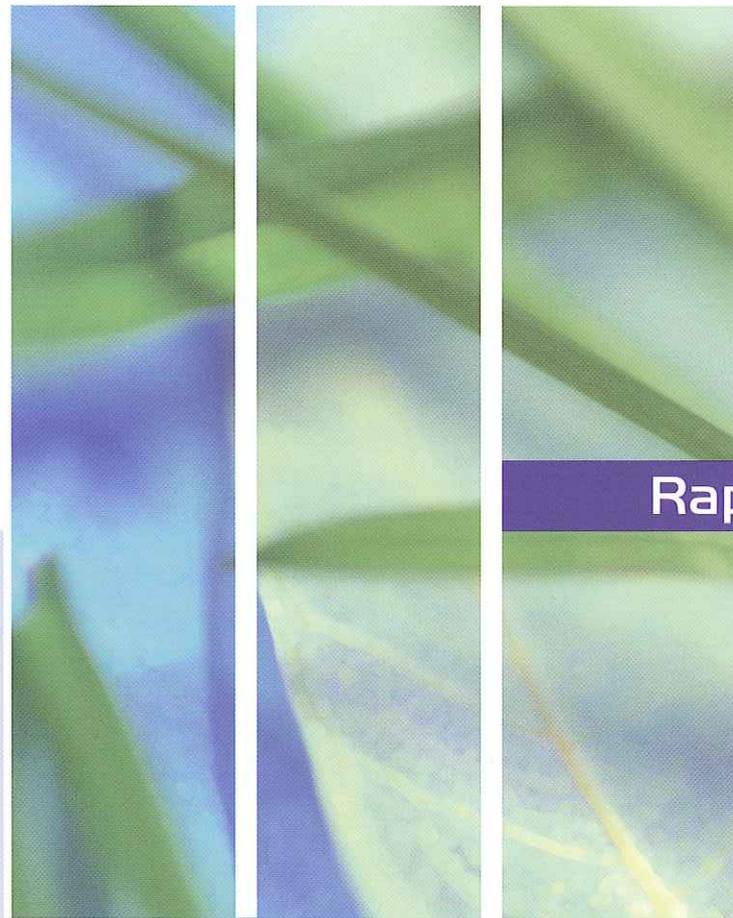


Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles



Rapport 2006

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, d'effectuer le contrôle et la surveillance de l'ensemble des acteurs du marché français de l'assurance.

En raison de leur forme juridique variée, 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 **2 604 organismes** de droit français dont :

378 SOCIÉTÉS D'ASSURANCE

29 SOCIÉTÉS DE RÉASSURANCE

1 996 MUTUELLES

66 INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE

80 INSTITUTIONS DE RETRAITE SUPPLÉMENTAIRE

SOMMAIRE



Profil	1
Le Mot du Président	4
Le Mot du Secrétaire général	8
Partie 1 : Le marché français de l'assurance en 2006	10
1. L'évolution du marché de l'assurance en 2006	12
2. Les 2 604 organismes contrôlés	14
3. Les chiffres clés	16
3-1 L'assurance française au sein de l'Union européenne	16
3-2 Les chiffres du marché français	17
Partie 2 : Présentation de l'ACAM	22
1. Les missions de l'ACAM	24
1-1 Organisation et fonctionnement	25
1-2 Les prérogatives de l'ACAM	26
1-3 La coopération avec les autres autorités de contrôle	28
2. L'action du Collège en 2006	29
2-1 Les mesures d'urgence et de sauvegarde	29
2-2 Les recommandations	30
2-3 L'ouverture de procédures disciplinaires	30

Partie 3 : Relations de l'ACAM avec les organismes contrôlés et les assurés	36
1. L'ACAM et les organismes contrôlés	38
1-1 Le contrôle sur pièces et sur place	38
1-2 La mise en place du contrôle des intermédiaires	39
1-3 La lutte anti-blanchiment	39
2. L'ACAM et les assurés	41
2-1 L'activité du BRA	41
2-2 Les principaux points soulevés en 2006	45
3. La vocation pédagogique de l'ACAM	50
Partie 4 : Régulation et Coopération internationales	52
1. Le marché unique européen : Solvabilité II	53
1-1 Le cadre du projet Solvabilité II	53
1-2 Les études quantitatives d'impact	55
2. La coopération internationale	58
2-1 La coopération au sein de l'Union européenne	58
2-2 La coopération internationale	60
Partie 5 : Faits marquants en 2006	62
1. 2006 en bref	63
2. Les principaux points soulevés en 2006	65
2-1 Le contrôle opéré par le Conseil d'État sur les décisions de l'ACAM	65
2-2 L'actualité législative et réglementaire 2006	66
2-3 L'actualité jurisprudentielle	68
2-4 Les nouvelles obligations en matière de contrôle interne	71
2-5 La réassurance limitée, dite « finite »	71
2-6 Les tables de mortalité	73
2-7 L'assurance de responsabilité et provision pour garantie subséquente	74
2-8 Les nouveaux états de demande d'avis de l'ACAM lors de la désignation des commissaires aux comptes	76
2-9 Le principe de spécialisation	77
2-10 Les mutuelles du livre III	77
Partie 6 : Présentation des comptes de l'ACAM	78
1. Les données financières	79
2. Compte de résultat et bilan	82
Lexique	86



LE MOT DU PRÉSIDENT





L'année 2006 a été une année particulièrement prospère pour l'assurance en général :

- une année de collectes exceptionnelles, +16,6 % pour l'assurance vie, et, pour l'ensemble du secteur, un volume de placements financiers atteignant 1 500 milliards d'euros, soit près d'un quart de l'épargne nationale ;
- une année de sinistralité modérée, non seulement en catastrophes naturelles mais aussi dans la plupart des branches comme pour l'automobile par exemple ;
- et enfin, une année de bons résultats financiers, de poursuite de la consolidation des organismes, facteur positif pour les assurés. L'expansion internationale de l'assurance française s'est, dans le même temps, accélérée.

L'ACAM a, pour sa part, poursuivi sa mue ; elle n'est sûrement pas achevée, mais beaucoup de chantiers ont été menés à bien.

L'Autorité a déménagé et est aujourd'hui installée dans de nouveaux locaux, sis 61 rue Taitbout - 75009 Paris.

Le recrutement a été poursuivi et les effectifs ont connu le renforcement tant attendu ; ils se stabiliseront dès que l'organigramme cible, fixé à 230 personnes, aura été atteint. Les brigades de contrôle se sont étoffées notamment par le recrutement d'assistants de contrôle mais aussi par l'arrivée de nombreux jeunes qui sont aujourd'hui dans nos différents services. Le Bureau des relations avec les assurés a été renforcé afin qu'il puisse tenir toute sa place et répondre à la mission de l'ACAM d'être au service des

assurés. Une série de nouvelles branches a vu le jour, notamment un service des études, un service en charge du contrôle de gestion, un service spécialisé pour les intermédiaires et une cellule dédiée à la lutte contre le blanchiment.

L'ACAM a, également, pris son autonomie. Celle-ci découle du statut d'autorité administrative indépendante, mais elle demeurerait partielle jusque-là puisque beaucoup d'opérations restaient gérées en direct par le Ministère de l'économie et des finances.

Quant aux résultats du contrôle en 2006, je constate avec satisfaction que nombre d'affaires se sont dénouées positivement ; l'ACAM a pu conforter, consolider et adosser les entreprises qui posaient des problèmes et en inciter d'autres à améliorer leur contrôle interne ou leurs politiques prudentielles. Je crois aux vertus de la pédagogie : le contrôle permanent suppose, également, un rôle de conseil et de suggestion. Et nous avons eu la satisfaction, en fin d'année 2006 et début 2007, de voir que deux décisions importantes du Conseil d'État (dans les affaires CNP et Prédica) confortaient, tant sur la procédure que sur le fond, les positions qui avaient été prises par le Collège.

Pour 2007, il reste évidemment beaucoup à faire. Un certain nombre de sujets délicats appellent de nouvelles avancées. Parmi eux,

je citerai **la gouvernance** – sujet qui provoque beaucoup de discussions et d'intérêt – et la **bonne information des assurés** avec les suites du rapport Delmas-Marsalet. La question de la mise en place la plus effective possible du **contrôle des intermédiaires** d'assurance est également un sujet difficile, en raison de leur nombre et de la nouveauté de la matière. Je voudrais aussi insister sur le nécessaire renforcement des actions de **prévention du blanchiment**. Nous devons, plus généralement, progresser vers un **contrôle le plus préventif** possible. Il vaut en effet, toujours mieux prévenir une difficulté que d'avoir à sanctionner des mauvais comportements une fois qu'ils se sont produits.

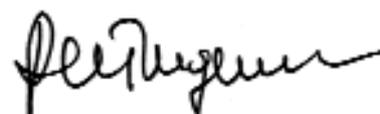
2007 sera, également, une grande année internationale puisque c'est l'année où la Commission européenne va publier la première proposition de directive sur Solvabilité II. Nous allons donc connaître plus précisément comment se définit ce régime de Solvabilité II sur lequel l'ACAM a déjà beaucoup travaillé et continue à s'investir en force : près d'une vingtaine de commissaires-contrôleurs participent régulièrement aux groupes d'études au niveau européen sur ces questions.

Enfin, l'Autorité restera vigilante sur certains risques récurrents. Nous devons, notamment, veiller à ce que les modes de contractualisation soient corrects et

donnent toute la protection nécessaire aux assurés, dans le plein respect des règles prudentielles. Nous devons aussi rester vigilants dans le domaine de la mutualité sociale, où il existe encore des problèmes à régler qui tiennent souvent à la petite taille et aux difficultés de gestion de certaines entreprises, même si beaucoup d'autres se portent bien.

De même, dans le champ de la prévoyance collective, si la majorité des institutions se portent bien, quelques autres, gestionnaires de régimes de retraite, connaissent, par contre, de fortes tensions.

Ce phénomène est accentué par l'évolution de la démographie et, parfois, par la générosité abusive des distributions faites dans le passé sans prise en compte des projections. Comme le veut l'adage latin, « Delicta majorum immeritus lues », c'est-à-dire « tu paieras sans l'avoir mérité les fautes de tes anciens », nous devons éviter que ce ne soit trop souvent le cas et, au contraire, tout faire pour garantir l'avenir des générations nouvelles aussi solidement que celui des assurés d'aujourd'hui.



Philippe Jurgensen



LE MOT DU SECRÉTAIRE GÉNÉRAL

Nommé en avril 2007, j'assume depuis peu la direction des services de l'ACAM. C'est pour moi l'occasion de tirer un bilan des trois premières années de fonctionnement de cette institution née de la fusion de la CCA et de la CCMIP, et je me réjouis du travail accompli par tous, sous l'impulsion de mon prédécesseur Florence Lustman et avec le plein appui du Collège de l'Autorité.

L'enjeu était en effet, tout en continuant de tirer parti des nombreux atouts des institutions fusionnées, de mettre en place une autorité publique indépendante, bénéficiant de ressources propres pour faciliter l'accomplissement de ses missions. Les projets annoncés dans les précédents rapports annuels ont été mis en œuvre, avec notamment la mise en place, progressive, d'un contrôle permanent des mutuelles et de fonctions supports.

L'heure est à la consolidation du dispositif, ce que nous faisons maintenant par un travail de fond sur notre organisation interne, avec notamment deux thématiques. D'une part, l'ACAM doit pouvoir démontrer qu'elle exerce sa mission de surveillance permanente des organismes contrôlés avec un souci constant d'équité de traitement, quel que soit le statut juridique de ces organismes. D'autre part, elle doit être en mesure de s'adapter, le moment venu, aux nouvelles modalités réglementaires de contrôle prudentiel issues du projet européen Solvabilité II.

Avant d'évoquer ce dernier sujet, il convient de relever que la France dispose toujours d'un marché de l'assurance solide, où les faillites sont peu fréquentes et, lorsqu'elles se produisent



– un cas malheureusement en 2006 –, sans conséquences dramatiques pour les assurés. Et, si on se remémore les différentes crises survenues dans les dix dernières années, cette solidité ne semble pas reposer sur le contexte particulièrement favorable de l'année 2006.

Un enjeu important de Solvabilité II sera, à tout le moins pour l'ACAM, de préserver cet acquis car au vu du projet préparé par la Commission européenne, la réforme s'annonce de grande ampleur, touchant à tous les aspects de la surveillance prudentielle, avec des conséquences qu'il reste difficile d'apprécier globalement.

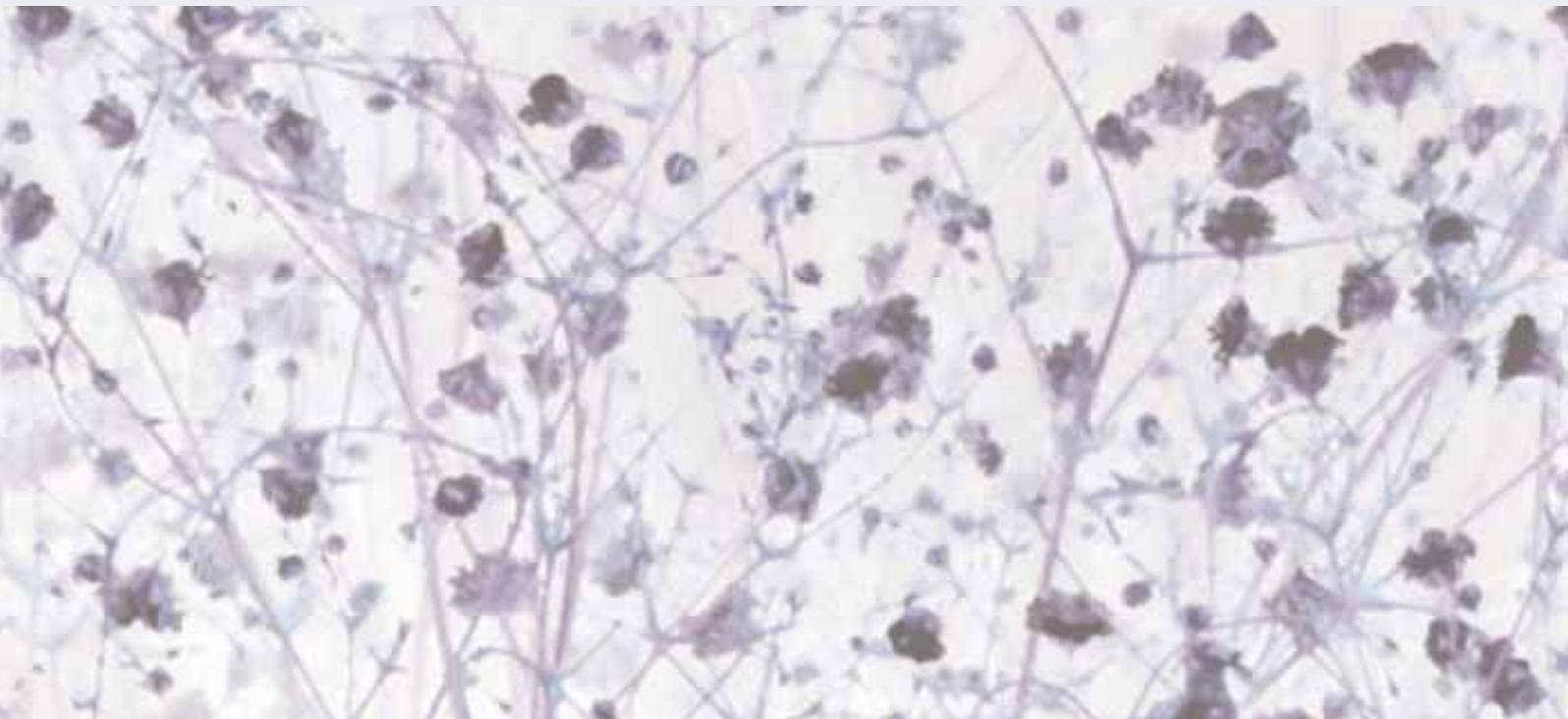
S'agissant des règles quantitatives, le provisionnement et la représentation des provisions par des actifs sûrs ne sont plus désormais les principaux moyens pour prendre en compte les risques supportés par l'assureur. C'est par le calcul d'une exigence de fonds propres (SCR) qu'on devra traduire ces risques. Suivant cette logique, l'objectif est aussi de calibrer les marges d'incertitude dans les provisions, tout en recourant à des taux d'actualisation plus élevés qu'actuellement. Nul doute qu'un travail important reste à faire pour bien en apprécier l'impact sur les bilans des entreprises françaises – notamment si les taux d'intérêt varient –, sachant qu'en assurance vie, les concepts retenus semblent plus adaptés aux contrats du marché anglais qu'aux produits français à valeur de rachat garantie.

D'autres évolutions prévues sont loin d'être anodines, et il faut les rappeler : le recours à des modèles internes pour calculer l'exigence de fonds propres ; la possibilité pour l'ACAM de fixer des exigences supplémentaires de fonds propres, notamment en cas d'insuffisante maîtrise des risques ; un contrôle des groupes qui, dans certains cas, prédominera sur le contrôle des entités qui les constituent.

Il est bien entendu trop tôt pour tirer des conclusions : la directive n'est pas encore adoptée et, en outre, nécessitera des mesures d'application encore à concevoir dans tous les domaines cités. À ce stade, une certitude est la sophistication du dispositif, inhérente à sa conception. Je sais que c'est un motif d'inquiétude pour beaucoup d'acteurs du marché, dont je souligne au passage l'implication de plus en plus forte dans ce projet. Dans ce contexte, et pour conclure temporairement sur ce sujet, je me permets d'exprimer le souhait que, lors de la conception des textes, le principe de proportionnalité soit largement appliqué, permettant chaque fois que c'est possible les simplifications pertinentes. C'est en effet essentiel pour que les organismes contrôlés, ainsi que l'ACAM, consacrent efficacement leurs moyens aux seuls aspects significatifs de la gestion de leurs risques.

A handwritten signature in blue ink, consisting of a stylized 'M' and 'A'.

Antoine Mantel



:: PARTIE I ::

LE MARCHÉ FRANÇAIS DE L'ASSURANCE EN 2006



2006, un bon millésime

*La France, 4^{ème} marché mondial de l'assurance
250 milliards d'euros d'encaissement (+11 %)
12 milliards d'euros de résultat net (+37 %)
1 500 milliards d'euros de placements (+9 %)
1754 organismes assureurs (-5 %)*

Une croissance exceptionnelle en assurance de personnes, marquée par des comportements d'arbitrage des épargnants en faveur de l'assurance vie, 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 États-Unis, le Japon et le Royaume-Uni.

Plus de 250 milliards d'euros – en progression de 11 % par rapport à l'année précédente – de primes et/ou cotisations ont été encaissés 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 64 % des encaissements, devant l'assurance non vie (32 %) et les réassureurs spécialisés (4 %).

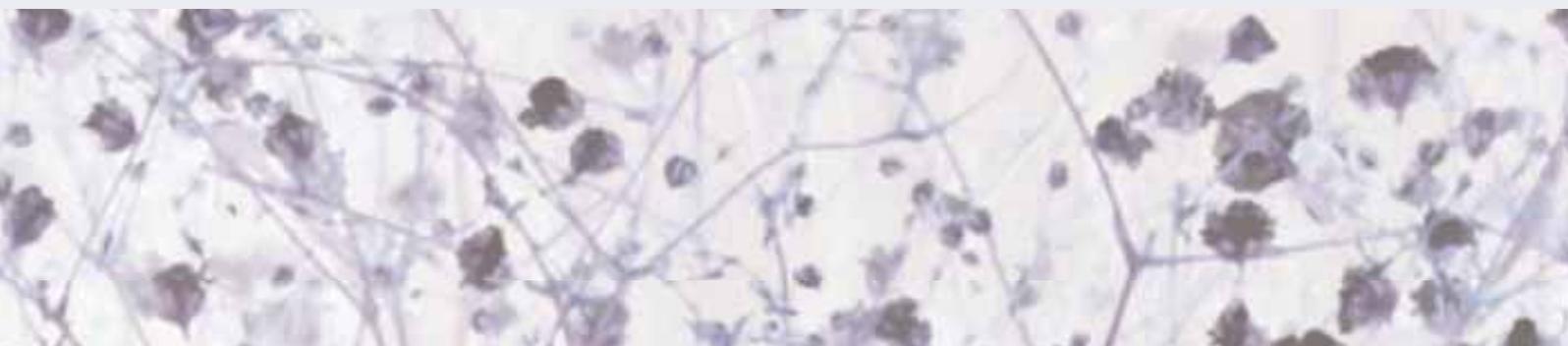
Dans un contexte favorable, les résultats instantanés du secteur augmentent de 37 % pour atteindre 12 milliards d'euros.

Les phénomènes de concentration se poursuivent, surtout parmi les acteurs de petite taille.



LE MARCHÉ FRANÇAIS DE L'ASSURANCE EN 2006

1- L'ÉVOLUTION DU MARCHÉ DE L'ASSURANCE EN 2006

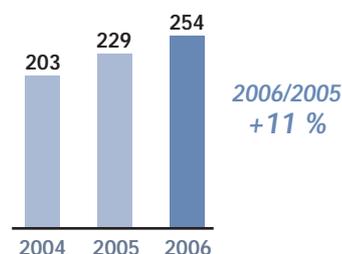


L'assurance en France, quatrième marché mondial, a bénéficié l'année passée tout à la fois du contexte international porteur, des tendances de long terme favorables, mais également – s'agissant de l'assurance vie – d'un comportement marqué de réallocation d'encours de plans d'épargne logement anciens à la suite de la modification des règles fiscales fin 2005. Près de la moitié de la croissance du chiffre d'affaires de l'assurance vie (+16,6 %) s'explique ainsi par ce comportement d'arbitrage des épargnants, qui s'est surtout matérialisé durant le premier semestre. Le caractère non récurrent de ce phénomène se constate d'ailleurs sur les premiers mois de 2007, marqué par des annonces de repli du chiffre d'affaires « vie » par rapport à la période comparable de l'année dernière.

La croissance de l'assurance non-vie a, pour sa part, comme depuis plusieurs années, été relativement moins dynamique (+3 %), ramenant le taux de croissance d'ensemble des activités d'assurance directe à +12 %, soit +11 % en incluant les activités de réassurance spécialisées.

Bien que l'ensemble des comptes des organismes contrôlés par l'ACAM ne soient pas disponibles à la date d'établissement de ce rapport, les éléments déjà exploitables permettent d'estimer que le chiffre d'affaires d'ensemble du marché a atteint, voire dépassé, les 250 milliards d'euros en 2006.

CA
En milliards d'euros



(Les éléments 2006 ne sont pas disponibles pour les mutuelles et les institutions de prévoyance. Pour les autres organismes, il s'agit d'estimations réalisées à partir de données réelles représentant globalement 95,8 % du marché, soit vie-mixte : 97,8 %, non-vie : 93,52 %, réassurance : 84,1 %).

Sur ce même périmètre, les résultats nets au bilan progressent de 37 % tandis que le volume des placements s'accroît de 9 %. A l'échelle de l'ensemble du marché, le volume des placements des entreprises régies par le Code des assurances atteignait en valeur de réalisation 1 430 milliards d'euros à fin 2006, soit près de 1 500 milliards d'euros pour l'ensemble du secteur.

LA RÉASSURANCE ET LE TRANSFERT DE RISQUE

La réassurance est une forme d'assurance particulière, pratiquée soit par les assureurs, soit par des réassureurs spécialisés. Elle représente historiquement le canal privilégié par lequel les assureurs mutualisent à une échelle plus vaste que celle de leur clientèle des risques rares ou coûteux. Confrontée notamment à des risques qui ignorent les frontières, la réassurance s'est très tôt internationalisée, expérimentant avant l'heure les avantages et inconvénients de la mondialisation. Ainsi, lorsque des tempêtes telles que celles qui ont balayé la France à la fin de l'année 1999 se produisent, une partie de leur coût est payée par des réassureurs dispersés sur toute la planète. Lorsqu'un attentat frappe le centre de New-York, lorsqu'un Tsunami dévaste le pourtour de l'océan indien ou lorsqu'un ouragan balaye la Nouvelle Orléans, là encore, les réassureurs de tous les continents sont mis à contribution. Et lorsque l'année est clémente en catastrophes mondiales, comme en 2006, l'ensemble de l'assurance et de la réassurance mondiale en bénéficie. Lorsque simultanément les placements financiers ont des performances satisfaisantes, comme en 2006, les conditions conjoncturelles sont réunies pour que les résultats instantanés du secteur soient de bonne tenue, et que la

capacité des acteurs à faire face aux aléas futurs en sorte renforcée. Simultanément, les pressions à la baisse sur les tarifs s'intensifient, ceux-ci étant par nature plus sensibles au passé récent qu'aux tendances de long terme.

Au-delà de la conjoncture, l'assurance s'inscrit dans un mouvement où le transfert et la gestion des risques font l'objet d'une demande et d'une attention accrue dans les pays développés, que ce soit pour apporter des réponses aux problématiques de vieillissement des populations, de prise en charge des dépenses de santé ou des risques environnementaux. Ces facteurs ont surtout une influence sur l'évolution des assurances de personnes (épargne, retraite, dommages corporels). En raison d'une sollicitation toujours croissante face à des capacités d'assurance traditionnelle limitées, ils suscitent simultanément l'émergence de solutions de transferts de risque alternatifs, tirant parti de l'inventivité constatée sur les marchés financiers.

Simultanément, dans les pays émergents ou émergés, le développement économique s'accompagne d'une montée de la demande de solutions de transferts de risques, portant dans un premier temps sur les opérations qualifiées d'assurance non-vie (dommages aux biens, notamment en responsabilité civile).



2- LES 2 604 ORGANISMES CONTRÔLÉS



Depuis 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 permanent de l'ACAM sont :

- les sociétés d'assurance de droit français régies par le Code des assurances ;
- les institutions de prévoyance 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 extra-communautaire opérant en France ;
- les sociétés de réassurance dont le siège social est sur le territoire français.

Parmi ces organismes, les plus nombreux, mais également jusqu'à récemment les moins bien connus, sont les mutuelles relevant du Code de la mutualité. Pour ces organismes, la transposition des directives européennes est intervenue, par ordonnance, en 2002. Ceci a notamment obligé l'ensemble des mutuelles pré-existantes à scinder des activités préalablement pratiquées au sein d'un même périmètre juridique pour respecter le principe de spécialisation en vigueur à l'échelle européenne. La partie des activités correspondant à de l'assu-

rance, 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 effectuées par des mutuelles appelées « Livre III ». Il existe également des organismes ne relevant d'aucune de ces catégories. Ils sont qualifiés de mutuelles « Livre I ».

D'une année sur l'autre, la baisse du nombre d'organismes contrôlés par l'ACAM se poursuit, et semble même en première approche s'accroître. De 2 718 à fin 2005, ceux-ci ne sont plus que 2 604 à fin 2006, soit une diminution apparente de 114 entités. En pratique, cette diminution résulte en partie d'un effet d'optique, la progression de la connaissance du secteur mutualiste ayant permis de réévaluer à la baisse le nombre de groupements mutualistes régis par les règles du Code de la mutualité réellement actifs à fin 2005. Au-delà de cette réévaluation de l'historique – qui ne devrait plus perdurer, les organismes relevant de ce code étant maintenant bien connus – la baisse réelle est patente, et ceci quelles que soient les règles dont relèvent les organismes contrôlés, mais pour des raisons variées.

Alors que le secteur mutualiste est toujours dans une phase de concentration initiée par la transposition des directives européennes, les institutions de prévoyance et les assureurs régis par le Code des assurances voient aussi leur nombre diminuer dans le cadre de la simplification des structures des groupes paritaires ou des groupes d'assurance.

LES DIFFÉRENTES FORMES DE MUTUELLES

Le Code de la mutualité, dans son article L. 112-2, réserve l'emploi du qualificatif « mutuelle » aux organismes régis par le Code de la mutualité. D'autres organismes non régis par le Code de la mutualité, ont cependant des formes juridiques de type mutualiste. Ils relèvent, par exemple, du Code des assurances et sont alors qualifiés de « sociétés d'assurance mutuelle », ou de « sociétés mutuelles d'assurance ».

Bien que l'ensemble des mutuelles soient en dernier ressort contrôlées 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. Parmi les 1 201 mutuelles du « Livre II » du Code de la mutualité, 965 sont ainsi soumises à ce double niveau de surveillance.

DES « FONDS DE PENSION » EUROPÉENS

Fonds de pension est une expression commune dans de nombreux pays, mais qui en pratique recouvre des réalités très différentes. Face à cet écueil sémantique, facteur d'incompréhension mutuelle au sein de l'Union européenne, une directive a posé les bases d'une définition harmonisée, en retenant comme critère commun la constitution d'engagements de retraite dans un cadre professionnel. Transposée en droit français par une ordonnance de mars 2006, cette novation réglementaire a donné lieu aux premiers agréments d'organismes français en fin d'année, qualifiés à ce titre d'institutions de retraite professionnelles supplémentaires. Les cinq premiers organismes agréés à ce titre sont par ailleurs des entreprises pré-existantes, la France ayant opté pour une transposition dans laquelle ces nouvelles opérations sont pratiquées, et isolées, au sein de l'activité d'ensemble d'entreprises d'assurance et non sous forme de la création de nouvelles entités spécialisées.

Le tableau ci-après présente la répartition des organismes contrôlés à fin 2006.

	Fin 2005	Nouveaux	Disparitions	Fin 2006
Vie-Capitalisation-Mixte	119	2	6	115
Non-Vie	267	4	8	263
Total assurance directe	386	6	14	378
Réassurance	29	2	2	29
Total organismes actifs relevant du Code des assurances	415	8	16	407
Institutions de prévoyance	76	0	10	66
Institutions de retraite supplémentaires	89	0	9	80
Total organismes actifs relevant du Code de la sécurité sociale	165	0	19	146
Mutuelles « Livre I »	70			66
Mutuelles pratiquant des opérations d'assurance	1270			1201
Mutuelles gérant des réalisations sanitaires et sociales	748			729
Total organismes relevant du Code de la mutualité	2088			1996
Autres entités contrôlées	50			55
Total contrôlé	2718			2604
<i>Dont organismes régis par les directives européennes en matière d'assurance</i>	1900			1809
<i>Dont organismes actifs pratiquant les opérations d'assurance directe ou de réassurance</i>	1850			1754
<i>Dont organismes agréés en tant qu'Institutions de Retraites Professionnelles Supplémentaires</i>	0	5	0	5

3– LES CHIFFRES CLÉS



3-1 L'ASSURANCE FRANÇAISE AU SEIN DE L'UNION EUROPÉENNE

Le nombre d'organismes pratiquant des opérations d'assurance au sein de l'Union européenne n'est pas exactement connu. En application des directives actuelles, certains organismes peuvent en effet être exemptés des règles européennes dans la mesure où ils ne dépassent pas un seuil d'activité, et où leur activité est géographiquement restreinte. Ils ne sont alors pas inclus dans les statistiques publiées soit par Eurostat, soit par le CEIOPS – organisme regroupant les contrôleurs d'assurance de l'Union européenne –, soit par les organisations professionnelles européennes. En dehors de ces organismes non répertoriés de manière centralisée, le nombre d'assureurs européens actifs est d'environ 5000, à comparer aux 1 754 organismes actifs contrôlés par l'ACAM.

Au-delà des données chiffrées, la répartition de l'activité des assureurs entre pays est mieux connue. Selon les données publiées dans le rapport annuel du CEA 2005-2006, le Royaume-Uni représenterait 24 % de l'activité européenne, la France 19 %, l'Allemagne 17 % et l'Italie 12 %.

