUR ...

En 2005, la tendance générale à la poursuite de la concentration du marché s'est poursuivie avec de très nombreuses fusions, voire un nombre croissant de dissolutions volontaires d'organismes.

Plusieurs raisons expliquent ce phénomène. En premier lieu, il s'agit d'un secteur très concurrentiel, sur lequel les sociétés d'assurance ainsi que les institutions de prévoyance essaient d'accroître leur part de marché et où, depuis quelques années, une très forte concurrence entre mutuelles régies par les dispositions du Code de la mutualité s'est faite jour, ce qui apparaît relativement nouveau au regard de la situation qui prévalait auparavant. En second lieu, ce secteur doit faire face à une complexification croissante du métier (parcours de soins, mise en place de la nouvelle classification commune des actes médicaux) nécessitant notamment un système d'information adapté. Enfin, il doit prendre en compte l'impact de la réforme de l'assurance maladie sur les organismes



assureurs offrant des garanties en matière de santé : remboursements, forfait à la charge des adhérents pour les actes médicaux d'un montant supérieur à 91 euros etc... Le tout dans un marché qui connaît des évolutions réglementaires importantes (nouveau Code de la mutualité effectif depuis le 31 décembre 2002) traduites par un renforcement des exigences prudentielles qui va se poursuivre (relèvement du fonds minimum de garantie à compter du 20 mars 2007).

Nombre d'organismes n'étant pas en mesure de faire face à ces évolutions, celles-ci ont ouvert la voie à une vague de fusions et de recherche de la taille critique qui s'est amplifiée. 2005 a ainsi vu la poursuite de la création de pôles régionaux constitués du rapprochement de nombreuses petites mutuelles locales. D'autres, souhaitant garder une identité propre, ont préféré opter pour la mise en place de conventions de substitution. Ainsi, à fin 2005, près de 700 mutuelles avaient conclu une convention de substitution, le nombre d'organismes mutualistes portant à cette date un risque d'assurance s'établissant à environ 600.

On relève également qu'un grand nombre de rapprochements se sont effectués entre organismes ne rencontrant a priori aucun problème réglementaire. Ainsi, outre la problématique du respect des contraintes réglementaires, le secteur fait face à une concentration du fait de cette nouvelle concurrence entre mutuelles.

Ces rapprochements ont donné lieu à de très nombreuses réunions avec les organismes concernés (près d'une centaine de visites). Ces derniers se sont en effet tournés vers l'ACAM afin de les mener dans le respect des dispositions du Code de la mutualité.

Dans cette période de restructuration et de concentration du secteur, quelques demandes d'agrément ont été déposées auprès du Ministre de la Santé et des Solidarités. Toutefois, leur nombre reste marginal au regard du nombre de disparition de mutuelles.

Par ailleurs, plusieurs mutuelles s'appuyant sur les dispositions de la loi n° 2005-1564 du 15 décembre 2005 portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de l'assurance ont décidé, afin de s'exonérer des contraintes réglementaires, de se concentrer sur la distribution à leurs adhérents de contrats d'autres organismes en méconnaissant les dispositions de l'article L 116-1 du Code de la mutualité, créé par la loi précitée, qui précise que l'activité d'intermédiaire par les mutuelles ne peut être effectuée qu'à titre accessoire. Les mutuelles concernées devront donc justifier d'une activité principale d'assurance, pour celles régies par les dispositions du Livre II du Code de la mutualité, ou d'action sociale pour celles régies par les dispositions de son Livre III.

SUR FOND DE RESTRUCTURATION ET DE MISE À NIVEAU DU SECTEUR PAR RAPPORT AUX EXIGENCES DU CODE

Ce phénomène de mise à niveau du secteur des mutuelles a pu être amplifié, dans une certaine mesure, par l'action de l'ACAM au cours de cet exercice. Outre l'analyse de ces rapprochements, celle-ci a en effet également concentré son activité sur une remise à niveau du secteur car nombre d'organismes ne respectaient toujours pas les dispositions du Code qui s'appliquent pourtant depuis le 31/12/2002 (mauvaises scissions entre mutuelles de Livre II et de Livre III, exercices sans agrément, non respect des ratios réglementaires...). En outre, plusieurs organismes, en particulier des mutuelles du Livre III, ont eu à faire face à des difficultés financières importantes, mettant en péril, pour certains, leur continuité d'exploitation.

L'année 2005, première année de plein exercice sur le secteur, a donc été caractérisée par un contrôle plus « curatif », que préventif. Cette situation s'est traduite par un nombre important de missions (22, dont 3 mutuelles et unions de Livre III), de même qu'une saisine très régulière du Collège de l'Autorité de Contrôle.(cf. « Action de l'ACAM » p.17)

4.2. Les grands chantiers opérationnels et réglementaires

LA CONSTITUTION D'UNE BASE DE DONNÉES

Le Secrétariat général de l'ACAM a constitué en 2005 une base de données administratives et financières afin de recenser l'ensemble des mutuelles de France régies par le Code de la mutualité, de connaître leur activité et d'identifier celles sous contrôle direct de l'ACAM –cf. infra–. L'objectif ainsi recherché était d'avoir une vision exhaustive et à jour du secteur des mutuelles, car il s'agit bien entendu d'un préalable au contrôle. Cela s'est traduit par une vaste campagne de collecte d'informations (statuts, règlements, comptes annuels ...) auprès de l'ensemble des mutuelles.

Jusqu'à mi 2005, on citait généralement le chiffre d'environ 2 400 mutuelles en France (contre environ 5 000 à fin 1999 — source rapport annuel CCMIP — et 2 500 à fin 2003), 1 200 étant estimées relever des dispositions du Livre II du Code de la mutualité, et 1 200 des dispositions du Livre III dudit code.

Le travail de recensement et d'identification s'est terminé en juin 2006. A cette date, les mutuelles étaient au nombre de 2 088 seulement, et se répartissaient comme suit :

- 1 270 « Livre II » dont 244 sous contrôle direct de l'ACAM
- 748 « Livre III »
- 70 Fédérations et unions techniques.

Les mutuelles de Livre III sont donc moins nombreuses que prévu.

LE CONTRÔLE DÉCONCENTRÉ

Un arrêté du 10 janvier 2005 publié au Journal Officiel du 19 janvier 2005 précise les conditions de mise en place d'un contrôle déconcentré (Article A 510-4 du Code de la mutualité).

Le préfet de région a la responsabilité du contrôle :

- des mutuelles du Livre III
- des mutuelles du Livre II substituées
- des mutuelles du Livre II non substituées et vérifiant trois critères :
 - . ne réaliser que des opérations accident ou maladie (branches 1 et 2)
 - . ne faire aucune opération pluriannuelle
 - . encaisser moins de 45 millions d'euros de cotisations et verser moins de 36 millions de prestations par an (au cours des trois derniers exercices)

En pratique, ce contrôle est, en général, exercé par la DRASS. Le contrôle local s'effectue « sur pièces et sur place » mais en cas de dysfonctionnement grave, le dossier est transmis à l'ACAM qui a seule le pouvoir de prendre des sanctions.

L'ACAM contrôle directement au niveau national les mutuelles qui ne remplissent pas les critères du contrôle déconcentré, soit 244 entités. Il s'agit principalement des plus grandes mutuelles mais aussi de celles de petite taille qui assurent des risques autres que la maladie ou l'accident.

L'ACAM conserve, par ailleurs, un « pouvoir d'évocation » qui lui permet de contrôler de sa propre initiative n'importe quelle mutuelle relevant, au premier niveau, de la surveillance du préfet de région.

LA SUBSTITUTION

Le nouveau Code de la Mutualité a permis qu'une mutuelle signe une convention de substitution avec une autre mutuelle, dite substituante. Cette dernière porte alors le risque d'assurance pour les adhérents de la substituée et doit constituer de ce fait les provisions et la marge de solvabilité. A l'inverse, la substituée n'est pas tenue de le faire et n'a pas besoin d'être agréée. Elle garde son portefeuille et fixe ses cotisations et prestations. La mise en vigueur d'une convention de substitution est soumise à l'accord préalable de l'ACAM. Sa dénonciation est également soumise à des normes très strictes. Environ 700 mutuelles sont aujourd'hui substituées.

LES ÉVOLUTIONS RÉGLEMENTAIRES

L'année 2005 a été marquée par la mise en place de la collecte d'informations normalisées, auprès de l'ensemble des mutuelles relevant du Code de la mutualité (arrêté du 18 avril 2005 sur les états comptables et prudentiels à remettre au Secrétariat Général de l'ACAM).

• Intérêt pour l'ACAM

Les documents que doivent adresser les organismes constituent la base minimum pour que l'ACAM puisse effectuer les contrôles nécessaires à l'exercice de sa mission. La collecte, suivie du traitement de ces informations, va permettre à l'ACAM de mettre en place un véritable contrôle permanent et préventif des mutuelles.

Même s'il ne peut les prévenir toutes, l'intérêt du contrôle préventif est d'essayer autant que possible d'éviter l'occurrence de situations de crise, voire de faillite, afin au final de préserver les intérêts des adhérents. Pour mettre en œuvre cette mission, l'ACAM effectue des contrôles permanents et ponc-

tuels, sur place. Lors de ces vérifications, l'ACAM est amenée à détecter des facteurs de risque ou à constater d'éventuels déséquilibres financiers résultant de choix opérés par les organismes pouvant induire une dégradation de leur structure financière. Ainsi, lorsque la situation d'une mutuelle le justifie, l'ACAM peut intervenir en amont afin que l'organisme prenne, de manière préventive, toutes mesures destinées à rétablir ou renforcer son équilibre financier ou à corriger ses méthodes de gestion. L'ACAM ne peut toutefois pas se substituer aux organes de direction et de décision et son action ne doit pas consister en une ingérence dans leur gestion.

La détection précoce des facteurs de fragilité est rendue possible par la réalisation d'analyses financières conduites par le Secrétariat général de l'ACAM, principalement à partir des informations comptables et prudentielles collectées périodiquement et des multiples entretiens avec les organismes.

• Intérêt pour les organismes

S'ils sont indispensables pour l'ACAM, ces documents doivent également être utilisés par les administrateurs des mutuelles afin de suivre l'activité et la situation de leurs organismes. Il apparaît en effet indispensable que les responsables — administrateurs et dirigeants salariés — des organismes mutua-

listes s'approprient ces états car ils constituent un outil de pilotage et de contrôle.

Ces documents doivent leur permettre de suivre régulièrement et de manière détaillée toutes les évolutions de l'activité, et d'anticiper d'éventuelles difficultés à venir. Ils peuvent s'appuyer sur ces états pour préparer le plan de développement pluriannuel de la mutuelle qui sera exposé lors de l'Assemblée Générale.

• Documents à remettre

Ces documents, d'échéance annuelle ou trimestrielle, indispensables pour suivre la situation financière et prudentielle des organismes soumis au contrôle de l'ACAM, constituent la base du contrôle sur pièces. Ils traitent aussi bien des informations administratives (liste des administrateurs, mise à jour des statuts ...), comptables (bilan, compte de résultat, ...) que prudentielles pour les mutuelles exerçant des activités d'assurance et n'étant pas substituées (calcul de la marge de solvabilité, couverture des engagements, calcul des provisions techniques ...).

