



61, rue Taitbout - 75009 Paris  
Téléphone : 01 55 50 41 41  
Télécopie : 01 55 50 41 50  
ISSN 1777-7917  
[www.acam-france.fr](http://www.acam-france.fr)



RAPPORT 2007

AUTORITÉ DE CONTRÔLE DES ASSURANCES ET DES MUTUELLES



# Rapport 2007

AUTORITÉ DE CONTRÔLE  
DES ASSURANCES ET DES MUTUELLES



AUTORITÉ DE CONTRÔLE DES ASSURANCES ET DES MUTUELLES



# Sommaire

Le mot du Président	4
Le mot du Secrétaire général	6

## Partie 1 Présentation de l'ACAM 8

Introduction	10
<b>I - Une organisation duale</b>	14
<b>II - Les missions de l'ACAM</b>	17
1. Contrôler les organismes d'assurance	17
2. La surveillance du marché	25
3. Coopérer avec les autres autorités de contrôle	28
4. Développer d'autres relations internationales	30
5. La vocation pédagogique de l'ACAM	31

## Partie 2 L'activité de l'ACAM en 2007 34

<b>I - Les faits marquants en 2007</b>	37
1. Sanctions et autres décisions particulières	39
2. Recommandations de l'ACAM	41
3. Enquêtes et évolutions de marché	46
4. L'activité du Département Droit du Contrat et Relations avec les Assurés	54
5. Débats en cours et thèmes d'actualité	65
<b>II - Le projet Solvabilité II</b>	74

## Partie 3 Les données financières 80

<b>I - Le Compte de Résultat</b>	82
<b>II - Le Bilan</b>	85



## Le mot du Président

L'année 2007 a connu deux versants bien différents.

Le premier semestre a vu se poursuivre une expansion économique, et surtout financière, remarquable. La collecte de l'assurance-vie a alors été élevée, grâce notamment à la poursuite des transferts vers les contrats multi-supports permis par "l'amendement Fourgous" et à l'élargissement des possibilités offertes aux épargnants. A partir de la fin de l'été, la crise financière issue des crédits hypothécaires risqués (subprimes américains) a, au contraire, conduit à un ralentissement marqué de l'ensemble des marchés financiers.

L'Autorité a tenu à s'assurer de la solidité et de la rigueur des dispositions prises en matière de contrôle des risques en demandant aux établissements d'une part d'élaborer des "stress tests" permettant d'évaluer les conséquences de différentes situations à risque, et, d'autre part, d'approfondir leur connaissance de la nature détaillée des

placements lorsque ceux-ci contiennent des titres non détenus en direct.

Le secteur de l'assurance dans son ensemble a été peu affecté dans sa rentabilité, ses résultats financiers et sa solidité à long terme par les conséquences directes de la crise, dans la mesure où la plupart des assureurs opérant en France sont assez peu exposés aux produits les plus risqués de titrisation (CDO, SIV et autres "conduits"). Aussi la conséquence principale a-t-elle été un ralentissement de la collecte, qui se fait d'ailleurs sentir de façon encore plus manifeste dans les premiers mois de 2008.

L'année écoulée a été, par ailleurs, marquée par l'accélération des travaux de préparation de la directive européenne dite "Solvabilité II". L'ACAM a contribué intensément à cette préparation en participant à de nombreux groupes de travail européens (elle en préside certains) et en mettant en place la gestion et l'exploitation des résultats de la troisième étude quantitative d'impact (QIS3). Ces tests ont montré que des progrès significatifs restent à faire, par exemple en matière de définition robuste des exigences minimales de fonds propres, de

détermination du mode de calcul des provisions techniques en vie, d'articulation entre modèles internes et formule standard, de traitement des placements en actions, de simplification des formules de capital de solvabilité requis pour les petits organismes, de prise en compte différenciée des engagements à long terme en matière de pensions, etc. Participer activement aux exercices qui se poursuivent en 2008 dans le cadre du QIS4 sera d'autant plus important qu'il s'agit d'une des dernières opportunités d'affiner efficacement les orientations qui seront retenues, la Commission européenne entendant présenter un texte définitif dès la fin de cette année pour approbation avant les élections européennes du printemps 2009.

Dans le cadre notamment des travaux du Haut Comité de Place, l'ACAM s'est engagée à améliorer la transparence et la communication sur ses actions.

Ainsi, la "Lettre de l'ACAM", créée en 2007, et qui a déjà fait l'objet de plusieurs publications, vise directement cet objectif. De même, une charte de contrôle explicitant et décrivant précisément les méthodes de l'Autorité sera publiée, après concertation, mi-2008. Enfin, des rencontres trimestrielles sont désormais organisées avec les professionnels pour examiner en commun les problèmes d'interprétation des textes et de traitement équitable des assurés comme des différents organismes contrôlés.

Parallèlement, la dématérialisation de la transmission des états prudentiels fait l'objet de travaux intensifs et devrait passer dans les faits au début de l'an prochain.

Lorsqu'il le fallait, notre Collège a pris des mesures coercitives : 6 organismes ont été mis ou maintenus sous administration provisoire, 3 sanctions ont été prononcées.

Mais le rôle pédagogique essentiel de l'ACAM à travers son contrôle permanent et sa fonction de conseil doit être de nouveau souligné. Ainsi, l'ACAM a formalisé les caractéristiques générales d'une bonne organisation des entreprises d'assurance ; tel est l'objet, notamment, des recommandations sur la gouvernance qu'elle a élaborées en large concertation avec les organisations professionnelles, et mises en ligne en juin 2007. Ce corpus de recommandations indicatives, qui s'ajoute aux recommandations publiées en 2005 en matière de blanchiment d'une part, et de contenu des rapports de solvabilité d'autre part, est complété, début 2008, par une recommandation sur la réassurance à risque limité ("finite").

L'Autorité de contrôle a toujours veillé de près à ce que la bonne information des assurés soit garantie. Nous avons eu, dans le passé, à sévir contre des cas heureusement rares de défaut d'information caractérisé ou d'information trompeuse. Il faut rester vigilants sur ce risque, notamment face à la tendance réapparue récemment à proposer aux assurés des taux de rémunération garantis qui ne sont pas destinés à être maintenus sur la durée. Notre Département Droit du Contrat et Relations avec les Assurés a continué à faire un important travail pour éclairer chacun et contribuer à résoudre, dans la mesure du possible, en complément de l'action des médiateurs professionnels, les litiges qui peuvent apparaître dans l'application des contrats.

Le présent rapport permettra de prendre la mesure de la diversité de ces travaux, qui sont et doivent rester conduits, en liaison étroite avec les professions et les pouvoirs publics, au service de la protection de l'épargnant - sujet plus important et plus présent que jamais à l'esprit de nos concitoyens dans cette période d'incertitude financière -.





## Le mot du Secrétaire général

Malgré un contexte que la crise financière a rendu encore un peu plus chargé,

l'ACAM reste en ligne avec ses objectifs dans sa mission de protection des assurés. Et, ayant observé une année de fonctionnement de l'ACAM comme Secrétaire général, je constate avec satisfaction la très grande qualité de l'engagement et des réalisations de tout le personnel de l'Autorité auprès de son Collège.

En premier lieu, la consolidation du dispositif de surveillance permanente des organismes contrôlés se poursuit, avec un souci constant de traitement équitable, impliquant une convergence des méthodes de contrôle. A cet égard, les mutuelles régies par le Code de la mutualité sont maintenant arrivées au régime standard de remise des états prudentiels, éléments de base du contrôle sur

pièces des organismes. Il faut aussi souligner que les deux enquêtes menées successivement au cours du second semestre de 2007 sur les effets de la crise financière ont couvert tous les organismes, quel que soit leur statut.

Par ailleurs, nous poursuivons notre travail de fond sur notre organisation, couvrant tous les domaines, du management aux outils du contrôle, en passant par la communication. De nouveaux recrutements sont intervenus et interviendront encore, pour renforcer nos capacités globales de contrôle, dans la perspective notamment de Solvabilité II. Dans l'immédiat, l'ACAM s'est renforcée dans le domaine de la lutte anti-blanchiment, avec la mise en œuvre d'une vaste enquête sur les dispositifs des entreprises d'assurance vie, prolongée par des contrôles ciblés.

En second lieu, la préparation à Solvabilité II se poursuit et l'ACAM participe bien entendu activement aux travaux pilotés par CEIOPS. La troisième étude d'impact (QIS3) a montré la très bonne implication du marché français dans ce grand chantier réglementaire européen, mais aussi

le chemin restant à faire au plan technique. C'est au cours même du dépouillement de l'étude que les enseignements en ont été tirés pour la conception de QIS4, tant au niveau européen qu'au niveau français. Parmi les nombreux sujets traités, je voudrais citer : les simplifications proposées en application du principe de proportionnalité ; la prise en compte des cycles pour l'appréciation du risque actions afin d'atténuer la procyclicité liée à l'évaluation en valeur de marché ; les orientations nationales données par l'ACAM pour l'évaluation des provisions techniques d'assurance vie.

Comme on le voit, les problèmes traités sont de plus en plus concrets et précis, et cette tendance s'accroîtra encore après l'adoption de la directive envisagée pour fin 2008. Les questions quantitatives (forme du MCR, calibration du SCR,...) devront être arbitrées au niveau politique. En outre, la question des modalités du contrôle reste un sujet de discussion important pour les autorités de contrôle et pour l'ACAM en particulier. Il s'agira de mettre en place des processus de validation des modèles internes en contexte international, et en fonction des partages de responsabilités qui auront été retenus dans la directive. Mais au-delà de cette nécessaire coopération se pose la question de la convergence des contrôles. L'ACAM promouvra son approche traditionnelle résolument prospective et préventive, donnant toute sa place au contrôle sur place des organismes : ce n'est en effet pas en attendant la déclaration par les dirigeants eux-mêmes de leurs propres difficultés que l'on réussit à protéger au mieux les intérêts des assurés.

Pour terminer, quelques considérations sur la crise financière en cours : nous pouvons constater que le secteur des assurances est plutôt touché comme investisseur institutionnel et non comme opérateur, ce qui est sans doute le reflet des différences entre les métiers de la banque et de l'assurance. L'assureur est un investisseur qui subit les aléas des marchés, mais il réduit ces aléas par la diversification de ses placements, la capacité de leur détention à long terme et l'absence d'effet de levier. Les difficultés rencontrées par quelques sociétés proviennent plutôt d'activités très spécifiques de nature quasi bancaire, comme la garantie de risques de crédit.

Par ailleurs, cette crise remet au premier plan la question de la liquidité des marchés, considérée jusque-là par beaucoup d'acteurs de façon superficielle ou formelle. Alors que les règles quantitatives de Solvabilité II reposent toutes sur l'évaluation en juste valeur, mais aussi sur la volatilité de ces valeurs, on (re)découvre que ces notions ne vont pas de soi pour de très nombreuses classes d'actifs comme par exemple les titres obligataires du secteur privé. Autrement dit, un haut degré de transparence sur l'évaluation de ces titres sera un préalable indispensable au bon fonctionnement de notre future réglementation.

La crise rappelle enfin plus généralement que toute modélisation financière a ses limites. C'est en gardant aussi cela à l'esprit que nous pourrions faire de Solvabilité II un système performant.

# Partie 1

## Présentation de l'ACAM

<b>INTRODUCTION</b>	<b>10</b>		
<b>I - UNE ORGANISATION DUALE</b>	<b>14</b>		
Deux organes :			
1. Le Collège, organe d'orientation et de décision			
2. Le Secrétariat général, organe de contrôle et d'investigation			
<b>II - LES MISSIONS DE L'ACAM</b>	<b>17</b>		
<b>1. Contrôler les organismes d'assurance</b>	<b>17</b>		
1. Le contrôle prudentiel	17		
1.1 Le contrôle permanent			
1.2 Les suites du contrôle			
Suivre la mise en œuvre des évolutions recommandées			
Adopter des mesures d'urgence et de sauvegarde			
Ouvrir des procédures disciplinaires			
2. Le contrôle des intermédiaires	22		
3. La lutte anti-blanchiment	24		
<b>2. La surveillance du marché</b>			<b>25</b>
1. Les statistiques			
2. Les relations avec les assurés			
1. La surveillance des contrats d'assurance			
2. Les missions du Département Droit du Contrat et Relations avec les Assurés			
<b>3. Coopérer avec les autres autorités de contrôle</b>			<b>28</b>
<b>4. Développer les autres relations internationales</b>			<b>30</b>
<b>5. La vocation pédagogique de l'ACAM en 2007</b>			<b>31</b>

## PARTIE 1

# Présentation de l'ACAM

## QU'EST-CE QUE L'ACAM ?

L'Autorité de Contrôle des Assurances et des Mutuelles (ACAM), autorité publique indépendante, contrôle l'ensemble des acteurs du marché français de l'assurance.

Ce contrôle s'exerce dans l'intérêt des assurés pour :

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

Créée par la loi n° 2003-706 du 1<sup>er</sup> 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). Elle est dotée de la personnalité morale.

# Une mission fondamentale : protéger les assurés



## CONTRÔLER

L'ACAM contrôle tous les organismes relevant des directives européennes sur l'assurance (entreprises d'assurance, institutions de prévoyance et de retraite supplémentaire, mutuelles), ainsi que les mutuelles gérant des œuvres sanitaires et sociales. L'ACAM exerce également, au cas par cas, un contrôle de conformité sur les intermédiaires en assurance et toute autre entité participant à la présentation d'opérations d'assurance.

**Le contrôle dit "prudentiel" vise à s'assurer que les organismes sont en mesure de tenir à tout moment les engagements contractés envers leurs assurés** (règlement des sinistres, paiement des prestations, etc...). Il implique d'analyser les contrats formalisant ces engagements, de vérifier leur traduction en comptabilité et d'examiner les conditions d'exploitation et la pertinence de la gestion financière. Ce contrôle, extrêmement large, offre un véritable diagnostic périodique actualisé chaque année.

De manière plus générale, l'ACAM veille au respect, par les organismes et les intermédiaires d'assurance, des dispositions législatives et réglementaires qu'ils doivent appliquer, y compris en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Ses contrôles sont assurés de manière permanente, de la création de la société à sa fin de vie, depuis le premier contrat proposé aux assurés jusqu'au règlement de la dernière prestation due.

Pour ce faire, elle dispose d'une indépendance légalement organisée, de l'autonomie financière et de larges pouvoirs d'investigation. Elle peut ainsi demander aux entités tous les documents et informations jugés utiles, et les commissaires aux comptes sont déliés du secret professionnel à son égard.

Enfin, l'ACAM est consultée sur le choix des intervenants extérieurs participant à la certification et l'évaluation de la situation financière des organismes : commissaires aux comptes, experts immobiliers et actuaires.

## PRÉVENIR

Nombreuses sont les actions de prévention menées quotidiennement par l'ACAM : sensibilisation des organismes à tous les risques encourus, détection et alerte précoces de ces risques, incitation à rechercher des solutions de partenariat ou d'adossement quand il est encore temps...

Pour cela, elle s'appuie sur :

- l'analyse, chaque année, d'états prudentiels prospectifs permettant de déceler à l'avance les difficultés pouvant survenir ;
- les conseils et explications fournis aux organismes au titre du contrôle permanent ;
- le pouvoir du Collège de recommander aux organismes toutes les mesures appropriées pour restaurer leur situation financière, améliorer leurs méthodes de gestion et leur gouvernance, ou assurer l'adéquation de leur organisation à leurs activités ou à leurs objectifs de développement ;
- les conférences du Contrôle à visée pédagogique ;
- la Lettre de l'ACAM, informative.

**Ces actions de prévention permettent de remédier à la plupart des difficultés rencontrées par les organismes, sans que l'intervention de l'ACAM soit connue du public.**

Toutefois, elles montrent leurs limites lorsque les organismes refusent de prendre la mesure de leurs difficultés, ou tardent à initier les actions correctrices qui s'imposent. Il revient alors à l'ACAM d'utiliser son pouvoir de prononcer des sanctions qui, dans les cas extrêmes, peuvent aller jusqu'au retrait d'agrément.

## INFORMER

Afin d'agir au plus près des intérêts des assurés et de les aider dans leurs démarches, l'ACAM s'est dotée d'un Département Droit du Contrat et Relations avec les assurés (DDCRA\*). Celui-ci peut être sollicité à tout moment, par toute personne intéressée, en cas de litige avec un organisme assureur. La plupart des saisines proviennent de particuliers, mais aussi d'associations de consommateurs, de conciliateurs de justice, de notaires, voire d'assureurs ou d'intermédiaires d'assurance.

**Tous les stades de la vie du contrat sont abordés, depuis les problèmes de souscription et d'information précontractuelle jusqu'aux difficultés nées d'un refus d'indemnisation.**

Les intermédiaires d'assurance ont récemment été inclus dans le périmètre d'intervention du DDCRA\*, qui s'intéresse de plus en plus au contenu de la publicité pour les produits d'assurance.

**L'activité du DDCRA\* permet donc de contribuer à faire respecter les droits des assurés, conformément à la mission de l'ACAM.**

En l'absence de visa préalable des contrats, prohibé par les directives européennes, elle participe aussi à la détection des difficultés pouvant naître d'une rédaction ambiguë de certaines clauses contractuelles.



# I - Une organisation duale

## L'ACAM se compose d'un Collège et d'un Secrétariat général.

### 1. LE COLLÈGE, ORGANE D'ORIENTATION ET DE DÉCISION

Le Collège de l'Autorité est composé de neuf membres. Ils 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 - sont nommés par arrêté conjoint des ministres chargés de l'Économie, de la Sécurité sociale et de la Mutualité.

**Le Collège est saisi par le Secrétaire général sur la base d'un rapport de contrôle quand une compagnie d'assurance, une mutuelle ou une institution enfreint la réglementation, ou si sa situation financière met en danger sa solvabilité ou le respect de ses engagements envers ses assurés ou adhérents.**

Dans le cadre du fonctionnement interne de l'ACAM, le Collège définit l'organisation et les modalités de contrôle, et approuve le budget.

Les pouvoirs de décision du Collège sont importants vis-à-vis des organismes contrôlés. Il peut :

- recommander des solutions appropriées pour renforcer la situation financière ou améliorer les méthodes de gestion et de gouvernance ;
- 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.

### 2. LE SECRÉTARIAT GÉNÉRAL : ORGANE DE CONTRÔLE ET D'INVESTIGATION

Le Secrétariat général assure 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'Économie, de la Sécurité sociale et de la Mutualité, après avis du Collège.

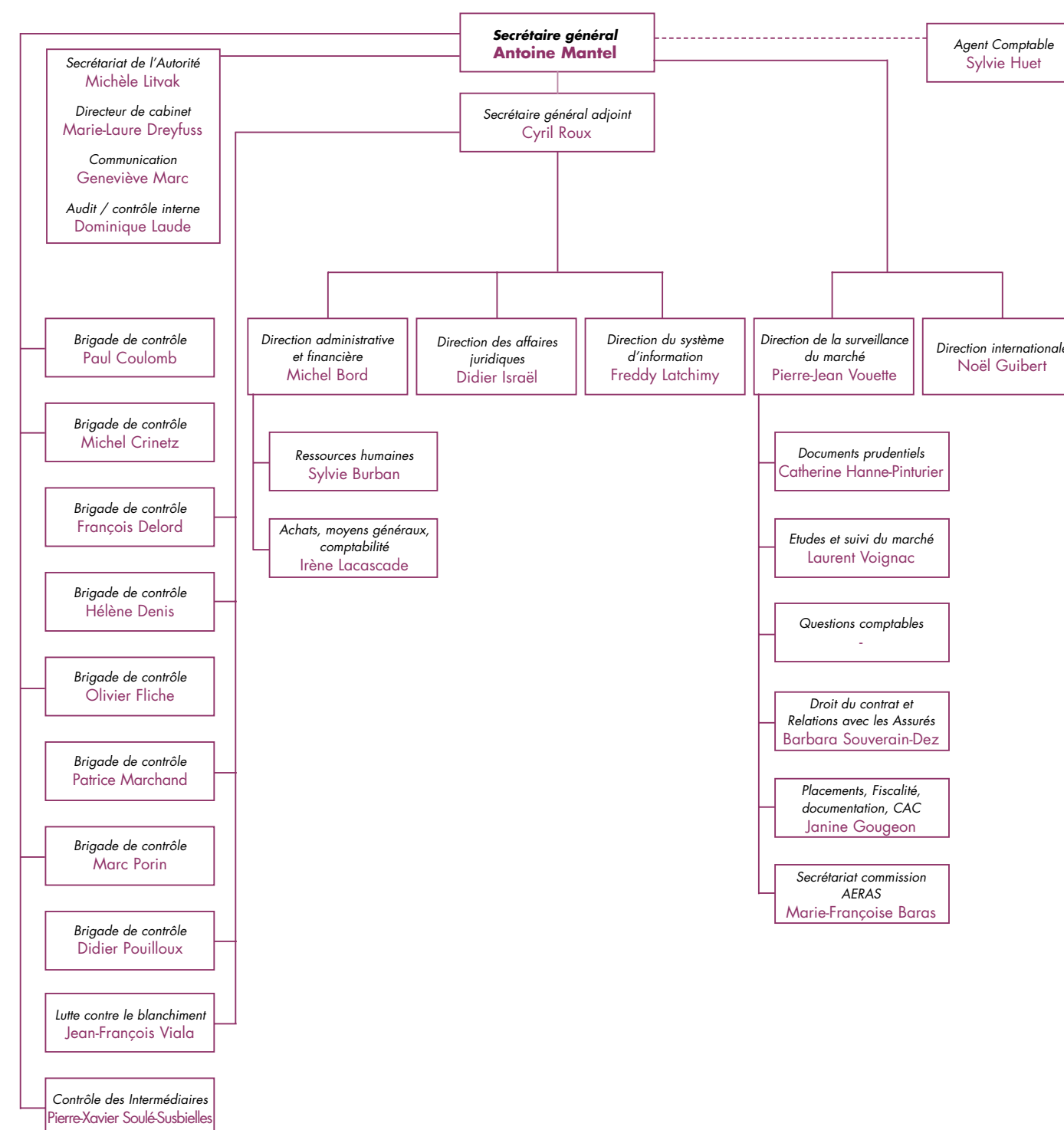
Placées sous son autorité, les brigades de contrôle sont chargées du contrôle sur place et sur pièces des organismes. Elles sont composées de commissaires-contrôleurs et de contrôleurs.

Le Secrétariat général dispose de fonctions supports lui permettant de mener ses missions et d'assurer sa gestion :

- direction administrative et financière ;
- direction des affaires juridiques ;
- direction internationale ;
- direction de la surveillance du marché, dont le DDCRA\* fait partie ;
- direction du système d'information.

Ces différentes entités regroupent les services d'aide et d'appui du contrôle.

## Organigramme du Secrétariat général





### Les 9 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 premier sous-gouverneur  
**Jean-Paul Redouin**

#### Hauts magistrats

- Jean-Philippe Vachia,  
vice-président, conseiller maître  
à la Cour des comptes
- Jacques Bonnot,  
conseiller d'État honoraire
- François-Régis Croze,  
conseiller honoraire à la Cour de cassation

#### Membres choisis pour leur compétence en matière d'assurance, de mutualité et de prévoyance

- Hervé Cachin
- Jacques-Philippe Chanet
- Jacques-Henri Gougenheim  
*(jusqu'à fin décembre 2007)*
- Jean Barroux *(depuis janvier 2008)*
- Pierre Jeanson

#### Au côté des membres du Collège siègent deux commissaires du gouvernement

- Le Directeur général du Trésor et de la politique économique ;
- 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.*

## II - Les missions de l'ACAM

### 1. CONTRÔLER LES ORGANISMES D'ASSURANCE

#### 1. Le contrôle prudentiel

##### Pourquoi contrôler les organismes d'assurance ?

L'assurance est une activité de services. Ce secteur permet aux consommateurs de s'affranchir partiellement ou en totalité d'un aléa, dont ils reportent les conséquences financières sur leur assureur. L'assurance est donc un transfert de risque, de ceux qui veulent le réduire ou le supprimer vers ceux qui savent le gérer en le mutualisant.

Ce secteur présente une spécificité économique forte par rapport aux autres industries produisant des biens ou des services : l'assureur vend son service avant de le produire. Le coût définitif – notamment le montant des remboursements – n'est donc connu que plusieurs mois voire plusieurs années après la conclusion du contrat. On parle d'"inversion du cycle de production". Aussi des risques spécifiques pèsent-ils sur cette activité. Par exemple, si la sinistralité est sous-estimée par l'assureur au moment de la fixation des tarifs, celui-ci devra faire face à des remboursements plus importants que prévus et risque de ne plus pouvoir s'acquitter de ses engagements. Un cas de figure analogue pourrait se produire en cas de hausse non anticipée des frais de gestion. Par ailleurs, si les montants versés lors de la souscription étaient placés dans des actifs trop risqués, ou bien non liquides, l'assureur pourrait, à terme, ne plus avoir assez d'actifs pour rembourser les assurés.

Ces risques propres au secteur de l'assurance nécessitent une réglementation et un contrôle adaptés. De fait, la totalité des pays, développés ou en voie de développement, disposent d'une structure assurant un contrôle prudentiel des organismes d'assurance, dans le but de protéger les assurés. Cette structure peut être transnationale et mutualisée entre plusieurs pays, ou regroupée avec d'autres structures de régulation financière.

#### 1.1 Le contrôle permanent : objectifs et modalités

##### > Objectifs

Un ensemble de textes législatifs et réglementaires s'imposent aux acteurs du secteur de l'assurance afin d'éviter la concrétisation des risques pesant sur eux.

La sécurité financière des organismes d'assurance repose sur trois impératifs :

- une évaluation prudente des engagements ;
- la détention d'actifs suffisamment sûrs, liquides, rentables et diversifiés, dont l'adéquation avec les passifs permet de faire face aux engagements estimés ;
- une "richesse propre" suffisante - c'est-à-dire un "matelas de sécurité" - destinée à absorber les chocs imprévus.

Dans ce contexte, l'ACAM a pour principale mission de contrôler tous les organismes du marché français de l'assurance, quel que soit leur statut, afin de voir s'ils peuvent tenir à tout moment leurs engagements envers les assurés ou les adhérents. Elle veille pour cela au respect de la réglementation par les entités et par les groupes soumis à son contrôle.

Les organismes contrôlés par l'ACAM ont des formes juridiques très diverses :



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

#### > Modalités

Le contrôle repose essentiellement sur l'examen de la situation financière et des conditions d'exploitation des organismes d'assurance. Il s'agit d'une analyse prospective, les organismes d'assurance devant être en mesure de remplir leurs engagements à court, moyen et long termes.

De nombreux paramètres interagissent.

**Ainsi, l'appréciation de la prudence des engagements suppose une analyse des méthodes de provisionnement et de gestion.**

L'étude de la gouvernance et du contrôle interne, ainsi que l'examen des contrats ou des statuts et règlements mutualistes font également partie intégrante de l'évaluation de la solidité d'un organisme.

Les organismes d'assurance assujettis au contrôle de l'ACAM doivent envoyer périodiquement des documents déclaratifs tels que les états comptables et financiers,

le dossier annuel, les états trimestriels et les rapports de solvabilité et de contrôle interne. Ces sources d'informations, essentiellement comptables et financières, constituent le socle du contrôle permanent et universel des organismes d'assurance. Elles permettent de porter un regard continu 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, le contrôle débouche sur un diagnostic périodique, actualisé chaque année. Il permet de déceler les signes avant-coureurs d'une dégradation et d'apprécier les mesures à prescrire pour y remédier. Ce diagnostic se nourrit d'échanges réguliers avec les organismes, permettant au Contrôle d'affiner ses analyses à la lumière d'informations plus spécifiques. Dans le cadre de ce contrôle permanent, le Contrôle donne son avis au Comité des entreprises d'assurance ou à la Direction de la sécurité sociale sur les projets d'agrément de nouvelles entités, d'extension d'agréments, de fusion d'organismes ou de transferts de portefeuille pour lesquels ces autorités sont compétentes.

Le contrôle sur pièces (contrôle permanent) peut être complété par un contrôle sur place qui débouche sur la rédaction d'un rapport. Celui-ci porte une appréciation sur le niveau de provisionnement, la qualité de la gestion, des règles de gouvernance, des outils, des procédures et de la réassurance, ainsi que sur la connaissance et la maîtrise des risques... Ce rapport, constitué le plus souvent d'une analyse des états comptables et d'appréciations critiques sur le fonctionnement de l'organisme et sur l'application de la réglementation, est contradictoire. L'organisme

### Le contrôle de l'ensemble du marché

- 361 sociétés d'assurance
- 28 sociétés de réassurance
- 1 846 mutuelles
- 63 institutions de prévoyance
- 80 institutions de retraite supplémentaire

dispose en effet d'un droit de réponse dans un délai donné. En général, le Contrôle rédige ensuite ses conclusions à l'attention de l'organisme contrôlé. Le cas échéant, le rapport est transmis au Collège qui prescrit, si nécessaire, des mesures de redressement.

Les investigations et les contrôles sont limités dans le temps et le plus souvent concentrés sur une date d'arrêté donnée. Si le champ de recherche d'information est susceptible d'être élargi ou affiné en fonction des avancées du contrôle, ces recherches sont conditionnées par les objectifs fixés à l'enquête.

Une dichotomie artificielle pourrait conduire à distinguer le contrôle sur place et le contrôle sur pièces, mais il en résulterait une vision simplificatrice de la réalité : ces deux aspects sont réalisés par une équipe unique, entièrement responsable des organismes placés sous son contrôle, et se nourrissent l'un l'autre. Le contrôle sur place s'inscrit dans la continuité du contrôle sur pièces, dont il est à la fois le prolongement et une matière première essentielle.

**Les analyses approfondies menées sur place sont orientées par les interrogations soulevées lors du contrôle permanent, et participent de la connaissance approfondie qu'a le Contrôle des organismes qui lui sont assujettis.**

L'ordre de priorité des contrôles menés sur place dépend donc des résultats du contrôle permanent ainsi que de la qualité des éléments transmis et de la situation financière de l'organisme. Il est également influencé par la quantité et la teneur des réclamations des assurés, et établi en fonction des objectifs annuels d'analyse transversale. Cet ordre de priorité est indépendant de la taille, du secteur d'activité et de la forme juridique des entités.

#### > Le contrôle déconcentré des mutuelles

Dans le secteur de la mutualité, un contrôle déconcentré exercé par les préfets de région a été prévu par la loi pour les mutuelles et unions du Livre III du Code de la mutualité et les mutuelles du Livre II substituées.

Il a également été prévu pour les mutuelles et unions du Livre II non substituées et vérifiant trois critères :

- ne réaliser que des opérations de couverture des accidents ou de la maladie (branches 1 et 2) ;
- ne faire aucune opération pluriannuelle ;
- encaisser moins de 45 millions d'euros de cotisations et verser moins de 36 millions d'euros de prestations par an (au cours des trois derniers exercices).

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

L'ACAM contrôle directement au niveau national les organismes mutualistes qui ne remplissent pas les critères du contrôle déconcentré. Il s'agit donc principalement des plus grandes mutuelles mais aussi de celles de petite taille qui assurent des risques autres que la maladie ou l'accident, ainsi que des organismes ne relevant ni du Livre II ni du Livre III, c'est-à-dire des unions "techniques" (qui réalisent des prestations pour leurs membres), des fédérations et des systèmes fédéraux de garantie.

L'ACAM dispose, cependant, d'un pouvoir d'évocation qui lui permet de contrôler de sa propre initiative n'importe quel organisme mutualiste relevant de la compétence d'un préfet de région.

#### Le contrôle des mutuelles et unions du Livre III

Les mutuelles et unions du Livre III ont comme objet social la gestion de réalisations sanitaires, sociales ou culturelles, ou la mise en œuvre d'une action sociale.