S'il peut sembler en effet surprenant que la première puissance économique européenne ne soit que le troisième marché de l'assurance au sein de l'UE, l'explication tient au moindre développement relatif de l'assurance vie dans ce pays. Sur le critère « assurance non-vie », la France est le troisième marché européen.

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...).

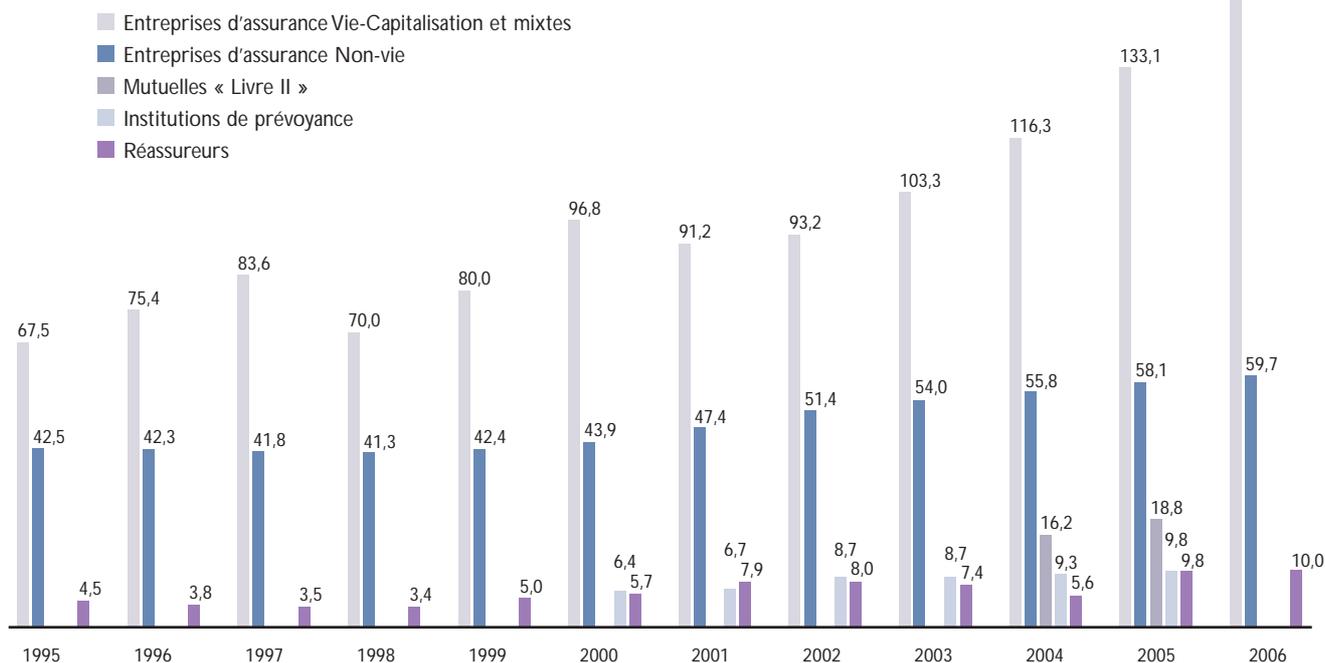
Au sein du marché français, il convient d'ajouter une deuxième grille de lecture de l'activité des assureurs, au sens européen du terme, liée à la coexistence de plusieurs familles d'organismes régis par trois codes différents, dont le contenu issu des mêmes directives est largement similaire, à l'exception des règles de gouvernance : les assureurs vie-capitalisation et mixtes et les assureurs non-vie sont régis par le Code des assurances ; le Code de la sécurité sociale, dans son livre IX, est applicable aux institutions de prévoyance et le Code de la mutualité porte sur les mutuelles du « Livre II ». La réassurance peut être pratiquée par des organismes relevant de chacun de ces codes.

3-2 LES CHIFFRES DU MARCHÉ FRANÇAIS

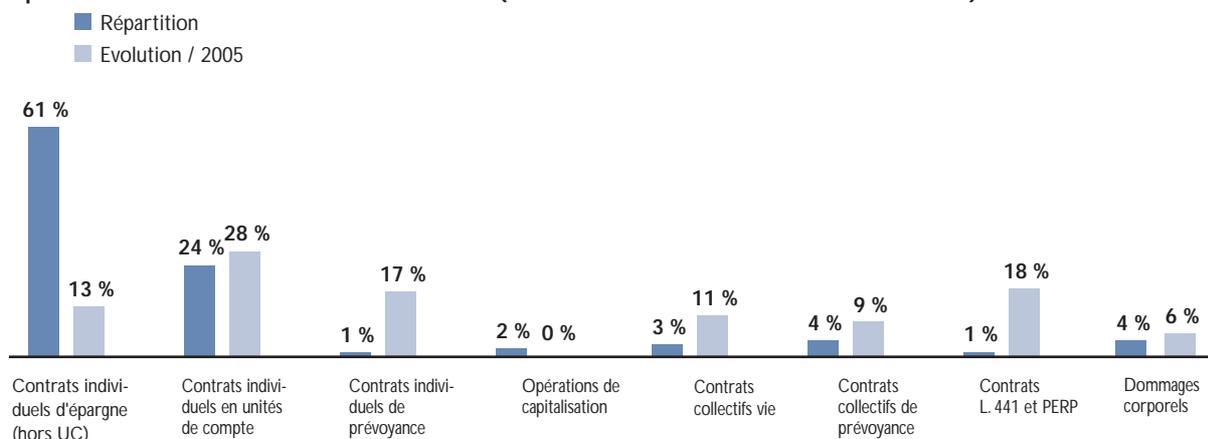
Sur l'année 2006, la répartition de l'activité entre les trois familles d'acteurs sur le marché français a été la suivante :

	Assureurs	Institutions de prévoyance	Mutuelles
Activité vie	96,4 %	1,9 %	1,7 %
Activité non-vie	73,1 %	8,2 %	18,7 %
Ensemble	87,0 %	4,4 %	8,5 %

CA par forme juridique En milliards d'euros



Répartition des affaires directes vie en 2006 (et évolution des encaissements sur un an)



Forte progression des contrats en unités de compte

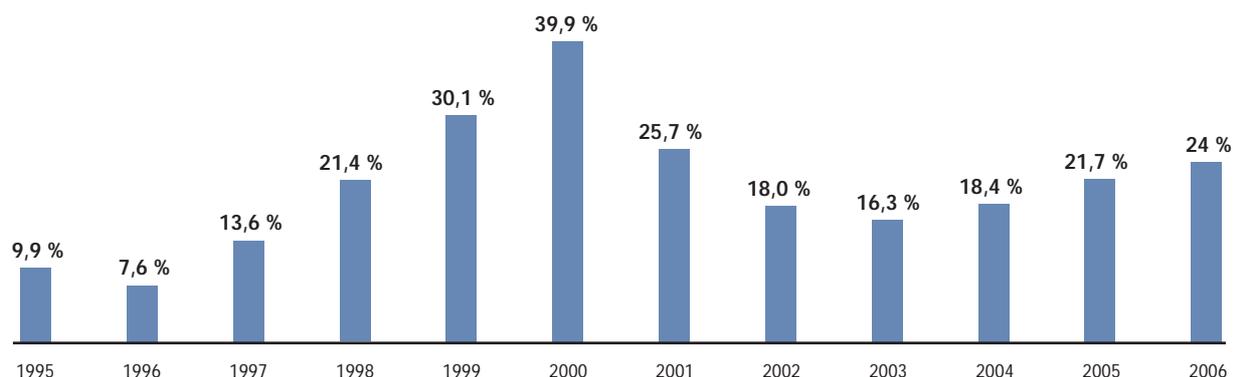
Cette répartition fait apparaître l'influence de la situation des marchés sur la structure de l'activité. Dans un contexte de marchés financiers orientés à la hausse, les souscriptions de contrats en unités de compte progressent plus fortement que les contrats d'épargne sans risque de placement (contrats en euros), qui demeurent 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. Dans l'ensemble, toutes les catégories d'activité progressent, à

l'exception des différentes formes de contrats à primes périodiques, globalement en repli de 8 %.

Globalement, le chiffre d'affaires directes de l'assurance vie a progressé de plus de 16 %, avec un accroissement de la part des contrats en unités de compte, favorisé par la poursuite de la hausse des marchés financiers. Les contrats en unités de compte représentent désormais près du quart des encaissements et 20 % des encours.

Évolution de la part des contrats en unités de compte dans le total de l'activité vie :

Part des UC



La croissance de l'activité en dommages corporels, activité pouvant être pratiquée par des assureurs vie ou non-vie, s'est sensiblement ralentie (+7 %).

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 du Code de la sécurité sociale.

Sur l'année 2005, la répartition des encaissements entre ces familles a été la suivante :

Total	Assureurs	Institutions de prévoyance	Mutuelles
Dommages corporels	38,7 %	19,4 %	41,9 %
dont complémentaire santé	30,2 %	18,7 %	51,7 %

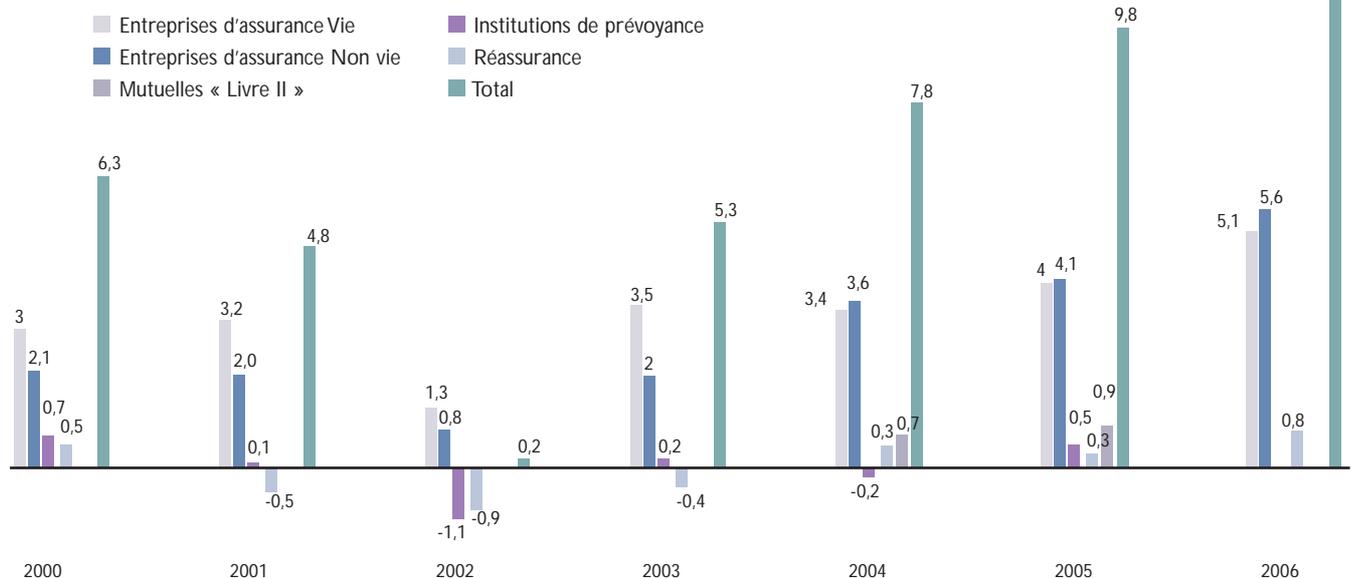
En assurance non-vie, outre les dommages corporels, l'activité est très dynamique en assurance construction (+14 %) qui bénéficie encore en 2006 de la dynamique d'ensemble du secteur. L'assurance automobile, qui demeure la première branche d'activité avec 35 % du total des encaissements, est en repli de près de 1 % sous l'effet du maintien de tarifs stables ou en baisse pour un certain nombre d'opérateurs.

Répartition des affaires directes non-vie en 2006 (et évolution des encaissements sur un an)

	Répartition	Evolution / 2005
Automobile	35 %	-0,9 %
Dommages aux biens	25 %	0,9 %
Catastrophes naturelles	3 %	-0,1 %
Responsabilité civile générale	6 %	3,7 %
Transports	2 %	-5,8 %
Construction	4 %	13,7 %
Dommages corporels	17 %	7,3 %
Divers	7 %	6,6 %
Total	100 %	2,2 %

L'évolution des résultats nets au bilan : +37 %

En milliards d'euros



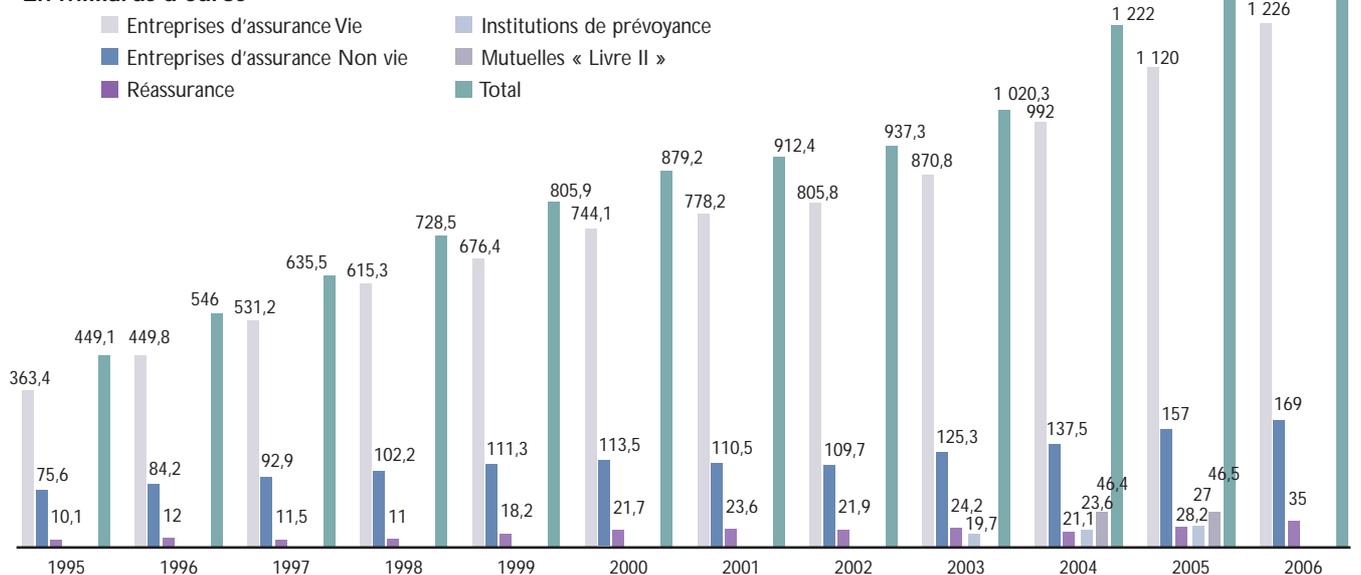
A l'issue d'une année où les événements de type catastrophe ayant une incidence sur le marché français ont été peu nombreux et où le contexte financier a été particulièrement favorable avec la poursuite de la hausse des marchés actions et de la valorisation des actifs immobiliers, le résultat net des assureurs est très satisfaisant. Il progresse dans l'ensemble de près de 37 %, la progression étant plus marquée en assurance non vie qu'en assurance de personnes.

1 500 milliards d'euros de placements

A la fin de l'année 2006, la valeur de réalisation des placements des organismes d'assurance était proche de 1500 milliards d'euros, soit 9,8 % de plus que la valeur pour laquelle ils étaient enregistrés dans les comptes. Cet écart – entre la valeur de réalisation

des placements et la valeur pour laquelle ils étaient enregistrés dans les comptes –, proche de 130 milliards d'euros, légèrement moindre qu'en 2005, constitue un élément important de la solvabilité des entreprises.

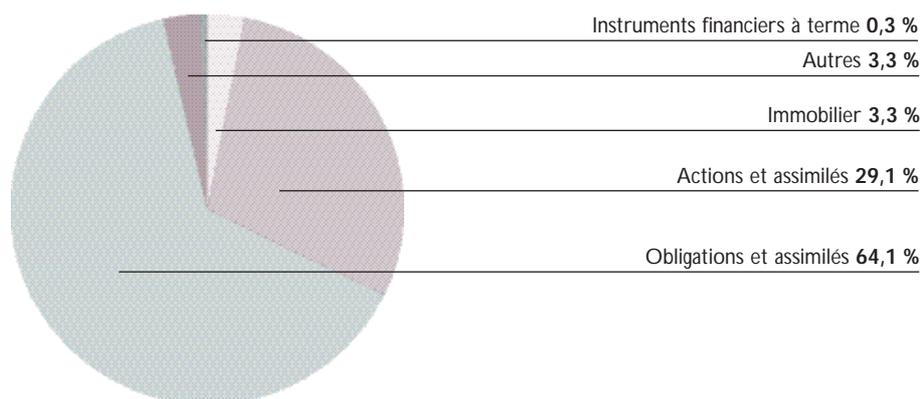
Placements en valeur de marché En milliards d'euros



	Les plus values latentes Total 2006 (Mds€)	Évolution 2006/2005	% Immobilier	% Actions	% Obligations
Vie	93,7	-12 %	16 %	55 %	30 %
Non-Vie	37,1	+17 %	17 %	78 %	5 %

La différence de structure, et d'évolution, entre les plus-values latentes disponibles pour les assureurs vie et non-vie s'explique par la structure différente des passifs à couvrir amenant les assureurs non-vie à détenir proportionnellement moins d'actifs obligataires, dont la valeur diminue en cas d'évolution à la hausse de taux d'intérêt, que les assureurs vie ou mixtes.

La structure des placements de l'ensemble de entreprises régies par le Code des assurances était, à fin 2006, la suivante :



Cette structure générale n'est cependant pas représentative d'un portefeuille de référence pour un assureur, l'allocation d'actifs étant généralement représentative de la nature des engagements qu'ils servent à garantir. Ainsi les contrats en unités de compte, pour lesquels les assurés acceptent le risque de moins-value, étaient représentés à plus de 85 % par des actifs de type actions ou OPCVM diversifiés. Pour sa part, l'actif détenu par les assureurs vie, en garantie des contrats d'épargne pour lesquels les assurés ne supportent pas de risque de moins-value que ce soit à court ou long terme, était placé en actifs de type obligataire à près de 80 %, la poche actions représentant 15 %. Pour les contrats correspondant par nature à des échéances anticipées longues (retraite), près de 30 % des actifs étaient investis en actions et immobilier. Les proportions les plus faibles d'investissements en titres à revenus fixes se retrouvent chez les assureurs non-vie (56 %) et les réassureurs (29 %), pour lesquels la sensibilité des passifs au risque de variation des taux d'intérêt est moindre que pour les assureurs vie.

Il est également à relever que ces informations sur la structure des placements des assureurs surestiment probablement un peu l'exposition au risque de volatilité des marchés, certains OPCVM étant classés dans ce type d'analyse comme des actions bien que constitués d'une part obligataire. Dans certains des états transmis à l'ACAM qui adoptent une approche en fonction de la sensibilité aux risques sous-jacents (risque de

taux, de variation des marchés actions, ...) près de 15 % de la valeur des actifs de type « actions » est ainsi reclassée avec les obligations dans la catégorie « sensibilité au risque de taux ».

La marge de solvabilité

Outre des provisions suffisantes, couvertes par des actifs suffisamment sûrs, liquides, rentables et diversifiés, la réglementation demande 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 2006, l'exigence minimale de marge des assureurs vie était de 40 milliards d'euros contre 38 milliards un an plus tôt. Les bons résultats nets 2006 ont permis au taux de couverture de la marge de solvabilité par les éléments de bilan de progresser tandis que simultanément la baisse du niveau des plus-values latentes se traduit par une diminution du ratio global de couverture de l'exigence de marge par les éléments de bilan incluant l'évaluation des plus-values latentes. Il demeure néanmoins supérieur à trois fois l'exigence réglementaire. Simultanément, la couverture des engagements réglementés par des actifs admissibles était assurée à hauteur de 104,7 %, pour une exigence réglementaire de 100 %.

Marge de solvabilité vie	2002	2003	2004	2005	2006
Bilan	131 %	139 %	133 %	129 %	131 %
Bilan + plus-values latentes	242 %	288 %	343 %	373,4 %	340 %

Assise essentiellement sur des indicateurs du niveau instantané d'activité, la marge de solvabilité à constituer par les entreprises d'assurance non vie s'est accrue de 2,5 % pour s'établir à 9,5 milliards d'euros à fin 2006. A cette date, les sociétés non-vie couvraient globalement le minimum réglementaire de marge à 353 % avec les éléments de bilan, et à 680 % en tenant compte des plus-values latentes. Le taux de couverture des engagements réglementés à la même date était de 113 %.

Marge de solvabilité non vie	2002	2003	2004	2005	2006
Bilan	339 %	352 %	332 %	337 %	353 %
Bilan + plus-values latentes	482 %	562 %	549 %	641 %	680 %





:: PARTIE 2 ::

PRÉSENTATION DE L'ACAM



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 (CCAMIP), 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.



Le Collège de l'ACAM.

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 entités 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 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

378 sociétés d'assurance
29 sociétés de réassurance
1 996 mutuelles
66 institutions de prévoyance
80 institutions de retraite supplémentaire

Par ailleurs, elle peut décider de soumettre au contrôle :

- toute opération d'intermédiation ;
- 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 physique ou morale qui s'entremet, 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 :

- du contrôle de l'application des dispositions législatives et réglementaires concernant la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme,
- 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.

Participant au renforcement de la fiabilité du marché, elle collabore, aussi, activement à l'élaboration des nouvelles réglementations, notamment dans un cadre national, 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 d'un autre type susceptible d'altérer son autonomie de fonctionnement ou de décision.

1-1 ORGANISATION ET FONCTIONNEMENT

L'organisation de l'ACAM comporte deux niveaux distincts. Elle comprend le Collège et le Secrétariat général chargé notamment d'effectuer des contrôles sur pièces et sur place des entités relevant de sa surveillance.

1-1-1 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.

Vis à vis des organismes contrôlés, 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 ;
- 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.

Dans le cadre du fonctionnement interne de l'ACAM, il approuve le budget et définit 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 par le 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,

Au côté des membres du Collège, siègent deux commissaires du gouvernement, le Directeur du Trésor et le Directeur de la Sécurité sociale ou leurs représentants. Ne disposant pas de voix délibérative, les commissaires du gouvernement peuvent demander une seconde délibération des décisions du Collège, sauf en matière de sanction.

A l'exception du gouverneur de la Banque de France, les membres du Collège de l'ACAM sont nommés pour cinq ans. Leur mandat est renouvelable une fois. Sept membres suppléants 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.

1-1-2 LE SECRÉTARIAT GÉNÉRAL : LE CONTRÔLE ET L'INVESTIGATION

C'est au Secrétariat général qu'il incombe d'assurer les missions de contrôle de l'ACAM. 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.

Placées sous son autorité, 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 fonctions-supports lui permettant de mener ses missions et d'assurer sa gestion :

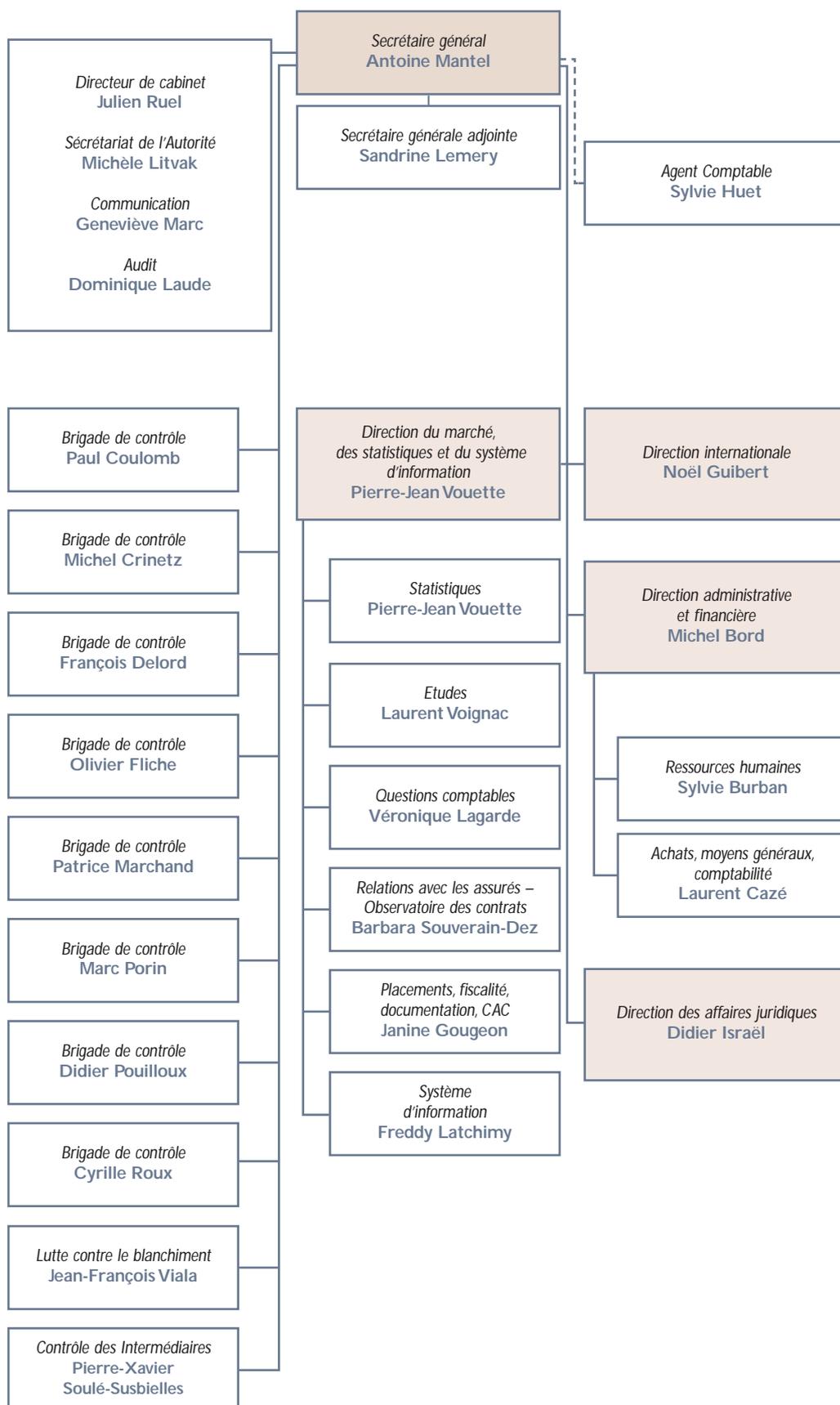
- une direction administrative et financière,
- une direction des affaires juridiques,
- une direction internationale,
- une direction du marché, des statistiques et du système d'information qui regroupe les services d'aide et d'appui du contrôle, dont le Bureau des relations avec les assurés fait partie.

1-2 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. 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.

ORGANIGRAMME DU SÉCRÉTARIAT GÉNÉRAL



1-3 LA COOPÉRATION AVEC LES AUTRES AUTORITÉS DE CONTRÔLE

Avec la loi de sécurité financière, le législateur a clairement fait le choix du maintien de la séparation entre les contrôles de l'assurance, des banques (Commission bancaire) et des marchés financiers (Autorité des marchés financiers, créée par la même loi). Ce choix s'explique par les différences de nature entre les risques pris par les organismes. Mais, il s'accompagne d'une volonté réelle de voir se développer la coopération entre les trois autorités de contrôle sectorielles, notamment pour suivre le développement de la « bancassurance » et les sujets liés à la commercialisation des produits financiers.

La coopération avec la Commission bancaire s'exerce à différents niveaux. Le Président de la Commission bancaire est de droit membre du Collège de l'ACAM et le Président de l'ACAM est de droit membre de la Commission bancaire. Les deux Collèges se réunissent conjointement deux fois par an pour traiter de sujets d'intérêt commun. En 2006, ont été notamment abordées la comparaison des fonds propres prudentiels dans chacun des secteurs et la désignation des conglomerats financiers.

Ainsi, une Charte de coopération et d'échanges d'informations (disponible sur le site Internet de l'ACAM) actualisée en 2004

organise la collaboration entre les deux Secrétariats généraux. Cette collaboration étroite peut aller, dans certains cas, jusqu'à la constitution d'équipes mixtes ACAM – Commission bancaire pour des contrôles sur place coordonnés. Pour les Collèges, le système de participation croisée assure une connaissance réciproque des dossiers individuels traités et contribue au rapprochement des pratiques de contrôle.

La coopération avec l'Autorité des marchés financiers est moins formalisée, en raison d'une moindre imbrication des activités des organismes contrôlés. Dans le prolongement du rapport Delmas-Marsalet relatif à la commercialisation des produits financiers, qui faisait lui-même suite à une initiative de la Conférence des autorités de contrôle du secteur financier, l'ACAM et l'AMF ont poursuivi leur collaboration en matière d'analyse du contenu de l'information et de la publicité à destination des consommateurs de produits financiers, qu'ils y investissent directement ou par l'intermédiaire d'un contrat d'assurance vie en unités de compte. Elles ont aussi apporté une réponse commune à un questionnaire européen trans-sectoriel à destination des autorités de contrôle portant sur la comparaison des règles de distribution et d'information applicables aux OPCVM, aux produits structurés et aux contrats d'assurance-vie en unités de compte, et sur l'éventuelle distorsion de concurrence qui pourrait en résulter.



2- L'ACTION DU COLLÈGE EN 2006



2-1 LES MESURES D'URGENCE ET DE SAUVEGARDE

Les mesures d'urgence et de sauvegarde visent à prévenir un risque de défaillance d'un organisme d'assurance. En effet, en application des dispositions des articles L. 323-1-1 du Code des assurances, L. 510-9 du Code de la mutualité et L. 931-18 du Code de la sécurité sociale rédigés dans des termes identiques, l'ACAM peut prononcer des « mesures d'urgence » destinées à « la sauvegarde » des intérêts des assurés et adhérents des organismes qu'elle contrôle.

Leur adoption est soumise à une condition générale : que la situation financière de l'organisme contrôlé, ou ses conditions de fonctionnement soient telles que les intérêts des assurés et bénéficiaires des contrats sont compromis ou susceptibles de l'être.

Sept mesures sont envisageables, dont certaines peuvent se cumuler :

- la mise sous surveillance spéciale,
- la demande à l'organisme d'un plan de redressement ou de financement à court terme,
- l'exigence d'un programme de rétablissement,
- l'exigence d'une marge de solvabilité renforcée,
- le blocage d'actifs,
- l'interdiction temporaire de certaines opérations,
- la nomination d'un administrateur provisoire.

Le placement sous surveillance spéciale d'un organisme se traduit par la désignation par l'ACAM d'un agent du Secrétariat général, qui dispose de tous pouvoirs d'investigation et qui en outre doit être immédiatement avisé de toute décision prise par le conseil d'administration ou par la direction de l'entreprise. Il doit également être tenu informé en permanence de l'élaboration du programme de rétablissement, du plan de redressement ou du plan de financement à court terme exigés par l'Autorité. On lui rend compte de la mise en œuvre des décisions et mesures qu'ils contiennent et il veille à leur exécution. La mise sous surveillance spéciale peut n'être qu'une mesure isolée, mais, elle est en revanche obligatoire lorsqu'une administration provisoire est prononcée.

En 2006, et en dehors des cas d'administration provisoire, lesquels emportent de jure nomination d'un surveillant spécial, l'Autorité a prononcé six placements sous surveillance spéciale et levé une mesure de ce type. Au cours de l'année écoulée, l'exercice de ce pouvoir n'a concerné que des institutions de prévoyance et des mutuelles. Dans trois cas, ce placement a fait suite à une administration provisoire, laquelle avait permis de rétablir la situation financière des organismes concernés.