	Renseignements généraux : raison sociale, membres du CA, effectifs ...	Comptes arrêtés par le CA : bilan, compte de résultat, tableau des engagements donnés et reçus	Etats d'analyse (sous forme papier et informatique) : Etats « C » et « T » -cf. infra-	Comptes annuels validés par l'AG : bilan, annexes, compte de résultat, rapport des cac et bilan social le cas échéant
Mutuelles Livre II agréées	X	X	X	X
Mutuelles Livre II partiellement substituées	X	X	X	X
Mutuelles Livre II entièrement substituées	X*			X
Mutuelles Livre III et autres (fédérations, unions techniques ...)	X*			X

* Uniquement informations sur raison sociale, membres du conseil d'administration, personnels de direction et commissaires aux comptes le cas échéant.

Afin de permettre aux mutuelles de s'adapter à ces nouvelles demandes — qui existent pour les sociétés d'assurance depuis des décennies —, la mise en place de la collecte des états d'analyse a été étalée sur trois années, de 2005 à 2007. En 2005,

seuls 6 états sur 22 étaient ainsi attendus. En outre, ces états, qui devront à compter de 2007 être remis au plus tard pour le 30 mai de chaque année, n'ont été remis que pour le 30 septembre 2005.

Périodicité	Etats	Exigibilité normale	Exercice de référence			
			2004	2005	2006	2007
Annuelle	C1 à C 6	A + 5 mois	30/09/2005	30/06/06	30/05/07	30/05/08
	C7, C10 à C13, C20, C 21, C 30, C 31	A + 5 mois	Non attendus	30/06/06	30/05/07	30/05/08
	C6 bis, C8, C9	A + 5 mois	Non attendus	Non attendus	30/05/07	30/05/08
Trimestrielle	T2	T + 1 mois	Non attendus	Non attendus	30/04/06	30/04/07
	T1	T + 1 mois	Non attendus	Non attendus	30/04/06	30/04/07
	T3	T + 1 mois	Non attendus	Non attendus	Non attendus	30/04/07

• Formation et présentation

La mise en place de ces nouveaux états s'est naturellement accompagnée d'un grand nombre de questions techniques et de demandes de formation. Aussi, afin de répondre à ces attentes légitimes, l'ACAM s'est-elle engagée à organiser sous la forme de conférences du contrôle, des présentations à destination des mutuelles relevant de son contrôle direct. Ainsi, en 2005, une conférence a été organisée en mai. Une autre conférence relative aux nouveaux états à remettre en 2006 au titre de l'exercice 2005 s'est également tenue le 5 janvier 2006.

Par ailleurs, plusieurs autres présentations ont été réalisées en 2005, notamment à l'invitation de Fédérations de mutuelles. Enfin, de très nombreuses réunions se sont tenues à l'ACAM sur des dossiers individuels.

• Bilan de la première remise

Sur la forme, le contenu des documents qui ont été adressés à l'ACAM apparaît globalement satisfaisant, considérant qu'il s'agissait ici d'un premier exercice. Toutefois, seule une moitié des dossiers attendus ont été reçus (90 % pour les mutuelles sous contrôle direct de l'ACAM). En outre, seulement environ 40 % de ces dossiers étaient complets. Aussi une relance importante a-t-elle dû être effectuée en fin d'exercice.

Sur le fond, au regard des informations communiquées par les organismes pratiquant des opérations d'assurance et régies par le Livre II du Code de la mutualité, les données de marché à fin 2004 étaient les suivantes :

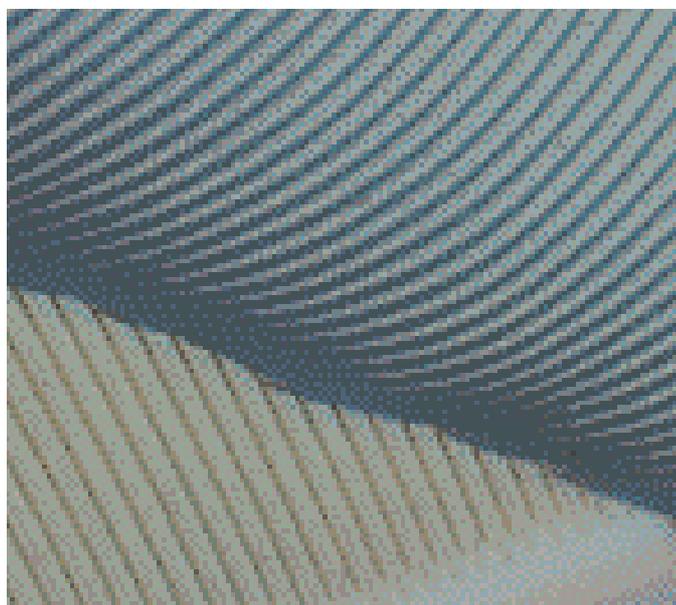
- environ 18 millions d'adhérents et 38 millions de personnes protégées.
- près de 16 milliards d'euros de cotisations pour environ 14 milliards d'euros de prestations. Ce chiffre d'affaires reste essentiellement concentré

sur l'assurance complémentaire santé.

- résultat « non vie » : 437 millions d'euros
- résultat « vie » : 160 millions d'euros
- résultat net : 720 millions d'euros
- exigence minimum de marge de solvabilité couverte environ 3 fois
- taux de couverture moyen des engagements réglementés : 135 %

En 2006, l'ACAM poursuivra ses travaux dans un contexte de restructuration du secteur qui devrait s'accélérer pour respecter les dispositions actuelles du Code de la mutualité (« professionnalisation » des organismes) et tenir compte de la concurrence ainsi que des évolutions prudentielles applicables à compter du 20 mars 2007. Les objectifs suivants seront notamment poursuivis :

- finaliser et pérenniser la base de données des mutuelles en 2006 (identification et vérification de la nature de l'activité de l'ensemble des organismes) : travail terminé en juin 2006 (cf supra)
- passer d'un contrôle curatif à un contrôle préventif (contrôle permanent),
- développer une méthodologie d'analyse pour les organismes de Livre III.



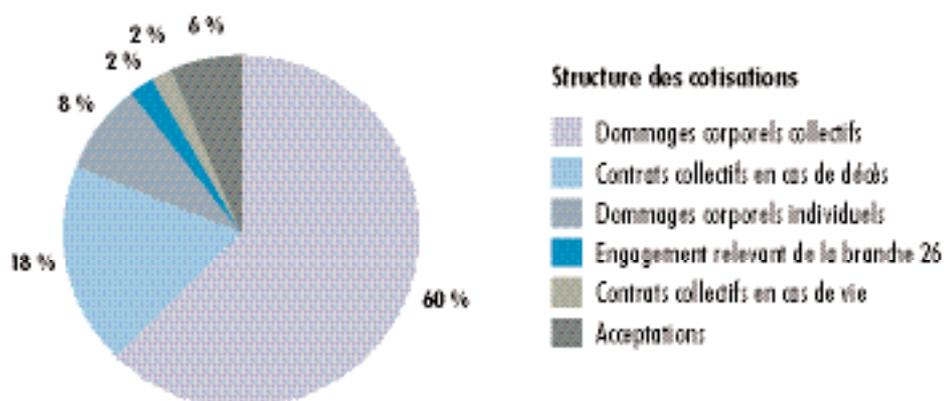


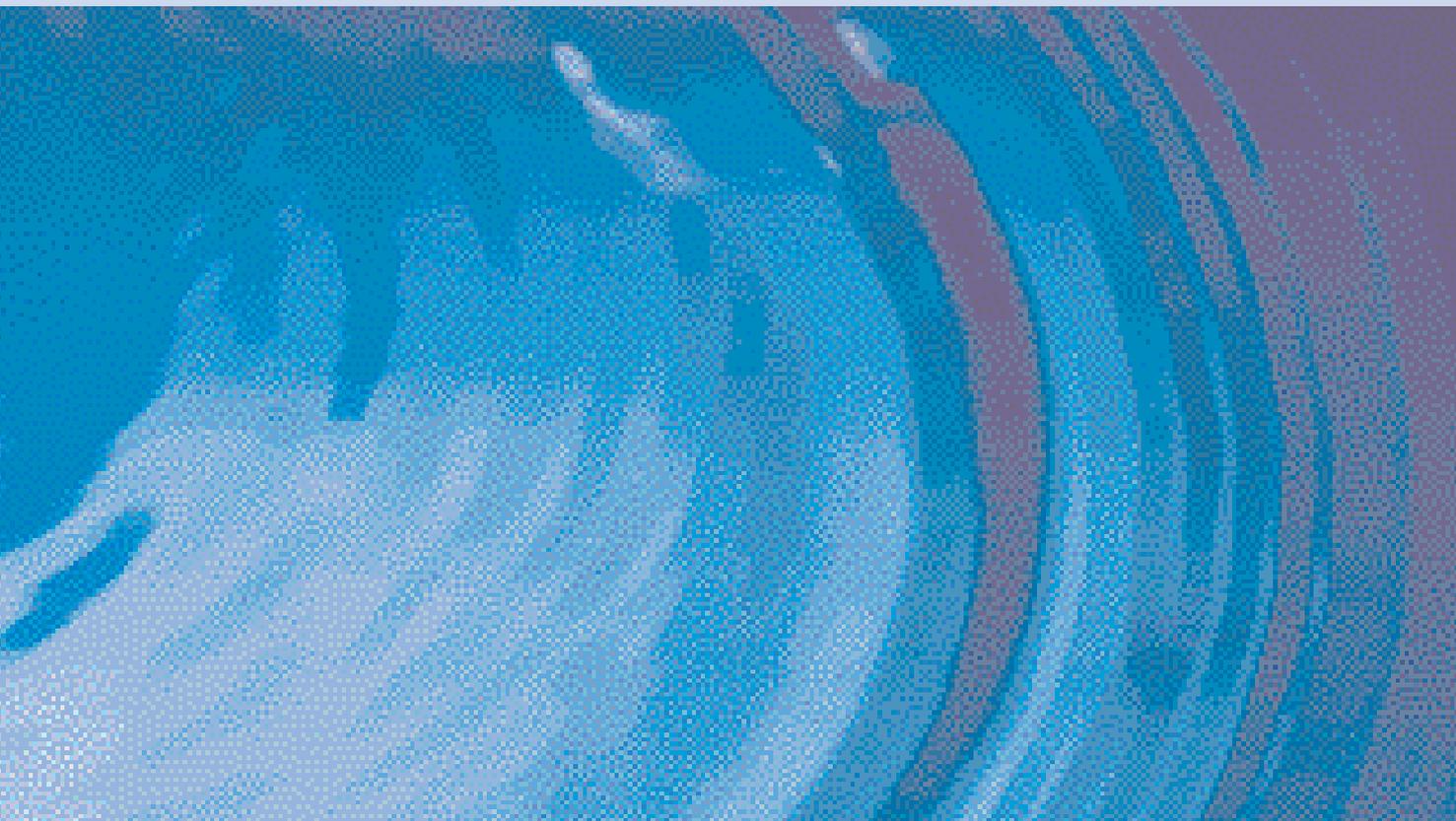
LES ACTEURS DU MARCHÉ FRANÇAIS DE L'ASSURANCE