Ces réalisations peuvent être notamment des cliniques, des centres de soins (médicaux ou dentaires), des pharmacies, des centres optiques, des maisons de retraite, ou des crèches.

Ces mutuelles font partie du champ du contrôle car

### L'étendue du contrôle

L'appréciation de la santé d'une entreprise, de sa capacité future à tenir ses engagements, nécessite une vision globale et prospective de son activité et de son fonctionnement et un examen des principaux risques qui peuvent la menacer. Le Contrôle examine donc la gestion des organismes d'assurance :

- dans le domaine technique et juridique, en analysant 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. Mais aussi en déterminant les garanties de solvabilité des entreprises non-vie et vie permettant de pallier les éventuelles erreurs commises dans l'évaluation des engagements.



avant l'ordonnance de 2001 qui a refondu le Code de la mutualité, un même organisme pouvait pratiquer à la fois cette activité et une activité d'assurance. La loi de sécurité financière de 2003 a confirmé ce champ, d'autant plus que la séparation entre activités assurantielles et activités "sociales", donc entre mutuelles du Livre II et mutuelles du Livre III, n'était pas encore réellement effective pour tous les organismes. Il s'est ainsi avéré lors de contrôles de l'ACAM que des prestations d'assurance avaient continué, au mépris de la loi, à être qualifiées d'action sociale, et avaient donc été transférées à tort à des mutuelles de Livre III en 2002, lors de l'application de l'ordonnance de 2001.

#### > Des pouvoirs étendus pour contrôler dans un cadre prudentiel plus large

L'appréciation de la solidité d'un organisme ne peut se réduire à la seule analyse de cet organisme : elle doit prendre en compte son environnement. C'est pourquoi l'ACAM dispose de pouvoirs d'investigation très larges pour exercer sa mission.

#### **Relations avec les commissaires aux comptes**

L'ACAM est 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 sur 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 si des faits sont de nature à porter atteinte à la continuité de l'exploitation ou entraîner le refus de la certification des comptes.

Enfin, l'Autorité peut désigner, aux frais de l'organisme contrôlé et quand la situation le justifie, un commissaire aux comptes supplémentaire.

#### **Contrôle des activités connexes à l'activité de transfert de risque**

La compétence de l'ACAM s'étend à toutes les opérations effectuées par les organismes contrôlés : elle peut leur demander toute information qu'elle juge utile à l'exercice de sa mission.

Depuis la loi de sécurité financière du 1<sup>er</sup> août 2003, elle peut aussi consulter des documents à caractère contractuel ou publicitaire, en exiger la modification ou décider le retrait de ceux enfreignant des dispositions législatives ou réglementaires.

Par ailleurs, l'ACAM peut étendre le contrôle d'un organisme aux entreprises apparentées ou à toute autre entité avec laquelle il a passé une convention de souscription (cf. *infra*), de gestion, de réassurance ou d'un autre type susceptible d'altérer son autonomie de fonctionnement ou de décision. Ainsi, l'ACAM peut décider de contrôler :

- toute opération d'intermédiation ;
- toute personne physique ou morale ayant reçu d'un organisme d'assurance un mandat de souscription ou de gestion, ayant souscrit à un contrat d'assurance de groupe ou exerçant, à quelque titre que ce soit, une activité d'intermédiation en assurance ou réassurance.

#### **Contrôle de l'environnement du secteur de l'assurance**

L'ACAM est chargée de contrôler l'application des dispositions législatives et réglementaires concernant la lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme (Cf. *infra*).

Elle inscrit, dans un registre, les Groupements d'Épargne Retraite Populaire (GERP), associations qui souscrivent des Plans d'Épargne Retraite Populaire. L'ACAM contrôle également l'agrément de certains experts dans le domaine actuariel. Les experts qui certifient la valeur des biens immobiliers des organismes contrôlés sont soumis à son acceptation préalable

#### 1.2 Quelles sont les suites du contrôle ?

##### > Suivre la mise en œuvre des évolutions recommandées

**Dans le cadre du contrôle permanent, le Contrôle est amené à formuler des observations sur la gouvernance, la gestion et le provisionnement des organismes d'assurance.** La mise en œuvre par l'organisme des évolutions recommandées est suivie par le Contrôle, sur la base de modalités et d'un calendrier définis conjointement.

Si l'organisme ne suit pas ces préconisations, le Secrétariat général transmet le dossier au Collège, qui décide des suites à donner. L'ACAM peut alors formuler des recommandations,

prononcer des sanctions ou - si la situation de l'organisme met en danger les intérêts des assurés - prendre des mesures d'urgence et de sauvegarde (cf. *infra*).

La loi du 1<sup>er</sup> août 2003 dite de sécurité financière a supprimé la procédure d'injonction pour laisser place à un mécanisme de recommandation de mesures correctrices. Celui-ci n'a plus pour préalable le constat d'une irrégularité, mais seulement la nécessité de "prendre toutes les mesures appropriées pour restaurer ou renforcer la sécurité financière, améliorer les méthodes de gestion ou assurer l'adéquation de l'organisation aux activités ou objectifs de développement".

#### > Adopter des mesures d'urgence et de sauvegarde

Les mesures d'urgence et de sauvegarde prises par l'ACAM visent à prévenir un risque de défaillance d'un organisme d'assurance. Leur adoption est soumise à une condition générale : la situation financière de l'organisme contrôlé - ou ses conditions de fonctionnement - est telle que les intérêts des assurés et bénéficiaires des contrats sont compromis ou susceptibles de l'être.

La mise sous surveillance spéciale permet à l'Autorité, par l'intermédiaire des contrôleurs qu'elle en charge, d'être informée sans délai de toutes les décisions importantes prises par l'organisme. Elle peut être adoptée isolément

### 7 mesures d'urgence et de sauvegarde

*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.

ou en complément de mesures de redressement, dont l'application peut ainsi être contrôlée plus étroitement.

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

Le programme de rétablissement peut être demandé par l'Autorité quand la situation financière de l'organisme menace les intérêts des assurés, adhérents et bénéficiaires de garanties. L'organisme doit alors, dans un délai d'un mois, soumettre à l'Autorité toutes les mesures destinées à rétablir son équilibre. Les dirigeants sont associés à la définition des mesures à prendre, tout en laissant à l'Autorité le soin d'apprécier ces dernières. Ce dispositif suppose, de la part de l'Autorité, un jugement favorable sur l'aptitude des dirigeants 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. Il en est de même pour la possibilité donnée à l'Autorité de réduire la prise en compte du recours à la réassurance dans le calcul de la marge de solvabilité constituée. Enfin, l'Autorité peut recourir au blocage d'actifs ou à l'interdiction temporaire de certaines opérations.

Quant à la nomination d'un administrateur provisoire, elle peut résulter soit :

- d'une demande des dirigeants lorsqu'ils estiment ne plus être en mesure d'exercer normalement leurs fonctions ;
- d'une initiative de l'Autorité quand la gestion de l'établissement ne peut plus être assurée dans des conditions normales ;
- ou d'une sanction de suspension temporaire de l'un ou plusieurs dirigeants.

#### > Ouvrir des procédures disciplinaires

L'Autorité est saisie en vue de l'ouverture d'une procédure de sanction sur le fondement d'un rapport de contrôle,



transmis par son Secrétariat général. Afin de garantir le respect du principe d'impartialité, la lettre de griefs à l'organisme (ou parfois la personne physique) mis en cause est rédigée au conditionnel. Conformément au principe de la contradiction, une copie du rapport de contrôle lui est jointe. L'organisme peut prendre connaissance et copie des autres pièces du dossier auprès de l'ACAM et se faire assister ou représenter. Elle dispose de quinze jours pour présenter ses observations écrites. L'audience disciplinaire se tient au moins trois semaines après la notification des griefs.

L'audience se déroule à huis-clos, sauf demande d'une des personnes mise en cause. 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. Le contrôleur en charge du dossier présente son rapport. La personne mise en cause ou son représentant légal prend 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 Collège peut décider de reporter sa décision.

La décision est notifiée à la personne sanctionnée. L'ACAM peut rendre publique sa décision dans les supports de son choix, aux frais de l'organisme ou de la personne sanctionnée. Cette publication est alors elle-même constitutive d'une sanction. La personne sanctionnée peut contester la décision *via* un recours de pleine juridiction devant le Conseil d'État, dans un délai de deux mois suivant la notification.

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

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

## 2. Le contrôle des intermédiaires

En assurance, les intermédiaires sont des personnes physiques ou morales qui, contre rémunération, proposent ou aident à conclure des contrats d'assurance ou de

réassurance. Les activités consistant uniquement à gérer, estimer ou liquider des sinistres ne sont pas considérées comme de l'intermédiation.

### Un édifice normatif récent

Depuis décembre 2002, huit textes ont été pris afin de transposer en droit national la directive 2002/92/CE du 9 décembre 2002. La loi DDAC du 15 décembre 2005 a notamment imposé aux intermédiaires une obligation d'immatriculation. Depuis le 1<sup>er</sup> mai 2007, de nouvelles dispositions législatives et réglementaires sont applicables à cette activité.

**Désormais, l'exercice d'une activité d'intermédiaire requiert une inscription à l'ORIAS, outil de base du contrôle du secteur de l'intermédiation en assurance.** L'immatriculation est obligatoire et payante. Lors de leur inscription, les intermédiaires doivent remplir les conditions d'honorabilité et de capacité professionnelle. En outre, ils doivent fournir chaque année des justificatifs prouvant qu'ils bénéficient d'une couverture pour leur responsabilité civile et d'une garantie financière adéquate.

Si un intermédiaire ne répond plus aux conditions requises, il est radié du registre de l'ORIAS. Cette radiation doit entraîner l'arrêt de toute collaboration avec les organismes d'assurance, ceux-ci ayant l'obligation légale de s'assurer que leurs diffuseurs figurent bien sur le registre de l'ORIAS. La radiation implique donc l'arrêt de l'activité et l'impossibilité pour l'intermédiaire de proposer des contrats d'assurance.

Ce nouveau dispositif ORIAS est destiné à informer l'assuré sur le caractère autorisé ou non de l'intermédiaire d'assurance avec lequel il est en relation. Le registre ORIAS en est la pierre angulaire. Il est accessible par Internet à l'adresse [www.oriass.fr](http://www.oriass.fr).

À la fin 2007, l'ORIAS avait procédé à l'immatriculation de 35 000 intermédiaires, soit environ 40 000 inscriptions<sup>1</sup>. En théorie, tous les intermédiaires devaient être immatriculés au plus tard le 1<sup>er</sup> mai 2007. Mais, du fait d'un nombre de demandes d'immatriculation très élevé, des dossiers restaient encore à traiter à la fin 2007.

Cet édifice normatif récent a généré de nombreuses demandes d'éclairage émanant des intermédiaires

eux-mêmes, et du public en général. Aussi, l'ACAM rencontre-t-elle régulièrement les organisations professionnelles du secteur et participe-t-elle à des salons et conférences sur ces thèmes.

Les relations entre l'ORIAS et l'ACAM sont régies par l'article L514-4 du Code des assurances.

### Un contrôle de conformité

Les intermédiaires opérant en France relèvent du contrôle de l'ACAM. Comme ceux-ci ne portent pas de risques, il ne s'agit pas d'un contrôle permanent mais de contrôles décidés au cas par cas, à l'initiative de l'Autorité. L'objectif est de vérifier que l'intermédiaire est bien inscrit sur le registre ORIAS, qu'il respecte les conditions d'exercice de la profession, ainsi que les dispositions législatives et réglementaires applicables.

L'ORIAS doit communiquer toute information demandée par l'ACAM dans le cadre de son pouvoir de contrôle. L'Autorité peut intervenir de trois façons : de manière discrétionnaire, en exploitant des informations issues de lettres de réclamations des assurés, ou en cas de diffusion de contrats non conformes à la loi. Le contrôle d'un intermédiaire peut aussi être déclenché dans le cadre de la lutte anti-blanchiment.

### À savoir...

Désormais, les intermédiaires dûment immatriculés sur le registre de leur pays d'origine ont la possibilité d'opérer en Europe hors de leurs frontières nationales et ce, sans autre formalité qu'une déclaration auprès du registre du pays de leur siège.

Ils peuvent ouvrir une succursale, mais aussi opérer en libre prestation de services (LPS). Le CEIOPS a proposé à la Commission européenne la définition suivante de la LPS :

*“Un intermédiaire d'assurance opère en libre prestation de services s'il y a intention de fournir un contrat d'assurance relatif à un risque localisé dans un État membre qui n'est pas celui de l'intermédiaire précité, à un souscripteur qui, également, ne réside ou n'est établi dans l'État membre du même intermédiaire.”*

Les contrôles prennent des formes diverses. Ils portent notamment sur les informations remises par l'intermédiaire à son client, mais aussi sur la relation entre l'intermédiaire et son fournisseur, l'objectif étant de vérifier la bonne remontée de l'information et des cotisations à l'assureur.

À toutes les étapes de la relation avec son client, l'intermédiaire est en effet tenu, en matière d'information, au respect :

- d'un formalisme le concernant, afin de permettre au client de mieux connaître son partenaire et son degré d'indépendance à l'égard des organismes d'assurance ;
- d'un formalisme concernant l'opération d'assurance envisagée : l'intermédiaire doit effectuer un “état des lieux” justifiant le conseil qui en découle, le tout par écrit.

Par ailleurs, l'article R. 511-12 du Code des assurances exige des organismes d'assurance “fournisseurs” de vérifier que leurs diffuseurs sont bien inscrits sur le registre ORIAS - ou sur leur registre national s'il s'agit d'intermédiaires étrangers opérant en France en régime d'établissement ou en libre prestation de services. Les contrôles de l'ACAM au sein des organismes d'assurance veillent au respect de cette obligation.

Un travail comparable est appelé à être mené chez des courtiers dits “grossistes” (ceux qui font le lien entre les organismes d'assurance et des courtiers d'assurance en contact direct avec la clientèle finale) qui, aux termes de l'article R. 511-2 du Code des assurances, ne peuvent rétrocéder de commissions qu'à des personnes dûment immatriculées.

Dans ce contexte, l'appréciation du niveau de formation des intermédiaires d'assurance est une préoccupation croissante de l'ACAM.

### L'immatriculation des intermédiaires sur le registre ORIAS

L'immatriculation signifie que, lors de l'examen de son dossier, l'intermédiaire répond aux exigences professionnelles posées par les textes en vigueur :

- honorabilité : différentes condamnations interdisent l'accès à la profession d'intermédiaire d'assurance ;
- capacité professionnelle : un intermédiaire d'assurance doit être suffisamment formé ;



■ **responsabilité civile professionnelle** : un intermédiaire d'assurance doit avoir une assurance de responsabilité civile professionnelle (ou une garantie équivalente) notamment si le conseil donné a porté préjudice au client ;

■ **garantie financière** : un intermédiaire d'assurance doit avoir une garantie financière (ou une garantie équivalente) au cas où il ne serait pas en mesure de transmettre les primes de ses clients à l'organisme d'assurance et réciproquement.

Cette immatriculation ne constitue pas pour autant un certificat administratif de compétence professionnelle. Il ne s'agit pas non plus d'un agrément donné par la puissance publique, et n'est pas comparable à celui dont les organismes d'assurance doivent disposer pour couvrir des risques.

### 3. La lutte anti-blanchiment (LAB)

#### L'action de l'ACAM

L'ACAM surveille la mise en oeuvre, par les organismes d'assurance, des mesures de lutte contre le blanchiment de capitaux et le financement du terrorisme. L'Autorité peut également soumettre les intermédiaires à ce contrôle.

Pour conduire cette mission importante, l'ACAM a renforcé de façon significative l'effectif de la cellule anti-blanchiment. Cette cellule dédiée collabore étroitement avec les brigades de contrôle pour réaliser des contrôles sur place spécifiques et veiller à l'amélioration et au déploiement des procédures mises en oeuvre par les organismes.

Afin de 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 à tout public sur le site Internet de l'Autorité ([www.acam-france.fr](http://www.acam-france.fr)).

Les contrôles anti-blanchiment sont réalisés par les brigades de contrôle et par des agents de la cellule anti-blanchiment habilités par le Collège. Leurs résultats se traduisent par des développements dédiés dans les rapports de contrôle généraux ou par la production de rapports spécifiques entièrement consacrés à cette question.

Afin de définir son programme de contrôle, elle choisit prioritairement les entreprises les plus sensibles en raison de la nature de leurs contrats ou de leurs réseaux de production, ainsi que celles apparaissant le moins bien armées du fait de déficiences potentielles dans leur organisation interne.

L'ACAM a le pouvoir de sanctionner un organisme qui n'a pas mis en place de procédures adéquates ou qui ne les respecte pas et ce, même si un examen approfondi de son portefeuille démontre par la suite qu'il n'a pas servi d'intermédiaire à une opération de blanchiment.

L'ACAM développe également le contrôle permanent, à travers des actions transversales permettant d'apprécier les moyens mis en oeuvre par la profession pour lutter contre le blanchiment. Elle a notamment diffusé à tous les acteurs du marché un questionnaire qui a donné lieu à une analyse globale et à des réponses personnalisées à chaque organisme.

Pour sensibiliser les acteurs professionnels et attirer leur attention sur la nécessité de s'investir réellement et efficacement dans cette lutte, la cellule anti-blanchiment a conduit plusieurs actions de communication : rencontres avec les professionnels, participation à des colloques, actions de formation.

#### La prise en compte des relations entre les compagnies et leurs courtiers

Compte tenu du mode de distribution des produits d'assurance et de l'application du principe reconnu au plan international du "Know your customer" (KYC), les relations entre les courtiers et les compagnies d'assurance occupent une place sensible dans le dispositif. Elles font donc l'objet d'une attention particulière de l'ACAM.

Au-delà des dispositions législatives et réglementaires, ces relations sont en effet régies par des relations contractuelles. Il apparaît ainsi important que les relations entre assureurs et intermédiaires soient matérialisées par une convention de courtage écrite fixant les droits et les devoirs de chaque partie. Généralement, ces conventions fixent la durée de la collaboration, les conditions de prorogation ou de rupture, les modalités de rémunération du courtier, ainsi que les règles de souscription.

#### La coopération de l'ACAM avec les autres acteurs de la lutte contre le blanchiment

##### > Au niveau international

L'ACAM participe aux travaux du Groupe d'Action Financière Internationale sur le blanchiment des capitaux (GAFI). En octobre 2001, celui-ci a adopté 8 "Recommandations Spéciales" relatives à la lutte contre le financement du terrorisme, complétées d'une 9<sup>ème</sup> en octobre 2004. En juin 2003, il a révisé ses "40 Recommandations" relatives à la lutte contre le blanchiment des capitaux, développant la notion d'approche par risque. Les travaux du GAFI concrétisent le développement de la coopération internationale et permettent d'en mesurer l'efficacité. Il compte aujourd'hui 34 membres (32 pays et gouvernements, dont la Chine depuis juin 2007, et deux organisations internationales) et plus de 20 observateurs (5 organismes régionaux de type GAFI et 15 organisations ou organismes internationaux).

L'ACAM collabore également avec les autorités de supervision bancaire et financière européennes (*Anti Money Laundering Task Force* - AMLTF). Dans ce cadre, la cellule anti-blanchiment participe aux travaux de l'AMLTF. Un sous-groupe des Comités de niveau 3 (3L3, cf. *infra*), basé à Londres, a pour objectif d'harmoniser les actions des superviseurs en matière de lutte contre le blanchiment et de faire émerger les meilleures pratiques au niveau européen.

##### > Au niveau national

L'ACAM participe aux travaux de transposition des directives européennes sur le blanchiment d'argent et le financement du terrorisme réalisés par la DGTPE. Par exemple, la 3<sup>e</sup> directive 2005/60/CE du Parlement européen et du Conseil du 26 octobre 2005 intègre les 40 recommandations du GAFI et étend les obligations de lutte contre le financement du terrorisme. Elle prévoit également une adaptation des obligations de vigilance en fonction du niveau de risque : vigilance allégée pour les risques faibles, vigilance renforcée pour les risques élevés. La transposition en droit français de cette directive doit avoir lieu au cours du 2<sup>e</sup> trimestre de l'année 2008.

En collaboration avec TRACFIN, l'Autorité poursuit également son action de sensibilisation du marché français. La qualité des déclarations de soupçon prime sur leur

nombre. Il apparaît essentiel que les déclarations transmises à TRACFIN soient suffisamment étayées et puissent être facilement exploitées.

L'ACAM collabore par ailleurs avec la Commission bancaire et l'AMF. Par exemple, des enquêtes sur l'anti-blanchiment sont menées conjointement avec la Commission bancaire chez des bancassureurs. Elles s'accompagnent de réunions périodiques de coopération entre ces institutions.

Enfin, la préparation des questionnaires à l'intention des organismes d'assurance pratiquant l'assurance vie sont l'occasion d'échanges approfondis avec les représentants des différentes catégories d'entreprises du secteur privé.

## 2. LA SURVEILLANCE DU MARCHÉ

### 1. Les statistiques

L'ACAM a pour mission principale de contrôler l'ensemble des organismes du marché français de l'assurance, quel que soit leur statut.

Dans ce cadre, l'ACAM collecte des informations auprès de l'ensemble des organismes qui relèvent de réglementations transposant les directives européennes en matière d'assurance. Quatre grandes catégories d'informations sont collectées :

- des informations comptables établies selon les règles fixées par le Comité de la réglementation comptable ;
- des états réglementaires d'aide à l'analyse des comptes ;
- des informations de toute nature auprès des organismes contrôlés ;
- des états statistiques n'ayant pas de finalité particulière en matière de contrôle prudentiel, mais collectés pour le compte de services statistiques ministériels ou européens.

La plupart de ces informations sont collectées sur base déclarative, pour partie à date fixe (cf. calendrier *infra*), en application d'arrêtés présents dans le Code des assurances, le Code de la sécurité sociale ou le Code de la mutualité. Les informations collectées présentent encore quelques différences selon les codes, mais sont en voie de convergence.



Pour les organismes du Code de la mutualité, la transposition des directives est plus récente : elle s'est accompagnée d'une refonte complète du plan comptable applicable et de la définition d'un jeu d'états d'aide à l'analyse des comptes.

Afin de mener à bien ses missions, l'ACAM dispose de nombreux tests de surveillance.

Au cours d'une année, les organismes contrôlés doivent faire parvenir à l'ACAM :

■ des états trimestriels :

T1 : flux trimestriel ;

T2 : encours trimestriel des placements ;

T3 : simulations actif-passif ;

■ un dossier annuel comprenant notamment :

- des renseignements généraux ;

- des documents comptables publiés ;

- des rapports de solvabilité, de contrôle interne, sur la politique de réassurance ;

- des états annuels d'analyse tels que l'état de couverture des engagements, l'état relatif à la marge de solvabilité ou des états de liquidation des provisions.

L'ACAM utilise les informations fournies pour remplir non seulement sa mission première de contrôle prudentiel, mais aussi celle de surveillance et de suivi du marché. Ainsi, des totalisations, issues des agrégations des réponses individuelles des sociétés, permettent d'élaborer des séries statistiques :

■ **résultats comptables annuels** (ensemble des planches comptables des totalisations des sociétés par nature d'activité).

■ **tableaux de synthèse** (panorama de la population assurantielle : les sociétés, leurs opérations...).

À ce titre, l'ACAM est membre du Conseil national de l'information statistique (CNIS) au sein de la formation "Monnaie, finance, balance des paiements".

Par ailleurs, l'ACAM est fournisseur de données pour un certain nombre d'organismes français et internationaux.

## 2. Les relations avec les assurés

### 1. La surveillance des contrats d'assurance

La surveillance des contrats fait partie intégrante de la mission de contrôle exercée par l'ACAM. La conception des contrats, leurs modalités de distribution et de souscription, la portée des garanties délivrées, puis leur mise en œuvre, leur modification ou leur résiliation sont autant de paramètres à prendre en compte dans le processus de vérification du respect des engagements pris par les organismes d'assurance envers leurs assurés.

Cette surveillance s'exprime par la réalisation de contrôles sur place, mais également par le biais de l'action du Département Droit du Contrat et Relations avec les Assurés.

### 2. Les missions du Département Droit du Contrat et Relations avec les Assurés

Ce département, composé de juristes titulaires de diplômes de troisième cycle en droit des assurances ou d'instituts de droit des assurances, d'anciens avocats et de rédacteurs, veille, au côté des brigades de contrôle, à ce que les organismes contrôlés respectent bien la réglementation applicable au contrat d'assurance ainsi que les dispositions contractuelles, dans leur relation avec les assurés.

**A cet effet, le DDCRA\* 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.**

Il contribue ainsi à la surveillance du marché et au respect des droits des assurés.

Dans le cadre de sa mission de traitement des réclamations relatives au contrat d'assurance, le DDCRA\* peut être saisi par les assurés au sens large (souscripteurs, bénéficiaires, victimes, etc...), mais également par des associations de consommateurs, des conciliateurs de justice, des notaires, voire par des intermédiaires, des associations souscriptrices de contrats ou des organismes d'assurance eux-mêmes. La réclamation est prise en compte dès lors que le litige est constitué par écrit entre l'assuré et l'organisme d'assurance. S'il estime la position du réclamant justifiée, le DDCRA\* peut inviter l'organisme à réexaminer une affaire en se conformant à ses obligations légales, réglementaires et contractuelles. Il n'est toutefois doté d'aucun pouvoir coercitif dans le cadre du traitement d'un litige individuel.

Le DDCRA\* n'intervient pas auprès des assurés en qualité de conseil juridique, ni de conseil en produits d'assurance. Il n'est pas non plus habilité à apprécier la réalité des éléments de fait qui lui sont soumis ou les conclusions contestées des experts. Il cesse en outre d'être compétent à l'égard de l'assuré lorsqu'une instance judiciaire est saisie de la réclamation qui lui a été parallèlement adressée.

Afin de répondre aux demandes les plus urgentes des particuliers, le DDCRA\* assure une permanence téléphonique au 01 55 50 41 00.

Le DDCRA\* exerce son activité en étroite collaboration avec les brigades de contrôle. Il sollicite leur avis technique et les tient régulièrement informées des réclamations dont il est saisi, mais établit également périodiquement des bilans, statistiques et procède à des analyses transversales de ces réclamations. Ces informations constituent notamment de précieux indicateurs susceptibles d'orienter le choix des contrôles. Le DDCRA\* est également amené à participer, aux côtés des brigades, à certains contrôles dans les domaines de la gestion des sinistres, du traitement des réclamations, du contentieux ou des contrats d'assurance.

### Calendrier des documents prudentiels fournis par les organismes contrôlés

janvier	avril	mai	juin	juillet	octobre
Etats trimestriels 4 <sup>ème</sup> trimestre n-1	Etats trimestriels 1 <sup>er</sup> trimestre n	Dossiers annuels n-1 IP	Dossiers annuels n-1 IRS	Etats trimestriels 2 <sup>ème</sup> trimestre n	Etats trimestriels 3 <sup>ème</sup> trimestre n
T3 T2 T1 IP Mutuelles Assureurs	T3 T2 T1 IP Mutuelles Assureurs			T3 T2 T1 IP Mutuelles Assureurs	T3 T2 T1 IP Mutuelles Assureurs
	Dossiers annuels n-1 IP		Dossiers annuels n-1 IRS		

### Demandes des organismes extérieurs adressées à l'ACAM

janvier	→ Annuaire statistique <b>INSEE</b> <i>Insurance statistics/Statistical questionnaire for the base year n-2 OCDE</i>
juin	→ Enquête annuelle réassurance <i>Global reinsurance market report IAIS</i>
juillet	→ <i>Sector reinsurance of CEIOPS/Financial stability report CEIOPS</i>
novembre	→ Données comptables <b>Banque de France</b>
décembre	→ Activité des sociétés dans Eurostat

\* Département Droit du Contrat et Relations avec les Assurés

La mission du DDCRA\* consiste également à analyser et veiller à la régularité juridique des contrats d'assurance qui lui sont soumis, mais aussi à conseiller, assister d'autres services de l'ACAM et réaliser des études juridiques sur des sujets de droit privé relatifs à tous les aspects juridiques du contrat d'assurance (contenu, distribution, souscription, application, résiliation) et à la gestion des relations avec les assurés (sinistres, réclamations, contentieux).

Enfin, le DDCRA\* exerce d'autres activités annexes de veille juridique, de formation, et participe aux différentes actions de l'ACAM, de communication, d'expertise technique auprès des ministères et de négociation internationale au sein du CEIOPS.

### 3. COOPÉRER AVEC LES AUTRES AUTORITÉS DE CONTRÔLE

#### Au niveau français

Lors de la promulgation de la loi de sécurité financière en 2003, le législateur a maintenu 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). Cette séparation, justifiée par les différences de nature des risques pris par les organismes, s'accompagnait d'une réelle volonté de voir se développer la coopération entre les trois autorités de contrôle sectorielles, notamment pour suivre le développement des conglomerats financiers 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 membre de droit du Collège de l'ACAM, tandis que le Président de l'ACAM est membre de droit de la Commission bancaire. Les deux Collèges se réunissent conjointement deux fois par an pour traiter de sujets d'intérêt commun. Une Charte de coopération et d'échanges d'informations - disponible sur le site Internet de l'ACAM et actualisée en 2004 - organise la collaboration entre les deux Secrétariats généraux.

Cette collaboration étroite comporte notamment la constitution d'équipes mixtes ACAM / Commission bancaire

pour des contrôles sur place coordonnés. Des missions conjointes sont ainsi régulièrement menées. Elles peuvent porter sur des groupes pratiquant à la fois des activités bancaires et d'assurance, ou sur l'une de leur composante sur des thèmes connexes aux deux secteurs. Des échanges d'expertise et d'expérience sur des thèmes connaissant des évolutions parallèles sont également organisés, par exemple via des interventions communes. 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, l'ACAM et l'AMF ont poursuivi leur collaboration. Il s'agit ici d'analyser le contenu de l'information et de la publicité à destination des consommateurs de produits financiers, qu'ils investissent directement ou par l'intermédiaire d'un contrat d'assurance vie en unités de compte.

#### Au niveau européen

Le marché européen unique de l'assurance repose sur des règles prudentielles harmonisées. Celles-ci sont définies dans des directives communautaires fixant notamment le régime de solvabilité des entreprises d'assurance et des institutions de retraite 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. À cette fin, ces dernières ont mis en place des protocoles pour organiser la coopération et l'échange d'informations nécessaires à l'application des directives.

De nombreux groupes d'assurance opèrent dans plusieurs pays européens via des filiales, des succursales ou en libre prestation de services. Si chaque pays a la charge du contrôle des entités juridiques implantées sur son territoire, une collaboration des différentes autorités de contrôle est indispensable. Il est notamment important de veiller à une bonne coordination des différents contrôles d'un même groupe, la solvabilité d'une société pouvant être affectée et interagir avec la situation financière des autres entités du groupe. L'évaluation de la capacité à tenir les engagements

contractés envers les assurés doit donc être réalisée à un niveau consolidé.

Dans ce contexte, le Contrôle français rencontre régulièrement ses homologues européens afin de coordonner les actions menées sur les problématiques transversales d'un groupe et les informations recueillies sur ses différentes composantes. Pour chaque groupe européen, un comité de coordination regroupant les différents responsables du contrôle prudentiel de chaque entité est créé. L'ACAM a en charge l'organisation des comités de coordination, la coordination du contrôle et le contrôle consolidé des groupes à tête de groupe française. Elle joue donc, dans ce cas, le rôle de "contrôleur chef de file" ("lead supervisor"). Par ailleurs, elle participe aux comités de coordination organisés par les contrôles étrangers pour les filiales françaises de groupes européens dont la tête de groupe n'est pas française.