Lorsque la marge de solvabilité d'un organisme n'atteint pas le montant réglementaire requis, l'Autorité exige **un plan de redressement**. Si la marge de solvabilité s'avère inférieure à un montant plus bas appelé « fonds de garantie », l'Autorité peut imposer la production d'**un plan de financement**.

Ces mesures ne font pas obstacle à ce que l'Autorité mette également en œuvre ses pouvoirs de sanction ou de recommandation pour ces mêmes faits. Une seule mesure de ce type a été prise en 2006 à l'égard d'une institution de prévoyance gestionnaire d'un régime de retraite professionnel, qui bien que sanctionnée en 2005 et placée sous administration provisoire jusqu'en mai 2006, demeurait astreinte à la production d'un plan de redressement en raison d'une insuffisance de marge et d'un plan de financement à court terme puisque sa marge de solvabilité se trouvait également inférieure au fonds de garantie.

Le programme de rétablissement peut être demandé par l'Autorité lorsque la situation financière de l'organisme est telle que les intérêts des assurés, adhérents et bénéficiaires de garanties se trouvent menacés. L'organisme doit alors, dans le délai d'un mois, soumettre à l'Autorité 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 une appréciation favorable sur l'aptitude et la volonté des dirigeants concernés à mener à bien le redressement de leur organisme.

L'exigence d'une marge de solvabilité renforcée est issue de la transposition en droit français de la directive appelée Solvabilité 1, de même que la possibilité ouverte à l'Autorité de réduire la prise en compte, dans la marge de solvabilité constituée, du recours à la réassurance.

Enfin, l'Autorité peut recourir au **blocage d'actifs** ou à **l'interdiction temporaire de certaines opérations**.

La nomination d'un administrateur provisoire peut résulter soit d'une demande des dirigeants lorsqu'ils estiment ne plus être en mesure d'exercer normalement leurs fonctions, soit d'une initiative de l'Autorité lorsque la gestion de l'établissement ne peut plus être assurée dans des conditions normales, soit lorsqu'un ou plusieurs dirigeants ont fait l'objet d'une sanction de suspension temporaire. Les deux conditions tirées d'une part de la mise en danger des intérêts des assurés, d'autre part de l'impossibilité d'une gestion dans des conditions normales, apparaissent cumulatives et rappellent par ailleurs les éléments que la jurisprudence impose au juge civil des référés de vérifier avant de procéder lui-même à la désignation d'administrateurs provisoires : le péril imminent pour la société d'une part et l'impossibilité d'un fonctionnement normal des organes sociaux pour diverses raisons d'autre part. Cette mesure entraînant le dessaisissement des organes sociaux, ne peut être prise qu'à titre exceptionnel. De plus, et ainsi que le Tribunal des conflits l'a précisé dans son arrêt du 12 décembre 2005

(Me Pellegrini c/ MM. Spithakis, Borgat, Merthe, req. n° C3482) 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 sa responsabilité civile.

Au cours de l'année 2006, l'autorité a placé sous administration provisoire quatre organismes. Elle a également prolongé les mandats d'administrateur provisoire dans dix cas, dont huit concernaient des mutuelles. Ces mesures n'ont toutefois pas été vaines puisque la situation de trois de ces organismes a pu être rétablie dans l'année, ce qui a permis de les placer simplement sous surveillance spéciale. En revanche, la situation d'une mutuelle d'assurance, la Mutuelle de l'Allier et des régions françaises (MARF), n'a pas pu être redressée, l'administrateur provisoire ayant rapidement constaté qu'il n'était pas possible de procéder au rétablissement de l'entreprise. La procédure de transfert d'office du portefeuille a donc été engagée, suivie, quelques semaines plus tard, du retrait d'agrément.

2-2 LES RECOMMANDATIONS

La loi du 1^{er} août 2003 dite de Sécurité financière a supprimé la procédure d'injonction, pour ne laisser place qu'à un mécanisme de recommandation. Cette recommandation de prendre des mesures correctrices n'a plus pour préalable le constat d'une irrégularité, mais seulement la nécessité de « prendre toutes les mesures appropriées pour restaurer ou renforcer sa sécurité financière, améliorer ses méthodes de gestion ou assurer l'adéquation de son organisation à ses activités ou à ses objectifs de développement ».

L'Autorité a usé de ce pouvoir pour la première fois en 2006 à propos d'une mutuelle à laquelle il était notamment demandé d'améliorer sa gouvernance d'entreprise et de procéder à la constitution d'un portefeuille d'actifs sûrs.

2-3 L'OUVERTURE DE PROCÉDURES DISCIPLINAIRES

Trois grands principes essentiels animent la procédure de sanction disciplinaire devant l'ACAM :

- la collégialité ;
- l'impartialité ;
- le respect du caractère contradictoire de la procédure et des droits de la défense.



Outre le respect du quorum imposé par la loi, la procédure de sanction disciplinaire devant l'ACAM suit des règles précises et bien définies.

L'Autorité ne peut être saisie en vue de l'ouverture d'une procédure de sanction que sur le fondement d'un rapport de contrôle, transmis par son Secrétariat général. Afin de garantir le respect du principe d'impartialité, les griefs susceptibles d'être retenus contre la personne physique ou morale poursuivie sont énoncés au conditionnel, pour ne pas « donner à penser que les faits visés sont d'ores et déjà établis ou que leur caractère répréhensible au regard des règles ou principes à appliquer est d'ores et déjà reconnu » (CE Sect., 20 octobre 2000, Société Habib Bank Limited, req. n° 180122). Conformément au principe du contradictoire, une copie du rapport de contrôle est jointe à la lettre de notification des griefs. La notification indique à la personne mise en cause qu'elle peut présenter ses observations écrites dans un délai de quinze jours, prendre connaissance et copie des autres pièces du dossier auprès de l'ACAM et se faire assister ou représenter par tout conseil de son choix. L'audience disciplinaire ne peut se tenir moins de huit jours après l'expiration du délai de quinze jours prescrit à la personne mise en cause pour transmettre ses observations écrites. La personne poursuivie ne peut donc être convoquée moins de trois semaines après avoir reçu la notification des griefs. L'audience se déroule à huis-clos, sauf si l'une des personnes mises en cause demande que la séance soit publique. Le Président dirige les débats et peut faire entendre toute personne dont il estime l'audition utile. La personne poursuivie peut également faire citer des témoins et obtenir l'assistance gratuite d'un interprète si elle ne comprend pas ou ne parle pas la langue employée à l'audience. Le contrôleur en charge du dossier présente son rapport. Les commissaires du gouvernement ainsi que les agents des services de l'Autorité peuvent faire des observations. La personne mise en cause et, le cas échéant, son représentant, prennent la parole en dernier. Une fois l'audience terminée, le collège délibère à huis-clos, en la seule présence du secrétaire de séance.

Conformément au principe de proportionnalité, la ou les sanctions infligées doivent être en rapport avec la gravité du manquement. Le principe selon lequel un même manquement ne peut donner lieu qu'à une seule sanction administrative ne s'applique que pour autant que la loi n'en a pas disposé autrement. Il n'interdit pas un cumul de sanctions pénales et adminis-

tratives, notamment pécuniaires, dans la limite des plafonds fixés par la loi. L'ACAM peut décider de reporter sa décision, selon une procédure comparable à celle de l'ajournement de peine avec injonction pratiquée par le juge pénal. La décision est notifiée à la personne sanctionnée par lettre recommandée avec accusé de réception, remise en main propre contre récépissé ou exploit d'huissier. La notification comporte la mention des voies et délais de recours contentieux. L'ACAM peut rendre publique sa décision dans les journaux, publications ou supports qu'elle désigne, aux frais de la personne sanctionnée. Cette publication est, en elle-même, constitutive d'une sanction (CE, 17 novembre 2006, Société CNP Assurances, n° 276926 ; CE, 30 mars 2007, Prédica, n° 277991), qui peut être ordonnée dès le prononcé de la décision, et n'a pas à faire l'objet d'une motivation spécifique. La décision de sanction peut être contestée par l'introduction d'un recours de pleine juridiction devant le Conseil d'État, dans un délai de deux mois suivant sa notification. Cette procédure particulière fait obstacle à ce que les décisions de sanction puissent faire l'objet, de la part des personnes sanctionnées, dans le délai qui leur est imparti pour l'introduction d'un recours de plein contentieux, d'un recours gracieux (CE, 5 décembre 2001, Société C.A.P.M.A.-C.A.P.M.I, n° 203591).

En 2006, l'Autorité de Contrôle a prononcé neuf sanctions. Sur les sept qui ont été rendues publiques, quatre concernaient des personnes physiques, dont trois dirigeants de la société de courtage en assurance Optima conseil. Il s'agit là des premières décisions répressives prononcées contre des courtiers depuis que la loi a conféré ce pouvoir à l'ACAM. Ces sanctions étaient assorties de condamnations pécuniaires, ainsi que d'une mesure de publicité. A également été publié au Journal Officiel l'avertissement prononcé contre l'Union nationale de prévoyance de la mutualité française (UNPMF). A l'occasion du contrôle sur place de cet organisme, il était en effet apparu que celui-ci avait procédé à des modifications de taux sans respecter l'ensemble des conditions prévues à l'article L. 221-6 du Code de la mutualité. Cette affaire rappelle une nouvelle fois que les conditions de modification des contrats collectifs, en particulier en ce qui concerne les taux minimum garantis, constituent une préoccupation constante de l'Autorité de Contrôle, laquelle avait d'ailleurs conduit la CCAMIP à sanctionner la société Prédica en 2004. Enfin, l'une des sanctions prononcées contre une mutuelle a été retirée après que l'organisme ait mis ses statuts en conformité avec le Code de la mutualité et établi un projet de fusion ou de convention de substitution avec une autre mutuelle.

LA DÉFAILLANCE DE LA MUTUELLE DE L'ALLIER ET DES RÉGIONS FRANÇAISES (MARF),

Société d'assurance mutuelle d'origine régionale, la Mutuelle de l'Allier et des régions françaises (MARF) connaissait depuis les années 1990 une grave dégradation de sa situation financière, rendant indispensable son adossement à une entité permettant d'assurer sa solvabilité. Ainsi, suite à un protocole signé en décembre 2002 avec le groupe Monceau, la MARF est devenue mutuelle associée de la Mutuelle centrale de réassurance (MCR) dudit groupe. A ce titre, elle a signé une convention de réassurance d'une durée de 10 ans. Des dissensions sont apparues en juin 2006 entre la MARF et le groupe Monceau au sujet du directeur général de la MARF. Au brusque retrait par le groupe Monceau de son soutien à ce directeur général, la MARF a opposé son maintien en place. Les deux organismes ont rompu leurs relations, le 13 octobre 2006.

Cette rupture a rendu la MARF redevable à l'égard du groupe Monceau d'une somme dont le montant excédait ses fonds propres (16 M€). Après avoir nommé un administrateur provisoire le 23 octobre 2006, l'ACAM a décidé d'ouvrir le 16 novembre une procédure disciplinaire à l'encontre de la MARF, en application des dispositions de l'article L. 310-18 du Code des assurances, au motif que la société ne respectait plus les dispositions des articles L. 334 1 et R. 334-3 du même code, lesquelles lui imposent de disposer en permanence d'une marge réglementaire de solvabilité.

Par décision du 6 décembre 2006, l'ACAM a sanctionné l'entreprise en engageant à son encontre la procédure de transfert d'office de son portefeuille de contrats prévue par l'article L. 310-18. Cette mesure a fait courir un délai de quinze jours pendant lequel les entreprises qui accepteraient de prendre en charge tout ou partie du portefeuille en cause devaient se faire connaître à l'Autorité de Contrôle. Trois offres de reprise se sont manifestées dans le délai requis. Le 11 janvier 2007, l'ACAM a considéré ces offres comme recevables et décidé le transfert d'office d'une partie du portefeuille des contrats de la MARF, cette décision emportant retrait de tous les agréments administratifs. Conformément aux dispositions de l'article L. 326-2 du Code des assurances ce retrait total de l'agrément administratif a emporté de plein droit, à compter de sa publication, la dissolution de la personne morale et la saisine du tribunal compétent aux fins d'ouverture d'une procédure de liquidation.

La liquidation d'organismes d'assurance

La MARF est le premier organisme d'assurance depuis 2003 à être placé en liquidation judiciaire à la suite du retrait de ses agréments par l'ACAM. La liquidation judiciaire de la plupart des organismes ayant subi la même sanction se poursuit, à un rythme et avec des résultats différents selon que l'organisme est liquidé conformément aux règles et procédures en vigueur jusqu'en 2001, ou selon le nouveau régime de liquidation issu de l'ordonnance du 19 avril 2001. Cette ordonnance a en effet permis l'intervention dans la liquidation, à côté du mandataire-liquidateur de droit commun, d'un liquidateur nommé par l'ACAM chargé des opérations d'assurance et des relations avec les assurés. Il en est résulté une action plus rapide et plus efficace, notamment vis-à-vis des réassureurs et des autres assureurs concernés, avec des effets très bénéfiques sur le niveau des dividendes versés.

Ainsi, dans les liquidations ouvertes depuis 2001 (Independent Insurance SA en 2001, la Mutuelle Electrique d'Assurances en 2002, la CGA en 2003), des dividendes de plus de 75 % ont d'ores et déjà été attribués, et le désintéressement intégral des assurés sinistrés et autres bénéficiaires des garanties ne semble pas hors d'atteinte. Par comparaison, les liquidations d'ICS Assurances prononcée en 1999 et d'ICD SA, ouverte en 2000, n'ont encore donné lieu au versement d'aucun dividende, et les pertes pour les assurés s'annoncent importantes ; celle de GAE, également prononcée en 2000, ne devrait pas permettre un désintéressement des assurés au-delà des 3/4 de leurs créances.

Les mutuelles du Code de la mutualité peuvent en outre faire l'objet d'une procédure de liquidation administrative à l'initiative de l'ACAM appelée liquidation extra-judiciaire, sous la conduite d'un liquidateur également désigné par l'Autorité. Le Code de la mutualité autorise l'ACAM à agir lorsqu'aucune assemblée générale ne s'est tenue depuis plus de deux ans. Toutefois, la très grande majorité des 93 organismes placés sous liquidation extra-judiciaire l'ont été sous l'empire de dispositions transitoires prolongées par la Loi de sécurité financière et visant à mettre fin aux activités des mutuelles qui ne s'étaient pas mises en conformité avec le nouveau Code de la mutualité. Dans plus de 80 % des cas, cet objectif a été atteint sans qu'il soit besoin d'avoir recours aux tribunaux, répondant ainsi à la préoccupation du législateur de ne pas encombrer les juridictions avec des dossiers aux enjeux financiers relativement mineurs.

PREDICA : INFORMATION DÉFECTUEUSE DES ASSURÉS ET INSUFFISANCE DE PROVISIONS

La société PREDICA, filiale à 100 % de Crédit Agricole SA, a une activité concentrée sur la vente de produits d'assurance vie. Ces produits, contrats en euros (« Predige », « Florige », « Confluence ») et contrats en unités de compte, sont essentiellement souscrits par l'ANDECAM (Association nationale des déposants du Crédit Agricole mutuel) pour le compte de ses adhérents/assurés. Entre 2001 et juillet 2003, la Commission de Contrôle des Assurances (CCA) a mené une enquête sur les garanties en cas de décès données sur les contrats en unités de compte. Celle-ci ayant fait apparaître que la société PREDICA était particulièrement exposée au risque lié à ces garanties, le Secrétariat Général a décidé d'effectuer un contrôle sur place qui a confirmé que les provisions constituées pour couvrir ce risque étaient insuffisantes. Les rapports rédigés à cette occasion ont relevé que la société PREDICA et l'ANDECAM avaient conclu entre elles des avenants abaissant le taux minimum garanti de rémunération des versements libres sur les contrats en euros de 4,5 % à 0,30 % ainsi que des avenants supprimant le taux minimum lors de la prorogation des contrats. Toutefois, les adhérents ayant seulement été avertis dans le premier cas que leur serait désormais appliqué « un taux minimum garanti égal au taux des frais de gestion annuels », l'organisme était exposé à un risque de recours de la part de ses assurés.

Saisi par sa Secrétaire générale, le collège de l'Autorité de Contrôle a prononcé un avertissement public et une sanction pécuniaire d'un montant de 500 000 euros à l'encontre de la société PREDICA.

La société a introduit un recours devant le Conseil d'État contre cette décision, bloquant par là même la publication de la sanction conformément aux dispositions alors applicables de l'article L.310-18 du Code des assurances. Par décision du 30 mars 2007, le Conseil d'État a rejeté la requête de la société PREDICA. Pour parvenir à cette solution, il a écarté l'intégralité des moyens de procédure soulevés par la société requérante et relevé l'absence de fonctionnement réel de l'association souscriptrice ANDECAM, laquelle est apparue comme entièrement contrôlée par le groupe Crédit Agricole. Sur le fond du litige, le Conseil d'État a confirmé l'insuffisance de l'information donnée par la société PREDICA aux assurés sur la modification de taux et le niveau trop faible des provisions pour garantie plancher.

Au terme de son analyse, le Conseil d'État a donc confirmé la décision de sanction du 8 décembre 2004. Il a également condamné la société d'assurance à verser à l'ACAM la somme de 5 000 euros au titre des frais de procédure.

CNP ASSURANCES : L'AFFAIRE « BÉNÉFIC »

Par une décision en date du 17 novembre 2006, le Conseil d'État a rejeté la requête de la société CNP Assurances dirigée contre la sanction de la CCAMIP relative aux conditions de distribution et de gestion du produit « Bénéfic ». Au terme d'un arrêt, le Conseil d'État a mis fin à deux années de procédure et confirmé la décision du 10 novembre 2004. Il a également condamné la société requérante à verser à l'ACAM la somme de 5 000 euros au titre des frais de procédure.

Cet arrêt est à souligner car il s'agit de la première décision de justice concernant une sanction depuis la mise en place de l'Autorité en juillet 2004. La qualité des moyens invoqués par la requête a conduit le Conseil d'État à rendre une décision au contenu très riche qui règle un grand nombre de questions juridiques débattues, tant en ce qui concerne la régularité de la procédure suivie devant l'ACAM, que l'interprétation qu'il convient de donner à l'article L. 310-18 du Code des assurances.



Sur le fond, le Conseil d'État juge le droit à renonciation de l'article L. 132 5-1 du Code des assurances, conforme au droit communautaire. La solution est identique à celle adoptée par la Cour de cassation. Il considère ensuite que le calcul par l'assuré de la valeur de rachat n'était pas possible, aucune référence n'étant faite à cette valeur à l'échéance du produit « Bénéfic ». Faute d'information suffisante, le droit de renonciation des assurés demeurait donc ouvert, et il appartenait à la société de provisionner en conséquence et cela conformément aux dispositions du Code de commerce.

Le Conseil d'État juge également que l'ACAM est compétente pour sanctionner la méconnaissance d'une disposition législative ou réglementaire spécifique à

l'assurance, même non inscrite dans le Code des assurances. En pratique, cela signifie que l'ACAM pourrait fonder une sanction sur la violation de la loi Evin ou du décret sur le PERP, lesquels sont spécifiques à l'assurance. En revanche, elle ne pourrait pas le faire en s'appuyant sur une méconnaissance du Code civil ou du Code de la consommation. Sur le dernier grief tiré de l'absence d'information annuelle (L. 132-22 du Code des assurances), le Conseil d'État juge une nouvelle fois le droit interne conforme aux normes communautaires. Cette solution est inédite, la Cour de cassation n'ayant pas eu auparavant l'occasion de se prononcer sur ce point. Il estime ensuite que dans son principe le grief est fondé puisque certains assurés ont effectué des versements libres sans pour autant recevoir les informations mentionnées à cet article.

Récapitulatif des décisions prises par le collège en 2006

Nature de la décision		Assurances	Institutions de prévoyance	Mutuelles	Courtiers	TOTAL
Sanction	Personne morale	1 (publiée)		3 (dont 1 publiée)	1 (publiée)	5
	Personne physique	1 (publication anonymisée)			3 (publiées)	4
Non lieu à statuer après examen		1		9		10
Recommandation		1		1		2
Surveillance spéciale	Surveillance spéciale		3	3		6
	Fin de surveillance spéciale			1		1
Administration provisoire	Nomination	1		3		4
	Prolongation		1	9		10
	Fin d'AP		4			4
Caducité d'agrément		2	1			3
Liquidation extra-judiciaire (LEJ)	Nomination d'un LEJ			1		1
	Prolongation de mandat d'un LEJ			2		2
TOTAL		7	9	32	4	52

PROCÉDURE DE SANCTION

Selon les articles L. 310-18, L. 310-18-1, L. 334-16*, R. 310-18 et s. du Code des assurances, les articles L. 212-7-16*, L. 510-11, R. 510-11 et s. du Code de la mutualité, les articles L. 933-4-13*, L. 951-10, R. 951-2-2 et s. du Code de la sécurité sociale.

Saisine

Communication d'un rapport de contrôle par le Secrétaire général.

Notification des griefs

- Notification par LRAR, remise en main propre contre récépissé ou exploit d'huissier ;
- Rapport de contrôle en pièce-jointe ;
- Rappel des griefs susceptibles d'être retenus, au conditionnel ; la notification indique à la personne mise en cause qu'elle peut :
 - présenter ses observations écrites dans un délai de 15 jours ;
 - prendre connaissance et copie des autres pièces du dossier auprès de l'ACAM ;
 - se faire assister ou représenter par tout conseil de son choix.

Observations écrites

Transmission par la personne mise en cause de ses observations écrites au Président de l'ACAM dans un délai de 15 jours.

Audience

Convocation par LRAR, remise en main propre contre récépissé ou exploit d'huissier, dans un délai qui ne peut être inférieur à 8 jours à compter de l'expiration du délai de 15 jours imparti pour présenter des observations écrites ;

Audience publique à la demande de l'une des personnes mises en cause, huis-clos total ou partiel pour préserver l'ordre public ou lorsque la publicité est susceptible de porter atteinte au secret des affaires ou à tout autre secret protégé par la loi ;

- le Président dirige les débats et peut faire entendre toute personne dont il estime l'audition utile ;
- le contrôleur en charge du dossier présente son rapport et les commissaires du gouvernement ainsi que les agents des services peuvent présenter des observations ;
- la personne mise en cause et, le cas échéant, son représentant, présente sa défense ; dans tous les cas, elle doit pouvoir prendre la parole en dernier.

Délibéré

Délibération à huis-clos, en la seule présence des membres et du secrétaire du collège ;

Procès-verbal de la séance établi par le secrétaire du collège, signé par le Président puis transmis aux membres et aux commissaires du gouvernement.

Sanction

Application d'une ou plusieurs des sanctions disciplinaires suivantes, en fonction de la gravité du manquement :

- 1° avertissement ;
- 2° blâme ;
- 3° interdiction d'effectuer certaines opérations et toutes autres limitations dans l'exercice de l'activité ;
- 4° suspension temporaire d'un ou plusieurs dirigeants ;
- 4° bis démission d'office d'un ou plusieurs dirigeants ;
- 5° retrait total ou partiel d'agrément ou d'autorisation ;
- 6° transfert d'office de tout ou partie du portefeuille des contrats ;
- 7° sanction pécuniaire.

Possibilité de report de décision.

Notification et publicité

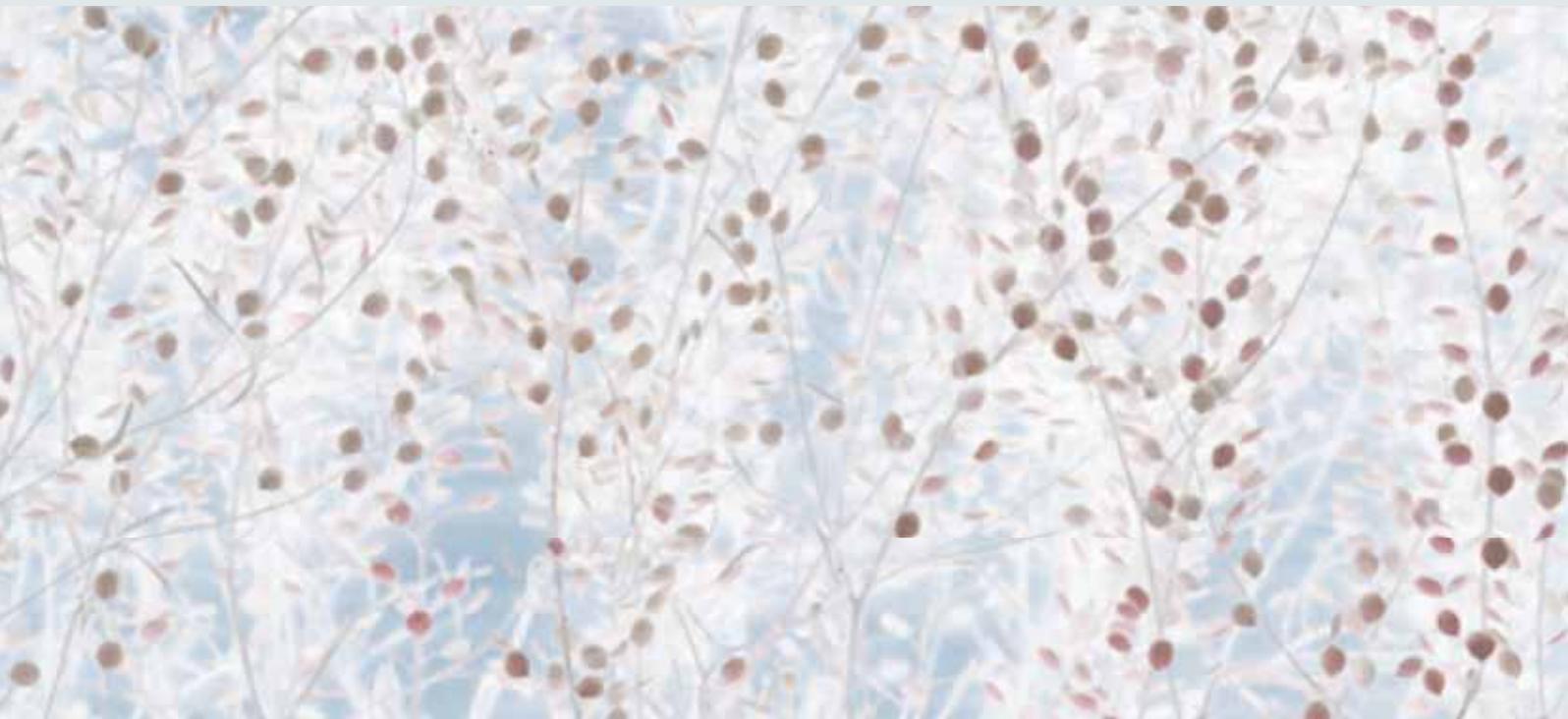
Notification par LRAR, remise en main propre contre récépissé ou exploit d'huissier, avec mention des voies et délais de recours contentieux ;

Publicité aux frais de la personne sanctionnée, dans les journaux, publications ou supports que l'ACAM désigne.

Recours contentieux

Recours de pleine juridiction devant le Conseil d'État, dans le délai de 2 mois qui suit la notification de la décision.

* Remarque : ces dispositions prévoient l'application de sanctions spécifiques (article L. 310-18-1 du Code des assurances) ou un choix plus restreint de sanctions (articles L. 334-16 du Code des assurances, L. 212-7-16 du Code de la mutualité et L. 933-4-13 du Code de la sécurité sociale).



:: PARTIE 3 ::

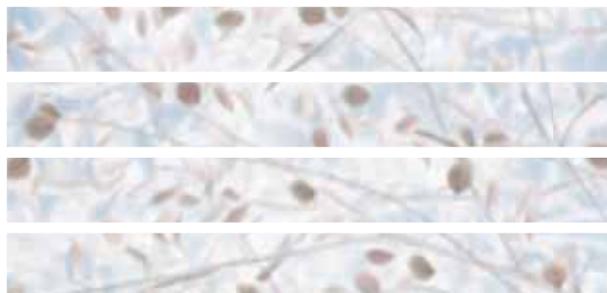
**RELATIONS DE L'ACAM
AVEC LES ORGANISMES
CONTRÔLÉS ET LES ASSURÉS**



De par la nature de sa mission, l'ACAM entretient des relations permanentes à plusieurs niveaux avec les organismes qu'elle contrôle.

Notamment, grâce aux différentes brigades de contrôle, elle effectue des contrôles sur pièces, à partir d'une série de documents et, sur place, où elle établit un contact direct avec les établissements. En 2006, elle a également

mis en place des modalités spécifiques de contrôle des intermédiaires et renforcé significativement ses moyens consacrés à la lutte anti-blanchiment. Par ailleurs, l'ACAM a aussi des relations directes avec les assurés, via son Bureau des relations avec les assurés – Observatoire des contrats dont la mission principale consiste à instruire des réclamations relatives à un contrat d'assurance formulées par les assurés.



RELATIONS DE L'ACAM AVEC LES ORGANISMES CONTRÔLÉS ET LES ASSURÉS

1- L'ACAM ET LES ORGANISMES CONTRÔLÉS



1-1 LE CONTRÔLE SUR PIÈCES ET SUR PLACE

1-1-1 LE CONTRÔLE SUR PIÈCES

Le contrôle sur pièces repose fondamentalement sur l'analyse de documents déclaratifs (états comptables et financiers, dossier annuel, états trimestriels, rapport de solvabilité, états divers) qui sont adressés à l'Autorité par les organismes d'assurance assujettis au contrôle, selon des périodicités requises. S'appuyant sur des sources d'informations essentiellement comptables et financières, le contrôle sur pièces est permanent et universel. Il couvre l'ensemble de la réglementation et joue un rôle d'alerte et de prévention. L'objectif de ce contrôle est d'avoir un regard permanent sur l'état de santé des sociétés contrôlées en s'assurant de la cohérence et de la qualité des informations fournies d'une année sur l'autre. Extrêmement large, il débouche sur un véritable diagnostic périodique, actualisé chaque année.

En pratique, le contrôle sur pièces a besoin d'informations complémentaires qu'il ne retrouve pas nécessairement dans les publications légales ou lors de ses contacts directs avec les établissements (orientations stratégiques, alliances avec d'autres établissements, qualité de la gestion, qualité des outils et des procédures, connaissance et gestion des risques...). Le contrôle sur pièce s'accompagne d'enquêtes effectuées sur place afin de déceler le cas échéant les signes avant-coureurs d'une dégradation et d'apprécier les mesures qu'il convient de prescrire pour y remédier.

1-1-2 LE CONTRÔLE SUR PLACE

Les contrôleurs peuvent se rendre à tout moment dans les organismes contrôlés pour accomplir toute vérification.

L'ordre de priorité des contrôles est défini par le secrétariat général de l'ACAM, et est indépendant de la taille et du secteur de la société. Il est notamment influencé par les résultats des contrôles sur pièces, la qualité des éléments transmis et la situation financière de la société pouvant inciter à contrôler certaines sociétés en priorité, ou par la quantité et la teneur des réclamations des assurés. L'objectif est d'assurer une surveillance permanente en contrôlant régulièrement toutes les sociétés.

L'approche du contrôle sur place est sensiblement différente de celle du contrôle sur pièces :

- les investigations et les contrôles sont limités dans le temps et, pour l'essentiel, concentrés sur une date d'arrêtée donnée ;
- les recherches d'informations sont assez largement conditionnées par les objectifs fixés à l'enquête ;
- la démarche du contrôle sur place est essentiellement orientée vers la détection des risques et l'appréciation de la situation de l'organisme d'assurance et de ses perspectives.