5- LES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE

- 76 institutions de prévoyance fin 2005 (79 en 2004)
- 9,8 milliards d'euros de cotisations encaissées en 2005, contre 9,3 en 2004

9,8 MILLIARDS € DE COTISATIONS ENCAISSÉES PAR LES 76 INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE AGRÉES FIN 2005

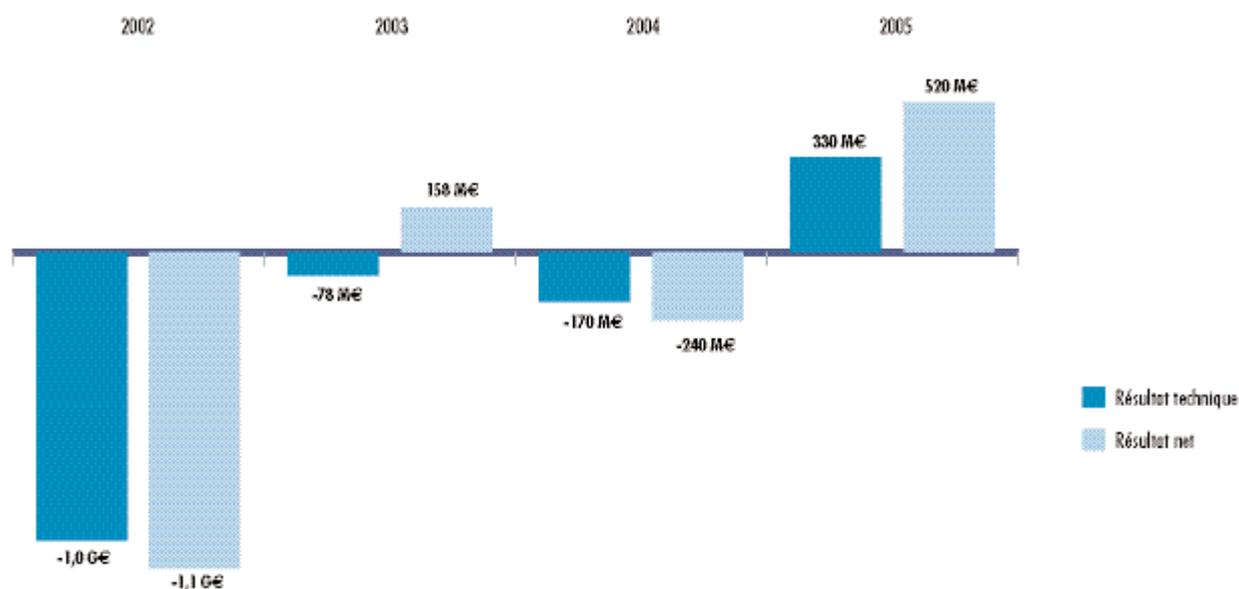




Organismes paritaires, les institutions de prévoyance réalisent la quasi totalité de leur activité sous forme de contrats collectifs. Parmi ceux-ci, les contrats couvrant les garanties de dommages corporels sont prépondérants, suivis des garanties couvrant le risque décès.

Les institutions de prévoyance représentent la première famille d'intervenants en complémentaire santé sous forme de contrats collectifs avec 40 % du marché, devant les mutuelles « Livre II » (34 %) et les assureurs relevant du Code des assurances (26 %).

RÉSULTAT TECHNIQUE



A fin 2005, le résultat net au bilan ressortait en bénéfice de 520 M€ pour un résultat technique de 330 M€.

A la même date, les 18,1 milliards d'euros d'engagements réglementés des institutions étaient couverts à hauteur de 140 % par des actifs admissibles, tandis que les éléments de marge de solvabilité représentaient 4,5 fois les besoins (1,5 milliard d'euros), dont 4 fois sous forme d'élément de bilan.

DES RISQUES TECHNIQUES GLOBALEMENT MAÎTRISÉS

Les institutions de prévoyance partagent avec la mutualité la particularité d'opérer de façon quasi exclusive dans une des branches de l'assurance les plus exposées à des tendances lourdes, peu propices au maintien des équilibres techniques, ainsi qu'à une pression concurrentielle constante.

Elles ont eu à faire face à ce titre à l'accroissement continu de la demande de garantie complémentaire en frais de soins, consécutif à la contraction du périmètre d'intervention des régimes de base d'assurance maladie. A cela s'ajoutent des facteurs tant démographiques que socio-économiques qui contribuent à dégrader non seulement les résultats de la branche complémentaire maladie mais aussi ceux des branches incapacité de travail et invalidité.

Dans un tel contexte, les institutions de prévoyance ont su, dans leur grande majorité, tout à la fois adapter le contenu de leurs garanties à la demande des partenaires sociaux et procéder à l'inévitable ajustement tarifaire qui en était la contrepartie. **Cette capacité d'adaptation se traduit dans les soldes techniques et nets positifs qu'elles ont pu dégager globalement en 2005.**

UN SECTEUR EN VOIE DE CONCENTRATION

Le rapport 2004 de la CCAMIP avait mis l'accent sur la tendance au regroupement des institutions au sein de « groupes paritaires de protection sociale ». Ce phénomène s'est poursuivi en 2005 et est appelé à se prolonger aux cours des années à venir.

Il permettra à certaines institutions isolées, dotées de moyens humains, matériels et financiers limités, de se rapprocher d'entités mieux pourvues à cet égard. De tels rapprochements — conformes à l'intérêt des entreprises adhérentes et des salariés participants — prennent des formes variées selon les circonstances : de la fusion-absorption à la simple mise en commun de moyens logistiques.

• *Un mode de gouvernance en voie d'amélioration*

La plupart des institutions ont adopté des méthodes de bonne gouvernance à la fois efficaces et respectueuses du paritarisme.

Quelques contre-exemples témoignent toutefois du chemin qu'il reste à parcourir à certaines d'entre elles. Il est à signaler pour mémoire le cas d'une institution qui, des années durant, a fonctionné sans conseil d'administration ni commission paritaire ni assemblée générale. Plus grave quant à ses conséquences est l'exemple de trois institutions de province qui, en l'espace de trois ans, ont accumulé des pertes qui les ont conduites à la quasi faillite, et cela sans que leurs organes dirigeants n'aient enrayé en quoi que ce soit la chute. Il est significatif que les conseils d'administration de deux de ces institutions n'ont commencé à se manifester qu'au stade où il leur a fallu négocier les conditions d'adossment au groupe paritaire qui s'était porté à leurs secours.

Le mandat que certaines institutions accordent à des gestionnaires financiers extérieurs pour gérer tout ou partie de leurs placements, appelle parfois des réserves. L'exécution du mandat n'est pas toujours suivie avec la méthode et la rigueur requises. Au surplus, le mandataire est parfois tenté d'inciter l'institution mandante à investir dans des produits « structurés » dont les risques ne sont pas toujours appréhendés.

Ces quelques exemples ne doivent toutefois pas dissimuler l'effort collectif entrepris par les institutions, et mené sous l'égide du Centre technique des institutions de prévoyance (C.T.I.P.), pour généraliser à l'ensemble du secteur les bonnes pratiques en matière de transparence et de contrôle interne.

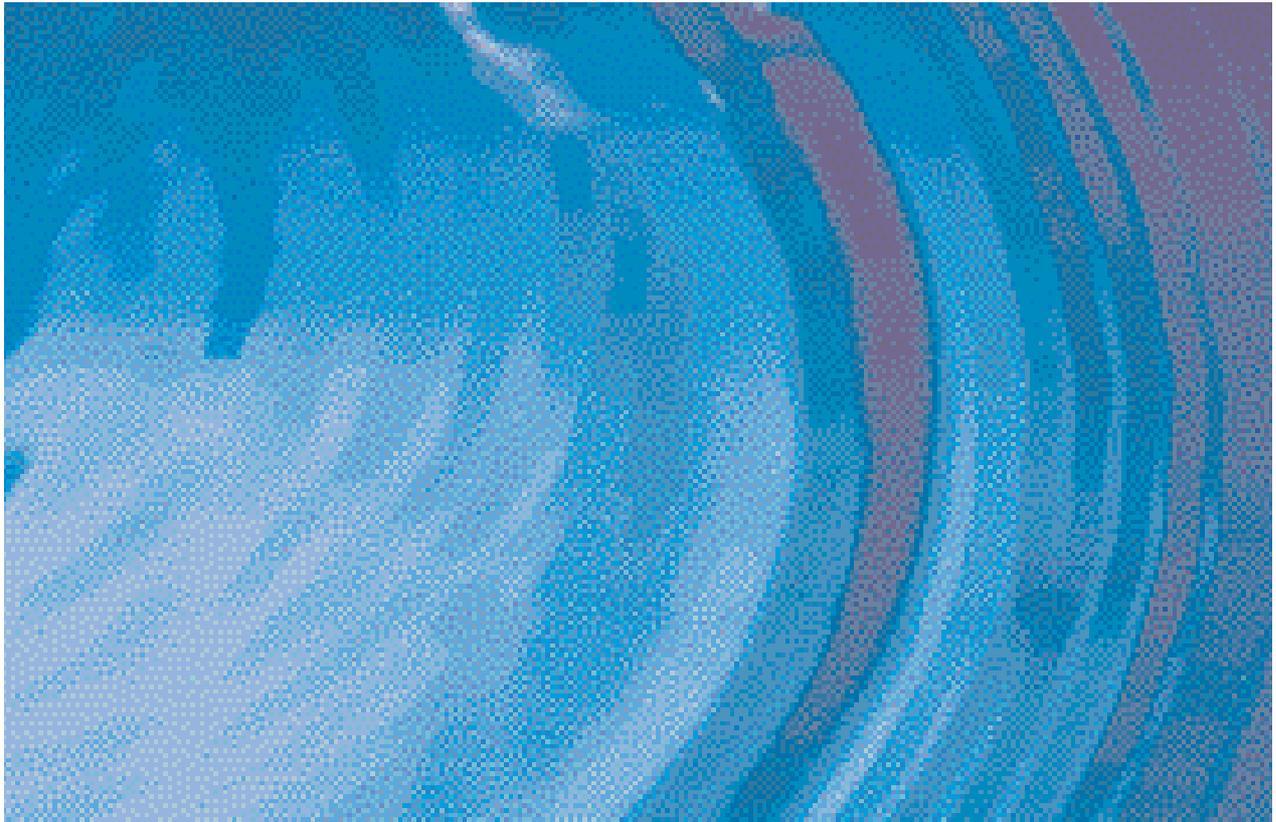
• *Les régimes complémentaires de retraite professionnelle*

Comme indiqué dans le rapport 2004 de la CCAMIP, l'Autorité de Contrôle a porté une attention particulière aux régimes supplémentaires (dits encore surcomplémentaires) de retraite professionnelle de salariés, gérés par des institutions de prévoyance.