La coopération de l'ACAM avec les autres autorités de contrôle de l'Union européenne se matérialise aussi par les nombreux et intensifs travaux préparatoires à l'adoption du futur régime de solvabilité, dit "Solvabilité II", et par des travaux d'étude en vue de rédiger des avis destinés à la Commission européenne.

#### Le rôle du CEIOPS (COMMITTEE OF EUROPEAN INSURANCE AND OCCUPATIONAL PENSION SUPERVISORS)

L'essentiel de la coopération de l'ACAM avec les autres autorités de contrôle se fait dans le cadre du CEIOPS, ou

#### À savoir...

Une structure contrôlée dans un pays européen peut opérer en créant une succursale dans un autre pays européen, dans le respect du droit local du contrat. Une société étrangère localisée dans l'Espace Economique Européen peut donc commercialiser des contrats d'assurance sur le territoire français.

Toutefois, le contrôle de la succursale reste sous la responsabilité des contrôleurs du pays d'origine. En vertu de l'article 11 de la directive 2002/83/CE concernant l'assurance directe sur la vie, les contrôleurs du pays de la succursale ont la possibilité de participer au contrôle.

CECAPP en français (Comité Européen des Contrôleurs d'Assureurs et de Pensions Privées). Ce comité a été créé par une décision de la Commission européenne du 5 novembre 2003, dans le cadre de l'application de la procédure dite "Lamfalussy" au secteur des assurances et fonds de pension. Il a remplacé la Conférence des Autorités de Contrôle des Assurances des États membres de l'Union européenne mise en place en 1958 et dont la France assurait le secrétariat.

Le CEIOPS regroupe les représentants à haut niveau des autorités de contrôle des 30 États membres de l'Union européenne et de l'Espace économique européen (UE/EEE), ainsi que la Commission européenne. Les autorités de contrôle des assurances et fonds de pensions des États membres de l'UE sont membres votants de l'assemblée des membres (members'meeting) du CEIOPS, l'organe décisionnel. Les autorités de contrôle des autres États de l'EEE ont le statut d'observateurs. Chaque État membre dispose d'une délégation. 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 dirigé par un "Managing Board" élu pour deux ans.

Le CEIOPS suit l'application des directives communautaires en vigueur s'appliquant à l'assurance et aux pensions professionnelles. Il veille au bon fonctionnement des comités de coordination. Des accords ont été adoptés en 2007 pour améliorer la médiation et la coopération entre les autorités de contrôle membres du CEIOPS et des autorités non membres du CEIOPS.

Outre l'application des directives, le CEIOPS travaille sur des projets de mise en place de formations à l'échelle européenne et d'échanges de personnels entre les autorités de contrôle. Ainsi, c'est dans le cadre du CEIOPS que l'ACAM travaille, en coopération avec les autres autorités de contrôle de l'UE/EEE, à la mise en place du futur régime "Solvabilité II". Le CEIOPS a notamment fourni à la Commission européenne une expertise technique pour la rédaction de la proposition de directive de principe de "niveau 1", qui doit être adopté en 2008 (Solvabilité II, cf. *infra*).



### Les travaux communs des comités de niveau 3

Le CEIOPS et les 2 autres comités de "niveau 3", le CESR (*Committee of European Securities Regulators*, comité européen des autorités des marchés financiers), le CEBS (*Committee of European Banking Supervisors*, comité européen des superviseurs bancaires), se regroupent depuis 2005 en un comité dit 3L3. Celui-ci poursuit cinq objectifs :

- le partage d'informations pour rendre compatible les approches ;
- l'échange d'expériences pour favoriser les coopérations entre superviseurs ;
- la production de rapports sur des sujets d'intérêt commun ;
- la réduction des difficultés de contrôle ;
- l'harmonisation des fonctionnements des comités.

Le comité 3L3 travaille ainsi notamment sur les questions de conglomerats financiers, de lutte anti-blanchiment ou de comparaison des directives Bâle II/ Solvabilité II. L'ACAM participe plus particulièrement aux travaux sur la comparabilité des règles applicables aux produits financiers (notamment unités de compte des contrats d'assurance vie / OPCVM vendus en direct).

### 4. DÉVELOPPER D'AUTRES RELATIONS INTERNATIONALES

Au-delà de l'Europe, la coopération se développe au sein de l'*International Association of Insurance Supervisors* / IAIS (Association Internationale des Contrôleurs d'Assurance en français), de l'*International Organisation of Pension Supervisors* / IOPS (Organisation Internationale des Contrôleurs de Pension en français) et de l'OCDE.

La coopération internationale s'organise au sein de différents organismes :

#### L'IAIS (INTERNATIONAL ASSOCIATION OF INSURANCE SUPERVISORS)

Créée en 1994, l'IAIS représente près de 190 organismes de 140 pays des cinq continents. Ceux-ci sont chargés du

contrôle et de la supervision des organismes d'assurance.

L'IAIS a notamment pour mission de :

- favoriser des échanges d'informations entre contrôleurs sur les réglementations, les marchés et les entreprises ;
- définir des principes communs de contrôle et développer des règles de référence en vue de leur généralisation ;
- aider les contrôleurs des pays émergents à mettre en place une réglementation adéquate et une surveillance efficace. Association non gouvernementale, l'IAIS n'a pas le pouvoir d'édicter des règles auxquelles les États devraient se conformer ;
- apporter sa contribution à la stabilité des marchés financiers.

Ses recommandations ont une influence croissante. Le Fonds Monétaire International et la Banque Mondiale s'appuient en particulier sur les "principes fondamentaux" (insurance core principles) de l'IAIS 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 veille à la cohérence avec les travaux de l'IAIS dans le projet "Solvabilité II".

Un mécanisme d'accord multilatéral de coopération et d'échange d'informations a été mis en place, auquel tous les membres de l'IAIS sont invités à adhérer.

Par ailleurs, le sous-comité "Conglomerats Financiers", présidé par l'ACAM, élabore des "Principes pour la Supervision des Groupes".

#### L'IOPS (INTERNATIONAL ORGANISATION OF PENSION SUPERVISORS)

L'IOPS est une organisation indépendante rassemblant des représentants et observateurs d'une cinquantaine de pays de tous niveaux de développement économique. Elle a pour objectif d'établir des standards internationaux, de promouvoir les bonnes pratiques en matière de contrôle des régimes de retraite privée - régimes qui ne relèvent pas de la Sécurité Sociale - de favoriser la coopération internationale et de fournir un lieu d'échanges d'informations.

L'IOPS travaille en étroite collaboration avec les autres organisations internationales concernées par les questions de retraite : l'IAIS, le Fonds Monétaire International et la

Banque Mondiale. L'OCDE assure son secrétariat.

L'ACAM, qui contrôle une partie des engagements de retraite privée souscrits en France (produits de retraite commercialisés par les compagnies d'assurance, institutions de retraite professionnelle et institutions de retraite supplémentaire), est membre du comité technique de l'IOPS.

#### L'OCDE (ORGANISATION DE COOPÉRATION ET DE DÉVELOPPEMENT ÉCONOMIQUE)

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 ainsi qu'un groupe de travail des pensions privées se réunit deux fois par an. L'ACAM, aux côtés du Ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi, participe à leurs travaux.

#### Les collaborations multilatérales

L'ACAM entretient des collaborations et mène des missions de coopération d'appui technique principalement vers les pays francophones et les pays accédant à l'Union européenne.

Par exemple, la 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 États d'Afrique sub-saharienne membres de la zone franc. Son organe décisionnel en matière de mise en œuvre et de respect de la réglementation, la Commission régionale, siège quatre fois par an. Deux commissaires-contrôleurs de l'ACAM en font partie à titre d'expert.

Le fonctionnement de la CIMA s'organise autour de quatre organes :

- le Conseil des ministres, organe de décision ;
- la CRCA, Commission Régionale de Contrôle des Assurances, organe régulateur ;
- le Comité des experts, organe technique ;
- le Secrétariat général qui organise les missions de contrôle décidées par la CRCA.

### 5. LA VOCATION PÉDAGOGIQUE DE L'ACAM

Grâce à ses contrôles sur place et aux données recueillies annuellement auprès de la totalité des organismes, l'ACAM constitue un observatoire privilégié des problématiques communes aux acteurs et au marché. Dans ce contexte, elle développe divers outils de sensibilisation, de communication et d'échanges avec la profession.

#### Les enquêtes transversales

Elles sont menées par le Secrétariat général de l'ACAM sous la forme de contrôles thématiques ou de questionnaires adressés à tous les opérateurs du marché. Elles ont conduit de nombreux organismes d'assurance à identifier et 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, insuffisance du tarif et des provisions pour les garanties-plancher accordées 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 portant sur la première fois sur tous les organismes d'assurance contrôlés par l'ACAM visait notamment 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

Elles ont 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 à de nouvelles exigences prudentielles (nouveaux états prudentiels applicables aux mutuelles de manière progressive à compter de l'exercice 2005), aux consultations (CP) et aux études quantitatives d'impact (QIS) lancées par le CEIOPS dans le cadre du projet Solvabilité II.

## **Le rapport d'activité, la Lettre de l'ACAM et "Analyse et synthèse"**

Chaque année, **le rapport d'activité** présente l'ACAM et le bilan de son activité.

**La Lettre de l'ACAM** a été lancée en 2007. Ces deux supports contiennent des développements sur des 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.

**Analyse et synthèse** est également un nouveau document créé en 2007 par le département Etudes et suivi du marché de l'ACAM. L'exploitation des données statistiques permet de présenter des études approfondies. La première édition de cette nouvelle publication a été consacrée au marché français de l'assurance ; la seconde, aux principaux enseignements de la troisième étude quantitative d'impact (QIS3).

Enfin, **le site Internet**, en cours de refonte, demeure une source d'information privilégiée pour les organismes contrôlés et les assurés.

## **Les recommandations à caractère général**

Ces recommandations ne visent pas à créer de nouvelles normes opposables aux organismes, mais plutôt à les éclairer sur ce qui est attendu d'eux en matière de bonnes pratiques, dans des 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.

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. L'objectif est de recueillir leurs observations et de 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 (celui-ci 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 donne pas à l'ACAM un interlocuteur unique. Néanmoins, l'ACAM entretient des relations permanentes avec les fédérations qui regroupent la quasi totalité des organismes soumis à son contrôle.

## Les organisations professionnelles des organismes d'assurance

**L'AFA (ASSOCIATION FRANÇAISE DES ASSUREURS) : créée fin 2007, elle regroupe la FFSA et le GEMA.**

**La FFSA (FÉDÉRATION FRANÇAISE DES SOCIÉTÉS D'ASSURANCE) :** créée en 1937, elle regroupe 289 entreprises d'assurance de différents statuts (sociétés anonymes regroupées au sein de la FFSA, sociétés d'assurance mutuelles regroupées au sein de la FFSA, et succursales de sociétés étrangères).

**Le GEMA (GROUPEMENT DES ENTREPRISES MUTUELLES D'ASSURANCE) :** syndicat professionnel créé en 1964, il regroupe 17 sociétés mutuelles d'assurance sans intermédiaires et 24 sociétés anonymes filiales des précédentes.

**Le CTIP (CENTRE TECHNIQUE DES INSTITUTIONS DE PRÉVOYANCE) :** créé en 1986, il regroupe la quasi totalité des 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 2 000 mutuelles et unions régies par le Code de la mutualité pratiquant des activités d'assurance (mutuelles et unions dites du livre II) ou gérant des oeuvres sanitaires et sociales (mutuelles et unions dites du livre III). La FMF (FÉDÉRATION DES MUTUELLES DE FRANCE) en est désormais membre.

# Partie 2

## L'activité de l'ACAM en 2007

<b>I - LES FAITS MARQUANTS EN 2007</b>	<b>37</b>		
2007 en bref : rappel chronologique des faits marquants			
<b>1. Sanctions et autres décisions particulières</b>	<b>39</b>		
1. Récapitulatif des décisions prises par le Collège en 2007			
2. Décisions de l'ACAM			
<b>2. Recommandations de l'ACAM</b>	<b>41</b>		
1. Rapport sur la gouvernance			
2. Recommandations sur la réassurance à transfert de risque limité			
3. Cas pratiques			
3.1 Provisionnement			
3.2 Information aux assurés			
3.3 Pratique de l'assurance			
<b>3. Enquêtes et évolutions de marché</b>	<b>46</b>		
1. Les institutions de retraite supplémentaire (IRS)			
2. La crise financière des crédits hypothécaires risqués, dits "subprimes"			
3. La lutte anti-blanchiment			
4. Les mutuelles			
		<b>4. L'activité du Département Droit du Contrat et Relations avec les Assurés</b>	<b>54</b>
		1. Statistiques	
		2. Problématiques rencontrées	
		2.1 Sujets transversaux	
		2.2 Assurance vie et information aux assurés	
		2.3 L'assurance emprunteur	
		<b>5. Débats en cours et thèmes d'actualité</b>	<b>65</b>
		1. Place de Paris	
		1.1 Le Haut comité de place	
		1.2 La meilleure régulation	
		2. Actualités juridiques	
		2.1 Transposition de la directive réassurance	
		2.2 Transposition de la directive homme-femme	
		2.3 Révision du protocole de Sienne	
		2.4 Assurance vie	
		<b>II - LE PROJET SOLVABILITÉ II</b>	<b>74</b>



## PARTIE 2

L'activité de  
l'ACAM en 2007

## I - Les faits marquants en 2007

## 2007 EN BREF...

- **11 janvier** : décision prononçant le transfert d'office d'une partie du portefeuille des contrats et portant retrait des agréments de la Mutuelle de l'Alliance et des régions françaises.
- **20 mars** : relèvement des exigences prudentielles et seuils minimums de fonds de garantie pour les mutuelles et unions pratiquant des opérations d'assurance.
- **2 avril** : lancement de la troisième étude quantitative d'impact (QIS 3).
- **10 avril** : décision portant mise sous surveillance spéciale de la mutuelle La France Mutualiste.
- **18 avril** : nomination d'Antoine Mantel, nouveau Secrétaire général de l'ACAM.
- **23 avril** : conférence du Contrôle de l'ACAM autour de trois thèmes : les mutuelles, la réassurance à limite dite "finite" et lancement de la troisième étude quantitative d'impact (QIS 3).
- **30 avril** : date limite pour l'inscription des intermédiaires sur le registre ORIAS.
- **7 mai** : décision portant modification et publication d'une sanction prononcée à l'encontre de la société PREDICA.

■ **Etats détaillés annuels envoyés à l'ACAM :**

- **30 avril** pour les organismes relevant du Code des assurances ;
- **31 mai** pour les institutions de prévoyance et les mutuelles relevant du Livre II du Code de la mutualité ;
- **30 juin** pour les institutions de retraite supplémentaire.

■ **29 juin** : date limite de réponse à l'étude quantitative d'impact QIS 3.

■ **10 juillet** : conférence de presse de l'ACAM à l'occasion de la publication de son rapport d'activité.

■ **10 juillet** : adoption par le Collège des Commissaires européens de la proposition de directive Solvabilité II.

■ **15 juillet** : date limite de retour du questionnaire relatif à la lutte anti-blanchiment.

■ **Courant juillet :**

- Présidence de l'ACAM à la tête du groupe de travail "Best estimate" dans le cadre du projet "Solvabilité II".
- Election de Pauline de Chatillon à la présidence du Financial requirements expert group - groupe d'experts sur les exigences quantitatives (FREG).

■ **11 octobre** : Conférence du Contrôle de l'ACAM sur la présentation au marché des conclusions du questionnaire anti-blanchiment et de QIS 3.



■ **31 octobre** : avis de l'ACAM relatif à la révision à la hausse des montants en euros servant au calcul des montants minimaux de fonds de garantie et des exigences minimales de marge en assurance non-vie.

■ **Novembre** :

- Publication du rapport du groupe de travail sur la Gouvernance.
- 20 novembre : conférence annuelle du CEIOPS.
- 30 novembre : nomination de Jean-Philippe VACHIA au poste de vice-président de l'ACAM.
- Lancement d'une nouvelle publication de l'ACAM intitulée "Analyses et synthèses".

■ **Décembre 2007**

- Présentation générale sur le contrôle des intermédiaires d'assurance.
- Réunion sur l'état de la coopération entre TRACFIN, la Commission Bancaire et les services de l'ACAM en matière de lutte anti-blanchiment.
- **30 décembre** : publication des décrets d'application de l'article 116 de la loi Fillon du 21 août 2003, relatif à la transformation des Institutions de retraite supplémentaire (IRS) (textes permettant pour chaque IRS, avant le 31 décembre 2008, soit la fusion avec une Institution de prévoyance (IP) ou l'agrément de l'IRS en tant qu'IP, soit la transformation de l'IRS en Institution de gestion de retraite supplémentaire -IGRS-).

■ **Début 2008**

- **16 janvier 2008** : décès de Monsieur Jean-Luc Aubert, membre du Collège de l'ACAM depuis 2001 et conseiller honoraire à la Cour de Cassation.
- **Février** : recommandation de l'ACAM concernant les éléments à lui communiquer sur les traités de réassurance et opérations à transfert de risque limité dits "finite".
- **26 février** : dans le cadre de Solvabilité II, codification d'une directive supplémentaire et accord Rome I.
- **17 mars** : décès de Madame Véronique Lagarde, chef du bureau des questions comptables de l'ACAM.
- **30 mars** : date limite de réponse au questionnaire lutte anti-blanchiment adressé aux mutuelles et institutions de prévoyance.
- **31 mars** : publication des spécifications techniques du QIS 4 par la commission européenne.
- **2 avril** : nomination de Cyril Roux au poste de Secrétaire général adjoint.
- **début avril** : publication par l'ACAM des orientations nationales du QIS 4.
- **avril à juillet** : déroulement de l'exercice QIS 4.
- **15 avril** : Conférence du Contrôle sur les mutuelles et la quatrième étude quantitative d'impact QIS 4 (lancement).

## 1. SANCTIONS ET AUTRES DÉCISIONS PARTICULIÈRES

En 2007, L'ACAM n'a prononcé que trois sanctions, dont deux ont été rendues publiques. Le prononcé de mesure de sauvegarde ou d'urgence a également diminué (onze contre vingt en 2006), tandis que le nombre de décisions portant fin de placement demeure inchangé par rapport à l'année précédente. *A contrario*, elle a émis davantage de recommandations qu'en 2006. Le recours à cette mesure non contraignante a concerné une union, une mutuelle et une entreprise d'assurance.

2007 a également été la première année où l'ACAM a fait

application des dispositions de l'article L. 510-6 du Code de la mutualité qui lui permettent de désigner un commissaire aux comptes supplémentaire au sein d'un organisme. Enfin, dans le cadre du décret n°2004-487, le Collège a approuvé les plans de provisionnement présentés par deux institutions de prévoyance qui restent dès lors soumises à des obligations d'information accrues vis-à-vis de l'Autorité de Contrôle. Pour l'un des organismes, cette approbation du plan de provisionnement met également un terme à la procédure de sanction initiée à son encontre en juillet 2006. Enfin, pour la première fois depuis sa création en juillet 2004, l'Autorité de Contrôle a refusé d'approuver une convention de substitution présentée par une union de mutuelles.

### 1. Récapitulatif des décisions prises par le Collège – année 2007

Nature de la décision		Sociétés d'assurance	Institutions de prévoyance	Mutuelles	TOTAL
Sanction	Personne morale	2 publiées	0	1 non publiée	3
Recommandation		1	0	2	3
Surveillance spéciale	Placement	1	0	3	4
	Maintien	0	0	1	1
	Fin	0	0	3	3
Administration provisoire	Placement	0	0	2	2
	Confirmation	0	0	2	2
	Prolongation	0	0	2	2
	Fin	0	0	2	2
Caducité d'agrément		4	1	0	5
Désignation d'un liquidateur		1	0	0	1
Approbation d'un plan de provisionnement		0	2	0	2
Autorisation d'opérer sans agrément		2	0	0	2
Refus de convention de substitution		-	-	1	1
Nomination de CAC supplémentaire		0	0	1	1
<b>TOTAL</b>		<b>11</b>	<b>3</b>	<b>20</b>	<b>34</b>

## 2. Décisions de l'ACAM

### LA MUTUELLE DE L'ALLIER ET DES RÉGIONS FRANÇAISES ASSURANCES (MARF ASSURANCES)

La Mutuelle de l'Allier et des régions françaises (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.

Société d'assurance mutuelle d'origine régionale, la 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. Aussi, a-t-elle conclu en 2002 une convention de réassurance d'une durée de 10 ans avec le groupe Monceau. Des dissensions s'étant faites jour en juin 2006, le groupe Monceau a dénoncé son soutien, rendant par là-même la MARF redevable d'une somme excédant ses fonds propres (16 M€).

Ainsi la MARF ne respectait plus les exigences de couverture de marge de solvabilité auxquelles elle était soumise.

En janvier 2007, l'ACAM a pris la décision de transférer d'office les parties du portefeuille de la MARF pour lesquelles elle avait reçu des offres acceptables et celle de retirer l'agrément à cette société d'assurance mutuelle a été publiée au JO du 16 janvier. En conséquence, les contrats non transférés ont cessé d'avoir effet le 20 février, pour autant qu'un autre assureur n'ait pas fait d'offre individuelle de reprise à leurs titulaires.

Le TGI de Moulins a ouvert la liquidation judiciaire le 8 février. C'est la présidente de ce tribunal qui a été désignée comme juge commissaire ; elle est assistée, comme les textes le prévoient, par un commissaire contrôleur des assurances. La juge commissaire a désigné un liquidateur judiciaire, tandis que, en parallèle, l'ACAM désignait un liquidateur chargé des opérations d'assurance.

### LA FRANCE MUTUALISTE

La France mutualiste, spécialisée dans la retraite mutualiste du combattant, a été placée sous surveillance spéciale en application des dispositions des articles L. 510-9 et R. 510-3 I du Code de la mutualité.

Cette décision a notamment été motivée par les éléments suivants :

- l'ouverture d'une procédure d'alerte par le comité d'entreprise suite à la mise à pied de la directrice générale par le président, puis l'engagement d'une procédure pouvant aller jusqu'à son licenciement, ce qui conduisait au deuxième départ d'un directeur général en quinze mois ;
- l'absence de procédure, tant en matière de lutte anti-blanchiment, qu'en matière de contrôle interne, les deux personnes embauchées pour les mettre en place ayant été licenciées par le président en février 2007 ;
- la gestion imprudente des actifs immobiliers ;
- l'inadéquation du portefeuille d'actifs de la mutuelle avec son passif en 2005, le rééquilibrage du portefeuille entamé en 2006 étant en cours ;
- le refus du conseil d'administration de signer une convention tripartite de distribution de produits d'assurance entraînant pour la mutuelle l'absence de moyen légal pour vendre ses produits ;
- la défaillance du mode de gouvernance de la mutuelle ;
- l'absence en interne des compétences nécessaires à la gestion de la mutuelle.

De plus, en application des dispositions de l'article L. 510-8 du Code de la mutualité, une recommandation a été adressée à la France mutualiste afin qu'elle prenne les mesures visant à pallier les défaillances susmentionnées.

### Sanction d'un organisme d'assurance pour manquement au devoir d'information envers l'ACAM

L'Autorité a sanctionné un organisme d'assurance pour n'avoir pas respecté diverses obligations d'information à son égard et, en particulier, pour n'avoir pas transmis son dossier annuel (cf. Partie I) dans les délais alors même que sa situation financière était dégradée. Elle lui a infligé un avertissement et une sanction pécuniaire néanmoins limitée à 15 000 €, pour tenir compte de sa très petite taille, de sa situation financière et des actions accomplies pour régulariser la situation.

Dans un but de prévention, l'Autorité de contrôle a

souhaité rendre publique cette décision. Elle souligne ainsi l'importance que revêt à ses yeux la transmission dans les temps de l'information réglementaire : tout retard est une forme d'obstacle à sa mission de contrôle. Dans ce cas particulier, les difficultés financières, loin de devoir retarder l'information de l'Autorité de contrôle, auraient dû conduire l'organisme à se rapprocher d'elle au plus vite.

## 2. RECOMMANDATIONS DE L'ACAM

### 1. Rapport sur la gouvernance

Ainsi que l'ACAM l'a observée à maintes reprises, **une gouvernance de qualité est un déterminant fondamental de la santé à long terme des organismes d'assurance, donc de leur capacité à tenir leurs engagements**. S'inscrivant dans le cadre de la loi de sécurité financière et dans l'esprit des principes adoptés par l'IAIS ("insurance core principles"), les articles L. 310-12 du Code des assurances, L. 951-2 du Code de la sécurité sociale et L. 510-3 du Code de la mutualité donnent ainsi mission à l'ACAM de vérifier le bon fonctionnement des organes dirigeants et délibérants des organismes soumis à son contrôle. Initialement centrées sur le gouvernement d'entreprise *stricto sensu*, les dispositions relatives à la gouvernance s'étendent désormais à l'ensemble des mécanismes de contrôle des risques.

L'ACAM a souhaité examiner quelles bonnes pratiques pouvaient être recommandées dans ce domaine. Un groupe de travail présidé par Monsieur Vandier, ancien président de la MACIF, a été constitué ; enrichissant sa réflexion par un dialogue constant avec les fédérations professionnelles, ce groupe de travail a rédigé un rapport sur "**La gouvernance des organismes d'assurance**" qui a été approuvé par le Collège de l'ACAM à l'automne septembre 2007.

Ce rapport formule 36 recommandations regroupées en 3 chapitres :

- l'organisation et le fonctionnement des pouvoirs ;
- le contrôle interne et la conformité ;
- la transparence et le contrôle externe.

Ces recommandations s'adressent à l'ensemble des organismes soumis au contrôle de l'ACAM. Toutefois,

compte tenu des grandes disparités existant entre les multiples intervenants du secteur, elles ont naturellement vocation à s'appliquer avec discernement, en s'adaptant à la taille et aux spécificités de chaque organisme.

#### 1.1 L'organisation et le fonctionnement des pouvoirs

Les recommandations réaffirment le rôle central du conseil d'administration dans la conduite de l'organisme d'assurance, quelle que soit sa forme juridique. Elles prévoient en particulier qu'un bureau ayant notamment pour objectif de préparer les délibérations du conseil, et dont le rôle et la composition doivent figurer dans les statuts, soit constitué dès qu'il y a plus de 12 administrateurs.

Le mode de sélection des administrateurs, leur qualification et leur formation doivent leur permettre d'exercer efficacement leurs missions de représentation, de contrôle et d'orientation. Ils doivent également recevoir une information suffisante préalablement à chaque réunion du conseil.

Le rapport préconise également l'établissement d'un règlement intérieur du conseil, et propose une liste de thèmes qui devraient faire l'objet d'une délibération au moins annuelle (décisions stratégiques, analyse des principaux risques...).

En fonction des besoins, est recommandée la mise en place de comités du conseil, composés d'administrateurs, éventuellement assistés de personnes qualifiées : comité d'audit, des rémunérations, des risques, des placements, de suivi des filiales...

Pour garantir l'équilibre des pouvoirs entre le directeur général et le conseil, une liste des décisions que ce dernier ne saurait déléguer devrait être établie. Il paraît en outre nécessaire que les organismes s'interrogent périodiquement sur l'éventuelle opportunité de séparer les fonctions de président et de directeur général.

L'assemblée générale doit être en mesure d'exercer pleinement ses attributions. Par exemple, l'information des sociétaires, adhérents et participants devrait être renforcée et le système des délégués des sociétés d'assurance mutuelle et des mutuelles devrait être amélioré et clarifié.

Par ailleurs, certaines décisions d'importance exceptionnelle devraient être systématiquement soumises à l'assemblée (par exemple les modifications significatives de la structure du groupe, les réorientations de l'activité...).



## 1.2 Le contrôle interne

Sur ce sujet, les recommandations du rapport viennent en complément des dispositions réglementaires déjà applicables (pour les sociétés d'assurance, décret n° 2006-287 du 13 mars 2006 instaurant le rapport sur le contrôle interne, des décrets équivalents étant susceptibles d'être adoptés prochainement pour les organismes d'assurance relevant des autres codes).

Le contrôle interne se définit comme un ensemble de règles de sécurité du fonctionnement des services, associées à des procédures de contrôle de leur application et de leur efficacité. Les organismes d'assurance devraient donc disposer de mécanismes de contrôle permanent garantissant la bonne conduite des opérations : qualité de l'information comptable et financière, application effective de la stratégie générale, surveillance et évaluation des risques, conformité aux dispositions légales, réglementaires, contractuelles et aux normes professionnelles ou déontologiques.

Un audit interne, dont l'indépendance vis-à-vis des services doit être garantie, devrait vérifier, par des contrôles périodiques, l'efficacité et la cohérence du dispositif.

Parallèlement, un contrôle de conformité des opérations devrait prévenir le risque de sanction judiciaire, administrative ou disciplinaire, d'atteinte à la réputation et de perte financière qu'engendre le non-respect des dispositions légales, réglementaires, de normes professionnelles ou déontologiques.

Le contrôle interne doit s'exercer sur l'ensemble de l'organisme, sur ses filiales et participations, et sur les éventuels délégataires. Il doit reposer sur un corps de règles internes explicite, cohérent et complet ; sous la responsabilité du conseil d'administration, des procédures écrites devraient être diffusées de manière appropriée au sein des services : en particulier en ce qui concerne les délégations de signature et de pouvoirs, la séparation des tâches et des diverses responsabilités.

Enfin, il devrait y avoir une indication publique de l'existence et du contenu d'un code des bonnes pratiques que l'organisme s'engage à respecter.

## 1.3 La transparence

Une bonne gouvernance implique nécessairement une grande transparence, c'est-à-dire une information très large du public et de tous les acteurs du marché concernés, ainsi que de l'Autorité de contrôle.

Ainsi, vis-à-vis du public, il est recommandé que, au-delà des strictes obligations réglementaires, chaque organisme diffuse largement (par exemple sur son site internet) un rapport annuel comportant au moins les informations suivantes : composition du conseil et de la direction, mandats et fonctions exercés par les administrateurs hors de l'entreprise, rapports de gestion et des commissaires aux comptes, comptes annuels, projets de résolution soumis à l'assemblée générale, compte-rendus de l'assemblée générale

Vis-à-vis de l'ACAM, les améliorations souhaitables passeraient par un enrichissement et une mise en cohérence des différents rapports établis par le conseil (par exemple l'unification des rapports de solvabilité et de réassurance). Par ailleurs, la nécessaire vérification de la compétence et de l'honorabilité des dirigeants serait facilitée par la tenue à jour d'un cursus du haut encadrement. Enfin, au sein des groupes, la surveillance des filiales et des actifs stratégiques devrait faire l'objet d'informations complémentaires spécifiques.

**Tout organisme d'assurance se doit d'être irréprochable en matière de gouvernance, car il en va de la protection des intérêts des assurés.** Cette préoccupation sera certainement réaffirmée dans le futur régime prudentiel Solvabilité II, dans lequel il est envisagé que les cas avérés de mauvaise gouvernance puissent conduire à des exigences de fonds propres supplémentaires au titre du deuxième pilier.

## 2. Recommandations sur la réassurance à transfert de risque limité dite "finite"

**En mai 2006, l'ACAM a réalisé une enquête sur l'utilisation des traités de réassurance "à limite" par les organismes soumis à son contrôle. L'enquête avait pour objectif de faire un état des lieux des traités de réassurance "à limite" souscrits sur le marché français, et de sensibiliser les acteurs à cette problématique.** Les problèmes potentiels posés par les traités de réassurance dite "finite"

tiennent aux arbitrages comptables qu'ils permettent et au manque de transparence qui peut en résulter sur les résultats et le bilan.