Le contrôleur examine la gestion des organismes d'assurance :

- dans le domaine technique et juridique, en examinant notamment les engagements pris à l'égard des assurés et les provisions constituées au passif pour y faire face,
- dans le domaine financier, en appréciant l'application des règles relatives à la couverture de ces engagements par

des actifs sûrs, liquides et rentables et en déterminant les garanties de solvabilité des entreprises non-vie et vie, qui permettent de pallier les éventuelles erreurs commises dans l'évaluation des engagements.

Le contrôle sur place donne lieu à la rédaction d'un rapport contradictoire, constitué en particulier d'une analyse des états comptables, de critiques éventuelles sur le fonctionnement de la société et sur l'application de la réglementation. La société dispose d'un droit de réponse d'un mois. En général, le contrôleur rédige ensuite ses conclusions avant communication des résultats définitifs à l'organisme contrôlé. Le cas échéant, le rapport est transmis à l'Autorité qui prescrit, si nécessaire, des mesures de redressement.

1-2 LA MISE EN PLACE DU CONTRÔLE DES INTERMÉDIAIRES

Les intermédiaires en assurance sont définis comme 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.

La loi DDAC n°2005-1564 du 15 décembre 2005 impose désormais aux intermédiaires une obligation d'immatriculation. Le législateur français, contrairement à la plupart des autres États membres, a fait le choix de confier le registre des intermédiaires en assurance à une personne morale distincte de l'Autorité de Contrôle, l'ORIAS, l'Organisme pour le Registre des Intermédiaires en Assurance. L'immatriculation auprès du nouvel organisme est obligatoire et payante. Lors de leur inscription, les intermédiaires doivent 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, il est prévu des échanges d'information entre l'Orias, 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.

Le contrôle des intermédiaires d'assurance est par nature différent de celui auquel sont soumis les organismes d'assurance : en effet, dans le cas des intermédiaires, il ne peut s'agir d'un contrôle prudentiel (contrôle des provisions, des placements et de la marge de solvabilité). L'objectif du contrôle est de faire en

sorte que le marché français de l'intermédiation soit un marché sûr et bien surveillé et d'imposer à tous les intermédiaires, personnes physiques ou morales, de respecter la législation en vigueur.

Afin d'exercer son contrôle, l'ACAM pourra intervenir de manière discrétionnaire et exploiter les renseignements portés à sa connaissance notamment par des lettres de réclamations des assurés. Le contrôle d'un intermédiaire pourra aussi être déclenché dans le cadre de la lutte anti-blanchiment. Sur le plan de la méthode, les contrôles sont appelés à prendre des formes très diverses. En premier lieu, en raison notamment de l'introduction de l'obligation de fournir des conseils écrits, les contrôles porteront sur les informations remises par l'intermédiaire à son client. Les contrôles pourront aussi porter sur la relation entre l'intermédiaire et son fournisseur. Il s'agit, en particulier, de vérifier la correcte remontée à l'assureur tant de l'information que des primes.

La principale sanction prévue consiste en la radiation de l'intermédiaire du registre de l'ORIAS. Cette radiation implique l'arrêt de l'activité et l'impossibilité pour l'intermédiaire de proposer des contrats d'assurance.

1-3 LA LUTTE ANTI-BLANCHIMENT

L'ACAM 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 en va de même pour les intermédiaires que l'Autorité peut soumettre à son contrôle. Pour conduire cette mission essentielle, l'ACAM a, au cours de l'exercice, renforcé de façon significative l'effectif de la cellule anti-blanchiment. En outre, cette cellule dédiée collabore étroitement avec les brigades de contrôle tant pour le contrôle sur place que pour le contrôle permanent. Pour faciliter la tâche des organismes d'assurance soumis aux obligations de vigilance, un guide des bonnes pratiques a été adopté par le collège de l'ACAM en mars 2005. Il est accessible sur le site internet de l'Autorité (www.acam-france.fr).

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 dans le cadre des programmes annuels des contrôles sur place.

L'objectif affiché par l'Autorité est d'avoir effectué un contrôle sur place de plus 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 réseaux de production, ainsi que celles apparaissant le moins bien armées du fait de déficiences connues ou supposées dans leur organisation interne. Aussi, le nombre de contrôles sur place concernant la lutte anti-blanchiment sur la période récente présente-t-il une évolution significative. En effet, au-delà des rapports spécifiques destinés à l'examen de cette activité, la plupart des rapports contiennent des développements sur les actions entreprises par les compagnies d'assurances en matière de lutte anti-blanchiment. L'ACAM a le pouvoir de sanctionner un organisme qui n'a pas mis en place les procédures en la matière même si un examen approfondi de son portefeuille ne permettait pas de mettre en évidence qu'il a servi d'intermédiaire à une opération de blanchiment.

En 2006, dans le cadre de sa mission de contrôle permanent, l'ACAM a encore développé son action en diffusant, auprès des entreprises d'assurances pratiquant l'assurance vie, un questionnaire spécifique relatif à la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. L'objectif de ce document (voir encadré) est d'apprécier les moyens mis en œuvre par la profession pour contribuer à cette lutte, conduite à l'échelle internationale sous l'égide du GAFI (Groupe d'Action Financière Internationale).

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. Il apparaît important que les relations entre assureurs et intermédiaires 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'assurances 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.

**LE QUESTIONNAIRE ANTI-BLANCHIMENT
ADRESSÉ EN MAI 2007 PAR L'ACAM À
L'ENSEMBLE DES ENTREPRISES D'ASSURANCE
PRATIQUANT L'ASSURANCE VIE RECOUVRE
CINQ THÈMES :**

1. Organisation et Procédures : l'objectif est de savoir si l'organisme d'assurance s'est doté d'une organisation et de procédures internes adéquates aussi bien pour la désignation des déclarants et des correspondants TRACFIN que pour la formation des personnels ou la conservation des informations.

2. Connaissance de la clientèle : en la matière, la préoccupation majeure des autorités concerne l'identification des souscripteurs et des bénéficiaires pour les opérations directes comme pour les opérations à distance.

3. Obligations de vigilance : en vertu des dispositions législatives et réglementaires, les organismes d'assurance, comme les autres établissements financiers, sont tenus à des obligations de vigilance, notamment s'agissant d'opérations atypiques effectuées par leur clientèle et de disposer d'outils de détection de ces opérations.

4. Déclarations de soupçon : tenus d'effectuer des déclarations de soupçon dans le cadre des dispositions prévues par le code monétaire et financier, les organismes d'assurance doivent veiller à ce que ces déclarations soient effectuées dans les meilleurs délais et avec le plus grand soin.

5. Préparation de la transposition de la 3^{ème} Directive : une dernière partie porte sur les apports de la 3^{ème} Directive communautaire du 26 octobre 2005 qui vise notamment la lutte contre le financement du terrorisme et le développement d'une approche par les risques.

Ce questionnaire est disponible sur le site internet de l'ACAM ; il devra être rempli périodiquement par l'ensemble des organismes concernés.

RELATIONS DE L'ACAM AVEC LES ORGANISMES CONTRÔLÉS ET LES ASSURÉS

2- L'ACAM ET LES ASSURÉS



2-1 L'ACTIVITÉ DU BRA

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.

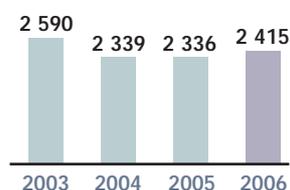
Le BRA est, ainsi, saisi des réclamations relatives à un contrat d'assurance que formulent les assurés, mais il peut aussi bien l'être par des associations de consommateurs, des conciliateurs de justice, des notaires, voire par des organismes d'assurance eux-mêmes ou des courtiers. La réclamation est 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 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.

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 peuvent également, le cas échéant, opter pour la médiation interne ou celle mise en place par les fédérations professionnelles.

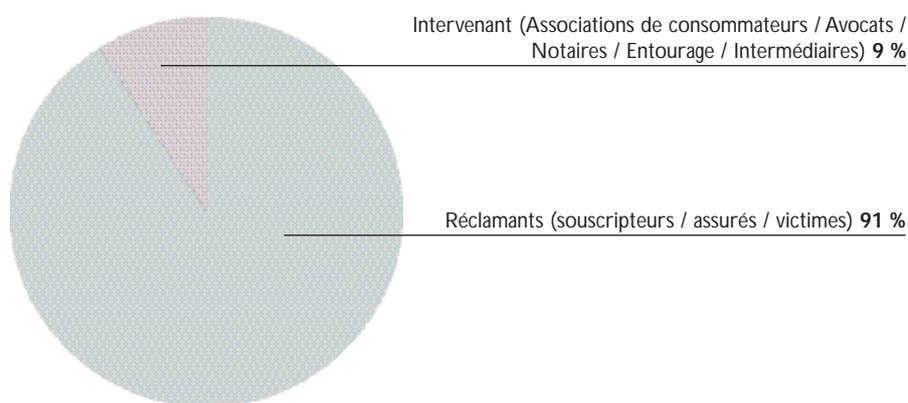
Nombre de réclamations reçues



En 2006, le BRA a enregistré 2 415 dossiers de réclamations. Le nombre de dossiers varie donc très peu. Sur les 2 415 dossiers reçus, 25 % ont été soit adressés au BRA par erreur, soit abandonnés par le réclamant ou encore transmis à titre purement informa-

tif. Ce volume doit être rapproché du nombre total des contrats en cours qui avoisine la centaine de millions. Toutefois, l'analyse des dossiers traités par le BRA se révèle riche d'enseignements.

Provenance des réclamations (en % du nombre de dossiers reçus)



TYPES D'ORGANISMES

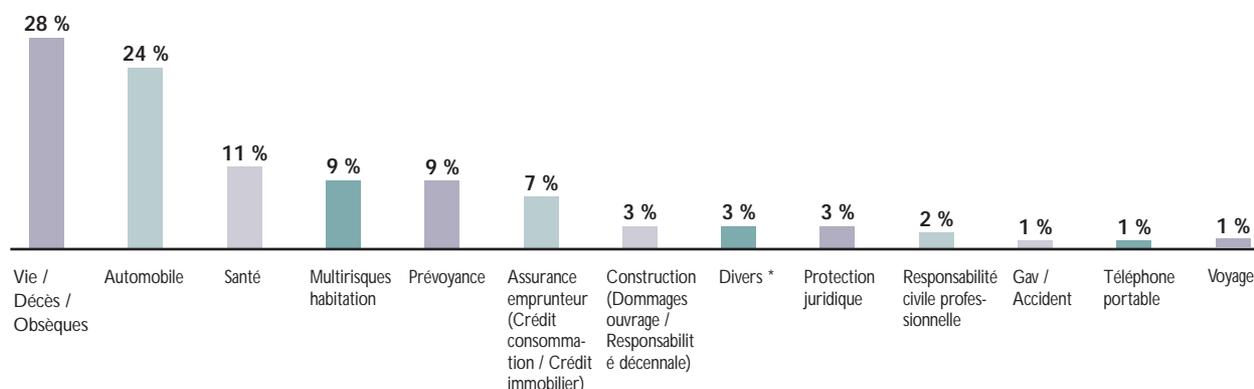
Les sociétés d'assurance sont les organismes les plus visés par les réclamations adressées au BRA, même si le nombre de dossiers mettant en cause les mutuelles et les institutions de prévoyance est en augmentation par rapport à l'année 2005.

Il convient également de noter que dans 25 % des dossiers reçus, les intermédiaires (courtiers, établissements bancaires ou agents généraux) sont mis en cause, soit aux côtés de l'organisme assureur, soit à titre exclusif.

CATÉGORIES D'ASSURANCE

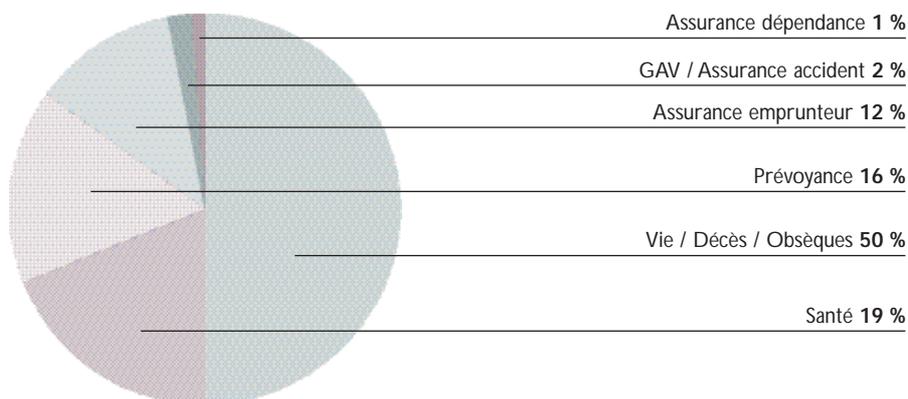
La répartition des réclamations reçues entre assurances de personnes et assurances de dommages laisse apparaître,

comme pour l'année 2005, une prépondérance des litiges concernant les assurances de personnes.



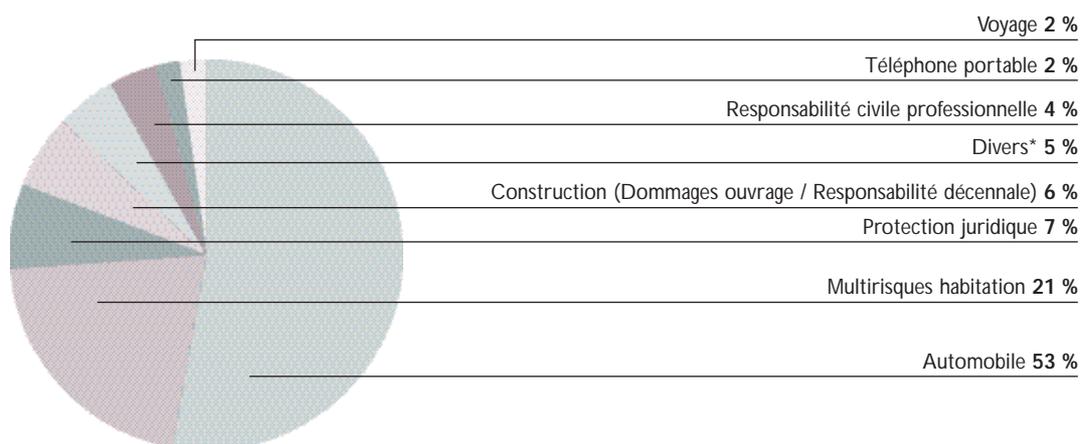
* (Animaux / Assistance / Carte bleue / Caution / Dépendance / Garanties accessoires / Risques localifs / Maritime / Matériels divers / Multirisques professionnels / Scolaire)

Catégories d'assurances de personnes en 2006



L'assurance vie, représentant la moitié des réclamations reçues, constitue la source principale de litiges. Les dossiers ont permis de confirmer la complexité croissante de la matière. Il s'agit aussi du domaine qui a nécessité, par dossier, le plus d'interventions du BRA auprès des organismes d'assurances avant d'obtenir un résultat.

Catégories d'assurances dommages en 2006

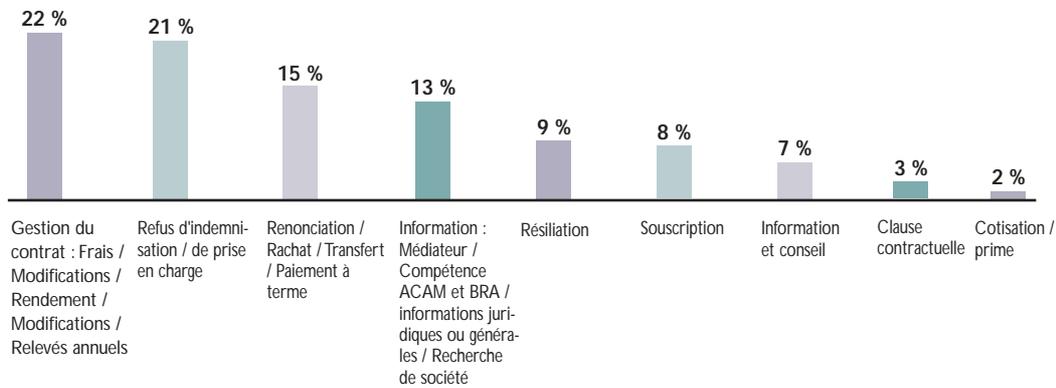


* (Animaux / Assistance / Carte bleue / Caution / Dépendance / Garanties accessoires / Risques localifs / Maritime / Matériels divers / Multirisques professionnels / Scolaire)

L'assurance automobile (53 %) et l'assurance multirisques habitation (21 %) représentent, à elles seules, 74 % des réclamations reçues en assurances dommages.

A noter toutefois une légère augmentation du nombre de dossiers en protection juridique par rapport à l'année 2005

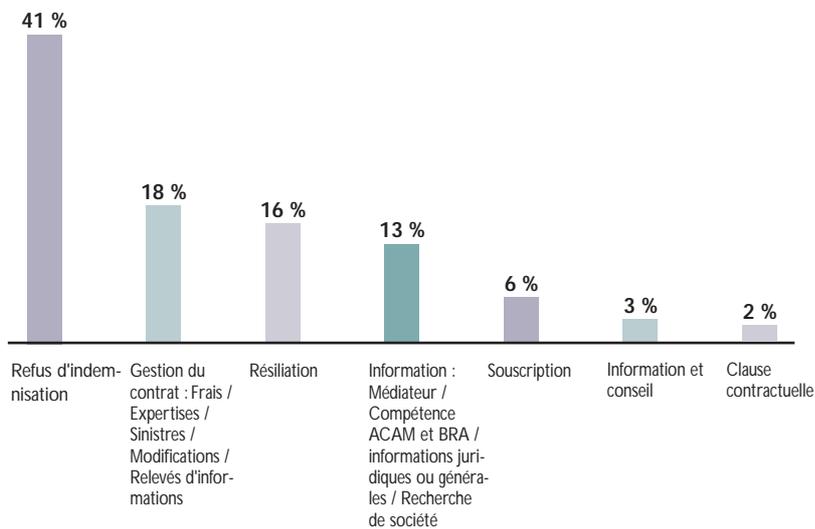
Objet des réclamations en assurances de personnes



En assurance-vie, les difficultés rencontrées relèvent principalement de la gestion du contrat par l'organisme d'assurance et de l'obtention des fonds.

Pour les autres types d'assurances (santé, prévoyance, assurance emprunteur, etc...), il s'agit plutôt de refus de prise en charge ou d'indemnisation.

Objet des réclamations en assurances dommages



Les refus d'indemnisation, qu'ils soient partiels ou totaux, en matière d'assurance dommages et de responsabilités, représentent toujours le motif principal de saisine du BRA.

2-2 LES PRINCIPAUX POINTS SOULEVÉS EN 2006

2-2-1 LES CONTRATS COMPLÉMENTAIRES SANTÉ SOUSCRITS DANS LE CADRE D'UN RÉGIME DE PRÉVOYANCE COLLECTIVE DE L'ENTREPRISE

Plusieurs réclamations reçues en 2006 ont appelé l'attention du BRA sur deux types de difficultés connexes à la souscription, par les entreprises, de contrats collectifs obligatoires de prévoyance pour leurs salariés. La première concerne le sort des contrats santé dont les salariés pouvaient être titulaires à titre individuel lors de leur entrée dans l'entreprise ; la seconde la portée du droit au maintien des garanties en cas de cessation d'activité.

Dans le premier cas, l'assureur santé à titre individuel refuse de faire droit à la demande de résiliation à effet immédiat qui lui est adressée, mettant l'assuré en situation d'être doublement couvert pour les mêmes risques jusqu'à la prochaine échéance alors qu'il ne pourra être indemnisé que par un assureur seulement.

S'il est exact que, par application stricte des dispositions de l'article L. 113-16 du Code des assurances (ou L.221-17 pour le Code de la mutualité), le changement de profession n'autorise l'assuré à demander avant terme la résiliation du contrat qu'à la condition que le nouveau contrat ait pour objet « la garantie de risques en relation directe avec la situation antérieure et qui ne se retrouvent pas dans la situation nouvelle », le refus systématique de certains assureurs de prendre en compte la diminution du risque induite par l'adhésion au second contrat conduit à des situations de double assurance forcée qui n'entraient à l'évidence pas dans la volonté du législateur. Dans ces conditions, il serait souhaitable que les assureurs acceptent d'y mettre fin sans qu'il soit besoin pour ce faire de modifier la loi.

S'agissant du droit au maintien des garanties, le BRA a eu à connaître cette année encore de plusieurs réclamations suscitées par les difficultés d'interprétation et de compréhension de l'article 4 de la loi n°89-1009 du 31 décembre 1989 dite « Loi Evin », qui prévoit en substance que lorsqu'un salarié quitte une entreprise souscriptrice d'un contrat d'assurance santé collectif obligatoire, pour une raison indépendante de sa volonté (licenciement, incapacité, invalidité ou départ en retraite), son départ ne doit pas avoir pour effet de le priver des avantages que ce contrat lui octroyait. A cette fin, et sous certaines conditions, l'organisme assureur est tenu de proposer au salarié qui en fait la demande dans les six mois de son départ, un maintien de couverture de ses frais de santé dans le cadre d'un contrat



individuel qui ne doit être soumis à aucune période probatoire ni sélection médicale.

Les salariés qui bénéficiaient, pour eux-mêmes mais aussi parfois pour leur famille, de conditions de garanties avantageuses en termes de cotisations et de remboursements, manifestent souvent leur volonté de souscrire sur ce fondement un contrat individuel. Ils sont alors souvent déçus des conditions du contrat individuel que leur propose leur assureur, dont ils relèvent les différences avec le contrat collectif d'origine, sans pouvoir pour autant se prévaloir des dispositions de la loi.

Concernant l'étendue de la garantie, si la loi pose le principe d'un maintien de couverture, il a été admis par la Cour d'Appel de Lyon que la loi est respectée lorsque l'assureur propose des garanties proches, mais non identiques, à celles dont le salarié bénéficiait dans le cadre du contrat collectif (CA Lyon, 9 mars 2006, n°05-395)

Quant aux conditions tarifaires proposées, souvent sans commune mesure avec celles qui leur étaient appliquées lorsqu'ils adhéraient au contrat collectif (jusqu'à huit fois supérieures dans l'une des réclamations reçues), le BRA a dû expliquer aux assurés que le plafond de 50 % d'augmentation fixé par la loi et son décret d'application ne s'applique pas au montant de cotisations qu'ils payaient antérieurement, mais bien au « tarif global applicable aux salariés actifs de l'entreprise », disposition souvent interprétée par les assureurs comme la moyenne de l'ensemble des tarifs appliqués aux salariés actifs de l'entreprise, toutes situations confondues (en ce compris les tarifs individuels et familiaux). Cette hausse de tarifs est mal acceptée par les assurés qui subissent souvent parallèlement une baisse de leurs revenus (étant en état d'invalidité, de chômage, de retraite) et qui ne disposent d'aucun moyen pour contrôler que l'organisme respecte bien le plafond de 50 % qui lui est imposé par la loi.

Il convient en outre que les assurés gardent à l'esprit que la loi n'interdit pas non plus des augmentations ultérieures des tarifs de leur contrat individuel dans la mesure où cette hausse est uniforme pour l'ensemble des assurés ou adhérents y souscrivant (3^{ème} alinéa de l'article 6 de la loi). Dès lors et quand bien même les tarifs qui sont proposés aux anciens salariés au moment où ils quittent l'entreprise leur paraîtraient excessifs, ils seront encore susceptibles, dans les limites susvisées, d'être augmentés en cours de contrat.

Enfin, s'agissant des personnes couvertes, l'article 4 de la loi EVIN ne prévoit le maintien de la couverture au profit des personnes garanties du chef de l'assuré qu'en cas de décès de ce dernier. Dans les autres cas, alors même que la famille des anciens salariés bénéficiait antérieurement du contrat collectif, l'assureur est fondé à refuser de continuer à la couvrir.

Les réclamants trouvent souvent anormal de se voir, dans le même temps, à la fois pénalisés par des tarifs tenant compte des tarifs familiaux appliqués aux salariés actifs de la société, et refuser le maintien de couverture pour leur famille.

2-2-2 LA PROTECTION JURIDIQUE

L'assurance de protection juridique a également été à l'origine de plusieurs réclamations en 2006.

Cette année encore, il a été constaté qu'en cas de désaccord entre l'assureur et l'assuré sur les mesures à prendre pour régler un différend, il n'était pas systématiquement proposé de recourir à la procédure d'arbitrage prévue à l'article L.127-4 du Code des assurances.

Le BRA a eu en conséquence l'occasion d'intervenir auprès des assureurs pour leur rappeler que l'article L.127-5 leur imposait d'informer l'assuré de l'existence de cette procédure, au moment du désaccord : « En cas de conflit d'intérêt entre l'assureur et l'assuré ou de désaccord quant au règlement du litige, l'assureur de protection juridique informe l'assuré [...] de la possibilité de recourir à la procédure mentionnée à l'article L. 127-4 ».

L'application des clauses de déchéance constitue une seconde source de contestations rencontrée par le BRA au cours de l'année 2006. Les assurés qui avaient, de leur propre chef ou sur de mauvais conseils, saisi un avocat sans requérir l'avis préalable de leur assureur de protection juridique, se sont vus opposer des refus de garantie très fermes.

Au soutien de leur position, les assureurs invoquaient les clauses de déchéance de leur contrat, lesquelles stipulaient

qu'en cas de saisine d'un avocat sans l'accord préalable de l'assureur, l'assuré est privé de son droit à garantie.

Toutefois, même si la recommandation n°02-03 BOCCRF du 30 mai 2002 de la Commission des clauses abusives avait considéré qu'une telle clause était potentiellement abusive et avait recommandé sa suppression des contrats, elle pouvait difficilement être contestée, sauf à n'avoir pas été rédigée en caractères très apparents comme l'impose l'article L. 112-4 du Code des assurances, tant qu'une décision judiciaire n'avait pas été rendue.

A cet égard, la réforme instaurée par la loi n°2007-210 du 19 février 2007 pourrait permettre d'espérer que cette source de contestations se tarira à l'avenir. Le nouvel article L.127-2-2 du Code des assurances, instauré par cette loi, dispose en effet que :

« Les consultations ou les actes de procédure réalisés avant la déclaration du sinistre ne peuvent justifier la déchéance de garantie. Toute clause contraire est réputée non écrite. Cependant, ces consultations et ces actes ne sont pas pris en charge par l'assureur, sauf si l'assuré peut justifier d'une urgence à les avoir demandés. »

On le perçoit toutefois, il est à craindre que la notion d'« urgence » à laquelle ce texte fait référence ne soit à l'origine d'un nouveau type de contentieux.

Par ailleurs, il serait contraire à l'esprit de la loi de rédiger une clause équivalente, non sous la forme de clause de déchéance (définie comme une sanction de l'inexécution des obligations de l'assuré après sinistre) mais sous couvert de conditions de garantie (lesquelles définissent l'étendue des obligations de l'assureur avant tout sinistre).

2-2-3 LES FRAIS DE GESTION

Certains assurés se sont plaints du manque de transparence à propos des frais de gestion appliqués à leurs contrats.

Certes, le Code des assurances (article L. 112-2) ou le Code de la consommation (article L. 113-3) imposent de manière générale ou de façon spécifique (R. 132-3 A. 132-4 du Code des assurances ou L. 112-2-1 II- 4° du Code de la consommation), une bonne information des assurés sur cette partie du tarif de l'assurance que représentent les frais de gestion.

Néanmoins, en assurance-vie, quelques souscripteurs, qui avaient opté pour des contrats en unités de compte sans frais d'entrée, ont constaté avec surprise le poids que pouvaient



représenter, au final, les frais de gestion. Les assurés ont fait valoir qu'ils n'avaient pas eu conscience, au moment de la souscription, que le système des seuls frais de gestion pouvait s'avérer, selon la durée du contrat et l'évolution du capital, moins favorable que la pratique classique comportant des frais d'entrée.

En assurance non-vie, des réclamants ont aussi contesté la mauvaise information reçue concernant le montant total des frais décomptés en plus de la prime d'assurance, qu'il s'agisse de frais de résiliation, de dossier, de modification de contrat ou de frais de prélèvement automatique. Il est vrai que dans les cas concernés, soit les frais n'étaient pas du tout mentionnés dans les contrats, soit ils étaient formulés d'une façon qui prêtait à confusion, dans des rubriques intitulées « autres », « accessoires », « répertoire », situées en dessous de l'énoncé des garanties offertes.

2-2-4 LE RENDEMENT DES CONTRATS D'ASSURANCE VIE

Comme les années précédentes, le BRA a encore été saisi de plusieurs demandes de vérification des valeurs de rachat ou du montant des capitaux versés aux assurés ou aux bénéficiaires au terme des contrats, motivées par une déception quant au rendement des contrats d'assurance vie en dépit de la remontée des marchés boursiers.

Face à la technicité de la matière, au manque de transparence et de clarté des clauses afférentes à la valorisation des contrats (le plus souvent insérées dans des contrats anciens) et au caractère inaccessible pour l'assuré de l'information sur des données chiffrées de l'organisme, assurés et bénéficiaires sont la plupart du temps incapables d'exercer un quelconque contrôle des montants que leur annoncent leurs assureurs.

Aussi, et bien qu'il soit impossible à l'ACAM, pour des raisons évidentes, de donner suite à toutes les demandes de ce type,

il a été décidé en 2006 de faire procéder à certaines vérifications techniques par les brigades de contrôle. Celles-ci ont permis de déceler des anomalies dans les montants annoncés, découlant notamment d'erreurs sur l'assiette de calcul ou d'une mauvaise application de clauses contractuelles mal rédigées. Les erreurs les plus importantes ont concerné le montant des participations aux bénéfices qui avaient été versées aux assurés, notamment dans le cadre d'anciens contrats de type « vie entière ».

Face à ces carences dans les procédures de contrôle interne des sociétés concernées, l'ACAM poursuivra en 2007 ses vérifications sur les montants proposés aux assurés.

2-2-5 LA RÉSILIATION – LOI CHATEL

Le rapport 2005 de l'ACAM avait déjà soulevé les difficultés d'application auxquelles la loi n°2005-67 du 28 janvier 2005, dite loi CHATEL, destinée à faciliter la résiliation des contrats à tacite reconduction conclus par des consommateurs, pouvait parfois donner lieu.

Certaines de ces difficultés semblent persister en 2006, notamment les refus de résiliation sans fondement valable opposés par certains assureurs, ou l'incompréhension de certains assurés qui n'avaient pas eu conscience d'adhérer à un contrat collectif en apprenant que ceux-ci étaient expressément exclus du bénéfice de cette loi.

Rappelons pour mémoire que l'article L. 113-15-1 impose à l'assureur, pour les contrats à tacite reconduction, de rappeler sur les avis d'échéance annuelle de prime qu'il adresse à l'assuré, la date limite à laquelle il peut exercer son droit de dénonciation. A cette fin, le législateur a prévu que lorsque cet avis lui est envoyé moins de 15 jours avant cette date, ou lorsqu'il lui est adressé après cette date, l'assuré doit être informé qu'il dispose d'un délai de 20 jours suivant la date d'envoi de cet avis pour dénoncer la reconduction du contrat, le délai courant dans ce cas à compter de la date figurant sur le cachet de la poste.

Soucieux de l'efficacité de son dispositif, le législateur a également prévu que lorsque l'information prévue à cet article n'a pas été régulièrement adressée à l'assuré, celui-ci est libre de résilier son contrat à tout moment à compter de sa date de reconduction.