Plusieurs de ces régimes, relevant soit de la branche 20, soit de la branche 26 de l'article R 931-2-1 du Code de la Sécurité sociale, sont pilotés avec rigueur et respectent le principe de couverture des engagements par des actifs financiers. Tel est le cas, en particulier, pour les régimes qui relèvent du secteur agricole.

Trois autres régimes de retraite professionnelle, en revanche, se sont distingués par un déficit de couverture et des carences sérieuses dans leur gestion. L'un de ces régimes a engagé des mesures de redressement, certes destinées à s'étaler dans le temps, mais qui paraissent susceptibles de répondre aux nécessités. S'agissant des deux

autres régimes, des considérations corporatives ou similaires ont conduit les institutions en cause à différer l'adoption de mesures indispensables à la pérennisation des droits à retraite. La compréhension dont a su faire preuve l'Autorité de Contrôle à leur égard est toutefois arrivée aux limites permises par les textes.





LES ACTEURS DU MARCHÉ FRANÇAIS DE L'ASSURANCE

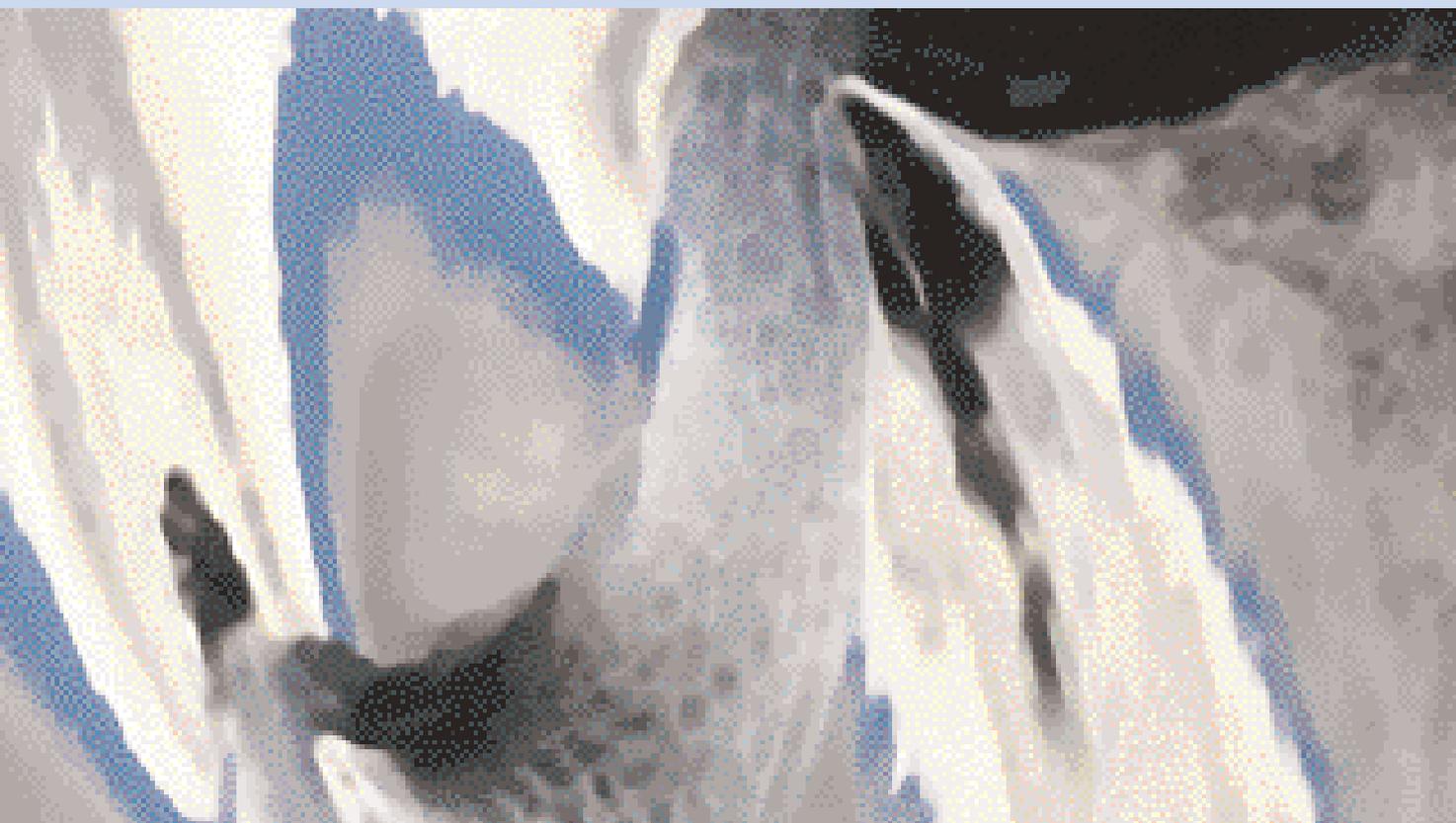
6- LES INSTITUTIONS DE RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE

- 89 institutions de retraite supplémentaire (IRS)
- 400 000 bénéficiaires
- un milliard d'euros de prestations
- plus de 20 milliards d'euros d'engagements

EN APPLICATION DE LA LOI DE RÉFORME DES RETRAITES, LES IRS, SOUS CONTRÔLE DE L'ACAM, DEVRONT CHANGER LEURS STATUTS, AVANT FIN DÉCEMBRE 2008, AFIN DE MIEUX GARANTIR LEURS ENGAGEMENTS FUTURS.

Les institutions de retraite supplémentaire (IRS) sont des institutions paritaires de droit privé gérant des régimes assurant aux employés d'une ou plusieurs entreprises (ou plus rarement d'une branche professionnelle) un complément de retraite. Elles peuvent également gérer des systèmes d'indemnités de fin de carrière. La loi n° 94-678 du 8 août 1994 définit comme IRS tout organisme paritaire versant

des prestations de retraite, s'ajoutant à celles servies par les régimes «de base» dans le cadre d'une entreprise ou d'un groupement d'entreprises, et n'étant pas agréé comme IP (Institution de prévoyance). Cette loi, si elle a maintenu les institutions existantes, a organisé la quasi-fermeture du système : elle interdit en effet, sauf cas particulier, toute création d'une nouvelle IRS.



6.1. Le secteur des IRS

Le secteur des IRS se caractérise par sa grande disparité. Les 89 IRS recensées versent annuellement des prestations de l'ordre d'un milliard d'euros à environ 400 000 bénéficiaires. Le montant actualisé des engagements est supérieur à 20 milliards d'euros. Ces chiffres cachent toutefois des disparités importantes : si certaines IRS gèrent les engagements de retraite de grands groupes (notamment bancaires) envers plusieurs milliers de salariés ou anciens salariés, un nombre important d'institutions comportent à l'inverse très peu de participants. Ces différences s'expliquent par la taille des entreprises adhérentes, mais aussi par le mode de fonctionnement des IRS.

Les IRS se répartissent en institutions :

- ouvertes : les salariés des entreprises adhérentes peuvent acquérir des droits
- fermées : seuls les salariés ayant adhéré au régime avant sa fermeture peuvent continuer à acquérir des droits. Les nouveaux salariés sont exclus du dispositif.

- en extinction : aucune acquisition de nouveaux droits
- en cours de dissolution : n'ayant plus d'engagement

Sur les 89 IRS recensées, moins d'une vingtaine sont encore ouvertes. La grande majorité est fermée (environ une cinquantaine) ou en extinction (une vingtaine). Parmi les institutions fermées, beaucoup sont proches de l'extinction.

6.2. La question du provisionnement parfois insuffisant

Jusqu'à la loi du 8 août 1994, ces institutions de retraite supplémentaire pouvaient gérer un régime de retraite sur-complémentaire sans en provisionner les engagements. La loi de 1994 a posé le principe d'un provisionnement des engagements représentés par des actifs équivalents. Cette obligation a été assortie d'une dérogation permettant de ne provisionner que les engagements nés après la promulgation de la loi. Cette césure, si elle a permis

d'éviter un changement trop brutal pour les IRS, constitue un facteur de différence entre les adhérents selon la date de constitution de l'institution ou l'adhésion des salariés. Les adhérents d'institutions récentes ou ouvertes peuvent apparaître ainsi mieux protégés que ceux d'institutions fermées, et ce d'autant que beaucoup d'IRS ont dans leur statut des clauses de sauvegarde permettant de diminuer le niveau des prestations de retraite en cas d'insuffisance de ressources.

Le décret d'application, destiné à préciser les modalités de provisionnement, n'a jamais été pris. En conséquence, le niveau de provisionnement est très variable selon les institutions. Outre la nature des engagements couverts (avant ou après la promulgation de la loi), les choix retenus dans le calcul des provisions (taux techniques, hypothèses sur l'évolution des retraites complémentaires....) diffèrent d'une institution à l'autre et conduisent à un provisionnement parfois insuffisant.

6.3. La réforme des retraites de 2003

L'article 116 de la loi n°2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites offre aux IRS, qui à la date de publication de la loi n'étaient pas en cours de dissolution, la possibilité d'opter avant le 31 décembre 2008 pour une des trois solutions suivantes :

- demander un agrément pour se transformer en Institution de prévoyance (ou fusionner avec une telle institution). Cette transformation entraîne l'application de toutes les règles relatives aux IP;
- se transformer en Institution de gestion de retraite supplémentaire (IGRS), organisme purement administratif ne pouvant porter directement d'engagement. Les garanties sont portées soit par les entreprises elles-mêmes, soit par des organismes d'assurance, l'IGRS ne s'occupant que de la gestion administrative des prestations.
- à défaut, la dissolution de l'IRS est prévue.

Par ailleurs, les engagements peuvent être garantis, soit directement par des provisions dans l'IRS, soit par l'entreprise adhérente, soit encore par le biais d'une convention avec un organisme assureur (entreprise régie par le Code des assurances, institution de prévoyance régie par le Code de la Sécurité sociale, mutuelle régie par le Code de la mutualité).

Dans l'hypothèse choisie par une IRS de se transformer en IGRS, les IRS doivent solliciter l'avis de l'ACAM sur les accords collectifs modifiant les règlements en vue de transférer les engagements des IRS, soit les provisions déjà constituées dans les IRS

vers un organisme assureur (en échange d'une partie de l'engagement), sans pouvoir être reversés aux entreprises adhérentes.

L'avis de l'ACAM ne pourra être donné qu'après parution des décrets d'application et en particulier du décret portant détermination des modalités selon lesquelles les IRS modifient, après accord de l'Autorité de Contrôle, leur règlement par accord collectif afin de transférer leurs provisions et réserves déjà constituées à des organismes assureurs. Les engagements de type prestations définies en fonction du dernier salaire, indexées, ..., ne pourront être portés par les organismes assureurs, qui toutefois peuvent gérer des rentes viagères avec des fonds de participation aux bénéficiaires, l'employeur continuant ainsi à porter le risque lié aux engagements du(des) complément(s) de retraite.