**Par ailleurs, l'ACAM tient à rappeler aux organismes assureurs que les traités de réassurance dite "finite" sont moins protecteurs que les traités de réassurance traditionnelle : les mécanismes propres à ces traités ont pour conséquence, en cas de dégradation de la sinistralité, une moindre prise en charge du risque par le réassureur.**

La vigilance sur ces traités de réassurance a été renforcée dans la plupart des juridictions. L'Association Internationale des Contrôleurs d'Assurance (AICA ou IAIS en anglais) a prévu de mettre à jour cette année son document d'orientation sur la réassurance dite "finite" d'octobre 2006.

L'enquête transversale a notamment montré que les informations figurant dans les rapports sur la politique de réassurance et les rapports de solvabilité s'avèrent aujourd'hui très hétérogènes entre les organismes, et manquent dans certains cas de précisions sur les caractéristiques essentielles des traités souscrits. Certes, l'instauration à partir de 2004 des états C8 et C9 a permis à l'ACAM d'obtenir une meilleure description annuelle du plan de réassurance des organismes soumis à son contrôle. Cependant, ces états ne permettent pas d'apprécier avec la précision souhaitée la couverture en réassurance, notamment pour tout ce qui concerne les clauses atypiques (primes ou commissions de réassurance variables en fonction de la sinistralité, caractère rétrospectif du traité, etc...).

Les résultats de cette enquête ont été présentés au marché lors d'une conférence du contrôle en avril 2007. Les services de l'ACAM ont ensuite rencontré l'ensemble des organisations professionnelles (FFSA, GEMA, FNMF, FNIM, CTIP, CNCC) dans la perspective de l'élaboration d'un projet de recommandation.

En effet, le Collège de l'ACAM, après avoir pris connaissance des résultats, a décidé en mars 2007 de publier une note de recommandation sur la réassurance à transfert de risque limité.

Il a souhaité responsabiliser les membres des conseils d'administration, directoires et conseils de surveillance des organismes soumis à son contrôle, en insistant sur

la transparence et la qualité de l'information concernant les opérations de réassurance. Le rapport sur la politique de réassurance et/ou le rapport de solvabilité devraient notamment décrire, pour chaque traité de réassurance "à limite", les clauses permettant de limiter le transfert de risque aux réassureurs, ainsi que les raisons ayant conduit la cédante à souscrire un tel traité et la méthode de comptabilisation retenue.

Cette note de recommandation, qui peut servir de guide indicatif sur les éléments à inclure dans ces rapports et dans l'annexe aux comptes sociaux au sujet des couvertures de réassurance, est disponible sur le site internet de l'ACAM : [www.acam-france.fr](http://www.acam-france.fr)

Le périmètre de cette recommandation, adoptée par le Collège de l'ACAM et publiée en janvier 2008, inclut l'ensemble des opérations de transfert de risque réalisées par un organisme assureur ou réassureur (traités de réassurance, titrisations...). Il poursuit un objectif double, d'une part sensibiliser l'ensemble des organismes aux opérations de réassurance à transfert de risque limité et d'autre part améliorer l'appréciation de la solvabilité des organismes contrôlés par l'ACAM.

La note rappelle dans un premier temps la réglementation relative au rapport sur la politique de réassurance et au rapport de solvabilité. L'ACAM invite également les organismes qui ne sont pas soumis à l'obligation d'établir un rapport sur la politique de réassurance (réassureurs, mutuelles du Code de la mutualité et institutions de prévoyance) à décrire et à justifier leur politique de réassurance dans leur rapport de solvabilité, pour ceux qui ne le feraient pas encore.

Le champ des traités visé spécifiquement par la recommandation se base sur la définition de la directive réassurance et sur les dispositions des différents codes relatives aux traités de réassurance ne prévoyant aucun transfert de risque ou du moins un transfert limité. Les traités visés sont ceux qui ont un impact significatif sur le bilan ou le compte de résultat de l'exercice courant ou des exercices à venir.

La réassurance dite "finite" est définie comme suit dans la directive réassurance : "...réassurance en vertu de laquelle la perte maximale potentielle, exprimée comme le risque



économique maximal toléré, découlant d'un transfert significatif à la fois du risque de souscription et du risque de timing, excède la prime sur toute la durée du contrat, pour un montant limité, même important, conjointement avec l'une au moins des deux caractéristiques suivante :

- la prise en considération explicite et matérielle de la valeur temps de l'argent,
- des dispositions contractuelles visant à lisser dans le temps le partage des effets économiques entre les deux parties, en vue d'atteindre un niveau cible de transfert de risque."

Toutefois ces définitions, notamment celle de la directive réassurance, peuvent ne pas être très explicites à l'usage. Aussi une liste indicative de critères complète-t-elle les deux éléments précédents.

#### > Critères illustratifs de traités à transfert de risque limité

- la présence d'un compte d'expérience ou d'un compte de participation pouvant impliquer la participation de la cédante aux pertes du réassureur ;
- la présence de commissions de réassurance ou d'autres éléments variables en fonction de la sinistralité qui réduisent significativement le transfert de risque ;
- un caractère rétrospectif, couvrant principalement ou exclusivement des sinistres déjà survenus à la date du traité, mais non encore réglés ;
- un traité avec un réassureur dont la cédante est un actionnaire significatif ou réciproquement. Les cessions internes à un groupe avant cession des risques à l'extérieur du groupe ne rentrent pas dans le champ d'application de ce critère ;
- en assurance vie, un traité de financement dont les commissions de réassurance ne sont pas réglées immédiatement, mais prennent la forme d'une créance sur le réassureur ;
- en assurance non-vie, un traité couvrant plusieurs exercices de souscription (ou de survenance pour les branches caution et construction par exemple) ou de déclaration ou présentant des clauses de non-reconduction restrictives.

La satisfaction d'un ou de plusieurs critères n'implique pas

que l'opération soit qualifiée automatiquement de "finite" mais constitue un indice qui devrait conduire à vérifier si l'opération répond à l'une des deux définitions ci-dessus.

Dans tous les cas, le transfert de risque d'un traité de réassurance doit être apprécié globalement, c'est-à-dire en incluant les effets des avenants et éventuelles rétrocessions, directes ou indirectes à la cédante.

L' ACAM estime que l'information sur les traités ainsi définis figurant dans le rapport sur la politique de réassurance ou le rapport de solvabilité sur les traités doit rester synthétique. Il est donc demandé, sur les traités concernés, une description brève des éléments qui limitent le transfert de risque et des raisons qui ont conduit à les mettre en place.

**Par ailleurs, la mise en place de systèmes d'information, de procédures de contrôle interne et de règles de gouvernance s'avère indispensable pour permettre aux organes dirigeants de définir, de surveiller et d'expliquer leur politique de réassurance.** Cette procédure de contrôle interne doit permettre d'informer les organes dirigeants de l'organisme des clauses incluses dans les traités de réassurance et susceptibles de limiter le transfert de risque aux réassureurs. Il leur revient en effet de délibérer formellement, lors d'une séance, sur le rapport de réassurance, et d'engager leur responsabilité lorsqu'ils l'approuvent. Les documents à tenir à la disposition de l' ACAM sur les traités de réassurance lors des contrôles sur place sont rappelés dans la note.

### 3. Cas pratiques

Cette rubrique, issue de cas pratiques, ne constitue pas une doctrine en tant que telle mais vise à renseigner les acteurs sur la manière dont l' ACAM a pu, en 2007, interpréter des cas particuliers qui lui ont été soumis, ainsi qu'à rappeler certains éléments de droit.

#### 3.1 Provisionnement

##### > Garanties planchers

Les "garanties planchers", accompagnant parfois des contrats d'assurance vie en unités de compte, doivent, à l'instar de tout engagement pris par un organisme d'assurance, faire

l'objet d'un provisionnement adapté et prudent. L'absence de réglementation spécifique à ces garanties ne signifie pas en effet une dispense de provisionnement.

##### > Risque de renonciation

Une méthode de provisionnement, documentée et analysée, doit être définie pour ce risque par tout organisme susceptible d'y être exposé. L'information fournie aux assurés doit respecter un certain formalisme pour que l'organisme puisse considérer ce risque comme éteint.

(Cf. décision du Conseil d'Etat n°276926, et décision de l' ACAM n°2006-60 publiée au JO du 12 janvier 2007).

##### > Utilisation de la provision pour participation aux bénéfices

La provision pour participation aux bénéfices, représentative d'un droit collectif des assurés, est destinée à financer une majoration future des droits des assurés ; les provisions de toutes natures relatives à des droits déjà accordés individuellement à des assurés devraient donc apparaître au sein des provisions mathématiques (Cf. décision de l' ACAM du 8 décembre 2004 et décision du Conseil d'Etat n°277991).

##### > Prise en compte des possibilités d'ajustement futur des primes dans le provisionnement de contrats pluriannuels ou non résiliables

Pour le calcul des provisions techniques, par exemple de la provision pour risque croissant, les possibilités d'ajustement des primes futures ne peuvent être prises en compte si le contrat ou le règlement n'informe pas très clairement les assurés de la variation de la prime.

##### > Achèvement de l'étalement du provisionnement des rentes selon les tables de 1993

Au printemps 2009, le Contrôle s'attachera à s'assurer que le reprovisionnement étalé des rentes en service est achevé (sur la TPG 93). Le Collège a déjà incité des organismes à anticiper ces reprovisionnements prévus par les textes.

##### > Nécessité de la publication de la fraction non provisionnée dans les comptes

Lors de l'étalement d'un passage à de nouvelles tables, il est attendu des organismes que ceux-ci publient chaque année la fraction de provision non encore constituée.

##### > Provisionnement des garanties obsèques

Les garanties obsèques devraient, sauf mention contraire dans le contrat ou le règlement de l'organisme précisant le terme de la garantie – dans le respect de la loi Evin –, être considérées comme pluri-annuelles et appellent donc un provisionnement adapté.

##### > Comptabilisation des engagements d'assurance

Les engagements d'assurances contractés par un organisme doivent être comptabilisés par celui-ci dès la signature du contrat, et ce sans en attendre la date d'effet.

#### 3.2 Information aux assurés

##### > Garanties de taux infra-annuelles en assurance vie

**L' ACAM rappelle que les taux minimum garantis régis par le 1° de l'article A.132-3 du Code des assurances sont des taux annuels.**

Toute communication sur des taux infra-annuels apparaîtrait non seulement biaisée, mais aussi contraire à l'esprit de l'assurance vie, qui correspond à des engagements sur le long terme.

##### > Communication sur le taux minimum garanti d'un produit et sur les performances passées

L' ACAM souligne qu'une distinction claire doit être faite, lorsqu'un assureur communique sur ses produits, entre le concept de "garantie" (future) et celui de "performance" (passée).

En outre, en cas de création de société par apport de portefeuille, il serait délicat pour un organisme de communiquer sur les performances passées des fonds des anciens portefeuilles si la composition de l'actif de la nouvelle société était significativement modifiée.

En tout état de cause, si l'information fournie sur un produit est contestable, l' ACAM est habilitée à communiquer son avis au public.

##### > Publicité portant sur le fait qu'il y ait eu un rapport de contrôle de l' ACAM

L' ACAM rappelle que les textes disposent qu'un organisme ne peut se prévaloir d'un contrôle de l' ACAM dans quelque "document à caractère contractuel ou publicitaire" que ce soit.

### > Bonus à vie

Certains organismes proposent des produits promettant un "bonus à vie". L'ACAM attire l'attention des assurés sur le fait que, à la différence du CRM (coefficient de réduction/majoration, connu du public sous le nom de "bonus-malus"), ce "bonus à vie" est, dans les cas recensés, perdu en cas de changement d'assureur. Une telle dénomination, non clairement explicitée, pourrait donner aux assurés une idée erronée du tarif appliqué, et ferait alors en outre peser un risque juridique sur les assureurs.

### > Perspectives

Au cours de l'exercice 2008, l'ACAM portera une attention particulière aux problématiques d'information des assurés, notamment pour étudier la mise en œuvre par les organismes des dernières dispositions législatives et réglementaires concernant l'information à la souscription et en cours de vie du contrat. (cf. 5.2.6).

## 3.3 Pratique de l'assurance

### > Coassurance Vie

L'ACAM relève que l'attribution de participation aux bénéfiques techniques et financiers en fonction de résultats réels est difficilement compatible avec la coassurance, puisqu'il s'agirait d'assumer en commun des engagements dépendants des performances individuelles de chaque organisme assureur participant à la coassurance.

### > Acceptation de délégation de gestion

L'ACAM souligne qu'une activité de délégataire de gestion – activité de service – devrait – à l'instar des activités d'assistance – rester d'une importance limitée au regard de l'activité d'assurance dudit délégataire en raison du risque financier susceptible de peser alors sur ce dernier.

Elle insiste également, dans le cas de l'assurance de protection juridique, sur le risque de conflit d'intérêt en cas de litige avec cet assureur délégataire.

### > Exercice illégal de l'activité d'assurance (exemple de taux minimum garantis)

L'ACAM rappelle qu'un courtier portant lui-même une garantie – par exemple en garantissant l'écart entre un taux minimum garanti à l'assuré et celui garanti

par l'assureur – exercerait sans agrément une activité d'assurance.

### > Répartition de la réserve de capitalisation en cas de transfert

L'ACAM rappelle que, en cas de transfert de portefeuille, la réserve de capitalisation doit de manière générale être répartie au *pro rata* des portefeuilles obligataires, à défaut de méthode plus adaptée reflétant les éventuelles différences techniques entre le portefeuille transféré et les autres portefeuilles.

### > Engagements de retraite

Les engagements de retraite ne peuvent être portés que *via* un PERCO (Plan d'épargne retraite collectif) ou *via* un contrat d'assurance-vie. (Cf. 4.3.1).

## 3. ENQUÊTES ET ÉVOLUTIONS DE MARCHÉ

### 1. Les institutions de retraite supplémentaire

**L'année 2008 sera l'année de la disparition des institutions de retraite supplémentaire (IRS). Pour autant, les régimes de retraite ou d'indemnités de fin de carrière aujourd'hui portés par ces institutions ne s'éteindront pas nécessairement mais pourront être repris par d'autres organismes, après modification le cas échéant.**

#### 1.1 Le secteur des IRS

Le secteur des IRS se caractérise par sa grande disparité. 80 IRS sont recensées comme actives, c'est-à-dire remplissant au moins l'un des critères suivants :

- versements directs de prestations au cours de l'exercice ;
- engagements vis-à-vis de retraités ou de futurs retraités ;
- existence d'une instance décisionnaire active (conseil d'administration ou assemblée générale).

Ces institutions versent annuellement des prestations de l'ordre d'un milliard d'euros à environ 400.000 bénéficiaires. Le montant actualisé des engagements est évalué à 20 milliards d'euros. Ces chiffres cachent toutefois des disparités importantes : si certaines IRS

gèrent les engagements de retraite de grands groupes envers plusieurs milliers de salariés ou anciens salariés, un nombre important d'institutions comportent à l'inverse très peu de participants. Ces différences s'expliquent par la taille des entreprises adhérentes, mais aussi par le mode de fonctionnement des IRS.

#### Les IRS se répartissent en institutions :

- **ouvertes** : les salariés des entreprises adhérentes peuvent acquérir des droits ;
- **fermées** : seuls les salariés ayant adhéré au régime avant sa fermeture peuvent continuer à acquérir des droits. Les nouveaux salariés sont exclus du dispositif ;
- **en extinction** : aucune acquisition de nouveaux droits ;
- **en cours de dissolution** : n'ayant plus d'engagements.

Sur les 80 IRS actives, 10 sont encore ouvertes. Les autres institutions sont, soit fermées aux nouveaux salariés, soit en extinction. Parmi les institutions fermées, beaucoup sont proches de l'extinction.

#### 1.2 L'application aux IRS de la réforme des retraites de 2003

Concernant les IRS, l'objectif de la loi n°2003-775 du 21 août 2003 portant réforme des retraites a été de sécuriser les régimes de retraite supplémentaire en identifiant clairement le porteur d'engagement.

L'article 116 de la loi offre ainsi aux IRS qui n'étaient pas en cours de dissolution à la date de publication de la loi la possibilité d'opter avant le 31 décembre 2008 pour une des solutions suivantes :

- soit demander un agrément pour se transformer en institution de prévoyance ou fusionner avec une telle institution ;

Dans ce cas, toutes les règles propres aux institutions de prévoyance s'appliquent ; le décret n° 2007-1897 du 26 décembre 2007 pris pour la mise en œuvre des dispositions de l'article 116 prévoit, en outre, des dispositions dérogatoires relatives au provisionnement progressif des engagements pour certains régimes de retraite.

- soit se transformer en institution de gestion de retraite supplémentaire (IGRS), organisme purement administratif ne pouvant porter d'engagement.

Dans ce cas, les garanties doivent être externalisées auprès d'organismes d'assurance ou, à défaut, reprises par les entreprises elles-mêmes, l'IGRS ne s'occupant que de la gestion administrative des prestations.

#### **A défaut, la dissolution interviendra au 31/12/08.**

Quelle que soit la solution retenue, certains types d'engagements ne pourront être intégralement repris par des organismes d'assurance, en raison de la nature des garanties mises en œuvre. C'est notamment le cas des régimes à prestations définies (garantissant par exemple une proportion du dernier salaire ou un complément de retraite fixé). Les organismes d'assurance peuvent alors prendre en charge ces engagements en cours de constitution dans la limite d'un fonds spécialement constitué, le différentiel éventuel restant à la charge de l'entreprise.

### 1.3 Le contrôle de l'ACAM

#### > Le contrôle de l'ACAM avant transformation

Les articles L.951-1 et L.951-2 du Code de la sécurité sociale confient à l'ACAM le contrôle des institutions de retraite supplémentaire.

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

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

#### > Le contrôle de l'ACAM dans le processus de transformation des IRS

Dans le cas d'une transformation de l'IRS en IGRS avec transfert de réserves ou provisions constituées, les





IRS doivent solliciter l'approbation de l'ACAM sur les modifications du règlement, par voie d'accord collectif, en vue de transférer les provisions ou réserves constituées vers un organisme assureur. Ces provisions ou réserves ne peuvent être reversées aux entreprises adhérentes.

Le décret n°2007-1903 du 26 décembre 2007 précise les éléments que les IRS doivent communiquer à l'ACAM pour approbation.

Les statuts de la nouvelle IGRS, établis conformément aux dispositions du décret n° 2007-1897 du 26 décembre 2007, devront être déposés, dans le mois qui suit leur adoption, auprès du ministre chargé de la sécurité sociale et auprès de l'ACAM.

Dans le cas d'une transformation de l'IRS en IP, les règles d'agrément et de fusion avec transfert de portefeuille prévues au Code de la sécurité sociale pour les IP s'appliqueront (avis de l'ACAM sur une opération de fusion, et suivi, sur cinq ans, de l'exécution du programme d'activité en cas d'agrément).

#### > Le contrôle de l'ACAM après transformation

Les IGRS issues d'IRS feront l'objet d'un contrôle par l'ACAM selon des modalités devant être définies par un arrêté du ministre en charge de la sécurité sociale. Ce contrôle devrait porter essentiellement sur l'absence d'engagement souscrit par l'IGRS.

Pour les institutions de prévoyance issues de la transformation d'une IRS et bénéficiant des dispositions dérogatoires de constitution progressive du provisionnement de l'engagement, l'ACAM contrôlera la bonne exécution du plan de provisionnement approuvé.

## 2. La crise financière

### > Introduction

L'environnement réglementaire a conduit, de manière croissante depuis le début de la décennie, les pourvoyeurs de crédit à substituer au refinancement du crédit sa cession sous forme de valeurs mobilières ou d'instruments dérivés. Cette évolution a conduit la Commission de contrôle des assurances à mener une enquête en 2002 auprès des organismes d'assurance pour connaître leur part dans

les transferts du risque de crédit opérés par le secteur bancaire, en liaison avec les autres autorités françaises (Banque de France, Commission Bancaire, Autorité des Marchés Financiers). L'enquête avait fait apparaître alors une très faible intervention des organismes d'assurance sur le marché des dérivés de crédit, une part modeste dans les opérations de titrisation et le rôle significatif joué dans les opérations de garantie financière de type caution destinées aux investisseurs.

Les défaillances d'opérateurs spécialisés dans le risque de crédit hypothécaire américain survenues lors du premier semestre 2007, puis les turbulences survenues sur le marché interbancaire depuis le cours de l'été à la suite des incertitudes sur la solvabilité des établissements de crédit opérant sur ces marchés, et enfin la raréfaction des transactions et la chute des cours des titres financiers ont amené l'ACAM à mettre en place un suivi spécifique renforcé des organismes d'assurance, tant au titre de leurs placements que de leurs engagements d'assurance spécifiques.

En particulier, chaque organisme d'assurance a été invité à détailler le suivi de ses expositions et à communiquer les résultats de tests de résistance (voir page 49). Outre ces problématiques d'actif, le Contrôle porte une attention particulière aux entreprises dont les engagements d'assurance sont affectés par la crise financière, soit à raison de leurs engagements envers des établissements financiers ou des investisseurs institutionnels, soit à raison de l'impact sur les unités de compte qu'elles utilisent dans leurs contrats d'assurance vie. Il travaille à cet effet en collaboration avec les services de la Commission Bancaire et de l'Autorité des Marchés Financiers.

L'ACAM attend des organismes d'assurance qu'ils informent de manière claire, complète et détaillée leur conseil d'administration ou leur conseil de surveillance des impacts de la crise financière sur leur situation, qu'ils soient réalisés ou potentiels. Le rapport de solvabilité qu'établissent annuellement les organismes d'assurance est le lieu où rendre compte de ces analyses. Le Secrétaire général de l'ACAM a également rappelé aux organismes d'assurance, comme l'a fait à sa suite la Compagnie Nationale des Commissaires aux Comptes, la nécessité de publier dans l'annexe aux comptes les méthodes de valorisation des

placements, notamment en cas de liquidité réduite, et de déterminer, le cas échéant, les dépréciations durables à constituer dans les comptes annuels.

### ***L'enquête sur l'exposition des placements au crédit hypothécaire***

#### **En août 2007, l'ACAM a adressé à l'ensemble des organismes d'assurance contrôlés un jeu de questions relatives à l'exposition de leurs placements aux risques de crédit immobilier.**

Les organismes d'assurance ont été invités par lettre circulaire à faire connaître à l'ACAM, dans un délai d'un mois, les mesures dont elles disposaient pour suivre l'exposition de leurs placements à ces risques, les analyses réalisées ou planifiées à ce sujet, le détail des placements exposés, et les actions entreprises ou envisagées face aux turbulences financières. Les organismes ont été invités notamment à faire connaître à l'ACAM, outre leurs investissements directs en titres adossés au crédit hypothécaire, leurs expositions à ces marchés par le biais de leurs OPCVM, y compris ceux dits commercialement "monétaires dynamiques", de leurs parts de hedge funds, et d'autres véhicules concernés.

Dans leur grande majorité, les organismes interrogés ont alors répondu être faiblement exposés au risque de crédit hypothécaire à raison de leurs placements, relativement à la taille de leur bilan.

### ***L'enquête sur la résistance des organismes d'assurance à la crise financière***

En décembre 2007, l'ACAM, constatant l'extension de la crise financière à de nouveaux compartiments du marché du crédit ainsi qu'aux marchés des changes et des actions, a adressé à l'ensemble des organismes d'assurance contrôlés une seconde lettre circulaire.

Les organismes d'assurance ont été invités à mener, sur la base de leur situation à fin décembre 2007, des tests de résistance et à faire connaître à l'ACAM, dans un délai de deux mois, les résultats de ces tests. Les organismes d'assurance régis par le Code des assurances doivent déjà mener trimestriellement des tests de choc sur la courbe des taux et le niveau des marchés actions et immobilier.

La demande de l'ACAM est donc venue s'inscrire dans le cadre existant, en le renforçant temporairement en raison des turbulences financières.

La nature et la répartition des placements des organismes étant diverses, l'ACAM a choisi de laisser aux organismes le soin de déterminer quels tests de résistance il leur était opportun de conduire, indiquant les thèmes généraux à traiter par tous selon les hypothèses de leur choix : pour l'actif du bilan, le risque de perte de valeur des placements et le risque de défaut des émetteurs ou des contreparties, pour la gestion actif-passif, l'impact des fluctuations de change et celui de la raréfaction de la liquidité de certaines catégories de titres.

Les résultats de ces tests, qui doivent être communiqués aux organes délibérants, les hypothèses retenues par les organismes, et la manière dont ils ont été conduits, permettent à l'ACAM de parfaire son appréciation de l'impact de la crise sur chaque organisme. Outre les informations quantitatives spécifiques au contexte actuel, la qualité des réponses fournies vient enrichir en 2008 l'information des services de l'ACAM pour le suivi et contrôle permanents qu'ils exercent sur le secteur.

## 3. La lutte anti-blanchiment

En 2007, l'ACAM a conduit 13 missions anti-blanchiment, dont 7 ont fait l'objet de rapports spécifiques. Son objectif à brève échéance est d'avoir effectué un contrôle sur place de plus de la moitié des entreprises d'assurance vie avant fin 2008.

En outre, la cellule anti-blanchiment de l'ACAM a lancé en mai 2007 une enquête transversale sur l'application de la réglementation en matière de lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

Pour ce faire, elle a diffusé un questionnaire auprès de 132 entreprises d'assurance pratiquant l'assurance vie (dont 12 succursales européennes exerçant en France).

L'enquête avait pour objet de mesurer la portée des moyens mis en œuvre par la profession pour prévenir les risques en cause.

Elle a permis d'établir pour chacune des sociétés consultées :

- un bilan de l'organisation générale sur cette question ;



- un examen des dispositifs de vigilance mis en place ;
- un état des lieux de la pratique de la déclaration de soupçon dans ce secteur ;
- une évaluation du degré d'anticipation de l'application des dispositions de la 3<sup>e</sup> directive relative à la lutte contre le blanchiment des capitaux et le financement du terrorisme.

**Le questionnaire, qui comptait 180 questions, a été élaboré avec la collaboration de TRACFIN, des organismes professionnels représentant les organismes ciblés (FFSA et GEMA), et de la Commission bancaire.**

Il renseignait à la fois sur des questions qualitatives (désignation d'un correspondant TRACFIN, formation du personnel...) et sur des points quantitatifs (volume et qualité des déclarations de soupçon, nombre de contrôles internes réalisés, nombre de dossiers de renseignements constitués...).

L'analyse des réponses a mis en lumière différents degrés dans la conformité des dispositifs mis en place, pouvant aller d'un simple point d'examen à la constatation de

manquements importants à la réglementation.

Des résultats, il ressort une implication forte des acteurs dans ce domaine, conséquence d'avancées incontestables en matière d'organisation (1). Cependant, concernant les dispositifs de vigilance, les conclusions sont plus contrastées (2). La qualité des déclarations de soupçon reste à améliorer (3) et des progrès sont attendus dans la perspective de la transposition de la 3<sup>e</sup> directive (4).

**1.** Le secteur a globalement pris conscience des enjeux de la lutte contre le blanchiment, étant donné que plus de 95% des entreprises affirment posséder une cellule, un service ou une fonction dédiée à cette activité. Les compagnies déclarent également, dans leur très grande majorité, le nom de leurs correspondants et de leurs déclarants à TRACFIN et à l'ACAM.

Afin de renforcer leur dispositif, les organismes diffusent assez largement des guides de procédure LAB (dans 97% des cas). Ils assurent aussi l'information de leur personnel par l'organisation de formations initiales (88%) et avertissent leurs salariés sur la désignation des correspondants TRACFIN.

**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<sup>e</sup> directive :** la dernière partie porte sur les apports de la 3<sup>e</sup> directive communautaire du 26 octobre 2005, notamment à travers le développement d'une approche par les risques et sur les dispositions relatives à la lutte contre le financement du terrorisme.

**6. Annexes statistiques :** le questionnaire interroge sur des points d'ordre statistique : volume et qualité des déclarations de soupçon, nombre de contrôles internes réalisés entre autres.

*Ce questionnaire, disponible sur le site internet de l'ACAM, a été rempli par l'ensemble des organismes concernés.*

Toutefois, l'Autorité relève encore des insuffisances en ce qui concerne le contrôle interne. En effet, mis à part les entreprises qui ne disposent pas encore d'un système de contrôle interne en matière de lutte anti-blanchiment, 10% ne prévoient pas d'inspection périodique sur cette activité.

Par ailleurs, des disparités entre entreprises appartenant à un même groupe ont été observées. Dans la mesure où la lutte contre le blanchiment relève d'une stratégie globale, il est étonnant de constater que certains groupes ne veillent pas à l'harmonisation des procédures entre leurs sociétés.

De même, les relations avec les courtiers soulèvent elles-aussi quelques problèmes délicats. En effet, dans 29% des cas, les entreprises d'assurance n'exercent pas de contrôle auprès de leurs intermédiaires pour vérifier le respect de leurs engagements contractuels en matière de lutte contre le blanchiment et le financement du terrorisme.

**2.** L'une des pierres angulaires de la lutte anti-blanchiment est l'identification et la vérification d'identité des souscripteurs et des bénéficiaires du contrat.

Les procédures se sont sensiblement renforcées ces dernières années, y compris récemment dans le cadre de l'entrée en relation à distance, avec l'obtention le plus souvent d'une pièce d'identité supplémentaire fournie par le souscripteur. Néanmoins, le refus d'identification du client n'entraîne pas toujours l'alerte du correspondant TRACFIN et encore moins l'inexécution de l'opération. Sur ces deux derniers points, davantage de rigueur est nécessaire de la part des compagnies.

Aujourd'hui, les entreprises d'assurance pratiquant l'assurance vie ont pris conscience de la nécessité du contrôle accru de certaines opérations sensibles.

C'est le cas notamment pour les versements en espèces qui sont de moins en moins acceptés, pour l'utilisation de chèques de banque ou de notaire qui sont accompagnés de procédures de vigilances renforcées dans 85% des cas, et pour le traitement administratif des bons anonymes de capitalisation dont le suivi est également beaucoup plus rigoureux.

L'utilisation de l'article L. 563-3 du Code monétaire et financier s'est particulièrement développée au cours des dernières années. On recense 34 000 dossiers renseignés en 2004 et plus de 62 000 en 2006, signe du développement d'une vigilance accrue. Rappelons que la procédure de cet article est utilisée pour toute opération qui se présente dans des conditions inhabituelles de complexité et qui ne paraît pas avoir de justification économique ou d'objet licite.

En revanche, pour soutenir les dispositifs de vigilance, les outils informatisés font encore trop souvent défaut. Dans près de 45% des entreprises, il n'existe pas d'outils automatiques de détection des opérations inhabituelles. Les versements supérieurs à 150 000 euros ne donnent pas lieu à une surveillance informatisée dans 32% des cas.

De même, s'agissant de la lutte contre le financement du terrorisme, on peut déplorer que les procédures ne soient pas plus informatisées, notamment en matière de diffusion des listes nominatives officielles auprès du personnel concerné.

**3.** Une amélioration de la qualité de ces déclarations grâce à un enrichissement des informations est souhaitable. Dans ce domaine, rappelons pour mémoire qu'une déclaration de soupçon devrait contenir à tout le moins le montant de l'opération, son objet, l'identification du donneur d'ordre et du bénéficiaire effectif, l'origine et la destination ainsi que la raison qui justifie le soupçon. En dépit de progrès notables, le volume des déclarations de soupçon demeure relativement modeste.

**4.** Malgré des avancées importantes et la mise au point de dispositifs rigoureux en matière d'identification de la clientèle, les entreprises ne sont pas encore très nombreuses à avoir anticipé la transposition de la 3<sup>e</sup> directive européenne traitant de la lutte contre le blanchiment.