L'analyse des principales réclamations reçues a permis au BRA de mettre à jour des situations qui, à défaut d'être contraires au texte de l'article L.113-15-1 du Code des assurances, semblent bien éloignées de l'esprit de la loi en cause.



De manière marginale, il est intéressant de noter que certains assureurs ont pu refuser des demandes de résiliation parce que les assurés n'avaient pas indiqué explicitement, dans leur lettre recommandée envoyée dans le délai de 20 jours, qu'ils entendaient se prévaloir des dispositions de l'article L.113-15-1 ou parce qu'ils n'avaient pas fait figurer sur leur courrier le numéro de leur contrat (qu'il était pourtant possible d'identifier à l'aide d'autres informations).

De manière plus fréquente, les assurés se sont vu refuser leur demande de résiliation sur le fondement de la loi CHATEL au motif que le délai de 20 jours prévu à l'article précité était dépassé, alors que les relevés d'échéance qui leur avaient été envoyés étaient non datés, ou comportaient une date bien antérieure à la date réelle d'envoi figurant sur l'enveloppe, non conservée par l'assuré.

De tels procédés utilisés par quelques uns risqueraient, s'ils se poursuivaient, de ternir l'image auprès des consommateurs de l'ensemble du secteur. Ils pourraient également inciter le législateur à revoir son dispositif dans le sens d'un durcissement, par exemple en imposant aux assureurs des modalités d'envoi des avis d'échéance offrant aux assurés de meilleures garanties, mais plus coûteuses et plus contraignantes pour les professionnels.

2-2-6 LA RENONCIATION AUX CONTRATS D'ASSURANCE VIE

En 2006, le BRA a reçu de nouvelles réclamations d'assurés qui rencontrent des difficultés avec leur assureur dans le cadre de l'exercice de leur faculté de renonciation, sur le fondement de l'ancienne version de l'article L. 132-5-1 du Code des assurances.

Les assurés se heurtent en effet au refus de leur assureur de faire droit à leur demande de restitution de leurs cotisations, au motif que le délai de 30 jours pour renoncer à leurs contrats est expiré.

Pourtant, dans les dossiers étudiés, les documents et informations qui leur ont été transmis avant la souscription ne sont pas conformes à la lettre de cet article. Si, dans certains cas, ces documents ne comportent pas toutes les informations précontractuelles prescrites par ce texte, dans la très grande majorité des autres, la forme utilisée pour délivrer cette information ne lui est pas conforme. Il convient sur ce point de rappeler que jusqu'à l'entrée en vigueur de la loi DDAC du 15 décembre 2005, la pratique consistait à remettre aux assurés un document unique intitulé « conditions générales valant note d'information ».

Or, la Cour de cassation est venue trancher la question, aux termes des arrêts qu'elle a rendus le 7 mars 2006, en jugeant que l'article L. 132-5-1 impose à l'assureur de remettre à son cocontractant une « note d'information » comportant les dispositions essentielles du contrat distincte des « conditions générales ». Désormais, l'absence de conformité de l'information délivrée, quelle qu'en soit la nature (de fond ou de forme) ou la gravité, est sanctionnée par la prorogation automatique du délai de renonciation jusqu'au trentième jour suivant la date de remise effective des documents et informations visés par ce texte.

Autant dire que, dès lors que l'information n'est pas régularisée par la remise aux assurés, contre récépissé, des deux documents distincts comportant l'ensemble des mentions prescrites par le code – régularisation à laquelle certains assureurs ont procédé depuis le 7 mars –, le délai de 30 jours ne commence pas à courir. Les assureurs ne sont donc pas en mesure de s'en prévaloir pour refuser de faire droit aux demandes qui leur sont soumises.

Dans le cadre des réclamations reçues, des assureurs ont finalement accepté, en règle générale sous couvert de « gestes commerciaux » et souvent après plusieurs interventions du BRA, de faire droit aux demandes de renonciation des assurés.

Bon nombre d'assureurs, dont certains avaient pourtant indiqué au BRA qu'ils se rangeraient à la solution judiciaire qui se dégagerait des pourvois, campent toutefois encore sur leurs positions. Ils mettent en avant les arbitrages et rachats partiels effectués par les assurés sur leurs contrats pour faire valoir que ces derniers en avaient parfaitement compris le mécanisme et qu'ils étaient conscients des risques qu'ils prenaient.

Le BRA a par ailleurs été surpris de la réponse de certains organismes qui n'hésitent pas à écrire que les arrêts du 7 mars n'ont traité que de questions de « pure forme », qu'ils n'ont pas précisément visé les contrats objets des réclamations en cause ou, tout simplement, qu'ils n'en acceptent pas la solution et qu'ils continuent leur combat judiciaire.

Si le formalisme imposé par la Cour suprême a paru excessif à une partie de la doctrine, il n'appartient cependant pas aux assureurs de refuser envers et contre tout d'appliquer une solution faisant désormais partie intégrante du droit positif français. Cette résistance se justifie d'autant moins que toutes les ambiguïtés concernant l'application de l'article L. 132-5-1 ont été levées postérieurement aux arrêts du 7 mars 2006, par les arrêts du 13 juillet 2006 (n°05-10958) ; 5 octobre 2006 (n°05-16329) ; 19 octobre 2006 (n°05-15769 et 15770) qui ont convaincu certains assureurs de se désister d'autres pourvois en cours (arrêts du 17 novembre 2006 (n°05-17928) et 21 décembre 2006 (n°05-16242)).

2-2-7 ASSURANCE VIE : PAIEMENT DU CAPITAL AU TERME ET RELEVÉS ANNUELS D'INFORMATION

En matière d'assurance vie, les difficultés dont le BRA a été saisi concernent également d'une part le paiement du capital au terme de leur contrat et, d'autre part, l'obtention des relevés annuels d'information.

Si, de prime abord, ces deux obligations peuvent paraître de nature totalement différente, elles se rejoignent en réalité par le fait qu'elles ne sont actuellement assorties par les textes d'aucune sanction ou d'aucun délai d'exécution.

S'agissant du paiement du capital au terme du contrat ou au décès de l'assuré, aucune obligation de respect d'un certain délai de règlement n'a en effet été mise à la charge de l'assureur par le Code des assurances, alors que de telles

obligations, sanctionnées par le versement d'intérêts de retard, existent tant pour le remboursement des sommes versées en cas d'exercice de la faculté de renonciation que pour le versement de la valeur de rachat.

Or, comme le montrent certains dossiers traités par le BRA, cette absence de délai imposé pour le règlement du capital peut être lourde de conséquences pour les bénéficiaires de contrats d'assurance vie forcés d'attendre de nombreux mois le versement du capital qui leur était dû, et subissant des demandes de pièces au compte-goutte de la part de leur assureur.

L'article 26 du projet de loi en faveur des consommateurs devait y remédier en prévoyant un délai maximal d'un mois à compter de la réception des pièces nécessaires pour que les assureurs s'acquittent de leur obligation. A l'instar de ce qui est prévu aux articles L. 132-5-1 et L.132-21 précités, ce projet disposait qu'à défaut de respecter le délai imparti, les assureurs seraient tenus au paiement d'intérêts de retard majorés.

Si une telle sanction paraît inadaptée à l'obligation annuelle d'envoi aux assurés de relevés d'information concernant leur contrat d'assurance-vie, l'analyse des dossiers portés à la connaissance de l'ACAM par l'intermédiaire du BRA montre que l'instauration d'un délai de principe pourrait rappeler les assureurs à un peu plus de rigueur en la matière. En effet, le défaut d'envoi du relevé annuel ou son envoi tardif peuvent avoir pour effet de fausser, parfois de manière significative, la vision qu'ont les assurés de leur épargne.

En tout état de cause, l'ACAM veillera à prendre les mesures appropriées contre les organismes qui, de manière récurrente, ne respectent pas leurs obligations d'information annuelle.



RELATIONS DE L'ACAM AVEC LES ORGANISMES CONTRÔLÉS ET LES ASSURÉS

3- LA VOCATION PÉDAGOGIQUE DE L'ACAM



Le contrôle des activités d'assurance a connu depuis une vingtaine d'années un profond changement de nature avec la suppression des autorisations que les organismes devaient auparavant recueillir auprès de l'autorité administrative, tant pour fixer annuellement leurs tarifs que pour lancer sur le marché de nouveaux contrats. La responsabilité première de détecter, mesurer et tenter de remédier aux risques nés d'erreurs dans la tarification ou l'estimation des engagements pris envers les assurés, et plus généralement l'ensemble des risques de toute nature nés de leur activité, repose désormais sur les organismes eux-mêmes, le contrôle de l'ACAM ne s'exerçant plus qu'a posteriori.

Pour les accompagner dans cette voie l'ACAM, qui grâce à ses contrôles sur place et aux données recueillies annuellement auprès de la totalité des organismes constitue un observatoire privilégié pour voir émerger les problématiques qui pourraient devenir communes à plusieurs acteurs, voire à l'ensemble du marché, a développé divers outils de sensibilisation, de communication et d'échanges avec la profession :

- **les enquêtes transversales** menées par le Secrétariat général de l'ACAM sous forme de questionnaires spécifiques adressés à tous les opérateurs du marché ou de contrôles thématiques ont ainsi conduit nombre d'organismes d'assurance à identifier, puis à prendre la mesure de risques qu'ils n'avaient pas encore détectés : poursuite de la baisse des taux d'intérêts en 1998, insuffisance du programme de réassurance en 2000, inadéquation des tables

de mortalité utilisées pour certains contrats en cas de vie en 2001, tarification imprudente de la garantie-plancher accordée aux assurés dans les contrats vie en unités de compte en 2002, utilisation par les assureurs des instruments de transfert du risque de crédit en 2003, ou encore divergences dans l'application des règles comptables relatives à la provision pour dépréciation durable en 2004. L'enquête transversale réalisée en 2006, et portant pour la première fois sur l'ensemble des organismes d'assurance contrôlés par l'ACAM, visait à les alerter sur le danger de mauvaise appréciation du risque effectivement transféré au réassureur dans les traités de réassurance limitée dite « finite ».

- **les conférences du Contrôle** ont quant à elles une double vocation : restituer aux organismes d'assurance les résultats et enseignements tirés des enquêtes transversales ; apporter des explications sur les finalités et la manière de répondre soit à de nouvelles exigences prudentielles (nouveaux états prudentiels applicables aux mutuelles de manière progressive à compter de l'exercice 2005), soit aux consultations (CP) et études quantitatives d'impact (QIS) lancées par le CEIOPS dans le cadre du projet Solvabilité II.
- **le rapport annuel d'activité** de l'ACAM et **la lettre externe** à destination des organismes contrôlés lancée en 2007 contiennent également des développements sur certaines observations tirées de contrôles sur place, la portée de nouvelles réglementations ou d'arrêts de jurisprudence, ou l'interprétation donnée par l'ACAM à certaines dispositions législatives ou réglementaires applicables aux organismes.

- **les recommandations à caractère général** ne visent pas à créer de nouvelles normes opposables aux organismes, puisque l'ACAM ne dispose pas du pouvoir réglementaire, mais plutôt à les éclairer sur ce qu'il est attendu d'eux, à titre de bonnes pratiques, dans certains domaines où la réglementation mérite d'être explicitée : contenu et caractère plus prospectif des rapports de solvabilité en 2000 et 2004, application pratique à l'assurance vie des obligations relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme en 2001 et 2005, et enfin gouvernance des organismes d'assurance en 2007.

LA CONSULTATION PUBLIQUE SUR LA GOUVERNANCE DES ORGANISMES D'ASSURANCE

Conformément à ses objectifs de transparence et de pédagogie, l'ACAM a mis en consultation publique sur son site internet, au mois de juin 2006, une version provisoire du rapport de son groupe de travail présidé par M. Vandier sur la gouvernance des organismes d'assurance.

La concertation avec les organisations professionnelles, en amont de la consultation publique, a permis d'apporter des réponses très circonstanciées. Elles ont été complétées par quelques contributions individuelles.

Dès avant le dépôt du rapport définitif, qui devrait intervenir courant 2007, l'ACAM se félicite que l'accent mis depuis 2003 sur l'importance pour les organismes d'assurance de disposer d'une bonne gouvernance ait conduit les organisations professionnelles à enrichir leur réflexion sur le sujet, consacrée par des rapports, des recommandations ou des codes de bonnes pratiques à destination de leurs membres.



Préalablement au lancement des enquêtes transversales et à l'adoption de ses recommandations, l'ACAM consulte les organisations professionnelles de l'assurance, de la mutualité et de la prévoyance pour recueillir leurs observations et s'assurer de leur collaboration. Mais l'absence, dans les trois codes dont elle vérifie l'application, de dispositions analogues à celles de l'article L.511-29 du Code monétaire et financier, qui impose à chaque établissement de crédit quel que soit son statut d'adhérer à un organisme professionnel ou à un organe central affilié à une association unique, ne permet pas à l'ACAM d'avoir un interlocuteur unique, et représentatif de la totalité des organismes d'assurance.

LES ORGANISATIONS PROFESSIONNELLES DES ORGANISMES D'ASSURANCE

- **Le CTIP** (Centre Technique des Institutions de Prévoyance) : créé en 1986, il regroupe les institutions de prévoyance.
- **La FNIM** (Fédération Nationale Indépendante des Mutuelles) : créée en 1989, elle fédère une trentaine d'unions et de mutuelles régies par le Code de la mutualité.
- **La FNMF** (Fédération Nationale de la Mutualité Française) : créée en 1902, elle fédère la quasi-totalité des 2000 mutuelles et unions régies par le Code de la mutualité, qu'elles pratiquent des activités d'assurance (mutuelles et unions dites du livre II) ou gèrent des œuvres sanitaires et sociales (mutuelles et unions dites du livre III). La FMF (Fédération des mutuelles de France) en est désormais membre.
- **La FFSA** (Fédération Française des Sociétés d'Assurance) : créée en 1937, elle regroupe 289 entreprises d'assurance de différents statuts : sociétés anonymes, sociétés d'assurance mutuelles (regroupées au sein de la FFSAM) et succursales de sociétés étrangères.
- **Le GEMA** (Groupement des Entreprises Mutuelles d'Assurance) : syndicat professionnel créé en 1964, il regroupe 17 sociétés d'assurance mutuelles sans intermédiaires et 24 sociétés anonymes filiales des précédentes.



:: PARTIE 4 ::

RÉGULATION ET COOPÉRATION INTERNATIONALES

1- LE MARCHÉ UNIQUE EUROPÉEN : SOLVABILITÉ II

Le projet Solvabilité II piloté par la Commission européenne vise à réformer en profondeur les règles de solvabilité auxquelles sont soumises les entreprises d'assurance et à consolider l'ensemble des directives existantes.

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.



1-1 LE CADRE DU PROJET SOLVABILITÉ II

Prévue pour entrer en vigueur à l'horizon 2010, cette mise à jour du cadre dans lequel s'inscrit l'activité des assureurs européens doit actualiser un ensemble de règles élaborées au cours du temps. Ainsi, l'ensemble des directives existantes devrait être remplacé par une directive unique. S'inscrivant dans une architecture dite « Lamfalussy » définie par le Comité (cf. p. 58), la mise en place de Solvabilité II comporte plusieurs étapes. En premier lieu, une directive comportant les éléments essentiels du nouveau système doit être proposée à l'adoption par le Conseil de l'Union européenne et le Parlement européen. Dans un second temps, des mesures de mise en œuvre doivent être définies et adoptées par voie de directive ou de règlement européens. Le projet de directive cadre est annoncé pour juillet 2007.

Actuellement, les organismes d'assurance doivent justifier d'un capital minimum appelé marge de solvabilité, destiné à faire face aux aléas inhérents à l'activité d'assurance. Le système de solvabilité en vigueur aujourd'hui a été mis en place dans les années 1970 et révisé en 2002 (directive Solvabilité I). Le projet Solvabilité II vise à l'améliorer en tenant compte des nombreuses évolutions en matière de techniques financières et de gestion des risques, dans le but d'assurer une meilleure adéquation entre l'exigence réglementaire de capital et les risques auxquels sont effectivement confrontés les organismes d'assurance.

Le projet a notamment pour objectif la mise en place d'un cadre prudentiel harmonisé à l'échelle européenne et cohérent avec les autres secteurs financiers notamment bancaire.

Le Comité européen des contrôleurs des assurances et des pensions professionnelles (CECAPP ou CEIOPS en anglais cf. p. 59), auquel participe activement l'ACAM, est 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 formulées par la Commission européenne. Les professionnels (organismes d'assurances, fédérations professionnelles, actuaires, consultants) sont, quant à eux, consultés sur les projets d'avis du CEIOPS.

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. S'y ajoutent des questions transversales, concernant en particulier le régime à appliquer aux groupes de sociétés.

Pilier I : les règles quantitatives

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

- les provisions techniques avec un objectif d'harmonisation de leur valorisation ;
- l'exigence de capital, deux niveaux de capital seront déterminés : le minimum de capital requis ou MCR (en anglais,

minimum capital requirement) et le capital requis ou SCR (capital de solvabilité requis, en anglais, solvency capital requirement) ;

- la définition et les règles d'éligibilité des éléments de capital.

LES DEUX NIVEAUX D'EXIGENCE DE CAPITAL

Le **SCR** (Solvency capital requirement) est le niveau de capital qui doit permettre à l'entreprise d'absorber un certain montant de pertes, correspondant, en principe, à une probabilité de ruine à un an inférieure à 0,5 %. Son calcul vise à prendre en compte les risques quantifiables pris par l'entreprise.

Le SCR pourra être calculé de deux manières : par l'intermédiaire d'une formule dite « standard » harmonisée au niveau européen ou par l'intermédiaire d'un modèle interne.

Son non respect implique, de la part de l'Autorité de Contrôle, une action proportionnée et s'inscrivant dans la durée.

Le **MCR** (Minimum capital requirement) est le niveau de capital minimum en-dessous duquel un organisme d'assurance ne devrait pas tomber. Son mode de calcul devrait être plus simple que celui du SCR et robuste d'un point de vue juridique. Le non respect du MCR entraîne le retrait d'agrément s'il n'est pas couvert rapidement.

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 surveillance aussi bien au niveau des organismes d'assurance eux-mêmes qu'à l'échelon des superviseurs.

Au sein des organismes d'assurance, ce sont les mécanismes d'organisation et de contrôle interne qui sont visés ainsi que les principes applicables en matière de gestion des risques. Dans ce cadre, les questions liées à la gouvernance d'entreprise font l'objet d'une attention particulière : honorabilité des dirigeants, compétence des instances de gouvernance, des dirigeants et des intervenants extérieurs. Concernant le contrôle interne, l'accent est mis sur le contrôle et la gestion des procédures internes : existence des procédures écrites et fiabilité du système d'audit interne. Sur la gestion des risques, il sera vérifié que l'organisme 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 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 minimum 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 et discipline de marché

Le pilier III étudie les éléments d'information qui doivent être publiés par les entreprises d'assurance :

- information publique dans le cadre de la discipline de marché,
- information à l'usage des superviseurs (dossier annuel),
- règles d'information des assurés.

Le pilier III de Solvabilité II couvre un champ plus large que le pilier III de Bâle II. En effet, outre les exigences de publication par les organismes en vue d'améliorer la transparence de l'information et de promouvoir une meilleure discipline de marché, il comprend, également, les exigences d'information des superviseurs, notamment le 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 CEIOPS :

- un principe de cohérence maximum avec les exigences comptables de publication d'information ;
- un principe d'harmonisation des états réglementaires d'information des superviseurs, avec comme objectif un dossier annuel européen.

Questions relatives aux groupes/questions trans-sectorielles.

Présidé par l'ACAM, le groupe de travail sur les questions de groupes/trans-sectorielles étudie les questions spécifiques soulevées par le contrôle des entités d'assurance appartenant à un groupe de sociétés.

Les questions étudiées par ce groupe de travail sont transversales, et recouvrent de nombreux sujets relevant des trois Piliers de Solvabilité II, dans le cadre desquels l'appartenance d'une entité à un groupe de sociétés fait apparaître des spécificités qui doivent être prises en compte dans le cadre du futur régime prudentiel.

Les thèmes étudiés dans le cadre de ce groupe de travail incluent notamment les conséquences de l'appartenance à un groupe en termes d'exigences de capital, de validation des modèles internes et l'organisation de la coopération qui devra

être mise en place entre les autorités de contrôle (aussi bien au sein de l'EEE qu'avec les pays tiers).

En 2006, l'activité principale du groupe de travail a été de contribuer à la rédaction des réponses à la troisième vague de demandes d'avis adressés au CEIOPS par la Commission Européenne. Ces contributions ont notamment porté sur :

- les éléments de capital éligible pour couvrir le SCR au niveau d'un groupe.
- l'organisation de la coopération entre autorités de contrôle pour le contrôle des groupes, en prévoyant notamment la désignation d'un « contrôleur du groupe » (Group Supervisor) et la définition de ses prérogatives, en particulier quant à la validation du modèle interne d'un groupe.
- La coopération avec les autorités de contrôle des États ne faisant pas partie de l'EEE.

Le groupe a également contribué aux *Consultation Papers* adressés ultérieurement par le CEIOPS à la Commission Européenne, et qui concernaient notamment :

- Le niveau auquel doit s'exercer le contrôle dans un contexte « groupe », et notamment les conditions du contrôle des sous-groupes.
- Le contrôle des groupes ayant des entités situées hors des États de l'EEE et la coopération avec les autorités de contrôle concernées
- Les questions relatives aux SCR et au MCR dans un contexte « groupe »
- Les pouvoirs du « contrôleur du groupe » concernant les exigences de capital supplémentaire (*capital add-ons*) et les transferts de capitaux au sein d'un groupe.
- La prise en compte des effets de diversification.

Enfin, le groupe de travail a contribué à l'élaboration des spécifications techniques de la troisième étude d'impact (*Quantitative Impact Study 3 ou QIS3*) préparée par le CEIOPS et lancée en 2007.

1-2 LES ÉTUDES QUANTITATIVES D'IMPACT

Dans l'optique du passage à Solvabilité II, la Commission européenne a demandé au CEIOPS d'étudier les répercussions quantitatives du nouveau système par le biais d'études quantitatives d'impact (QIS, Quantitative Impact Studies). Les QIS permettent de recueillir des retours qualitatifs et quantitatifs auprès des acteurs du marché.

CALENDRIER DES ÉTUDES QUANTITATIVES D'IMPACT

QIS1 : évaluation des provisions techniques

- octobre 2005 – décembre 2005 – durée : 2 mois et demi

QIS2 : éléments d'élaboration de la formule standard

- mai 2006 – juillet 2006 – durée : 3 mois

QIS3 : test global du futur système : calibrage de la formule standard, du MCR solo et groupe

- Lancement : 2 avril 2007
- Date limite de renvoi aux autorités de contrôles nationales : 29 juin 2007
- Rapport de synthèse du CEIOPS en octobre 2007

Les résultats des études quantitatives d'impact (QIS 1 et QIS 2)

L'étude QIS 1, lancée à l'automne 2005, poursuivait un double objectif : comparer les niveaux de prudence des provisions techniques actuelles et recueillir de l'information sur les méthodes utilisées pour calculer ces provisions. Cette première étude quantitative d'impact visait donc à comparer les provisions existantes avec des provisions valorisées selon les principes communs suivants :

- décomposition des provisions en un « best estimate » et une marge pour risque,
- calibrage pour obtenir un niveau de confiance prédéterminé, selon une approche « quantile » (60 %, 75 %, 90 %),
- valorisation avec et sans actualisation en non-vie.



Malgré des réponses souvent partielles et des résultats essentiellement indicatifs – en raison du caractère novateur de la démarche et des délais de réponse imposés, nombre d'organismes n'ont pas pu répondre à l'intégralité du questionnaire –, les objectifs ont néanmoins été atteints :

- les provisions techniques ont pu être évaluées sur une nouvelle base ce qui a permis de mesurer l'impact d'une harmonisation des provisions au niveau européen ;
- les entreprises d'assurance ont démontré leur capacité à implémenter les méthodes proposées ;
- les réponses qualitatives apportées ont été jugées de grande qualité.

Les réponses à cette première étude ont, ainsi, permis de dégager des constats généraux. Certains risques apparaissent difficiles à modéliser en approche quantile (catastrophes naturelles, comportement des assurés, mortalité future, etc.). Il existe peu de différences entre les trois niveaux de confiance testés (75 %, 90 %, 60 %). Seule la méthode quantile à 75 % a par la suite été retenue dans le cadre de QIS 2. En assurance vie, hors unités de compte, la prise en compte des participations aux bénéfices futurs a un impact important sur les provisions. Pour les contrats avec participations aux bénéfices, la décomposition en best estimate et quantile semble difficile à effectuer : à peine un tiers des participants a fourni une estimation des quantiles. En outre, les méthodologies utilisées et les résultats obtenus se sont avérés assez hétérogènes entre les pays mais également au sein de chaque pays. En assurance non-vie, l'évaluation des provisions actualisées selon le principe best estimate et quantile à 75 % ou 90 % est inférieure au niveau actuel. L'actualisation des provisions a un impact relativement important et représente 10 à 15 % des provisions. Depuis le QIS 1, les provisions doivent être actualisées.

Les objectifs généraux de QIS 2, lancé début mai 2006, visaient à :

- tester la faisabilité des principes de valorisation,
- évaluer leurs impacts potentiels sur le bilan,
- évaluer les nouvelles règles de calcul de solvabilité,
- recueillir des informations quantitatives et qualitatives sur la pertinence des approches envisagées pour le SCR.

L'accent a davantage été mis sur la structure et la faisabilité des approches que sur le calibrage des méthodes.

Grâce à la mobilisation de la profession et en dépit de délais très courts, les résultats du QIS 2 ont permis de mettre en évidence des questions de modélisation importantes et d'ouvrir la discussion sur le paramétrage de la formule standard (même si ce n'était pas son objectif premier). Les résultats suivants se dessinent :

- la plupart des entreprises demeurent solvables selon les critères QIS 2 et couvrent l'exigence de capital du SCR ;
- une préférence pour l'approche « coût du capital » s'est dégagée pour le calcul de la marge de risque dans les provisions ;
- en moyenne, le niveau des provisions diminue, le SCR est supérieur à la marge actuelle et les éléments éligibles en couverture des exigences de capital augmentent ;
- certains modules d'évaluation des risques sont à ajuster, tant en ce qui concerne leur structure que leur calibrage. Pour le QIS2 l'accent était toutefois mis sur les aspects structurels, le calibrage étant destiné à être testé lors du QIS3.

Le lancement du QIS 3

Si Les QIS 1 et QIS 2 se sont avérés être des exercices de première approche, le premier consacré au seul calcul des provisions techniques et le second constituant un premier test de la structure de la future formule standard du SCR, les objectifs du QIS3 sont beaucoup plus ambitieux. Ils visent à :

- fournir de plus amples informations sur la faisabilité des calculs demandés ;
- collecter les informations permettant d'affiner le calibrage de la formule standard ;
- recueillir des informations quantitatives sur l'impact sur les bilans des organismes d'assurance et sur les exigences en capital ;
- évaluer l'effet de l'application de la spécification de QIS3 aux groupes d'assurance.

Le QIS 3 a été lancé début avril 2007, avec une date limite de renvoi aux autorités nationales le 29 juin 2007. Le rapport de synthèse du CEIOPS est attendu pour l'automne 2007.

L'APPROCHE « COÛT DU CAPITAL »

Avec comme objectif une plus grande harmonisation au niveau européen des provisions et du capital requis, le pilier 1 constitue la pierre angulaire du projet Solvabilité II. Les provisions techniques sont définies comme la somme d'un « best estimate » (espérance mathématique des décaissements de l'assureur) et d'une marge de risque. Le mode de calcul des provisions a fait l'objet d'intenses débats au sein du CEIOPS (Comité européen des régulateurs d'assurance) et avec les assureurs.

En particulier, deux approches de calcul des provisions ont été discutées. La méthode quantile (« percentile approach »), un temps défendue par la Commission européenne et le CEIOPS, et l'approche « coût du capital » (« cost of capital »), préconisée par le CEA et mise en œuvre dans la réglementation suisse (Swiss Solvency Test) depuis le 1/1/2006.

La méthode du quantile consiste, une fois spécifié un certain pourcentage, ou quantile (par ex. 75 %), à calculer la provision telle que la probabilité que le coût total ne dépasse pas la provision, soit égale au quantile. Plus le quantile choisi est élevé, plus la provision l'est.

La méthode « coût du capital », quant à elle, présente deux caractéristiques particulières. D'une part, elle est théoriquement mieux connectée à la valeur de marché que l'approche quantile (« market consistency »), la marge de risque étant calculée en tenant compte du coût du capital sur le marché (c'est-à-dire le rendement exigé par les personnes prêtant du capital, par exemple les dividendes versés aux actionnaires). D'autre part, si la réglementation propose des approximations et des simplifications satisfaisantes, elle pourrait s'avérer plus simple d'utilisation que la méthode du quantile.

L'approche « coût du capital » l'a emporté, et sera applicable par toutes les entreprises d'assurance dès l'entrée en vigueur des normes Solvabilité II, probablement vers 2011. L'étude d'impact conduite par le CEIOPS QIS 2 (Quantitative Impact Study) ne montre pas de différence importante globale quant au résultat obtenu en calculant la marge de risque par l'approche quantile à 75 % ou par la méthode « coût du capital » à 6 %, mais des différences ponctuelles importantes existent pour certains assureurs.

Plébiscitée par une majorité d'assureurs européens, la méthode « coût du capital » apparaît cependant plus préoccupée de l'existence d'un marché (en supposant la possibilité de transférer des portefeuilles d'assurance) que par la protection des assurés (indemnisés à 75 % au moins).

LE CONTRÔLE DES GROUPES DANS SOLVABILITÉ II

La nécessité d'une approche renouvelée du contrôle des groupes a été affirmée dès l'origine du projet Solvabilité II. Le CEIOPS a proposé diverses mesures visant le renforcement du contrôle des groupes, en tenant compte des nouveaux enjeux de Solvabilité II. Il a ainsi recommandé que le processus de validation des modèles internes des groupes transnationaux soit mené par le contrôleur responsable de la surveillance complémentaire du groupe (le « contrôleur du groupe »), en étroite collaboration avec les contrôleurs des filiales. La décision de valider in fine le modèle interne d'un groupe incomberait au contrôleur 'groupe', selon un mécanisme similaire à celui prévu par les textes bancaires. Les contrôleurs 'solo' auraient tout de même la possibilité d'exiger des entités qu'ils contrôlent des fonds propres supplémentaires sous certaines conditions.

Par ailleurs, Solvabilité II, système « fondé sur le risque », reconnaîtra, dans une certaine mesure, les effets de diversification pour la détermination du SCR des groupes, si bien que le SCR d'un groupe donné pourrait être inférieur à la somme des SCR des entités qui le composent. Parallèlement, ces effets seraient alloués aux filiales sous forme de « soutiens en capital », c'est-à-dire d'engagements des têtes de groupes de leur apporter des ressources en cas de difficultés financières. Ces soutiens en capital seraient admis, sous certaines conditions, à couvrir le SCR des filiales concernées. Ce système nécessiterait aussi naturellement une coopération renforcée entre les différentes autorités de contrôle.

À l'automne 2006, un Etat membre a proposé que soit instauré un système global de supervision, centré sur le contrôle des groupes; cette proposition a été soutenue par quelques autres Etats membres. Il s'agit de créer un régime « dérogatoire », où le SCR serait examiné uniquement au niveau du groupe, le SCR « solo » restant purement indicatif. En substance, le contrôleur « solo » serait responsable de la supervision des provisions techniques et du MCR. Ce régime remet ainsi de fait l'essentiel des responsabilités de la supervision des groupes et des entités qui le composent aux contrôleurs de ces groupes. Cette proposition, même si elle a été présentée à un stade très avancé du projet, influencera probablement le projet de directive.