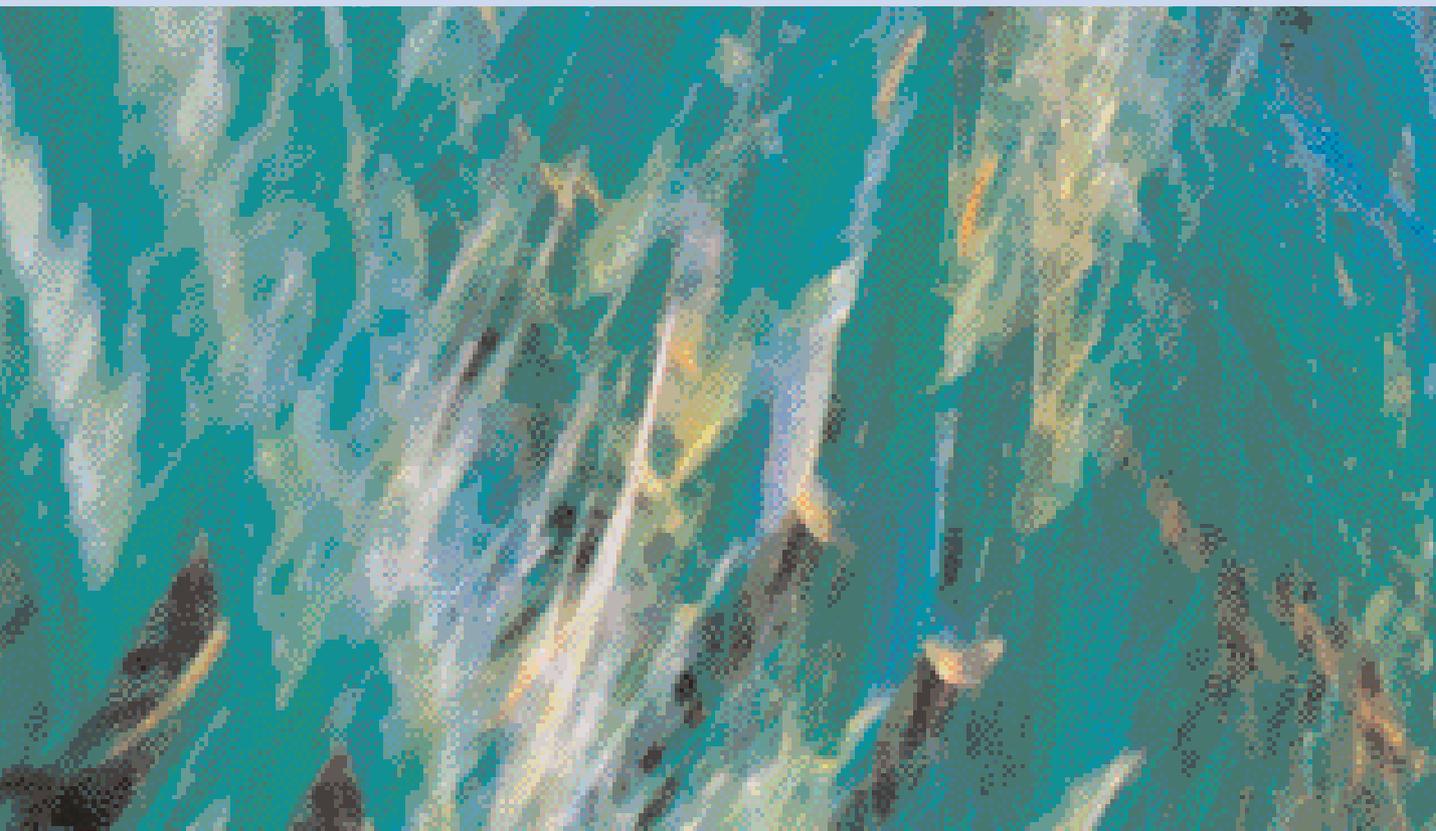
Pour mémoire, afin de favoriser la constitution de provisions dans l'IRS, la loi de réforme des retraites prévoit que les contributions des entreprises adhérentes aux IRS, destinées à couvrir des engagements de retraite, seront exemptées de cotisations et contributions sociales jusqu'en 2008. La loi de financement de la Sécurité sociale pour 2004 autorise cette exemption dans la limite nécessaire pour atteindre le niveau réglementaire minimum pour l'agrément de l'IP.

6.4. Le contrôle de l'ACAM

Les articles L.951.1 et L.951.2 du Code de la Sécurité sociale confient à l'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM), le contrôle des Institutions de retraite supplémentaire (IRS).

Durant la période transitoire menant au 31 décembre 2008, et tant qu'elles n'ont pas encore exercé d'option, les IRS doivent communiquer à l'ACAM chaque année un certain nombre d'informations permettant d'apprécier le niveau de couverture des engagements.

La loi portant réforme des retraites a précisé la nature des informations devant obligatoirement figurer dans ce dossier : informations générales sur l'institution et son activité, la situation comptable accompagnée des rapports des commissaires aux comptes, et une note actuarielle évaluant leurs engagements actualisés, ainsi qu'une copie de tout contrat ou convention conclu par la ou les entreprises adhérentes relatif à la couverture des engagements relatifs au(x) complément(s) de retraite mis en œuvre par l'IRS. L'ACAM a, en outre, la possibilité de demander des informations supplémentaires nécessaires au contrôle.



7 - LES ACTEURS DU MARCHÉ FRANÇAIS DE L'ASSURANCE

LES SOCIÉTÉS DE RÉASSURANCE

- 29 sociétés de réassurance fin 2005 (contre 30 en 2004)
- 9,8 milliards d'euros de chiffre d'affaires (contre 5,6)
- 4 sociétés représentent les trois quarts de l'activité

UNE ACTIVITÉ EN TRÈS FORTE HAUSSE, À PÉRIMÈTRE NON COMPARABLE

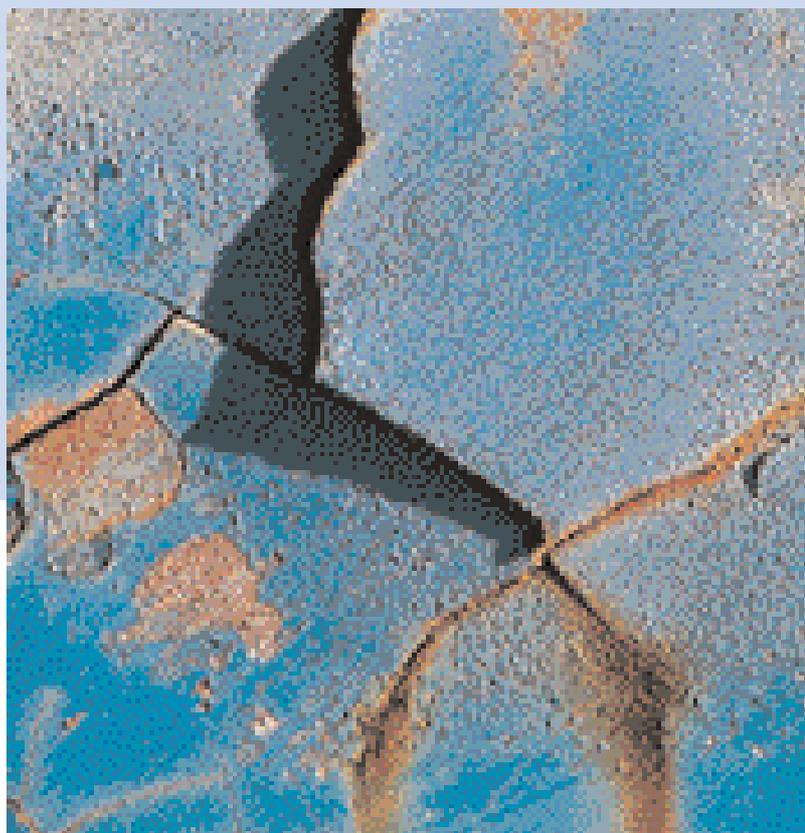
Durant l'année 2005, les 30 réassureurs soumis au contrôle de l'ACAM ont réalisé un chiffre d'affaires estimé à 10 milliards d'euros, soit un quasi doublement en un an. L'essentiel de cette hausse provient de la création d'un nouveau réassureur au sein du groupe GENERALI qui devient dès sa création le premier réassureur de droit français avec 4 milliards d'euros de primes, ou 40 % du marché, dont presque la totalité sous forme d'acceptations « vie ». Abstraction faite de cet effet « périmètre », la hausse de l'activité atteint 10 %. De plus, la Caisse Centrale de Réassurance et la Mutuelle Centrale de Réassurance sont généralement considérées par le marché comme des réassureurs spécialisés, bien que leur statut juridique soit celui d'assureur direct. En incluant ces deux entreprises parmi les réassureurs, le chiffre d'affaires serait majoré de 16 % pour atteindre 11,4 milliards d'euros.

Sous l'effet de la création d'un nouveau réassureur spécialisé en acceptation de risques vie, les deux composantes « vie » (51 % du total) et « non-vie » (48 %) s'équilibrent alors que par le passé l'activité des réassureurs de droit français était très nettement orientée vers l'acceptation de risques non-vie (80 %).

Le retour aux bénéfices constaté en 2004 après trois années de pertes se confirme en 2005 avec un résultat net estimé à 320 millions d'euros pour l'ensemble des réassureurs contrôlés.

Les réassureurs de droit français, essentiellement tournés vers leur marché domestique, ont été assez peu exposés aux catastrophes de l'année passée, tels que les ouragans Katrina et Wilma, qui ont fortement pesé sur les résultats de la réassurance à l'échelle mondiale.

Les provisions techniques brutes au bilan s'élevaient en 2005 à 20,2 milliards d'euros, dont 19 % rétrocédées à d'autres réassureurs.



LES ACTEURS DU MARCHÉ FRANÇAIS DE L'ASSURANCE

8- LES INTERMÉDIAIRES D'ASSURANCE

LA DIRECTIVE « SUR L'INTERMÉDIATION EN ASSURANCE », TRANSPOSÉE EN DROIT FRANÇAIS PAR LA LOI DU 15 DÉCEMBRE 2005, INSTAURE UN PASSEPORT EUROPÉEN PERMETTANT À TOUT INTERMÉDIAIRE IMMATRICULÉ DANS UN PAYS MEMBRE D'OPÉRER DANS LES AUTRES PAYS DE L'UNION, VIA LA LIBRE PRESTATION DE SERVICES OU UNE SUCCURSALE. LE DÉCRET D'APPLICATION DEVRAIT PRÉCISER PLUSIEURS POINTS IMPORTANTS.

Publiée le 9 décembre 2002, la directive 2002/92/CE « sur l'intermédiation en assurance » a été transposée par la loi du 15 décembre 2005 qui modifie principalement le Livre V du Code des assurances.

Sont désormais exclusivement considérées comme intermédiaires les personnes physiques ou morales qui, contre rémunération, proposent ou aident à conclure des contrats d'assurance ou de réassurance. Les activités consistant exclusivement en la gestion, l'estimation ou la liquidation de sinistres ne sont donc pas considérées comme de l'intermédiation.