L'absence de critères d'identification des souscripteurs et des bénéficiaires à risques (30% des entreprises interrogées) traduit les difficultés de certains organismes à mettre en place des profils de risques qui peuvent justifier par la suite la mise en place de systèmes de vigilance différenciés (vigilance allégée pour les risques



faibles, vigilance renforcée pour les risques élevés). De même, le défaut de procédures informatisées permettant de produire des états pour les opérations provenant de transactions jugées à risques montre l'insuffisante sensibilisation des entreprises à certaines zones de risque élevé pourtant pointées par la directive.

A titre d'exemples, il n'existe pas de procédure d'identification des "personnes politiquement exposées" dans 79% des cas, pas plus que de procédures d'identification des non-résidents (30% des cas).

Les entreprises devront au cours de l'exercice 2008 s'attacher à mettre à jour leur dispositif pour être en harmonie avec la nouvelle réglementation européenne qui est en cours de transposition en droit français.

#### > Les suites

**Sur les bases de l'enquête, l'ACAM poursuit sa mission de prévention en matière de lutte anti-blanchiment auprès des entreprises d'assurance pratiquant l'assurance vie.** Après avoir répondu individuellement à chacune des entreprises d'assurances sur les principaux manquements constatés, elle a étendu le champ de son enquête en diffusant le 20 février 2008 un questionnaire lutte anti-blanchiment auprès de mutuelles et des institutions de prévoyance pratiquant l'assurance vie. Les résultats devraient être disponibles au cours de l'été.

#### > Une meilleure prise en compte des relations entre les compagnies et leurs courtiers

Les relations entre les courtiers et les compagnies d'assurance occupent une place sensible dans le dispositif. Nonobstant les dispositions législatives et réglementaires, celles-ci sont en effet régies par des relations contractuelles. Aussi apparaît-il souhaitable dans le cadre de la négociation d'une convention de courtage, que figurent dans ces conventions des "règles anti-blanchiment" 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.

En 2007, l'AMLTF<sup>1</sup> s'est penché notamment sur la question des modalités d'identification de la clientèle dans les différents pays européens.

## 4. Les mutuelles

### > Evolution du nombre d'organismes

Le nombre d'organismes soumis aux dispositions du Code de la mutualité a continué à diminuer en 2007, en raison de nombreuses fusions et dissolutions non compensées par les quelques créations qui sont intervenues. Les principales causes de cette évolution sont les mêmes que les années précédentes, à savoir une concurrence toujours très vive entre les organismes et une complexification du métier d'assureur complémentaire, notamment dans le domaine informatique. La concurrence et le relèvement des exigences réglementaires poussent beaucoup d'organismes à adapter leur stratégie et s'interroger sur la taille critique nécessaire pour survivre sur le long terme.

Un autre phénomène est venu s'ajouter aux précédents : le fonds minimum de garantie dont doit disposer une mutuelle pour exercer une activité d'assurance a été porté de 225 K€ à 1,5 M€ en complémentaire santé, et de 600 K€ à 2,25 M€ en assurance vie le 20/03/07. Depuis le 1/01/08, ces deux montants sont respectivement fixés à 1,6 M€ et 2,4 M€.

Au 1/01/08, il y avait 1846 organismes en activité, dont 1070 relevant du Livre II, c'est-à-dire pratiquant des activités d'assurance, et 709 relevant du Livre III, c'est-à-dire pratiquant des activités d'action sociale. Parmi les 1070 organismes, 424 sont substitués ; ceux-ci ne conservent plus de risque d'assurance, l'ayant transféré par convention à une autre mutuelle, dite substituante.

### > Contrôle sur pièces et sur place

En 2007, l'ACAM a poursuivi, comme elle l'avait annoncé, la mise en place d'un contrôle préventif.

L'année 2007 est la première au cours de laquelle les mutuelles du livre II non substituées devaient adresser à

l'ACAM l'ensemble des états prudentiels définis en 2005. Comme pour les entreprises d'assurance, ce contrôle est notamment fondé sur le dossier annuel que les organismes doivent impérativement transmettre, dans les temps (cf. 2.1.2). Le Contrôle a ainsi été amené à relancer, le cas échéant sous forme de mise en demeure et rappelant les sanctions encourues, les organismes qui ne lui avaient pas adressé de dossier annuel conforme. La qualité des dossiers, en hausse, pourrait et devrait encore être améliorée. Il convient de rappeler que ces états sont destinés à l'ACAM, mais aussi aux dirigeants des mutuelles, afin de leur permettre de mieux les piloter.

D'autre part, l'ACAM a procédé à des contrôles sur place de mutuelles, en privilégiant celles qui pratiquent l'assurance vie, c'est-à-dire portent des risques longs, notamment dans le cadre de dossiers urgents et complexes à traiter.

### > Mutuelles de Livre III

Les mutuelles et unions de mutuelles du Livre III ont pour fonction de mettre en œuvre une action sociale, ou de gérer des réalisations sanitaires, sociales ou culturelles, telles que des cliniques, des centres de soins (médicaux ou dentaires), des pharmacies, des centres optiques, des maisons de retraite, ou des crèches. Dans l'accomplissement de ce rôle social important, au service notamment de la communauté des adhérents, elles sont soucieuses de proposer des prestations de qualité à des tarifs modérés. Les impératifs financiers qui en résultent, conjugués à la complexité de gestion découlant de la variété de leurs activités, sont susceptibles de créer pour certaines d'entre elles des difficultés financières les conduisant à rechercher le soutien de mutuelles de Livre II. Elles doivent en effet, depuis 2001, être strictement séparées de leurs consoeurs pratiquant une activité d'assurance. De fait, l'ACAM a pu constater les difficultés financières auxquelles sont confrontées les mutuelles de livre III, et les montages plus ou moins complexes imaginés pour les aider. Il convient de rappeler que la directive européenne, transposée en droit français dans le nouveau Code de la mutualité, impose un principe de spécialisation aux mutuelles. Il doit y avoir une séparation claire entre les activités de complémentaire santé et celles d'action sociale ou de gestion de réalisations sanitaires et sociales. Par conséquent, les aides éventuelles apportées

par des mutuelles de Livre II – pratiquant des activités d'assurance – à des mutuelles de Livre III – action sociale – doivent respecter ce principe de clarté et ne pas mettre en danger leur activité propre, définie dans leur objet social.

La clarté signifie que les mutuelles de Livre II qui souhaitent aider des mutuelles du Livre III doivent faire prendre cette décision par leur assemblée générale. Ces aides éventuelles ne peuvent être décidées qu'après avoir vérifié qu'elles ne remettent pas en cause la solvabilité de la mutuelle.

Les montages les plus fréquemment rencontrés sont les suivants :

- subvention : il convient de vérifier que les fonds propres restant après transfert couvrent suffisamment l'exigence de marge de solvabilité ;
- cautions d'emprunts : il convient de s'assurer que cet engagement hors-bilan pourra être honoré le moment venu sans porter atteinte à la solvabilité ;
- prise de participation dans une SA constituant une réalisation sanitaire et sociale : elle ne peut être que marginale, puisqu'il s'agit d'un placement à risque qui doit être considéré comme tel et donc veiller aux règles qui encadrent les placements d'une mutuelle du Livre II ;
- prise de participation dans une SCI possédant les murs d'une réalisation sanitaire et sociale : de la même façon, elle doit veiller tout particulièrement aux règles du Code, en particulier conduire à des produits financiers convenables et comparables à tout autre placement ;
- convention de partenariat : il convient de s'assurer avant sa signature qu'elle respecte les pouvoirs des assemblées générales des deux mutuelles et qu'aucune des deux parties ne se met en danger pendant la durée de la convention.

### > Intermédiation en mutualité

Le Secrétariat général de l'ACAM a également constaté que la loi n° 2005-1564 du 15 décembre 2005, relative à l'intermédiation en assurance, était encore insuffisamment connue, et par suite souvent mal appliquée, par les organismes mutualistes. De nombreuses mutuelles proposent à leurs adhérents un ou des contrats collectifs avec une autre mutuelle. Il s'agit là d'une activité

d'intermédiation, soumise aux dispositions de la loi précitée, qui a introduit de nouvelles dispositions directement dans le Code de la mutualité, mais aussi dans le Code des assurances en spécifiant qu'elles s'appliquaient à tous les organismes pratiquant l'assurance, quel que soit le Code dont ils relèvent.

En particulier, il convient de rappeler que les personnes qui présentent des produits d'assurance à des adhérents potentiels sont maintenant astreintes à des règles concernant leur formation. D'autre part, l'activité d'intermédiation d'une mutuelle doit être prévue par ses statuts, rester accessoire et donner lieu à un rapport, sous peine de sanctions à l'encontre de ses dirigeants (cf art. L 114-47 du Code de la mutualité).

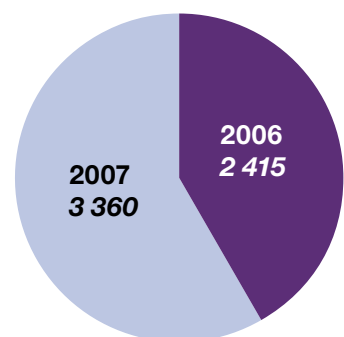
#### 4. L'ACTIVITÉ DU DÉPARTEMENT DROIT DU CONTRAT ET RELATIONS AVEC LES ASSURÉS

Les informations présentées dans cette partie retracent certaines des thématiques issues des réclamations reçues par l'ACAM. Par essence, elles ne recensent donc que des différends entre assurés et assureurs. Leur nombre reste faible en regard du nombre de contrats en vigueur en France. Cette partie vise à informer les assurés et à mettre en exergue les points d'amélioration souhaitables pour les assureurs. Elle concerne des cas de figure particuliers dont certains sont toutefois récurrents, mais qui ne doivent globalement pas être généralisés à l'ensemble du marché.

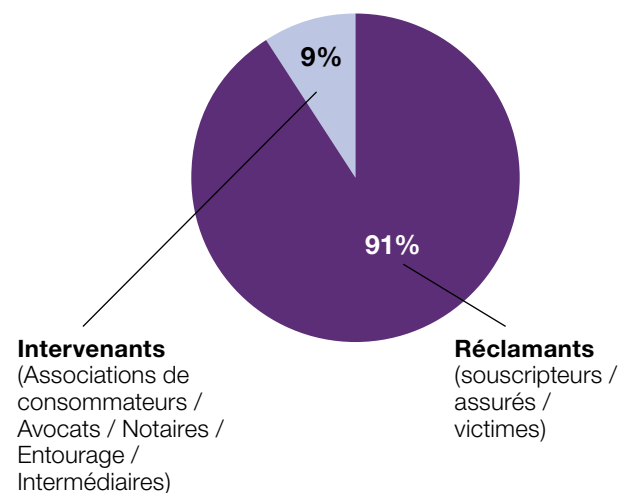
### 1. Statistiques

#### Nombre de dossiers en 2007

Total : 3 360



#### Provenance des réclamations en 2007

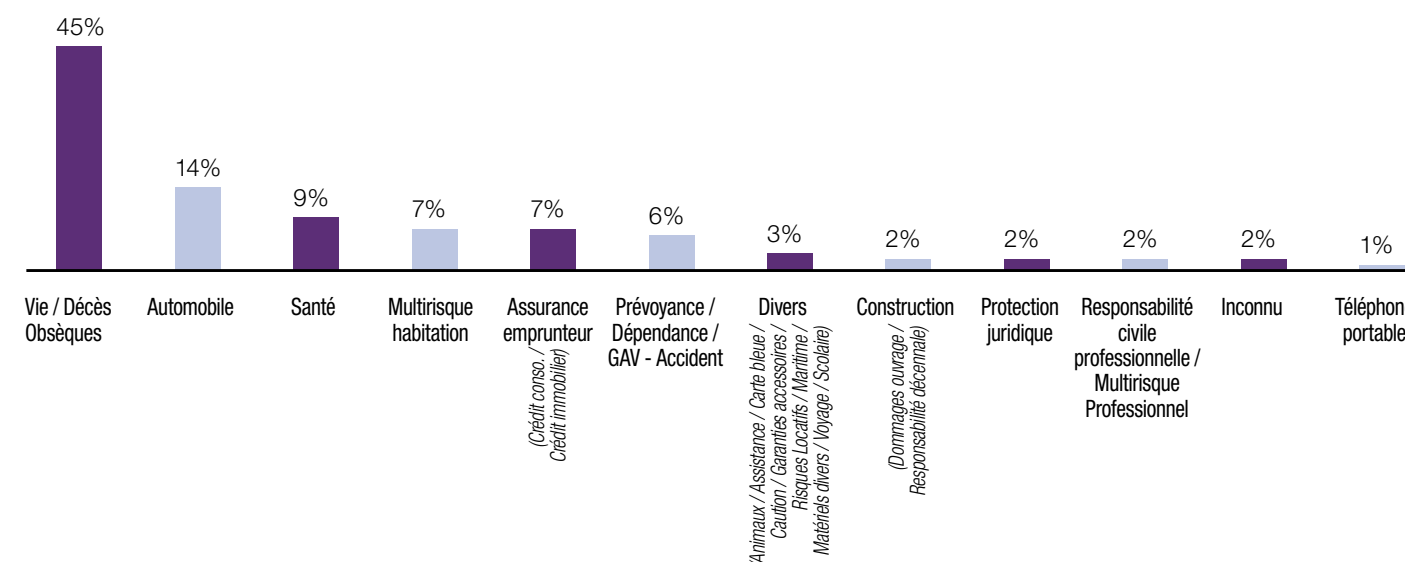


En 2007, l'ACAM a enregistré 3360 dossiers. Ce nombre est en augmentation de près de 40% par rapport à 2006. Toutefois, 20% d'entre eux, provenant de la catégorie de l'assurance vie, relevaient non d'un litige, mais d'une demande d'information faisant suite à la publication d'une décision de l'ACAM de mise sous surveillance spéciale d'un organisme.

La provenance des réclamations est identique à celle de l'année 2006, l'ACAM est principalement saisie directement par les assurés au sens large du terme.

#### Nombre de réclamations par catégorie en 2007

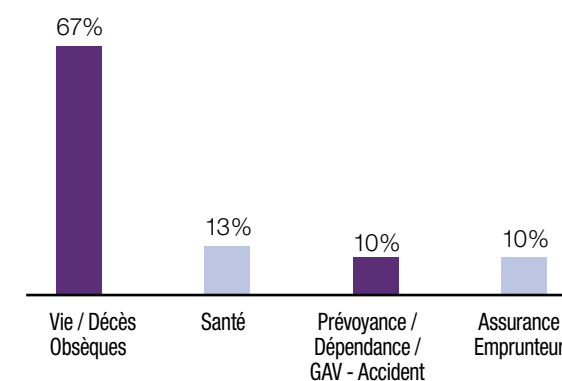
##### Catégories d'assurance en 2007



Comme en 2006, 8% des réclamations ont été adressées à l'ACAM par erreur, principalement parce que les assurés ont cru écrire à leur assureur. Ces courriers sont retournés à l'expéditeur par l'ACAM au maximum sous 48 heures. Les réclamations reçues en assurance de personnes (68 %) représentent plus

du double de celles reçues en assurance dommages (32%). En augmentation par rapport à 2006, l'assurance vie constitue cette année encore la source principale des litiges ou d'interrogations (45 % de la totalité des réclamations reçues et 67% des dossiers en assurance de personnes).

##### Catégories d'assurance de personnes en 2007

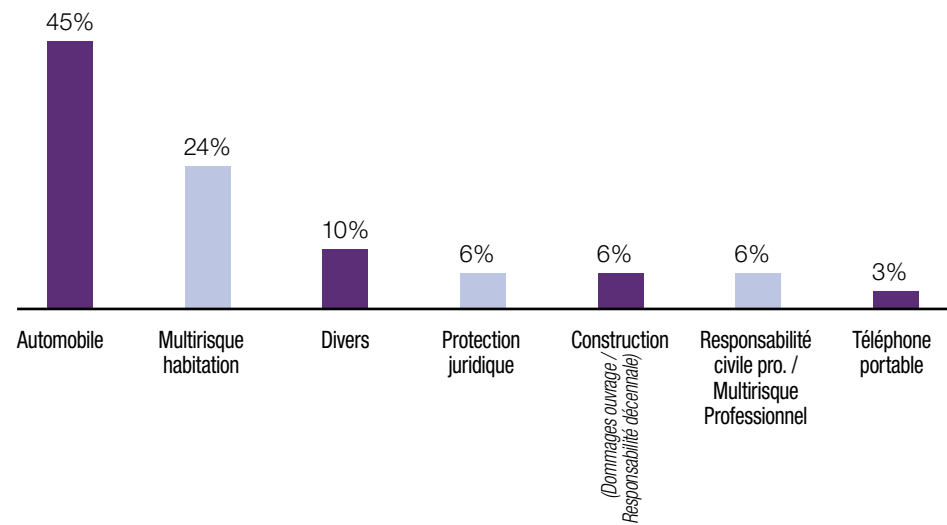


La part de l'assurance vie, dans le total des réclamations reçues en assurance de personnes, a augmenté de 50% en 2006 à 67% en 2007.

Même si cette hausse doit être relativisée, compte tenu des 649 dossiers appartenant à cette catégorie, qui relevaient davantage d'une demande d'information qu'ils ne constituaient de réels litiges

(cf. *supra*), le nombre de dossiers en assurance vie corrigé de cet effet a considérablement augmenté. Dans les autres domaines, le nombre de réclamations reçues a légèrement diminué en prévoyance, en dépendance et en matière de garanties accident de la vie ou autres garanties accidents, mais a augmenté en assurance santé et en assurance emprunteurs.

**Catégories d'assurance dommages en 2007**

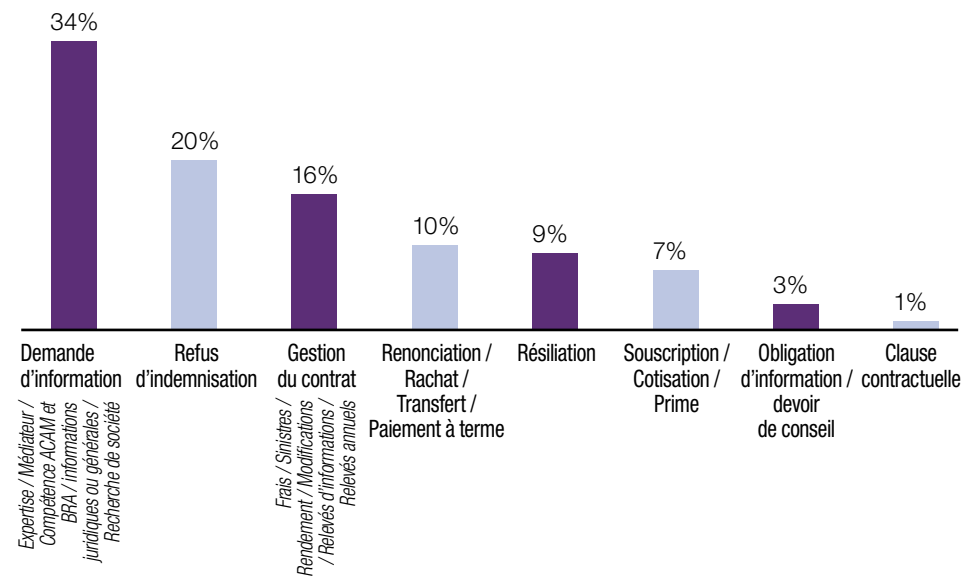


Le nombre total de réclamations reçues en assurance dommages reste stable. Leur répartition, qui est comparable aux parts respectives de chacune des catégories d'assurance sur le marché d'assurance non-vie, évolue peu.

Malgré une baisse des réclamations en assurance auto (de 53% en 2006 à 45% en 2007), celle-ci constitue toujours, avec l'assurance MRH en légère augmentation (24% en 2007 pour 21% en 2006), l'essentiel des réclamations en assurances de dommage (69%).

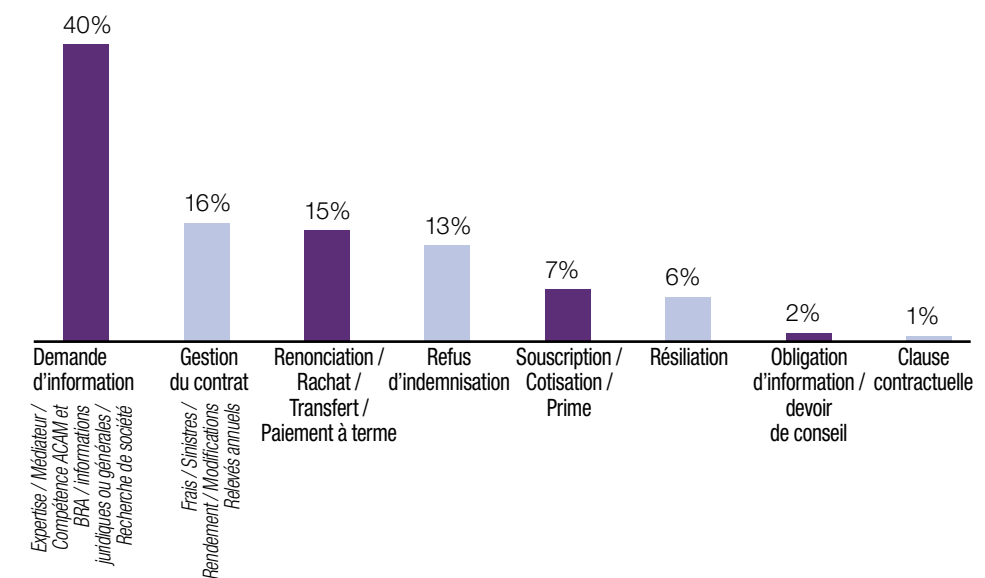
**Dossiers par objet de la réclamation assurances de personnes et dommages en 2007**

**Objet de la réclamation assurances de personnes et dommages en 2007**



**Dossiers par objet de la réclamation assurances de personnes en 2007**

**Objet de la réclamation assurances de personnes en 2007**



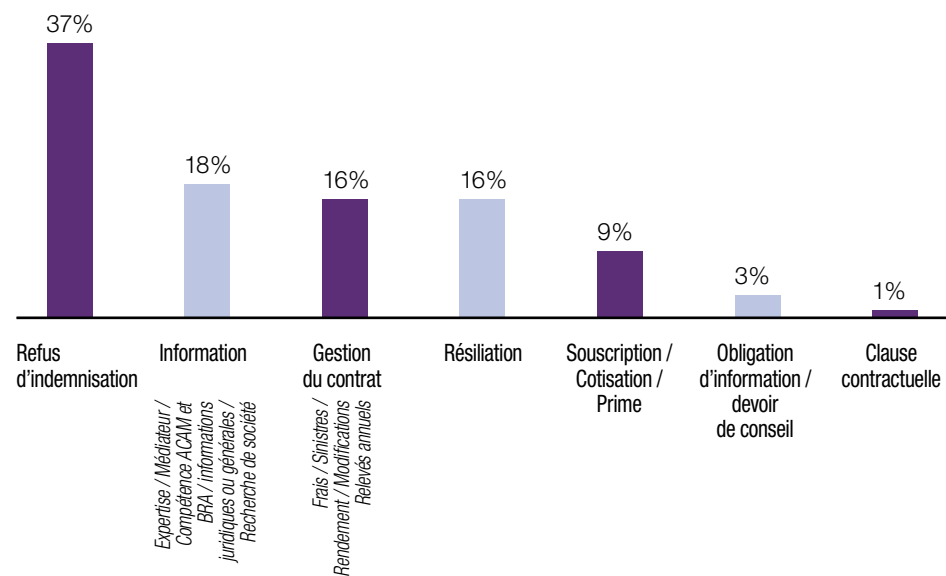
Comme cela a été signalé, l'année a été marquée par une augmentation exceptionnelle de dossiers comportant des demandes d'information. En dehors de ce fait, la répartition de ces dossiers selon l'objet sur lequel porte les réclamations demeure sensiblement la même que celle de 2006. En assurance vie, les difficultés rencontrées relèvent principalement de la gestion du contrat par l'organisme d'assurance et de l'obtention des fonds dans le cadre des demandes de renonciation, rachat ou paiement à terme,

mais également de transfert de contrats. Pour les autres types d'assurances (santé, prévoyance, dépendance, garantie accident de la vie - garantie accidents et assurance emprunteurs) il s'agit plutôt de refus de prise en charge ou d'indemnisation et de différends sur la souscription ou la résiliation des contrats. Ces derniers dossiers concernent cette année davantage la vente à distance ou le démarchage, mais toujours aussi l'application de la loi Chatel (refus de résiliation, contrats collectifs).



## Etat des dossiers par objet de la réclamation assurances dommages en 2007

### Objet de la réclamation assurances dommages en 2007

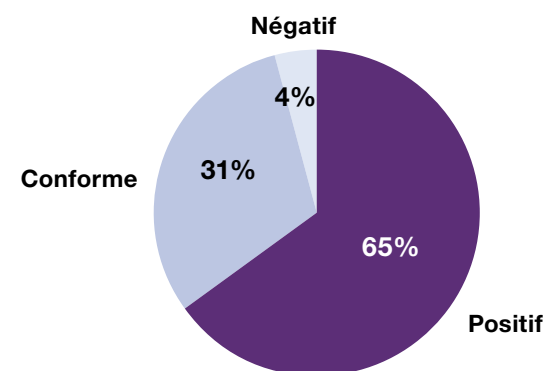


Si les refus d'indemnisation, partiels ou totaux, représentent toujours la part essentielle des sujets de mécontentement des assurés, les difficultés liées aux résiliations fournissent cette année encore un nombre non négligeable de dossiers (16% des motifs de saisine). Au-delà de la donnée statistique brute, il convient de souligner que l'importance des dossiers portant sur des problèmes de résiliation est accentuée par le fait que ceux-ci présentent souvent un caractère d'urgence, notamment quand ils

portent sur des résiliations à l'échéance de contrats d'assurance obligatoire, telle l'assurance automobile. A noter également, une légère augmentation (de 6% à 8%) du nombre de réclamations dans lesquelles les intervenants se sont plaints également du processus de souscription de l'assurance, souvent en contestant avoir conclu un véritable contrat, après des contacts à distance (téléphone, internet) avec un organisme d'assurance ou un intermédiaire ou après un démarchage.

## Etat de résultat en 2007

### Résultat des dossiers de 2007



## 2. Problématiques rencontrées

### 2.1 Sujets transversaux

#### > Respect des délais par l'assureur dans l'exécution de ses obligations

En fin d'année 2006 et au cours de l'année 2007, une partie non négligeable des réclamations dont a été saisie l'ACAM a concerné des plaintes relatives aux délais d'exécution par les assureurs de leurs obligations contractuelles ou légales.

En assurance non vie, de nombreux assurés ont reproché à leur assureur non vie des retards dans les délais de traitement de leur dossier, dans le versement de leurs indemnités après sinistre ou dans l'obtention des documents tels que le relevé d'informations en assurance automobile. En assurance vie, les plaintes se sont concentrées sur les retards dans le paiement de la valeur de rachat ou dans le versement des capitaux au terme des contrats.

Cette problématique des délais d'exécution des prestations n'est pas nouvelle : depuis longtemps le législateur a spécifiquement encadré les délais dans lesquels certaines prestations d'assurance devaient être exécutées.

En assurance automobile par exemple, la procédure d'indemnisation est rigoureusement définie lorsqu'en cas d'accident de la circulation, la garantie obligatoire de responsabilité civile a vocation à jouer<sup>2</sup>. En assurance de catastrophes naturelles, l'assureur dispose d'un délai de trois mois<sup>3</sup>. En assurance vie, le délai de versement de la valeur de rachat ne peut excéder deux mois<sup>4</sup>.

En tout état de cause, de manière plus générale pour toutes les assurances terrestres, l'article L. 113-5 du Code des assurances dispose que *"lors de la réalisation du risque ou à l'échéance du contrat, l'assureur doit exécuter dans le délai convenu la prestation déterminée par le contrat"*. Ce dispositif est complété par la possibilité pour l'assuré créancier, lorsque la dette est exigible (c'est-à-dire lorsque son montant est fixé), de demander des intérêts moratoires et/ou compensatoires en cas de retard dans l'exécution de la prestation, conformément aux dispositions de l'article 1153 du Code civil.

Toutefois, cette question du respect des délais par l'assureur

dans l'exécution de ses prestations, a connu des évolutions légales et jurisprudentielles significatives récentes.

Désormais<sup>5</sup>, toutes les polices d'assurance dommages (hors assistance) doivent indiquer, en complément de l'obligation inscrite à l'article L. 113-5, le délai dans lequel les indemnités sont payées.

De même, en assurance de responsabilité civile automobile, l'assureur doit désormais<sup>6</sup> délivrer au souscripteur du contrat le relevé d'informations dont l'assuré a impérativement besoin pour trouver un nouvel assureur,<sup>7</sup> lors de la résiliation du contrat et dans les quinze jours à compter d'une demande expresse du souscripteur. Ce relevé d'informations peut à présent comporter d'autres mentions que celles énumérées à l'article 12 (comme la mention "résilié par l'assureur" par exemple).

La loi relative à la recherche des bénéficiaires des contrats d'assurance vie (cf. p.70) prévoit désormais<sup>8</sup> que l'assureur doit, sous peine de sanctions financières en cas de retard, procéder, comme en matière de rachat, au versement de la garantie, lorsque le bénéficiaire est identifié, dans un délai d'un mois à compter de la réception des pièces nécessaires au paiement. Avant la promulgation de ce texte, aucun délai n'était imposé à l'assureur pour le versement du capital au terme d'un contrat d'assurance vie. Seuls pouvaient être invoqué à cet égard les articles L. 113-5 du Code des assurances et 1153 du Code civil précités, ce qui générerait d'importantes difficultés s'agissant notamment du point de départ des intérêts moratoires. Souvent en effet les contrats ne prévoyaient aucun délai pour le versement des fonds par l'assureur et aucune sanction contractuelle n'assortissait le non respect du délai fixé. Il convenait dans de tels cas que l'assuré manifeste clairement auprès de son assureur son intention d'être réglé.

De façon identique, en matière de transfert de droits individuels en cours de constitution, l'assureur a maintenant<sup>9</sup> obligation de verser dans un délai de 15 jours à compter de l'expiration du délai de renonciation (lui-même de 15 jours) la valeur de transfert à l'entreprise d'accueil qui a notifié son acceptation.

Enfin, la Cour de Cassation a récemment estimé qu'un tiers au contrat d'assurance était recevable à invoquer un

<sup>2</sup> articles L. 211-9 et s. R. 211-29 et s. et A. 211-1 du Code des assurances. <sup>3</sup> à compter de la date de remise de l'état estimatif des biens endommagés ou des pertes subies, ou de la date de publication, lorsque celle-ci est postérieure, de la décision administrative constatant l'état de catastrophe naturelle (article L. 125-2 du Code des assurances). <sup>4</sup> article L. 132-21.

<sup>5</sup> article 1-14<sup>o</sup> du décret n°2006-740 du 27 juin 2006. <sup>6</sup> Arrêté du 19 juillet 2007. <sup>7</sup> prévu par l'article 12 de l'annexe à l'article A.121-1 du Code des assurances. <sup>8</sup> article L. 132-23-1 du Code des assurances, issu de la loi n°2007-1775. <sup>9</sup> article D. 132-7 dernier alinéa issu du Décret n°2006-1387 du 31 octobre 2006.

préjudice né du retard dilatoire de l'assureur de dommages dans le règlement du sinistre<sup>10</sup>.

Compte tenu du nombre de dossiers concernés et de ces récentes évolutions, l'ACAM insiste sur l'obligation faite aux assureurs de respecter des délais légaux et contractuels qui s'imposent à eux.

#### > Vente à distance et démarchage en assurance non vie

Au cours de l'année 2007, l'ACAM a été destinataire de réclamations d'assurés contestant la validité de leur souscription ou de leur adhésion à un contrat d'assurance, dès lors que celle-ci s'était faite à distance (1) ou par la voie d'un démarchage à domicile (2).