Pour autant, le système qui serait ainsi envisagé pose un certain nombre de questions. La première concerne le partage des responsabilités entre les différentes autorités de contrôle et l'implication des différents fonds de garantie en cas de défaillance d'un groupe. Par ailleurs, la sortie du régime dérogatoire d'un groupe, prévue lorsque ce dernier ne respecte plus son SCR pourrait se produire à un moment où probablement toutes les filiales seraient en situation de grande fragilité. Autrement dit, ce système serait susceptible d'accroître le risque de contagion en cas de double emploi de fonds propres.

RÉGULATION ET COOPÉRATION INTERNATIONALES

2- LA COOPÉRATION INTERNATIONALE

Dans un contexte de globalisation des marchés et des risques, la coopération internationale des autorités de contrôle des assurances ne cesse de se renforcer. Au niveau européen, l'ACAM est très impliquée dans les travaux du CEIOPS (Committee of European Insurance and Occupational Pension Supervisors – en français, Comité européen des Contrôleurs d'Assurance et de Pensions Professionnelles, CECAPP). Au-delà de l'Europe, la coopération se développe également au sein de l'IAIS (International Association of Insurance Supervisors, en français, Association internationale des contrôleurs d'assurance, AICA), de l'IOPS (International Organisation of Pension Supervisors – en français, Organisation Internationale des contrôleurs de Pensions), et de l'OCDE.



2-1 LA COOPÉRATION AU SEIN DE L'UNION EUROPÉENNE

2-1-1 LA PROCÉDURE D'ÉLABORATION DES RÈGLES COMMUNAUTAIRES S'APPLIQUANT À L'ASSURANCE

Le marché unique de l'assurance repose sur des règles prudentielles harmonisées, prévues dans des directives communautaires qui fixent notamment le régime de solvabilité des entreprises d'assurances et des institutions de retraites professionnelles applicable au sein de l'Espace économique européen.

Le respect de ces règles est assuré par les autorités de contrôle des différents États membres, qui, à cette fin, ont notamment mis en place des protocoles de coopération visant à organiser la coopération et l'échange d'information nécessaires à l'application des directives.

Depuis fin 2003, les directives communautaires applicables au secteur des assurances sont élaborées selon la procédure dite « Lamfalussy », mise en place sur la base d'un rapport rédigé par un « Comité des Sages » présidé par Alexandre Lamfalussy, ancien Directeur Général de la BRI, qui s'appliquait déjà depuis 2001 au secteur des valeurs mobilières. Elle substitue à une procédure dans laquelle les textes communautaires sont entièrement élaborés par voie dite de « codécision » par la Commission européenne, le Parlement européen et le Conseil de l'Union européenne, une approche dite « à quatre niveaux » dans laquelle sont élaborés d'une part les principes généraux et, d'autre part, les mesures d'application détaillées de ces principes.

LE PROCESSUS « LAMFALUSSY »

Niveau 1 : la procédure de codécision continue à s'appliquer pour élaborer les principes généraux de la législation communautaire (mesures dites de « niveau 1 »).

Niveau 2 : dans chaque secteur, un comité formé des représentants des ministères des finances des États membres de l'Union européenne adopte les mesures d'application (mesures dites « de niveau 2 ») des mesures de niveau 1. En assurances, il s'agit du Comité Européen des Assurances et des Pensions Professionnelles (CEAPP) (en anglais « European Insurance and Occupational Pensions Committee »-EIOPC).

Niveau 3 : dans chaque secteur, un comité formé des représentants des autorités de contrôle fournit une expertise technique pour la préparation des textes. Il rédige les projets de mesures de niveau 2 et les transmet à la Commission européenne qui, après approbation, les soumet au comité de niveau 2 pour adoption. Il organise également la coopération entre les autorités de contrôle (mesures dites « de niveau 3 »). En assurances, ce rôle est rempli par le CEIOPS.

Niveau 4 : la Commission européenne vérifie l'application par les États membres des dispositions de niveau 1 et 2.

Les mesures de niveau 1 et 2 sont intégrées dans les directives communautaires, alors que les mesures de niveau 3 sont des accords de coopération conclus entre les autorités de contrôle elles-mêmes (les protocoles de coopération en font notamment partie).

La coopération de l'ACAM avec les autres autorités de contrôle de l'Union européenne a continué à prendre de l'importance en 2006, en particulier du fait des travaux préparatoires à l'adoption du futur régime de solvabilité, dit « Solvabilité II ». Elle comporte des échanges d'informations, de statistiques et d'éléments financiers, ainsi que des travaux d'étude, notamment en vue de rédiger des avis destinés à la Commission européenne.

L'essentiel de cette coopération se fait dans le cadre du CEIOPS.

2-1-2 LE RÔLE DU CEIOPS

LE CEIOPS

Le CEIOPS a été créé par une décision de la Commission européenne du 5 novembre 2003, dans le cadre de l'application au secteur des assurances et fonds de pension de la procédure dite « Lamfalussy » et a remplacé la Conférence des Autorités de Contrôle des Assurances des États membres de l'Union européenne que les autorités de contrôle des assurances de l'Union européenne avaient mise en place en 1958. Le CEIOPS regroupe les représentants à haut niveau des autorités de contrôle des trente États membres de l'Union européenne et de l'Espace économique européen, ainsi que la Commission européenne. Sont membres votants du CEIOPS les autorités de contrôle des assurances et des fonds de pensions des États membres de l'Union européenne. Les autorités de contrôle des États de l'Espace Economique Européen y ont le statut d'observateurs. Il y a une délégation par État membre.

La Commission européenne, qui siège en tant qu'observateur, peut saisir le CEIOPS pour lui demander des avis techniques ou des projets de mesures dites « de niveau 2 » dans le cadre du processus « Lamfalussy ».

Le CEIOPS est présidé par un « Managing Board » de six personnes élues pour deux ans, qui avait en 2006 la composition suivante :

- Président : M. Henrik Bjerre-Nielsen (« Finanstilsynet » - Danemark)
- Vice-président : M. Thomas Steffen (« BaFin » - Allemagne)
- Membres du « Managing Board » : Mme Florence Lustman (ACAM), M. Michel Flamée (« CBFA » - Belgique), M. John Tiner (« FSA » - Royaume Uni), M. Juirj Gorisek (autorité « AZN » - Slovaquie).

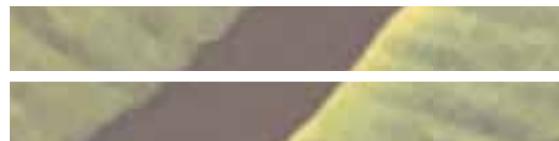
Le CEIOPS est juridiquement organisé sous la forme d'une « Eingetragener Verein », association de droit allemand sans but lucratif. Son budget est financé par les contributions de ses membres. Il dispose d'un Secrétariat général, localisé à Francfort. Le Secrétaire général, actuellement M. Alberto Corinti, de l'Autorité de contrôle italienne « ISVAP », est désigné pour 3 ans.

Le CEIOPS suit l'application des directives communautaires en vigueur s'appliquant à l'assurance et aux pensions professionnelles. Dans ce domaine, on peut noter en particulier que :

- Sous l'égide du CEIOPS ont été adoptés des Protocoles (accords organisant la coopération entre les autorités de contrôle de l'Union européenne et de l'Espace Economique Européen) pour appliquer les directives régissant l'activité des intermédiaires d'assurance (Protocole dit « de Luxembourg ») et des Institutions de Retraite Professionnelles (Protocole dit « de Budapest »).
- L'application du Protocole dit « d'Helsinki », organisant la coopération dans le cadre de la directive sur les groupes d'assurance fait l'objet d'un suivi par un comité ad hoc de CEIOPS.
- En vue de développer une procédure facilitant la coopération entre autorités pour le traitement des réclamations des assurés, le CEIOPS envisage de réviser le Protocole dit « de Sienne », adopté dans le cadre de l'ancienne Conférence pour l'application des troisièmes directives sur l'assurance.

Outre l'application des directives, le CEIOPS travaille entre autre sur des projets de mise en place de formations à l'échelle européenne et d'échanges de personnels entre les autorités de contrôle.

Le principal projet sur lequel l'ACAM travaille en coopération avec les autres autorités de contrôle de l'UE/EEE dans le cadre du CEIOPS est la mise en place du futur régime « Solvabilité II », pour lequel le CEIOPS fournit actuellement à la Commission Européenne une expertise technique pour la rédaction de la directive de principe de « niveau 1 », dont le projet devrait être présenté en 2007. Il a pour cela répondu à trois séries d'« appels à conseil » de la Commission européenne, et élabore actuellement des documents additionnels. Il rédigera ensuite les projets de mesures d'application de la directive.



2-2 LA COOPÉRATION INTERNATIONALE

La coopération internationale s'opère au sein de différents organismes.

• Association internationale des Contrôleurs d'Assurance (AICA)

Créée en 1994, l'AICA réunit une centaine de membres parmi les autorités de contrôle appartenant aux cinq continents.

Elle a notamment pour objet :

- de favoriser des échanges d'informations entre contrôleurs sur les réglementations, les marchés, les entreprises ;
- de définir des principes communs de contrôle et de développer des règles de référence en vue de leur généralisation ;
- d'aider les contrôleurs des pays émergents à mettre en place une réglementation adéquate et une surveillance efficace.

Association non gouvernementale, l'AICA n'a pas le pouvoir d'édicter des règles auxquelles les États devraient se conformer. Ses recommandations exercent toutefois une influence croissante. Le Fonds Monétaire International et la Banque Mondiale s'appuient en particulier sur les « principes fondamentaux » de l'AICA pour évaluer le système de contrôle de leurs membres. L'Union européenne utilise également ces principes pour évaluer le système de contrôle des pays candidats à l'adhésion et s'appuie sur l'ensemble des travaux de l'AICA dans le projet « Solvabilité II ».

En 2006, elle a poursuivi ses travaux pour l'établissement d'un cadre pour l'évaluation de la Solvabilité des entreprises d'assurance. Ces travaux ont donné lieu à la publication en février 2007 d'un document définissant une « Structure commune pour l'évaluation de la Solvabilité des assureurs ». Les orientations fixées par ce document seront développées dans différents standards.

Un mécanisme d'accord multilatéral de coopération et d'échange d'information a été mis en place, auxquels tous les membres de l'AICA sont invités à adhérer. L'ACAM a l'intention de se placer prochainement dans le processus d'adhésion.

Par ailleurs, le Sous Comité « Conglomérats Financiers » présidé par un représentant de l'ACAM a engagé l'élaboration de « Principes pour la Supervision des Groupes » visant à développer cet aspect des Principes de Base.

PRINCIPAUX SOUS-COMITÉS ET GROUPES DE TRAVAIL DE L'AICA

L'AICA est organisée en différents sous-comités et groupes de travail chacun spécialisé dans un domaine. Parmi les principaux sujets abordés, on peut citer : la comptabilité des contrats d'assurance, la réassurance et le transfert de risque, les conglomérats financiers, la solvabilité ou encore le combat contre le blanchiment et le financement du terrorisme. Ces sous-comités s'efforcent de définir des standards et de dégager des principes applicables par toutes les autorités de contrôle. Un des principaux documents, adopté en 2002, contient les « Principes de Base en Matière d'Assurance » (en anglais, ICP pour Insurance Core Principles), qui fournissent une base, mondialement acceptée, pour l'évaluation de la législation, de la surveillance et du contrôle en matière d'assurance. C'est avec ces « Principes de Base » que le FMI conduit son Programme d'Évaluation du Secteur Financier (FSAP) dans le secteur de l'assurance. De nombreux autres travaux sont en cours qui concernent entre autre la comptabilisation des provisions d'assurance dans le cadre des normes IFRS ou encore l'évaluation de la solvabilité des entreprises. Ces sous-comités sont chapeautés par un Comité Technique, aujourd'hui présidé par Tom Karp (Australie), auquel les sous-comités rendent compte de leurs travaux, et où leurs publications seront adoptées par les membres de l'association. Un Comité Exécutif est en charge, comme son nom l'indique, d'appliquer les orientations prises à l'Assemblée Générale et de prendre les décisions nécessaires à la réalisation des objectifs de l'AICA. Son président actuel est Alessandro Iuppa (États-Unis, président de la NAIC). L'AICA est aussi fortement impliquée dans le soutien aux pays émergents. Un comité spécifique, appelé Comité d'Implémentation, est dédié au développement de supports et de documents et à l'organisation de séminaires pour former les contrôleurs des pays émergents et propager les principes de l'association, avec la coopération d'autres organisations comme l'OCDE, le FSI (Forum Stability Institute) et le FMI.

• Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE)

Les 30 États membres de l'OCDE couvrent environ 98 % du chiffre d'affaires de l'assurance mondiale. Au sein de cette institution gouvernementale, un Comité des assurances se réunit deux fois par an ; il est assisté par des groupes de travail. L'ACAM, aux côtés du Ministère des finances, participe à ses travaux.

Les collaborations multilatérales

Hors des organisations internationales, l'ACAM entretient des collaborations et missions de coopération, principalement vers les pays francophones et les pays accédant à l'Union européenne. En 2005- 2006, elle a notamment accueilli :

- dans le cadre du programme Phare (UE), des délégations polonaise et roumaine ;
- dans le cadre de l'ADETEF (Agence de coopération technique internationale du Minefi), des délégations tunisienne et marocaine tandis qu'une mission d'évaluation est intervenue au Liban.

Par ailleurs, une Conférence interafricaine des marchés d'assurance (CIMA), créée par un traité signé à Yaoundé en juillet 1992 et entrée en vigueur en 1994, institue un contrôle unifié pour l'ensemble des pays membres, soit 14 Etats d'Afrique membres de la zone franc. Son organe décisionnel, la Commission Régionale, siège quatre fois par an. Deux commissaires-contrôleurs français en font partie à titre d'expert (l'un comme membre titulaire, l'autre comme suppléant). Ce type d'autorité supranationale est unique au monde.

LE FONCTIONNEMENT DE LA CIMA REPOSE SUR QUATRE ORGANES :

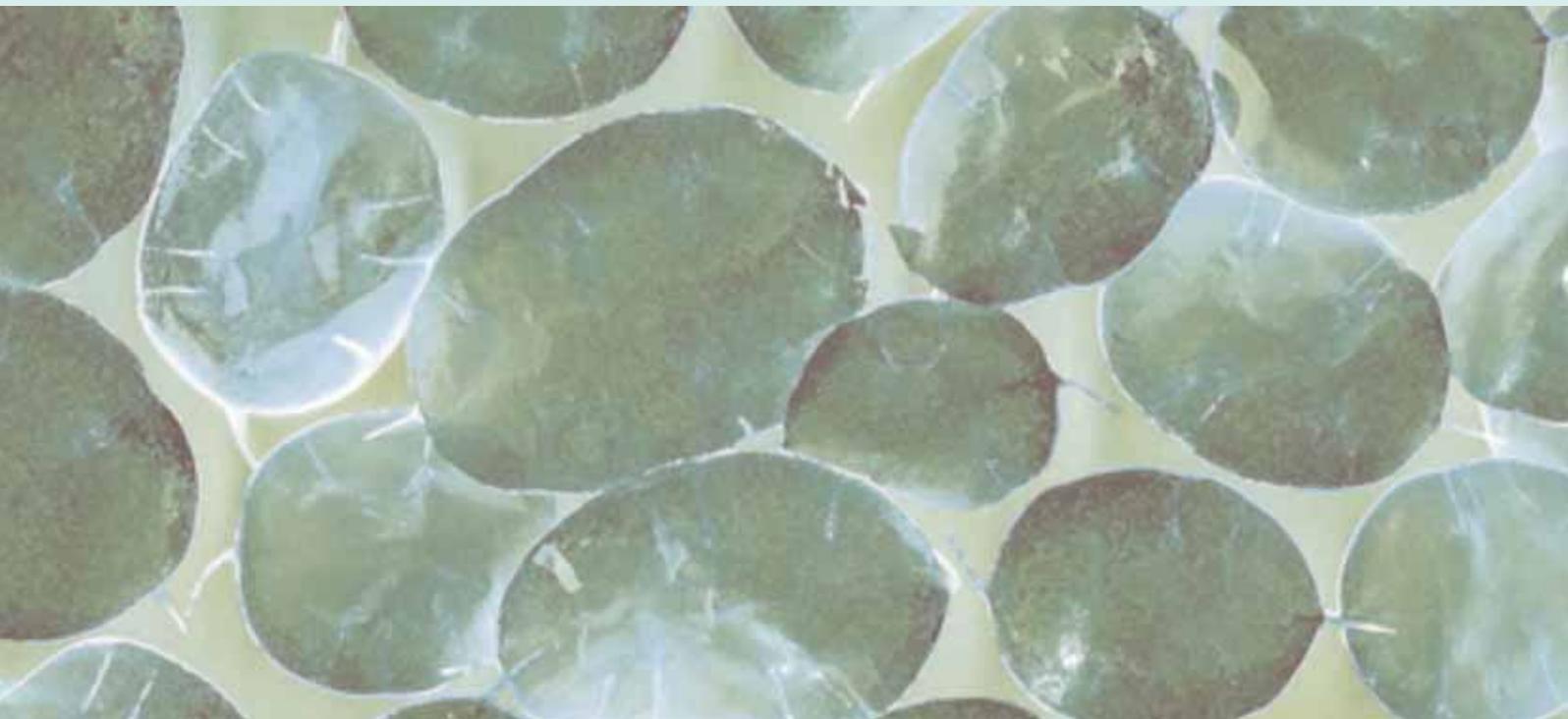
Le **Conseil des ministres, organe de décision**, définit la politique du secteur des assurances, élabore la législation unique et reçoit les recours des compagnies contre les décisions prises par la CRCA. Il se réunit deux fois par an. Chaque État membre est représenté par son ministre chargé du secteur des assurances.

La **CRCA**, Commission Régionale de Contrôle des Assurances, **organe régulateur**, peut s'apparenter au Collège de l'ACAM. Elle étudie les rapports de contrôle, les demandes d'agrément des sociétés et de leurs dirigeants, décide des sanctions éventuelles. Constituée de 6 représentants des administrations des États et de quelques personnalités qualifiées, elle se réunit 4 fois par an en Afrique.

Le **Comité des experts, organe technique**, émet avis et propositions sur les dossiers traités en Conseil des ministres. Il se réunit 2 fois par an, en Afrique et en France. Il comprend un expert du secteur des assurances par État et des observateurs extérieurs invités.

Le **Secrétariat général** organise les missions de contrôle décidées par la CRCA.





:: PARTIE 5 ::

FAITS MARQUANTS EN 2006

1- 2006 EN BREF



Janvier : Conférence du contrôle concernant les Mutuelles

Mars

- Décret n°2006-287 du 13 mars 2006 relatif au contrôle interne des entreprises d'assurance.
- Arrêt Sénacq de la Cour de cassation sur le droit de renonciation en assurance vie.
- Ordonnance 2006-344 relative aux retraites professionnelles transposant la directive IRP.

Avril

28 avril : Conférence du contrôle : présentation des QIS réalisées par le CEIOPS.

Mai

2 mai : lancement de l'étude d'impact quantitative QIS2.

Juin

- 8 juin : Approbation par le Collège de l'ACAM des documents standards relatifs aux propositions de désignation de commissaires aux comptes et de l'actualisation de la note d'information relative aux modalités d'acceptation des experts immobiliers.
- Réunion conjointe des deux Collèges ACAM-Commission bancaire.
- Consultation publique sur la gouvernance des organismes d'assurance.

Juillet

- Installation dans les nouveaux locaux de l'Acam, 61 rue Taitbout - 75009 Paris

Août

- Décret n°2006-976 du 1^{er} août 2006 relatif aux associations souscriptrices de contrats d'assurance de groupe sur la vie.
- Décret n°2006-1091 du 30 août 2006 relatif à l'intermédiation en assurance.

Septembre

27 septembre : Présentation du rapport d'activité 2006 de l'ACAM et inauguration des nouveaux locaux de l'ACAM rue Taitbout.

Octobre

Premiers octrois d'agrément « Institutions de retraite professionnelles supplémentaires ».



Novembre

8 novembre : Le collège de l'ACAM décide de sanctionner la société de courtage en assurances Optima conseil et l'Union nationale de prévoyance de la mutualité française.

17 novembre : Le Conseil d'État rejette la requête de la société CNP assurances dirigée contre la sanction de l'ACAM (relative aux conditions de distribution et de gestion du produit « Benefic »).

- Réunion conjointe des deux Collèges ACAM-Commission bancaire.
- conférence du contrôle - restitution du QIS2 et présentation des nouveaux appels à commentaire du CEIOPS.

Début 2007...

Janvier

12 janvier : L'ACAM rend public l'avertissement prononcé à l'encontre de la société CNP assurances.

17 janvier : L'ACAM décide l'arrêt des opérations de la MARF.

Février

19 février : Arrêté introduisant de nouvelles modalités de contrôle, par le CEA, de l'honorabilité, de la compétence et de l'expérience des personnes chargées de conduire une entreprise d'assurance.

Mars

20 mars : Entrée en vigueur des nouvelles dispositions relatives à la réglementation des fonds des mutuelles (relèvement du fonds minimum de garantie).

30 mars : Décision Predica du Conseil d'État : rejet du recours de la société Predica contre la sanction de l'ACAM.

Avril

2 avril : Lancement de l'étude quantitative d'impact QIS 3 par le CEIOPS.

11 avril : L'ACAM place la France mutualiste sous surveillance spéciale.

23 avril : Conférence du contrôle : mutuelles, réassurance « finite », QIS 3.

25 avril : Décision de l'ACAM portant modification et publication d'une sanction prononcée à l'encontre de la société Predica.

30 avril : Date butoir pour l'inscription des intermédiaires au registre tenu par l'ORIAS.

- Nomination du nouveau Secrétaire général et de la nouvelle Secrétaire générale adjointe de l'ACAM.

Mai

- Lancement du questionnaire de lutte contre le blanchiment.



2- LES PRINCIPAUX POINTS SOULEVÉS EN 2006



2-1 LE CONTRÔLE OPÉRÉ PAR LE CONSEIL D'ÉTAT SUR LES DÉCISIONS DE L'ACAM

Le Conseil d'État a eu l'occasion de connaître à plusieurs reprises des décisions de l'Autorité de Contrôle, que celles-ci portent sur les mesures de sauvegarde ou de sanction, voire de refus d'approbation de convention de substitution. Plusieurs enseignements peuvent être tirés de ces arrêts, lesquels sont les premières décisions de justice intervenues suite à une sanction prise en application de la loi de sécurité financière de 2003 et de son décret d'application.

Le Conseil d'État a jugé régulières et impartiales les procédures de contrôle et de sanction, notamment s'agissant des dispositions issues de la nouvelle rédaction du Code des assurances. Ainsi, la Haute Assemblée a tranché à ce jour les points suivants :

- les dispositions de l'article L. 310-13 du Code des assurances qui prévoient que l'Autorité de Contrôle organise et définit les modalités du contrôle ne lui imposent pas d'adresser aux organismes contrôlés un texte réglementant le contrôle auquel il va être procédé ;
- la décision portant ouverture de procédure peut ne comporter que la signature du Président de l'Autorité ;
- aucune disposition n'impose la communication aux personnes mises en cause du procès verbal de la séance du collège

au cours de laquelle l'ouverture de la procédure disciplinaire a été décidée ;

- l'organisation de l'ACAM comporte une séparation étanche entre le Secrétariat général et le Collège, les membres de ce dernier ne prenant nullement parti, avant de prononcer la sanction, sur les faits reprochés aux personnes qui ont fait l'objet d'une procédure disciplinaire ; c'est également cette séparation qui rend inopérante, au stade du contrôle, le moyen tiré de la méconnaissance du principe selon lequel nul n'est tenu de s'incriminer lui-même, résultant de l'article 6 § 1 de la Convention européenne de sauvegarde des droits de l'homme et des libertés fondamentales, et de l'article 14 du Pacte international de New York relatif aux droits civils et politiques ;
- la rédaction actuelle des lettres portant ouverture de procédure est conforme à la jurisprudence du Conseil d'État. Elles contiennent d'une part l'exposé des griefs qui justifient l'engagement de la procédure, et d'autre part, elles ne présentent ni les faits comme établis ni ne prennent parti sur leur qualification d'infractions à différentes dispositions législatives et réglementaires ;
- le délai de quinze jours prévu par l'article R. 310-18 du Code des assurances pour présenter ses observations en défense aux griefs notifiés par l'Autorité de Contrôle est jugé suffisant. Cette solution se comprend d'autant mieux qu'elle doit s'interpréter à l'aune de l'article L. 310-16 du Code des assurances qui dispose qu'en cas de contrôle sur place, les services de l'ACAM doivent établir un rapport contradictoire.

Dès lors, et dans la mesure où les griefs ne peuvent se fonder que sur des constatations relevées à cette occasion, la personne contrôlée peut faire valoir ses observations bien avant le déclenchement d'une éventuelle procédure disciplinaire ;

- en matière de sanction, si le caractère fautif des agissements doit s'apprécier au regard des textes en vigueur à la date où ces faits ont été commis, en revanche, les modifications des règles de procédure s'appliquent immédiatement ;
- l'Autorité de Contrôle n'a aucune obligation de mettre en demeure un organisme de régulariser sa situation ou de lui adresser une injonction avant de le sanctionner ;
- si la publication d'une condamnation constitue une peine complémentaire, elle n'est pas pour autant astreinte à une motivation spécifique.

Confronté à l'interprétation qu'il convenait de donner aux dispositions de l'article L. 310-18 du Code des assurances, le Conseil d'État a estimé que l'ACAM peut fonder une sanction non seulement sur une violation du Code des assurances mais aussi, sur une méconnaissance des dispositions non codifiées de la loi n° 89-1009 du 31 décembre 1989 (dite loi Évin) ou de la loi n° 2003-775 du 21 août 2003 (articles relatifs au plan d'épargne retraite populaire), lesquelles sont spécifiques à l'assurance. A contrario, elle ne peut pas sanctionner une inobservation du Code civil ou du Code de la consommation. Cette interprétation s'insère dans la continuité de la jurisprudence constitutionnelle sur les pouvoirs de sanction des régulateurs indépendants. Les récentes décisions du Conseil d'État ont également apporté un éclairage utile sur le pouvoir de modulation du juge saisi d'un recours de pleine juridiction contre une sanction administrative. Les sanctions de l'ACAM relevant, de par la loi, du plein contentieux, le juge a, de ce fait, la possibilité de substituer sa propre décision à celle qui est contestée. Il peut réduire une sanction pécuniaire, ou retenir une sanction de rang inférieur. Les arrêts CNP et Prédica ont également montré que le juge pouvait reformuler ou réécrire a minima un grief qu'il estime fondé dans son principe. Dans le cas de la CNP, la sanction, bien qu'amputée d'un grief et partiellement réécrite, a pourtant été confirmée. Dans le cas de l'affaire Prédica, le Conseil d'État ne demande pas à l'Autorité de Contrôle de procéder à la réécriture de la sanction préalablement à sa publication, et cela bien que l'un des griefs ait été censuré et qu'un deuxième ait vu sa motivation substituée. Enfin, l'arrêt Prédica rappelle que tout comme en matière fiscale, le requérant doit proposer une méthode alternative et constructive à celle retenue par l'ACAM pour fonder le grief portant sur l'insuffisance des provisions. La solution n'est en rien spécifique aux contentieux liés aux décisions de l'ACAM, ce n'est que la transposition de celle retenue par le juge en matière fiscale, par exemple.

2-2 L'ACTUALITÉ LÉGISLATIVE ET RÉGLEMENTAIRE 2006

2-2-1 L'APPLICATION DE LA LOI DDAC DU 15 DÉCEMBRE 2005

L'année 2006 a vu la parution de plusieurs arrêtés et décrets pris en application de la loi DDAC n°2005-1564 du 15 décembre 2005, portant diverses dispositions d'adaptation au droit communautaire dans le domaine de l'assurance.

Un renforcement de l'information en assurance vie

Trois arrêtés visent à renforcer l'information du souscripteur ou du bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie ou de capitalisation.

Le premier d'entre eux concerne les bénéficiaires des contrats, tant à l'égard de leur désignation que de leur information.

L'arrêté du 9 février 2006 (entré en vigueur le 1^{er} mai 2006), vient ainsi préciser le contenu et les conditions d'application de ces obligations (articles A 132-9 et A 132-9-1 du Code des assurances). Les organismes habilités par l'arrêté (FFSA, GEMA et CTIP) ont confié à l'AGIRA la centralisation du dispositif de gestion des demandes émanant des personnes souhaitant être informées de leur qualité de bénéficiaires de contrats d'assurance vie.

Un second **arrêté du 1^{er} mars 2006** (entré en vigueur le 1^{er} mai 2006), vient préciser l'information relative aux valeurs de rachat des contrats en unités de compte qui doit être contenue dans le projet de contrat ou de notice remis à l'assuré. Ce texte modifie également le point de départ du délai de renonciation par le souscripteur, lequel est désormais de 30 jours à partir du moment où il est informé de la conclusion du contrat (articles A 132-4, A 132-4-1, A 132-4-2, A 132-5 et A 132-5-1 du Code des assurances).

Enfin, l'arrêté du **8 mars 2006** (entré en vigueur le 1^{er} mai 2006), vient réglementer la forme et le contenu des encadrés que doivent contenir, en vertu de la loi DDAC, les propositions d'assurance ou les projets de contrat valant note d'information. Rappelons que ces encadrés doivent mentionner les dispositions essentielles du contrat afin d'en améliorer la transparence et la lisibilité (articles A 132-4 et A 132-8 du Code des assurances).

La transparence et l'indépendance des associations souscriptrices de contrats

Certaines autres dispositions prises en application de la loi DDAC concernent le fonctionnement des associations

souscriptrices de contrats d'assurance vie dont le législateur a souhaité renforcer la transparence et l'indépendance. Les dérives constatées dans certaines associations, créées par certains banquiers ou assureurs dans le but de pouvoir modifier facilement leurs contrats collectifs, étaient à l'origine de cette réforme. Le décret du 1^{er} août 2006 n°2006-976, (entré en vigueur le 16 juin 2007), précise à cet égard les droits des adhérents et les modalités de fonctionnement des organes de ces associations.

La réglementation des intermédiaires

Enfin des dispositions ont été prises en matière d'intermédiation, la loi DDAC ayant fixé les grands principes concernant le champ d'application de la nouvelle réglementation applicable aux intermédiaires en transposant la directive du 9 décembre 2002. Le **décret n°2006-1091 du 30 août 2006** apporte des précisions sur les conditions et les modalités d'exercice de la profession. Il édicte par ailleurs de nouvelles obligations à l'égard des intermédiaires concernant l'information qu'ils doivent dorénavant fournir aux assurés.

Trois **arrêtés du 3 novembre 2006** parachèvent en outre la transposition de la directive du 9 décembre 2002 susvisée. Le premier complète les dispositions du décret concernant notamment l'inscription des intermédiaires et les montants de leurs garanties financières. Le deuxième porte homologation des statuts de l'association ORIAS (Organisme pour le registre des intermédiaires en assurance). Enfin, le troisième fixe le montant des frais d'inscription annuels sur le registre.

2-2-2 LES AUTRES DISPOSITIONS

La **loi n°2006-64 du 23 janvier 2006 relative à la lutte contre le terrorisme** a clarifié l'obligation de couverture, par les contrats d'assurance de biens garantissant l'incendie, des biens assurés contre les dommages directs causés par un acte de terrorisme de toute nature subi sur le territoire national (art. L. 126-2 du Code des assurances). Le décret n°2006-1202 du 29 septembre 2006 a défini les dérogations et exclusions applicables, en excluant en particulier, sous conditions, l'assurance transport du champ d'application du nouvel article L. 126-2.