8.1- L'immatriculation des intermédiaires

Le législateur français a fait le choix de confier à une personne morale distincte de l'autorité de contrôle la charge d'établir et de tenir à jour la liste des intermédiaires. Cette association, auprès de laquelle la direction du Trésor sera Commissaire du gouvernement, remplacera l'ALCA qui ne concerne aujourd'hui que le courtage. Près de 8500 personnes physiques ou morales étaient inscrites sur les listes de l'ALCA à fin 2005, contre 6 124 à fin 2004, 4 420 en 2003 et 3 660 en 2002.



L'immatriculation auprès du nouvel organisme sera obligatoire et payante. Lors de leur inscription, les intermédiaires devront justifier qu'ils remplissent les conditions d'honorabilité et de capacité professionnelle, et fournir chaque année des justificatifs établissant qu'ils bénéficient d'une couverture pour leur responsabilité civile ainsi que d'une garantie financière adéquate.

En contrepartie de la tenue du registre des intermédiaires par une personne morale distincte, la loi du 15 décembre a prévu des échanges d'information entre l'association, l'ACAM et le Comité des entreprises d'assurance. L'association est également tenue de communiquer toute information qui lui est demandée par l'ACAM agissant dans le cadre de son pouvoir de contrôle.

8.2- La radiation de la liste

Quatre cas de radiation sont prévus :

- en cas de décès
- sur demande de l'intéressé (retraite, changement d'activité...)
- radiation d'office lorsque l'intermédiaire ne respecte plus les conditions d'immatriculation
- sanction prononcée par l'ACAM en application de l'article L 310-18-1 modifié. Cette sanction, comme toutes celles prononçant une suspension, radiation ou limitation d'activité, ne peut dépasser dix ans. La procédure disciplinaire suivie par l'ACAM offre aux intermédiaires d'assurance les mêmes garanties de contradictoire et de respect des droits de la défense qu'aux organismes d'assurance.

8.3 Le rôle de l'ACAM

L'ACAM peut soumettre à son contrôle tout intermédiaire en assurance et en réassurance. Ses pouvoirs de sanction sont renforcés par le nouveau texte. Les sanctions ne pourront toutefois être prononcées que pour infraction aux dispositions du Code des assurances ou à la législation relative au blanchiment. Les autres infractions relevées à l'occasion des contrôles pourront faire l'objet d'une transmission au Procureur de la République.

RECOURS PAR DES MUTUELLES OU DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE À DES INTERMÉDIAIRES

La loi du 15 décembre 2005 autorise et encadre le recours par des mutuelles ou des institutions de prévoyance à des intermédiaires d'assurance, qui doit être prévu par les statuts. Les statuts doivent également autoriser la délégation, totale ou partielle, de la gestion d'un contrat collectif. L'assemblée générale de l'organisme définit les principes qui s'imposent à ces délégations de gestion. Le délégataire doit rendre compte chaque année de sa gestion au conseil d'administration de l'organisme : le conseil d'administration lui-même établit et présente chaque année à l'assemblée générale, en cas de recours à des intermédiaires, un rapport spécifique rendant compte des opérations d'intermédiation et de délégation de gestion.

Les intermédiaires d'assurance ou de réassurance travaillant avec des mutuelles ou des institutions de prévoyance sont soumis aux mêmes dispositions que ceux travaillant avec des entreprises d'assurance. Toutefois, lorsque l'intermédiaire a été désigné par une personne morale souscriptrice, cette dernière doit être informée par la mutuelle ou l'institution de prévoyance du montant et du destinataire de la commission versée.

OBLIGATION DE CONSEIL

La directive du 9 décembre 2002 met à la charge des intermédiaires d'assurance une obligation de conseil. Cette disposition, transposée à l'article L.520-1-I du Code des assurances oblige les intermédiaires à préciser les exigences et les besoins du souscripteur éventuel ainsi que les raisons qui motivent le conseil fourni quant à un produit d'assurance déterminé. Ces éléments devront faire l'objet d'un écrit remis au souscripteur qui constituera un élément de preuve en cas de mise en cause de la responsabilité civile professionnelle de l'intermédiaire.

Les entreprises d'assurance ou de réassurance et leurs salariés ne sont pas considérés comme des intermédiaires d'assurance. Cette exclusion prévue par la directive conduit, ainsi, à exonérer les réseaux salariés des entreprises d'assurance de l'obligation de conseil introduite dans la loi. Le risque de distorsion de concurrence entre les réseaux salariés et les intermédiaires au détriment des assurés a été relevé par le rapport sur la commercialisation des produits financiers remis au Ministre de l'économie, des finances et de l'industrie par M. Delmas-Marsalet. Ce rapport suggère d'élargir les règles en matière de conseil à l'ensemble des personnes qui présentent des contrats d'assurance, et ce quel que soit leur statut.

En assurance sur la vie, le respect de l'obligation de conseil suppose que l'intermédiaire se renseigne sur le patrimoine du souscripteur, voire dans certains cas qu'il établisse un véritable diagnostic patrimonial. Cette analyse, tant qu'elle vise à apporter un meilleur conseil sur le contrat d'assurance à souscrire, demeure dans le champ du Code des assurances et n'oblige pas l'intermédiaire à opter pour le statut de conseil en investissements financiers.

RELATIONS AVEC LES ASSURÉS

Le 22^{ème} considérant de la directive du 9 décembre 2002 prévoit que « des procédures adéquates et efficaces de réclamation et de recours sont nécessaires dans les Etats membres pour régler les litiges entre les intermédiaires d'assurance et les consommateurs ». L'article 11 de la même directive dispose que « les Etats membres encouragent la mise en place de procédures adéquates et efficaces de réclamation et de recours en vue du règlement extra-judiciaire des litiges entre intermédiaires et clients faisant appel, le cas échéant, aux organes existants ».

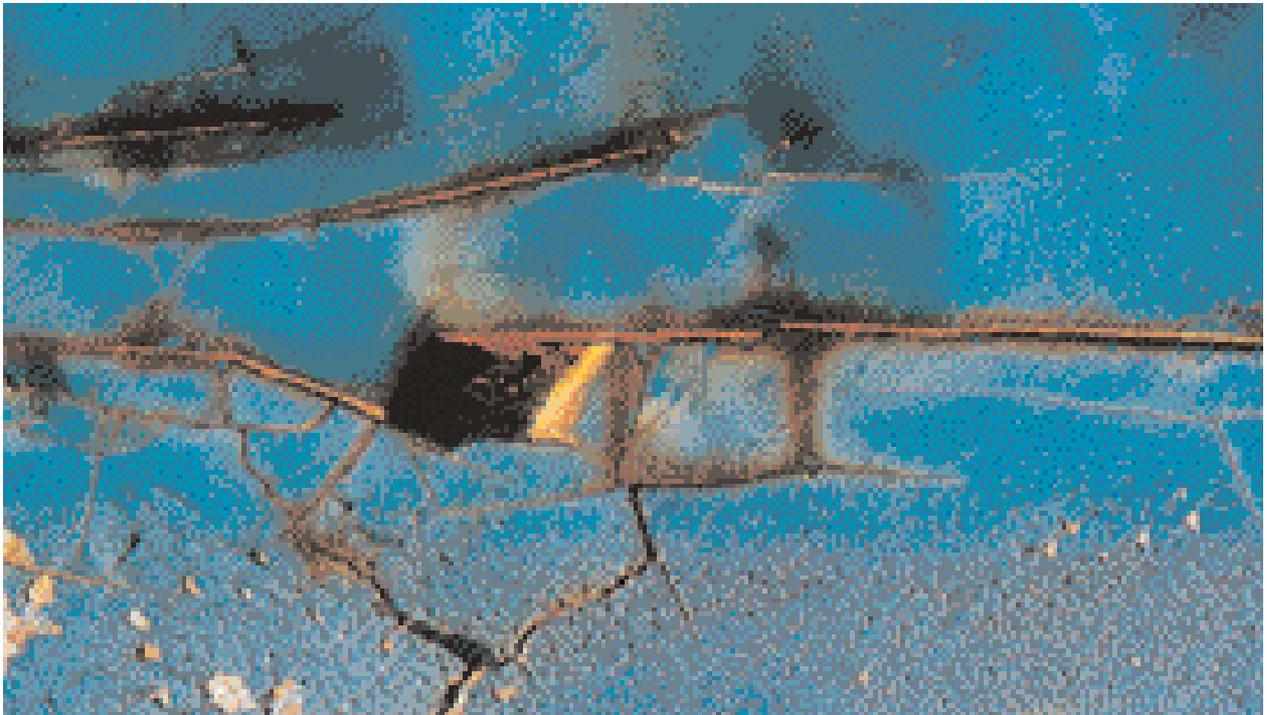
Or, en l'absence d'un dispositif de médiation professionnelle propre aux intermédiaires, les médiateurs professionnels des entreprises d'assurance ne s'estiment pas compétents pour connaître des litiges mettant spécifiquement en cause des intermédiaires d'assurance. Le Bureau des Relations avec les Assurés de l'ACAM est donc à l'heure actuelle la seule instance ayant à connaître de ce type de litige.

Les premières réclamations reçues font apparaître, dans certains cas, une inquiétante méconnaissance par les intermédiaires des dispositions du Code des assurances applicables à leur activité.

PASSEPORT EUROPÉEN

Un passeport européen pour la libre prestation de services (LPS) ou la liberté d'établissement (succursale) est instauré pour les intermédiaires. Les intermédiaires français désirant exercer dans l'Union Européenne sont tenus d'en informer l'organisme gestionnaire du registre qui, à son tour, en informe les autorités compétentes des Etats membres. De même, les autorités du pays d'origine informent l'organisme tenant le registre en France. Les organismes d'assurance faisant appel à des intermédiaires d'un autre Etat membre doivent s'assurer qu'ils sont correctement immatriculés dans leur pays d'origine.

Les autorités de contrôle membres du Comité européen des contrôleurs d'assurance et de pensions professionnelles (CECAPP) ont signé un protocole favorisant l'exercice du passeport européen et les échanges d'information sur les intermédiaires opérant dans plusieurs Etats membres de l'Union européenne. Ce protocole vise également à faciliter l'accès des consommateurs aux registres des intermédiaires établis dans les Etats membres.