### 1. La conclusion des contrats d'assurance par téléphone ou par Internet

Dans certains cas, des "assurés" estiment, contrairement à la position de l'"assureur" ne pas avoir conclu un contrat d'assurance à l'occasion de leur conversation téléphonique avec un organisme d'assurance ou lors de leur navigation sur le site Internet de l'organisme.

Les règles relatives à la vente à distance de produits d'assurance<sup>11</sup> imposent à l'assureur de fournir, avant la conclusion du contrat, les informations précontractuelles et contractuelles déjà prévues aux articles L. 112-2 et L. 112-4 du Code des assurances.

Certaines informations sont spécifiques au mode de vente à distance comme notamment l'indication de l'existence ou de l'absence d'un droit de renonciation<sup>12</sup> et, si ce droit existe, sa durée<sup>13</sup> et ses modalités d'exercice.

En pratique, ces obligations d'information ne sont pas toujours remplies, notamment dans les cas où les assurés ne reçoivent pas de document contractuel écrit reprenant ces informations, nonobstant les dispositions en ce sens de l'article L.121-20-11 du Code de la consommation.

**Concernant la souscription par téléphone**, certains assurés sont ainsi surpris de recevoir un contrat d'assurance par voie postale donnant suite à une conversation téléphonique entretenue avec l'assureur. Pour la plupart, ces assurés ont communiqué leurs coordonnées bancaires lors de l'entretien téléphonique et n'auraient pas été informés des conséquences de cette communication.

Deux cas peuvent se présenter, distincts quant à la date de conclusion du contrat :

■ **si l'appel téléphonique est à l'initiative de l'assuré**, l'assureur peut exécuter son obligation d'information immédiatement après la conclusion du contrat par téléphone.<sup>14</sup> La date de conclusion du contrat correspond au jour de la conversation téléphonique. Cela suppose que l'assureur ait délivré oralement toutes les informations précontractuelles et contractuelles auxquelles il est assujéti ;

■ **si l'appel téléphonique est à l'initiative de l'assureur**, l'assureur doit s'identifier en début de conversation, préciser le caractère commercial de son appel et transmettre à l'assuré les informations obligatoires par écrit ou sur tout autre support durable.<sup>15</sup> La date de conclusion du contrat correspond alors au jour de sa réception par l'assuré.<sup>16</sup>

**Concernant la souscription par Internet**, certains assurés se plaignent de recevoir par courrier postal un contrat d'assurance auquel ils auraient souscrit lors d'une navigation sur le site Internet de l'assureur, tandis qu'ils ont le sentiment d'avoir seulement rempli un devis en ligne.

A cet égard, l'ensemble des informations doit être fourni à l'internaute avant que celui-ci n'entame le processus de souscription sur les pages du site concerné. Ces informations devront être ainsi communiquées soit sur le site lui-même et comporter un procédé de validation par l'internaute du contenu y afférent, soit par courrier avec l'envoi des documents de souscription, évitant de la sorte une confusion de l'assuré entre un devis et un contrat.

En outre, des obligations spécifiques concernant le professionnel qui propose de la vente sur Internet sont prévues par la loi pour la confiance dans l'économie numérique<sup>17</sup> : accès facile, direct et permanent aux informations relatives à l'identification du vendeur (notice légale accessible sur le site) ainsi qu'un ensemble de contraintes liées à l'exécution intégrale du contrat en ligne telles que le paiement sécurisé ou l'archivage électronique.

La conclusion de contrats d'assurance par correspondance, laquelle constitue également un mode de vente à distance régi par les règles précitées, entraîne moins de réclamations.

### 2. La conclusion de contrats d'assurance à l'occasion d'un démarchage à domicile

Fréquemment, dans les cas de démarchage à domicile, les assurés se plaignent d'avoir subi une pression psychologique à l'origine de l'émission de leur signature sur les documents présentés par le démarcheur, alors qu'ils n'avaient pas réellement la volonté de souscrire le contrat pour lequel ils ont été démarchés, et ce, d'autant plus qu'ils estiment ne pas avoir été en mesure de prendre le temps nécessaire à la lecture desdits documents.

Il est donc impératif que le démarcheur respecte les règles applicables au démarchage et qu'en particulier il attire toujours l'attention du démarché sur sa faculté de renonciation au contrat et ses modalités de mise en œuvre.

En 2007, la Cour de cassation a estimé que le démarchage en assurance vie était réglementé par le Code des assurances, le démarchage en non vie restant régi par le Code de la consommation.<sup>18</sup>

Toutefois, à partir du 1<sup>er</sup> juillet 2008, des règles propres au démarchage en assurance non vie entreront en vigueur<sup>19</sup>, reprenant en partie celles du Code de la consommation mais essentiellement inspirées de celles relatives à la vente à distance.

Le nouvel article L. 112-9 du Code des assurances prévoit ainsi qu'il peut être renoncé au contrat conclu dans les 14 jours de la date du démarchage, à l'aide d'un modèle de lettre joint au contrat à expédier à l'assureur, sous pli recommandé. Toutefois le souscripteur ne peut plus exercer son droit de renonciation dès lors qu'il a connaissance d'un sinistre mettant en jeu la garantie du contrat. En revanche, en l'absence de sinistre, en cas d'exercice du droit de renonciation et dans l'hypothèse où l'assuré a réglé la prime afférente au contrat, l'assureur doit lui rembourser la portion de prime non courue, et réciproquement, l'assuré reste tenu du paiement de la portion de prime courue avant l'exercice du droit de renonciation.

Pour des raisons pratiques évidentes, le droit de renonciation n'est pas applicable aux contrats d'assurance de voyage ou de bagage ni à ceux d'une durée maximale d'un mois.

Le respect de cette nouvelle réglementation devrait mettre

un terme aux divergences d'interprétation sur l'application du Code de la consommation au démarchage en assurance.

## 2.2 Assurance vie et information des assurés

La question de l'information des assurés, au centre des préoccupations du DDCRA\* en 2007, est l'un des thèmes principaux d'étude de l'ACAM en 2008. Le rapport d'activité 2005 avait permis de rappeler les évolutions fondamentales en la matière, notamment les modifications issues de la loi DDAC n° 2005-1564 du 15 décembre 2005.

En 2007, l'ACAM a encore été saisie de difficultés majoritairement liées à des contrats souscrits antérieurement à l'entrée en vigueur des dispositions issues de ces évolutions de la réglementation. Les thèmes récurrents de ces réclamations méritent d'être rappelés.

### 1. Droit de renonciation des assurés

Lorsque des assureurs font droit aux demandes de renonciation des assurés, certains d'entre eux se plaignent du retard avec lequel les sommes qu'ils ont versées leur sont remboursées et de l'absence de paiement des intérêts auxquels ils peuvent légalement prétendre. Les interventions du DDCRA\* trouvent cependant le plus souvent dans ces situations un écho rapide et favorable des organismes.

Tel n'est en revanche pas toujours le cas lorsqu'il intervient sur saisine d'un assuré qui se voit refuser la possibilité de renoncer à son contrat au motif que le délai d'exercice de son droit est expiré au jour de sa demande.

Si certains organismes ont profité de la remontée des marchés financiers et de l'entrée en vigueur de la loi DDAC pour régulariser l'information pré-contractuelle qu'ils avaient à l'origine incomplètement délivrée à leurs assurés, il est arrivé que la régularisation n'ait pas totalement répondu aux exigences posées par la Cour de cassation. Le risque juridique de renonciation ne peut alors pas être considéré comme éteint (cf *supra* Cas pratiques II 2.3).

### 2. Frais

L'ACAM a parfois eu l'occasion de constater que l'information relative aux frais en assurance vie était lacunaire ou manquait de transparence pour l'assuré.

<sup>10</sup>deuxième chambre civile, 10 mai 2007, (n°06-13269, note Hubert Groutel, RCA septembre 2007, p.29). En l'espèce l'assuré dont le bien avait été détruit par un incendie n'avait pas pu procéder, faute d'avoir perçu l'indemnité d'assurance en temps utile, aux réparations de consolidation d'un mur. Le mur s'est effondré, entraînant avec lui les biens d'une tierce personne, qui invoquait un préjudice du fait de la carence fautive de l'assureur. <sup>11</sup>Articles L. 121-20-8 à L. 121-20-17 du Code de la consommation reproduits sous l'article L. 112-2-1 (I) du Code des assurances (L. 221-18 du Code de la mutualité) et article L. 112-2-1 (II, III, IV, V et VI). <sup>12</sup>Le droit de renonciation est exclu pour les contrats d'assurance de voyage, bagage ou similaires,

pour les contrats d'assurance de responsabilité civile obligatoire automobile et pour ceux exécutés intégralement par les deux parties à la demande expresse du souscripteur avant que ce dernier n'exerce son droit de renonciation (article L. 112-2-1 II du Code des assurances). <sup>13</sup>Délai de 14 jours à compter de la date de conclusion du contrat ou de la date de réception du contrat par l'assuré (article L. 112-2-1 II du Code des assurances). <sup>14</sup>Article L. 121-20-11 alinéa 2 du Code de la consommation. <sup>15</sup>Article R. 112-4 2° du Code des assurances. <sup>16</sup>Article L. 121-20-11 alinéa 1° du Code de la consommation. <sup>17</sup>Loi n° 2004-575 du 21 juin 2004.

<sup>18</sup>Arrêt de la Cour de cassation : Crim 2 octobre 2007, n° de pourvoi 06-87 292 renvoyant aux articles L. 121-22 à L. 121-28 du Code de la consommation. <sup>19</sup>Nouvel article L. 112-9 du Code des assurances issu de la loi n° 2008-3 du 3 janvier 2008 pour le développement de la concurrence au service des consommateurs.



En 2007 encore, de nombreux assurés ayant racheté avant terme leurs contrats non soumis aux dispositions de la loi DDAC indiquaient ne pas avoir eu conscience à la souscription du montant des frais qui viendrait amputer leur épargne, notamment pour les contrats dits "à frais précomptés". Il convient de rappeler que les contrats doivent notamment être conformes aux obligations posées par les articles R. 132-3 et A. 132-4 du Code des assurances relativement à l'indication dans les contrats des frais prélevés.

L'un des enjeux de la loi DDAC a été d'améliorer l'information des assurés en matière de frais. Cependant, pour l'heure, les réclamations reçues par l'ACAM en 2007 sur des contrats postérieurs à l'entrée en vigueur de cette loi sont trop peu nombreuses pour en déterminer l'impact sur ce point.

### 3. Rendement : simulations / publicité / clauses de participation aux bénéfiques / rentes viagères

#### 3.1 Simulations

S'agissant de l'information sur le rendement des contrats d'assurance vie, l'ACAM a été sollicitée par des assurés auxquels ont été remis à la souscription des documents contenant des simulations de rendement divergeant fortement avec les taux effectivement servis.

Si certains d'entre eux font clairement apparaître le caractère hypothétique des chiffres indiqués, d'autres inclinent les assurés à penser qu'il s'agit d'engagements contractuels fermes. Une telle confusion participe d'une information déficiente des assurés. Elle peut en outre faire peser un risque juridique sur les organismes qui justifieraient un provisionnement.

#### 3.2 Publicité

Il en est de même des documents promotionnels, notamment ceux diffusés par les intermédiaires d'assurance. Certains de ces messages publicitaires présentent des contrats garantissant des taux de rendement extrêmement peu clairs pour les assurés. D'autres affichent des taux ne correspondant pas à ceux, nets de frais, réellement octroyés par les assureurs sur une période annuelle.

Ces publicités mettent également parfois en avant des performances passées, sans qu'elles soient clairement distinguées des garanties futures (cf. *supra* Cas pratiques II 2.3).

En outre, il arrive que ces documents promotionnels ne soient pas identifiables en tant que tels et puissent être confondus avec des documents contractuels.

Or, il n'est pas rare que les publicités constituent les premiers, voire les uniques éléments qui déterminent les assurés à contracter.

Il serait souhaitable que les annonceurs concentrent leurs efforts à rendre la promotion des produits aussi claire que possible. L'ACAM rappelle à ce titre l'engagement des membres de la FFSA relatif à la communication des taux de rendement des supports en euros des contrats d'assurance vie et de capitalisation.

#### 3.3 Clauses de participation aux bénéfiques

L'ACAM a également été saisie de réclamations liées à une difficile compréhension des clauses de participation aux bénéfiques. Un effort de clarification et de précision dans la rédaction de ces clauses paraîtrait à cet égard nécessaire.

#### 3.4 Rentes viagères

Le même grief peut être fait à la rédaction de certains contrats de rente viagère comportant une clause fixant un taux de rendement minimum garanti. Or ce taux de rendement est en réalité déjà intégré dans le montant des rentes annuelles fixé. La rédaction de ces contrats ne permet pas toujours aux assurés de prendre conscience de ce mécanisme. Aussi ces derniers sont-ils la plupart du temps déçus d'apprendre qu'ils n'ont pas droit à une valorisation complémentaire de leurs rentes au taux de rendement indiqué.

Comme pour le versement des participations aux bénéfiques, si les vérifications auxquelles l'ACAM procède dans de tels cas de figure permettent le plus souvent de conclure à une bonne application mathématique des clauses contractuelles, il est fréquemment constaté que l'information donnée aux assurés relativement à la revalorisation des garanties de leur contrat retraite n'est pas très claire, ni toujours complète.

#### 4. Avances

S'agissant des conditions des avances sur police consenties aux assurés, l'ACAM constate encore des lacunes dans l'information.

Fréquemment, les contrats sont muets sur les taux d'intérêt relatifs aux avances, renvoyant à un règlement général tenu

à la disposition des assurés ou à un avenant censé être régularisé au moment des demandes de prêt.

Bien souvent toutefois, les assurés ne demandent pas ce règlement et ne prennent pas connaissance des conditions de l'avenant en question. Ils n'ont ainsi pas conscience du fait que les avances qu'ils sollicitent constituent un prêt à taux élevé et non un rachat partiel de leur contrat. Les difficultés qu'ils éprouvent ensuite à en rembourser les échéances sont d'autant plus grandes que le rendement des contrats souscrits en unités de compte a été affecté par la baisse des marchés financiers.

**Au-delà d'un respect scrupuleux du devoir de conseil en la matière, une information claire, systématique et préalable des conditions d'octroi des avances, telle que recommandée par la FFSA, est à encourager.**

#### 5. Substitution de supports d'unités de compte

Ont également été constatées cette année des lacunes en matière d'information lorsque se produit une substitution d'unités de compte.

Des assurés se sont ainsi plaints d'avoir été avertis *a posteriori* seulement des opérations de substitution des supports d'unités de compte sur lesquels était investie leur épargne.

Il arrive en effet que ces derniers ne correspondent plus au choix initial des assurés, lesquels font valoir qu'ils n'auraient pas sélectionné de telles valeurs.

Il ressort des dossiers de réclamation que, si les assureurs prévoient généralement dans leurs contrats les modalités selon lesquelles, en cas de disparition d'une unité de compte, une autre de même nature lui est substituée, les conditions générales omettent souvent de préciser que cette opération sera constatée par un avenant au contrat alors que l'article R. 131-1 du Code des assurances impose cette formalité. Celle-ci permet de constater, outre l'assentiment de l'assuré sur le choix des nouveaux supports, sa parfaite information sur les modalités de la substitution opérée par l'assureur.

#### 6. Modification des contrats collectifs

De nouvelles réclamations ont été reçues en 2007 sur des adhésions à des contrats collectifs souscrits antérieurement

à l'entrée en vigueur de la loi DDAC. Rappelons qu'avant la promulgation de ce texte, certains assureurs ne mentionnaient pas les conséquences du caractère collectif du contrat.

Les assurés étaient ainsi généralement inconscients des particularités de ce type de contrats.

Dans ce contexte, ils ont contesté les modifications sur leurs contrats opérées par leur organisme d'assurance, principalement lorsque ces modifications avaient pour objet une baisse ou une suppression du taux de rendement fixé au moment de leur adhésion.

Là encore, l'information n'a pas toujours été donnée selon la transparence requise par les textes et elle est apparue, dans de nombreux cas, trop lacunaire.

Par exemple, des organismes ont informé les assurés de manière accessoire, voire anecdotique, de la réduction ou de la suppression d'une clause de rendement minimum garanti particulièrement avantageuse, au détour d'une information visant à vanter tel ou tel avantage d'un contrat.

Même s'il ne s'agit pas d'une obligation légale de l'assureur, informer les assurés du fait que les modifications opérées leur laissent la possibilité de dénoncer leur adhésion participerait d'une amélioration de l'information qui leur est fournie.

En tout état de cause, il paraît important de rappeler, de manière générale, qu'à défaut d'un strict respect de la réglementation concernant l'information à laquelle ils sont tenus, les organismes demeurent exposés au risque que les modifications opérées soient jugées inopposables aux assurés.

#### > Transferts de contrats d'assurance retraite (Article L 132-23 du Code des assurances)

L'ACAM a été de nouveau saisie de difficultés rencontrées par des assurés lors de leur demande de transfert de leurs droits sur leur contrat d'assurance retraite. Les dossiers montrent que l'assureur, saisi de cette demande, tarde parfois à effectuer les démarches nécessaires auprès du nouvel assureur, retardant ainsi significativement la réalisation de l'opération demandée.

Les litiges concernent également des contrats dans



lesquels une clause subordonne le transfert à un changement d'activité professionnelle, ce qui, s'agissant de contrats souscrits dans le cadre de la loi Madelin par des professionnels exerçant à titre libéral, tend à restreindre très fortement, voire à priver l'assuré de la faculté de transférer ses droits.

Certes, les juges du fond avaient validé une telle clause en rappelant que la seule obligation légale des assureurs résidait dans l'insertion d'une clause de transférabilité dans le contrat, mais que le contenu de cette dernière relevait de la liberté contractuelle des parties<sup>20</sup>.

Mais depuis, l'ordonnance n°2006-344 du 23 mars 2006 a modifié l'article L. 132-23 qui dispose désormais que *"les droits individuels résultants des contrats d'assurance de groupe en cas de vie dont les prestations sont liées à la cessation d'activité professionnelle (...) sont transférables, dans des conditions fixées par décret."*

Son décret d'application<sup>21</sup> (n°2006-1327) prévoit que le transfert *"des droits individuels en cours de constitution est de droit"* et que le contrat comporte une clause *"permettant le transfert des droits individuels en cours de constitution"*.

Les nouvelles dispositions visent à renforcer les droits des assurés, des clauses plus restrictives ne seront donc plus conformes.

Enfin, la réglementation susvisée devrait également avoir pour effet d'accélérer les procédures de transfert pour lesquelles aucun délai n'était prévu jusqu'à présent et consécutivement de réduire le nombre de réclamations que pourrait recevoir l'ACAM concernant ces questions.

### 2.3 L'assurance emprunteur

Partie intégrante de la plupart des opérations de crédit, l'assurance emprunteur peut présenter encore parfois un manque de transparence. Les banques pourraient en effet imposer la souscription d'assurances emprunteur, sans que leurs clients n'aient véritablement conscience du fait qu'elles représentent un coût distinct de celui de l'emprunt qu'ils contractent. N'ayant de contact personnel qu'avec leur interlocuteur bancaire, les assurés ignorent même parfois qu'ils adhèrent distinctement à un contrat d'assurance. Ils ne prennent souvent connaissance de l'identité de leur assureur et du contenu des garanties qu'ils ont souscrites qu'au moment de la réalisation du risque.

### Une évolution de la réglementation

Si ce type d'assurance a toujours posé difficulté, elle a fait l'objet de toutes les attentions en 2007.

C'est ainsi que l'information des consommateurs a été améliorée, ceux-ci ayant désormais la possibilité de solliciter une offre d'assurance auprès d'un organisme d'assurance autre que celui proposé par l'établissement de crédit (L. 312-8, 4 bis du Code de la consommation).

En outre, le gouvernement a engagé des concertations sur les mesures envisageables pour renforcer l'information des emprunteurs avec les établissements bancaires et les assureurs, et développer la concurrence. A ce titre, un questionnaire a été adressé par la DGTPE, du Ministère de l'économie, de l'industrie et de l'emploi, aux professionnels au début de l'année 2008.

### Des problématiques récurrentes

L'ACAM s'est également depuis longtemps intéressée à l'assurance emprunteur.

En 2005 notamment, l'ACAM avait relevé que certains contrats avaient été annulés en raison de fausses déclarations intentionnelles, alors même que la mauvaise foi de l'assuré n'était pas toujours établie, et que le contrat aurait pu ne pas être systématiquement annulé (articles L.113-8 et 9 du Code des assurances, cf. RA 2005). Il avait également été fait état de l'inadaptation de certaines garanties souscrites aux situations personnelles des assurés et des interruptions prématurées du règlement des prestations en raison de leurs prétendus changements de situation.

Tels ont également été les principaux sujets des dossiers reçus par l'ACAM en 2007.

Parallèlement, il importe de noter que cette dernière a été saisie par les assurés de questions relatives d'une part, au reversement de la participation aux bénéfices des entreprises, et d'autre part, à l'interprétation de certaines clauses de leurs contrats.

#### 1. Assurance emprunteur et participation aux bénéfices

L'ACAM a ainsi reçu des dossiers d'assurés ayant adhéré à des contrats collectifs d'assurance emprunteur les garantissant contre les risques décès et invalidité à l'occasion de la souscription de leurs prêts immobiliers

ou à la consommation et qui, sensibilisés à la question de la participation aux bénéfices par la presse spécialisée, contestaient avoir été exclus, au profit des établissements de crédit, du système de participation aux bénéfices techniques et financiers dont bénéficient les épargnants titulaires de contrats d'assurance vie. Ces assurés ont ainsi sollicité l'avis de l'ACAM ou lui ont demandé d'intervenir auprès de leur assureur. Les pratiques de ces derniers n'étant alors pas contraires à la réglementation, celles-ci n'ont pas appelé d'action de l'ACAM (cf. *infra* l'encadré sur "La controverse sur les contrats emprunteurs").

#### 2. L'imprécision de certaines définitions de l'invalidité et le niveau élevé de garantie

L'ACAM a également reçu un grand nombre de réclamations portant sur des clauses contractuelles peu claires, trop complexes ou trop restrictives.

Ainsi, les définitions des notions d'invalidité, d'incapacité, d'invalidité permanente, d'invalidité absolue et définitive ou totale et définitive, d'incapacité fonctionnelle ou professionnelle, d'inaptitude totale et irrémédiable, de perte totale et irréversible d'autonomie, de taux, de barème applicable, etc... dont les assureurs font dépendre le jeu de leurs garanties, mériteraient d'être clarifiées.

Il n'est pas rare que des contrats d'assurance emprunteur ne prévoient une prise en charge du crédit qu'en cas d'incapacité ou d'invalidité de l'assuré, sans indiquer clairement ce que recouvrent ces expressions et sans préciser les barèmes de détermination. De même certains limitent la prise en charge des échéances du crédit à des cas d'incapacité fonctionnelle d'une gravité extrême, de telle sorte que la garantie ne trouve jamais à s'appliquer.

## 5. DÉBATS EN COURS ET THÈMES D'ACTUALITÉ

### 1. Place de Paris

#### 1.1 Le Haut Comité de Place

Présidé par le ministre de l'économie, de l'industrie et de l'emploi, le Haut Comité de Place regroupe depuis 2007 les professionnels de la Place, la ville de Paris, la région Ile

de France et les autorités de supervision. Il a pour objectif d'élaborer un plan d'actions pour renforcer l'attractivité de la place financière de Paris.

**Les autorités de supervision et de contrôle ont chacune présenté au comité un programme de "meilleure régulation", en vue de garantir aux professionnels, aux investisseurs et aux épargnants que la réglementation soit élaborée et mise en œuvre de la manière la plus efficiente possible.** L'ACAM a ainsi proposé les cinq axes de travail exposés *infra*.

### 1.2 La meilleure régulation

#### 1. Recours aux recommandations ("soft regulation")

Comme cela a déjà été fait pour le contenu des rapports de solvabilité et la lutte contre le blanchiment en 2005, ainsi qu'en novembre 2007 pour la gouvernance et février 2008 pour la réassurance "finite" - ou limitée - il s'agit de publier des recommandations ou guides de bonnes pratiques après discussion approfondie avec les organisations professionnelles. L'ACAM s'est engagée à continuer cette approche sur d'autres sujets intéressant les acteurs de la place et à généraliser les consultations publiques avant adoption définitive de ces recommandations.

#### 2. Charte de contrôle

**Cette charte s'adressera, en priorité, aux organismes contrôlés. Elle vise à les informer de leurs droits et obligations lors des opérations de contrôle. Elle constitue, également, un guide de bonnes pratiques, garant de relations courtoises et sereines entre les contrôleurs de l'ACAM et les professionnels du secteur.**

L'ACAM travaille sur ce projet de Charte de contrôle et consulte la profession de façon approfondie. Le projet devrait aboutir mi-2008, après consultation du marché au printemps.

#### 3. Extension de la communication externe

L'ACAM continue de renforcer sa communication externe : la Lettre de l'ACAM, trimestrielle, permettant de communiquer avec les acteurs de la place par des informations, des discussions, des interprétations, des

exposés méthodologiques, a été lancée en juin 2007.

De même, la nouvelle publication "Analyses et synthèses" a été lancée fin 2007.

Un nouveau site verra le jour début 2009 avec des fonctionnalités enrichies.

#### 4. Transmission des données par Internet

L'objectif est de parvenir à la transmission dématérialisée à l'ACAM des états prudeniels par les organismes contrôlés. Ceci devrait pouvoir s'appliquer à tous les états relatifs à l'exercice 2008, donc communiqués début 2009.

#### 5. Rencontres périodiques avec les professionnels et les ministères chargés de la réglementation

L'ACAM a proposé de réunir une fois par trimestre, dès 2008, un groupe de concertation comprenant plusieurs membres de son Collège, le Secrétariat général, les fédérations professionnelles (FFSA, GEMA, CETIP, FNMF, FNIM) ainsi que la Direction Générale du Trésor et de la Politique Economique et la Direction de la sécurité sociale.

## 2. Actualités juridiques

### 2.1 Transposition de la directive réassurance

La directive 2005/68/CE relative à la réassurance, entrée en vigueur le 10 décembre 2005, devrait être transposée prochainement en France par voie d'ordonnance. Ce texte fournit un cadre réglementaire harmonisé pour la réassurance dans l'Union européenne dans le but d'instaurer un régime sain et prudent qui serve l'intérêt des assurés. Comme l'indiquait l'exposé des motifs lors de la discussion de la directive : *"des réassureurs forts et bien surveillés contribueront à la plus grande robustesse du marché intérieur et à la stabilité internationale."*

La directive instaure un "passeport européen" pour les entreprises de réassurance qui autorise une entreprise agréée dans un Etat membre à exercer ses activités dans tout autre Etat membre. Cette disposition devrait être reprise dans des termes similaires à ceux de l'assurance directe. L'objet de l'entreprise qui requiert l'agrément doit se limiter exclusivement à l'activité de réassurance et aux opérations liées.

La directive précise que la surveillance financière des

entreprises de réassurance relève de la compétence exclusive de l'Etat membre d'origine et concerne :

- les provisions techniques, c'est-à-dire le montant à provisionner pour pouvoir honorer les engagements contractuels ;
- les actifs détenus par les entreprises de réassurance ;
- la vérification de la solvabilité.

Les règles prévues par la directive quant aux actifs représentatifs des provisions techniques apparaissent, en première lecture, comme moins contraignantes que celles prévues pour les entreprises d'assurance directe. Ceci s'explique par le fait que la directive pose le principe que l'entreprise est conduite par une "personne prudente" ; c'est seulement dans l'éventualité où il serait patent que ce n'est pas le cas qu'il y a donc à réglementer de façon détaillée comme en assurance directe.

La directive pose un certain nombre de règles quant à l'exigence de marge de solvabilité et institue un fonds de garantie. Toutefois, en ce qui concerne les exigences de solvabilité, le régime prévu est provisoire. En effet, le contrôle de la réassurance doit être réévalué dans le cadre du projet Solvabilité II. L'approche dite "accélérée" utilisée par la Commission a permis d'aboutir à la directive réassurance sans attendre la directive Solvabilité II. Pendant cette période intérimaire, les règles sur les exigences de solvabilité font référence au système actuel applicable à l'assurance.

Si la directive interdit toute exigence réglementaire de collatéraux pour apprécier la couverture des provisions pour primes non acquises et pour sinistres à payer (*"les Etats membres ne conservent ni introduisent de système de provisionnement brut qui exige le nantissement d'actif en couverture des provisions pour prime et pour sinistres à payer..."*), le nantissement n'est pas pour autant interdit en tant que tel. Les cédantes auront au contraire tout avantage à continuer de solliciter ce type de garantie lors des négociations de leurs traités de réassurance, tout particulièrement pour les risques à déroulement long.

La directive prévoit enfin de permettre aux Etats membres d'autoriser et de régir les activités de réassurance "finite" ainsi que l'établissement de véhicules de titrisation ("special

purpose vehicles"), ce qui devrait conduire à la mise en place de fonds communs de titrisation.

### 2.2 Transposition de la directive Homme-Femme

L'Union européenne cherche à établir l'égalité de traitement entre hommes et femmes par une série de directives visant les différents domaines où des discriminations ont été constatées.

Ainsi, la directive 2004/113/CE du 13 décembre 2004 traite de l'égalité d'accès aux biens et services. Elle intéresse au plus haut point l'assurance. En effet, l'article 5 interdit de pratiquer toute discrimination nouvelle après le 21 décembre 2007. Ne peuvent donc être perpétuées que celles explicitement autorisées à cette date, sous réserve qu'elles soient justifiées par des "données actuarielles et statistiques pertinentes et précises".

La loi n° 2007-1774 du 17 décembre 2007 a ouvert au pouvoir réglementaire la possibilité de valider les usages du marché français. Quatre arrêtés du 19 décembre 2007 ont décliné ces principes pour l'assurance **automobile**, les dommages corporels (**accidents et maladie**) et l'**assurance vie**, les quatre domaines dans lesquels il a été vérifié qu'il existait effectivement des données remplissant les conditions fixées par la directive.

La qualité des données, au regard des critères fixés par la directive, a été validée en plusieurs étapes. Les assureurs ont collecté et répertorié les données. Le pouvoir réglementaire a apprécié si elles étaient suffisamment pertinentes et précises pour justifier l'ouverture de faculté réglementaire de discrimination. Ces données sont à la disposition du public sur le site de la DGTPE.

Ces textes nouveaux ne concernent toutefois que les entreprises régies par le Code des assurances. En application de l'article L 112-1 du Code de la mutualité, les organismes relevant de cette réglementation n'avaient déjà pas le droit de pratiquer de discrimination en dommages corporels. Ils n'auront désormais plus le droit d'en faire en assurance vie. Quant aux institutions de prévoyance, elles ne pourront, elles non plus, effectuer la moindre discrimination.

Pour elles, toutefois, ce n'est pas un véritable bouleversement. En effet, en application de l'article L913-1 du code de la sécurité sociale – un article qui s'impose à tous les

organismes d'assurance opérant en France, quel que soit le code ou la loi les régissant -, aucun contrat collectif obligatoire de salariés ne pouvait déjà comporter de discrimination fondée sur le sexe. Or ces opérations obligatoires forment l'essentiel de l'activité de ces institutions.

Il n'en reste pas moins que de telles différences de législation, aussi bien en France qu'entre pays européens, ne peuvent manquer de faire obstacle au transfert de contrats entre organismes relevant de textes différents puisque ces transferts impliqueraient en réalité de profondes modifications des contrats.