En matière d'assurance construction obligatoire, la **loi de finances rectificative pour 2006 n°2006-1771 du 30 décembre 2006** a introduit la possibilité, pour les contrats de responsabilité décennale, de prévoir des plafonds de garantie, dans des conditions qui devront être définies par voie réglementaire.

L'année 2006 connaît de nouvelles dispositions concernant le **contrôle interne des entreprises d'assurance**. Le **décret du 13 mars 2006 n°2006-287** (d'application immédiate), impose que toute entreprise mette en place un dispositif permanent de contrôle interne (article R 336-1 du Code des assurances).

L'année 2006 est par ailleurs marquée par la signature de la **convention AERAS « S'Assurer et Emprunter avec un Risque Aggravé de Santé »**, laquelle vient remplacer la Convention BELORGEY. Signée le 6 juillet 2006, elle est entrée en vigueur le 6 janvier 2007. Son objectif est d'améliorer encore par rapport à l'ancien dispositif l'accès des personnes malades aux prêts immobiliers, professionnels, à la consommation et aux garanties d'assurance. Désormais le risque invalidité entre, sous certaines conditions, dans la convention, aux côtés du risque décès. Par ailleurs, un dispositif de mutualisation a été mis en place afin de diminuer le coût des surprimes d'assurance. La loi n°2007-131 relative à l'accès aux personnes présentant un risque de santé aggravé, votée par le Parlement et promulguée le 31 janvier 2007, a par ailleurs consacré au plan législatif les principes contenus dans la convention.

L'assurance vie est également riche en nouvelles dispositions :

- Le **décret n° 2006-921 du 26 juillet 2006 et l'arrêté du 27 juillet 2006** créent une nouvelle catégorie de contrat groupe d'assurance vie à adhésion facultative : **les contrats en euros diversifiés**. Il s'agit de contrats d'assurance vie intermédiaires entre le fonds en euro classique et les unités de compte. Leur objectif est de permettre à l'épargnant d'allier sécurité et performance et de choisir lui-même son exposition maximale au risque.
- **Loi n°2006-872 du 13 juillet 2006** portant engagement national pour le logement, (entrée en vigueur le 17 juillet 2006), modifie l'article 108 de la loi du 21 août 2003 concernant le **PERP** (Plan d'épargne retraite populaire). Elle prévoit notamment que ce contrat peut, sous certaines conditions liées à l'accession à la propriété, faire l'objet d'une sortie en capital.

Précisons que les dispositions sur le PERP ont fait l'objet d'une codification dans le Code des assurances par la **loi du 30 décembre 2006 n°2006-1770**, pour le développement de la participation et de l'actionnariat salarié.



- Un **arrêté du 1^{er} août 2006** homologue de **nouvelles tables de mortalité** relatives aux contrats de rentes viagères applicables au 1^{er} janvier 2007 et modifie certaines dispositions du Code des assurances en matière d'assurance sur la vie et de capitalisation.
- Autre sujet, **la transférabilité des contrats d'assurance vie**. **L'ordonnance n°2006-344 du 23 mars 2006**, concernant les activités et la surveillance des institutions de retraite professionnelles (IRP) modifie l'article L 132-23 du Code des assurances sur la transférabilité de certains contrats d'assurance de groupe en cas de vie dont les prestations sont liées à la cessation d'activité professionnelle. Le **décret du 31 octobre 2006 n°2006-1327** (entré en vigueur le 1^{er} septembre 2007) pris en application de ce texte, est notamment venu préciser les conditions de cette transférabilité, et a réglementé l'information dont elle devait faire l'objet ainsi que les modalités de calcul des valeurs de transfert.
- Toujours en assurance vie, **la loi de financement de la sécurité sociale 2007 n°2006-1640 du 21 décembre 2006** a introduit de nouvelles dispositions. Son article 18 s'intéresse aux **contrats d'assurance vie non réclamés** en prévoyant que les sommes non réclamées depuis 30 ans seront affectées au fonds de réserve des retraites (FRR) et en précisant que l'action des bénéficiaires sera prescrite par 30 ans à compter du décès (articles L 114 du Code des assurances, L 932-13 du Code de la Sécurité sociale et L 221-11 du Code de la Mutualité). L'article 20 de la loi est quant à lui relatif aux **prélèvements sociaux**, le prélèvement à la source étant généralisé sur les produits de placement (cette mesure s'applique pour la première fois aux revenus perçus au cours de l'année 2007, soit à compter du 1^{er} janvier 2007).

Enfin, il convient de mentionner la réforme instaurée par la **loi n°2007-210 du 19 février 2007** concernant l'assurance de **protection juridique**. La réforme de la protection juridique vient compléter les articles L 121-1 à L 127-7 du Code des assurances (modifications similaires du Code de la mutualité). Elle renforce notamment le principe du libre choix de l'avocat ainsi que son rôle lors de la phase précontentieuse de règlement des litiges. La réforme crée par ailleurs une définition du sinistre de protection juridique.

2-3 L'ACTUALITÉ JURISPRUDENTIELLE

2-3-1 LA FACULTÉ DE RENONCIATION AUX CONTRATS D'ASSURANCE VIE

Le rapport d'activité 2005 a déjà souligné les difficultés rencontrées par les assurés pour faire valoir leur droit de renonciation à leurs contrats d'assurance vie libellés en unités de comptes sur le fondement de l'article L 132-5-1 du Code des assurances, malgré les arrêts de la Cour de cassation du 7 mars 2006. Par ces arrêts, la Cour est venue trancher un débat de longue date, en jugeant que l'absence de transmission par l'assureur à l'assuré de l'ensemble des documents et informations énumérés au premier alinéa de cet article entraînait, pour ce dernier, la prorogation du droit de renonciation à son contrat d'assurance-vie.

Rappelons qu'outre les précisions apportées sur le formalisme imposé par la lettre de ce texte, ces arrêts ont jugé, d'une part que les dispositions de l'article L 132-5-1, dans sa version antérieure à la loi DDAC du 15 décembre 2005, n'étaient pas en contradiction avec le droit communautaire et, d'autre part, qu'aucune limite ne devait être opposée à la prorogation de la faculté de renonciation. Ainsi, ni l'appréciation de la bonne foi des assurés, ni le fait que ces derniers aient procédé à des opérations sur leur contrat n'ont à entrer en ligne de compte.

Forts de la solution dégagée par la Cour de cassation, tous les assurés n'ayant pas reçu une note d'information séparée des conditions générales de leur contrat, ou dont les documents reçus lors de la souscription ne reprennent pas l'ensemble des informations requises, seraient ainsi susceptibles de faire valoir leur droit de renonciation à leur contrat et récupérer les sommes investies antérieurement à la chute des marchés boursiers.

Ces arrêts, que certains ont été jusqu'à qualifier d'« historiques » bien que très controversés, ont été confirmés à plusieurs reprises au cours de l'année 2006.

Ainsi, le 13 juillet 2006 (pourvoi n°05-10958) puis le 19 octobre 2006 (pourvois n°05.15769 et 05.15770), la juridiction suprême a réaffirmé que l'assureur devait remettre à l'assuré une note d'information distincte des conditions générales et particulières du contrat, dont elle résume les dispositions essentielles, et que le défaut de remise de ce document ne peut être suppléé par la remise des conditions particulières du contrat.

La chose est ainsi dorénavant parfaitement claire : sous l'empire de l'ancien article L 132-5-1, une notice d'information distincte des conditions générales du contrat est nécessaire pour faire courir le délai de renonciation de 30 jours.

En outre, par un arrêt du 5 octobre 2006 (pourvoi n°05-16.329), la Cour de cassation a confirmé que les énonciations de l'article L 132-5-1 et la prorogation du délai de renonciation qu'il prescrit sont conformes à la directive communautaire. Elle a également rappelé que la bonne foi de l'assuré n'avait pas à interférer dans l'exercice, discrétionnaire, de sa faculté de renonciation.

S'agissant des décisions des juges du fond, notons que les 7^{ème} et 15^{ème} chambres de la Cour d'appel de Paris, dont les positions étaient jusque là divergentes, ont toutes deux suivi la voie des arrêts du 7 mars.

Bien plus et au-delà de la solution retenue par la Cour de cassation, la 7^{ème} Chambre de la Cour d'appel de Paris est même allée, pour dissuader les organismes d'opposer toute résistance à l'exercice par les assurés de leur faculté de renonciation, jusqu'à condamner un assureur à payer la somme de 3 000 euros à titre de dommages et intérêts à un assuré pour avoir maintenu son appel devant la Cour. L'arrêt est ainsi motivé : « *les conditions de l'exercice de la faculté de renonciation et de la prorogation de son délai sont dépourvues d'équivoque depuis les arrêts rendus par la Cour de cassation le 7 mars 2006, la société ASSURANCES BANQUE POPULAIRE VIE a usé d'un droit de façon malicieuse à l'encontre des époux MAS, causant à ceux-ci un préjudice moral* ». (CA Paris 7 novembre 2006).

Enfin et s'agissant des demandes de renonciation formulées dans le cadre de contrats collectifs, il convient de préciser que, parmi ces décisions rendues par les juridictions des premier et second degré, certaines concernaient des contrats dits « groupe ouvert » (voir notamment en ce sens les arrêts de la 7^{ème} Chambre de la Cour d'appel de Paris des 5 décembre 2006 et 9 janvier 2007). La Cour de cassation ne s'est toutefois quant à elle pas encore prononcée sur l'applicabilité des dispositions de l'article L 132-5-1 aux contrats collectifs. Elle devrait néanmoins le faire dans le courant de l'année 2007, un pourvoi étant actuellement pendant devant la 2^{ème} Chambre civile.

2-3-2 L'OBLIGATION D'INFORMATION ET DEVOIR DE CONSEIL

Les obligations d'information et le devoir de conseil des assureurs et des intermédiaires génèrent depuis toujours un très important contentieux en droit des assurances. En 2006,



plusieurs arrêts sévères ont été rendus à l'encontre de diverses catégories de professionnels.

Concernant les agents généraux, deux arrêts retiennent particulièrement l'attention :

Par une décision du 8 mars 2006 (pourvoi n°05-11319), la Cour de cassation a en effet considéré que manquait à son obligation de conseil et d'information l'agent général qui n'avait pas attiré l'attention de son client sur le fait que son nouveau contrat ne comportait plus la garantie « vol de bijoux », prévue à son ancien contrat et dont l'assuré avait été surpris de ne plus pouvoir se prévaloir.

En outre, le 5 juillet 2006 (pourvoi n°04-10273), elle a précisé que les obligations d'information et de conseil s'étendaient dans la durée, celles-ci devant demeurer tout au long du contrat. La Cour de cassation a ainsi considéré qu'avait manqué à son obligation d'information et de conseil un agent général qui n'avait pas veillé à ce que le contrat qu'il avait fait souscrire 20 ans avant la survenance du sinistre demeure adapté à la situation de l'assurée, laquelle n'habitait plus en continu la maison assurée.

S'agissant des assureurs, l'arrêt rendu le 13 juillet 2006 par la Cour de cassation (pourvoi n°05-17331) mérite d'être évoqué. Par cette décision, la Cour suprême a en effet approuvé la décision d'une Cour d'appel de condamner un assureur qui n'avait pas attiré l'attention de l'assurée sur le fait que ses charges allaient devenir disproportionnées par rapport à ses revenus lorsqu'elle devrait faire face aux échéances de son contrat d'assurance vie. Dans cette espèce, il est en effet apparu que l'assureur s'était contenté de recueillir les affirmations de l'assurée quant aux capitaux qu'elle déclarait détenir. D'après la cour, l'assureur n'avait pas vérifié le montant de ses charges et de ses ressources mensuelles, dont elle allait entièrement devoir se priver pour satisfaire ses engagements contractuels (pourvoi n°05-17331).

Ceci étant, c'est surtout à l'encontre des établissements de crédit agissant comme intermédiaires d'assurance que les arrêts de l'année 2006 ont marqué les esprits, sans doute parce que ces établissements avaient été jusqu'ici relativement épargnés.

Cette tendance a été amorcée par un arrêt de cassation du 3 mai 2006 (pourvoi n°05-12639). Aux termes de cette décision, la Cour de cassation a estimé que la Cour d'appel aurait dû rechercher si la banque avait commis une faute en proposant à un emprunteur de 62 ans de souscrire une assurance « décès invalidité incapacité » devant cesser à son 65^{ème} anniversaire.

C'est toutefois par un arrêt de rejet du 24 mai 2006 (pourvoi n°04-14024) que la Cour de cassation a marqué une nette avancée en la matière. Dans cette affaire, les juges du fond avaient condamné la banque pour avoir fait adhérer l'assuré, en dépit de sa situation personnelle particulière, à deux contrats d'assurance emprunteur, dont l'un garantissait l'incapacité temporaire totale jusqu'à la date de son 60^{ème} anniversaire seulement et dont l'autre ne comportait pas du tout cette garantie.

L'arrêt rappelle qu'en l'espèce, l'assuré était âgé de 54 ans au moment de la souscription et qu'il exerçait sa profession à titre libéral, ce qui ne lui garantissait aucune rémunération en cas d'arrêt de travail temporaire et ne lui permettait de prétendre au bénéfice d'une retraite qu'à l'âge de 65 ans.

Par ailleurs, et au risque d'empiéter sur le contenu du rapport d'activité 2007, il paraît important de citer l'arrêt de cassation rendu par l'assemblée plénière de la Cour de cassation le 2 mars 2007 (pourvoi n°06-15.267) qui pose le principe selon lequel l'existence de clauses claires dans le contrat d'assurance souscrit par un emprunteur en garantie de son prêt ne dispense pas le banquier de son devoir d'informer et de conseiller l'assuré quant à l'étendue des garanties contractuelles en considé-

ration de sa situation personnelle. En l'espèce, la banque avait fait adhérer un exploitant agricole à un contrat d'assurance emprunteur de groupe, dont elle était également souscriptrice, qui ne couvrait pas l'incapacité à la profession d'agriculteur.

Selon cet arrêt, la chose semble entendue : au-delà de la remise de la notice d'information prévue à l'article L 141-4 du Code des assurances, insuffisante pour satisfaire à son obligation de conseil, la banque est tenue d'attirer l'attention de son client sur les éventuelles inadéquations entre les risques couverts par le contrat souscrit et sa situation personnelle d'emprunteur.

Cette décision de l'assemblée plénière a été particulièrement remarquée dans la mesure où, même si ce principe avait déjà été exprimé par certains arrêts isolés, c'est la solution inverse qui était jusque-là généralement retenue à l'encontre des banques. À cet égard, la 2^{ème} chambre civile de la Cour de cassation avait, par un autre arrêt de cassation du 3 mai 2006 (pourvoi n°04-15517), censuré une Cour d'appel qui avait condamné une banque pour avoir fait adhérer des assurés à une assurance emprunteur ne couvrant pas le risque chômage. La Cour de cassation avait justifié sa décision par le fait que les assurés n'avaient jamais contesté avoir reçu de la banque une notice d'information précisant les conditions générales de leur contrat et le descriptif des garanties souscrites.

Dans le même sens, par arrêt du 10 novembre 2005 (pourvoi n°04-16092), la Cour de cassation avait réaffirmé qu'une banque, qui avait informé avec précision ses emprunteurs des risques déterminés contre lesquels ils étaient garantis, en leur remettant la notice de leur contrat d'assurance emprunteur, n'était pas tenue de leur conseiller de contracter une assurance complémentaire.

Les décisions susvisées dégagent un courant jurisprudentiel particulièrement favorable aux assurés avec lequel l'ensemble des acteurs de l'assurance devra dorénavant compter.



2-4 LES NOUVELLES OBLIGATIONS EN MATIÈRE DE CONTRÔLE INTERNE

Le décret n° 2006-287 du 13 mars 2006 impose aux entreprises régies par le Code des assurances des obligations nouvelles en matière de contrôle interne :

- les sociétés d'assurance doivent mettre en place un dispositif permanent de contrôle interne ;
- elles doivent transmettre chaque année à l'ACAM un rapport sur le contrôle interne, préalablement approuvé par le conseil d'administration ou de surveillance.

Ces rapports sur le contrôle interne ont vocation à constituer une source utile d'informations pour l'ACAM, et notamment à démontrer l'efficacité des procédures de contrôle interne mises en place. Ils ne se substituent pas, cependant, à un rapport rédigé par les services de l'ACAM suite à un contrôle sur place de la société.

L'ACAM a donc reçu pour la première fois en octobre 2006 les rapports de contrôle interne remis par les sociétés d'assurance. S'il est encore trop tôt pour tirer un bilan de l'efficacité des procédures de contrôle interne mises en place, certaines pistes d'amélioration concernant le rapport sur le contrôle interne peuvent d'ores et déjà être évoquées. Les rapports reçus sont dans l'ensemble très formels et manquent parfois d'éléments quantitatifs. Ils insistent trop peu sur les procédures mises en place pour encadrer les activités externalisées. Dans les groupes ayant mis en place des procédures de contrôle interne normalisées au niveau groupe, ils sont souvent identiques pour toutes les sociétés du groupe ; les spécificités de chacune des sociétés devraient être mieux mises en avant.

Les premiers rapports sur le contrôle interne s'avèrent bien documentés, mais, le niveau d'avancement du projet étant encore très variable selon les sociétés, la qualité moyenne de ces rapports reste à améliorer pour que l'ACAM puisse les exploiter correctement.

Par ailleurs, il convient de noter que le décret du 13 mars 2006 impose des obligations en matière de contrôle interne aux seules entreprises d'assurance régies par le Code des assurances, sans prendre de mesures similaires qui seraient applicables :

- aux entreprises de réassurance régies par le Code des assurances ;
- aux mutuelles régies par le Code de la mutualité ;
- aux institutions de prévoyance régies par le Code de la sécurité sociale.

L'égalité de traitement des organismes soumis au contrôle

de l'ACAM voudrait que cette obligation soit généralisée, afin de ne pas désavantager certains acteurs du marché par rapport à d'autres. A moyen terme, les évolutions réglementaires à venir, et en premier lieu la directive Solvabilité 2, iront dans le sens d'une meilleure prise en compte de la qualité du contrôle interne des organismes d'assurance, gage d'une bonne gestion des risques et garant, dans une certaine mesure, de leur solvabilité prospective.

2-5 LA RÉASSURANCE LIMITÉE, DITE « FINITE »

Définir la réassurance finite n'est pas aisé. La réassurance traditionnelle peut se définir comme le transfert de risque d'un assureur à un réassureur en échange d'une prime fixe. Les traités sont la plupart du temps annuels. La réassurance financière, ou finite, est apparue dans les années 90. Dans un premier temps, le transfert de risque d'assurance était quasiment nul et ces opérations s'apparentaient plus à des plans de financement qu'à de la réassurance véritable. Suite à des évolutions comptables et réglementaires, ces traités ont évolué en incluant une part grandissante de risque d'assurance associée au risque financier pur.

Ces produits complexes, construits sur mesure et, dans certains cas, peu transparents, peuvent permettre de lisser les résultats et de reporter l'annonce de pertes. Leur comptabilisation est problématique en raison de normes complexes variant d'un pays à l'autre. Il est donc parfois difficile de mesurer le transfert de risque effectif et l'impact sur les résultats et le bilan des sociétés concernées.

Depuis fin 2004, la réassurance finite a fait l'objet d'investigations qui ont mis en avant les difficultés quant à l'appréciation du réel transfert de risque induit par ces contrats. Ces produits ont été utilisés, et le sont encore, par certaines entreprises pour améliorer leur situation financière apparente aux yeux des contrôleurs, des commissaires aux comptes, des actionnaires ou des sociétaires.

La réassurance finite ne doit pas, néanmoins, être systématiquement associée à des intentions malveillantes de la part des

cédantes. Elle peut répondre à des besoins légitimes dans certains cas : manque de capacité sur le marché de la réassurance traditionnelle, prix de la réassurance traditionnelle trop élevé, couverture des sinistres antérieurs avant transfert de portefeuille.

Au niveau européen, la directive réassurance, à transposer en droit français au plus tard le 10 décembre 2007, s'applique à toutes les activités de réassurance, y compris les activités de réassurance finite. Compte tenu de la nature particulière de ce type de réassurance, la directive offre la possibilité à chaque État membre d'établir des normes nationales spécifiques régissant les opérations de réassurance finite.

L'ACAM a réalisé en mai 2006 une enquête sur l'utilisation de ces produits d'assurance finite, par les organismes soumis à son contrôle (assureurs, institutions de prévoyance, mutuelles, réassureurs). L'enquête avait pour objectif de dresser un état des lieux des traités de réassurance finite souscrits sur le marché français et de sensibiliser les acteurs à cette problématique. 718 organismes ont été sollicités dont 366 assureurs, 73 institutions de prévoyance, 250 mutuelles relevant du livre II du Code de la mutualité et 29 réassureurs avec un taux de réponse général de 95 %. Pour les besoins de l'enquête, une définition élargie de la réassurance finite a été donnée, permettant, ainsi, de recueillir un certain nombre d'informations sur les traités non traditionnels souscrits sur le marché français.

Quatre critères qualifiant les traités ont été définis :

- la prise en compte explicite, dans la tarification, des produits financiers (prime variable en fonction du rendement dégagé par les actifs du réassureur) ou de la possibilité d'escompter les provisions par le cessionnaire ;
- un caractère pluriannuel (ou un traité annuel avec des clauses de non-reconduction restrictives) pour les contrats non-vie ;
- un caractère rétrospectif, couvrant des sinistres survenus non encore réglés (signature du traité alors que la sinistralité est déjà connue) ;
- la présence d'un compte de participation aux pertes ou d'éléments variables en fonction de la sinistralité (taux de primes, taux de commission).

Pour l'ACAM, l'enjeu du contrôle de la réassurance finite est double :

- éviter que les traités de réassurance finite ne permettent de déguiser une situation financière dégradée, par exemple en améliorant artificiellement les résultats, la situation nette comptable ou le taux de couverture du besoin de marge de solvabilité ;
- sensibiliser les organismes assureurs au fait que les traités de réassurance finite sont moins protecteurs que les traités de réassurance traditionnelle. Les clauses permettant de limiter le transfert de risque aux réassureurs devraient notamment faire l'objet d'une plus grande transparence, tant en interne (vis-à-vis du conseil d'administration ou du conseil de surveillance) qu'en externe (vis-à-vis de l'Autorité de Contrôle et des commissaires aux comptes).

Afin, d'évaluer la solvabilité prospective des organismes, dont la couverture en réassurance est un élément central, il est, en effet, important que les mécanismes permettant de limiter le transfert de risque soient connus de l'ACAM :

- les éléments variables, comme les commissions ou les primes de réassurance, ou la participation possible de la cédante aux pertes du réassureur, peuvent diminuer le transfert de risque du traité ;
- la prise en compte explicite de produits financiers, qui peut prendre la forme d'un taux de rendement garanti sur les valeurs reçues en nantissement par exemple, peut aussi influencer l'équilibre technique et financier d'un traité ;
- les traités rétrospectifs peuvent présenter un transfert de risque insignifiant si l'incertitude sur la sinistralité est faible au moment de la signature du traité ;

L'ACAM souhaite, au vu de la complexité et de la structuration de plus en plus présente des produits de réassurance, le maintien d'un contrôle étroit sur cette activité. L'information communiquée à l'ACAM sur la politique de réassurance pourrait être améliorée en portant une attention particulière à la comptabilisation des traités non traditionnels et devrait s'accompagner de la mise en place rapide d'un rapport sur la politique de réassurance pour les organismes qui n'y sont pas assujettis aujourd'hui (réassureurs, mutuelles, institutions de prévoyance).



CARACTÉRISTIQUES DES TRAITÉS DE RÉASSURANCE FINITE REÇUS PAR L'ACAM LORS DE L'ENQUÊTE 2006

16 % des organismes ayant répondu à l'enquête réassurance finite menée par l'ACAM ont souscrit un traité de réassurance finite depuis 2001. Ces traités sont souscrits par tous les types d'organismes, avec une proportion légèrement supérieure chez les assureurs et les réassureurs. Certains organismes ayant pu considérer, de bonne ou de mauvaise foi, que les traités qu'ils avaient souscrits, bien que répondant aux critères de l'enquête, n'étaient pas assimilables à de la réassurance finite, les résultats de l'enquête doivent garder un aspect simplement estimatif du nombre de traités de réassurance finite réellement souscrits sur le marché français.

La moitié des traités reçus sont pluriannuels. Certains comportent des clauses de résiliation asymétriques en faveur du réassureur (possibilité de résilier le traité chaque année pour le réassureur, mais seulement à l'issue d'une période pluriannuelle pour la cédante). La cédante est ainsi engagée dans un contrat pluriannuel sans possibilité de résiliation anticipée, ce qui peut s'avérer potentiellement dangereux pour la solvabilité de la cédante lorsque le critère de participation aux pertes du réassureur est également vérifié. Des hausses du niveau des primes de réassurance peuvent aussi être imposées aux cédantes en cas de dégradation de la sinistralité, de même que des surprimes en cas de dégagements de mali lors de la liquidation des sinistres.

Une quinzaine des traités incluent une participation possible aux pertes du réassureur. Ces traités concernent parfois des organismes de taille modeste qui, en cas de dégradation de leur sinistralité, verraient leur charge de réassurance augmenter, allant ainsi à l'encontre de la protection censée être apportée par ces traités. Certains contrats en quote-part prévoient un commissionnement variable quand le ratio sinistres à primes est compris entre deux bornes. La commission de réassurance est un pourcentage fixe des primes si ce ratio est inférieur à une borne inférieure. Ce pourcentage est, ensuite, décroissant en fonction du ratio jusqu'à une borne supérieure, et fixe au-delà de cette borne. Entre ces deux bornes, la cédante conserve donc une part plus importante, et souvent l'ensemble, de ces risques. Le transfert de risque de ces traités est donc différent des traités classiques en quote-part. Quelques traités en excédent de sinistres ou en stop loss prévoient aussi des primes variables, qui peuvent être croissantes ou décroissantes en fonction de la sinistralité.

Enfin, les autres traités de réassurance finite entrent dans la catégorie « divers » :

- pools de coréassurance : chaque membre est appelé à participer aux pertes des autres membres sur la tranche des sinistres qui n'est pas cédée à l'extérieur du pool. Les traités lient les cédantes à ces pools répondent au quatrième critère de l'enquête (participation aux pertes du réassureur, en l'occurrence le pool). En dehors des pools de coréassurance soumis au contrôle de l'ACAM en vertu de l'article A.342-8 du Code des assurances, certains assureurs ont parfois mis en place des montages ad hoc prenant la forme d'un pool de coréassurance pour lisser la sinistralité. La participation à de tels pools non contrôlés par l'ACAM devrait être détaillée dans le rapport sur la politique de réassurance ;
- traités de financement (lancement d'un nouveau contrat par la cédante, dont les frais d'acquisition sont avancés par le réassureur sous forme d'une commission de première année, en échange d'un potentiel de profits futurs) : ces traités répondent au deuxième critère de l'enquête (pluriannualité pour des affaires non-vie), ils financent une génération de souscription de contrats, par exemple en incapacité-invalidité, jusqu'à extinction naturelle des provisions. Du point de vue de l'ACAM, ces traités peuvent être qualifiés de finite dès lors que le transfert de risque est limité, par exemple lorsque la probabilité que le réassureur ne puisse pas récupérer sa commission de première année est nulle ou insignifiante. Ce peut être le cas lorsque le traité prévoit une clause de claw back (la cédante s'engage à reverser la commission si le taux de chute dépasse un seuil fixé par le traité).

2-6 LES TABLES DE MORTALITÉ

En 2006/2007, de nouvelles tables de mortalité distinguant femmes et hommes sont entrées en vigueur.

Pour les contrats avec risque principal de décès, il s'agit des tables TF0002 et TH0002, basées respectivement sur la mortalité des femmes et des hommes observée entre 2000 et 2002.

Pour les contrats avec risque principal de survie qui ne sont pas des rentes, les tables TF0002 et TH0002 ont été corrigées pour tenir compte du risque que des personnes souscrivent de tels contrats en raison de leur bon état de santé.

Les nouvelles tables applicables aux rentes, TGF05 pour les femmes et TGH05 pour les hommes, anticipent une augmentation de l'espérance de vie. Une des nouveautés est que ces tables ont été construites à partir de données provenant de portefeuilles de rentiers de quelques assureurs. Utiliser des données d'expérience était nécessaire puisque la mortalité des rentiers est moindre que celle de la population générale. Suivant ces nouvelles tables, le capital d'une rente à 65 ans baisse légèrement pour un homme par rapport au calcul fait avec la table précédente, TPG93, alors qu'il augmente de 10 % pour une femme.

L'allongement important de la durée de la vie humaine non seulement renchérit le coût des rentes mais aussi impose une grande vigilance dans le choix des tables utilisées et donc des changements relativement fréquents.

Pour tarifer les rentes, les assureurs doivent utiliser les nouvelles tables, ou des tables plus prudentes, certifiées par un actuair e indépendant de l'entreprise et agréé par une des associations d'actuaire s reconnues par l'Autorité de contrôle. Il peut s'agir de tables établies d'après des données d'expérience de l'entreprise, ou d'après des données démographiquement équivalentes (ex. tables démographiques d'enseignants si l'assureur a un portefeuille d'enseignants). L'autre élément du tarif, le taux technique, est limité à 60% du rendement des emprunts d'Etat au moment de la souscription.

De plus, les rentes en service doivent progressivement être provisionnées avec TGF05 et TGH05, le plein provisionnement devant intervenir fin 2021 (délai applicable aux sociétés anonymes d'assurances et aux sociétés d'assurance mutuelles), en dérogation au principe selon lequel, la provision mathématique d'un contrat est calculée avec la table utilisée lors de la tarification du contrat. De même, la réforme de 1993 doit conduire au plein provisionnement des rentes en service avec la table TPG93 à partir de juillet 2008.

L'ACAM veille à la suffisance des provisions des rentes :

- les actifs doivent fournir des rendements qui couvrent les intérêts crédités aux provisions (plus les dépenses de l'assureur), ces intérêts étant la traduction dans le compte de résultat de l'effet de l'escompte financier des engagements dans l'exercice ; s'il n'en est pas ainsi, une provision complémentaire doit être constituée ;
- l'étalement dans le temps du passage aux nouvelles tables n'est possible que si l'entreprise a des marges techniques et financières suffisantes à l'avenir, notamment pour mettre à niveau les rentes différées tarifées selon des bases obsolètes ;
- la longévité des rentiers doit être suivie par l'entreprise afin de diagnostiquer une éventuelle insuffisance de la table réglementaire, voire de la table d'expérience utilisée.



2-7 L'ASSURANCE DE RESPONSABILITÉ ET LA PROVISION POUR GARANTIE SUBSÉQUENTE

En assurance de responsabilité, deux modalités existent quant aux effets de la garantie dans le temps :

- l'assurance en fait dommageable : la garantie s'exerce quelle que soit l'époque où la réclamation est présentée, dès lors que le fait dommageable est survenu pendant la période de garantie ;
- l'assurance sur base réclamation : la garantie ne s'exerce que si la réclamation est présentée pendant la durée du contrat. Dans ce cas, il est prévu, après la résiliation du contrat, un délai, le délai subséquent, pendant lequel les faits dommageables antérieurs à la résiliation sont encore couverts si un nouveau contrat ne les prend pas en charge.