PRÉSENTATION DES COMPTES DE L'AUTORITÉ DE CONTRÔLE DES ASSURANCES ET DES MUTUELLES POUR 2005

1. Cadre juridique relatif à la production du compte financier de l'ACAM

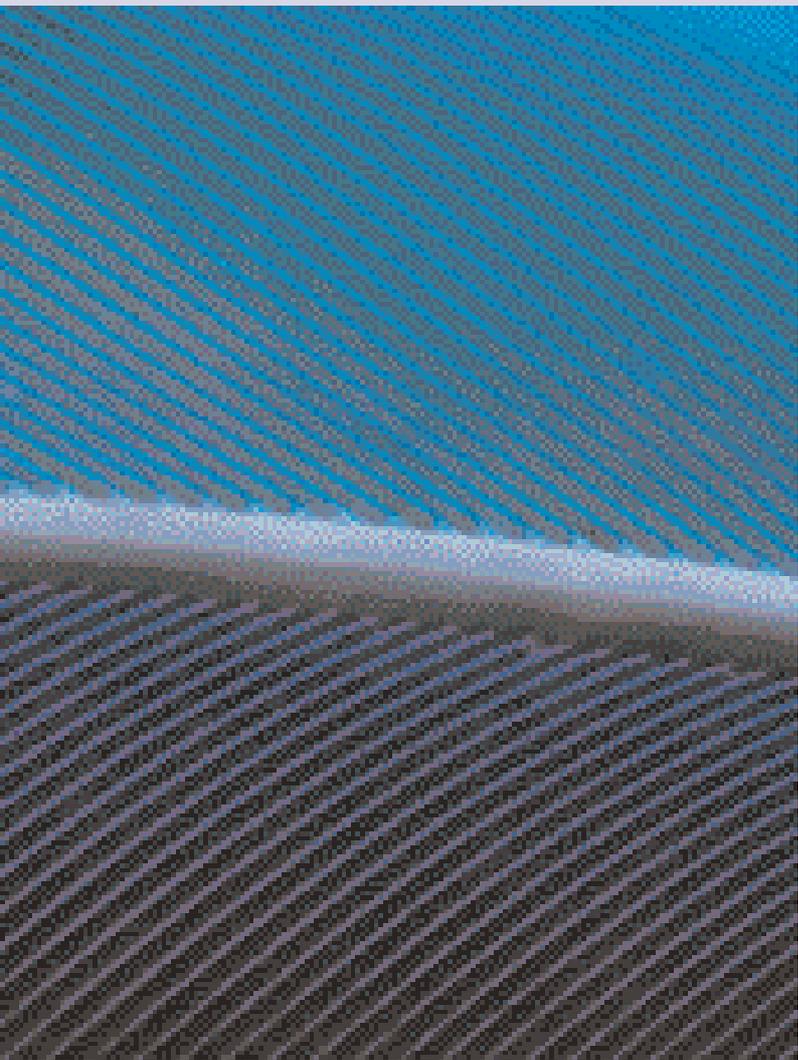
Le cadre juridique régissant la comptabilité de l'ACAM est précisé par les articles R310-12-4 et R 310-12-5 du Code des assurances.

- Les comptes de l'ACAM sont établis selon les règles du plan comptable général ;
- Le compte financier est établi par l'agent comptable et soumis par le Secrétaire général au Collège qui entend l'agent comptable. Il est arrêté par le Collège et communiqué à la Cour des Comptes par le Secrétaire général.

La tenue des comptes respecte les principes généraux de prudence, de régularité, de sincérité et d'image fidèle de la situation financière de l'Autorité.

2. Présentation des comptes

La création de l'ACAM résulte de la fusion, en 2004, de la CCA et de la CCMIP, autorités administratives indépendantes qui n'étaient dotées d'aucun patrimoine et qui n'établissaient pas de budget.



PARTIE IV

LES DONNÉES FINANCIÈRES

3. Faits saillants de l'exercice comptable 2005

Les comptes de l'exercice 2005 portent, pour la première fois, sur une année civile complète. En effet, les comptes de l'année 2004 portaient seulement sur cinq mois et demi d'activité, entre le 17 juillet 2004, date du démarrage effectif de l'activité de l'Autorité et le 31 décembre 2004.

L'exercice 2005 est une année de transition pendant laquelle l'ACAM s'est dotée des moyens lui permettant d'assurer la gestion autonome de ses ressources, de son personnel et de ses missions. Toutefois cette autonomie reste limitée dans certains domaines :

- le recouvrement des contributions auprès des mutuelles et institutions de prévoyance reste effectué par les URSSAF, dans le cadre d'une convention signée en 2005 entre l'ACAM et l'ACOSS ;

- les commissaires contrôleurs restent rémunérés par le MINEFI, dans le cadre d'une convention financière prévoyant le remboursement au MINEFI des salaires versés. La parution des textes d'application du nouveau statut du corps de contrôle du 15 juillet 2005 permettra à l'Autorité de prendre en charge la paye de ces agents dans le courant de l'année 2006, complétant ainsi son autonomie en matière de gestion des personnels ;

- les locaux utilisés par l'Autorité en 2005 sont ceux qui avaient été dévolus à la CCA par le MINEFI, et qui sont maintenant très insuffisants pour permettre à l'ACAM de mettre en œuvre l'ensemble des missions qui lui ont été confiées par la loi. La gestion matérielle de l'immeuble reste entièrement du ressort du MINEFI. En contrepartie, l'ACAM verse une indemnité d'occupation et rembourse les frais dans le cadre d'une convention financière.

LES RECETTES

L'essentiel des recettes de l'exercice est constitué par les contributions des organismes contrôlés pour un montant de 22,54 millions d'euros qui se décompose ainsi :

- entreprises d'assurance : 19,13 millions d'euros perçus au titre de l'exercice 2005 ;
- mutuelles et institutions de prévoyance : 2,68 millions d'euros perçus au titre de l'exercice 2005 et 0,73 millions d'euros perçus au titre de l'exercice 2004, soit un total de 3,41 millions d'euros figurant au compte financier.

Par ailleurs, les produits financiers sur valeurs mobilières de placement s'élèvent à 0,38 millions d'euros.

LES CHARGES

Les charges d'exploitation, qui atteignent le montant de 13,22 millions d'euros, appellent les commentaires suivants :

- les dépenses de personnel, d'un montant de 9,51 millions d'euros, intègrent la progression des effectifs réels qui atteignent 155 en fin d'exercice, contre 143 à la fin de l'exercice précédent. Elles prennent en compte également l'évolution du statut des personnels, dont 55 % ont le statut d'agent contractuel de droit public en fin d'année, contre 3 % à la fin de l'exercice précédent. Il faut également noter la décision prise en cours d'année 2005 de créer 15 emplois nouveaux portant l'effectif budgétaire à 205 postes, qui n'aura d'incidence financière réelle qu'à partir de 2006 compte tenu des contraintes affectant le recrutement en 2005 et pendant le premier semestre 2006 ;
- les autres charges externes, qui se montent à 3,11 millions d'euros, correspondent en particulier à la redevance d'occupation de l'immeuble et au loyer de son annexe, aux frais de gardiennage, d'entretien et aux frais de déplacements et de missions ;
- les impôts et taxes se chiffrent à 0,37 millions d'euros, correspondant essentiellement aux taxes sur les salaires.

LE RÉSULTAT

L'exercice 2005 présente un résultat excédentaire de 9,83 millions d'euros. Ce résultat traduit le niveau exceptionnellement bas des charges de gestion, qui s'explique principalement par l'impossibilité d'atteindre les objectifs en terme de recrutement fixés pour 2005 du fait de l'absence de locaux disponibles, et par le report à 2006 du déménagement dans le nou-

vel immeuble de l'ACAM, déménagement qui était initialement prévu pour la fin de l'année 2005.

Conformément à l'article R 310-12-2 du Code des assurances, le collège a, lors de la séance du 28 mars 2006, approuvé les comptes de l'exercice 2005 et décidé d'affecter le résultat de 9,83 millions d'euros en report à nouveau pour 6,33 millions d'euros et en réserves pour 3,50 millions d'euros.

4. Notes et annexes aux comptes

Note n°1

L'exercice comptable 2005 débute le 1^{er} janvier et s'achève le 31 décembre.

Note n°2

Les durées d'amortissement pratiquées selon le mode linéaire sont les suivantes :

- Matériel informatique :
 - 3 ans pour le petit matériel ;
 - 3 ans pour le matériel micro informatique de réseau et les mini serveurs ;
 - 5 ans pour les gros systèmes.
 - Brevets, licences et logiciels : 5 ans ;
 - installation technique : 8 ans ;
 - matériel de bureau et de transport : 5 ans ;
 - agencements, aménagements et mobilier de bureau : 8 ans ;
 - immeubles à usage de bureau : 50 ans.

Le montant total de la dotation aux amortissements a représenté 25 501,90 euros.

Note N°3

Les valeurs mobilières de placement sont évaluées à la valeur de marché à la clôture de l'exercice 2005.

Bilan 2005 ACAM

en euros

ACTIF	Brut	Amortissements & Provisions	Net	2004
Immobilisations Incorporelles (Brevets, licences, logiciels)	83 443,54	14 929,00	68 514,54	
Immobilisations Incorporelles (Mobilier et matériels informatiques..)	121 913,26	10 572,90	111 340,36	2 980,00
Immobilisations Financières (Prêts et cautionnements)	20 722,50		20 722,50	19 885,00
Total Actif Immobilisé	226 079,30	25 501,90	200 577,40	22 865,00
Créances d'exploitation	5 705 154,51		5 705 154,51	1 862 973,50
Créances diverses	7 089,41		7 089,41	
Valeurs mobilières de placement	23 388 977,92		23 388 977,92	
Disponibilités	916 600,11		916 600,11	17 993 139,49
Total Actif circulant	30 017 821,95		30 017 821,95	19 856 112,99
Charges constatées d'avance	62 376,78		62 376,78	
Total Général	30 306 278,03	25 501,90	30 280 776,13	19 878 977,99

PASSIF	Avant affectation	2004
Réserves	1 228 308,00	
Report à nouveau	11 194 091,08	
Resultat de l'exercice	9 832 782,76	12 445 264,08
Total Capitaux propres	22 255 181,84	12 445 264,08
Provisions pour Risques & Charges	3 582 134,00	3 582 134,00
Dettes fournisseurs	1 857 422,97	3 851 579,91
Dettes fiscales & sociales	398 674,19	
Autres dettes d'exploitation (Rémunérations et charges de personnel à payer)	2 187 363,13	
Total dettes d'exploitation	4 443 460,29	3 851 579,91
Total Général	30 280 776,13	19 878 977,99

Compte de Résultat 2005 ACAM

en euros

CHARGES	Exercice 2005	2004
Charges Externes	3 105 647,59	764 895,01
dont :		
Location, charges locatives	1 019 587,97	
Travaux entretiens & réparations	156 372,80	
Documentations, Etudes & Recherches	137 939,20	
Intérimaires, rémunérations d'intermédiaires & honoraires	874 379,85	
Déplacements, Missions & Réceptions	379 325,40	
Divers (publications, frais postaux & télécoms, formation, gardiennage...)	538 042,37	
Impôts, taxes & versements assimilés	371 403,50	
Rémunération du personnel	8 679 985,27	3 100 920,44
Charges sociales, de prévoyances et divers	832 483,95	
Dotation aux amortissements & provisions	25 501,90	3 582 134,00
Autres charges (électricité, eau, etc..)	202 924,92	50 979,97
Charges exceptionnelles sur opérat. de Gestion.	1 116,02	
Total des charges	13 219 063,15	7 498 929,42
Résultat de l'exercice	9 832 782,76	12 445 264,08
Total	23 051 845,91	19 944 193,50

PRODUITS	Exercice 2005	2004
Produits des Contributions	22 544 276,61	19 943 806,00
dont Assurances	19 130 404,00	
dont M.I.P.	3 413 872,61	
Autres produits (ventes de rapports)	155,00	75,00
Produits financiers (revenus des valeurs mobilières de placement)	378 310,38	
Produits exceptionnels (sur opération de gestion)	129 103,92	312,50
Total	23 051 845,91	19 944 193,50

Compte d'affectation 2005 ACAM

en euros

Origine		
Résultat de l'exercice	9 832 782,76	
Affectations		
Réserves facultatives	3 500 000,00	
Report à Nouveau	6 332 782,76	
Totaux	9 832 782,76	9 832 782,76



LEXIQUE

CECAPP (CEIOPS : Committee of European Insurance and Occupational Pension Supervisors)

Comité des superviseurs européens, la France y est représentée par l'ACAM. Très sollicité dans le cadre du projet Solvabilité 2, il est, notamment, chargé de répondre aux demandes d'avis de la Commission européenne.