### 2.3 Révision du Protocole de Sienne

**Le Protocole de Sienne, adopté en 1997, organise la coopération et l'échange d'information entre autorités chargées de la surveillance des entreprises d'assurance des pays membres de l'Union européenne. Après 10 ans d'application, le CEIOPS a décidé de procéder à sa révision.**

**Protocole général de coopération entre autorités de contrôle des assurances des états membres de l'Union européenne** : le titre du protocole a été modifié pour tenir compte de l'extension de son champ d'application. Outre les entreprises d'assurance directe, le protocole s'applique maintenant à la surveillance des entreprises de réassurance. Il intègre les nouvelles dispositions et les modifications issues des différentes directives postérieures à 1997<sup>22</sup>. Ce protocole est destiné à renforcer la coopération et utiliser le plus efficacement possible toutes les informations prudentielles disponibles afin de protéger au mieux les assurés. En cas de désaccord sur son application, ce protocole ouvre aux autorités la possibilité de recourir au mécanisme de médiation mis en place par le CEIOPS.

#### > Les principales modifications

La modernisation des procédures existantes a été réalisée en prenant en compte l'expérience passée, l'évolution technique et le besoin d'une coopération plus efficace entre autorités de contrôle. L'échange d'informations a encore été intensifié et un système destiné à améliorer la transparence en matière de traitement des réclamations des assurés a été formalisé.



**Procédure d'agrément :** le principe de l'agrément unique participe de la recherche d'une harmonisation des méthodes et documents de contrôle ainsi que des conditions d'accès et d'exercice de l'activité d'assurance. L'un des objectifs principaux était d'améliorer l'échange et l'utilisation des informations déjà détenues par les autorités de contrôle des assurances des autres états membres, mais également par des autorités compétentes en matière bancaire et financière : informations concernant les autres succursales, filiales ou participations importantes dans des entreprises de l'Union européenne, informations sur la solidité financière et l'honorabilité des actionnaires, la compétence et l'expérience des dirigeants et administrateurs des entreprises.

**Procédure de notification :** outre la mise en place d'une procédure simplifiée de transmission d'informations lors de l'établissement d'une succursale par une entreprise de réassurance dans un autre Etat membre, le protocole vise à améliorer l'actualisation des informations transmises, soit vers l'autorité du pays d'accueil (modification des informations sur l'entreprise, cessation d'activité), soit réciproquement vers l'autorité du pays d'origine (modification des "conditions d'intérêt général" liées à l'exercice de l'activité) par une mise à jour régulière des informations après la notification.

**Procédure de coopération entre autorité du pays d'accueil et autorité du pays d'origine dans le cadre du contrôle des sociétés en activité :** une procédure de coopération a été ajoutée en matière d'assainissement et de liquidation de sociétés<sup>23</sup>. La procédure de "droit d'alerte", procédure applicable lorsque l'autorité du pays d'accueil a des raisons de considérer que les activités d'une entreprise d'assurance pourraient porter atteinte à sa solidité financière et la procédure de transfert de portefeuille ont été clarifiées et complétées.

**Traitement des réclamations :** enfin, un travail particulièrement important a été consacré à la protection du consommateur, concrétisé notamment par la rédaction d'une partie portant exclusivement sur le traitement des réclamations des assurés. Actuellement, il existe au sein de l'Union européenne une très grande diversité de systèmes de traitement de réclamations (ou de règlements extrajudiciaires de litiges). Afin d'améliorer la protection du consommateur,

il est apparu indispensable de mettre en place une meilleure information des assurés sur ces différents systèmes, mais également de formaliser une procédure clarifiant, notamment pour les réclamations transfrontalières, le suivi apporté par les autorités de contrôle aux réclamations reçues, facilitant ainsi leur traitement.

Il est prévu une nouvelle modification de ce protocole lorsque le dispositif prudentiel Solvabilité II sera mis en place.

## 2.4 Assurance vie

### 1. Modification du calcul du montant minimum de participation aux bénéfices

Le montant de participation aux bénéfices versée par un assureur à ses assurés obéit au schéma général suivant, cette brève description n'étant qu'une épure à visée pédagogique, ne décrivant donc que la philosophie générale du calcul.

Le "résultat technique" d'un assureur est la part du résultat correspondant à l'activité assurance *stricto sensu*. Il est par exemple positif si la mortalité d'une assurance décès s'est révélée plus faible que prévue, si les cotisations sont élevées par rapport aux remboursements, ou bien si les frais de gestion sont faibles.

Le "résultat financier" de l'assureur correspond aux plus ou moins values réalisées sur ses actifs au cours de l'exercice. Une partie correspond à des contrats cantonnés (par exemple, des contrats en UC) qui sont exclus du calcul. Une autre partie correspond aux bénéfices réalisés sur les fonds propres (au prorata du montant de ceux-ci). Le reste correspond aux bénéfices financiers réalisés sur des actifs correspondant à la majeure partie des passifs du bilan : les provisions des contrats en euros. C'est cette dernière partie qui interviendra dans la suite du calcul.

La première étape permettant de déterminer la participation aux bénéfices consiste à déterminer la participation aux résultats. Celle-ci est constituée d'au minimum 90% du résultat technique, et 85% du résultat financier (de la partie correspondant aux provisions mathématiques).

Prenons pour simplifier le cas d'un assureur ayant 100 contrats, dont l'encours est pour chacun de 1 000 €. Supposons que le montant total de participation aux

résultats déterminé *supra* corresponde à 5 000 €.

L'assureur avait pu s'engager sur un taux garanti. Cela le conduit à devoir "verser" à chaque assuré (i.e. augmenter la valeur de rachat de leur contrat) un certain montant. Par exemple si pour chaque assuré la valeur de rachat l'année précédente était de 1 000 €, et que le taux garanti était de 3%, l'assureur doit "verser" 30 € à chaque assuré.

La participation aux bénéfices correspond à l'écart entre la participation aux résultats (5 000 € dans notre exemple), et la somme correspondant aux intérêts techniques découlant du taux garanti (3 000 € dans notre exemple), soit 2 000 €.

L'assureur devra donc "verser" cette somme aux assurés, par exemple en augmentant la valeur de rachat des contrats. Il dispose cependant de huit années pour verser ce montant (les 2 000 €). En outre, s'il doit allouer à chaque contrat les intérêts techniques individuellement prévus, il peut par contre répartir à sa guise entre les différents contrats le montant global de participation aux bénéfices déterminé sur l'ensemble de son portefeuille.

Le mode de calcul exact et les modalités d'attribution précises sont décrits aux articles A.331-3 et suivants du Code des assurances.

Le principe de la participation des assurés aux bénéfices réalisés sur les contrats d'assurance en cas de vie et de capitalisation est établi par les articles L. 331-3 du code des assurances, L. 931-30 du code de la sécurité sociale et L. 212-5 du code de la mutualité.

Pour les sociétés régies par le code des assurances, le calcul du montant minimum de cette participation a été modifié par un arrêté du 23 avril 2007 "relatif à la provision pour aléas financiers et à la participation aux bénéfices techniques et financiers des opérations des entreprises d'assurance sur la vie".

Ainsi, à partir de 2007, les résultats techniques et financiers des contrats collectifs d'assurance en cas de décès sont inclus dans le calcul du montant minimum de participation aux bénéfices. Toutefois, pour prendre en compte une possible compensation des résultats entre les différentes garanties de ce type de contrat, les éventuelles pertes techniques constatées sur des garanties accessoires de

### Un nouvel état réglementaire en projet : le C22

La modification des règles de calcul du minimum de participation aux bénéfices est à l'origine de la création dans le dossier annuel d'un nouvel état réglementaire spécifique à la participation aux résultats. L'état C22, intégré dès 2008, a été conçu de façon à être utilisable aussi bien pour les sociétés relevant du code des assurances que pour les mutuelles régies par le Code de la mutualité et les institutions de prévoyance.

Cet état permet de décomposer les différentes étapes du calcul du minimum de participation aux bénéfices. Il comprend en outre un tableau de suivi de la provision pour participation aux bénéfices, permettant de vérifier l'obligation de consommation de chaque dotation à cette provision dans un délai maximum de 8 ans.

### La controverse sur les contrats emprunteurs

Au cours du premier trimestre 2007, la presse s'est fait l'écho de critiques émanant d'organisations de consommateurs sur l'absence de participation bénéficiaire versée aux assurés des contrats emprunteurs et le niveau des rémunérations versées aux organismes prêteurs (apporteurs d'affaires pour les assureurs).

Jusqu'en 2006, l'article A. 331-3 du code des assurances excluait effectivement du mécanisme de la participation aux bénéfices les contrats collectifs en cas de décès, dont font partie la plupart des contrats d'assurance emprunteur. Si la légalité de cet article est aujourd'hui remise en cause devant les tribunaux, il n'appartient pas à l'ACAM de préjuger de la décision qui sera rendue.

Pour l'avenir, la modification du calcul du minimum de participation aux bénéfices devrait conduire à une évolution du mode de rémunération des banques sur les contrats d'assurance emprunteurs. En effet, le solde technique du compte de résultat ne peut désormais plus être réparti librement entre l'assureur et son apporteur d'affaires, dans la mesure où l'assureur doit d'abord respecter le minimum global de participation aux bénéfices octroyée aux assurés, avant de pouvoir éventuellement attribuer à l'organisme prêteur une participation aux bénéfices du contrat d'assurance.





dommages corporels – garanties souvent proposées dans les contrats de prévoyance d'entreprise et les contrats emprunteurs – peuvent être imputées sur le compte de participation dans la limite des bénéfices techniques constatés sur les garanties en cas de décès associés à ces contrats.

La participation de l'assureur au résultat technique a par ailleurs été révisée. En effet, l'assureur peut désormais imputer sur le solde technique le montant le plus élevé entre :

- 10% du solde créditeur toutes catégories confondues – c'est-à-dire la participation de l'assureur selon les règles antérieures ;
- et 4,5% de primes des seuls contrats individuels et collectifs en cas de décès.

Enfin, l'assiette de calcul du montant minimum de participation a été élargie aux contrats souscrits à l'étranger : les activités des succursales étrangères des sociétés françaises, ainsi que les opérations en libre prestation de services, sont désormais incluses dans l'obligation de participation aux bénéfices.

## 2. Contrats en déshérence et acceptation du bénéficiaire

La loi<sup>24</sup> "permettant la recherche des bénéficiaires des contrats d'assurance sur la vie non réclamés et garantissant les droits des assurés" vise à faciliter la recherche des bénéficiaires en assurance vie et à renforcer les droits des assurés en créant de nouvelles mesures relatives au capital, au rachat, à l'acceptation et au nantissement.

### Identification et recherche des bénéficiaires

Un grand nombre de bénéficiaires n'ont pas connaissance de leur qualité et ne réclament donc pas le bénéfice du contrat tandis que fréquemment l'assureur ignore le décès de son assuré et ne recherche pas le bénéficiaire.<sup>25</sup>

De nouvelles dispositions issues de la création d'un article L. 132-9-3 du Code des assurances (L. 223-10-2 du Code de la mutualité) permettent aux entreprises d'assurance, via leurs organismes professionnels<sup>26</sup>, de consulter le répertoire national d'identification des personnes physiques (RNIPP) géré par l'INSEE, pour la recherche des contrats d'assurance vie non réclamés.

Les nouvelles mesures viendraient compléter le dispositif Agira<sup>27</sup> mis en place en 2006, en autorisant l'accès aux données relatives au décès des assurés et des bénéficiaires.<sup>28</sup>

Cet accès s'accompagne d'une obligation générale d'information du bénéficiaire d'un contrat d'assurance vie, mise à la charge des assureurs, avec la modification de l'article L. 132-8 du Code des assurances (L. 223-10 du Code de la mutualité) dans la mesure où l'assureur est désormais "tenu de rechercher le bénéficiaire, et, si cette recherche aboutit, de l'aviser de la stipulation effectuée à son profit".

Lors des travaux de la Commission des lois, il a été souligné<sup>29</sup> que s'agissant d'une obligation légale pour les assureurs, il reviendrait à l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles d'en contrôler le respect et qu'elle disposait à cet égard du pouvoir d'infliger des sanctions administratives.

Notons, enfin, que les entreprises membres de la FFSA se sont engagées<sup>30</sup> à rechercher au sein de leur portefeuille les contrats d'assurance vie répondant cumulativement aux critères suivants :

- provision mathématique supérieure à 2 000 € ;
- assuré âgé de plus de 90 ans ;
- absence de contact avec l'assuré confirmée depuis plus de deux ans.

### Renforcement des droits des assurés

#### 2.1 Mesures relatives au capital

■ Revalorisation du capital garanti en cas de décès de l'assuré :

Le nouvel alinéa de l'article L.132-5 du Code des assurances (L. 223-19-1 du Code de la mutualité) remédie à l'absence de valorisation du capital lorsque, entre la date de décès de l'assuré et le versement du capital, s'écoule une longue période. Le texte dispose que le contrat, comportant nécessairement une valeur de rachat, doit stipuler les conditions de cette revalorisation, qui doit intervenir au plus tard au premier anniversaire du décès de l'assuré. Ces dispositions entreront en vigueur en décembre 2008.

■ Délai du versement du capital ou de la rente garantis :

Le nouvel article L.132-23-1 du Code des assurances (L. 223-22-1 du Code de la mutualité) prévoit que l'assureur

doit, dans un délai d'un mois à compter de la réception des pièces nécessaires au paiement, procéder au versement de la garantie lorsque le bénéficiaire est identifié. En cas d'inexécution, les intérêts courent selon un taux progressif en fonction du temps mis par l'assureur à exécuter son obligation de paiement. Cet article comble un vide juridique qui existait en la matière.

#### 2.2 Mesures relatives au rachat

La nouvelle loi<sup>31</sup> prévoit que l'instrument servant à l'information du souscripteur quant aux modalités de calcul des valeurs de rachat, transfert ou réduction sera désormais le contrat d'assurance. Désormais, il ne peut être prévu d'imputer sur la provision mathématique du contrat une indemnité de réduction.

Elle supprime également<sup>32</sup> la référence à la valeur plancher à partir de laquelle l'assureur ne peut s'opposer au rachat (15 % des primes ou cotisations payées ou au moins deux primes annuelles).

#### 2.3 Mesures relatives à l'acceptation

Les nouvelles dispositions de l'article L. 132-9 du Code des assurances (L. 223-11 du Code de la mutualité) suppriment notamment la possibilité d'accepter le bénéfice du contrat sans l'accord du souscripteur.

Ce texte interdit par ailleurs les opérations de rachat, d'avance ou de nantissement au profit du souscripteur, sans l'accord du bénéficiaire, une fois l'acceptation intervenue.<sup>33</sup>

#### 2.4 Mesures relatives au nantissement

La nouvelle loi<sup>34</sup> précise le régime du nantissement du contrat d'assurance vie.

Lorsque l'acceptation du bénéficiaire est antérieure au nantissement, ce dernier est subordonné à l'accord du bénéficiaire. En revanche, lorsque l'acceptation du bénéficiaire est postérieure au nantissement, celle-ci est sans effet à l'égard des droits du créancier nanti.

Sauf clause contraire, le créancier nanti peut provoquer le rachat nonobstant l'acceptation du bénéficiaire.

#### 2.5 Information des assurés

##### Information, conseil... et mise en garde

Préalable à la prise de décision, moyen de connaissance, l'information due à l'assuré fait l'objet de très nombreuses

décisions de la Cour de cassation, renforçant, pour la plupart, le dispositif prévu par le législateur<sup>35</sup>.

Au-delà de l'obligation d'information légale, il s'agit d'un véritable devoir de conseil et de mise en garde à la charge des acteurs de l'assurance.

Ce "devoir d'information" au sens large est d'autant plus fort que le contrat d'assurance est un contrat dont l'exécution s'échelonne dans le temps et au sein duquel l'une des parties est en position de supériorité économique et technique. L'information ne peut que rétablir un certain équilibre entre les parties.

La jurisprudence développée par la Cour de cassation confirme un renforcement toujours croissant de ces obligations, que ce soit avant la souscription, lors de la souscription ou en cours d'exécution du contrat.

**Mise en garde sur l'inadaptation des garanties aux besoins ou ressources** – La Cour de cassation a approuvé les juges du fond d'avoir condamné un assureur pour ne pas avoir "mis en garde" l'assurée sur l'importance des mensualités de son contrat d'assurance vie par rapport à ses ressources<sup>36</sup>.

Dans le même sens, la Cour a cassé un arrêt aux termes duquel une clinique était déboutée de son recours en responsabilité et en indemnisation à l'encontre d'un agent général d'assurance<sup>37</sup>. Celui-ci lui avait fait souscrire un contrat d'assurance comportant un montant de garantie notoirement insuffisant.

C'est particulièrement à l'encontre des établissements bancaires que les arrêts de l'année 2006 et début 2007 se sont signalés.

**Insuffisance des documents informatifs et "éclairage" sur l'adéquation des risques couverts à la situation personnelle de l'adhérent** – Pendant longtemps, la Cour de cassation avait considéré généralement, pour des contrats d'assurance emprunteur, que l'obligation d'information et de conseil était satisfaite, au moment de l'adhésion, par la remise à l'assuré d'un descriptif détaillé des garanties ou d'une notice d'information définissant de façon claire et précise les risques garantis et les modalités de mise en jeu de l'assurance<sup>38</sup>.

A présent, si la remise de la notice est toujours nécessaire,

24-1 n°2007-1775 du 17 décembre 2007. 25 Selon les sources, 150 000 à 170 000 contrats d'assurance représentant 950 millions à 2 milliards d'euros ne sont pas réclamés par leurs bénéficiaires au décès de l'assuré, ceux-ci n'ayant pas toujours connaissance de leur qualité, en particulier lorsque, pour 20% d'entre eux, ils ne sont ni conjoint ni héritier de l'assuré. 26-FFSA, GEMA, CTIP, et FNMV. 27-Association pour la gestion des informations relatives aux risques en assurance.

Cet organisme peut être saisi, gratuitement, par toute personne qui pense être bénéficiaire d'un contrat souscrit à son profit par quiconque dont elle apporte la preuve du décès. 28-Reprise d'une idée formulée dans le projet de loi en faveur des consommateurs retiré en début d'année. 29-Par Monsieur Henri de Richemont, rapporteur. 30-Engagements à caractère déontologique des entreprises d'assurances du 19 décembre 2007.

31-Modifiant l'article L.132-21 du Code des assurances et L. 223-20 du Code de la mutualité. 32-Modifie également l'article L. 132-23 du Code des assurances (L. 223-22 du Code de la mutualité). 33-A noter que l'arrêt rendu le 22 février 2008 par la chambre mixte de la Cour de cassation (pourvoi n°W06-11.934) en ces termes : "lorsque le droit de rachat du souscripteur est prévu dans un contrat d'assurance vie mixte, le bénéficiaire qui a accepté sa désignation n'est pas fondé à s'opposer à la demande de rachat du contrat en l'absence de renonciation expresse du souscripteur à son droit." gardera une portée limitée aux contrats acceptés avant l'entrée en vigueur de la loi. 34-Article L. 132-10

du Code des assurances. 35-Notamment articles L. 112-2 et s., L. 132-5-1 et L. 132-5-2, L. 141-4 et L. 520-1 Code des assurances, L. 221-4, L. 221-5, L.223-8 et L. 221-6 Code de la mutualité, L. 932-3, L. 932-6, L. 932-15, L. 932-15-1et L. 932-18 Code de la sécurité sociale. 36-Civ. 2, 13 juillet 2006 (pourvoi n°05-17331), voir également pour un intermédiaire Com. 20 juin 2006 (pourvoi n°04-14114). 37-Civ. 2, 21 décembre 2006 (pourvoi n°06-13158). 38-Voir récemment Civ. 2, 24 mai 2006 (pourvoi n°05-16435) et Com. 3 mai 2006 (pourvoi n°04-15517).



elle est toutefois insuffisante. L'assuré doit également être "éclairé" sur l'adéquation des risques couverts à sa situation personnelle. Ce principe a été consacré par l'Assemblée plénière de la Cour de cassation dans un arrêt du 2 mars 2007<sup>39</sup> à l'encontre d'un établissement bancaire, souscripteur d'un contrat d'assurance emprunteur. Dans cette espèce, le banquier avait fait adhérer un exploitant agricole à un contrat qui ne couvrait pas spécifiquement l'inaptitude à la profession d'agriculteur.

Cette tendance avait été amorcée par plusieurs arrêts dont un du 3 mai 2006<sup>40</sup>. La Cour de cassation a estimé que la Cour d'appel aurait dû rechercher si la banque n'avait pas commis une faute en proposant à un emprunteur de 62 ans de souscrire une assurance "décès invalidité incapacité" devant cesser à son 65<sup>ème</sup> anniversaire. Dans un autre arrêt rendu le 24 mai 2006<sup>41</sup>, la Cour de cassation a reproché à la banque souscriptrice d'avoir manqué à son obligation de conseil compte tenu de la situation particulière de l'adhérent.

Enfin, dans un arrêt très récent<sup>42</sup>, la Cour de cassation est venue préciser qu'il appartenait au banquier de vérifier que l'emprunteur avait satisfait à la condition d'assurance du prêt ou : "à tout le moins de l'éclairer sur les risques d'un défaut d'assurance".

**Maintien de l'information en cours de contrat** - La Cour de cassation a rappelé<sup>43</sup> que : "le devoir d'information et de conseil de l'agent d'assurance ne s'achève pas lors de la souscription du contrat.". Une vingtaine d'années après avoir souscrit une assurance multirisques habitation excluant la garantie en cas de vol commis au cours d'une période d'inhabitation de 90 jours, l'assurée, âgée, ne logeait plus que très épisodiquement dans sa maison. Victime d'un vol, sa garantie fut refusée par l'assureur pour cause d'inhabitation prolongée. Dans une autre affaire, la Cour de cassation<sup>44</sup> a estimé que l'agent général d'assurance aurait dû attirer l'attention de l'assurée sur la réduction de garantie, faute de quoi il avait manqué à son devoir d'information et de conseil. Un renforcement, voire une permanence du devoir d'information semble donc se développer pour les acteurs de l'assurance, pouvant se traduire par une obligation de veiller à l'adaptation des garanties aux situations modifiées, à l'instar des situations nouvelles.

## 2.6 Application jurisprudentielle de la loi Evin

### Article 4 de la loi Evin : droit au maintien des garanties

L'article 4 de la loi Evin, loi de prévoyance n° 89-1009 du 31 décembre 1989 prévoit notamment que lorsqu'un salarié quitte, pour une raison indépendante de sa volonté, une entreprise souscriptrice d'un contrat d'assurance santé collectif obligatoire, l'organisme assureur est tenu de proposer au salarié qui en fait la demande, sous certaines conditions, un maintien de couverture de ses frais de santé dans le cadre d'un contrat individuel.

Restait toutefois à savoir dans quelle mesure la couverture devait être maintenue par l'assureur.

A cet égard, les juges du fond avaient estimé que l'assureur proposant des garanties proches mais non identiques à celles dont le salarié bénéficiait dans le cadre d'un contrat collectif, respectait les dispositions de l'article 4 de la loi Evin<sup>45</sup>. Mais aux termes d'un arrêt rendu le 7 février 2008<sup>46</sup>, la Cour de cassation précise qu'"il ne peut être dérogé par voie de convention aux dispositions d'ordre public de la loi du 31 décembre 1989 [article 10] qui prévoient le maintien à l'ancien salarié privé d'emploi de la couverture résultant de l'assurance de groupe souscrite par l'employeur pour la garantie des frais de santé".

Selon cette jurisprudence, l'article 4 imposait un maintien des garanties à un niveau identique à celui offert antérieurement.

### Article 7 de la loi Evin : prestations différées

L'article 7 de la loi Evin prévoit que lorsque des salariés sont garantis collectivement dans le cadre d'un contrat de prévoyance, la résiliation ou le non renouvellement du contrat est sans effet sur le "versement des prestations immédiates ou différées, acquises ou nées durant son exécution".

Parallèlement, l'article 2 de la loi Evin précise que lorsque des salariés sont garantis collectivement par un contrat mis en place par l'employeur, "l'organisme qui délivre sa garantie prend en charge les suites des états pathologiques survenus antérieurement à la souscription du contrat (...)".

Dans l'hypothèse d'une succession d'organismes assureurs, et s'agissant d'une invalidité reconnue postérieurement à

la date de la résiliation du premier contrat mais trouvant son origine dans une maladie ou un accident survenu antérieurement, la portée de ces textes et leurs conditions d'application cumulatives soulèvent des difficultés.

En pareille situation, la question est en effet de savoir si l'invalidité constitue une prestation différée au sens de l'article 7 précité et doit alors être prise en charge par l'assureur en titre au moment de la survenance du dommage d'origine ou si, au contraire, elle constitue la "suite d'un état pathologique survenu antérieurement à la souscription" du nouveau contrat d'assurance, dont l'article 2 susvisé impose la garantie à l'assureur en titre au jour de la reconnaissance de l'invalidité.

2007 a été marquée par une évolution jurisprudentielle intéressante en la matière, laquelle s'est d'ailleurs poursuivie en 2008<sup>47</sup>. Ainsi, par un arrêt du 16 janvier, la Cour de cassation a précisé que « (...) l'inaptitude de M..., reconnue en avril 2003, était consécutive à la maladie dont il était atteint depuis décembre 2000, et en raison de laquelle il avait perçu jusqu'à la déclaration d'inaptitude des indemnités journalières au titre du premier contrat de prévoyance, de sorte que l'attribution de la rente constituait une prestation différée relevant de l'exécution de ce même contrat"<sup>48</sup>.

Ainsi, selon cet arrêt, lorsque le contrat garantit à la fois les risques incapacité et invalidité, la rente versée au titre d'une invalidité se substituant à des indemnités versées au titre de l'incapacité de travail, constitue une prestation différée et doit donc être prise en charge par le premier assureur, quand bien même l'invalidité est survenue postérieurement à la résiliation du contrat.



## II - Le projet Solvabilité II



Le projet Solvabilité II piloté par la Commission européenne est destiné à réformer en profondeur les règles prudentielles auxquelles sont soumises les entreprises d'assurance. Le 10 juillet 2007, la Commission européenne a publié la proposition de directive<sup>49</sup> ainsi que son étude d'impact. Elle cherche à atteindre un quadruple objectif : renforcer l'intégration du marché, mieux protéger les assurés en tentant de mieux prendre en compte les risques portés par les organismes d'assurance, favoriser la compétitivité des organismes d'assurance européens et "mieux légiférer". Cette proposition de directive est actuellement discutée au sein du Parlement européen et du groupe de travail du Conseil des ministres où siègent les représentants des ministères de l'économie nationaux, et devra être adoptée par co-décision du Parlement et du Conseil, dans le cadre de la procédure Lamfalussy.

La procédure Lamfalussy est une approche réglementaire à quatre niveaux pour l'adoption, la mise en œuvre et le contrôle de l'application de la législation et des mesures d'exécution dans les secteurs des valeurs mobilières, de la banque et de l'assurance. Dans le secteur de l'assurance, le Comité européen des contrôleurs des assurances et des pensions professionnelles (ou CEIOPS en anglais), auquel participe activement l'ACAM, est le comité de niveau 3 de cette procédure. Il conseille la Commission européenne sur les textes futurs, de niveaux 1 ou 2, et élaborera ensuite les recommandations nécessaires pour assurer une convergence des pratiques prudentielles et de coopération (dites mesures de niveau 3). Pour répondre aux demandes d'avis techniques formulées par la Commission européenne sur Solvabilité II, le CEIOPS a mis en place quatre groupes de travail :

- exigences financières (Financial Requirements Expert Group), présidé par Pauline de Chatillon, de l'ACAM ;

- modèles internes, présidé par Paul Sharma, de l'autorité de contrôle britannique ;

- gouvernance interne, contrôle prudentiel et reporting (Internal Governance, Supervisory Review and Reporting Expert Group), présidé par Gabriel Bernardino, de l'autorité de contrôle portugaise ;

- contrôle des groupes d'assurances (Insurance Groups Supervision Committee), présidé par Patrick Brady, de l'autorité de contrôle irlandaise.

Les professionnels (organismes d'assurances, fédérations professionnelles, actuaires, consultants) sont consultés sur les projets d'avis du CEIOPS, à la fois au cours de l'élaboration de l'avis et dans la phase finale, à travers divers canaux :

- consultation publique sur le site internet du CEIOPS ;

- participation au panel consultatif ;

- auditions publiques ;

- et consultations informelles des fédérations professionnelles représentatives au niveau européen.

Une architecture à trois piliers, comparable à celle définie dans le cadre de Bâle II pour le secteur bancaire, a été retenue : exigences quantitatives, exigences qualitatives et supervision, et enfin, reporting prudentiel et informations publiques. S'y ajoute une question transversale majeure, concernant le régime à appliquer aux groupes de sociétés. Toutefois, avant de se pencher plus en détail sur ces différents éléments, il convient d'examiner les conséquences des règles de valorisation de Solvabilité II.

### 1. Règles d'évaluation des actifs et des passifs dans le cadre de Solvabilité II

La proposition de directive ne modifie pas la directive comptable de 1991, du moins en apparence. Elle introduit

cependant des règles très différentes de l'actuel référentiel comptable français pour l'évaluation des actifs et des passifs autres que les provisions techniques et certains fonds propres auxiliaires. Ce changement majeur est introduit par un court article<sup>50</sup> qui généralise l'évaluation à la juste valeur (fair value) en reprenant la définition qu'en donne l'IASB mais sans utiliser le terme lui-même<sup>51</sup>. La notion de prudence disparaît dans la valorisation des actifs : dans le système en vigueur depuis 1992, et devant perdurer tant que la proposition de directive n'est pas adoptée et entrée en vigueur, il est prévu que "tous les actifs doivent être évalués sur une base prudente compte tenu du risque de non-réalisation", tant en vie qu'en non-vie<sup>52</sup>.

L'écart entre les référentiels est moins marqué mais existe aussi pour les organismes qui appliquent les normes IFRS. Compte tenu des divergences probables entre les normes comptables et les normes Solvabilité 2, on semble s'orienter vers la coexistence de deux référentiels : l'un comptable, l'autre prudentiel, entre lesquels il faudra établir des liens afin que le contrôle soit possible.

L'évaluation des provisions techniques est faite en distinguant les risques couvrables ou répliquables (hedgeable) de ceux qui ne le sont pas. Alors que les premiers, les risques couvrables, sont évalués à leur valeur de marché (mark to market ou mark to model), les autres (la majorité des risques) sont la somme de l'espérance mathématique des décaissements actualisée de l'assureur (best estimate) et d'une marge de risque. La marge de risque est définie selon la méthode dite du "coût du capital" (cost of capital) : c'est le coût actualisé du capital de solvabilité requis (SCR, cf. *infra*) nécessaire correspondant à ces provisions techniques.

### 2. Pilier 1 : exigences quantitatives

Le Pilier 1 vise à définir les règles quantitatives dans trois domaines :

- les provisions techniques ;

- une double exigence de capital : le minimum de capital requis ou MCR (en anglais, Minimum Capital Requirement) et le capital de solvabilité requis ou SCR (en anglais Solvency Capital Requirement) ;

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

La notion d'actifs admis en couverture qui existe actuellement

et contraint les placements et plus généralement la qualité des actifs est remplacée par une exigence en capital (part du SCR) correspondant au risque lié à la détention des actifs ainsi que par l'existence d'un sous-module "risque de concentration" dans le calcul du SCR.

### Les deux niveaux d'exigence de capital

Le **SCR** est le niveau de capital qui doit permettre à l'entreprise d'absorber la perte potentielle maximum correspondant, en théorie, à une probabilité de ruine à un an de 0,5 % (value at risk de 99,5% sur un an).

Son calcul vise à prendre en compte les risques quantifiables portés par l'entreprise.

Une des grandes innovations de Solvabilité II est l'introduction de la possibilité d'utiliser, après accord de l'autorité de contrôle, un modèle interne dans la définition de l'exigence de capital.