L'assurance en fait dommageable est plus protectrice pour l'assuré puisque les délais de prescription de la responsabilité sont longs : trente ans en responsabilité civile (appréciés à partir de sa majorité pour un enfant), dix ans en responsabilité administrative.

L'assurance sur base réclamation est plus facile à gérer puisqu'elle ne nécessite pas d'apprécier exactement la date du fait dommageable, question qui se pose par exemple pour les pathologies qui se développent sur de longues périodes (amiante ...). Elle permet de rapprocher la tarification des sinistres puisque le délai entre la perception de la prime et l'indemnisation est raccourci.

Pour la responsabilité des non professionnels, les sinistres se manifestent quasi immédiatement. Les assureurs n'ont pas de souci à couvrir leur responsabilité en fait dommageable.

Pour les professionnels, les sinistres peuvent se manifester des années après le fait dommageable et pour des montants conséquents (par exemple pour la responsabilité produits) et ce avec

une dégradation jurisprudentielle. Les assureurs ont donc, historiquement, privilégié les assurances sur une base réclamation. En 1990, la Cour de cassation a jugé non écrite la stipulation de la police selon laquelle le dommage est garanti seulement si la réclamation de la victime a été formulée pendant la période de validité du contrat, vidant de son contenu la clause « base réclamation ». A la fin des années 1990, les réassureurs, profitant d'un rétrécissement du marché, ont imposé à certains cédants de revenir à des contrats en base réclamation.

Fin 2002, devant les difficultés de certains médecins à trouver une assurance, la loi About relative à la responsabilité (civile) médicale a rendu obligatoire les contrats en base réclamation pour les risques médicaux et a donné une base légale aux contrats qui fonctionnaient déjà selon cette modalité. Plus largement, en 2003, la loi de sécurité financière a autorisé les contrats de responsabilité civile générale en base réclamation pour les professionnels (sauf disposition législative contraire, par exemple responsabilité civile construction). Ces deux lois ont fixé un délai subséquent d'au moins 5 ans, délai porté à 10 ans pour le dernier contrat souscrit avant la fin d'activité de certains professionnels.

• La question du partage des garanties dans le temps en cas de succession de contrats

Si un contrat en base réclamation succède à un contrat en fait dommageable, le contrat en base réclamation prend en charge tous les sinistres sauf ceux imputables au contrat en fait dommageable.

Si un contrat en base réclamation succède à un contrat en base réclamation, le nouveau contrat prend en charge tous les sinistres sauf ceux « connus » de l'assuré à l'expiration du précédent contrat. Les « connus » ne sont cependant pris en charge par le précédent contrat que s'ils sont déclarés avant la fin de son délai subséquent.

Si un contrat en fait dommageable succède à un contrat en base réclamation, l'ancien contrat prend en charge pendant le délai subséquent tous les sinistres de fait dommageable antérieur à son expiration. Les autres sinistres antérieurs ne sont pas pris en charge.

Les règles sont différentes en matière de responsabilité médicale : lorsqu'un même sinistre peut mettre en jeu la garantie apportée par plusieurs contrats successifs, il est couvert en priorité par le contrat en vigueur au moment de la première réclamation, sans que la règle d'imputation proportionnelle de droit commun s'applique.

Lorsqu'un sinistre qui se manifeste aujourd'hui, est survenu pendant la période de validité d'un contrat en fait dommageable antérieur à la loi About, il est pris en charge par l'assureur actuel.

Il n'est pas exclu néanmoins que ce dernier puisse exercer un recours contre l'assureur en fait dommageable. Lorsqu'un sinistre est survenu pendant la période de validité du contrat, il est couvert pendant le délai subséquent et les sinistres antérieurs sont, le cas échéant, pris en charge par les garanties subséquentes des contrats précédents.

• La nécessité de provisionner la pleine subséquent

Pour un contrat en base réclamation, en cours de validité, la pleine subséquent se définit comme la garantie de couvrir tous les sinistres déjà survenus qui se déclareront pendant le délai subséquent, compté dès aujourd'hui. Comme le prochain contrat peut être un contrat en fait dommageable, le contrat en cours peut avoir à garantir la pleine subséquent. Face à cette éventualité, c'est la pleine subséquent qu'il faut provisionner. Même si le nouveau contrat est en base réclamation, il peut comporter un niveau de garantie moindre, et l'ancien contrat peut être amené à prendre en charge des sinistres « inconnus ».

A l'approche de l'âge probable de fin d'activité du professionnel assuré (10 ans avant, en tout cas au moins 5 ans avant), il faut progressivement tenir compte du délai subséquent plus long qui sera en vigueur à ce moment là. Un assureur qui résilierait systématiquement à l'approche de la retraite de ses assurés, ne s'exonérerait en effet pas nécessairement des sinistres, puisque les assurés ne sont pas sûrs de retrouver un assureur et se verrait même probablement imposer de le reprendre par le Bureau commun de tarification s'il s'agit d'assurance obligatoire.

En responsabilité médicale, la situation est différente puisqu'il n'y a, dorénavant, que des contrats en base réclamation et que l'assurance est obligatoire. Il est possible d'atténuer la pleine subséquent tant que les médecins sont loin de la retraite en veillant à quantifier les risques de fin d'activité (retraite, disparition d'un risque pour un hôpital), les risques de défaillance du nouvel assureur, le partage sinistres « connus »/ « inconnus », enfin le risque que le niveau de garantie du nouveau contrat soit moindre.



2-8 LES NOUVEAUX ÉTATS DE DEMANDE D'AVIS DE L'ACAM LORS DE LA DÉSIGNATION DES COMMISSAIRES AUX COMPTES

L'année 2006 a vu la mise en place des nouveaux états standards devant être utilisés par les organismes d'assurance lors des demandes d'avis sur la désignation des commissaires aux comptes. L'élaboration de ces états était destinée à standardiser les informations collectées de façon à améliorer et à faciliter le traitement des dossiers en limitant le nombre de demandes d'informations complémentaires.

Au vu des premiers dossiers reçus, certains points méritent d'être soulignés :

- l'avis donné par l'ACAM est préalable à la nomination

L'Autorité de Contrôle doit être saisie pour avis préalablement à l'assemblée générale destinée à statuer sur toute proposition de désignation ou de renouvellement du mandat des commissaires aux comptes. En effet, l'article R 310-16 du Code des assurances (repris dans le Code de la mutualité et le Code de la Sécurité Sociale), précise que l'Autorité de Contrôle dispose d'un délai de deux mois pour faire connaître son avis et que ce dernier, lorsqu'il est défavorable, doit être communiqué par les dirigeants de l'organisme à l'organe compétent pour désigner les commissaires aux comptes.

S'il advenait qu'un organisme d'assurance ait omis de saisir l'ACAM préalablement à la désignation, la transmission du dossier a posteriori s'avérerait toutefois utile en termes de collecte d'informations. Le non respect du calendrier imposé par les textes ne permettrait cependant plus à l'ACAM de donner un avis sur cette désignation : ces situations doivent donc avoir un caractère très exceptionnel et ne peuvent s'expliquer que par une méconnaissance temporaire de textes récents. Dans le futur, il se pourrait que l'ACAM, en cas de non respect des délais, demande à ce que l'assemblée soit tenue informée de cette irrégularité lors de sa réunion suivante.

- l'avis donné par l'ACAM repose notamment sur les informations collectées via les états standards.

Ces états standards doivent donc être complétés par les organismes et les commissaires aux comptes pressentis avec la plus grande attention de façon à éviter les demandes complémentaires susceptibles de générer des délais de traitement plus importants et le cas échéant non compatibles avec la date

initialement envisagée pour la réunion d'assemblée. Dans cet esprit, l'attention des organismes et de leurs commissaires aux comptes est notamment attirée sur les points suivants :

- l'envoi de dossiers complets est préférable à l'envoi de documents successifs suite à demande complémentaire ;
- la désignation d'un commissaire aux comptes titulaire s'accompagne toujours de la désignation d'un commissaire aux comptes suppléant : les deux demandes d'avis sont à transmettre simultanément, étant précisé que le dossier devant être complété par le commissaire aux comptes suppléant comprend 3 fiches, de même que celui du titulaire ;
- la même personne, physique ou morale, ne peut être à la fois commissaire aux comptes titulaire et commissaire aux comptes suppléant ;
- les états doivent être complétés pour toute désignation, qu'il s'agisse d'une première désignation ou d'un renouvellement ;
- le cadre D de l'état 1 complété par l'organisme a vocation à recenser l'ensemble des informations relatives aux commissaires aux comptes à l'issue de la désignation envisagée, et non seulement celles relatives à celui dont la désignation est envisagée ;
- la fiche 3, relative à l'organisation interne de la structure d'exercice professionnel n'est pas un document standard à signer mais un recensement des thèmes qui doivent être développés par chaque commissaire aux comptes dans un format libre.

L'objectif de cette partie du dossier est de présenter l'organisation mise en place pour traiter des spécificités de l'organisme concerné : il convient donc d'apporter toutes les précisions utiles notamment en termes d'effectifs spécialisés, de mode de formation et de documentation en tenant compte des particularités liées à l'activité de l'organisme audité et au code dont il relève.

Au cas particulier de cabinets appartenant à un réseau, cette partie du dossier doit comprendre à la fois les informations relatives au réseau mais aussi celles qui sont propres au cabinet, avec, si nécessaire, mise en évidence des points d'interaction avec le réseau.



- L'avis de l'ACAM porte sur le responsable de mission lorsque le commissaire aux comptes pressenti est une personne morale.

Il peut survenir que le commissaire aux comptes, personne morale, ait deux représentants tous deux signataires : les dispositions réglementaires ne faisant référence qu'à un seul responsable de mission, il convient dans ce cas de préciser lequel des signataires est désigné en tant que « responsable de mission ».

2-9 LE PRINCIPE DE SPÉCIALISATION

L'ACAM rappelle le principe de spécialisation défini à l'article L 111-1-II du Code de la mutualité, qui résulte de la transposition en droit français des directives européennes, et qui dispose qu'une même mutuelle ne peut exercer d'une part une activité d'assurance (Mutuelles du Livre II) et d'autre part une activité de gestion de réalisations sanitaires, sociales et culturelles (Mutuelles du Livre III), de prévention des risques de dommages corporels ou encore mettre en œuvre une action sociale.

Or, l'ACAM a pu relever que plusieurs organismes régis par les dispositions du livre II du Code de la mutualité disposent de liens financiers sous diverses formes – participations, cautions, filialisation ... – avec des organismes pratiquant ce type d'activité. Or les difficultés rencontrées par un certain nombre de ces réalisations sanitaires et sociales peuvent avoir un impact sur la situation financière des organismes du Livre II concernés.

2-10 LES MUTUELLES DU LIVRE III

Ces mutuelles gèrent pour la majorité d'entre elles des réalisations sanitaires et sociales. Il s'agit d'une activité très fortement réglementée, notamment en ce qui concerne les cliniques et les centres de soins, qui font partie des cartes sanitaires locales.

Par suite, les conditions d'exploitation ne sont pas faciles, et exigent de fortes compétences, dans un domaine spécifique.

L'ACAM constate qu'un certain nombre de mutuelles sont en difficulté, financière ou managériale, d'autant plus qu'elles peuvent être contraintes par des tarifs conventionnels ou doivent maintenir des tarifs modérés, compte tenu de leur vocation sociale. Elle appelle donc à la vigilance.





:: PARTIE 6

PRÉSENTATION DES COMPTES DE L'ACAM

1- LES DONNÉES FINANCIÈRES



1-1 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 R 310-12-4 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 arrêté par l'Agent Comptable et soumis par le Secrétaire général au Collège. Il est approuvé 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.

1-2 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 pas dotées de la personnalité morale et de l'autonomie financière.

Les comptes 2006 arrêtés par l'Agent Comptable de l'ACAM ont été approuvés par le Collège dans la séance du 4 Avril 2007.

1-3 L'EXERCICE COMPTABLE 2006

L'exercice 2006 reflète la gestion d'une année de transition, au cours de laquelle la pleine autonomie de gestion de l'ACAM est devenue effective.

Les comptes 2006 reflètent des événements significatifs dans la gestion financière de l'ACAM

- ainsi, l'Autorité a pris en charge la gestion de la paye de la totalité de son personnel.
- l'ACAM a emménagé en Juillet 2006 dans des nouveaux locaux au 61 rue Taitbout, ce qui s'est traduit par les investissements nécessaires à son installation.

En outre, l'ACAM a poursuivi sa montée en puissance avec un effectif passé de 161 agents fin 2005 à 185 fin 2006.

1-3-1 LE COMPTE DE RÉSULTAT

• Les produits d'exploitation

Les produits de l'exercice s'élèvent à **28 345 K€** contre **23 051 K€** en 2005, soit une augmentation de 23 % par rapport à 2005, et se décomposent pour l'essentiel en recettes

courantes (nées de la contribution aux frais de contrôle et des placements effectués) à hauteur de **25 376 K€** et des recettes exceptionnelles pour **2 969 K€**.

a) Produits des contributions

Ces produits représentent 24 596 K€ :

- les contributions versées par les organismes d'assurances ressortent à 21 647 K€ contre 19 130 K€ en 2005 soit une augmentation de 13 %.
- les recettes provenant des mutuelles et institutions de prévoyance sont perçues par l'ACOSS et représentent 2 949 K€ contre 3 414 K€ en 2005, qui incluaient les recettes 2004.

b) Produits de la trésorerie

- La gestion des fonds en SICAV de trésorerie, a dégagé un montant de produits financiers de **780 K€**, réintégrés dans les recettes.

c) Produits exceptionnels

Ils représentent en 2006 un montant de **2 969 K€** et sont constitués par :

- la reprise de provisions pour déménagement (1 228 K€),
- la reprise par le repreneur du mobilier et des équipements de l'annexe de la Chaussée d'Antin (21 K€),
- l'annulation d'un mandat de charges à payer (1 720 K€), émis à tort en 2005.

• Les charges d'exploitation

Les charges globales d'exploitation de l'exercice ressortent à 19 784 K€ contre 13 194 K€ en 2005.

L'augmentation des charges s'explique par les dépenses liées à l'aménagement dans les nouveaux locaux, et la prise en charge de la rémunération de l'ensemble des agents.

Au cours de l'année 2006, commencée sous le régime de la convention de gestion conclue avec le MINEFI, le 13/09/04, l'ACAM a réellement atteint sa complète autonomie de gestion.

En effet, à partir du mois de juillet la paie de l'ensemble des personnels a été assurée par le B.R.H., et tous les services ont été installés dans des locaux gérés en propre.

Ces dépenses correspondent pour les principaux postes, aux charges courantes reconductibles de personnel, de loyer et d'informatique, auxquelles s'ajoutent les dépenses non-récurrentes liées au déménagement et à l'installation dans les nouveaux locaux.

Ces frais exceptionnels ont été entièrement autofinancés, sans qu'il ait été nécessaire de recourir à un prélèvement sur les réserves comme cela avait été initialement prévu pour présenter le budget 2006 en équilibre.

• Les dépenses de fonctionnement (7 428 K€)

Elles intègrent les loyers immobiliers et divers pour 3 441 K€ ; les autres postes qui représentent 3 987 K€ concernent les missions, les prestations diverses, les honoraires les frais de communication et les fournitures.

• Le personnel (11 849 K€)

L'exercice 2006 se caractérise principalement par :

- un accroissement des effectifs de 24 agents sur 2006 qui est moins élevé que prévu en raison du gel des embauches opéré au cours du premier semestre 2006, dans l'attente du déménagement ;
- la prise en charge de la paye de la totalité des personnels, y compris des commissaires contrôleurs depuis juillet 2006.

A noter que les dépenses prennent en compte la régularisation du régime indemnitaire des commissaires contrôleurs, le rattrapage indiciaire lié au changement de statut et les charges patronales et fiscales liées à leurs rémunérations.

• Dotation pour provisions (507 K€)

Une dotation pour provision a été constituée en vue du recouvrement à intervenir des retenues pour pension civile.

• Les investissements réalisés dans le cadre du déménagement (7 131 K€)

Ces investissements ont été financés par le résultat d'exploitation de l'exercice qui ressort à **8 561 K€**

Ils représentent d'une part, la caution versée pour l'immeuble rue Taitbout, d'autre part les investissements relatifs à l'installation de l'ACAM dans ses nouveaux locaux qui se décomposent comme suit :

• L'informatique (2 544 K€)

Les réflexions sur le futur système d'information de l'ACAM, menées préalablement au déménagement, sur la base de deux audits (amélioration de l'efficacité et sécurité du système d'information) ont eu pour conséquences d'imposer un renouvellement total de l'équipement existant (PC, imprimantes), de l'infrastructure (messagerie, téléphonie, sécurité) et des applications, propriété du MINEFI.

Concernant l'équipement, un appel d'offre européen a été lancé pour un renouvellement total du matériel bureautique (ordinateurs, écrans, imprimantes, serveurs) ainsi que pour l'achat de logiciels, d'équipements-réseau et de téléphonie.

• L'aménagement (3 429 K€)

Le choix des prestataires a été effectué après mise en concurrence ou par appel d'offre ouvert européen (mobilier), ce qui a permis de retenir les entreprises présentant le meilleur rapport qualité / prix.

L'aménagement des locaux a nécessité, au préalable, la réalisation de travaux importants, notamment d'électricité, de climatisation, de pré-cablage, la création d'une salle serveur, ainsi que de cloisonnement et d'aménagement de salles modulaires et de zones spécifiques.

• Immobilisations financières

L'intégration de l'ACAM dans des nouveaux locaux s'est traitée par le versement d'une caution, comptabilisée en immobilisation financière qui sera restituée à l'issue du bail.

• Le résultat

Le résultat d'exploitation 2006 ressort à **8 561 K€** contre **9 832 K€** en 2005.

Compte tenu des dépenses d'investissements engagées pour **7 131 K€** et d'une dotation aux amortissements de **489 K€**, le résultat net global de l'exercice est de **1 919 K€**.

Conformément à l'article R 310-12-2 du Code des Assurances, le Collège a, lors de la séance du 4 avril 2007, approuvé les comptes de l'exercice 2006 et décidé de porter en réserves le solde excédentaire du compte financier de 1 900 K€.

1-3-2 LE BILAN

• Actif

a) Immobilisations (6 842 K€)

Ce poste traduit la politique d'investissement réalisée sur l'exercice suite au déménagement de l'ACAM.

Les immobilisations financières représentent la caution versée au bailleur pour les nouveaux locaux soit **1 158 K€**

b) Créances d'exploitation (146 K€)

Représentent des contributions en attente de règlement

c) Valeurs mobilières de placement (28 391K€)

Les valeurs mobilières de placement ressortent en augmentation de 21 % par rapport à 2005. La trésorerie de l'ACAM est investie en Sicav.

La gestion prudente de la trésorerie de l'ACAM a dégagé un produit financier de 780 K€.

• Passif

a) Les capitaux propres (33 170 K€)

L'ACAM renforce ses capitaux propres qui représentent au 31/12/06 environ 94 % du total du bilan.

Le montant des réserves ressort à 7 082 K€ et le report à nouveau 17 526 K€ pour un résultat d'exploitation de 8 561 K€.

b) Les provisions pour risques et charges (507 K€)

Il s'agit de cotisations patronales non appelées sur l'exercice pour lesquelles une dotation pour provisions à hauteur de 50 % a été constituée.

c) Les dettes d'exploitation (1 728 K€)

Elles comprennent les dettes fournisseurs pour 1 133 K€ et les dettes fiscales et sociales à hauteur de 550 K€.

1-4 NOTES ET ANNEXES AUX COMPTES

• Note n°1

L'exercice comptable 2006 débute le 1^{er} janvier et s'achève au 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 514 723,82 euros.

• Note N°3

Les valeurs mobilières de placement sont évaluées à la valeur de marché à la clôture de l'exercice 2006.

PRÉSENTATION DES COMPTES DE L'ACAM

2- COMPTE DE RÉSULTAT ET BILAN



2-1 COMPTE DE RESULTAT 2006 ACAM

CHARGES (en euros)	Exercice 2006	2005
CHARGES EXTERNES	7 221 708,43	3 105 647,59
dont :		
Location, charges locatives	3 441 435,91	
Travaux entretiens & réparations	187 048,89	
Documentations, Etudes & Recherches	616 573,69	
Publicité, information, publication	219 082,68	
Rémunérations d'intermédiaires & honoraires	607 340,56	
Personnel intérimaire	541 723,84	
Déplacements, Missions & Réceptions	513 610,59	
Transports	147 392,31	
Primes d'assurance, services bancaires	6 667,27	
Charges externes diverses	940 832,69	
IMPÔTS TAXES & ASSIMILES	980 342,41	371 403,50
CHARGES DE PERSONNEL	10 310 895,83	9 512 469,22
DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTS ET AUX PROVISIONS	996 221,92	25 501,90
AUTRES CHARGES	272 396,30	202 924,92
CHARGES EXCEPTIONNELLES	2 311,00	1 116,02
RÉSULTAT DE L'EXERCICE	8 561 353,80	9 832 782,76
TOTAL	28 345 229,69	23 051 845,91

PRODUITS (en euros)	Exercice 2006	2005
PRODUITS DES CONTRIBUTIONS	24 595 734,13	22 544 276,61
dont :		
Assurances	21 664 448,00	
Mutuelles, Institutions de Prévoyance	2 931 286,13	
AUTRES PRODUITS		155,00
PRODUITS FINANCIERS	780 351,23	378 310,38
PRODUITS EXCEPTIONNELS	2 969 144,33	129 103,92
sur :		
Opérations de gestion	1 740 836,33	
Reprises de provisions	1 228 308,00	
TOTAL	28 345 229,69	23 051 845,91

2-2 BILAN 2006 ACAM

ACTIF (<i>en euros</i>)	BRUT	Amortissements & Provisions	Net	2005
Immobilisations Incorporelles (Brevets, licences, logiciels)	761 142,64	93 030,76	668 111,88	68 514,54
Immobilisations Corporelles (Mobiliers - matériels informatiques...)	5 417 772,72	421 693,06	4 996 079,66	111 340,36
Immobilisations Financières (Prêts et cautionnements)	1 177 986,42		1 177 986,42	20 722,50
TOTAL ACTIF IMMOBILISÉ	7 356 901,78	514 723,82	6 842 177,96	200 577,40
Créances d'exploitation	146 136,00		146 136,00	5 705 154,51
Créances diverses	9 814,22		9 814,22	7 089,41
Valeurs mobilières de placement	28 390 941,95		28 390 941,95	23 388 977,92
Disponibilités	18 129,33		18 129,33	916 600,11
TOTAL ACTIF CIRCULANT	28 565 021,50		28 565 021,50	30 017 821,95
CHARGES CONSTATÉES D'AVANCE	673,23		673,23	62 376,78
TOTAL GÉNÉRAL	35 922 596,51	514 723,82	35 407 872,69	30 280 776,13

PASSIF (en euros)	Avant affectation	2005
Réserves	7 082 134,00	1 228 308,00
Report à nouveau	17 526 873,84	11 194 091,08
Résultat de l'exercice	8 561 353,80	9 832 782,76
TOTAL CAPITAUX PROPRES	33 170 361,64	22 255 181,84
PROVISIONS POUR RISQUES ET CHARGES	507 000,00	3 582 134,00
Dettes Fournisseurs	1 133 544,25	1 857 422,97
Dettes Fiscales & Sociales	550 224,28	398 674,19
Autres Dettes d'exploitation (Rémunérations et charges personnel à payer)	45 151,02	2 187 363,13
TOTAL DETTES D'EXPLOITATION	1 728 919,55	4 443 460,29
Disponibilités	1 591,50	
TOTAL GÉNÉRAL	35 407 872,69	30 280 776,13

CEIOPS (Committee of European Insurance and Occupational Pension Supervisors) – en français, Comité européen des contrôleurs d'assurance et de pensions professionnelles – CECAPP)

La collaboration entre autorités de surveillance a été structurée de longue date par la Conférence des services de contrôle des assurances des États membres de l'Union européenne, transformée le 5 novembre 2003 (par décision de la Commission européenne 2004/6/EC) en Comité des Contrôleurs d'assurance et de pensions professionnelles (CEIOPS en anglais). Cette création s'inscrit dans l'application à l'assurance du processus « Lamfalussy », CEIOPS étant un comité consultatif dit « de niveau 3 ». La France est représentée dans ce comité par l'ACAM. Les autorités des trois États membres de l'Espace économique européen (Norvège, Islande et Liechtenstein) et la Commission européenne y participent comme observateurs. Très sollicité dans le cadre du projet Solvabilité II, ce comité des superviseurs européens est, notamment, chargé de répondre aux demandes d'avis de la Commission européenne. Le secrétariat de CEIOPS est situé à Francfort, en Allemagne.

EIOPC (European Insurance and Occupational Pensions Committee) – en français, Comité européen des assurances et des pensions professionnelles)

L'ancien Comité des assurances est devenu en 2005, le Comité européen des assurances et des pensions professionnelles (EIOPC en anglais), par directive 2005/1/CE du 9 mars 2005 pour ses fonctions de réglementation et par décision 2004/9/EC du 5 novembre 2003 de la Commission européenne pour ses fonctions consultatives. Présidé par la Commission européenne qui en assure également le secrétariat, il réunit les 27 régulateurs de l'Union européenne (la France y est représentée par la Direction générale du Trésor et de la politique économique) auxquels s'associent comme observateurs les trois États de l'Espace économique européen et le président du CEIOPS. Cette création s'inscrit dans l'application à l'assurance du processus « Lamfalussy », EIOPC étant un comité dit « de niveau 2 ». Le comité conseille la Commission, à la demande de celle-ci, sur les questions de politique en matière d'assurance, de réassurance

et de pensions professionnelles ainsi que sur ses propositions dans ce domaine.

Marge de solvabilité requise (réglementation actuelle)

Dans la réglementation actuelle, la marge de solvabilité requise est le minimum de fonds propres qu'une entreprise d'assurance doit détenir. En assurance-vie, elle correspond à 4 % des provisions mathématiques des contrats en euros et 1 % pour les contrats en unités de compte sans risque de placement pour l'assureur. En assurance non - vie, elle est égale à 16 % des primes ou à 23 % des sinistres, le montant le plus élevé étant retenu. A noter que le vocabulaire évolue : avec Solvabilité II, on fait référence à des « exigences de fonds propres » ou à un « capital requis ».

MCR (Minimum Capital Requirement) – Minimum de Capital Requis

Le MCR ou Minimum de Capital Requis correspond au montant minimum de fonds propres réglementaire constituant le seuil déclencheur du retrait d'agrément. Il devrait être calculé de façon plus simple et plus robuste que le SCR et ne pourra être inférieur à un montant absolu fixé en euros.

SCR (Solvency Capital Requirement) – Capital de Solvabilité Requis

Dans le projet Solvabilité II, le SCR ou Capital de Solvabilité Requis est le niveau de fonds propres permettant à une entreprise d'absorber des pertes imprévues importantes et d'offrir une sécurité raisonnable aux assurés, sur la base d'une probabilité de ruine de 0,5 % (« Value at Risk » de 99,5 %) à un horizon d'un an. Ce capital réglementaire pourra être déterminé soit en appliquant la formule standard, soit par le biais d'un modèle interne approuvé. Pour la formule standard, le niveau du SCR sera défini en agrégeant les exigences au titre des risques de souscription, de marché, de crédit et des risques opérationnels.

Solvabilité II

Projet européen de révision approfondie des règles de solvabilité des assureurs initié en 2000 par la Commission

européenne, selon trois volets : les exigences quantitatives portant notamment sur les provisions techniques et deux exigences en capital (Pilier I), les activités de contrôle (Pilier II) et les exigences d'information et de publicité (Pilier III). La Commission européenne devrait présenter au Conseil et au Parlement une proposition de directive en juillet 2007 dont il est prévu qu'elle soit applicable à partir de 2011.

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. L'assureur doit à tout moment pouvoir disposer des actifs suffisants afin de régler cet engagement. 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 mortalités 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.

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 clauses contractuelles ainsi que les résultats de leur gestion financière le permettent (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 (A331-9 du Code des assurances). En moyenne, aujourd'hui, le stock des provisions pour participation aux excédents est équivalent à 2 % du volume des provisions mathématiques globales.

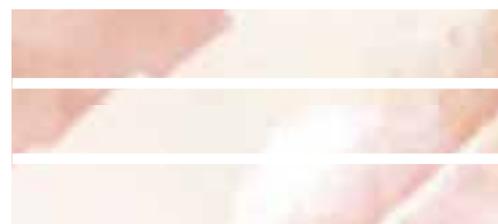
Provision de gestion

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. 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 (article R.331-5-1 du Code des assurances). 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 sociétés d'assurances 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 de 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 de 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 et provision pour égalisation

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 charge-ments d'acquisition n'étaient pas pris en compte dans les engagements des assurés. La provision pour égalisation est constituée pour faire face aux évolutions de la sinistralité. Elle sert essentiellement pour les contrats décès de groupe. Certaines provisions techniques devraient être amenées à disparaître dans le cadre des normes IAS-IFRS et des projets de nouvelles règles de solvabilité « Solvency II ». Sont notamment concernées les provisions les plus critiquées comme la provision pour risque d'exigibilité et la provision pour aléas financiers.

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 obligatoire des compagnies. Elle ne peut en effet être reprise sauf à réaliser des moins values sur le portefeuille obligatoire, qui sont alors prélevées sur la réserve de capitalisation.

Taux d'intérêt technique

Les tarifs des contrats dépendant de la durée de la vie humaine et des contrats de capitalisation doivent être établis d'après un taux, dit taux d'intérêt technique, qui ne peut dépasser 75 % du taux moyen des emprunts d'Etat français (TME) pris sur une base semestrielle. Pour les contrats de plus de huit ans ou à primes périodiques ou à capital variable, ce taux ne peut excéder, le plus bas des deux taux suivants : 3,5 % ou 60 % du TME.

Les provisions mathématiques des contrats, qui figurent au passif de l'assureur, représentent la valeur actuelle probable des engagements de l'assureur, calculée avec des taux d'actualisation au plus égaux à ceux retenus pour l'établissement du tarif. Les assureurs déterminent chaque année l'effet de l'actualisation financière ; ce sont les intérêts techniques. Au compte de résultat, ceux-ci sont inclus dans la participation aux résultats, la charge des prestations et la charge des provisions d'assurance vie s'en trouvant minorées à due concurrence.

Les assureurs peuvent accorder aux assurés des suppléments de garantie, ce sont les participations aux bénéfices. La charge correspondante suit le même traitement au compte de résultat : enregistrement dans la participation aux résultats, correction de la charge des prestations et de la charge des provisions d'assurance vie.

Les assureurs peuvent, sous certaines conditions, garantir dans leurs contrats un montant total d'intérêts techniques et de participations bénéficiaires qui, rapporté aux provisions mathématiques, ne sera pas inférieur à un minimum garanti. En particulier, ce taux minimum peut être fixé annuellement pour l'année suivante, ce taux ne pouvant alors excéder 85 % de la moyenne des taux de rendement des actifs de l'entreprise calculés sur les deux derniers exercices.

S'agissant des opérations de la branche 26, leur tarification est libre. En revanche, les organismes concernés ne sont pas libres dans l'évaluation de leurs engagements. Ils déterminent pour chaque convention une provision mathématique théorique (PMT) qui représente la valeur actuelle probable des garanties, appréciées sur la base de la valeur de service la plus récente, en actualisant leurs engagements à un taux plafonné lui aussi à 3,5 % ou 60 % du TME. Pour chaque convention, les assureurs doivent veiller à ce que la provision technique spéciale de la convention, qui représente les droits des assurés et qui figure à leur bilan, soit supérieure à la PMT.