EIOPS (European Insurance and Occupational Pensions Committee)

Comité européen des assurances et des pensions professionnelles, il regroupe les régulateurs européens. La France y est représentée par la Direction du Trésor.

Marge de solvabilité

Somme des fonds propres et des plus-values latentes, elle doit être supérieure à un minimum défini forfaitairement. En assurance vie, ce minimum correspond à 4 % des provisions mathématiques des contrats en euros et 1 % pour les contrats en unités de compte. En assurance non-vie, ce minimum est égal à 16 % des primes ou à 23 % des sinistres, le montant le plus élevé étant retenu.

MCR (Minimum Capital Requirement)

Dans le contexte de Solvabilité 2, niveau de capital en deçà duquel une action immédiate des régulateurs est enclenchée.

Participation aux bénéfices

Le montant minimal de la participation aux bénéfices attribuable au titre d'un exercice est déterminé globalement par rapport à un compte de participation aux résultats qui reprend les éléments de recettes (charges prélevées) et de dépenses (frais engagés) mentionnés à l'annexe de l'article A 344-3. De ce compte de résultat, si celui-ci est positif, l'assureur peut prélever 10 %. Au solde, soit 90 % des bénéfices techniques, vient ensuite s'ajouter une part des produits financiers qui ne peut être inférieure à 85 % du solde du compte financier comportant les éléments de l'article A 331-6. Le montant minimal de la participation au bénéfice est ainsi égal au montant du solde créditeur correspondant à la participation, au résultat duquel sont déduits les intérêts crédités aux provisions mathématiques. Ce solde peut être affecté directement aux provisions mathématiques ou porté totalement ou partiellement à la provision pour participation aux excédents.

Provisions mathématiques

Montant actualisé de la dette probable de l'assureur vis-à-vis de l'assuré. Pour les contrats d'assurance vie en euros, les provisions mathématiques (PM) doivent être calculées à partir de taux d'intérêts techniques réglementaires et, s'ils comportent un élément viager (rente viagère par exemple), d'après les tables de mortalité réglementaires. Lorsqu'elles portent sur des unités de compte, les PM sont évaluées sur la base de la valeur de réalisation des parts. Une provision spécifique peut être constituée lorsque les contrats prévoient une garantie décès (garantie plancher notamment) pour couvrir la différence entre le capital assuré et la valeur des unités de compte si celle-ci est positive. L'assureur doit à tout moment pouvoir disposer des actifs suffisants afin de régler cet engagement (règle dite de la couverture des engagements).

Provision pour participation aux excédents

Il s'agit du montant de la participation aux bénéfices que les assureurs décident de ne pas incorporer immédiatement aux provisions mathématiques. Ce matelas de sécurité est alimenté à la discrétion des compagnies, lorsque les résultats de leur gestion financière le permet (comme en 2005, par exemple) ou inversement, diminué par prélèvements lors des mauvaises années, pour soutenir les rendements des fonds en euros. Cette provision de lissage des performances est constituée annuellement et doit être distribuée aux assurés dans les huit ans. En moyenne, aujourd'hui, le stock des provisions pour participation aux excédents est équivalent à 2 % du volume des provisions mathématiques globales.

Provision de gestion

Provision destinée à couvrir des charges de gestion, elle s'établit à partir d'un compte prévisionnel de charges et de produits sur un ensemble homogène de contrats selon des règles strictes définies à l'article R.331-1-1 du Code des assurances, repris dans les autres codes. Pour chaque ensemble homogène de contrats, le montant de la provision est égal à la valeur actuelle des charges de gestion futures diminuée de la valeur actuelle des ressources futures issues des contrats.

Provision pour risque d'exigibilité

Schématiquement, cette provision est passée lorsque l'ensemble des actifs hors obligataires est en moins-value latente par rapport à leur prix d'acquisition. Depuis le décret du 22 décembre 2003, les entreprises qui satisfont aux règles prudentielles (représentation des engagements réglementés, couverture de l'exigence de marge de solvabilité), peuvent doter la provision pour risque d'exigibilité (PRE) de manière progressive. La dotation annuelle à la PRE au titre de l'exercice est, dans ce cas, égale à un tiers du montant de la moins-value latente constatée. La PRE doit être passée nette de provision pour dépréciation durable (PDD) qui se calcule ligne à ligne, et qui correspond à la part des moins-values dont l'entreprise estime qu'elles ont de fortes chances de perdurer.

Selon le Conseil national de la comptabilité, « Cette provision correspond à la perte globale que subirait une entreprise si elle était amenée à liquider immédiatement ces placements, en l'absence de risque de liquidité ou de risque identifié sur les placements, hormis ceux d'ores et déjà pris en compte dans les provisions pour dépréciation durable. Il s'agit donc d'une provision à caractère essentiellement prudentiel ».

Provision pour aléas financiers

La provision pour aléas financiers (PAF) vise à compenser une baisse du rendement des actifs par rapport aux engagements de taux garantis sur les contrats autres que ceux à capital variable (en unités de compte). Les organismes d'assurance qui ont en stock des contrats à taux garantis élevés (par exemple 4,5 %) peuvent en effet dégager un rendement sur le portefeuille tout juste équivalent à la rémunération sur laquelle ils se sont engagés vis à vis des assurés. Si lors de l'inventaire 80 % du taux de rendement réel des actifs est inférieur au taux moyen garanti des passifs, la compagnie doit alors comparer les provisions mathématiques (PM) recalculées avec un taux équivalent à 80 % du taux de rendement de l'actif et les PM telles qu'elles ont été calculées à l'inventaire. Si le premier montant est supérieur au second, l'écart doit alors être passé en PAF. Cette provision, qui doit être passée à la suite d'un exercice difficile, est jugée contre-productive par les assureurs puisqu'elle conduit à augmenter les provisions sur une année où la compagnie a déjà été pénalisée sur la baisse des ses rendements financiers. Etablie sur la base d'un calcul rétrospectif, les assureurs militent pour la prise en compte d'un calcul prospectif.

Provision pour frais d'acquisition reportés

La provision pour frais d'acquisition reportés correspond à un montant qui est au plus égal à l'écart entre les montants des provisions mathématiques inscrites au bilan et le montant des provisions mathématiques qui seraient à inscrire si les chargements d'acquisition n'étaient pas pris en compte dans les engagements des assurés.

Provision pour égalisation

La provision pour égalisation est constituée pour faire face aux évolutions de la sinistralité. Elle sert essentiellement pour les contrats décès de groupe.

Provision technique de diversification

Une nouvelle provision technique devrait bientôt voir le jour dans les contrats d'assurance vie suite à la loi Breton du 26 juillet 2005. Il s'agit de la provision technique de diversification destinée à absorber les fluctuations des actifs du contrat. Cette provision sera applicable au contrats « diversifiés » et obéira à des mécanismes similaires à ceux mis en place pour le Perp euro-diversifié.

Remarque générale sur les provisions

Certaines provisions techniques devraient être amenées à disparaître dans le cadre des normes IAS-IFRS et des projets de nouvelles règles de solvabilité « Solvabilité 2 ». Sont notamment concernées les provisions les plus critiquées comme la PRE et la PAF.

Réserve de capitalisation

Réserve spéciale considérée comme une provision au regard de la couverture des engagements, elle fait partie des éléments constitutifs de la marge de solvabilité. La réserve de capitalisation, alimentée par les plus-values réalisées sur les cessions d'obligations, a pour objectif d'amortir les mouvements de taux sur les portefeuilles. Selon les professionnels, cette provision est discutable dans la mesure où elle fige la gestion obligataire des compagnies. Elle ne peut en effet être reprise sauf à réaliser des moins values sur le portefeuille obligataire, qui sont alors prélevées sur la réserve de capitalisation.

SCR (Solvency Capital Requirement)

Dans le projet Solvabilité 2, il s'agit du niveau de capital cible qui pourra être déterminé en appliquant soit le modèle standard, soit un modèle interne accepté par l'Autorité de Contrôle. Le SCR constitue l'objectif de capitalisation auquel chaque entreprise d'assurance devrait parvenir en régime de croisière. Il pourrait donc, temporairement et exceptionnellement, ne pas être atteint.

Solvabilité 2

Projet européen de réforme de la solvabilité des assureurs applicable à l'horizon 2011. Il se décline en trois volets : les exigences en capital et provisions techniques (Pilier I), l'exercice du contrôle (Pilier II) et la discipline de marché (Pilier III). Le Pilier I doit, notamment, définir le niveau de MCR et de SCR selon la nature des risques d'assurance (souscription, marché, gestion actif-passif, crédit, opérationnels, catastrophes...)

Taux d'intérêt technique (assurance vie)

Le taux d'intérêt technique est utilisé pour déterminer le tarif et les provisions mathématiques de l'assureur. Il ne peut dépasser 75 % du taux moyen de l'emprunt d'Etat français (TME) pris sur une base semestrielle. Au-delà de huit ans, il ne peut être supérieur au plus bas des deux taux suivants : 3,5 % ou 60 % du TME sur une base semestrielle. Pour les contrats à capital variable ou à prime périodique, le taux minimum garanti ne peut excéder, quelle que soit leur durée, le plus bas des deux taux : 3,5 % ou 60 % du TME sur une base semestrielle. Le «taux de référence mensuel» se calcule en multipliant par 60 % ou 75 % le TME sur base semestrielle. Le taux d'intérêt technique maximal applicable aux tarifs est fixé sur une échelle de taux d'origine 0 et de pas de 0,25 point. Tant que le taux de référence mensuel n'a pas diminué d'au moins 0,1 point ou augmenté d'au moins 0,35 point par rapport au dernier taux technique maximal en vigueur, ce dernier demeure inchangé. Si le taux de référence mensuel sort des limites précédemment définies, le nouveau taux technique maximal devient le taux immédiatement inférieur au taux de référence mensuel sur l'échelle de pas de 0,25 point. Lorsqu'un nouveau taux d'intérêt technique maximal est applicable, les entreprises disposent de trois mois pour opérer cette modification.

Par ailleurs, les assureurs peuvent annoncer annuellement un taux minimum garanti de revalorisation de leurs engagements pour l'année suivante.. Ce taux ne peut excéder 85 % de la moyenne des taux de rendement des actifs de l'entreprise calculés sur les deux derniers exercices



61, rue Taitbout
75009 Paris
Téléphone : 01 55 50 41 41
Télécopie : 01 55 50 41 50