Le SCR pourra ainsi 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.

Si cette exigence de capital n'est pas respectée, la proposition de directive prévoit une action de la part de l'autorité de contrôle dans un délai de 6 mois.

Le **MCR** est le niveau de capital minimum que doit détenir un organisme d'assurance pour exercer une activité. Son mode de calcul est plus simple que celui du SCR et de surcroît plus robuste, notamment d'un point de vue juridique. Si l'organisme ne dispose pas de fonds éligibles au moins du niveau du MCR, son agrément est retiré dans un délai court.

### 3. Pilier 2 : exigences qualitatives et processus de contrôle prudentiel

L'objectif poursuivi, dans le cadre du Pilier 2 est d'une part, de développer la culture de gestion des risques dans les organismes d'assurance et d'autre part, pour les superviseurs, de faire converger les pratiques de contrôle.

Dans le projet de directive, les exigences qualitatives portant sur les entreprises sont renforcées, tant pour le système de gouvernance que pour l'évaluation interne du risque et de la solvabilité (ORSA selon le sigle anglais, *Own Risk and Solvency Assessment*).

Il convient de noter que l'expression "système de

<sup>49</sup>La Commission européenne a publié une version amendée de cette proposition le 26 février 2008 pour tenir compte de l'adoption le 5 septembre 2007 de la directive 2007/44/CE du concernant les règles de procédure et les critères d'évaluation applicables à l'évaluation prudentielle des acquisitions et des augmentations de participation dans les entités du secteur

<sup>50</sup>L'article 74, anciennement article 73 dans la numérotation de la proposition initiale, voir note précédente. <sup>51</sup>Les actifs (resp. passifs) sont valorisés au montant pour lequel ils pourraient être échangés (resp. transférés ou réglés) dans le

cadre d'une transaction conclue, dans des conditions de concurrence normale, entre des parties informées et consentantes. <sup>52</sup>Il s'agit de l'article 20 de la directive vie 2002/83/CE et de l'article 21 de la directive non-vie 92/49/CEE.



gouvernance" recouvre un champ très large dans la proposition de directive : règles d'honorabilité et de compétence (fit and proper), évaluation propre des besoins en financement au vu des risques encourus, gestion des risques, contrôle interne, audit interne, fonction actuarielle et sous-traitance. Pour renforcer l'implication de la direction dans cette gouvernance, la politique de l'entreprise relative au contrôle interne, à l'audit interne, à la gestion des risques et le cas échéant, à la sous-traitance, doit être écrite et faire l'objet d'une approbation par le conseil d'administration ou son équivalent. Il s'ensuit que tout changement du système doit faire l'objet d'une traduction écrite.

L'évaluation interne du risque et de la solvabilité est un processus interne à l'entreprise qui est désormais obligatoire, et son résultat doit être communiqué aux autorités de contrôle. 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.

Le caractère prospectif et orienté vers les risques du processus de contrôle prudentiel ainsi que son objectif principal de protection des assurés sont réaffirmés.

Le principe d'une obligation de rendre des comptes pour les autorités de contrôle est posé. En contrepartie, les pouvoirs des autorités de contrôle sont harmonisés au moins en partie et explicités, tant pour les pouvoirs généraux que pour les pouvoirs spécifiques (par exemple, imposition d'une exigence de capital supplémentaire).

Les outils de supervision et les processus de contrôle utilisés par les différents superviseurs européens devraient converger. Quelques règles ont déjà été énoncées : 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.

### **Le calibrage du SCR est-il suffisamment prudent ?**

Le seuil de 0,5% fixé pour le calibrage du SCR est la protection résultant des seules règles quantitatives. En cas de défaillances qualitatives non capturées par les modèles quantitatifs (par exemple, non respect des règles de bonne gouvernance), des exigences de capital

supplémentaires devraient viser à restaurer ce seuil.

En estimant qu'il y a dans l'Union européenne environ 7 000 entreprises d'assurance, ce taux de 0,5% conduirait à une moyenne de 35 faillites par an.

C'est un taux très élevé au vu de la situation actuelle dans la plupart des pays européens. Toutefois, il s'agit d'un seuil minimum au dessus duquel les organismes devront en permanence se trouver.

### **4. Pilier 3 : reporting prudentiel et information publiques**

Le Pilier 3 recouvre les éléments d'information qui doivent être communiqués par les entreprises d'assurance :

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

De plus, la proposition de directive contient plusieurs dispositions relatives à l'information que les autorités de contrôle (directement ou via le CEIOPS) doivent fournir (cf. infra).

Deux grands principes ont 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.

#### **Informations des entreprises envers le contrôle**

Le principe actuel de l'obligation de communiquer toutes informations utiles au contrôleur est maintenu. La nouveauté est que la Commission s'engage à adopter des mesures d'exécution pour assurer une certaine convergence de ces informations requises au niveau européen.

#### **Informations des entreprises à destination du public**

D'après la proposition de directive, les organismes devront publier un rapport annuel portant sur leur solvabilité et leur situation financière. Ce rapport, très complet, devra décrire et évaluer les choix faits par l'entreprise (par exemple, description du système de gouvernance et évaluation de son adéquation au profil de risque particulier de cette entreprise). L'entreprise devra publier non seulement le

montant de ses fonds propres mais aussi les montants des exigences de capital MCR et SCR, en distinguant pour le SCR l'éventuelle exigence de capital supplémentaire imposée par le superviseur.

#### **Informations des autorités de contrôle à destination du public**

Les autorités nationales doivent s'assurer que non seulement la réglementation mais aussi les recommandations soient publiées. Doivent également être publiés les critères et les méthodes utilisés dans le processus de contrôle, des statistiques transversales sur l'application de la réglementation, les options nationales choisies parmi celles ouvertes dans la directive et les objectifs du contrôle. Les règles de nomination et de retrait des membres dirigeants des autorités de contrôle doivent également être publiées.

### **5. Groupes**

L'évolution du paysage économique de l'assurance avec l'émergence de groupes trans-européens exige une nouvelle répartition des responsabilités entre le superviseur du groupe et les superviseurs des diverses entités juridiques le constituant (le contrôle d'une entité juridique donnée étant appelé contrôle "solo"). C'est dans ce sens qu'avait œuvré le groupe de travail du CEIOPS, et ses propositions sur le renforcement des responsabilités du superviseur groupe et sur la collaboration entre superviseurs sont dans l'ensemble reprises dans la proposition de directive avec la création formelle d'un "contrôleur de groupe" attitré. Ce contrôleur de groupe bénéficie de pouvoirs accrus qui devraient permettre une meilleure supervision du groupe d'assurance dans son ensemble.

En outre, la Commission européenne introduit dans la proposition du CEIOPS un régime dérogatoire qui reviendrait à apprécier au niveau du groupe seul l'adéquation du capital (SCR). Une "promesse en capital" émanant du groupe pourrait en effet couvrir pour chaque filiale l'ensemble de la différence entre Capital de Solvabilité Requis (SCR) et Minimum de Capital Requis (MCR). Mais contrairement à ce qu'avait suggéré le CEIOPS, aucun lien n'est établi entre l'admission de ces promesses comme élément éligible du capital des filiales, le bénéfice de diversification au niveau du groupe (c'est-à-dire l'écart entre le SCR du groupe et la

somme des SCR des filiales), et l'importance de l'excès du capital groupe par rapport au SCR groupe.

Ce régime dérogatoire (qui, vraisemblablement, sera demandé par tous les grands groupes et deviendra de fait le régime général) permet aux filiales d'un groupe de ne fonctionner qu'avec un capital égal au MCR, donc inférieur au SCR. Le superviseur du groupe sera responsable de l'octroi de ce régime dérogatoire, après concertation avec les autres autorités concernées. Il assumera aussi l'ensemble des compétences concernant le respect du SCR aussi bien au niveau du groupe pris globalement qu'au niveau des filiales prises individuellement.

Dans ce système, la solidité financière du groupe pris comme un tout et la rigueur de sa gestion sont en eux-mêmes des garanties de solvabilité de chaque filiale. Cependant pour rendre ce système efficace et éviter d'éventuels dévoiements, des ajustements devraient y être apportés. On peut espérer que les débats au Conseil et au Parlement le permettront.

En premier lieu, il faut éviter l'instabilité du système. Or, dans la proposition de directive, il n'y a pas de gradation entre entrée et sortie du système. L'entrée dans le système devrait prendre en compte non seulement la solvabilité instantanée mais aussi une vision prospective en considérant la solvabilité future. Il serait également souhaitable de prévoir la possibilité d'un calibrage des soutiens en capital apportés aux filiales en fonction de la situation financière réelle du groupe, et notamment de l'importance des effets de diversification (écart entre la somme des SCR solos et le SCR du groupe) et de l'importance de l'excès du capital par rapport au SCR groupe. Il importe aussi que l'éventuelle sortie du système puisse être correctement anticipée par les différents superviseurs impliqués.

Pour assurer la solidité du système, il est essentiel que les filiales couvrent le MCR avec un excédent d'actif réellement à la disposition de la filiale, ce qui devrait conduire à proscrire tout double emploi de fonds propres à ce niveau. Il serait probablement souhaitable d'exiger qu'elles couvrent non seulement le MCR mais aussi une partie de l'écart entre MCR et SCR.

Pour assurer une égalité de concurrence entre les formes

juridiques, il faudrait enfin ajuster la définition de façon claire de la notion de "groupe" pour qu'elle inclue également les groupes mutualistes.

Se pose également la question de l'implication des différents fonds de garantie. Comment sera acceptée l'éventuelle prise en charge de la défaillance d'une entreprise par le fonds de garantie d'un pays dont l'autorité de contrôle aura été dessaisie d'une part importante de ses responsabilités ?

### Les études quantitatives d'impact

Afin de préparer le développement des mesures d'implémentation une fois que la proposition Solvabilité II aura été adoptée par le Conseil et le Parlement, les services de la Commission ont demandé au CEIOPS de lancer une quatrième étude quantitative d'impact entre avril et juillet 2008. Cette nouvelle étude a donc été préparée très rapidement après l'exploitation des résultats de l'étude d'impact quantitative QIS3. Elle vise à satisfaire plusieurs enjeux :

Tout d'abord, la publication de la proposition de directive Solvabilité II en juillet 2007 a précisé et/ou modifié certains choix opérés par le CEIOPS pour les spécifications techniques de l'étude QIS3. Pour la transparence et la bonne cohérence de la démarche d'étude d'impact auprès des acteurs concernés, il était donc nécessaire de procéder à une nouvelle étude d'impact dont les spécifications techniques seraient au plus près conformes à la proposition de directive.

Par ailleurs, l'évaluation des forces et faiblesses de certaines options testées dans QIS3 en vue de la conception des mesures de niveau 2 a conduit à envisager de tester de nouvelles alternatives.

Enfin, pour permettre une disponibilité des résultats de QIS4 compatible avec le calendrier de discussion du projet de directive au Parlement européen, il était nécessaire de pouvoir mettre en œuvre rapidement la préparation de cette nouvelle enquête.

Les équipes du CEIOPS ont donc entamé la conception des spécifications techniques de l'étude QIS4 dès la publication des résultats de QIS3 en octobre 2007

Contrairement aux QIS précédents, c'est la Commission européenne elle-même qui est devenue maître d'ouvrage pour cette étude, tout en déléguant la maîtrise d'œuvre au CEIOPS.

Ainsi, le 20 décembre 2007, la Commission européenne a publié un projet de spécifications techniques pour QIS4 en vue de recueillir les commentaires des acteurs concernés jusqu'au 15 février 2008, tandis que des réunions de présentation et de concertation étaient organisées, tant aux plans nationaux qu'euro-péens (Paris, Bruxelles, Francfort...), avec notamment une audition publique réalisée fin janvier par les services de la Commission.

Au total, plus de 1 600 commentaires sur ce projet de spécification ont été reçus et traités par la Commission européenne et les équipes du CEIOPS.

Les 1600 commentaires reçus lors de la consultation ont principalement porté sur les sujets suivants :

- le calcul du MCR ;
- le traitement du risque "actions" ;
- les produits "retraite" ;
- les impôts différés ;
- les primes futures dans le calcul des provisions techniques ;
- la courbe de taux d'intérêt "sans risque" ;
- les instruments de capitaux "hybrides" ;
- la prise en compte des participations détenues ;
- le calibrage du risque de souscription non vie ;
- les spécifications pour les groupes ;

Groupes de travail du CEIOPS		Nombre de commentaires	
Exigences financières	Minimum de capital requis (MCR)	38	2 %
	Capital de solvabilité requis (SCR)	769	47 %
	Provisions techniques (dont approximations)	377	23 %
	Fonds propres	210	13 %
IGSRR*	Risque opérationnel	17	1 %
	Autres valorisations	54	3 %
Modèles internes		10	1 %
Groupes		144	9 %
<b>Total</b>		<b>1 619</b>	<b>100 %</b>

\* Internal Governance Supervisory Review and Reporting.

### En termes de spécifications, les principaux changements entre QIS3 et QIS 4 concernent notamment les domaines suivants :

- spécifications concernant les groupes, conformes au projet de directive ;
- précisions sur la classification des fonds propres ;
- précisions sur le calcul des provisions techniques ;
- questionnaire sur les modèles internes ;
- simplifications en application du principe de proportionnalité pour le calcul des provisions techniques et du SCR ;
- développement du module "Santé" ;
- possibilité d'utiliser certains paramètres de l'entreprise pour le calibrage des risques de souscription (non vie, santé) ;
- introduction de la prise en compte de la diversification géographique ;
- test de plusieurs options de prise en compte des participations détenues ;
- test d'alternatives pour le calcul de la capacité d'absorption des bénéfices futurs en vie ;
- prise en compte des impôts différés ;
- test d'une option de lissage conjoncturel du risque "actions" ;
- test d'une nouvelle méthode de calcul du MCR, dite "linéaire" ;

Par ailleurs, le cadre de QIS4 a prévu la possibilité pour chaque Etat membre de publier des orientations nationales complémentaires. Dans ce contexte, l'ACAM a préparé des orientations complémentaires concernant les thèmes suivants :

- le calcul du "Best Estimate" vie ;
- la réserve de capitalisation ;
- la notion de passif couvrable ("hedgable liabilities") ;
- les scénarios "catastrophes" en non vie ;
- le risque de marché : aide au calcul de la durée du passif pour l'option "Dampener" - Données de marché pour l'application de proxies ;
- le classement des branches : spécificité du marché français ;

Le texte définitif des spécifications a été publié début avril 2008 et une présentation des spécifications définitives

aux acteurs du marché Français a eu lieu dans le cadre d'une Conférence du Contrôle dans les locaux du Palais Brongniart mi-avril 2008.

Les organismes ont été invités à répondre pour fin juin pour les entités solos, et fin juillet au niveau "groupe".

Afin d'améliorer l'information des organismes et de favoriser leur participation, l'ACAM a publié sur son site les spécifications techniques et des réponses aux questions fréquemment posées. Elle a également ouvert une boîte aux lettres électronique dédiée, permettant aux organismes de déposer des questions spécifiques.

En effet, le taux de participation des acteurs français, dont l'ACAM espère qu'il sera encore supérieur à ce qu'il a été pour l'étude d'impact précédente, est un paramètre très important compte tenu de l'enjeu et de l'impact de la future réglementation qui résultera de l'application de la future directive "Solvabilité II".

### Proposition de directive Solvabilité II - guide

Thème	Articles
<b>Pilier 1</b>	
<b>Règles de solvabilité</b>	<b>74-133</b>
Valorisation des actifs et des passifs	74
Provisions techniques	75-85
Fonds propres	86-99
Capital de solvabilité requis SCR	100-125
Minimum de capital requis MCR	126-129
Investissements	130-133
<b>Pilier 2</b>	
Autorités de contrôle et règles générales	27-34 ; 36-38
Système de gouvernance	41-49
Exigence de fonds propres supplémentaire	37
Promotion de la convergence des pratiques prudentielles	70
Réassureurs de pays hors EEE – équivalence des régimes de solvabilité	170
<b>Pilier 3</b>	
Informations à fournir aux fins du contrôle	35
Informations à destination du public	50-55
<b>Groupes</b>	
Contrôle des entreprises d'assurance et de réassurance faisant partie d'un groupe	210-268

Les numéros des articles se réfèrent à la proposition de directive Solvabilité II amendée COM(2008)119, datée du 26/2/2008.

## PARTIE 3

## Les données financières

**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.

**Présentation des comptes**

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

Les comptes 2007 arrêtés par l'Agent Comptable de l' ACAM ont été approuvés par le Collège dans la séance du 10 Avril 2008.

**L'exercice comptable 2007**

L'exercice 2007 représente une année complète de fonctionnement de l' ACAM dans ses nouveaux locaux.

Les comptes 2007 reflètent la montée en puissance de l'institution qui s'est traduite par une augmentation des effectifs de 161 à 193 agents et par un nombre total de mandats émis de 2391 contre 2179 en 2006.



# Présentation des comptes de l'Autorité de contrôle des assurances et des mutuelles pour 2007



## 1. LE COMPTE DE RÉSULTAT

### Les produits d'exploitation

Les produits de l'exercice s'élèvent à **28 868 K€** contre **28 345 K€** en 2006, soit une augmentation de 2%.

Ils se décomposent en recettes courantes (nées de la contribution aux frais de contrôle et des placements effectués) pour **28 304 K€** et des recettes exceptionnelles à hauteur de **563 K€**.

### Produits des contributions

Ces produits représentent **27 231 K€** et proviennent :

- des contributions versées par les organismes d'assurances pour **24 164 K€** contre **21 664 K€** en 2006 soit une augmentation de 12% ;
- des recettes provenant des mutuelles et institutions de prévoyance qui sont perçues par l'ACOSS et qui représentent **3 066 K€** contre **2 949 K€** en 2006.

### Produits de la trésorerie

- La gestion des fonds, en SICAV de trésorerie, a dégagé un montant de produits financiers de **1 073 K€** contre **780 K€** en 2006 soit une hausse de 38%.

### Produits exceptionnels

Ils représentent en 2007 un montant de **563 K€** et sont constitués par :

- une reprise de provisions (**507 K€**) ;
- des écritures de cession d'actifs et d'opérations de gestion pour **56 K€**.

### Les charges d'exploitation

Les charges globales d'exploitation de l'exercice ressortent à **26 492 K€** contre **19 784 K€** en 2006 soit une hausse de 33%.

Cette augmentation résulte de la prise en charge sur l'exercice 2007 de l'ensemble des dépenses annuelles de fonctionnement de l'ACAM alors que sur 2006 certaines dépenses n'avaient été prises en compte qu'en cours d'année (gestion de la paye – locaux).

Les dépenses engagées concernent principalement les charges courantes de fonctionnement et de gestion.

### Les dépenses de fonctionnement (8 851 K€)

Elles intègrent les loyers immobiliers et divers pour **6 415 K€** ; les autres postes qui représentent **2 436 K€** concernent les missions, les prestations diverses, les honoraires, les frais de communication et les fournitures.

CHARGES (euros)				
Intitulé	Exercice 2007		Exercice 2006	
<b>CHARGES EXTERNES</b>		<b>9 051 278,22</b>		<b>7 221 708,43</b>
<i>dont :</i>				
Location, charges locatives	5 315 482,58		3 441 435,91	
Travaux entretiens & réparations	248 398,38		187 048,89	
Documentations, Etudes & Recherches	277 043,80		616 573,69	
Publicité, information, publication	186 619,80		219 082,68	
Rémunérations d'intermédiaires & honoraires	291 324,33		607 340,56	
Personnel intérimaire	188 759,79		541 723,84	
Déplacements, Missions & Réceptions	622 321,24		513 610,59	
Transports	12 226,84		147 392,31	
Primes d'assurance, services bancaires	8 969,32		6 667,27	
Charges externes diverses	1 213 917,58		940 832,69	
Charge locative	686 214,56			
<b>IMPOTS TAXES &amp; ASSIMILES</b>		<b>1 639 287,23</b>		<b>980 342,41</b>
<b>CHARGES DE PERSONNEL</b>		<b>13 723 714,89</b>		<b>10 310 895,83</b>
<b>DOTATIONS AUX AMORTISSEMENTS ET AUX PROVISIONS</b>		<b>1 121 625,15</b>		<b>996 221,92</b>
<b>AUTRES CHARGES</b>		<b>295 131,81</b>		<b>272 396,30</b>
<b>CHARGES EXCEPTIONNELLES</b>		<b>660 495,00</b>		<b>2 311,00</b>
<b>RESULTAT DE L'EXERCICE</b>		<b>2 376 068,07</b>		<b>8 561 353,80</b>
<b>TOTAL</b>		<b>28 867 600,37</b>		<b>28 345 229,69</b>

PRODUITS (euros)				
Intitulé	2007		Exercice 2006	
<b>PRODUITS DES CONTRIBUTIONS</b>		<b>27 231 059,33</b>		<b>24 595 734,13</b>
<i>dont :</i>				
Assurances	24 164 509,33		21 664 448,00	
Mutuelles, Institution de Prévoyance	3 066 550,00		2 931 286,13	
<b>PRODUITS FINANCIERS</b>		<b>1 073 224,50</b>		<b>780 351,23</b>
<b>PRODUITS EXCEPTIONNELS</b>		<b>563 316,54</b>		<b>2 969 144,33</b>
<i>sur :</i>				
Opérations de gestion	52 115,53		1 740 836,33	
Reprises de provisions	507 000,00		1 228 308,00	
Cession d'éléments d'actifs et autres	4 201,01			
<b>TOTAL</b>		<b>28 867 600,37</b>		<b>28 345 229,69</b>

**Le personnel (15 411 K€)**

L'exercice 2007 se caractérise principalement par :

- une augmentation des effectifs qui sont passés de 161 agents (fin 2006) à 193 à fin décembre 2007 ;
- des objectifs de recrutement fixés qui ont été dépassés (36 recrutements opérés pour 30 initialement prévus).

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 (1 122 K€)**

Cette dotation se réfère à des marchés de travaux non clôturés au 31/12/2006.

**L'informatique (795 K€)**

Ce poste concerne les équipements, logiciels et consommables.

**Le résultat**

**Le résultat d'exploitation 2007 ressort à 2 376 K€** contre 8 561 K€ en 2006.

Conformément à l'article R 310-12-2 du Code des Assurances, le Collège a, lors de la séance du 10 avril 2008, approuvé les comptes de l'exercice 2007 et décidé de porter en réserves le solde excédentaire du compte financier soit **2 376 K€**.

**2. LE BILAN****Actif****Immobilisations (6 109 K€)**

Ce poste retrace la politique d'investissement réalisée sur 2006 et qui a été poursuivie à un degré moindre sur 2007.

Les immobilisations financières qui représentent la caution versée au bailleur pour les nouveaux locaux s'élève sur l'exercice à **1 246 K€**.

**Valeurs mobilières de placement (31 465 K€)**

Les valeurs mobilières de placement ressortent en augmentation de 11% par rapport à 2006 (**28 391 K€**)

La trésorerie de l'ACAM fait l'objet d'une gestion prudente et est investie en Sicav de trésorerie.

**Passif****Les capitaux propres (35 546 K€)**

La part des capitaux propres dans le total de bilan reste stable à 94% et confirme la solidité financière de l'ACAM.

Le montant des réserves ressort à **9 001 K€** et le report à nouveau s'établit à **24 169 K€** pour un résultat d'exploitation de **2 376 K€**.

**Les dettes d'exploitation (2 156 K€)**

Elles concernent essentiellement les dettes fiscales et sociales à hauteur de **1 638 K€**.

Les autres postes représentent les dettes fournisseurs pour **374 K€** et autres dettes d'exploitation pour **145 K€**.

**Notes et annexes aux comptes****Note n°1**

L'exercice comptable 2007 débute le 1<sup>er</sup> janvier et s'achève le 31 décembre.

**Note n°2**

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

Matériel informatique :

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

Le montant total de la dotation aux amortissements a représenté 1 615 077,93 euros.

**Note N°3**

Les valeurs mobilières de placement sont évaluées à la valeur de marché à la clôture de l'exercice 2007.

**BILAN 2007**

ACTIF (euros)	BRUT	Amortissements & Provisions	Net	2006
Immobilisations Incorporelles (brevets, licences, logiciels)	816 158,64	220 122,05	596 036,59	668 111,88
Immobilisations Corporelles (mobilier, matériels informatiques...)	5 661 944,98	1 394 955,88	4 266 989,10	4 996 079,66
Immobilisations Financières (prêts et cautionnements)	1 246 350,07		1 246 350,07	1 177 986,42
<b>Total Actif Immobilisé</b>	<b>7 724 453,69</b>	<b>1 615 077,93</b>	<b>6 109 375,76</b>	<b>6 842 177,96</b>
Créances d'exploitation	12 895,00		12 895,00	146 136,00
Créances diverses	34 727,98		34 727,98	9 814,22
Valeurs mobilières de placement	31 465 309,59		31 465 309,59	28 390 941,95
Disponibilités	4 732,23		4 732,23	18 129,33
<b>Total Actif Circulant</b>	<b>31 517 664,80</b>		<b>31 517 664,80</b>	<b>28 565 021,50</b>
Charges constatées d'avance	75 909,69		75 909,69	673,23
<b>Total Général</b>	<b>39 318 028,18</b>	<b>1 615 077,93</b>	<b>37 702 950,25</b>	<b>35 407 872,69</b>

PASSIF (euros)	2007	2006
Réserves	9 001 437,24	7 082 134,00
Report à nouveau	24 168 924,40	17 526 873,84
Résultat de l'exercice	2 376 068,07	8 561 353,80
<b>Total Capitaux Propres</b>	<b>35 546 429,71</b>	<b>33 170 361,64</b>
Provisions pour Risques et Charges	0	507 000,00
Dettes Fournisseurs	374 098,91	1 133 544,25
Dettes Fiscales & Sociales	1 637 665,63	550 224,28
Autres Dettes d'exploitation (rémunérations et charges personnel à payer)	144 756,00	45 151,02
<b>Total Dettes d'exploitation</b>	<b>2 156 520,54</b>	<b>1 728 919,55</b>
Disponibilités		1 591,50
<b>Total Général</b>	<b>37 702 950,25</b>	<b>35 407 872,69</b>



## LEXIQUE

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

La collaboration entre autorités de surveillance ou de contrôle de l'Union européenne 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.

**Exigence de marge - de solvabilité - (réglementation actuelle)**

Dans la réglementation actuelle, l'exigence de marge est le minimum de fonds propres qu'une entreprise d'assurance doit détenir. En assurance vie, elle sera fonction des provisions mathématiques des contrats en euros et des contrats en unités de compte, et des capitaux sous risques. En assurance non vie, elle dépendra du montant des primes ou des sinistres. La réassurance peut également être prise en compte. Notons 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 (Solvabilité II)**

Dans le projet Solvabilité II de réglementation européenne, 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 (Solvabilité II)**

Dans le projet Solvabilité II de réglementation européenne, 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 par l'Autorité de contrôle. Pour la formule

standard, le niveau du SCR sera défini en agréant les exigences correspondant à différents risques (souscription, marché, crédit et risques opérationnels ; eux-mêmes subdivisés en différentes briques).

**Solvabilité II**

Projet initié en 2000 par la Commission européenne visant à refondre les règles prudentielles encadrant les assureurs, selon trois volets : les exigences quantitatives portant notamment sur les provisions techniques et sur deux exigences de capital (Pilier I), les activités de contrôle (Pilier II) et les exigences d'information et de publicité (Pilier III). La Commission européenne a présenté au Conseil et au Parlement une proposition de directive en juillet 2007 dont il est prévu qu'elle soit applicable à partir de 2012.

**Participation aux bénéfices (assurance vie)**

Les organismes d'assurance vie peuvent être contraints, par la législation, par des clauses contractuelles ou par la pression de la concurrence, de redistribuer aux assurés une partie des bénéfices techniques et financiers réalisés dans l'année. Ce mécanisme s'appelle la participation aux bénéfices. Pour beaucoup de branches d'assurance, la réglementation rend obligatoire la participation des assurés aux bénéfices du contrat. La répartition de cette participation aux bénéfices est alors à la discrétion de l'assureur, les assurés ne bénéficiant d'aucun droit individuel. Des clauses contractuelles peuvent toutefois compléter l'obligation prévue par la législation.

**Provisions mathématiques (assurance vie)**

Les sociétés d'assurances contractent des engagements auprès de leurs assurés en échange du paiement d'une prime. Pour les opérations d'assurance sur la vie, la provision mathématique permet ainsi de prendre en compte l'écart entre la valeur actuelle de l'engagement pris par l'assureur et celle de l'engagement résiduel éventuel de l'assuré. Cela s'apparente donc à l'engagement "net" de l'assureur vis-à-vis de l'assuré.

**Provision pour participation aux excédents (assurance vie)**

Les assureurs vie ont la possibilité de ne pas distribuer immédiatement la participation aux bénéfices prévue par la législation. Ils disposent en effet pour ce faire d'un délai de huit ans. Au lieu de la redistribuer immédiatement, l'assureur peut donc la provisionner dans un compte appelé "Provision pour participation aux excédents".

**Provision de gestion (assurance vie)**

Cette provision est destinée à couvrir les charges futures de gestion non couvertes par ailleurs.

Son montant 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 doit être passée lorsque l'ensemble des actifs non obligataires est en moins-value latente par rapport à leur prix d'acquisition (les actifs obligataires ne sont pas pris en compte dans les calculs car, en l'absence de défaut de la contrepartie, aucune moins value ne devrait être réalisée si ces actifs sont détenus jusqu'à leur terme. Depuis 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 (par tiers chaque année). 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 ».*

#### **Provision pour aléas financiers (assurance vie)**

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 en unités de compte. Les sociétés d'assurances qui ont en stock des contrats à taux garantis élevés peuvent en effet dégager un rendement sur le portefeuille tout juste équivalent voire inférieur à la rémunération sur laquelle ils se sont engagés vis-à-vis des assurés. La différence serait alors insuffisante, ne permettant par exemple pas de couvrir les frais de fonctionnement futurs de la société d'assurance.

Les assureurs sont donc amenés à provisionner la différence entre les engagements actualisés à un "taux technique" prudent par rapport aux revenus de leurs actifs et les engagements précédemment calculés.

#### **Provision pour frais d'acquisition reportés (assurance vie)**

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

#### **Provision pour égalisation**

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

#### **Provision de diversification (assurance vie)**

Il s'agit d'une provision technique destinée à absorber les fluctuations des actifs des contrats dits "diversifiés".

#### **Réserve de capitalisation**

La réserve de capitalisation est une réserve alimentée par les plus-values réalisées sur les cessions d'obligations et reprise symétriquement uniquement en cas de réalisation de moins-values sur ce type d'actifs. Ceci permet de lisser les résultats correspondant aux plus ou moins values réalisées sur des obligations cédées avant leur terme, en cas de mouvements de taux. Ainsi, les organismes d'assurance ne sont pas incités, en cas de baisse des taux, à vendre leurs obligations distribuant des coupons élevés et dégager des bénéfices ponctuels tout en rachetant d'autres obligations, moins performantes ultérieurement.

Cette réserve spéciale, considérée comme une provision au regard des exigences de couverture des engagements, fait partie des éléments constitutifs de la marge de solvabilité.

#### **Taux d'intérêt technique**

L'assureur appellera taux d'intérêt technique la revalorisation minimale des provisions mathématiques qu'il garantit chaque année à l'assuré. Ce taux interviendra dans le calcul du tarif de la garantie et dans le montant des provisions mathématiques. Pour des raisons prudentielles, il est encadré par la réglementation et ne peut excéder un certain nombre de seuils, décroissants en fonction de la durée sur laquelle ce taux est garanti.

Conception & réalisation

**13** OBERKAMPF 01 43 55 85 51